



ABORDAJE INTEGRAL DEL SUICIDIO EN LAS ADOLESCENCIAS

Lineamientos para equipos de salud



Sociedad Argentina
de Pediatría

unicef 
para cada infancia

Dirección de Adolescencias
y Juventudes



Ministerio de Salud
Argentina

ABORDAJE INTEGRAL DEL SUICIDIO EN LAS ADOLESCENCIAS

LINEAMIENTOS PARA EQUIPOS DE SALUD



Sociedad Argentina
de Pediatría



Dirección de Adolescencias
y Juventudes



Ministerio de Salud
Argentina

AUTORIDADES

Presidente de la Nación

Dr. Alberto Fernández

Ministra de Salud

Dra. Carla Vizzotti

Secretaria de Acceso a la Salud

Dra. Sandra Tirado

Subsecretario de Estrategias Sanitarias

Dr. Juan Manuel Castelli

Director Nacional de Abordaje por Curso de Vida

Dr. Marcelo Bellone

Director de Adolescencias y Juventudes

Dr. Juan Carlos Escobar

AUTORIDADES UNICEF ARGENTINA

Representante

Luisa Brumana

Representante adjunta

Olga Isaza

Especialista en salud

Fernando Zingman

AUTORIDADES SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRÍA

Presidente

Dr. Omar L. Tabacco

Vicepresidente 1°

Dr. Rodolfo Pablo Moreno

Vicepresidenta 2°

Dra. María Eugenia Cobas

Secretaria General

Dra. Verónica Giubergia

Prosecretaria General

Dra. Elizabeth Bogdanowicz

Tesorero

Dr. Miguel Javier Indart de Alzaga

Coordinación General

José Eduardo González, Agustina Sulleiro.

Elaboración de contenidos

Agustina Sulleiro, Mariana Vázquez, Alexia Nowotny, Maia Gosiker, José Eduardo González.

Colaboración

Cecilia Bori - Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez, Ciudad de Buenos Aires.

Diana Altavilla - Asociación Argentina de Salud Mental.

Leandro Picighelli, Cecilia Sottano - Programa Provincial de Salud Integral e Integrador en la Adolescencia, Ministerio de Salud, Desarrollo Social y Deportes, Mendoza.

María de los Ángeles Pérez, Karina Más, Celeste Uñac, Marcela Guerrero, Ana Lía Zimmermann, María Eugenia Moreno - Programa Provincial de Prevención de Suicidio, Ministerio de Salud Pública, San Juan.

Revisión

Guadalupe Irisarri, María Laura Gutiérrez, Miriam Norma Sola - Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, Ministerio de Salud de la Nación.

Irma Thomas - Programa de Prevención y Abordaje de la Conducta Suicida, Ministerio de Salud Pública, Tucumán.

Sandra Novas - Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez, Ciudad de Buenos Aires.

Daniel Korinfeld - Universidad Nacional de Lanús.

Fernando Zingman, Diva Moreno - UNICEF Argentina; Silvia Bentolila - consultora UNICEF.

Myriam Prieto, Daniel Rolón, Gonzalo Agüero, Alejandra Ariovich - Sociedad Argentina de Pediatría.

Clara Mariano y Jelichich - Dirección de Adolescencias y Juventudes, Ministerio de Salud de la Nación.

Revisión final

Juan Carlos Escobar.

Diseño y Diagramación

Facundo Gingarelli.

Mayo 2021

Argentina. Ministerio de Salud de la Nación

Abordaje integral del suicidio en las adolescencias : lineamientos para equipos de salud / 1a ed . - Ciudad Autónoma de Buenos Aires : Ministerio de Salud de la Nación ; Sociedad Argentina de Pediatría ; UNICEF, 2021.

114 p. ; 30 x 21 cm.

ISBN 978-950-38-0293-9

1. Salud Mental. 2. Adolescencia. I. Título.
CDD 362.280835

ÍNDICE

PRÓLOGO	5
INTRODUCCIÓN Y PLANTEO DEL PROBLEMA	6
CAPÍTULO 1: Marco conceptual	21
CAPÍTULO 2: Prevención de la violencia autoinfligida y promoción de salud	38
CAPÍTULO 3: Atención	54
CAPÍTULO 4: Seguimiento y continuidad de los cuidados	66
CAPÍTULO 5: Postvención	70
CAPÍTULO 6: Experiencias	77
ANEXOS	103

PRÓLOGO

Los suicidios y las autolesiones en adolescentes y jóvenes forman parte de una de las problemáticas más complejas de salud pública; y por lo tanto, requieren respuestas y abordajes complejos y situados. Desde la Dirección de Adolescencias y Juventudes abordamos estas problemáticas en el marco de las violencias, y como un problema social con dimensiones subjetivas, relacionales, comunitarias y políticas.

Desde el punto de vista epidemiológico, la mortalidad por suicidio se enmarca dentro de las denominadas causas externas (junto a siniestros viales, homicidios, y eventos de intención no determinada), y se configura como la segunda causa entre estas. A medida que aumenta la edad, cobra mayor relevancia, afectando en gran medida a las adolescencias tardías (15 a 19 años) y a las juventudes (20 a 24 años).

Desde los inicios del Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia, hoy Dirección de Adolescencias y Juventudes, esta temática se incluyó como uno de los ejes prioritarios a trabajar. En el año 2012, junto a la Dirección Nacional de Salud Mental se convocó a un comité de expertas/os para la redacción de los "Lineamientos para la atención del Intento de suicidio en adolescentes", convirtiéndose en la primera guía de intervención emitida a nivel nacional, tomando como fuente algunas de las ya desarrolladas en niveles provinciales. Esto fue acompañado por diversas capacitaciones alrededor del país para su implementación. A la vez, se incluyó tanto la atención de los intentos de suicidio en guardia, como su seguimiento posterior, dentro de las prestaciones del Programa SUMAR para población adolescente.

En el año 2017, llevamos adelante, en colaboración con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), un relevamiento y sistematización de buenas prácticas locales en el abordaje de la morbi-mortalidad adolescente por causas externas, lo que dio origen a un paquete de herramientas para facilitar el circuito de información, análisis e intervención. Esto fue acompañado de un trabajo de articulación y asistencia técnica para el armado de mesas intersectoriales para el abordaje integral de la temática en diversas jurisdicciones.

Luego de este recorrido llegamos al presente documento, elaborado en el marco de un convenio de colaboración entre el Ministerio de Salud, UNICEF y la Sociedad Argentina de Pediatría, que tiene como objetivo plantear un abordaje integral de la problemática de los suicidios y autolesiones poniendo el acento en los equipos de salud que trabajan con adolescentes y jóvenes dentro de la estrategia de atención primaria de la salud (APS). Es de suma relevancia el posicionamiento estratégico del primer nivel de atención, que en su función de mediación y coordinación, transforma la atención en una red que se extiende hacia dentro del sistema sanitario como con otras instituciones de la comunidad, logrando así la articulación con sectores que están por fuera del ámbito sanitario.

El proceso de elaboración incluyó una exhaustiva búsqueda bibliográfica, un relevamiento de experiencias locales de buenas prácticas en las diferentes fases de abordajes; y finalmente la consulta y revisión con profesionales de reconocida trayectoria en la temática.

Nuestra intención es que el documento sea una herramienta conceptual, técnica y práctica para organizar las intervenciones, pensando su abordaje en diferentes etapas -prevención, atención, seguimiento y posvención-, que ayuden a ordenar las prácticas. A la vez, es necesario tener presente los procesos de participación social y construcción de ciudadanía en el que se insertan adolescentes y jóvenes, manteniendo una perspectiva integral, basada en derechos, para evitar el estigma y facilitar el acceso de todas las personas afectadas.

La apuesta es al trabajo con otras y otros, comunitario, en red, intersectorial e interdisciplinario que ponga en relieve el lazo social tan afectado en estas problemáticas, y que así garantice respuestas efectivas y situadas.

Al igual que en otros problemas de salud pública, en el suicidio y las autolesiones, la salida es colectiva y comunitaria.

Juan Carlos Escobar
Director de Adolescencias y Juventudes

INTRODUCCIÓN Y PLANTEO DEL PROBLEMA

¿Cómo elaboramos este material? (p.7)

¿Por qué elaboramos este material? (p.8)

Descripción de la situación epidemiológica (p.8)

El suicidio en la adolescencia como problema de salud pública (p.15)

¿Por qué nos dirigimos a los equipos de atención primaria de la salud? (p.18)

Estrategia de Atención Primaria de la Salud (p.18)



El presente material técnico se encuadra en la estrategia que implementa la Dirección de Adolescencias y Juventudes (DIAJU ex PNSIA), del Ministerio de Salud de la Nación, dirigida a la **reducción de la morbimortalidad adolescente por causas externas** (MMACE)¹, que incluye acciones de gestión, capacitación, investigación, articulación intersectorial y asistencia técnica a los programas provinciales.

En este marco la DIAJU, en convenio con UNICEF y la Sociedad Argentina de Pediatría (SAP), desarrolló durante los años 2018-2020 un proyecto para el **fortalecimiento del abordaje integral de la problemática de suicidio en la adolescencia**, que contó con tres ejes de trabajo:

- Asistencia técnica y capacitación para la organización y el fortalecimiento de **mesas de gestión intersectoriales provinciales y locales**. Acompañamiento y transferencia del paquete de herramientas² para la sistematización del circuito de información -proceso que integra las acciones de detección de un evento, su registro y análisis- y del circuito de intervención -proceso que integra las acciones de prevención/promoción, atención, seguimiento y postintervención;
- Fortalecimiento de la **Mesa Nacional Intersectorial para la prevención del Suicidio**, un espacio de concertación interministerial³ conformado en el año 2018 en el ámbito de la Comisión Nacional Interministerial en Políticas de Salud Mental y Adicciones (CONISMA) con el objetivo de trabajar de manera conjunta en el territorio nacional sobre la problemática del suicidio en la población en general con foco en la adolescencia y juventud;
- Elaboración de un **material técnico** para el abordaje integral del suicidio en la adolescencia.

La presente publicación, entonces, tiene como objetivo facilitar herramientas para garantizar el abordaje integral del suicidio en la adolescencia, partiendo de la comprensión de que esta problemática trasciende las fronteras de la Salud Mental: requiere de una articulación basada en los principios de **interdisciplina, intersectorialidad y corresponsabilidad** del conjunto de las políticas públicas destinadas a esta población.

Por ello, el material incluye herramientas para el proceso de atención clínica y, al mismo tiempo, prioriza el **abordaje integral y comunitario**. En este sentido, se propone como un insumo tanto para las acciones que desarrollan los **equipos de salud de atención primaria** como también para la articulación y el trabajo en red con **todos los efectores del Sistema de Promoción y Protección Integral de Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes**.⁴

¿CÓMO ELABORAMOS ESTE MATERIAL?

Para la elaboración de esta publicación se realizó un relevamiento bibliográfico y, en simultáneo, se convocó a informantes clave -contactados/as por medio de los programas provinciales de Salud Integral en la Adolescencia y otras áreas involucradas- para que sumen aportes en función de sus recorridos, aprendizajes y producciones académicas vinculadas al abordaje de la problemática de suicidio en la adolescencia.

Asimismo, se relevaron y sistematizaron experiencias⁵ posicionadas como prácticas situadas que reflexionaron sobre la problemática e implementaron abordajes enmarcados en un enfoque integral-comunitario y con perspectiva de trabajo en red. Estas experiencias pueden funcionar como modelos posibles para equipos técnicos y organizaciones de la comunidad, en tanto permiten aprender de los conocimientos de otros/as, aplicándolos y adaptándose a contextos similares.

Por último, el material fue ajustado en función de un proceso de revisión y enriquecimiento por parte de referentes en la materia, convocados/as especialmente para tal fin.

Las herramientas desarrolladas en los siguientes capítulos no pretenden ser exhaustivas ni definitivas, sino que constituyen una aproximación inicial que será ajustada y mejorada en la medida en que se avance en el abordaje integral de esta problemática.

1 Según la OMS, las causas externas (CE) son eventos y circunstancias del ambiente identificados como la causa de la lesión. De acuerdo a la Clasificación Internacional de Lesiones se conoce como lesión aquella que sucede cuando el cuerpo está expuesto a un nivel inaceptable (demasiado alto o bajo) de energía o sustancias (mecánicas, físicas, eléctricas, térmicas o químicas) ocasionando morbilidad, mortalidad y gasto de recursos. Dentro de esta clasificación se incluye a las lesiones no intencionales (antes denominadas "accidentales"; en su mayoría, producto de siniestros viales), las lesiones intencionales (suicidios y homicidios), y aquellas de intención no determinada. (Traducción y adaptación de la definición de la "Injury Surveillance Guidelines" OMS-CDC, 2001)

2 En el marco de la estrategia de reducción de la morbimortalidad adolescente por causas externas el PNSIA, con la cooperación técnica de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), publicó en 2017 la guía *Abordaje de la MMACE. Paquete de herramientas para el circuito de información. Lineamientos para la intervención integral. Sistematización de experiencias*. (PNSIA, 2017)

3 La Mesa Nacional Intersectorial está integrada por diversas áreas de los Ministerios de Salud, Desarrollo Social, Seguridad y Educación de la Nación.

4 Ley Nacional 26.061 de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes, sancionada en el año 2005.

5 Ver el Capítulo 6 de la presente publicación.

¿POR QUÉ ELABORAMOS ESTE MATERIAL?

DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA⁶

El suicidio representa un **problema de salud pública grave y creciente**: la Organización Mundial de la Salud (OMS) afirma que es la **segunda causa principal de muerte a nivel mundial entre adolescentes y jóvenes** de 15 a 29 años de edad. (OPS/OMS, 2014) Como se describe a continuación, la situación en Argentina está en línea con la tendencia internacional.

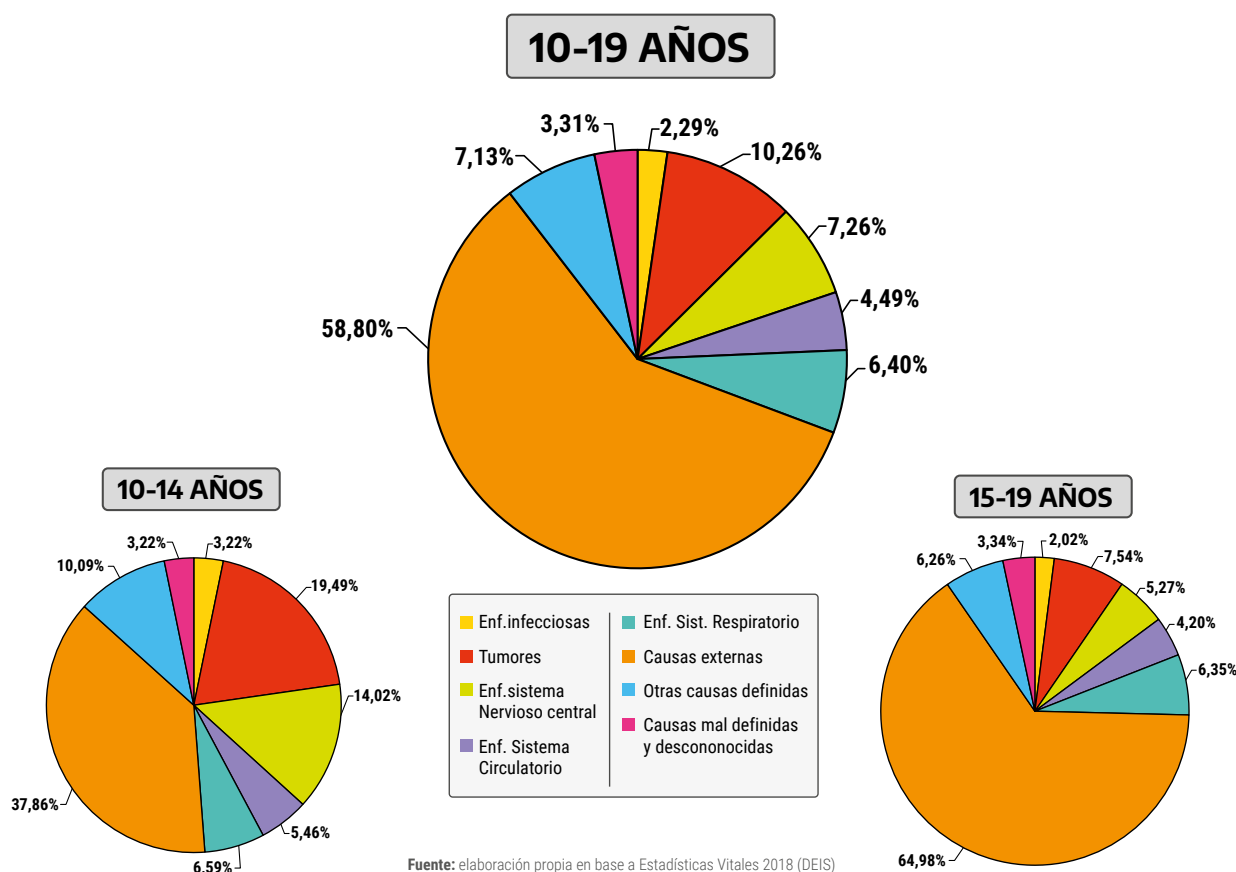
Según los datos oficiales de la Dirección de Estadísticas e Información en Salud (DEIS), en el año 2018 se registraron en el país 3183 defunciones en población de 10 a 19 años, observándose que los casos se incrementan conforme aumenta la edad: alrededor del 77% los casos se registran entre los 15 y 19 años. En este grupo etario también comienza a observarse una mayor carga de mortalidad entre los varones, situación que se sostiene hasta las edades más avanzadas.

La tasa de mortalidad en población adolescente fue de 4.5 por 10.000 en 2018 para ambos sexos; la tasa en varones fue de 5.9, duplicando la tasa registrada en mujeres de 3 por 10.000 habitantes.

Aun cuando la población adolescente presenta una tasa de mortalidad inferior a la de otras franjas etarias, al analizar su perfil se destaca un dato alarmante. **Las causas externas explican seis de cada diez defunciones en adolescentes de 10 a 19 años: se trata de muertes evitables, relacionadas a situaciones de violencia que provocan lesiones -intencionales o no intencionales, autoinfligidas o infligidas por terceros- y que afectan especialmente a los varones de 15 a 19 años.**

La mortalidad por causas externas en este grupo representó el 59% del total de defunciones (1846 casos); aunque la proporción llega al 65% del total de muertes entre los 15 y 19 años. Asimismo, el 76% de las defunciones por causas externas corresponden a varones y el 85.4% de los casos de mortalidad por estas causas se registran en el grupo de 15 a 19 años. (Gráfico 1)

Gráfico 1: Porcentaje de mortalidad por grupos de causas en adolescentes de 10 a 19 años según subgrupos de edad. Argentina, 2018



⁶ Excepto en los casos donde se hace la referencia específica, la información presentada en este apartado se basa en los datos disponibles en el documento INDICADORES SELECCIONADOS DE SALUD PARA POBLACIÓN DE 10 A 19 AÑOS. B 162. ARGENTINA - AÑO 2018. Dirección de Estadísticas e Información en Salud (DEIS), Ministerio de Salud, junio 2020.

Dentro de las causas externas, el mayor peso de mortalidad está en las lesiones no intencionales -en particular las causadas por siniestros viales⁷- siendo la primera causa de muerte en población adolescente con el 43.5% de los casos registrados (803 casos). (Tabla 1)

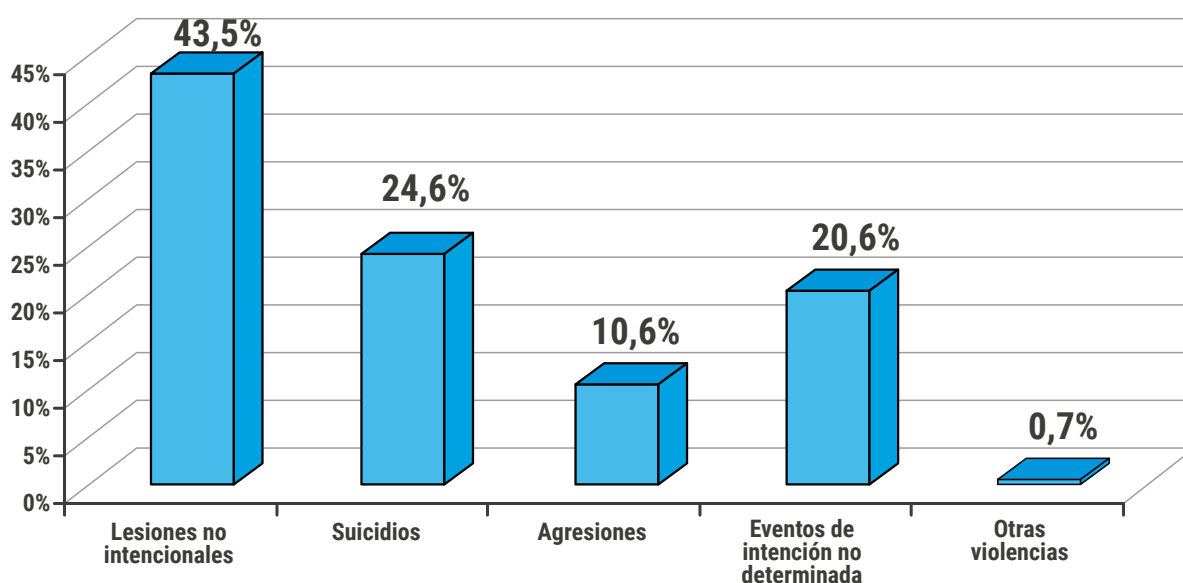
Tabla 1: Cantidad de defunciones y tasa de mortalidad (por 100.000 habitantes) por causas externas en adolescentes de 10 a 19 años según intencionalidad y sexo. Argentina, 2018

	Ambos sexos		Varones		Mujeres		Relación varón / mujer
	Def.	Tasa	Def.	Tasa	Def.	Tasa	
Total de causas externas	1846	26.2	1407	39	438	12.7	3.2
Lesiones no intencionales	803	11.4	632	17.5	171	5	3.7
Suicidios	454	6.4	330	9.2	124	3.6	2.7
Agresiones	195	2.8	160	4.4	35	1	4.6
Eventos de intencion no determinada	381	5.4	280	7.8	100	2.9	2.8

Fuente: elaboración propia en base a Estadísticas Vitales 2018 (DEIS)

Sin embargo, el suicidio representa el 24.6% de las muertes por causas externas con 454 casos (Tabla 1), es decir que 1 de cada 4 muertes por causas externas son suicidios, constituyéndose en la segunda causa de mortalidad entre adolescentes en el país. En tercer lugar se registran los eventos de intencion no determinada con el 20.6% de los casos (381 casos) y, por último, las agresiones u homicidios con el 10.6% (195 casos). (Gráfico 2)

Gráfico 2: Distribución porcentual de defunciones por causas externas en adolescentes de ambos sexos entre 10 y 19 años según intencionalidad. Argentina, 2018



Fuente: elaboración propia en base a Estadísticas Vitales 2018 (DEIS)

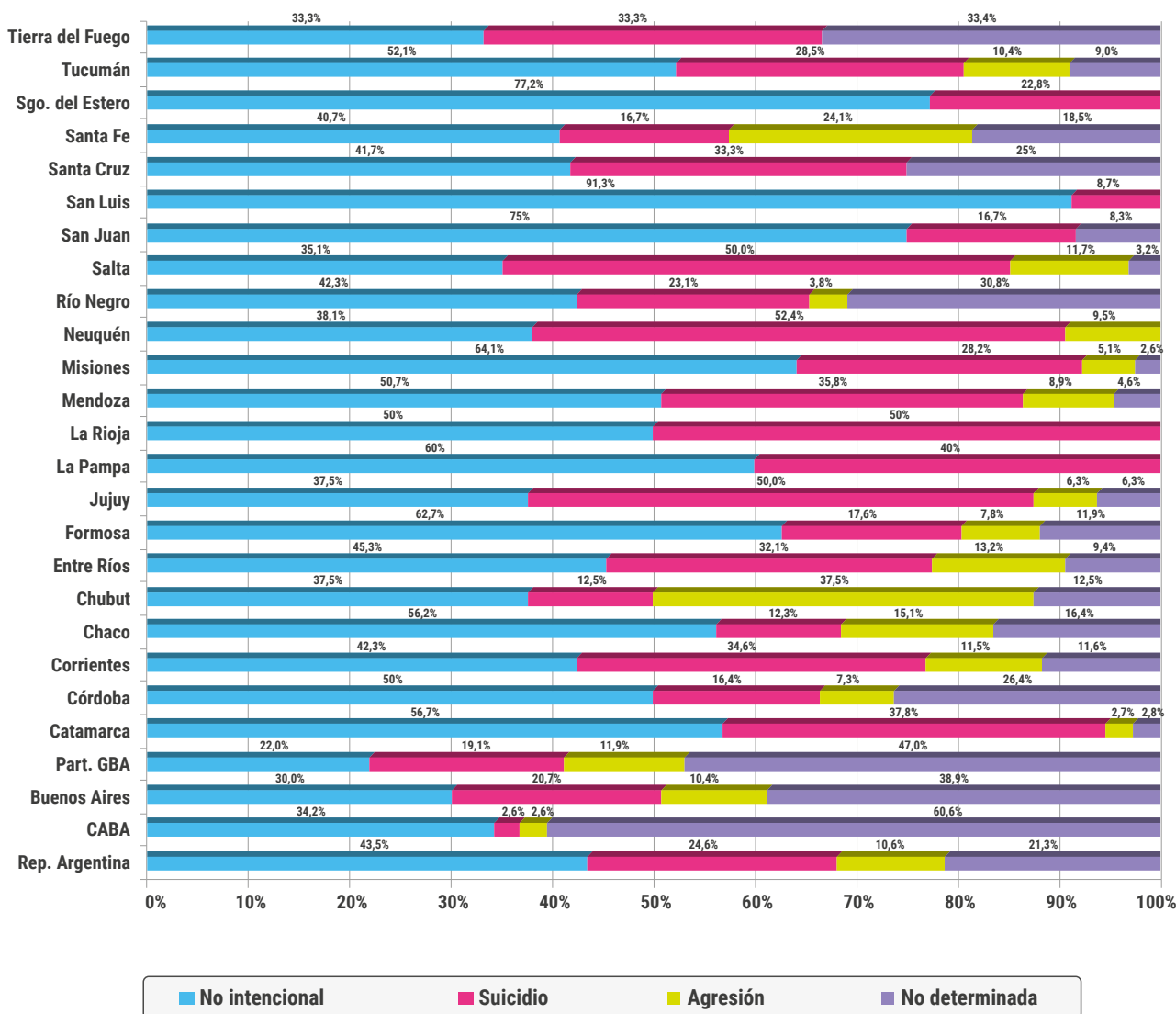
⁷ Si bien en las estadísticas vitales se siguen denominando a estas causas como "accidentes", se prefiere evitar esa denominación ya que no se trata de hechos fortuitos o al azar, sino de situaciones que pueden evitarse mediante acciones preventivas.

Al igual que las tasas de mortalidad, el peso proporcional de las distintas causas externas varía según la región del país, observándose diferencias significativas entre las provincias. Si bien las lesiones no intencionales en general son la causa externa con mayor proporción de defunciones por la prevalencia de los siniestros viales, en las provincias de Salta y Jujuy de la región NOA, el suicidio ocupa el primer lugar en la mortalidad por causas externas. Algo similar ocurre con la provincia de Neuquén en la región patagónica. (Gráfico 3)

Por otra parte, en algunas provincias se observa que las defunciones por causa de intención no determinada están sobrerrepresentadas, constituyéndose en la primera causa de mortalidad por causas externas. Éste es el caso de la Ciudad de Buenos Aires, donde además se registra solo un caso de suicidio y un caso de homicidio en la población adolescente; también es la primera causa en la Provincia de Buenos Aires, mientras que en las provincias de Córdoba, Chaco y Río Negro la mortalidad por causas de intención no determinada ocupa el segundo lugar dentro de las defunciones por causas externas. (Gráfico 3).

Finalmente, en la provincia de Chubut el homicidio comparte el primer lugar en cantidad de defunciones por causas externas, junto a las lesiones no intencionales; y en la provincia de Santa Fe el homicidio es la segunda causa de mortalidad por causas externas, luego de las lesiones no intencionales.

Gráfico 3: Defunciones de adolescentes por causas externas por tipo de causa y jurisdicción de residencia (en porcentajes). Argentina, 2018



Fuente: elaboración propia en base a Estadísticas Vitales 2018 (DEIS)

Vale destacar que **el peso relativo de las causas de intención no determinada puede estar ocultando casos de suicidios y homicidios subregistrados**. La cuantificación de los eventos de intención no determinada es un indicador de calidad de la información estadística. Si bien las deficiencias de registro se vinculan a múltiples factores -dentro de los que se destacan las dificultades de coordinación entre los circuitos de registro estadístico y los sistemas de información del registro civil y de la administración de justicia (UNICEF, 2019:45-46)-, al analizar los casos de mortalidad por intención no determinada varios autores han evidenciado un mayor ocultamiento de defunciones intencionales (suicidios y homicidios) en relación a las no intencionales. (OPS/OMS, 2017:40-41)

Una aproximación a esta limitación de los registros puede visualizarse al analizar los **mecanismos** utilizados en las defunciones según el tipo de causas externas. Si se analiza específicamente la mortalidad por suicidio, el mecanismo registrado con mayor frecuencia es el ahorcamiento o sofocación, con el 91.4% de los casos. Al mismo tiempo, este mecanismo se registró en el 30.2% de las causas de intención no determinada, lo que plantea la necesidad de mejorar los registros para identificar cuántos de estos casos corresponden a suicidios no registrados. (Tabla 2)

Tabla 2: Defunciones de adolescentes por causas externas según los principales mecanismos utilizados por tipo de causa (en porcentajes). Argentina, 2018

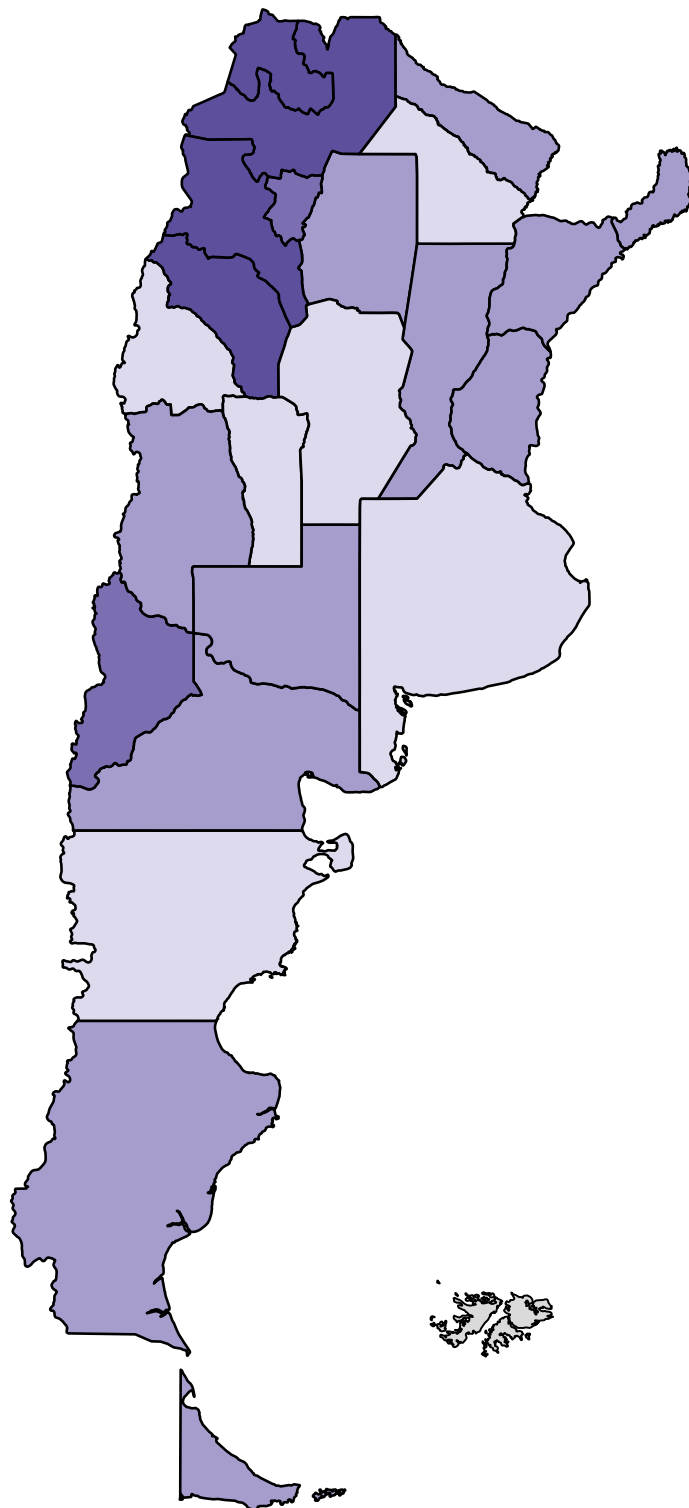
MECANISMO	CAUSAS EXTERNAS			
	NO INTENCIONAL	SUICIDIO	AGRESIÓN	NO DETERMINADA
Cortes o perforaciones	0%	0%	25.6%	3.4%
Ahogamiento o sumersión	6.4%	0%	0%	5.2%
Caídas	1.1%	0.4%	0%	0.8%
Fuego (llama, objeto o sustancia)	1.4%	0.2%	1%	2.4%
Armas de fuego	0.9%	6%	60.5%	26.8%
Vehículos de transporte terrestre	67.5%	0%	0.5%	0%
Envenenamientos	1.2%	0.9%	0%	4%
Golpes por o contra	0.4%	0.4%	3.6%	0%
Ahorcamiento o sofocación	2%	91.4%	3.6%	30.2%

Fuente: elaboración propia en base a Estadísticas Vitales 2018 (DEIS)

Continuando con el análisis de la mortalidad en adolescentes por suicidio, se señalan diferencias significativas en cuanto a las tasas por mortalidad entre provincias.

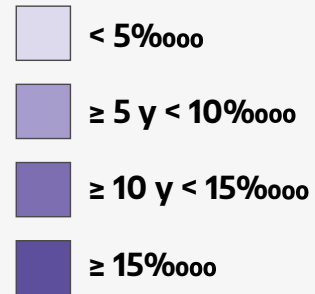
Las tasas más altas se registran en las provincias del NOA, especialmente Catamarca, Salta y Jujuy. Por el contrario, las provincias del centro del país y Patagonia presentan, en términos generales, tasas inferiores al promedio nacional, destacándose la tasa más baja en la Ciudad de Buenos Aires, probablemente vinculada a las limitaciones en los registros mencionadas anteriormente. (Gráfico 4)

Gráfico 4: Tasa de mortalidad por suicidio en adolescentes de 10 a 19 años por 100.000 habitantes según jurisdicción de residencia. Argentina, 2018



TOTAL PAÍS 2018:
6,4 ‰

TMA_d por Suicidio por 100.000 Hab.

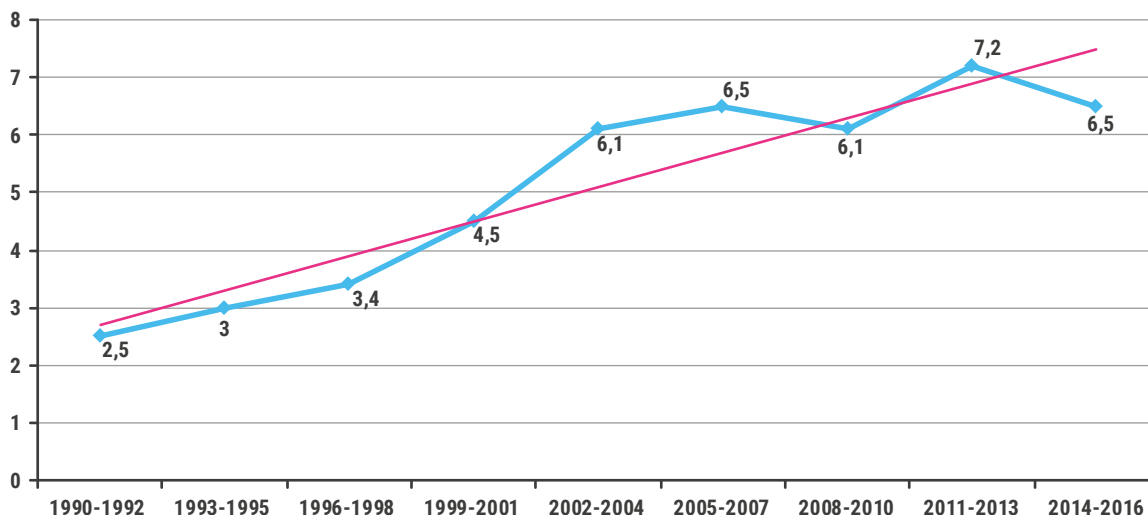


CABA	0,2
Buenos Aires	4,2
Catamarca	19,3
Córdoba	3,2
Corrientes	9,5
Chaco	4,2
Chubut	2,0
Entre Ríos	7,7
Formosa	8,0
Jujuy	17,6
La Pampa	7,3
La Rioja	15,8
Mendoza	7,8
Misiones	9,2
Neuquén	10,5
Río Negro	5,1
Salta	18,2
San Juan	3,0
San Luis	2,4
Santa Cruz	6,6
Santa Fe	7,1
Santiago del Estero	7,1
Tucumán	14,5
Tierra del Fuego	7,0

Fuente: elaboración propia en base a Estadísticas Vitales 2018 (DEIS)

Por otra parte, al analizar la evolución de la tasa de suicidios en población adolescente, se constata en los últimos años una sostenida **tendencia creciente** de la mortalidad por esta causa en la población de 10 a 19 años. (Gráfico 5)

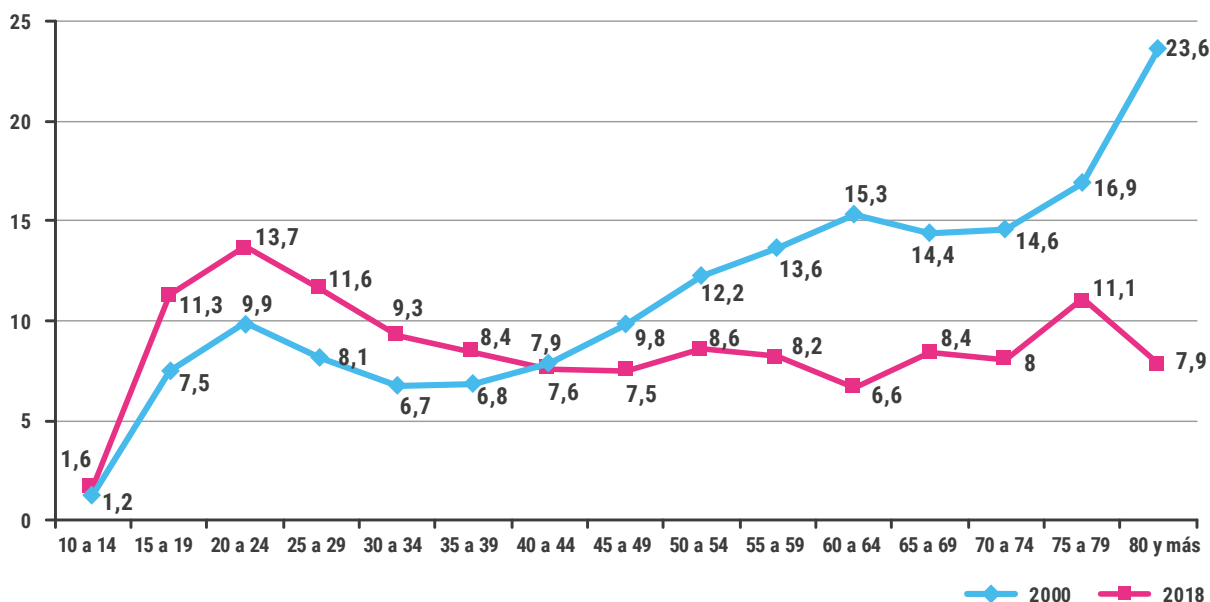
Gráfico 5: Evolución y tendencia de la tasa trienal de suicidios por 100.000 habitantes en adolescentes de ambos sexos de 10 a 19 años. Argentina 1990-2016



Fuente: elaboración propia en base a Estadísticas Vitales 2018 (DEIS)

Es de destacar que mientras las tasas se han incrementado en la población adolescente y joven, al analizar comparativamente los datos disponibles de los años 2000 y 2018 se observa una tendencia decreciente a partir de los 45 años, habiéndose reducido de manera significativa en la población de adultos mayores, que históricamente registra las tasas más altas. (Gráfico 6)

Gráfico 6: Tasa anual de mortalidad por suicidio por 100.000 habitantes por grupo etario. Argentina, datos comparativos 2000-2018



Fuente: elaboración propia en base a Estadísticas Vitales 2018 (DEIS)

Respecto a las diferencias por sexo y edad en la mortalidad de adolescentes, al analizar comparativamente las tasas de suicidio respecto a las otras causas externas puede observarse que, si bien en todas las causas los varones presentan tasas más altas, la brecha entre varones y mujeres es menor en el caso de las tasas de suicidio respecto a otras causas, como agresiones y lesiones no intencionales. Mientras que en el caso de las agresiones mueren 4.6 varones por cada mujer y por lesiones no intencionales mueren 3.7 varones por cada mujer, en el caso del suicidio mueren 2.7 varones por cada mujer. (Tabla 1)

Es importante resaltar que la relación varón / mujer varía según el grupo etario, ya que si bien en ambos grupos los varones están sobrerrepresentados, se registra una diferencia significativa en el grupo de 15 a 19 años, donde la relación varón / mujer es de 2.9; mientras que en el grupo de 10 a 14 años la brecha es menor, con una relación de 1.5. (Tabla 3)

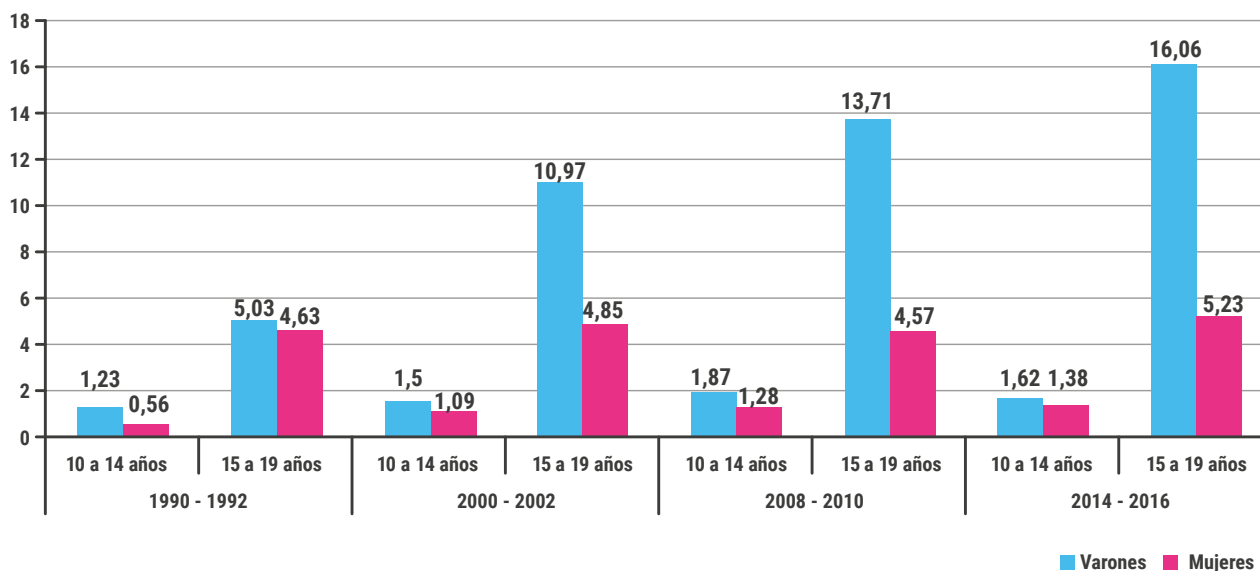
Tabla 3. Distribución de los casos registrados de suicidio en adolescentes de 10 a 19 años por sexo y grupos de edad. Argentina, 2018

	10-19 AÑOS	10-14 AÑOS	15-19 AÑOS
VARONES	330	34	296
MUJERES	124	23	101
RELACIÓN VARÓN / MUJER	2.7	1.5	2.9

Fuente: elaboración propia en base a Estadísticas Vitales 2018 (DEIS)

Al analizar la evolución de la **brecha de género**⁸ en la mortalidad por suicidio durante las últimas décadas, se observan trayectorias diferenciadas por grupo etario. En el grupo de 10 a 14 años se nivelan las tasas de varones y mujeres, a partir del crecimiento de la tasa femenina y una relativa estabilidad de la tasa masculina. En el grupo de 15 a 19 años, si bien se observa un leve aumento en la tasa de mujeres durante el último período registrado, ésta se ha mantenido relativamente estable; en cambio es significativo el incremento de las tasas en varones, lo que profundiza la brecha de género entre los períodos analizados: mientras que en 1990-1992 las tasas eran similares, la diferencia se amplió en períodos subsiguientes y **en el trienio 2014-2016 la tasa masculina triplicó la femenina**. (Gráfico 7)

Gráfico 7: Tasas de mortalidad por suicidio en adolescentes de 10 a 19 años por 100.000 habitantes diferenciada por sexo y grupo de edad. Comparación entre períodos seleccionados. Argentina, 1990-2016



Fuente: elaboración propia en base a Estadísticas Vitales 2018 (DEIS)

Si bien no se observan diferencias significativas por sexo y edad en los mecanismos utilizados en los suicidios, ya que en la mayoría de los casos es por ahorcamiento o sofocación, en el caso de uso de armas de fuego es mayor la proporción en mujeres de 10 a 14 años y en varones de 15 a 19 años. (Tabla 4)

⁸ Si bien los datos estadísticos sólo permiten identificar una relación entre sexos mujer / varón, el concepto de brecha de género pretende poner en evidencia las vulnerabilidades diferenciadas frente a la muerte por suicidio como una construcción social sustentada en las diferencias de género. Quedan otros aspectos a analizar, como las vulnerabilidades referidas a la orientación sexual y a las identidades de género no binarias, situaciones que están invisibilizadas en la información estadística disponible.

Tabla 4: Principales mecanismos utilizados en las defunciones por suicidio en adolescentes de 10 a 19 años clasificados por sexo y edad. Argentina, 2018

MECANISMO	10 – 14 AÑOS		15-19 AÑOS	
	VARONES	MUJERES	VARONES	MUJERES
Ahorcamiento o sofocación	88,2%	91,3%	91,2%	93%
Armas de fuego	5,9%	8,7%	7,1%	2%

Fuente: elaboración propia en base a Estadísticas Vitales 2018 (DEIS)

Finalmente y como se ha mencionado, los **circuitos de información** referidos a la mortalidad por causas externas, y en particular a la problemática del suicidio, evidencian una serie de **problemas y limitaciones vinculados a la subestimación de los datos**. En primer lugar, el análisis de la información sobre mortalidad permite identificar inconsistencias y subregistros referidos a la intencionalidad de los eventos, dada la alta proporción de eventos de intención no determinada -que en algunas provincias representan más de un tercio de los casos de mortalidad por causas externas-, así como la proporción de casos no especificados.

Por otra parte, las mayores deficiencias en la calidad de los datos se observan en los registros de **morbilidad**. Si bien los egresos hospitalarios constituyen una primera aproximación al perfil de la morbilidad de la población, esta información tiene algunas limitaciones respecto a su cobertura, ya que los establecimientos dependientes de universidades nacionales y los subsectores de obras sociales y medicina privada no informan egresos. En el caso de los egresos por causas externas, se incluyen eventos como traumatismos, envenenamientos, quemaduras, corrosiones, síndromes de maltrato y otras consecuencias de las causas externas, aunque existen deficiencias en las notificaciones que impiden contar con un registro completo de la intencionalidad de estas lesiones. (PNSIA, 2017:12)

Respecto a los datos específicos de morbilidad por lesiones autoinfligidas, también se observan deficiencias de registro y una gran asimetría entre las provincias en relación a la calidad de la información registrada. Adicionalmente, se presentan limitaciones vinculadas a la complejidad del fenómeno, tal es el caso de la identificación y clasificación de autolesiones para establecer una diferenciación entre las autolesiones intencionales que constituyen o no un intento de suicidio. Este problema aparece especialmente en aquellas lesiones producidas por cortes en brazos u otras partes del cuerpo.

Las razones expuestas sirven de argumento para plantear la **importancia de una vigilancia epidemiológica de las causas externas en general y del suicidio en particular**, desarrollando sistemas de registro y análisis de información que permitan una mejor caracterización de los fenómenos y orienten estrategias para reducir la morbimortalidad por estas causas.⁹

EL SUICIDIO EN LA ADOLESCENCIA COMO PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA

Se entiende por **salud pública** al conjunto de esfuerzos y acciones organizadas de una sociedad -a través sus diversas instituciones públicas, privadas y de la comunidad-, para mejorar y promover la salud de la población: "Por definición, la salud pública no se ocupa de los pacientes a título individual. Su interés se centra en tratar las enfermedades, afecciones y problemas que afectan a la salud, y pretende proporcionar el máximo beneficio para el mayor número posible de personas. Esto no significa que la salud pública haga a un lado la atención de los individuos. Más bien, la inquietud estriba en prevenir los problemas de salud y ampliar y mejorar la atención y la seguridad de todas las poblaciones." (OPS/OMS, 2003:3-4)

Siguiendo esta línea, el suicidio es un problema priorizado en la **agenda pública** en función de los siguientes criterios:

- *Magnitud / Relevancia epidemiológica*¹⁰
- *Impacto*: un evento de suicidio afecta no sólo a quien ha muerto sino a las personas que conforman su entorno significativo (familiares, grupos de pares, comunidad) y, desde un enfoque

⁹ Más información en PNSIA (2017)

¹⁰ Ver el apartado "Descripción de la situación epidemiológica", en la "Introducción y planteo del problema" de la presente publicación.

más agregado, dado que esta problemática afecta a jóvenes y/o adultos/as en edad productiva, su ocurrencia produce además graves perjuicios a la economía doméstica y a la productividad de la sociedad en su conjunto. (DNSMyA, 2014:6)

- *Evitabilidad*: el suicidio es un grave problema de salud pública que puede prevenirse en la mayoría de los casos, por lo que requiere políticas públicas que atiendan su abordaje. Si se establecen con claridad los factores que inciden en la determinación y el sostenimiento de un problema, será más posible y eficaz redireccionar los recursos públicos y movilizar el esfuerzo de la sociedad en su conjunto para su abordaje y superación. (DNSMyA, 2014:5)

- *Barreras de acceso al derecho a la salud y brechas existentes en el proceso de atención*: respecto a la población adolescente, las barreras de acceso a los servicios están determinadas tanto por el sistema como por construcciones culturales propias de ese grupo (PNSIA, 2012:8). En el caso del suicidio y las autolesiones suelen darse ciertas estigmatizaciones que vulneran y colocan en un riesgo aún mayor a los sujetos, ya sean víctimas o vínculos cercanos. Esta estigmatización genera que las personas no establezcan contacto con los servicios de salud ni busquen ayuda profesional; o que no logren integrarse nuevamente a la vida social después de haber recibido tratamiento, empeorando así su situación, lo que puede llevar a considerar al suicidio como una opción posible. Es crucial comprender que el suicidio y las autolesiones pueden prevenirse y la eliminación de todo tipo de estigmas es un aspecto fundamental para lograr dicho propósito (OPS, 2014).

En virtud de estos criterios, **el Estado reconoce que la relevancia del suicidio en la adolescencia no afecta sólo a un sector socioeconómico ni queda reducido al espacio privado -individuos, familias o pequeños grupos- sino que es un fenómeno transversal que trasciende al conjunto de la sociedad y, por esta razón, se obliga a dar una respuesta a través de las distintas políticas públicas, priorizando un abordaje articulado, integral y comunitario:** “El enfoque de salud pública a cualquier problema es interdisciplinario y se basa en datos científicos (...) También hace hincapié en la acción colectiva. Ha demostrado una y otra vez que las iniciativas de cooperación de sectores tan diversos como los de la salud, la educación, los servicios sociales, la justicia y la política, son necesarias para resolver problemas que por lo general se consideran netamente “médicos”. Cada sector tiene un papel importante que desempeñar al abordar el problema de la violencia y, conjuntamente, las estrategias adoptadas por cada uno tienen el potencial de producir reducciones importantes de la violencia.” (OPS/OMS, 2003:4).

En suma, la presente publicación se propone como una herramienta dirigida a los equipos de atención primaria de salud para el abordaje integral del suicidio en la adolescencia, siendo ésta una problemática de salud pública y, como tal, priorizada en la agenda de las políticas públicas en línea con la normativa vigente.

MARCO NORMATIVO

Ley Nacional 27.130 de Prevención del Suicidio, sancionada en el año 2015:

- Declara de interés nacional en todo el territorio de la República Argentina la atención biopsicosocial, la investigación científica y epidemiológica, la capacitación profesional en la detección y atención de las personas en riesgo de suicidio y la asistencia a las familias de víctimas del suicidio (Artículo 1º);
- Establece los siguientes objetivos: el abordaje coordinado, interdisciplinario e interinstitucional de la problemática del suicidio; el desarrollo de acciones y estrategias para lograr la sensibilización de la población; el desarrollo de los servicios asistenciales y la capacitación de los recursos humanos; y la promoción de la creación de redes de apoyo de la sociedad civil a los fines de la prevención, la detección de personas en riesgo, el tratamiento y la capacitación (Artículo 4º);
- Determina que la autoridad de aplicación es el Ministerio de Salud de la Nación, que debe coordinar su accionar con las áreas y organismos competentes con incumbencia en la materia tanto a nivel nacional como en las diferentes jurisdicciones (Artículo 5º). Asimismo, la autoridad de aplicación, en coordinación con las diferentes jurisdicciones, debe elaborar y mantener actualizado un protocolo de atención del paciente con riesgo suicida o con intento de suicidio (Artículo 10º);
- Se apoya para su intervención en el cambio de paradigma que introdujo la Ley Nacional 26.657 de Salud Mental, que resguarda y protege los derechos y garantías de las personas con padecimientos de salud mental. En esta línea, estipula que los efectores de salud deben ofrecer para la atención del paciente con intento de suicidio un equipo interdisciplinario conformado en los términos de la dicha ley (Artículo 9º).

Ley Nacional 26.657 de Salud Mental, sancionada en el año 2010:

- Reconoce a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona (Artículo 3º);
- Reconoce a las personas con padecimiento mental como sujetos de derechos (Capítulo IV);
- Determina que el proceso de atención debe realizarse preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario y en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial basado en los principios de la atención primaria de la salud, orientándose al reforzamiento, restitución o promoción de los lazos sociales (Artículo 9º).

Ley Nacional 26.061 de Promoción y Protección Integral de Derechos de Niñas/os y Adolescentes, sancionada en el año 2005:

- Reconoce a las/os NNyA como sujetos de derechos (Artículos 1º, 2º, 3º, Título II);
- En este marco, se considera a las conductas autolesivas, intentos de suicidio o suicidios consumados de NNyA como situaciones de grave vulneración de derechos;
- Debido a ello, su abordaje debe estar garantizado por el Sistema de Promoción y Protección Integral de Derechos de NNyA, conformado por todos aquellos organismos, entidades y servicios que diseñan, planifican, coordinan, orientan, ejecutan y supervisan las políticas públicas, de gestión estatal o privadas, en el ámbito nacional, provincial y municipal, destinados a la promoción, prevención, asistencia, protección, resguardo y restablecimiento de los derechos de las/os NNyA reconocidos en la Constitución Nacional, la Convención sobre los Derechos del Niño, demás tratados de derechos humanos ratificados por el Estado argentino y el ordenamiento jurídico nacional (Artículo 32º).

¿POR QUÉ NOS DIRIGIMOS A LOS EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD?

La OMS lanzó, en 1999, el programa SUPRE (*Suicide Prevention*, Prevención del Suicidio): una iniciativa mundial para la prevención y reducción de la mortalidad por suicidio, a través de un abordaje interdisciplinario e intersectorial. Para ello, propone una serie de instrumentos destinados a sectores sanitarios y no sanitarios desde un enfoque de integralidad y corresponsabilidad, en línea con la estrategia de **Atención Primaria de la Salud** (APS).

La APS es una estrategia transversal a todo el sistema sanitario orientada a la salud y el bienestar a partir de las necesidades y circunstancias de las personas, las familias y las comunidades. Si bien incluye el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos, la APS hace foco especialmente en la promoción y prevención primaria, por lo que el primer nivel de atención de la salud tiene un rol central en el desarrollo de esta estrategia.

En este marco, el programa SUPRE destaca a los equipos de atención primaria como un actor de relevancia en el abordaje del suicidio, considerando que son, generalmente, la **“puerta de entrada”** -primer contacto- de los/as usuarios/as con el sistema de salud y, al mismo tiempo, es donde se **operativiza la continuidad de la atención** para la mayor parte de la población. En este sentido, es necesario considerar la importancia dentro de los tres niveles de atención a los equipos de primer nivel que son los que despliegan un **vínculo estrecho y prolongado** con las familias, las instituciones y organizaciones de las comunidades a las que pertenecen, lo que habilita el mayor conocimiento de las realidades y problemáticas específicas de los territorios. (OMS, 2000:5-6) Las acciones desarrolladas por los equipos del primer nivel de atención también implican que, ante la detección de situaciones específicas, se oriente la demanda hacia los niveles del sistema de salud que puedan prestar los cuidados apropiados a través de la **referencia y contrarreferencia**.

De acuerdo a estos lineamientos, se propone abordar la problemática del suicidio partiendo de una **concepción integral de la salud**, en tanto “estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 1948)¹¹. **Así, la salud es entendida como un proceso de construcción colectiva que implica un movimiento permanente, en el cual se reconoce lo cultural y lo social como manifestaciones simbólicas y materiales que comprometen todas las relaciones de la persona y, por lo tanto, de su vida.** Estar sano/a o enfermo/a es parte de un proceso dinámico en el que intervienen múltiples factores sociales, medio-ambientales, biológicos y del sistema de salud, así como la historia, la geografía, la cultura, la economía y la política en la que están inmersos el individuo, su familia y su comunidad, a los que se denomina **“determinantes de la salud”**. (Breihl, 1989) En este sentido, la determinación del proceso salud - enfermedad - atención - cuidados se produce en el ámbito de lo social y, consecuentemente, sólo es comprensible si se lo contextualiza.

Este enfoque multidimensional requiere, entonces, de **la interdisciplina, la intersectorialidad y la participación comunitaria** -articulación del sistema sanitario con áreas públicas, privadas y no gubernamentales vinculadas a empleo y trabajo, educación, vivienda, producción, entre otras- para promover el derecho a la salud y garantizar el abordaje integral de la problemática del suicidio en la adolescencia: “El modelo de atención comunitario se caracteriza por la apertura e integración de las prácticas institucionales a las redes de servicios socio-sanitarias con base territorial con el objetivo de promover y garantizar el proceso de inclusión social. Comprende el desarrollo y/o fortalecimiento de servicios comunitarios sustitutivos del modelo asilar, la coordinación con recursos humanos no convencionales durante el proceso de atención e inclusión social, y la adopción de prácticas de salud acordes con el respeto y garantía de los Derechos Humanos” (DNSMyA, 2014:10).

ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD

La imagen clásica del sistema de salud supone una pirámide, con el hospital distrital en la cúspide y una serie de centros de salud que remiten a la autoridad superior. En cambio, un sistema de salud organizado en torno a la estrategia de APS requiere de un abordaje transversal a todos los niveles del sistema de salud, en base a la priorización de la promoción y la prevención primaria. Como se explicó anteriormente, esto implica un posicionamiento estratégico de los equipos del primer nivel de atención, al desplegar una **función de mediación y coordinación que transforma efectivamente la pirámide de la atención en una red**, donde las relaciones entre el equipo de salud y los demás servicios e instituciones ya no están basadas únicamente en una jerarquía verticalista y en la derivación hacia arriba, sino en **la cooperación y la coordinación**. El equipo de

¹¹ La cita procede del Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, que fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados (Official Records of the World Health Organization, N° 2, p. 100), y entró en vigor el 7 de abril de 1948. La definición no ha sido modificada desde 1948. Recuperado de <https://www.who.int/es/about/who-we-are/frequently-asked-questions>

salud del primer nivel de atención se convierte así en el mediador entre la comunidad y los demás niveles de atención que constituyen la red de servicios en el sistema de salud (OMS, 2008:58).

Siguiendo esta línea, se plantea el desafío de crear nuevos esquemas de detección, recepción y resolución de demandas, que estén a la altura de lo que la época plantea: la complejidad de las problemáticas emergentes exige **abordajes multidimensionales** y, en este sentido, la función de coordinación y mediación de los servicios de atención primaria se extiende no sólo hacia adentro del sistema sanitario sino también a la **articulación con otras instituciones y organizaciones públicas, privadas y de la comunidad**.

Se prioriza, entonces, un **“pensar situado”** para el diseño y la implementación de las intervenciones intra e interinstitucionales, ancladas éstas en la realidad de cada territorio, en las historias personales y de las comunidades; historias que han de ser alojadas para la **restitución y el fortalecimiento del lazo social**: “Se requiere pensar las intervenciones desde la concepción de clínica ampliada, que consiste en estrategias de promoción, prevención, asistencia y seguimiento integrales e interdisciplinarias que reconozcan al otro como sujeto de derecho, de saber y de acción, basado en una modalidad de construcción horizontal donde se promueve la pluralidad y la heterogeneidad de voces. Es así como el trabajo clínico es un proceso dinámico en continua transformación, que incluye las características particulares de los territorios y la singularidad de las personas sobre las que se interviene” (DNSMyA, PNSIA, 2019:47).

PRINCIPIOS DE LA ESTRATEGIA DE APS¹²

- Promover en la comunidad el nivel de salud más alto posible, dando respuesta a las necesidades de salud de la población y garantizando el **ejercicio pleno del derecho a la salud integral** a partir del acceso universal a servicios que promuevan la equidad y la cobertura efectiva;
- Garantizar una **atención integral, integrada, apropiada, de calidad y sostenida** a lo largo del tiempo;
- Desarrollar mecanismos de **articulación intersectorial y participación de todos los actores de la comunidad** (especialmente, los/as beneficiarios/as) en la planificación y desarrollo de intervenciones, a partir de la consolidación de vínculos estrechos entre áreas públicas, privadas y organizaciones sociales. Se destacan las metodologías de **planificación y ejecución participativa y consensuada de acciones** con el objetivo de: identificar las problemáticas prevalentes en un territorio, mapear los actores y recursos presentes, abordar las condiciones de emergencia de tales problemáticas, detectar y potenciar los factores protectores con los que cuentan tanto los individuos en su singularidad como las comunidades, y evaluar procesos y resultados.

En función de lo desarrollado a lo largo de este apartado, el presente material se propone sensibilizar y aportar herramientas a los **equipos de salud de atención primaria** para propiciar que todas las acciones de prevención y promoción de la salud, así como las consultas de cualquier especialidad se transformen en una oportunidad para la detección de la problemática del suicidio en la adolescencia, y se pongan en marcha sistemas de alerta y respuesta¹³ enmarcados en la estrategia de APS: “La función de coordinación constituye el marco institucional para fomentar la movilización en todos los sectores y garantizar así la salud de las comunidades locales. No se trata de un valor añadido optativo, sino de una parte esencial de la misión de los equipos de atención primaria.” (OMS, 2008:59)

Por tal motivo, y con el convencimiento de que el abordaje de la problemática del suicidio no se reduce al ámbito médico-sanitario, **esta publicación se propone como un insumo tanto para las acciones que desarrollan los equipos de salud de atención primaria como también para la articulación y el trabajo en red con todos los actores en contacto con la población adolescente: sus saberes y experiencias son fundamentales para la construcción y el fortalecimiento de redes territoriales que, en el marco de la corresponsabilidad, garanticen un abordaje integral y comunitario de la problemática del suicidio en la adolescencia, en línea con la normativa vigente.**

¹² Redactado en base a DNSMyA (2014:9-11)

¹³ “El objetivo general del mecanismo de alerta temprana y respuesta es detectar y controlar rápidamente eventos agudos de salud pública de cualquier origen, con especial atención a los riesgos para la salud prioritarios en la esfera nacional. Este mecanismo procura aumentar la sensibilidad para la detección, la calidad de la evaluación de riesgos y la oportunidad y eficacia de la respuesta a los riesgos para la salud pública agudos, a modo de reducir al mínimo las consecuencias negativas para la salud de la población afectada.” (OPS/OMS, 2015:11) “Una función eficaz de alerta temprana garantiza una respuesta rápida a los eventos agudos de salud pública de todos los orígenes, y por ende la mitigación del impacto en la salud pública. Esto requiere mayor coordinación y la colaboración estrecha con todos los interesados directos dentro y fuera del sector de la salud.” (OPS/OMS, 2015:9)

BIBLIOGRAFÍA

Breihl, J. (1989) *Epidemiología. Economía, medicina y política*. México D.F.: Fontamara.

DEIS (2019) *Indicadores Seleccionados de Salud para Población de 10 a 19 años. B 160. Argentina - Año 2017*. Presidencia de la Nación. Buenos Aires. Junio.

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

DNSMyA (2019) *Conceptualizaciones sobre salud mental infanto juvenil. Recomendaciones para la Red Integrada de Salud Mental con base en la Comunidad*. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación. Recuperado de http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000001404cnt-2019-02_recomendaciones-conceptualizaciones-salud-mental-infanto-juvenil.pdf

DNSMyA, PNSIA (2019) *Lineamientos para la atención del suicidio adolescente*. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación. Material de trabajo interno.

Gonzalez, J. (2019) "El Suicidio como problema Público en Argentina". *Tesis para la obtención de título de maestría en Epidemiología, Gestión y políticas de Salud*. Instituto de Salud Colectiva Universidad de Lanus.

OMS (2000) *Prevención del suicidio. Un instrumento para trabajadores de atención primaria de salud*. Trastornos Mentales y Cerebrales Departamento de Salud Mental y Toxicomanías. Recuperado de https://www.who.int/mental_health/media/primaryhealthcare_workers_spanish.pdf

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

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

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

OPS/OMS (2015) *Detección temprana, evaluación y respuesta ante eventos agudos de salud pública: Puesta en marcha de un mecanismo de alerta temprana y respuesta con énfasis en la vigilancia basada en eventos*. Recuperado de http://www.who.int/ihr/publications/WHO_HSE_GCR_LYO_2014.4es.pdf

OPS/OMS (2017) *Lineamientos básicos para el análisis de la mortalidad*. Recuperado de http://www.deis.msal.gov.ar/wp-content/uploads/2018/06/Lineamientos_ESP-web.pdf

PNSIA (2012) *Lineamientos para la atención integral de adolescentes en espacios de salud amigables y de calidad*. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación. Recuperado de <http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000890cnt-Atencion-en-espacios-amigables.pdf>

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

UNICEF (2019) *El suicidio en la adolescencia. La situación en la Argentina*. Recuperado de <https://www.unicef.org/argentina/informes/el-suicidio-en-la-adolescencia>

CAPÍTULO 1

Marco Conceptual

¿Qué entendemos por violencias? (p.22)

¿Por qué enmarcamos la problemática del suicidio dentro del fenómeno de las violencias? (p.24)

¿Qué entendemos por violencia autoinfligida? (p.24)

¿Qué entendemos por violencia autoinfligida con intención suicida? (p.25)

¿Qué entendemos por violencia autoinfligida sin intención suicida? (p.25)

Semejanzas y diferencias entre la violencia con y sin intención suicida.
Problematización de la noción de intencionalidad (p.26)

¿Cuáles son las características específicas de la violencia autoinfligida en la adolescencia? (p.27)

¿Es posible pensar esta problemática desde una perspectiva de género? ¿Qué implica esta mirada? (p.28)

¿Qué tipo de abordaje es recomendable implementar? (p.31)

Complejidad, multidimensionalidad y enigma: el suicidio como hecho individual y como problema social-comunitario (p.31)

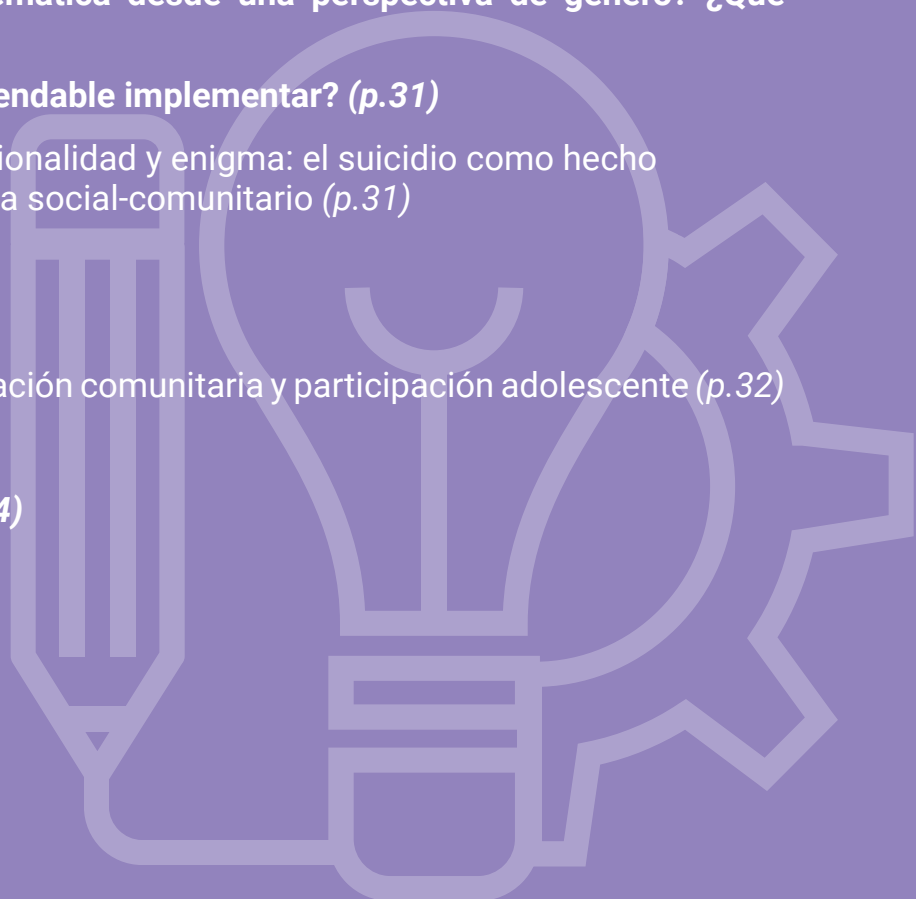
Integralidad (p.32)

Interdisciplina (p.32)

Intersectorialidad, planificación comunitaria y participación adolescente (p.32)

Corresponsabilidad (p.34)

Algunas reflexiones finales (p.34)



¿QUÉ ENTENDEMOS POR VIOLENCIAS?

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la violencia como “el uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones.” (OPS/OMS, 2003:5) Esta definición vincula la **intención**¹⁴ con la comisión del acto e incluye una **amplia gama de consecuencias posibles**.

El concepto de violencia comprende múltiples situaciones, tanto la violencia interpersonal como el comportamiento suicida y los conflictos armados, abarcando una diversidad de eventos que van más allá del acto físico, como por ejemplo el acoso, las amenazas e intimidaciones. Desde el sector salud se ha intervenido centralmente sobre los efectos de la violencia, expresados en la morbilidad y la mortalidad por homicidios, suicidios y otras lesiones; pero existen otras numerosísimas consecuencias del comportamiento violento que suelen ser menos notorias, como los daños psíquicos, privaciones y deficiencias del desarrollo, que comprometan el bienestar de los individuos, las familias y las comunidades. Tal variedad de manifestaciones dificulta la delimitación de la violencia sin caer en reduccionismos. En este sentido, **resulta conveniente hablar de “violencias”, dando cuenta así de la heterogeneidad del fenómeno.**

Por otra parte, la OMS afirma que “ningún factor por sí solo explica por qué algunos individuos tienen comportamientos violentos hacia otros o por qué la violencia es más prevalente en algunas comunidades que en otras. La violencia es el resultado de la acción recíproca y compleja de factores individuales, relacionales, sociales, culturales y ambientales. Comprender la forma en que estos factores están vinculados con la violencia es uno de los pasos importantes en el enfoque de salud pública para prevenir la violencia.” (OPS/OMS, 2003:13)

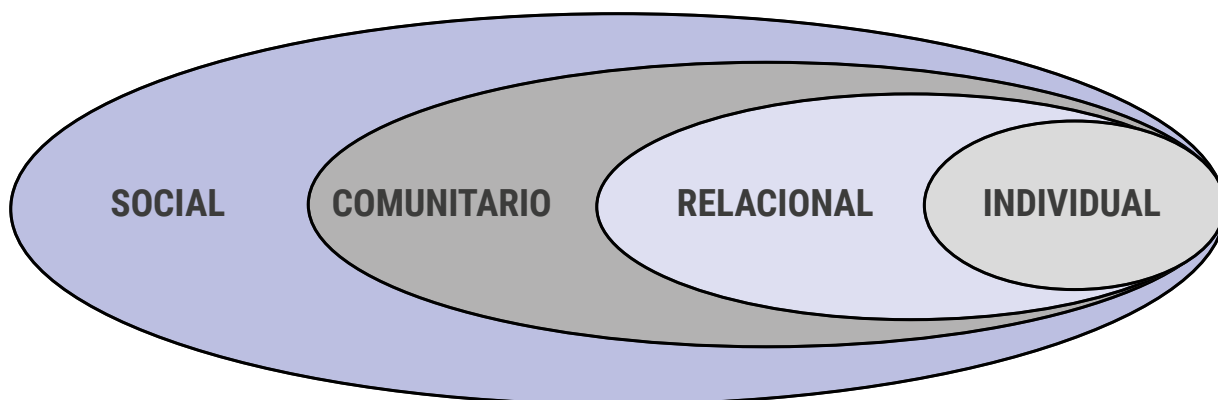
Desde esta perspectiva se entiende a **las violencias como una construcción social e histórica: no es un hecho natural sino una forma aprendida de relacionarse y, por lo tanto, los comportamientos violentos se pueden modificar e incluso evitar.** Esto justifica la incorporación del fenómeno de la violencia como un objeto de estudio e intervención en salud pública, destacando dos aspectos centrales: para el enfoque integral de salud, la violencia se encuadra en las condiciones de vida que impiden una población saludable; en un sentido más estricto, la violencia representa un riesgo para la vida y la salud de las personas, afectando asimismo el funcionamiento del sistema de atención de la salud, aumentando los costos globales de atención y condicionando su calidad y cobertura. (De Souza Minayo, 1997)

Al mismo tiempo, la **multidimensionalidad y complejidad** del fenómeno -en tanto abarca representaciones simbólicas y condiciones materiales- requiere de un análisis que considere los distintos niveles de factores que conforman la red explicativa del problema: “Una de las principales dificultades que presenta la violencia para ser analizada por la Racionalidad Médico Científica es su carácter de problema complejo, caracterización dada por las numerosas dimensiones ignoradas que la conforman. Ello es evidente si tenemos en cuenta que la medicina es una disciplina de enfermedades, de ahí que se vea incapacitada de ver problemas que no se estructuran bajo características biológicas pasibles de ser reducidas a enfermedad. Por eso, cuando la Racionalidad Médico Científica enfrenta cuestiones que no cumplen las características tradicionales, las ignora o intenta “biologizarlas” y transformarlas en situaciones estructuradas (donde todas las variables son conocidas).” (Spinelli et al, 2005:4)

Ante la imposibilidad de reducir la violencia a un carácter unívoco o unidimensional, se propone al **modelo ecológico** como una herramienta para explorar, identificar y aproximarse a una comprensión de la relación entre los múltiples factores individuales y contextuales que inciden en el fenómeno. El modelo se organiza, entonces, en cuatro niveles: (OPS/OMS, 2003:13-15)

¹⁴ Ver el apartado “Semejanzas y diferencias entre la violencia con y sin intención suicida. Problematicación de la noción de intencionalidad”, en el presente capítulo.

MODELO ECOLÓGICO PARA COMPRENDER LA VIOLENCIA



Fuente: Fuente: OPS/OMS, 2003:14

- **Nivel individual:** se busca identificar factores biológicos y de la historia personal que influyen en el comportamiento de un individuo, aumentando la probabilidad de ser víctima o perpetrador de actos de violencia. Se incluyen características demográficas, abuso de sustancias psicoactivas, antecedentes de comportamiento agresivo o de haber sufrido maltrato, patologías mentales, entre otros.¹⁵
- **Nivel de relaciones cercanas:** se indaga en cómo las relaciones cercanas -familia, amigos/as, pareja/s- aumentan el riesgo de sufrir o perpetrar actos violentos.
- **Nivel de la comunidad:** se explora en los contextos comunitarios en los que se desarrollan las relaciones sociales -escuelas, lugares de trabajo, barrios-, y se intenta identificar las características de estos ámbitos asociadas con actos violentos.
- **Nivel social:** se analizan los factores de carácter general relativos a la estructura de la sociedad que contribuyen a crear un clima de aceptación de la violencia, los que reducen las inhibiciones contra ésta, y los que crean y mantienen las brechas entre distintos segmentos de la sociedad o generan tensiones entre diferentes grupos o países. Entre los factores sociales generales se incluyen normas culturales que apoyan la violencia como manera aceptable de resolver conflictos; que asignan prioridad a la patria potestad por encima del bienestar de los/as hijos/as; que refuerzan la dominación masculina; que respaldan el uso excesivo de la fuerza policial contra los/as ciudadanos/as; y que apoyan los conflictos políticos; y actitudes que consideran el suicidio como una opción personal más que como un acto de violencia evitable. También se consideran factores generales las políticas sanitarias, económicas, educativas y sociales que contribuyen a mantener las desigualdades entre los grupos de la sociedad.

De esta manera, el modelo ecológico permite identificar y analizar las interacciones entre los distintos **determinantes de la salud**¹⁶, en tanto conjunto de factores singulares, particulares y sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos o de las poblaciones. Así, este modelo ayuda a esclarecer las distintas causas de las violencias y sus complejas interacciones y, al mismo tiempo, pone de manifiesto la necesidad de actuar en varios niveles a la vez, priorizando un **abordaje interdisciplinario e intersectorial**.

¹⁵ El nivel individual solo expresa dos aspectos (biológicos e historia personal), lo que puede resultar acotado en relación a lo complejo de los procesos psíquicos. En este sentido, puede incluirse un **nivel intraindividual**, teniendo en cuenta distintos procesos psíquicos y emocionales -procesamiento de la angustia, fracasos, lo inesperado, afectividad, etc.-, denominados de diferentes maneras según la línea de pensamiento a la que se adhiera, que definen el modo de interacción intrapsíquica con el mundo exterior.

¹⁶ Para la OMS los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas. Recuperado de https://www.who.int/topics/social_determinants/es/

¿POR QUÉ ENMARCAMOS LA PROBLEMÁTICA DEL SUICIDIO DENTRO DEL FENÓMENO DE LAS VIOLENCIAS?

La conceptualización de la violencia que propone la OMS incluye, también, una clasificación dependiendo del autor del acto violento (OPS/OMS, 2003:6):

A los fines del presente material y en línea con lo desarrollado anteriormente, **se comprende a la problemática del suicidio y las autolesiones como una de las múltiples manifestaciones de las violencias**, en tanto “uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho o como amenaza, contra uno mismo” o, lo que es lo mismo, **violencia autoinfligida**.

Es importante remarcar que, desde esta perspectiva, el suicidio **no se comprende en sí mismo como una entidad psicopatológica ni se circunscribe a un padecimiento mental: se entiende al suicidio como un fenómeno multicausal en el que interactúan factores del orden individual, familiar, social y comunitario**. Esta multicausalidad determina la complejidad del fenómeno y, por lo tanto, la necesidad de abordarlo de manera integral, considerando todas las dimensiones y sus interrelaciones. De ahí la relevancia del modelo ecológico como herramienta analítica.

También en función de dicha complejidad resulta necesario avanzar en la identificación y el análisis de las **conexiones y asociaciones entre la violencia autoinfligida y otras violencias**, ya que en las distintas manifestaciones violentas se combinan dimensiones asociadas al **contexto macrosocial**, entre las que se encuentran la desigualdad, la criminalidad, la crisis de valores institucionales y la fractura de los lazos familiares y comunitarios; con otras dimensiones vinculadas al **medio microsocia**l, como la violencia familiar, maltrato infantil, abuso sexual, la exclusión del sistema educativo, el acceso a las armas de fuego y la aceptación social de las conductas violentas, entre otras; y las dimensiones referidas a las **características personales y actitudinales de los individuos**, como las escasas habilidades para la resolución de conflictos, las creencias y valores que apoyan la agresión y el consumo problemático de alcohol y otras sustancias. (Vazquez, 2002)

En esta cadena de violencias hay también responsabilidad del Estado, no sólo por las situaciones de violencia institucional ejercida por agencias estatales, sino también por los efectos que produce en los/as adolescentes y jóvenes toda distorsión de los roles y funciones de los/as adultos/as y sus instituciones. En este sentido, al analizar las distintas situaciones de violencias a las que están sometidos/as los/as jóvenes, se desvanece la imagen de éstos/as como quienes la ejercen para considerar, en cambio, cómo los/as jóvenes son violentados/as. Con esto no se pretende establecer una relación de causalidad mecánica entre las distintas formas de violencia social y el suicidio en la población juvenil; sin embargo no puede ignorarse que vivir en condiciones de violencia crónica, para cualquier comunidad, afecta la salud psíquica y física de sus habitantes, y no es difícil anticipar sus efectos particularmente perniciosos sobre la subjetividad de los adolescentes. A muchos de ellos la fragilidad del lazo social, es decir del sostén, los deja desamparados y arrojados a la intemperie” (Ministerio de Educación de la Nación, 2015:16-17).

¿QUÉ ENTENDEMOS POR VIOLENCIA AUTOINFLIGIDA?

Dentro del concepto de violencia autoinfligida -es decir, violencia que una persona se inflige a sí misma-, se pueden distinguir dos grandes campos de fenómenos:

- **Violencia autoinfligida con intención suicida:** está asociada a una ideación suicida franca e incluye pensamientos suicidas, intentos de suicidio y suicidios consumados;
- **Violencia autoinfligida sin intención suicida / automutilación:** “Destrucción o alteración directa y deliberada de partes del cuerpo sin una intención suicida consciente”. (OPS/OMS, 2003:201)

¿QUÉ ENTENDEMOS POR VIOLENCIA AUTOINFLIGIDA CON INTENCIÓN SUICIDA?

Está **asociada a una ideación suicida franca** y abarca 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” (DNSMyA, PNSIA, 2012:7).

IDEACIÓN SUICIDA	INTENTO DE SUICIDIO	SUICIDIO CONSUMADO
<p>“Refiere a pensamientos acerca de suicidarse, con diversos grados de intensidad y elaboración. En la bibliografía, el término se refiere también al sentimiento de estar cansado de la vida, la creencia de que no vale la pena vivir y el deseo de no despertar del sueño. Si bien estos sentimientos -o ideaciones- diferentes expresan distintos grados de gravedad, no existe necesariamente una continuidad entre ellos.” (OPS/OMS, 2003:201)</p>	<p>Alude a toda acción autoinfligida con el propósito de generarse un daño potencialmente letal, actual y/o referido por el/ la adolescente y/o referente/acompañante. (DNSMyA, PNSIA, 2012:7) El registro de que el individuo intentó matarse, al menos en algún grado, puede ser explícito o inferido de la conducta o las circunstancias en que sucedió la misma.</p>	<p>Según la OMS (2010), el suicidio es “el <i>acto deliberado</i> de quitarse la vida”; y configura el acto de máxima expresión de violencia de un sujeto contra sí mismo que da por resultado su propia muerte. Sin embargo, el mismo organismo en el año 1986 definía al suicidio como “todo hecho por el que un individuo se causa a sí mismo una lesión, <i>cualquiera sea el grado de intención letal</i> y de conocimiento del verdadero móvil”. Esta definición más antigua de la OMS incluiría a los suicidios en los que la deliberación del sujeto sobre el acto no es plenamente consciente.</p>

¿QUÉ ENTENDEMOS POR VIOLENCIA AUTOINFLIGIDA SIN INTENCIÓN SUICIDA?

La violencia autoinfligida sin intención suicida supone a un sujeto que inflige violencia contra sí mismo con la expectativa de que la lesión sólo conlleva un daño físico leve o moderado y no la muerte. La **ausencia de intención suicida** puede identificarse a partir de la evaluación de riesgo realizada; puede ser expresada por el individuo, o bien “puede inferirse de la realización repetida de comportamientos que sabe -o ha aprendido- que no es probable que tengan como resultado la muerte” (American Psychiatric Association, 2013).

Las autolesiones sin intención suicida también pueden ser definidas como **automutilación**, en tanto “destrucción o alteración directa y deliberada de partes del cuerpo sin una intención suicida consciente”, y su categorización incluye tres tipos: la automutilación grave (cegarse, amputarse dedos, manos, brazos, pies o genitales); la automutilación estereotípica (golpearse la cabeza contra la pared, morderse, golpearse las manos o los brazos, apretarse los ojos o la garganta, arrancarse los cabellos); y la automutilación superficial o moderada (cortarse, arañarse o quemarse la piel, clavarse agujas o tirarse compulsivamente del pelo). (OPS/OMS, 2003:201)

La funcionalidad referida a las autolesiones sin intención suicida es variada; por ejemplo: autorregulación emocional, interrupción de estados emocionales de vacío o intenso dolor psíquico, deseo de pertenecer a grupos de pares que realizan estas conductas como modo de agrupamiento. A riesgo de generalizar, se puede afirmar que la afectación corporal busca aliviar una tensión psíquica-emocional, configurándose como un intento del sujeto de localizar el dolor en una zona del cuerpo: “Las autolesiones suelen estar orientadas a producir un efecto de descarga. Ubicamos la problemática de las autolesiones en el marco de la conflictiva relación del adolescente con su cuerpo, en la dificultad o imposibilidad de una expresión psíquica de sus padecimientos o la intolerancia al dolor psíquico que se expresa a través del acto de marcarse el cuerpo. Los cortes en el cuerpo o autolesiones deliberadas suelen ser frecuentes y no necesariamente implican un riesgo suicida.” (Korinfeld, 2017:213)

Es importante destacar que las **ideas de muerte** surgen de un proceso donde no siempre la motivación es la muerte, sino un llamado a aliviar un sufrimiento psíquico inexpresable en palabras o que no encuentra interlocutor o una manera rudimentaria y primitiva de aliviar una tensión interna inexpresable de otra manera. Dentro de la consulta clínica con los/as adolescentes es importante generar espacios de confianza en donde sea posible hablar de pensamientos que puedan conducir a una autolesión o a su propia muerte (ya sean ideas de muerte, ideación suicida o cualquier angustia que pueda llegar a surgir).

Por otra parte, existe cierto tipo de conductas autolesivas que no tienen una intencionalidad racional de causarse un daño o producirse la muerte, pero llevan al sujeto de manera inconsciente a exponerse a situaciones donde puede lesionarse o, incluso, poner en grave riesgo su vida. La suicidología¹⁷ define a este tipo de autolesiones como **parasuicidios**: “Comprenden conductas variadas que incluyen desde gestos e intentos manipuladores hasta intentos fallidos de terminar con la vida propia. Se hace referencia a actos deliberados que no tienen un final fatal pero que provocan daños en el propio sujeto que los ejecuta; dichos actos deben ser poco habituales. Así, por ejemplo, el alcoholismo crónico o las adicciones graves no se ubican en este rubro.” (Casullo, 2005:147)

En todos los casos, es necesario abordar estas conductas ya que pueden estar relacionadas con sentimientos de angustia o malestar que no se pueden expresar de otra manera; a través de ellas se exponen situaciones de vulnerabilidad, malestares físicos y emocionales que requieren de abordajes oportunos e integrales. (DNSMyA, PNSIA, 2012)

SEMEJANZAS Y DIFERENCIAS ENTRE LA VIOLENCIA CON Y SIN INTENCIÓN SUICIDA. PROBLEMATIZACIÓN DE LA NOCIÓN DE INTENCIONALIDAD

En ambos fenómenos, **el cuerpo del sujeto está puesto en primer plano**: hay una búsqueda por localizar en el cuerpo, a través de la autolesión, un sufrimiento de otra esfera, un dolor interno (psíquico o emocional). Asimismo, el fin de una autolesión no suicida o de un intento de suicidio puede ser el **autoconocimiento**, relacionado a la exploración del propio cuerpo, el propio límite, la prueba de la masculinidad en un grupo de pares, la resistencia física a pruebas extremas, la omnipotencia, una prueba “de amor” -de sacrificio-, un rito iniciático, etc.

No obstante estos puntos de contacto, y tal como se presentó al comienzo del apartado¹⁸, dentro del fenómeno de la violencia autoinfligida es posible distinguir **dos campos diferenciados en función del objetivo final: la ausencia o presencia de intencionalidad suicida**. Las autolesiones no suicidas son actos de violencia autoinfligida que no tienen como finalidad acabar con la propia existencia, mientras que en la violencia autoinfligida con intención suicida opera una ideación mágica colocada en que la muerte es una solución frente a un sufrimiento que no tendría fin, un dolor vivenciado como “para siempre”.

Ahora bien, la noción de intencionalidad -introducida por la OMS en su conceptualización de la violencia como “uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho o como amenaza”- es un aspecto sumamente complejo: “Sin duda, en cualquier definición de suicidio la intención de morir es un elemento clave. No obstante, a menudo es sumamente difícil reconstruir los pensamientos de las personas que se suicidan, a menos que hayan expuesto sus intenciones con claridad antes de su muerte o hayan dejado una nota de suicidio. No todos los que sobreviven a un acto suicida se habrían propuesto vivir ni todas las muertes por suicidio han sido planificadas. Por lo tanto, puede ser problemático establecer una correlación entre la intención y el resultado.” (OPS/OMS, 2003:201)

En este sentido, es posible analizar la diferencia entre las definiciones de suicidio consumado de la OMS, al plantear un corrimiento de “cualquiera que sea el grado de intención” (definición de 1986) por la priorización de lo deliberado del acto (definición de 2010), lo que abre una serie de cuestionamientos: “Desde nuestra perspectiva, nos alejamos de considerar el suicidio adolescente como una decisión libre e individual de un sujeto. Cuando la angustia o el sufrimiento eclipsan la capacidad de elegir otras opciones, aún frente a la propia argumentación o afirmación del deseo de quitarse la vida, entendemos que se encuentra invalidada la libertad de elegir. El suicidio es un acto que comporta pasos, tiempos previos en el que pueden existir posibilidades para que los actores del entorno puedan intervenir a tiempo. No se trata de que no existan

¹⁷ El abordaje del problema del suicidio obtuvo gran relevancia a partir del surgimiento de la suicidología como disciplina o rama del saber. Su génesis se sitúa en Estados Unidos en la década de 1960, y sus principales precursores fueron los psicólogos Edwin Shneidman y Norman Farberow. Hasta ese momento, si bien el suicidio ya era un tema científico y se alejaba de las concepciones populares y religiosas, se establecía una fuerte asociación entre la psicosis y el suicidio y, a la vez, no había un estudio claro del fenómeno con una metodología consistente. La suicidología planteó un cambio de enfoque centrándose principalmente en la prevención del fenómeno, y propuso herramientas de intervención específicas. A partir de este enfoque preventivo surgieron conceptos como ideación suicida, posvención, intento de suicidio, personalidad suicida, parasuicidio, etc., que tuvieron cada vez más peso en las diversas caracterizaciones del fenómeno.

¹⁸ Ver el apartado “¿Qué entendemos por violencia autoinfligida?”, en el presente capítulo.

decisiones individuales ni negar las problemáticas singulares, cuando hablamos de problemáticas y sufrimiento subjetivo siempre está en juego la alteridad, el otro en las distintas escenas y dimensiones de su presencia e influencia. Atender a la dimensión social, sanitaria y comunitaria de este problema es una vía privilegiada para tratar lo que es del orden singular, de la vida de cada joven que puede estar atravesando una encrucijada subjetiva. Sin embargo, existe un espectro de muertes violentas en las que es muy difícil establecer si han sido intencionales o no intencionales: accidentes de automóvil, caídas, ahogamientos, sobredosis de drogas legales o ilegales. Muchas muertes caracterizadas como no intencionales o accidentales se encuentran en un terreno indeterminado” (Korinfeld, 2017:212-213).

En definitiva, toda violencia autoinfligida, más allá de su intencionalidad, debe ser leída en el contexto en el que se despliega, interrogando sus sentidos subjetivos particulares: un pensar situado que aloje tanto las historias personales como las de las comunidades para el diseño y la implementación de abordajes integrales.

¿CUÁLES SON LAS CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS DE LA VIOLENCIA AUTOINFLIGIDA EN LA ADOLESCENCIA?

La OMS define a la adolescencia como la etapa de la vida comprendida entre los 10 y los 19 años de edad¹⁹, en la que tiene lugar el empuje de crecimiento puberal y el desarrollo de las características sexuales secundarias, así como la adquisición de nuevas habilidades sociales, cognitivas y emocionales. Esta fase vital se caracteriza, así, por un **ritmo acelerado de múltiples cambios**, incluidos la madurez sexual y reproductiva y la adquisición gradual de la capacidad para asumir comportamientos y funciones de adultos/as, que implican nuevas obligaciones y exigen nuevos conocimientos teóricos y prácticos.²⁰ (UNICEF, 2014:41)

Ahora bien, las características propias de esta etapa vital no son universales ni estáticas, sino que varían según **el contexto socio-histórico y comunitario** en el que los/as adolescentes viven y se socializan, su pertenencia de clase, su identidad de género y étnica, entre otros factores. Puede afirmarse entonces que **los/as adolescentes no conforman un grupo homogéneo: existen distintas posibilidades de ser y, por lo tanto, diversas necesidades en función de la ubicación social de los sujetos en sus contextos**. Rastrear los itinerarios y trayectorias de los/as adolescentes, comprendiendo sus marcos socio-históricos, sus diferencias e inequidades, habilita a comprender -y abordar- sus especificidades en el presente.

Desde una perspectiva sociológica se puede afirmar que **el valor y el/los sentido/s de la vida humana no son naturales, sino socialmente contruidos y aprendidos**: “Si existe en los jóvenes una débil integración social al grupo, podemos suponer que ha disminuido el respeto que los jóvenes tienen por la vida. De esta manera el debilitamiento del grupo y por ende, de la capacidad de socializar sus miembros en un conjunto de valores básicos, va asociado a una desvalorización de la vida que se expresa no sólo en una mayor predisposición al suicidio, sino también, en la mayor exposición a situaciones riesgosas o de peligro reconocido.” (Bonaldi et al, 2006:82)

En esta línea, las exigencias de **la sociedad de consumo** -que promueve la satisfacción individual a partir de prácticas regidas por la inmediatez- y **la progresiva fragmentación y desigualdad social** -con el consecuente debilitamiento del lazo social- impactan de manera insoslayable en el proceso de reconfiguración identitaria propio de la adolescencia: “Los imperativos del mercado calan muy hondo en la adolescencia, generando distintas consecuencias en una identidad que se está forjando. La identidad es un trayecto, un estar haciéndose en el oficio de aprender a vivir en sociedades donde hay dificultades para vivir bien, a pesar de que esto último aparece como una exigencia de época desde los medios masivos de comunicación.” (Dirección General de Cultura y Educación de la Provincia de Buenos Aires, 2017:19)

Así, ante un presente caracterizado por la fragilidad de los sentidos constituidos y el debilitamiento de los lazos sociales, la violencia autoinfligida con intención suicida en la adolescencia puede ser leída a partir de una **dificultad de los sujetos de constituirse con relación a un sentido**: “Se trata de búsquedas desesperadas, extremas, en las que algunos jóvenes, cada quien desde su singularidad, ponen en juego su existencia procurando descubrir o alcanzar razones para vivir.” (Ministerio de Educación de la Nación, 2015:15)

Entonces, si bien es posible que en la adolescencia se presenten con frecuencia ideas de muerte vinculadas a un “dejar de ser” -en tanto abandono de la identidad infantil-, “este modo de atravesar el crecimiento, lejos de constituir una característica “natural” de la adolescencia, o un destino familiar ya prefijado, o una psicopatología sólo tratable en forma individual, está acompañado por un contexto social que lo hace posible o no”. (Ministerio de Educación de la Nación, 2014:22)

19 Puede dividirse, a su vez, en adolescencia temprana (entre los 10 y 14 años) y tardía (de 15 a 19 años).

20 Comité de los Derechos del Niño, Observación General N° 4: La salud y el desarrollo de los adolescentes en el contexto de la Convención sobre los Derechos del Niño.

Los valores contemporáneos han sido ampliamente estudiados en las últimas décadas, confirmando su empuje a la instantaneidad, la inmediatez, la negación de sentidos, la unificación de la mirada, la globalización de las experiencias. El mundo contemporáneo le dice no a la interrupción, al detenerse ante un hecho importante, lo que imposibilita la realización de ritos necesarios al sujeto y a la cultura. En especial, cuando ocurren varios hechos de suicidio y/o intentos de suicidio, **se fragmentan los lazos sociales que sirven de sostén y amparo, el entorno se ve impulsado a un paradigma mortífero y se dificultan -o definitivamente obstaculizan- los proyectos vitales individuales y comunitarios.** Se ha corroborado como típico que el empuje a la prospectiva mortífera se diera cuando dichos eventos son tomados como modelo imperativo a seguir por el entorno, la familia y/o los/as descendientes, como un modo válido de expresar un disenso o resolver un conflicto y/o una fuente apropiada de disminución de un dolor psíquico intolerable. (Altavilla, 2019)

El suicidio conmueve las raíces de la comunidad y de la sociedad donde se produce, haciendo necesaria la reconstrucción de los lazos sociales. En este nuevo entramado se reconstruyen, asimismo, las coordenadas de las identidades precedentes, la historia de la comunidad, sus paradigmas, sus ideales generacionales y los ideales nuevos, entretreídos de los paradigmas contemporáneos. Cuando la muerte se construye como un paradigma de resolución de los problemas o de discurso contestatario, es factible que el suicidio, como las autolesiones, sean **marcas** que responden a la necesidad de un diálogo que aún no encuentra modos francos, directos, simbólicos y reflexivos de establecerse. (Altavilla, 2019)

En este marco, los diversos actores en contacto con los/as adolescentes tienen el desafío -y la responsabilidad- **de construir y fortalecer vínculos y espacios que alojen los itinerarios y trayectorias singulares de los/as adolescentes, sus historias personales y las de las comunidades, para dar lugar al sostenimiento, acompañamiento y despliegue de proyectos vitales.** En otras palabras: "Tener ocasionalmente pensamientos suicidas no es anormal. Éstos son parte de un proceso normal de desarrollo en la infancia y adolescencia al tratar de elucidar los problemas existenciales cuando se trata de comprender el sentido de la vida y la muerte. Las encuestas realizadas muestran que más de la mitad de los jóvenes que cursan estudios superiores secundarios informan que tuvieron pensamientos suicidas. Los jóvenes necesitan discutir estos asuntos con los adultos. Los pensamientos suicidas se vuelven anormales en los niños y adolescentes cuando la realización de estos pensamientos parece ser la única salida para sus dificultades. Existe entonces un serio riesgo de suicidio o intento de suicidio." (OMS, 2001:1-2)

En suma, **los cortes y autolesiones deliberadas en el cuerpo suelen ser frecuentes en la adolescencia y no implican necesariamente un riesgo de suicidio. Asimismo, la ideación suicida es un tipo de respuesta o reacción habitual en esta franja etaria; su gravedad reside en la persistencia y/o estabilidad temporal. No obstante, no debe minimizarse ninguna manifestación de violencia autoinfligida ya que, a través de ella, los/as adolescentes exponen situaciones de vulnerabilidad, malestares físicos y emocionales que requieren de un abordaje oportuno garantizado por la articulación inmediata y el trabajo coordinado. La intervención del equipo de salud posibilita el trabajo terapéutico sobre dicho sufrimiento y la prevención de comportamientos de riesgo en el futuro** (DNSMyA, PNSIA, 2012:8).

¿ES POSIBLE PENSAR ESTA PROBLEMÁTICA DESDE UNA PERSPECTIVA DE GÉNERO? ¿QUÉ IMPLICA ESTA MIRADA?

En los últimos años la OMS (2004) ha alertado sobre el incremento significativo de los casos de suicidio en jóvenes de 15 a 24 años. La tendencia es mayor entre los varones en los datos de mortalidad, aunque se registran más intentos de suicidio entre las mujeres. En base a este perfil epidemiológico²¹ se propone abordar al fenómeno del suicidio en la adolescencia y juventud desde una perspectiva de género; particularmente, reflexionar sobre lo que puede aportar la categoría "género" a la comprensión del fenómeno del suicidio, a la prevención de muertes evitables y a la protección de la vida humana. (Barroso Martínez, 2019)

A diferencia del concepto de sexo, determinado por las características anatómico-fisiológicas, el **género** se define como una construcción social e histórica expresada a través de la percepción e interpretación del mundo y de nuestro papel en él, en el marco de las condiciones subjetivas y materiales de existencia, que se reproduce mediante las dimensiones simbólicas y normativas de las instituciones sociales. El aprendizaje de la masculinidad y la femineidad se establece mediante el proceso de socialización como un constituyente diferencial de la subjetividad de los seres humanos; por lo cual las expectativas, valores, cualidades y roles asumidos y sancionados socialmente inciden en la forma en que se definen y vivencian los problemas

²¹ Para más información sobre el perfil epidemiológico del suicidio en población adolescente, ver el apartado "Descripción de la situación epidemiológica", en la "Introducción y planteo del problema" de la presente publicación.

vinculados al propio cuerpo, a las relaciones interpersonales y a la búsqueda de apoyo emocional en determinados contextos. (Butler, 1999)

Si bien no existe una identidad esencialista y universal de lo femenino y lo masculino, sino múltiples y singulares formas histórico-culturales de actuar, pensar y sentirnos, **diversos estudios sobre la relación entre las formas de vivir la sexualidad y la salud mental muestran el papel coercitivo que tienen los discursos y las prácticas sustentadas en la organización social patriarcal.** (Barroso Martínez, 2019) Durkheim fue el primero en relacionar suicidio y género, planteando que en los varones los factores de riesgo se relacionaban con la esfera pública -como ambiciones no realizadas o pérdidas en los negocios- y en las mujeres, con las cuestiones domésticas e interpersonales -como amores no correspondidos o asuntos vinculados al pudor. Tal clasificación se corresponde con los **roles estereotipados de género**, que ubican al varón inserto en el mundo público y a la mujer, replegada en lo privado, íntimo y emocional. (Tondo, 2014)

Dentro de los estudios de género, aquellos **desarrollos teóricos relativos a las masculinidades**²² aportan a la comprensión del impacto diferencial del suicidio sobre mujeres y varones; teniendo en cuenta que diversos autores señalan una frecuencia cuatro veces mayor entre los varones en los casos de suicidio consumado, y que las mujeres ofrecen señales previas en mayor proporción. (Dirección General de Cultura y Educación de la Provincia de Buenos Aires, 2017) Se han analizado los aspectos diferenciales referidos al género en las distintas manifestaciones de las violencias, incluyendo al suicidio, basados en explicaciones culturales relacionadas con el proceso de socialización de varones y mujeres: mientras que en los niños se estimula el uso de estrategias agresivas para lidiar con sus problemas reprimiendo la posibilidad de expresar sus necesidades y reconocer debilidades, a las niñas se las socializa para que inhiban las muestras de agresividad y les resulte aceptable depender de otros, por lo cual están más dispuestas a buscar ayuda. (Fernández Rodríguez, 2010)

Así, **la construcción de la masculinidad hegemónica implica la represión de ciertas manifestaciones de la emotividad -como el miedo o la tristeza- y, a la vez, produce una subjetividad esencialmente dominante dirigida a discriminar y subordinar a las mujeres y a otros varones que no se inscriben en el mismo modelo.** (De Keijzer, 2013) Esa forma de socialización, si bien representa algunas ventajas para los varones, genera riesgos para su propia salud -la temeridad como prueba de lo masculino hace que se expongan a todo tipo de situaciones violentas, incluyendo suicidios, siniestros viales y otras lesiones-, para la salud de las mujeres -violencia en la pareja, abuso sexual, etc.-, y para la salud de otros varones -agresiones, acoso y otras violencias.

Por otra parte, ciertos atributos identificados como "masculinos" -competitividad, poder, violencia- ubican a los varones en una posición de vulnerabilidad vinculada a las limitaciones para pedir ayuda o tramitar una pérdida, ya sea por una separación o el fallecimiento de un ser querido, o ante el desplazamiento del lugar de proveedor, cuando queda fuera del mercado laboral. (Clemente et al, 2003) Pueden encontrarse ejemplos de estas expresiones en un estudio sobre varones adolescentes escolarizados, quienes dan cuenta de un **mandato de autosuficiencia** ligado a "*hacer todo solo sin pedir ayuda*", "*no depender ni confiar en nadie*", "*ser fuerte*", "*ser exitoso*" y "*no demostrar sentimientos ni vulnerabilidad*". Asimismo, la agresividad no es cuestionada entre los varones sino que constituye un modo de vincularse instalado en el cotidiano, imponiéndose como una forma válida de expresar afecto y cristalizada en expresiones tales como "*un golpe es una caricia a toda velocidad*". (Escobar et al, 2018)

Como la relación de los varones con la agresividad y otras manifestaciones de violencias es más directa e inmediata, utilizan con mayor frecuencia que sus pares mujeres este tipo de expresiones en la resolución de conflictos, asumiendo el rol de perpetradores de distintos actos violentos, ya sean femicidios u homicidios, muchas veces seguidos de suicidios. En este sentido, en la investigación citada los entrevistados se refirieron al intento de suicidio y las autolesiones utilizando frases como "*algo que hacen las mujeres*", "*lo hacen para llamar la atención*" y "*si te querés matar, te matás*", expresando de esta forma la desaprobación hacia quienes cometen ese tipo de actos, pero también aludiendo a lo que podría entenderse como una mayor decisión para cometer suicidio por parte de los varones, y la utilización de métodos más letales y efectivos. (Escobar et al, 2018)

Otro aspecto ligado al modelo hegemónico de masculinidad se refiere a la reproducción de aquellas prácticas, sentidos e identificaciones que ubican al varón en los roles de proveedor, protector y preñador. (Connel, 1997) Cuando se falla en algunos de estos roles, los varones quedan destituidos de su masculinidad, lo que puede afectar su subjetividad y generar situaciones de vulnerabilidad frente al suicidio. Dicha vulnerabilidad se ve reforzada por el hecho que la salud mental es poco reconocida por los varones lo que implica, en términos generales, el ejercicio de estilos de vida menos saludables que las mujeres (Courtenay, 2003).

Además, muchos varones no expresan los padecimientos vinculados con la salud mental ya que, al ser leídos como debilidad (Addis, 2011), evitan reconocerlos como un problema, pasando desapercibidos por el entorno y por ellos mismos. (Barnes, Lawson, Ball, 2014) Al respecto, Bonino Mendez (1998) plantea que en los varones la depresión se enmascara en características propias del modelo masculino hegemónico: incremento en la

²² El concepto de masculinidades se refiere a los modos en que los varones son socializados, y a los discursos y prácticas que se asocian con las diferentes formas de ser varón. (CNDH, 2018)

tarea laboral, ocultamiento emocional, ira, negación de la debilidad, aislamiento silencioso. Cuando no es diagnosticada y tratada oportunamente, la depresión puede manifestarse a través del consumo problemático de alcohol²³ y/u otras sustancias psicoactivas, siniestros viales o suicidios, entre otras situaciones violentas.

Resulta fundamental sumar a estos elementos de análisis la **escasa o casi nula relación de los adolescentes y jóvenes varones con los servicios de salud**; relación obturada por, al menos, dos barreras: desde los varones, cuando no reconocen sus propios problemas de salud porque los identifican como una debilidad (Careaga, 1996), y desde los servicios de salud, por no abordar los problemas de la población masculina: los servicios de salud están pensados y diseñados por varones para mujeres, niñas y niños, pero no para los mismos varones. (McKay, 2007) Resumiendo, las acciones que motivan la exposición a situaciones de riesgo, la violencia física, la respuesta al estrés y la ausencia de redes asistenciales son factores que pueden tener impacto en la conducta de los varones frente al suicidio. (Courtenay, 2003)

En cuanto a las **mujeres adolescentes** cabe destacar que, de acuerdo a los últimos datos disponibles a nivel nacional (DEIS, 2018), se ha reducido la brecha de mortalidad por suicidio respecto a los varones, registrándose una muerte femenina cada dos masculinas.²⁴ Diversos estudios plantean como un factor relacionado al suicidio entre las mujeres el hecho de haber sido víctima de abuso infantil y otras situaciones de **violencia sexual**, eventos que registran una mayor prevalencia entre la población femenina. Al respecto, la violencia física y psicológica vivida históricamente, primero en la familia de origen y luego con la pareja, son circunstancias que permiten explicar los intentos de suicidio y suicidios consumados en las mujeres. Otros hallazgos se refieren a **factores vinculados al embarazo y la maternidad, y la realización de multitareas en el ámbito doméstico y público con poco o ningún reconocimiento**.

Asimismo, algunas investigaciones destacan el sometimiento de las mujeres ante estereotipos culturales arraigados, como por ejemplo la belleza, como un factor asociado al suicidio. La importancia de la **imagen corporal** como una preocupación fundamental en las mujeres propiciaría que los sentimientos de insatisfacción en relación a ella puedan constituir una de las razones para la ideación suicida, entendiendo el significado de la imagen corporal femenina como una construcción social en un contexto culturalmente determinado. (Barroso Martínez, 2019)

Por otra parte, así como no todas las mujeres se ubican en el estereotipo de “pasiva y dependiente”, -por lo que pueden identificarse diversas formas de vivenciar lo femenino-, también existen distintos tipos de masculinidades y no todas corresponden a los estereotipos establecidos. El hecho de no encajar en la masculinidad hegemónica genera contradicciones en las identidades masculinas que, junto a la ausencia de recursos emocionales, económicos, de ayuda, etc., y la **opresión** de sus grupos de pertenencia, puede devenir en cuadros depresivos graves (Rosado Millan et al, 2014). Asimismo, **la normatividad que impone el modelo hegemónico de género binario excluye la asunción de orientaciones e identidades sexuales diversas y distintas a la heteronormativa, lo que ubica al sujeto en una situación vulnerable, víctima de discriminación en contextos no inclusivos**.²⁵

En este marco, **lesbianas, gays, bisexuales, trans, intergénero y queer (LGBTIQ+)** se constituyen como un grupo en situación de vulnerabilidad. Estas poblaciones se ven afectadas por el estigma y la discriminación, dejando a la persona expuesta a un entorno social hostil caracterizado por el rechazo y la exclusión, lo que contribuye a generar problemas tales como depresión, abuso de sustancias, aislamiento social y conflicto con los pares, incrementando la vulnerabilidad frente a eventos de intento de suicidio y suicidio consumado. Distintos estudios mostraron que jóvenes LGTB han atentado contra su vida con mayor frecuencia que quienes se identifican como heterosexuales. Ciertos factores significativamente determinantes se refieren a la opresión y estigmatización social, la victimización basada en la identidad sexual, el rechazo por parte de la familia, la discriminación institucional y la homofobia internalizada. (Ruiz Suarez, 2012)

La práctica de la homofobia ha conllevado en algunas personas sentimientos de represión, inadecuación, temor, culpa y vergüenza, generando comportamientos de aislamiento y vivencias negativas que se sostienen en el tiempo en diversos espacios de socialización como la familia, la escuela, el trabajo y la comunidad; también se observan situaciones de discriminación en los procesos de atención médica y en salud mental. Todos estos eventos incrementan la vulnerabilidad frente al suicidio. (Barroso Martínez, 2014) Son elocuentes las palabras de varones adolescentes y jóvenes: “... yo cuando estaba muy mal y he intentado suicidarme muchas veces por este tema, eh... por lo de la homosexualidad y el entorno” “... chicos de secundaria, entre 18 y 25 años... porque les dicen que es gay, que es un maricón, porque la sociedad misma no acepta lo que es, se han quitado la vida”. Estos testimonios dan cuenta de la discriminación por orientación sexual y la internalización del estigma instalado socialmente, acarreado sentimientos de baja autoestima, depresión y en ocasiones intentos de suicidio o suicidios consumados. (Sotelo et al, 2019)

²³ El consumo problemático de alcohol es un factor relacionado con el suicidio y tiene mayor prevalencia en varones. (SEDRONAR, 2017)

²⁴ Para más información sobre el perfil epidemiológico del suicidio en población adolescente, ver el apartado “Descripción de la situación epidemiológica”, en la “Introducción y planteo del problema” de la presente publicación.

²⁵ En una encuesta la realizada por la ONG Capicúa, la sospecha de lesbianismo, homosexualidad o transgeneridad se ubicó como la tercera causa de acoso escolar. (Capica Diversidad, 2014)

En síntesis, el análisis de la problemática del suicidio desde una perspectiva de género exige **comprender la subjetividad del individuo en el marco de los contextos que atraviesan los procesos diferenciales de socialización en varones y mujeres**, entendiendo lo femenino y lo masculino no como categorías esencialistas y determinadas, sino como construcciones sociales contextualizadas culturalmente y vividas de manera singular. Pero también exige **comprender las singularidades de los procesos de socialización asociados a la diversidad de identidades de género y orientaciones sexuales que exceden al modelo heteronormativo binario**.

Por estos motivos, la relación géneros-suicidio expresa una complejidad que no puede interpretarse desde la lógica reduccionista causa-efecto, sino que requiere lecturas que permitan articular la multiplicidad de factores que influyen sobre este fenómeno, utilizando herramientas de análisis como el modelo ecológico.²⁶

¿QUÉ TIPO DE ABORDAJE ES RECOMENDABLE IMPLEMENTAR?

COMPLEJIDAD, MULTIDIMENSIONALIDAD Y ENIGMA: EL SUICIDIO COMO HECHO INDIVIDUAL Y COMO PROBLEMA SOCIAL-COMUNITARIO

En el imaginario social el suicidio tiende a ser pensado como un acto individual y, en algún punto, la definición de la OMS en tanto “acto deliberado” refuerza esta imagen. No obstante, la OMS también afirma que “ningún factor es suficiente para explicar por qué se suicida una persona; el comportamiento suicida es un fenómeno complejo que se ve afectado por varios factores interrelacionados: personales, sociales, psicológicos, culturales, biológicos y ambientales.” (OMS, 2014:11) En este sentido, si bien los padecimientos mentales suelen ser uno de los factores considerados, es importante insistir en la idea de que **la violencia autoinfligida no responde linealmente a una única causa**: “La asociación socialmente naturalizada entre padecimientos mentales severos y suicidio tiende a invisibilizar la relación dinámica entre el contexto social y esta problemática.” (DNSMyA, 2014:18)

La complejidad de este fenómeno, producto de su multidimensionalidad, hace imposible la formulación de explicaciones concluyentes. Suele suceder que, ante un intento o la consumación de un suicidio, tanto en la red inmediata como en la comunidad se plantean interrogantes por el sentido del acto -“¿por qué lo hizo?”- e, incluso, se buscan culpables. Sin embargo, **no es necesario ni posible otorgar un sentido acabado y concluyente al acto suicida y, por ello, se configura como un “enigma”**: “Hay que tener en cuenta que la multicausalidad y complejidad de una situación de suicidio implica considerar que no existen tipologías que indiquen o permitan identificar al potencial suicida: no hay una relación directa entre un joven aislado, replegado o “depresivo”, como para dar algunos ejemplos, y el suicidio. Hay una dimensión enigmática en todo suicidio que choca contra la voluntad de comprender y encontrarle alguna racionalidad. En este sentido es que se plantea que estos eventos no puedan ser ni cabalmente comprensibles ni anticipables en todos los casos (...) Frente a esta complejidad, se considera que no es posible “aprehender”, “atrapar” la comprensión de estos modos de subjetivación mediante la aplicación de instrumentos diagnósticos supuestamente estandarizados.” (Dirección General de Cultura y Educación de la Provincia de Buenos Aires, 2017:40)

Ahora bien, **esto no quiere decir que nada se pueda pensar ni hacer al respecto**. Comprender qué determina a un sujeto en la realización de una conducta suicida escapa a la generalización universal; no obstante, no se debe abandonar el esfuerzo de poder situar qué elementos personales y sociales generan condiciones para la emergencia de la problemática en cuestión. En otras palabras, **es necesario intervenir evitando dar una respuesta definitiva** a los interrogantes que la propia situación genera: “Ponemos en cuestión, entonces, cierta “compulsión para la inteligibilidad”, es decir, la necesidad imperiosa y perentoria de buscar una causa al acto o tentativa suicida porque puede oscurecer un campo que requiere un acompañamiento sereno y desprejuiciado a todos los actores. Es cierto que a veces es difícil aceptar que hay momentos en los que es indispensable operar aún sin comprender.” (Ministerio de Educación de la Nación, 2015:13)

En esta línea, es posible afirmar que este fenómeno tiene un **aspecto privado**, que refiere al derecho a la intimidad y respeto a la situación que vive el grupo familiar y de referencia; y, en simultáneo, un **aspecto social**, que alude tanto a los factores contextuales que inciden en su ocurrencia como al impacto y el alcance que el suicidio de un/a adolescente tiene en su comunidad: “Esto implica que el abordaje del suicidio, aún cuando se reconozca como acto singular, deberá realizarse desde una perspectiva comunitaria, contemplando el plano grupal y social” (DNSMyA, 2014:18).

²⁶ Ver el apartado “¿Qué entendemos por violencias”, en el presente capítulo.

De este modo, la violencia autoinfligida en la adolescencia se constituye como un **problema de salud pública**²⁷, y adquiere relevancia el **modelo ecológico**²⁸ en tanto herramienta analítica para recuperar la multiplicidad de dimensiones y poner de manifiesto la necesidad de actuar en varios niveles a la vez.

INTEGRALIDAD

La integralidad del abordaje se asienta en tres pilares que, lejos de ser considerados de manera aislada, se relacionan desde la sinergia y complementariedad:

- Perspectiva amplia de la salud (en tanto bienestar bio-psico-social);
- Complejidad y multicausalidad del fenómeno de la violencia autoinfligida (dado que operan factores del orden individual, familiar, social y comunitario);
- Sistematización del circuito de intervención (proceso que integra las acciones de prevención/promoción, atención, seguimiento y postvención).²⁹

En definitiva, lejos de la parcialización y la fragmentación, la integralidad del abordaje implica un enfoque amplio de la salud, en general, y del fenómeno de la violencia autoinfligida, en particular. Esta problemática es, entonces, **competencia del sector salud pero no exclusiva de él**, por lo que las acciones deben ser múltiples y coordinadas, con eje en la **interdisciplina, la intersectorialidad y la corresponsabilidad**.

INTERDISCIPLINA

La interdisciplina es el abordaje de una problemática desde distintas disciplinas que, en su interacción, producen un **nuevo conocimiento sobre la situación** planteada. Esto supone la integración de diversas teorías, metodologías, instrumentos, experiencias y saberes profesionales y técnicos **del ámbito de la salud y también de otros campos**: “Como ya se vislumbra, la interdisciplinariedad está en la misma esencia de este tipo de abordaje, llevando a su máxima connotación esta manera de vivir y profesar la práctica. Al ser habitado por la interdisciplinariedad, los compañeros de equipo pasan a ser sujetos implicados, con historia, con-movidos y con-frontados diversamente por cada una de las acciones desarrolladas, más allá del título y cargo que porten.” (Martínez, 2017:29)

Es importante reconocer que en el trabajo interdisciplinario emergen con frecuencia **grandes resistencias** puesto que éste implica, también, muchas renunciaciones: mientras que el saber disciplinario es una forma de poder, formar parte de un equipo interdisciplinario supone asumir que los conocimientos de una sola disciplina ya no son suficientes para abordar la problemática de manera integral. Se apunta, así, a construir un abordaje desde una perspectiva multidimensional, interdisciplinaria y comunitaria, que “implica sostener que los actores de cada campo social e institucional pueden apropiarse y reconfigurar modos de pensar y actuar respecto de problemas de salud y salud mental, en interacción y asesoramiento con los saberes específicos”. (Ministerio de Educación de la Nación, 2015:10)

Ahora bien, para que un equipo interdisciplinario pueda funcionar como tal, se requiere de la **inclusión programada y sostenida en el tiempo de diversas instancias de encuentro e intercambio**, tales como reuniones, capacitaciones, supervisiones, ateneos, entre otras.

INTERSECTORIALIDAD, PLANIFICACIÓN COMUNITARIA Y PARTICIPACIÓN ADOLESCENTE

Una vez que se reconoce que, ante la complejidad de la problemática, ningún saber parcial -disciplinario- es suficiente, se vislumbra la necesidad de desplegar un **movimiento de doble apertura: hacia adentro del sistema de salud y, en simultáneo, hacia afuera, con los diversos sectores que están en contacto y desarrollan vínculos con la población adolescente**. El objetivo de este movimiento es **coparticipar en la construcción de una perspectiva y un conjunto de criterios en común para el abordaje integral de la violencia autoinfligida**

²⁷ Ver el apartado “El suicidio en la adolescencia como problema de salud pública”, en la “Introducción y planteo del problema” de la presente publicación.

²⁸ Ver el apartado “¿Qué entendemos por violencias?”, en el presente capítulo.

²⁹ Dichas intervenciones las realizan los equipos locales en función del diagnóstico de situación local y los recursos disponibles, priorizando un enfoque interdisciplinario e intersectorial para garantizar el abordaje integral y comunitario de la problemática. Al mismo tiempo, se espera que los niveles centrales (nacional y provinciales) implementen acciones de capacitación, asistencia técnica y monitoreo para el acompañamiento y desarrollo de las intervenciones locales. La estrategia de articulación en red, sumada a la red de referentes por región / área / zona / nodo sanitario, permiten optimizar el sistema de alerta y respuesta y la referencia y contrarreferencia. Más información en PNSIA (2017)

en la adolescencia. Esto no quiere decir que todos los actores tengan la responsabilidad de implementar todas las acciones sino, por el contrario, que se consolide una **coordinación y sistematización del circuito de intervención** que garantice la integralidad del abordaje, teniendo en cuenta las posibilidades, los alcances y los límites de las prácticas de cada campo institucional.

En otras palabras, se trata de acompañar a los/as adolescentes desde el despliegue de una **red de articulación para el sostenimiento de estrategias de corto, mediano y largo plazo:** “La problemática del suicidio no es sólo un problema médico-sanitario, su abordaje requiere del aporte de todos los actores que confrontan esa realidad, y cada uno de ellos contribuye con un saber parcial. La red es el espacio fundamental de construcción de ese saber que permite prevenir y operar”. (Ministerio de Educación de la Nación, 2015:27)

Este enfoque propone traspasar los muros institucionales y revalorizar los aportes que cada sector puede realizar al fortalecimiento de una **red de sostén y cuidados** que, al mismo tiempo, produzca **información confiable y de calidad**³⁰ y garantice su acceso a todas las instituciones de la comunidad: “Esta situación nos coloca en un doble desafío: por un lado, la intervención inmediata atendiendo a la particularidad que la expresa; por el otro, la reflexión y la objetivación analítica de la situación en tanto, si bien se expresa en una persona en particular, también nos está hablando de las comunidades, de las familias, de los grupos y de las instituciones.” (Dirección General de Cultura y Educación de la Provincia de Buenos Aires, 2017:29)

La red, entonces, emerge como resultado de una modalidad organizativa y de gestión de los sistemas y servicios de salud que se vinculan con distintos sectores estatales y no estatales para **coordinar objetivos, acciones y recursos**, a partir de discusiones, acuerdos y alianzas estratégicas. De este modo, la articulación intersectorial implica un **carácter asociativo**, en tanto supone un intercambio entre diversas instituciones y organizaciones³¹ que deciden asociar sus esfuerzos, experiencias y conocimientos para el logro de fines comunes. (DNSMyA, 2014:11)

En este marco de asociación intersectorial, **la planificación comunitaria** se perfila como una estrategia clave en el trabajo de la red para diseñar e implementar abordajes integrales de problemáticas complejas tales como el objeto de interés de la presente publicación, la violencia autoinfligida en la adolescencia: “La planificación estratégica en salud se entiende como una forma de relacionar los problemas y necesidades en materia de salud que presentan los conjuntos sociales que viven en espacios geográficos delimitados, con los conocimientos y recursos institucionales y comunitarios, de tal modo que sea posible definir prioridades, considerar alternativas reales de acción, asignar recursos y conducir el proceso hasta la resolución o control del problema”. (Programa Médicos Comunitarios en su Posgrado de Salud Social y Comunitaria, s.f.:32)

La planificación estratégica y comunitaria, al mismo tiempo que evita que las acciones implementadas por los diversos actores **no se conviertan en una colección de intervenciones independientes -e incluso contradictorias-**, también se asienta en el valor de que **las decisiones tomadas colectivamente no son inmutables ni acabadas**, sino que se van construyendo en un proceso de aprendizaje, superación de obstáculos y resistencias y corrección de errores. (DNSMyA, 2014:49)

En definitiva, se trata de pensar juntos/as, desde la proximidad territorial, las estrategias, metodologías y recursos necesarios para garantizar un abordaje integral que se ajuste a la realidad de la comunidad: “Es esperable que una red logre ser cada vez más representativa del conjunto de instituciones y actores de una comunidad (...) Admitir la intermitencia de la participación de sus integrantes y colaboradores, soportar la impaciencia que toda construcción colectiva nos puede producir es parte de la experiencia. La comprensible impaciencia es posible superarla con la contención y los aportes que pueda brindar la red, que nos nutre de ideas, reflexiones, acciones y proyectos. Maduración implica en este caso que la red vaya adquiriendo un mayor reconocimiento comunitario, que logre generar sentimientos de pertenencia entre sus integrantes y desde las mismas instituciones que la conforman. Son acciones desde una red las que mejor contribuyen a la visibilización de las diferentes problemáticas de la comunidad, y es en red que se puede avanzar a través de los “muros” de las instituciones, ampliar su radio de acción y de influencia en el propio territorio del cual emergió.” (Ministerio de Educación de la Nación, 2015:29)

Desde esta perspectiva, resulta imprescindible entonces **incluir protagónicamente y en cada una de las etapas del diseño e implementación del abordaje a todos los actores, especialmente a los sujetos en cuestión, los/as adolescentes**³², porque “cada sujeto dice algo de su grupo de convivencia y de su grupo de referencia y es aquí donde la intervención tiene que poder considerar quiénes son los actores que allí aparecen para convocarlos como parte del abordaje y la resolución del problema”. (Dirección General de Cultura y Educación de la Provincia de Buenos Aires, 2017:24)

³⁰ Los/as trabajadores/as de la salud tienen la obligación de garantizar la confidencialidad de la información médica referente al adolescente, de acuerdo a la Ley Nacional 26.529 de Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud. Más información sobre la sistematización del circuito de información en PNSIA (2017)

³¹ Se incluyen los sectores de Salud, Educación, Desarrollo Social, Justicia, Cultura, arte y deportes, centros culturales y recreativos, clubes, organizaciones juveniles, medios de comunicación, entre otros, según las realidades locales. Más información en instrumentos desarrollados por la OMS como parte de la iniciativa mundial SUPRE. Recuperado de https://www.who.int/mental_health/publications/suicide_prevention/es/. Ver también el apartado “Buenas prácticas de comunicación en el tratamiento mediático del suicidio”, en el Capítulo 2 de la presente publicación.

³² Ver el apartado “¿Cuáles son las características específicas de la violencia autoinfligida en la adolescencia?”, en el presente capítulo.

En este punto resulta importante hacer una mención especial en relación a la **participación adolescente**. Tradicionalmente, la adolescencia fue concebida como un periodo preparatorio o de transición: los/as adolescentes eran considerados/as como “niños/as grandes” o como “adultos/as en formación”. Esta perspectiva adultocéntrica vacía de contenidos específicos a esta etapa del ciclo vital, reforzando una mirada generalizadora y estigmatizante, al percibirla como una población incapaz y, al mismo tiempo, como una fase “problemática” asociada al “desborde” y los “conflictos” y que, por lo tanto, tiene que ser tutelada.³³

Por el contrario, el **paradigma de promoción y protección integral de derechos de niños/as y adolescentes**³⁴ reconoce a estas poblaciones como ciudadanos/as sujetos plenos de derechos y, en tanto **actores estratégicos en el desarrollo de la sociedad**, deben tener garantizado el acceso al ejercicio del derecho a la participación: “El saber no está sólo del lado de los adultos. Está de ambos lados. Eso implica que la relación tradicional, en la que el adulto preparaba al joven para ser lo que él había alcanzado y que hacía de los adolescentes sujetos carentes de derechos y del reconocimiento de sus capacidades, se ha modificado”. (Krauskopf, 2000:12)

Siguiendo esta línea, y en el marco de la normativa vigente, resulta fundamental **garantizar la participación de los/as adolescentes** en el diseño y la implementación de intervenciones y políticas para dicha población, reconociéndolos/as como sujetos de derechos situados en contextos sociohistóricos específicos, con capacidades para intervenir protagónicamente en su presente: “La evolución de las capacidades de los adolescentes afecta a cómo piensan éstos sobre su salud y sobre su futuro y determina lo que influye en sus decisiones y acciones. Todo ello determina los tipos de intervenciones que son necesarias y la manera en que habría que llevar a cabo los programas pertinentes”. (OMS, 2014:6)

CORRESPONSABILIDAD

El enfoque integral, interdisciplinario, intersectorial y comunitario supone, asimismo, un trabajo encuadrado en el principio de la corresponsabilidad. En este sentido, la red se configura como un espacio de construcción de respuestas consensuadas a partir de la mutua colaboración y participación de diversos actores, en el marco de **una práctica de asunción de responsabilidades y no como un ámbito de derivación y recepción de casos**: “Se trata de pensar cómo se construye el concepto y la práctica de la corresponsabilidad, teniendo en cuenta que todavía es una idea que genera resistencias y rechazos y que el concepto de derivación, muy naturalizado en todas las prácticas, tiene una carga muy grande de descompromiso, se trata de depositación masiva: “sacarse el tema de encima””. (Ministerio de Educación de la Nación, 2015:31)

La corresponsabilidad, en cambio, debe ser interpretada como uno de los pilares del **Sistema de Promoción y Protección Integral de los Derechos de Niños/as y Adolescentes**: éste no sólo reconoce a los/as adolescentes como ciudadanos/as sino que, al mismo tiempo, impone obligaciones especiales a todos los actores -familias, comunidad y Estado- para garantizar el acceso pleno y efectivo al ejercicio de esos derechos; en otras palabras, somos todos/as corresponsables en el sostenimiento de intervenciones y abordajes que apunten a la restitución de los derechos amenazados y/o vulnerados.

ALGUNAS REFLEXIONES FINALES

La perspectiva priorizada en la presente publicación apuesta, en definitiva, **a un abordaje integral de la compleja problemática de la violencia autoinfligida en la adolescencia a partir del fortalecimiento del lazo comunitario: un entramado social, situado en un tiempo y espacio, que entiende la complejidad de los procesos de salud - enfermedad - atención - continuidad de cuidados**³⁵, **y que reconoce la potencialidad del intercambio y la reciprocidad entre diversos actores**. Así, el proceso de **desarrollo comunal** “es un resultado de procesos institucionales, sociales y políticos que se van gestando en la relación dialéctica entre la investigación y la acción que se retroalimentan mutua y permanentemente. Esta movilidad incesante provoca y obliga cambios, no sólo en el contexto de desarrollo, sino también en el profesional interviniente.” (Martínez, 2017:29-30)

En suma, tanto desde lo interdisciplinario como en lo comunitario, los saberes y las respuestas a los problemas complejos han de ser contruidos a partir de **una práctica colectiva, en el ámbito territorial**, y haciendo

33 El paradigma tutelar concibe a los/as niños/as y adolescentes “incapaces” de hacerse cargo de sus propios asuntos, por lo que ordena a las personas adultas “capaces” que tomen decisiones en su nombre, ya sean sus progenitores o el Estado, sustituyendo su voluntad. Ley Nacional 10.903 del Patronato de Menores (“Ley Agote”), sancionada en el año 1919 y vigente hasta 2005.

34 La Convención Internacional de los Derechos del Niño, ratificada por la Argentina en el año 1990 e incorporada a la Constitución Nacional en 1994. Ley Nacional 26.061 de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes, en vigencia desde el año 2005.

35 Desde la medicina social y la salud colectiva se realizó un aporte conceptual acerca del objeto de las disciplinas que se ocupan de estudiar los modos de vivir, enfermar y morir de los sujetos y grupos sociales. Así, se partió de la discusión sobre los conceptos de salud y enfermedad y las relaciones entre ellos, pasando de verlos como categorías dicotómicas a desarrollarlos como articulados en un proceso. (Iriart, Waitzkin, Breilh, Estrada, Merhy, 2002) A esta reflexión se le sumó la necesidad de incluir a las formas de atención y el cuidado como parte del análisis de los modos en que la salud y la enfermedad se presentan en diferentes contextos y poblaciones. (Menéndez, 2003)

“hincapié en “situar” los problemas, contextualizarlos, “leerlos” en una trama donde lo cultural, lo histórico y lo social se entrelazan para hacer de cada institución algo singular, por lo que las respuestas a construir deben ser también complejas y singulares.” (Ministerio de Educación de la Nación, 2015:8) De este modo, el diseño y la implementación de los abordajes no pueden estar escindidos de los territorios y, en este sentido, se prioriza **la estrategia de Atención Primaria de la Salud desde un enfoque de salud pública**.³⁶

Siguiendo esta perspectiva, en los próximos capítulos se desarrollan herramientas para la implementación de las acciones que integran el circuito de intervención integral: prevención de la violencia autoinfligida y promoción de salud, atención, seguimiento y postvención de la morbimortalidad por violencia autoinfligida en la adolescencia. Asimismo, en el último capítulo se presenta una sistematización de experiencias³⁷ de todo el país, posicionadas como prácticas situadas que reflexionaron sobre la problemática e implementaron abordajes enmarcados en un enfoque integral-comunitario y con perspectiva de trabajo en red. Dichas experiencias pueden funcionar como modelos posibles para equipos técnicos y organizaciones de la comunidad, en tanto permiten aprender de los conocimientos de otros/as, aplicándolos y adaptándose a contextos similares.

BIBLIOGRAFÍA

Addis, M. E. (2011) *Invisible Men. Men's inner lives and the consequences of silence*. Times Books.

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

American Psychiatric Association (2013) *Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders (DSM V)*. Arlington. VA

Barnes, D. H., Lawson, W. B., & Ball, K. (2014) “How much of our understanding of suicide is applicable across ethnic cultures?”. En P. R. Stephen H. Koslow, *A Concise Guide to Understanding Suicide*. Cambridge: Cambridge University Press.

Barroso Martínez, A. (2019) “Comprender el suicidio desde una perspectiva de género: una revisión crítica bibliográfica”. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* 2019; 39(135): 51-66

Bonaldi, P., Casullo, M. M., Fernández Liporace, M. (2000) *Comportamientos suicidas en la adolescencia. Morir antes de la muerte*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Bonino Méndez, L. (1998) “Deconstruyendo la normalidad masculina”. Asociación española de clínica y psicoterapia psicoanalítica. Madrid. Versión web.

Butler, J. (1999) *El género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad*. Barcelona, Paidós.

Capicua Diversidad (2014) “Informe sobre acoso escolar en Argentina, la lógica de la discriminación a través de las voces de lxs estudiantes en escuelas medias”. Recuperado de <http://capicua Diversidad.com/#/bienvenidx/>

Careaga, G. (1996) *Las relaciones entre los géneros en la salud reproductiva*. México D.F.

Casullo, M. M (2005), “Ideaciones y comportamientos suicidas en adolescentes: una urgencia social.” *Anuario de Investigaciones*, Vol. XII, P.173-182 Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/3691/369139941017.pdf>

CNDH (2018) Respeto a las diferentes masculinidades. Por que hay muchas formas de ser hombre Comisión Nacional de DDHH Mexico recuperado de https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/doc/Programas/Ninez_familia/Material/trip-respeto-dif-masculinidades.pdf

Clemente Carrión, A., & Córdoba, A. I. (2003). “Diferencias en la percepción de la influencia de los acontecimientos vitales en hombres y mujeres”. *Revista Latinoamericana de Psicología*, Vol. 35, no 1, 19-26.

Connel, R.W. (1997) “La organización social de la masculinidad”. En Teresa Valdés y José Olavarría (eds.) *Masculinidad/es. Poder y crisis*. Ediciones de las Mujeres, nº 24. Isis Internacional-Flacso Chile.

Courtenay, W. H. (2003) “Key Determinants of the Health and the Well-Being of Men and Boys”. *International Journal of Men's Health*, Vol. 2, No. 1 , 1-00.

³⁶ Ver los apartados “El suicidio en la adolescencia como problema de salud pública” y “¿Por qué nos dirigimos a los equipos de atención primaria de la salud?”, en la “Introducción y planteo del problema” de la presente publicación.

³⁷ Ver el Capítulo 6 de la presente publicación.

- De Keijzer, B (2013) El varón como factor de riesgo: Masculinidad, salud mental y salud reproductiva. Recuperado de: http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/El%20varon%20como%20factor%20de%20riesgo_0.pdf
- De Souza Minayo, M. C. (1997) *Violencia, Derechos Humanos y Salud*. En Ciencias Sociales y Salud, Ed. HUCITEC-ABRASCO, San Pablo, Brasil.
- Dirección General de Cultura y Educación de la Provincia de Buenos Aires (2017) *Políticas de cuidado en la escuela. Aportes para trabajar la problemática del suicidio e intentos de suicidio*. Recuperado de <http://abc.gob.ar/secundaria/sites/default/files/documentos/aportes-para-trabajar-la-problematika-del-suicidio.pdf>
- DNSMyA (2014) *Abordaje de la problemática del suicidio en el primer nivel de atención para equipos territoriales de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. Modelo Comunitario de Atención. Problemática priorizada: suicidio*. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación.
- DNSMyA (2018) *Comunicación responsable. Recomendaciones para el tratamiento de temas de salud mental en medios*. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación. Recuperado de http://www.msal.gob.ar/images/stories/ryc/graficos/0000000799cnt-2018_recomendaciones-tratamiento-salud-mental-en-los-medios.pdf
- DNSMyA, PNSIA (2012) *Lineamientos para la atención del intento de suicidio en la adolescencia*. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación. Recuperado de <http://www.msal.gob.ar/images/stories/ministerio/adolescencia/guia-intento-de-suicidio.pdf>
- Escobar, J., Chiodi, A., Gonzalez, J. (2018) "Construcción de masculinidades y su relación con la salud integral. Estudio cualitativo de adolescentes varones escolarizados en cuatro regiones de Argentina". Informe final presentado ante la Dirección de Investigación para la Salud. Ministerio de Salud de la Nación.
- Fernandez Rodriguez (2010) "Imaginaros sobre el suicidio y el género, explicaciones o complicaciones". *Identidades* No. 8
- Gonzalez, J. (2019) "El Suicidio como problema Público en Argentina". *Tesis para la obtención de título de maestría en Epidemiología, Gestión y políticas de Salud*. Instituto de Salud Colectiva Universidad de Lanus.
- Iriart, Waitzkin, Breilh, Estrada, Merhy (2002) *Medicina Social Latinoamericana. Aportes y Desafíos*. Revista Panamericana de Salud Pública / Pan American Journal Public Health 12(2)
- Korinfeld, D. (2017) "Situaciones de suicidio en la escuela. Acompañamiento y corresponsabilidad". *Voces de la Educación*. P. 209-219. Recuperado de <https://www.revista.vocesdelaeducacion.com.mx/index.php/voces/article/view/79/70>
- Krauskopf, D. (2000) "Participación social y desarrollo en la adolescencia". 2a. ed. Enero. San José de Costa Rica: Fondo de Población de las Naciones Unidas. Recuperado de <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Participaci%C3%B3n%20Social%20y%20Adolescencia%20Dina%20Krauskopf.PDF>
- Martínez (2017) *Suicidología comunitaria para América Latina. Teoría y experiencias*. ALFEPSI Editorial.
- McKay, J. G. (2007) "Men's Mental Health. What Helps or Hinders Men's Access to a Community Mental Health Team". University of Otago. Recuperado el 29 de noviembre de 2014, de <http://nzmenshealth.org.nz/>
- Menéndez, Eduardo L. (2003) "Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas". *Ciência & saúde coletiva* vol.8 no.1 Rio de Janeiro.
- Ministerio de Educación de la Nación (2014) *Guía federal de orientaciones para la intervención educativa en situaciones complejas relacionadas con la vida escolar 2*. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/guia_de_orientaciones_situaciones_complejas_2.pdf
- Ministerio de Educación de la Nación (2015) *Acerca de la problemática del suicidio de adolescentes y jóvenes. Un enfoque para su abordaje desde el campo de la educación*. Recuperado de http://quilmessocial.org/ftp/pdf/problematika_suicidio_jovenes.pdf
- OMS (2000) "Prevención del suicidio. Un instrumento para profesionales de los medios de de comunicación". *Trastornos Mentales y Cerebrales*. Departamento de Salud Mental y Toxicomanías. Ginebra. Recuperado de https://www.who.int/mental_health/media/media_spanish.pdf
- OMS (2001) "Prevención del suicidio. Un instrumento para docentes y demás personal institucional". *Trastornos Mentales y Cerebrales*. Departamento de Salud Mental y Toxicomanías. Ginebra. Recuperado de https://www.who.int/mental_health/media/en/63.pdf?ua=1

- OMS (2004) "El suicidio: un problema de salud mental enorme y prevenible". Centro de Prensa. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr61/es/index.html>
- OMS (2014) "Salud para los adolescentes del mundo. Una segunda oportunidad en la segunda década". Resumen. Recuperado de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/141455/WHO_FWC_MCA_14.05_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- OPS/OMS (2003) *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Recuperado de <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/725/9275315884.pdf>
- OPS/OMS (2014) *Prevención del suicidio: un imperativo global*. Recuperado de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/136083/9789275318508_spa.pdf%20?sequence=1
- PNSIA (2017) *Abordaje de la MMACE. Paquete de herramientas para el circuito de información. Lineamientos para la intervención integral. Sistematización de experiencias*. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación. Recuperado de <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001078cnt-guia-causas-externas.pdf>
- Programa Médicos Comunitarios en su Posgrado de Salud Social y Comunitaria (s.f.) "Módulo 4. Herramientas para la planificación y programación local". Ministerio de Salud de la Nación.
- Rosado Millán, M. J., García García, F., Alfeo Álvarez, J. C., Rodríguez Rosado, J. (2014) "El suicidio masculino: una cuestión de género". Prisma Social, núm. 13, P. 433-491 IS+D Fundación para la Investigación Social Avanzada Las Matas, España. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/3537/353744532013.pdf>
- Ruiz Suarez, K. (2012) "El suicidio en las minorías sexuales: análisis y reflexión crítica". The International Honor Society in Psychology: Revista Psi¿Qué? Vol. 1.
- Sotelo J., Vazquez M., Zalazar V. coord. (2019) Estudio sobre la salud sexual de varones adolescentes y jóvenes que tienen sexo con otros varones en las localidades del AMBA, Santa Fe y Mendoza. Resumen Ejecutivo. DSETSHYT - PNSIA. Ministerio de Salud de la Nación.
- SEDRONAR (2017) "Tabaco- alcohol. Intensidad del consumo". Estudio nacional en población de 12 a 65 años sobre consumo de sustancias psicoactivas.
- Spinelli, H., Alazraqui, M., Macía, G., Zunino, M. G., Nadalich, C. (2005) "Muertes Violentas en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Una Mirada desde el Sector Salud". Serie Seminarios Salud y Política Pública. Seminario VI. Centro de Estudios de Estado y Sociedad con el auspicio de la Organización Panamericana de la Salud.
- Tondo, L. (2014) "Brief history of suicide in Western Cultures". En P. R. Stephen H. Koslow, A. *Concise Guide to Understanding Suicide: Epidemiology, Pathophysiology and Prevention*. P. 3-12. Cambridge: Cambridge University Press.
- UNICEF (2014) *Observaciones Generales del Comité de los Derechos del Niño*. Recuperado de <https://www.unicef.org/ecuador/UNICEF-ObservacionesGeneralesDelComiteDeLosDerechosDelNino-WEB.pdf>
- Vazquez, M (2002) "Ser joven Ser varón Ser pobre. La Mortalidad por causas violentas en los adolescentes del conurbano bonaerense". En libro: *Jornadas Gino Germani*. IIFCS, Instituto de Investigaciones Gino Germani, Buenos Aires, Argentina. P. 16. Recuperado de <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/argentina/germani/vazquez.rtf>

CAPÍTULO 2

Prevención de la violencia autoinfligida y promoción de salud

¿Qué entendemos por prevención? ¿Y por promoción de la salud? (p.39)

Prevención y enfoque de riesgo (p.39)

Promoción de la salud y perspectiva de vulnerabilidad (p.40)

¿Cómo se puede abordar la violencia autoinfligida en la adolescencia desde un enfoque integral de prevención y promoción de la salud? (p.41)

Estrategias para el abordaje desde la atención primaria de la salud (p.42)

Herramientas para el análisis integral (p.42)

Modelo ecológico (p.42)

Árbol de problemas (p.44)

Espina de pescado (p.45)

Problematización de mitos y prejuicios sobre el suicidio (p.46)

Promoción de espacios que propicien la circulación de la palabra, expresiones y deseos de los/as adolescentes (p.47)

Buenas prácticas de comunicación en el tratamiento mediático del suicidio (p.47)

Sistematización del circuito de intervención integral (p.49)

¿Cómo deben registrarse las intervenciones de prevención y promoción? (p.51)

¿QUÉ ENTENDEMOS POR PREVENCIÓN? ¿Y POR PROMOCIÓN DE LA SALUD?

PREVENCIÓN Y ENFOQUE DE RIESGO

La **prevención** designa al conjunto de actos y medidas que se ponen en marcha para **reducir la aparición de los riesgos ligados a enfermedades o a ciertos comportamientos nocivos para la salud**. Abarca medidas destinadas no sólo a evitar la aparición de la enfermedad sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida. En este sentido, la Organización Mundial de la Salud (OMS) plantea tres niveles: la **prevención primaria**, dirigida a evitar la aparición inicial de una enfermedad o dolencia, alude a las acciones adoptadas sobre ciertos grupos poblacionales con el fin de suprimir los factores de riesgo y/o brindar medidas de protección específica ante patologías reconocidas; la **prevención secundaria**, que tiene por objeto detener o retardar la enfermedad ya presente y sus efectos mediante la detección precoz -por ejemplo, a través de medidas de screening o tamizaje- y el tratamiento rápido y adecuado; y la **prevención terciaria**, orientada a reducir los casos de recidivas y el establecimiento de la cronicidad -por ejemplo, mediante una rehabilitación eficaz. (OMS, 1998)

La prevención de la enfermedad se utiliza a veces como término complementario de la promoción de la salud. Sin embargo, mientras que la promoción involucra distinto tipo de acciones inespecíficas desarrolladas por diversos actores y orientadas al bienestar y al cuidado en general -no a evitar una enfermedad en particular-, **la prevención de la enfermedad es una acción específica que generalmente emana del sector sanitario, y que considera a los individuos y las poblaciones expuestos a factores de riesgo identificables, relacionados con diferentes comportamientos de riesgo**. (OMS, 1998)

Es este enfoque preventivista el que instala la concepción de “riesgo” como elemento asociado a la enfermedad, que permite establecer predicciones sobre su eventual ocurrencia. La teoría del riesgo asocia la presencia de ciertos factores en grupos poblacionales con resultados en términos de morbilidad o mortalidad. Sin embargo, no se trata de una relación directa entre causa y efecto a nivel individual: “La asociación no supone una relación causal en el sentido estricto sino una **determinada probabilidad** de que en la presencia de determinado factor en una población semejante a la del estudio se produzca el resultado de salud que mostró el estudio en cuestión. A partir de esto, este raciocinio se aboca a establecer medidas de riesgo, o sea, la probabilidad de que se produzca dicho resultado frente a tales exposiciones.” (Urquía, 2006:84)

De esta manera, este enfoque permite determinar **factores de riesgo** -entendidos como cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión- y “armar perfiles de riesgo y grupos de riesgo” (Almeida Filho et al, 2009); y, a su vez, determinar **factores protectores** -entendidos como cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que disminuya su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión. El conocimiento de dichos factores resulta de utilidad para diseñar acciones orientadas a “modificar las exposiciones con objetivos preventivos”. (Almeida Filho et al, 2009)

Tales ventajas, sin embargo, deben ser analizadas a la luz de los usos conceptuales y las aplicaciones prácticas del enfoque de riesgo. Por ejemplo, la población adolescente ha sido descrita por este modelo como grupo de riesgo (PNSIA, 2016), conceptualizando a la edad como un factor de riesgo en sí mismo. El uso de esta categoría desde una perspectiva individual y voluntarista puede encadenarse en **procesos de estigmatización** de determinados individuos o grupos, **al invisibilizar los determinantes sociales de la salud**:³⁸ “La retórica del riesgo puede servir de vehículo para reforzar contenidos morales y conservadores”. (Almeida Filho et al, 2009)

Las situaciones estigmatizantes también pueden ocurrir cuando **se confunde la categoría de riesgo individual asociado a características que presenta un sujeto, como concepto práctico en la clínica**,³⁹ **y la categoría de riesgo poblacional como concepto epidemiológico en sentido estricto**, que tiene por objeto analizar el evento de salud en relación con una población, en su dimensión de probabilidad de ocurrencia. (Almeida Filho et al, 2009)

Ahora bien, en su consideración causal, el enfoque de riesgo se centra en los factores más cercanos al evento y que, además, sean susceptibles de intervención biomédica o mediante información a la población, mientras que los factores sociales y culturales quedan más alejados del evento en la cadena causal y, por lo tanto, son los que menos atención reciben. (Urquía, 2006) Es decir, **la linealidad explicativa de la teoría del riesgo resulta pobre para abordar problemáticas complejas** -como la violencia autoinfligida en la adolescencia-, donde los determinantes sociales de la salud tienen un peso central.

³⁸ “Los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas. Los determinantes sociales de la salud explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, esto es, de las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria.” OMS. Recuperado de https://www.who.int/social_determinants/es/

³⁹ Ver el apartado “Evaluación situacional”, en el Capítulo 3 de la presente publicación.

En este marco, el desarrollo de nuevos modelos analíticos permite examinar aquellos factores identificados como situaciones de riesgo a la luz de un paradigma más integral como es el de determinantes de la salud. Si bien los determinantes se registran a nivel de los sujetos en relación a los estilos de vida, también se relacionan con otros niveles, ya que las situaciones individuales están atravesadas por las condiciones materiales de vida de cada grupo poblacional y por los modos de vida, en tanto características estructurales de la sociedad y el perfil de las políticas del Estado, en el sentido más amplio. (Castellanos, 1990)

De esta forma, lo que en esquemas anteriores se identificaba como “riesgo”, con toda la carga que eso implica sobre el individuo, desde el modelo de determinantes sociales de la salud puede comprenderse como una situación de vulnerabilidad, donde el contexto -social, económico, cultural, etc.- también tiene su peso específico.

PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PERSPECTIVA DE VULNERABILIDAD

A diferencia del riesgo como categoría que aísla analíticamente factores para determinar su potencia causal, la **perspectiva de la vulnerabilidad** pretende analizar **escenarios complejos**, en los que interactúan múltiples dimensiones de manera dinámica y variable, determinando un fenómeno con distinto grado de causalidad. Mientras que el enfoque de riesgo provee un conocimiento probabilístico, basado en la ocurrencia o no de los fenómenos, la perspectiva de la vulnerabilidad sugiere la **plausibilidad de los eventos, a partir de la construcción de una síntesis entre los diversos factores** que intervienen en un fenómeno, lo que permite una dimensión prospectiva y holística en la detección de los eventos a estudiar.

La vulnerabilidad no se explica únicamente por el comportamiento de la persona o del grupo de pertenencia, sino que incluye dimensiones colectivas y contextuales relacionadas con la aparición y el desarrollo de un determinado problema de salud. En esta línea, la vulnerabilidad en tanto concepto presenta tres características claves: es multidimensional -frente a una misma situación, un aspecto de ésta puede tornar vulnerable al sujeto y, a la vez, otro aspecto de la misma puede protegerlo-; no es unitaria -sí/no- sino gradual; y no es estable sino dinámica -los grados de vulnerabilidad cambian a lo largo del tiempo.

Los análisis de vulnerabilidad no prescinden de los abordajes epidemiológicos de riesgo sino que los amplían y los ponen en contexto: “Las situaciones de vulnerabilidad social constituyen el resultado del debilitamiento o ruptura de la red de relaciones familiares, comunitarias y sociales, de la fragilidad institucional y de la precarización e inestabilidad laboral. Podemos concluir que **cualquier situación que atente contra derechos humanos fundamentales configura una situación de vulnerabilidad** y por ende de riesgo para personas, grupos y comunidades.” (DNSMyA, 2014:18)

Esta perspectiva se inscribe en el **enfoque de promoción de la salud**, a partir del cual se propone una comprensión holística de las problemáticas sociosanitarias orientada a analizar escenarios complejos y construir una síntesis entre los diversos factores -individuales, colectivos y contextuales- que intervienen en la aparición y el desarrollo de un determinado problema de salud.

Desde este enfoque, la **salud** no se limita a un estado abstracto a alcanzar en términos de ausencia de enfermedad o dolencia, sino que se considera un medio para llegar a un fin: un recurso que permite a las personas llevar una vida individual, social y económicamente productiva. Se trata de un concepto positivo de salud, que acentúa los recursos sociales y personales así como las aptitudes físicas, y que reconoce a la salud como **derecho humano fundamental**, poniendo de manifiesto la estrecha relación que existe entre la salud y las condiciones sociales y económicas, el entorno físico y los estilos de vida individuales: estos vínculos constituyen la clave para una comprensión holística de la salud, que es primordial en la definición de la promoción de la salud. (OMS, 1998:10)⁴⁰

De esta manera, mientras que la prevención hace eje en la enfermedad -y, por ello, es una acción que generalmente emana del sector sanitario-, la promoción hace eje en la salud, configurándose así como una práctica más integral que involucra a diversos actores institucionales y comunitarios, cuyo anclaje no está direccionado hacia alguna afección en particular sino hacia el conjunto de los componentes de la vida que generan salud: “La promoción de la salud constituye un **proceso político y social global** que abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto sobre la salud. La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas **incrementar su control sobre los determinantes de la salud** y en consecuencia, mejorarla. La **participación** es esencial para sostener la acción en materia de promoción de la salud.” (OMS, 1998:10)⁴¹

40 Referencia: Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, OMS, Ginebra, 1986.

41 Ídem.

Por esta razón, la promoción de la salud se posiciona como el enfoque recomendable para el diseño y la implementación de abordajes integrales de problemáticas complejas. En tanto categoría integradora, propone una nueva perspectiva a las prácticas de salud: se corre de lo estrictamente médico-asistencial para priorizar la producción de **conocimientos interdisciplinarios** y la implementación de **abordajes intersectoriales y en red**. Así, incluye una **amplia gama de intervenciones comunitarias, resultado del proceso de articulación, coordinación y participación protagónica de diversos actores**: “Una visión integral de la salud supone que todos los sistemas y estructuras que rigen las condiciones sociales y económicas, al igual que el entorno físico, deben tener en cuenta las implicaciones y el impacto de sus actividades en la salud y el bienestar individual y colectivo.” (OMS, 1998:10)

¿CÓMO SE PUEDE ABORDAR LA VIOLENCIA AUTOINFLIGIDA EN LA ADOLESCENCIA DESDE UN ENFOQUE INTEGRAL DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD?

La vulnerabilidad se convierte en un concepto clave en tanto herramienta técnica para identificar los problemas de salud prevalentes en una comunidad. Desde esta perspectiva es posible comprender que **“la adolescencia no constituye una variable determinada a priori en términos de “riesgo”, sino que supone identificar los aspectos propios de un momento del ciclo vital que pueden convertirse en vulnerabilidades en un contexto sociohistórico y comunitario determinado.**

Como fue planteado anteriormente, tanto la edad -franja de 15 a 19 años- como el sexo masculino han sido identificados como factores de riesgo asociados al suicidio. (PNSIA, 2016) Desde un enfoque explicativo que vincule los niveles de determinantes y proponga secuencias de causación, **la edad puede considerarse un factor de riesgo en su interjuego con otros factores**. De esta forma se construye un **modelo complejo y dinámico del fenómeno** que enriquece el valor de los factores de riesgo propuestos y reconoce aquellos sectores de la población con mayor susceptibilidad frente al mismo.

Dicha construcción lleva a **integrar la noción de riesgo con la de vulnerabilidad**, entendiendo que si bien la franja etaria no es un factor de riesgo per se, en situaciones socio históricas donde están presentes determinantes de la salud de distinto nivel -por ejemplo, violencia institucionalizada como modo de resolución del conflicto social- puede resultar en un incremento de la vulnerabilidad a la violencia autoinfligida: “Los comportamientos suicidas son complejos. Hay múltiples factores contribuyentes y vías causales, y existe una gama de opciones para prevenirlos. **Generalmente, ninguna causa o situación estresante es suficiente para explicar un acto suicida. Con mayor frecuencia, varios factores de riesgo actúan acumulativamente para aumentar la vulnerabilidad de un individuo al comportamiento suicida. Al mismo tiempo, la presencia de factores de riesgo no necesariamente conduce a un comportamiento suicida;** por ejemplo, no todos los que padecen un trastorno mental se suicidan.” (OPS/OMS, 2014:30)

Teniendo en cuenta la complejidad de la problemática en términos de su multidimensionalidad, es preciso comprender que el hecho de **“detectar indicadores no garantiza ningún tipo de prevención específica**. La mayoría de los indicadores comparten un conjunto de problemáticas y padecimientos subjetivos que no se dirigen al trágico desenlace que implica el suicidio o su tentativa y por el contrario, pueden generar un contexto persecutorio y estigmatizante.” (Ministerio de Educación de la Nación, 2015:26)

Se trata, entonces, de sustituir la visión reduccionista del riesgo individual por la perspectiva más abarcativa de las vulnerabilidades, a fin de **articular acciones anticipatorias**: “Entre la omnipotencia que implica sostener que ciertas problemáticas pueden evitarse si se toman recaudos específicos que guardan similitud con las recomendaciones médicas ante una enfermedad, y en el otro extremo, la impotencia que deviene de la posición que afirma que al no ser certeramente anticipables nada se puede hacer, consideramos que entre esas posiciones de impotencia y omnipotencia **hay una prevención posible y necesaria que preferimos llamar dispositivos y disposiciones promotoras de salud y preventivas**. Se trata de una disposición de atención que no es de alarma, que se aleja de la certeza de poder anticiparlo todo, de una actitud que con buenas intenciones puede tornarse persecutoria y algunas veces propicia -sin saberlo- lo que se propone combatir.” (Ministerio de Educación de la Nación, 2015:27-28)

ESTRATEGIAS PARA EL ABORDAJE DESDE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD

Como se ha desarrollado anteriormente, el suicidio es un grave problema de salud pública⁴² que puede prevenirse. En esta línea, la OMS propone tres tipos de estrategias de prevención: (OPS/OMS, 2014:8)

UNIVERSALES	SELECTIVAS	INDICADAS
Diseñadas para llegar a toda la población, como favorecer el acceso a los servicios de salud, promover la salud mental, reducir el consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas, promover información responsable por parte de los medios de comunicación, ⁴³ etc.	Dirigidas a aquellas personas o grupos en situación -personas que han sufrido traumas o abuso, afectados por conflictos o desastres, familiares de personas que cometieron suicidio, etc- mediante servicios de asesoramiento y contención, líneas telefónicas, etc.	Dirigidas a personas con situaciones de vulnerabilidades específicas -como intentos de suicidio previos- mediante el apoyo de la comunidad, el seguimiento del equipos de salud, la detección de problemáticas de salud mental, etc.

En todos los casos, la prevención debe basarse en **datos concretos y fiables para el desarrollo de un plan y un conjunto de estrategias sostenibles en el tiempo**. Asimismo, requiere del conocimiento teórico y la experiencia práctica sobre el tema, el apoyo de los niveles de decisión de las políticas públicas y el compromiso de la comunidad en su conjunto.

En este marco, se presentan a continuación algunas **herramientas, técnicas y estrategias para abordar el tema al interior del equipo de salud y con otros actores institucionales y de la comunidad**, con la intención de acercar elementos válidos para generar debates, profundizar los conocimientos sobre el estado de situación de esta problemática en el nivel local e intercambiar propuestas de intervención.

En suma, estas herramientas -entre otras posibles- se perfilan como claves para elaborar, de manera comunitaria y participativa, un análisis integral de la situación de salud y, al mismo tiempo, ponen de manifiesto la necesidad de actuar en varios niveles a la vez, priorizando así un abordaje interdisciplinario, intersectorial y corresponsable.⁴⁴

Herramientas para el análisis integral

El enfoque de los determinantes de la salud se inscribe en una mirada integral de las problemáticas asociadas al suicidio, que reconoce la asociación entre riesgos y vulnerabilidades y articula la prevención con la promoción de la salud. Por consiguiente, se puede identificar una serie de factores de riesgo que actúan acumulativamente y en distintos niveles, aumentando la vulnerabilidad de un individuo o un grupo frente al suicidio.

Existen diversas herramientas que permiten **explorar, identificar y aproximarse a una comprensión de las complejas interacciones entre los múltiples factores -individuales y contextuales-** que inciden en el fenómeno de la violencia autoinfligida en la adolescencia. Tales instrumentos cobran relevancia para que los equipos de salud, en articulación con otros actores, realicen un análisis integral del fenómeno del suicidio, como parte de las estrategias de promoción de la salud y prevención de estas problemáticas en la población adolescente.

Modelo ecológico

Constituye una herramienta de suma utilidad para analizar los eventos vinculados a las violencias -incluyendo el suicidio-, en tanto permite identificar los diversos factores que operan a nivel del individuo, sus relaciones cercanas, la comunidad de pertenencia y la sociedad en su conjunto; así como analizar las múltiples interacciones que generan e incrementan las vulnerabilidades de forma diferenciada entre los distintos grupos poblacionales.⁴⁵

42 Ver el apartado "El suicidio en la adolescencia como problema de salud pública", en la "Introducción y planteo del problema" de la presente publicación.

43 Ver el apartado "Buenas prácticas de comunicación en el tratamiento mediático del suicidio", en el presente capítulo.

44 Ver el apartado "¿Qué tipo de abordaje es recomendable implementar?", en el Capítulo 1 de la presente publicación.

45 Ver el apartado "¿Qué entendemos por violencia?", en el Capítulo 1 de la presente publicación.

Recuperando este modelo la OMS propone la siguiente figura, que relaciona los principales factores de riesgo de suicidio con las intervenciones pertinentes:

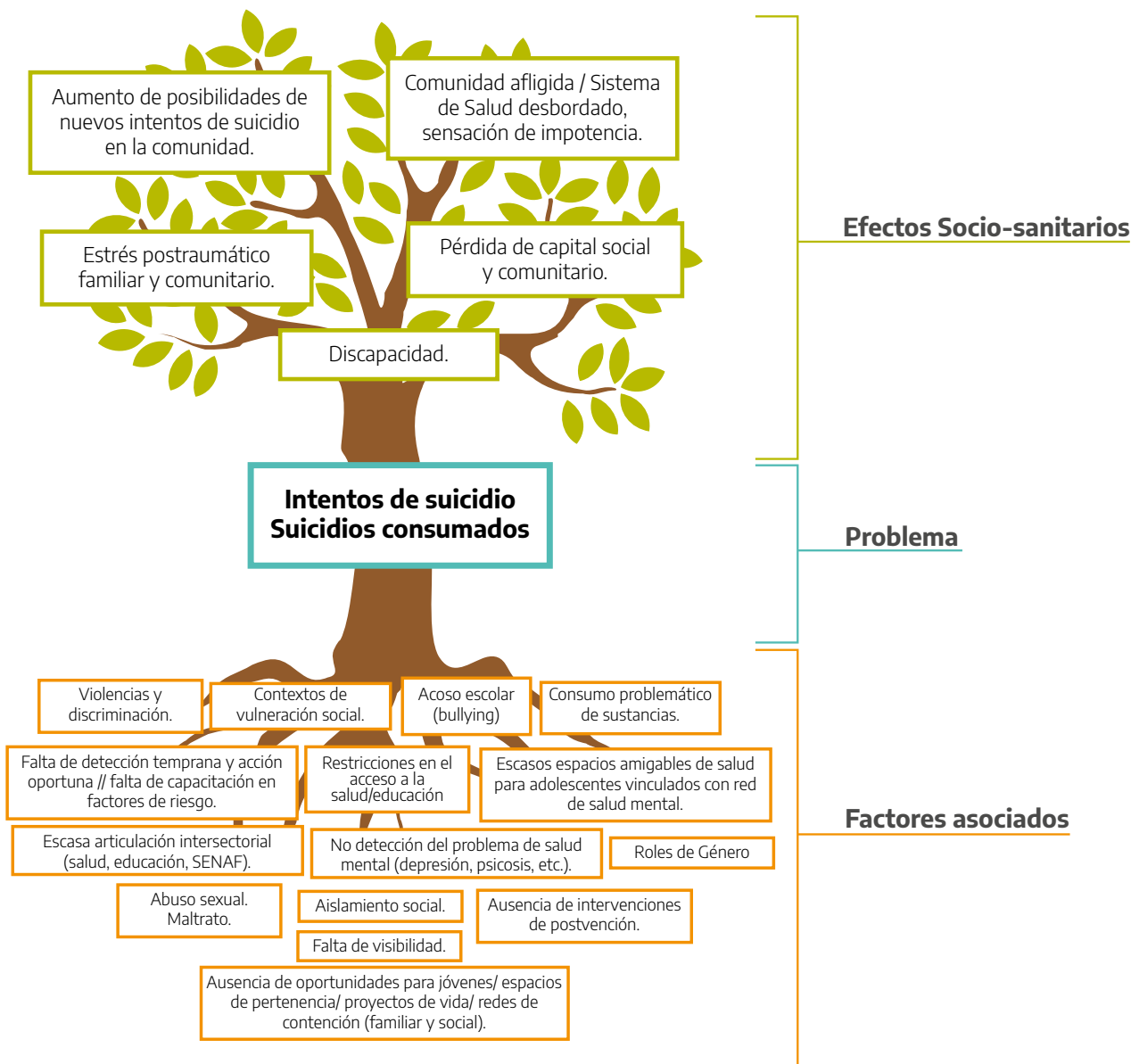
Principales factores de riesgo de suicidio alineados con las intervenciones pertinentes*



Fuente: OPS/OMS (2016:4)

Árbol de problemas

Complementario al modelo ecológico, el árbol de problemas se construye a través del armado de una red que permite explicar las principales interacciones entre el problema central, los factores asociados que influyen en la aparición y progreso de ese problema, y aquellos que pueden identificarse como efectos vinculados a su ocurrencia.



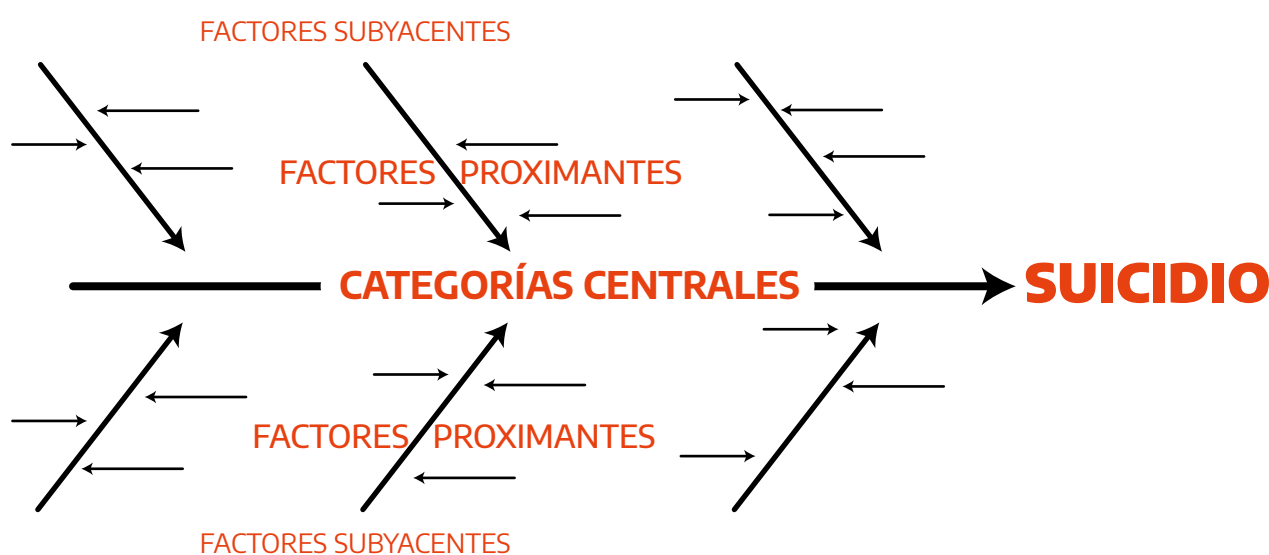
La elaboración del árbol implica construir los siguientes elementos:

- **Tronco:** definir el problema que se pretende abordar y ubicarlo en el lugar central. El problema se describe como un estado negativo o situación no deseada que puede verificarse en la realidad.
- **Raíces:** establecer cuáles son los factores asociados a la aparición y progreso del problema, y ubicarlos bajo el problema definido. Estas raíces son las condiciones que determinan o influyen sobre la presencia del problema, existiendo una relación directa entre ambos.
- **Copa o frutos:** identificar los efectos o manifestaciones y ubicarlos sobre el problema central. Refiere a las consecuencias o impactos que produce el problema sobre la calidad de vida de la población afectada y sobre la comunidad en su conjunto.

Espina de pescado

Este instrumento, también llamado diagrama de Ishikawa, se utiliza en el Análisis Causa Raíz (ACR)⁴⁶, metodología orientada a la búsqueda e implementación de soluciones dirigidas a evitar la mortalidad materno-infantil. En tanto constituye una herramienta útil para categorizar y visualizar los distintos tipos de factores que contribuyen a la ocurrencia de una muerte, puede adaptarse y resultar adecuado para profundizar la comprensión de un evento de suicidio.

La elaboración del diagrama implica representar las dimensiones o categorías centrales en las espinas mayores -que se originan en la columna vertebral del pescado-, y otros factores asociados a estas categorías se agregan en las espinas más pequeñas que nacen de la espina mayor. Aquellos factores más proximales se disponen más cerca de la columna vertebral, mientras que otros factores subyacentes se ubican en las partes periféricas.



46 Más información sobre Análisis Causa Raíz en UNICEF (2011)

Problematización de mitos y prejuicios sobre el suicidio

Alrededor de la problemática del suicidio circulan varios mitos que afectan las prácticas de prevención y postvención. Sin embargo, **gran parte de estos prejuicios son refutados por la evidencia científica** generada por la OMS y otras instituciones. (OPS/OMS, 2014; DNSMyA, 2018)

Por esta razón, la posibilidad de problematizar las distintas creencias falsas relacionadas con la problemática constituye una herramienta clave en la prevención del suicidio. En este sentido, se propone **generar espacios de intercambio y debate al interior de los equipos de salud, con otros actores intervinientes y con la comunidad en general**, donde se reflexione sobre los siguientes interrogantes, entre otros:

- ¿Qué sabemos sobre el suicidio en nuestra comunidad?
- ¿Cuáles son los factores relacionados con el suicidio?
- ¿Quiénes podrían cometer un suicidio?
- ¿Es posible prevenir el suicidio? ¿Sí? ¿No? ¿Por qué motivos?
- ¿Qué acciones serían las más indicadas para prevenir un suicidio? ¿Qué cosas no deberían hacerse? ¿Por qué motivos?

Asimismo, se pueden confrontar las ideas y aportes que surjan del debate con el siguiente listado de mitos y realidades, con el objetivo de deconstruir aquellas concepciones erróneas que muchas veces orientan la intervención:

MITO	REALIDAD
El/la que dice o amenaza con que se va a matar, no lo hace.	Se ha demostrado que la mayoría de las personas que cometen suicidio tuvieron un intento anterior, dieron algún aviso o comunicaron sus intenciones. Por lo tanto, no se deben minimizar estas advertencias y es necesario intervenir oportunamente para prevenir.
El/la que se suicida está atravesando una depresión.	Los comportamientos suicidas se han asociado con depresión, abuso de sustancias, esquizofrenia y otros trastornos mentales, además de comportamientos destructivos y agresivos. Sin embargo, esta asociación no se debe sobrestimar. La proporción relativa de estos trastornos varía en distintos sitios y hay casos en los que no había ningún trastorno mental evidente.
Hablar con una persona sobre sus intenciones de matarse incrementa el peligro	Es necesario hablar con los/as adolescentes sobre sus intenciones de matarse. El peligro es que éstas se mantengan ocultas. En realidad, la validación del estado emocional de la persona y la normalización de la situación inducida por la tensión son componentes necesarios para reducir la ideación suicida.
El suicidio no se puede prevenir porque ocurre por impulso, sucede sin advertencia.	Muchas personas dan algún tipo de indicación verbal o conductual acerca de sus intenciones de hacerse daño, por lo que es necesario destacar la posibilidad de prevención del suicidio y no estimarlo como un acto inevitable.
El/la que intenta suicidarse es un/a cobarde o un/a valiente.	Es necesario no catalogar los actos suicidas desde una perspectiva moral obturando el sentido que trae consigo esta problemática. Es preciso trabajar en contra de estas sentencias.
Los/as niños/as no se suicidan.	Aunque es poco común, los/as niños/as, a partir de que incorporan el concepto de la muerte y su irreversibilidad, sí pueden cometer suicidio y cualquier gesto, a cualquier edad, se debe tomar en serio.
La tendencia al suicidio es hereditaria.	No todo suicidio se puede relacionar con la herencia, y los estudios concluyentes son limitados. Sin embargo, el historial familiar de suicidio es un factor de riesgo importante de comportamiento suicida, particularmente en familias en que el suicidio aparece como opción frente a situaciones problemáticas.
Las personas con riesgo de suicidio tienen toda la intención de matarse.	Muchas personas mantienen una ambivalencia con respecto al acto suicida. No siempre su intención de matarse es irrevocable y/o plenamente consciente.
La mejoría después de una crisis significa que el riesgo de suicidio ha desaparecido.	En realidad, uno de los momentos más peligrosos es inmediatamente después de la crisis o cuando la persona está en el hospital después de un intento de suicidio. La semana después del alta es cuando la persona está particularmente frágil y en peligro de hacerse daño. Puesto que el comportamiento pasado es pronóstico de comportamiento futuro, sigue estando en situación de riesgo. Es necesario garantizar un seguimiento centrado en la persona.
No todos los suicidios pueden prevenirse.	Si bien esto tiene un punto de verdad, la mayoría de los casos se pueden prevenir realizando intervenciones adecuadas.
Una vez que una persona es "suicida" lo es para siempre.	La estigmatización es uno de los graves problemas que afectan a las personas que realizaron un intento de suicidio, o que tuvieron alguna ideación, aislándolas aún más y aumentando su vulnerabilidad. Se aconseja no usar etiquetas como "suicida" y pensar la problemática como algo transitorio que está atravesando el sujeto, garantizándole la posibilidad de una mejoría.

Promoción de espacios que propicien la circulación de la palabra, expresiones y deseos de los/as adolescentes

Para la promoción de estos espacios se propone el **desarrollo de intervenciones que habiliten, a partir de una escucha activa, la circulación de la palabra y el despliegue de procesos de construcción de confianza entre pares y con adultos/as referentes**, para que acompañen las trayectorias de vida de los/as adolescentes y, al mismo tiempo, puedan anticiparse e intervenir de manera oportuna ante situaciones que impacten negativamente en su salud.

Se trata de generar propuestas tendientes a incentivar la construcción de **vínculos saludables**, de conocimiento y reconocimiento de los/as otros/as y de las diferencias, de construcción de sentidos de pertenencia y lazos de solidaridad. (Dirección General de Cultura y Educación de la Provincia de Buenos Aires, 2017)

Dichas intervenciones pueden abordar **diversos contenidos**, tales como violencias, autocuidado y autoestima, proyectos de vida, educación para la salud, perspectivas de género y masculinidades, violencia en el noviazgo, parentalidad positiva, acoso escolar, consumos problemáticos de sustancias psicoactivas, seguridad vial, entre otros.

A continuación se presentan algunos dispositivos que resultan adecuados para el desarrollo de una estrategia de intervención a nivel local:⁴⁷

- Talleres participativos, foros, mesas redondas de adolescentes;
- Articulación con escuelas, organizaciones juveniles, clubes, centros de recreación, murgas, etc. Identificación de temáticas de interés y diseño participativo de actividades;
- Identificación y formación de adolescentes tutores / acompañantes / líderes, para que se posicionen como referentes en sus comunidades y promuevan procesos de transferencia de conocimientos y aprendizajes entre pares;
- Difusión de recursos culturales, recreativos y educativos para adolescentes;
- Implementación de dispositivos de Asesorías de Salud Integral en Escuelas Secundarias;
- Implementación y acompañamiento de dispositivos de Educación Sexual Integral desde nivel inicial;
- Talleres / espacios de encuentro para familias;
- Talleres / espacios de encuentro para docentes, gabinete / asesores pedagógicos, autoridades escolares;
- Campañas de prevención y sensibilización en medios de comunicación y espacios públicos.⁴⁸

En este marco -y en línea con la normativa vigente-, resulta fundamental garantizar el reconocimiento de los/as **adolescentes como ciudadanos/as sujetos plenos de derechos**: en tanto actores estratégicos en el desarrollo de la sociedad y con capacidades para intervenir protagónicamente en su presente, los/as adolescentes deben tener garantizado el acceso al ejercicio del **derecho a la participación** en el diseño y la implementación de intervenciones y políticas:⁴⁹ "Sólo hay posibilidades de cambiar las estructuras del campo (*de la salud*) si los espectadores devienen agentes de su propia historia, pensada por ellos, en sus propios contextos. No se necesitan seguros públicos o privados, se necesitan actores, ciudadanías plenas y solidarias si se quiere pensar otra salud." (Spinelli, 2010:281)

Buenas prácticas de comunicación en el tratamiento mediático del suicidio⁵⁰

El suicidio constituye un fenómeno sumamente complejo, que tiene un aspecto privado y otro social. El aspecto privado alude al derecho a la intimidad y el respeto a la situación que vive el grupo familiar y de referencia; mientras que el aspecto social involucra a todas las instituciones de la comunidad, que deben acceder a información confiable para fortalecer las acciones de prevención.

Existe evidencia suficiente para sugerir que algunas formas de cobertura periodística sobre el suicidio están asociadas con un aumento estadísticamente significativo de estas conductas. Si bien con frecuencia este

47 La propuesta de contenidos e intervenciones no es exhaustiva, varía según las realidades locales. Más información sobre metodologías de aplicación de dispositivos de intervención en PNSIA (2017) y RIEPS (2013)

48 Ver el apartado "Buenas prácticas" de comunicación en el tratamiento mediático del suicidio", en el presente capítulo.

49 Ver el apartado "Intersectorialidad, planificación comunitaria y participación adolescente", en el Capítulo 1 de la presente publicación.

50 Redactado en base a DNSMyA (2018) y OMS (2000)

tema es de interés periodístico y los medios de comunicación tienen derecho a informar al respecto, es importante tener en cuenta que la reproducción del hecho genera un impacto sensible.

A veces, tanto la información como la forma de presentarla refuerzan la circulación de rumores, mitos y prejuicios⁵¹ en torno a la problemática, lo que revictimiza y vulnera los derechos de las personas involucradas y obtura una comprensión más integral y compleja del fenómeno.

Informar sobre el suicidio en los medios de comunicación puede colaborar en la prevención de la problemática, si se realiza de manera apropiada, exacta y potencialmente útil. En esta línea, se recomiendan algunos lineamientos básicos para una comunicación responsable:

QUÉ HACER	QUÉ NO HACER
<p>Presentar sólo datos relevantes.</p> <p>Resaltar las alternativas al suicidio, difundir indicadores/señales de alarma y proporcionar información sobre líneas de ayuda y recursos comunitarios.</p> <p>Tener siempre en cuenta el impacto del tratamiento periodístico sobre las familias y otros sobrevivientes, en términos del sufrimiento y el estigma.</p>	<p>No publicar cartas suicidas, fotografías de la víctima ni de la escena del suicidio.</p> <p>No realizar descripciones detalladas del método de suicidio utilizado, ni ilustrar con imágenes reales o ficcionadas.</p> <p>No referirse al suicidio como un hecho exitoso, como una solución o respuesta entendible que una persona encuentra ante problemas o cambios sociales.</p> <p>No aportar culpas ni culpables, no dar razones simplistas ni resumir la causa de suicidio a un solo factor: las causas de suicidio son complejas y resultan de diversos factores.</p> <p>Respecto a la comunicación del suicidio de una celebridad (artística, política, deportiva, etc.), evitar una cobertura sensacionalista.</p>
<p>Interpretar las estadísticas cuidadosa y correctamente.</p> <p>Usar fuentes auténticas y confiables.</p> <p>Trabajar estrechamente con las autoridades de Salud y los organismos de Promoción y Protección de Derechos de NNyA.</p>	<p>Evitar las generalizaciones basadas en cifras pequeñas ya que requieren particular atención.</p> <p>No utilizar expresiones tales como "epidemia de suicidios" y "el lugar con mayor tasa de suicidios en el mundo".</p> <p>No realizar comentarios espontáneos que, muchas veces, refuerzan los prejuicios y estigmas sobre el tema.⁵²</p>
<p>En medios gráficos y digitales, publicar la información en las páginas interiores.</p> <p>En medios audiovisuales, utilizar zócalos, gráficos o leyendas con datos informativos.</p>	<p>No realizar una cobertura repetitiva y continua del hecho.</p> <p>En medios gráficos y digitales, no publicar la información en la tapa o en el home de un sitio web.</p> <p>En medios audiovisuales, evitar el uso de recursos sonoros que generen un marco de dramatismo, y no realizar dramatizaciones de un hecho suicida para ilustrar una información.</p>

51 Ver el apartado "Problematización de mitos y prejuicios sobre el suicidio", en el presente capítulo.

52 Ídem.

Ante una situación particular con repercusión mediática -en las que los/as trabajadores/as de prensa se presentan, por ejemplo en la escuela, buscando declaraciones-, se recomienda realizar una reunión de la/s institución/es interviniente/s para acordar qué y cómo van a comunicar lo acontecido, elegir a una única persona como interlocutora con los medios, y realizar por escrito un breve comunicado de prensa teniendo en cuenta algunas cuestiones:

- En forma breve y clara, dar cuenta de los pasos realizados en función del abordaje de la situación y de los organismos intervinientes, si correspondiere.
- No difundir la identidad de las personas involucradas en la situación y evitar el contacto de la prensa con ellas para proteger su identidad y privacidad.
- No juzgar y evitar la revictimización de niños/as, adolescentes y adultos/as.
- Mencionar que el comunicado de prensa escrito será la única manera de ofrecer información oficial sobre los hechos.
- Informar a las personas afectadas y/o intervinientes de este procedimiento, y explicar que es en resguardo de los derechos de los/as niños/as y adolescentes y para obtener la tranquilidad necesaria para intervenir de manera adecuada en el abordaje de la situación.

Haciendo agenda

Cada **10 de septiembre** se celebra el **Día Mundial y Nacional para la Prevención del Suicidio**: una iniciativa promovida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) desde el año 2003 y que la Argentina, en el año 2010, declaró su adhesión a través de la Cámara de Diputados de la Nación.

Ese día del calendario puede ser estratégicamente aprovechado por los medios de comunicación -en articulación con sectores públicos tales como Salud, Educación, etc.- para **brindar información e implementar campañas** relativas a la prevención del suicidio y la promoción de la salud.

Sistematización del circuito de intervención integral

Para la sistematización del circuito de intervención -que integra las acciones de prevención y promoción de salud, atención, seguimiento y postvención- se propone facilitar la coordinación de servicios y efectores a fin de establecer un **conjunto de criterios comunes** que garanticen la integralidad del abordaje de la violencia autoinfligida en la adolescencia, teniendo en cuenta las posibilidades, los alcances y los límites de las prácticas de cada campo institucional.

En esta línea, se recomienda el **fortalecimiento de redes locales** que incluyan a las áreas estratégicas del sistema de salud y a otros actores involucrados en el tema, para el armado e implementación de un sistema de alerta temprana y respuesta oportuna,⁵³ y el sostenimiento de estrategias de corto, mediano y largo plazo en el marco de la corresponsabilidad:⁵⁴ "Las actividades de prevención del suicidio requieren **coordinación y colaboración entre múltiples sectores** de la sociedad, públicos y privados, incluidos el de la salud y otros, como los de educación, trabajo, agricultura, comercio, justicia, defensa, así como los responsables de las leyes, la política y los medios. Estos esfuerzos deben ser integrales y sinérgicos y estar integrados, porque ningún abordaje singular es suficiente para una cuestión tan compleja como la del suicidio." (OPS/OMS, 2014:11)

53 Ver la nota al pie n° 13 en la "Introducción y planteo del problema" de la presente publicación.

54 Ver el apartado "¿Qué tipo de abordaje es recomendable implementar?", en el Capítulo 1 de la presente publicación.

En esta línea, se presenta un conjunto de propuestas de abordaje institucional y comunitario, para su implementación por parte de equipos de atención primaria de la salud:⁵⁵

COMPONENTES	LÍNEAS DE ACCIÓN
Reducir el acceso a los medios para cometer suicidio.	<p>Planificar acciones en conjunto con las instituciones y organizaciones comunitarias para fomentar restricciones en el manejo de armas de fuego, plaguicidas, acopio de medicamentos y otras sustancias tóxicas frecuentes en el hogar.</p> <p>Dentro de las consultas con los/as adolescentes y sus familias, en contexto de situaciones de crisis, incorporar preguntas en relación a la existencia de estos elementos en el hogar y acordar estrategias para el guardado de forma segura.</p>
Promover prácticas que fomenten la conexión con y entre la comunidad.	<p>Articular estrechamente con las organizaciones presentes en la comunidad.</p> <p>Promover el contacto de las personas que consultan con los grupos educativos, recreativos y deportivos de la comunidad, como parte de un plan integral de abordaje.</p>
Lograr que la comunidad tenga herramientas de intervención ante una situación de crisis.	<p>Trabajar con la comunidad en relación a la capacidad de respuesta ante las situaciones de crisis, y delinear estrategias conjuntas para facilitar el acceso a los servicios de urgencia en las situaciones que lo requieran.</p>
Realizar estrategias de postvención en ámbitos afectados por un suicidio.	<p>Proporcionar apoyo psicosocial al círculo inmediato -familias, amigos/as, instituciones referentes- de una persona que ha cometido suicidio, para trabajar en la prevención de reacciones inmediatas o a largo plazo en estos grupos.</p>
Promover buenas prácticas de comunicación en el tratamiento mediático del suicidio.	<p>Participar en espacios de comunicación y difusión -redes sociales, radios comunitarias, etc.- para proporcionar información confiable y valiosa en relación a la prevención del suicidio y los recursos disponibles en la comunidad ante situaciones de crisis.</p> <p>Colaborar con los medios de comunicación para impulsar una presentación responsable de la información sobre esta temática.⁵⁶</p>
Desarrollar políticas locales para la prevención de suicidio.	<p>Promover y fortalecer el armado de mesas de trabajo intersectoriales para delinear conjuntamente políticas locales de intervención.</p>
Garantizar la asistencia a personas con problemas de salud mental desde un marco de derechos, en línea con la normativa vigente.⁵⁷	<p>Desarrollar intervenciones de capacitación destinadas a los equipos de salud para la identificación y el abordaje de las problemáticas de salud mental.</p>
Desarrollar sistemas de registro con datos de calidad sobre el evento.	<p>Mantener registros actualizados en relación a datos relevantes acerca de la problemática de la violencia autoinfligida en la comunidad -tendencias, patrones, grupos vulnerables, factores protectores, etc.</p> <p>Profundizar acerca de cuál es el nivel de disposición de la comunidad para involucrarse en la prevención y con qué recursos cuentan.</p>
Garantizar el seguimiento y apoyo a la comunidad luego de un intento de suicidio.	<p>Sostener un contacto regular con los/as adolescentes y sus referentes significativos mientras persista el riesgo de autolesión o suicidio, estableciendo la frecuencia del seguimiento en función la mejora evaluada.</p>

55 Elaboración propia en base a OPS/OMS (2019)

56 Ver el apartado "Buenas prácticas de comunicación en el tratamiento mediático del suicidio", en el presente capítulo.

57 Ver el recuadro "Marco normativo", en la "Introducción y planteo del problema" de la presente publicación.

¿CÓMO DEBEN REGISTRARSE LAS INTERVENCIONES DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN?

A continuación se describen algunos de los componentes que pueden ser utilizados para registrar y sistematizar el desarrollo de las intervenciones de promoción de la salud y prevención de lesiones autoinfligidas: (RIEPS, 2013)

- **Objetivos.** Fines que se persiguen en la puesta en práctica del dispositivo (*"Para qué"*)
- **Destinatarios y roles.** Cantidad de personas intervinientes en el dispositivo y sus roles, ya sean participantes, observadores/as, coordinadores/as, etc. (*"Quiénes"*)
- **Tiempo.** Momento en que se lleva a cabo el dispositivo y tiempo necesario para la realización de las actividades (*"Cuándo / Cuánto"*)
- **Lugar.** Espacio físico y sus características, tales como ubicación y tamaño (*"Dónde"*)
- **Metodología.** Despliegue o puesta en práctica de la intervención, y la combinación específica de técnicas, herramientas y dinámicas (*"Cómo"*)
- **Recursos.** Recursos materiales, físicos, discursivos, simbólicos, entre otros, necesarios para llevar a cabo la intervención (*"Con qué"*)

Asimismo, se destaca la importancia de implementar un proceso de **evaluación y sistematización** de estas estrategias, ya que toda intervención que pretenda modificar situaciones problemáticas debe contemplar su propia evaluación para determinar los cursos de acción futuros: la evaluación y sistematización de las experiencias acumuladas son un aspecto fundamental de toda intervención en salud para evitar intervenciones poco adecuadas y resolver los problemas que se abordan. (RIEPS, 2013)

Es este sentido, resulta indispensable llevar un registro de las distintas intervenciones teniendo en cuenta que **la acción de registrar no se restringe a acumular información escrita sobre lo ocurrido, sino que implica recuperar los sentidos, representaciones y conocimientos previos de los/as participantes, y reflexionar sobre las situaciones imprevistas y los ajustes en las intervenciones derivados de su puesta en práctica, etc.**

BIBLIOGRAFÍA

Almeida Filho, N., Castiel, L. D., Ayres, J. R. (2009) "Riesgo: concepto básico de la epidemiología". Revista Salud Colectiva 5(3): 323-344. Recuperado de <https://www.scielosp.org/article/scol/2009.v5n3/323-344/>

Castellanos, P. L. (1990) "Sobre el concepto de Salud-Enfermedad. Descripción y explicación de la situación de Salud". Bol. Epidemiológico OPS vol. 10, N° 4.

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

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

DNSMyA (2018) "Desarmando prejuicios: Deconstruir para construir". En *Comunicación responsable. Recomendaciones para el tratamiento de temas de salud mental en medios*. Ministerio de Salud de la Nación. Recuperado de <http://www.msal.gob.ar/images/stories/ryc/graficos/000000799cnt-2018-recomendaciones-tratamiento-salud-mental-en-los-medios.pdf>.

Gonzalez, J. (2019) "El Suicidio como problema Público en Argentina". *Tesis para la obtención de título de maestría en Epidemiología, Gestión y políticas de Salud*. Instituto de Salud Colectiva Universidad de Lanus.

Ministerio de Educación de la Nación (2015) *Acerca de la problemática del suicidio de adolescentes y jóvenes. Un enfoque para su abordaje desde el campo de la educación*. Recuperado de http://quilmessocial.org/ftp/pdf/problematika_suicidio_jovenes.pdf

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

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

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

OPS/OMS (2015) *Detección temprana, evaluación y respuesta ante eventos agudos de salud pública: Puesta en marcha de un mecanismo de alerta temprana y respuesta con énfasis en la vigilancia basada en eventos*. Recuperado de http://www.who.int/ihr/publications/WHO_HSE_GCR_LYO_2014.4es.pdf

OPS/OMS (2016) *Prevención de la conducta suicida*. Recuperado de <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/31167/9789275319192-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

OPS/OMS (2019) "Prevención de la autolesión y el suicidio: empoderamiento de los profesionales de atención primaria de salud". En *Estrategia Integral para la Prevención del Suicidio*. Curso de autoaprendizaje en línea.

PNSIA (2016) *Situación de salud de los y las adolescentes en la Argentina*. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación. Recuperado de <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000872cnt-linea-base-adolescencia-2016.pdf>

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

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

Spinelli, H. (2010) *Las dimensiones del campo de la salud en Argentina*. Salud Colectiva.

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

Urquía, M. (2006) "Riesgo". En *Teorías dominantes y alternativas en epidemiología*. Buenos Aires: Ediciones de la UNLa.

CAPÍTULO 3

Atención

Atención integral e integrada (p.55)

Ámbitos de detección (p.55)

Asesorías de Salud Integral en Escuelas Secundarias (p.56)

Algunas consideraciones al momento de la escucha (p.56)

Estrategias de intervención en la urgencia (p.57)

Intento de suicidio / Ideación suicida (p.57)

Evaluación y estabilización de síntomas físicos y psíquicos (p.57)

Evaluación situacional (p.57)

Consideraciones clínicas que orientan la intervención (p.58)

Estrategias terapéuticas inmediatas (p.61)

Estrategias terapéuticas a mediano plazo (p.61)

Autolesiones / Ideas muerte / Parasuicidios (p.63)

¿Cómo debe registrarse el proceso de atención? (p.64)

ATENCIÓN INTEGRAL E INTEGRADA

Ante un caso de suicidio, intento o cualquiera de sus manifestaciones de padecimiento⁵⁸ -ideación suicida, conductas autolesivas, ideas de muerte-, es prioritario brindar una **atención integral e integrada, tanto para el /la paciente como para su familia y entorno.**

Para tal fin, **los abordajes en hospitales y primer nivel de atención deben ser interdisciplinarios:** servicios de Salud Mental, Adolescencia, Enfermería, Medicina General, Servicio Social, Pediatría, Guardia, Internación, etc.

Dentro del sistema sanitario se promueve la **unificación de criterios de actuación** a partir del diseño y la implementación de lineamientos, protocolos y/o guías clínicas para la atención, acompañados por flujogramas de actuación.⁵⁹

Al mismo tiempo, se fomenta la creación de **espacios amigables** dentro de los establecimientos sanitarios,⁶⁰ donde se desarrollen actividades tales como talleres recreativos en salas de espera y con pacientes internados/as, espacios de circulación y esparcimiento, salas de juego y de lectura, entre otras.

Es necesario considerar la entrevista solo con el/la adolescente, donde pueda dar cuenta de cuestiones que frente a el/la acompañante pudieran quedar restringidas. El resguardo de la **confidencialidad** respecto a la información conocida en el marco del encuentro con el/la adolescente es prioritario: el intento de suicidio o la autolesión no suspenden el deber ético y jurídico de guardar el secreto profesional ni los derechos a la privacidad y confidencialidad de las consultas. Las causas justas para la revelación de un secreto pueden ser únicamente: (PNSIA, 2018)

- Evitar un peligro inminente (inmediato y cierto) para sí o para un/a tercero/a. Por ejemplo, la detección de una enfermedad altamente contagiosa (Hantavirus, no así el VIH), la amenaza de suicidio u homicidio;
- La orden de una autoridad judicial competente;
- En caso de urgencia, cuando no se pueda contar con la autorización del/a adolescente y deba pedírsela a un/a representante.

Asimismo, los abordajes deben ser **intersectoriales**, en articulación con organismos locales de Promoción y Protección de Derechos de Niños/as y Adolescentes (NNyA), Educación, Justicia, etc. En este sentido, si bien el presente material está destinado a los equipos de salud de atención primaria, es fundamental que los/as adolescentes puedan contar con recursos y dispositivos más allá del sistema sanitario. **Una atención extramuros implica un abordaje en el cual la estrategia es pensada y llevada a cabo de manera intersectorial, priorizando una atención en conjunto y teniendo en cuenta las necesidades particulares de cada adolescente.** Es de suma relevancia, entonces, **trabajar en corresponsabilidad con otros sectores** para garantizar un abordaje integrado resguardando los derechos del/a adolescente.⁶¹

Las conductas autolesivas no constituyen un delito tipificado por el Código Penal Argentino, por lo tanto **no corresponde la denuncia ante las autoridades judiciales o policiales ni la adopción de medidas de encierro.** **Al ser considerada una situación de vulneración o amenaza grave de derechos, se debe articular sin demoras con el efector de salud más cercano y, a la vez, dicho efector está obligado a dar intervención formal al organismo local de Promoción y Protección de Derechos de NNyA,** con el objetivo de garantizar las medidas de protección integral que se evalúen pertinentes (PNSIA, 2018).

ÁMBITOS DE DETECCIÓN

La detección de cualquiera de las manifestaciones de la problemática del suicidio en la adolescencia⁶² -intentos de suicidio, ideaciones suicidas, ideas de muerte, parasuicidios, autoagresiones- **puede ser realizada en diversos ámbitos: servicios de emergencia u otras instancias de atención** -dependiendo de la vía de ingreso al sistema de salud: consultas de rutina, espontáneas, interconsultas y/o a través de una línea telefónica de emergencias-, **o en otros espacios comunitarios** como escuelas, clubes deportivos, iglesias, centros recreativos, culturales, entre otros.

⁵⁸ Ver los apartados "¿Qué entendemos por violencia autoinfligida con intención suicida?" y "¿Qué entendemos por violencia autoinfligida sin intención suicida?", en el Capítulo 1 de la presente publicación.

⁵⁹ Más información en OMS (2017); DNSMyA, PNSIA (2012); y PNSIA (2017).

⁶⁰ Los consultorios amigables son servicios donde los/as adolescentes encuentran oportunidades de salud cualquiera sea la demanda, siendo agradables para ellos/as y sus familias por el vínculo que se establece con el equipo de salud y por la calidad de sus intervenciones. Más información en PNSIA (2012)

⁶¹ Ver el apartado "¿Qué tipo de abordaje es recomendable implementar?", en el Capítulo 1 de la presente publicación.

⁶² Ver los apartados "¿Qué entendemos por violencia autoinfligida con intención suicida?" y "¿Qué entendemos por violencia autoinfligida sin intención suicida?", en el Capítulo 1 de la presente publicación.

Es fundamental que las diferentes personas que participan en la detección estén disponibles en ese momento, sea cual fuere su lugar de pertenencia, y **es de suma importancia garantizar una escucha libre de sanción moral, sin desestimar los relatos del/a adolescente, y utilizar un lenguaje sencillo y claro.**

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 provoca actos de autolesión.** Por el contrario, permite hablar acerca de los problemas y la ambivalencia con la que estén luchando, percibiendo que pueden ser ayudados/as y, en muchos casos, aliviando al menos momentáneamente la tensión psíquica. **El riesgo es justamente que estas ideas permanezcan ocultas.** (DNSMyA, PNSIA, 2012)

Los escenarios de un intento de suicidio o de una ideación grave también son diversos. En todos los casos, se debe proceder con las **medidas de resguardo físico, nunca dejar sola a la persona, brindar apoyo y contención e identificar posibles referentes vinculares que pudieran resultar tranquilizadores y colaborar durante el proceso.** Frente a la posibilidad de un traslado, éste debe realizarse siempre acompañado por un/a agente de salud o un/a referente de la institución donde haya sucedido el evento.

De ocurrir en una escuela, se debe notificar a las instancias de Educación que garanticen la contención y acompañamiento del/a adolescente dentro del ámbito escolar, por ejemplo, los equipos psicosociales de orientación. Además es necesario comunicarse con el organismo local de Promoción y Protección de Derechos, ya que representa una situación de vulneración grave del/la adolescente.

ASESORÍAS DE SALUD INTEGRAL EN ESCUELAS SECUNDARIAS

Los Ministerios de Educación y de Salud de la Nación impulsan, desde el año 2015, la estrategia de Asesorías de Salud Integral en Escuelas Secundarias. Estos espacios funcionan como **nexo entre ambos sectores** favoreciendo el acceso de los/as adolescentes al sistema de salud. Se implementa con la designación de un/a profesional de la salud que asiste a la escuela para dar respuestas a las diversas complejidades que implican las situaciones por las que atraviesan los/as adolescentes, desde una perspectiva integral -contrarrestando la fragmentación intra e intersectorial- y evitando las miradas reduccionistas, estigmatizantes y patologizantes. (PNSIA, UNICEF, 2018)

Las Asesorías en Salud Integral en Escuelas Secundarias constituyen un **espacio de consulta, orientación y/o derivación centrado en las necesidades y los problemas cotidianos de los/as adolescentes vinculados a la salud integral.** Estos dispositivos ofrecen una escucha amplia y desprejuiciada, a la vez que orientan e informan sobre los recursos existentes en el sistema de salud y la comunidad.

En estos espacios de Asesorías **pueden detectarse situaciones vinculadas a la violencia autoinfligida.** En tales casos, se debe brindar contención desde una escucha activa, articular con el efector de salud para que realice una evaluación de riesgo -en caso de considerarse necesario-, y comunicar a la autoridad escolar que corresponda -con los resguardos respectivos en cuanto a confidencialidad- a los fines de que se dé curso a los protocolos de actuación.

Si la escucha la realiza el/la asesor/a u otro/a agente en el centro de salud, éste/a deberá realizar la articulación pertinente con los servicios de Salud Mental o Guardia, dependiendo de la consideración de riesgo de vida.

ALGUNAS CONSIDERACIONES AL MOMENTO DE LA ESCUCHA

En relación con la problemática de suicidio en sentido amplio, es sumamente necesario **tener conocimiento a priori de los recursos con los que cuentan las instituciones** de la comunidad del/la adolescente -centros de salud, organismo local de Promoción y Protección de Derechos de NNYA, escuela, entre otras-, para abordar la temática.

A partir de la escucha⁶³ es importante determinar:

- **Vulnerabilidad:** el concepto de vulnerabilidad no remite únicamente al individuo, sino a su situación social y contextual. Es por ello que para determinar una situación de vulnerabilidad se requiere contar con diversos elementos de análisis;⁶⁴

⁶³ Los/as niños/as y adolescentes tienen derecho a ser oídos y a que su opinión sea tomada primordialmente en cuenta en cualquier procedimiento administrativo y/o judicial que los afecten (Ley Nacional 26.061, Artículo 27°).

⁶⁴ Ver el apartado "¿Cómo se puede abordar la violencia autoinfligida en la adolescencia desde la perspectiva de vulnerabilidad y con enfoque en la promoción integral de la salud?", en el Capítulo 2 de la presente publicación.

- *Riesgo / Señales de alarma:* el riesgo está enfocado en el individuo y se determina ante una situación clínica, inminente e individual. En relación a su determinación, reviste mayor atención aquello que refiere al intento de suicidio, lo que demanda necesariamente activar el protocolo pertinente;
- *Ante situaciones de ideación y/o autolesiones:* tener en cuenta otros elementos a través de la escucha, intentando identificar cuáles son las situaciones complejas y/o angustiantes que está atravesando el/la adolescente y, si es posible, que ponga en palabras los sentimientos y pensamientos que lo/a aquejan.

ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN EN LA URGENCIA

“La urgencia en salud mental es toda situación transitoria que irrumpe y altera las funciones psíquicas, el desempeño habitual y que supone un alto nivel de padecimiento, de tal manera que la persona, el entorno y/o el personal sanitario, consideran que requiere atención inmediata. Implica una crisis que puede tener causas orgánicas, psíquicas y/o sociales, y constituye una ruptura del equilibrio vital. **La urgencia es un emergente del estado de malestar. No es un acontecimiento aislado sino parte del proceso de atención, en el que la persona debe ser asistida de manera integral en el ámbito socio-sanitario y requiere de un seguimiento** para evitar la recurrencia. El desarrollo de las redes de abordaje como resultado de la estrategia APS facilita la viabilización de la respuesta a la situación de urgencia y la continuidad de cuidados comunitarios.” (DNSMyA, 2014:13)

INTENTO DE SUICIDIO / IDEACIÓN SUICIDA

Evaluación y estabilización de síntomas físicos y psíquicos

La evaluación clínica completa debe **efectuarse en todos los casos**, independientemente del motivo específico de consulta. Se debe realizar en un **entorno seguro, dentro del establecimiento de salud**; la **confidencialidad** debe garantizarse en todo momento; y debe informarse la naturaleza de las prácticas que se realizarán para que el/la adolescente pueda brindar su **consentimiento**.

Es fundamental **nunca dejar sola a la persona e identificar posibles referentes vinculares** que pudieran resultar tranquilizadores/as y colaborar durante el proceso.

Durante la evaluación se debe priorizar: examen físico completo; probables signos de abuso sexual y/o maltrato; pesquisa de signos físicos de ingestión y/o abuso de sustancias psicoactivas u otras sustancias tóxicas; embarazo; estado de conciencia y evaluación del estado psíquico global.⁶⁵

Luego de la evaluación se procede al **tratamiento médico habitual de los síntomas físicos y/o lesiones** si las hubiera, y al **abordaje de los síntomas psíquicos** que se presenten en la urgencia, **priorizando la intervención verbal**.

Evaluación situacional

Está indicada en todas las situaciones en las que un/a adolescente haya realizado un intento de suicidio, haya expresado ideas o intenciones suicidas, o cuyas acciones lo sugieren aunque él/ella lo niegue.

Se indica entrevistar a:

- El/la adolescente;
- El/la adulto/a referente y/o núcleo familiar acompañante;
- Otros/as referentes, pares presentes o que se considere pertinente convocar, como pareja/s, amigos/as, vecinos/as, docentes, etc.

El/la agente de salud evaluará la necesidad de establecer una estrategia que incluya entrevistas conjuntas con los/as adultos/as 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.** Por otra parte, los/as cuidadores/as también deben ser asistidos/as por parte del sistema sanitario, contando con un espacio que los/as oriente sobre las medidas de protección y cuidado.

⁶⁵ Más información en DNSMyA, PNSIA (2012)

Consideraciones clínicas que orientan la intervención

Refiere a los criterios que se utilizan para definir las intervenciones, incluyendo la posibilidad de una internación.

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

Letalidad alta	Letalidad moderada y baja
<ul style="list-style-type: none">- Ahorcamiento- Armas de fuego- Arrollamiento (automóviles, trenes, etc.)- Lanzamiento de altura- Intoxicaciones con gas- Electrocuación- Intoxicación por elementos altamente tóxicos, aún en pequeña cantidad (organofosforados, soda cáustica, medicación, etc.)- Intoxicación por elementos de baja toxicidad pero cuya letalidad está dada por la cantidad y/o modalidad de ingestión (medicamentos en gran cantidad)- Heridas cortantes profundas o en gran cantidad (cortes profundos en los cuatro miembros o en la cara)	<ul style="list-style-type: none">- Ingestión de sustancias o medicamentos de baja toxicidad y pequeña cantidad (tóxico en pequeñas cantidades o cuya baja letalidad era conocida por la persona)- Cortes leves, escasos y superficiales .- Cualquier otra conducta de autoagresión de características tales que no hubieren podido ocasionar daño severo

El método utilizado siempre deberá ser considerado en el contexto de la existencia de un plan autoagresivo y del grado de impulsividad. Los métodos de muy alta letalidad, como armas de fuego o ahorcamiento, 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: por ejemplo, la 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;
- Escritura de notas o cartas que no pudieran ser encontradas fácilmente;
- Existencia de un plan reiterado en el tiempo, que 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/a cuando ejecutó el plan y/o no avisó 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 hace imposible o dificulta su interrupción por otros/as. La impulsividad es considerada un factor de riesgo en sí misma, ya sea porque la acción tiene evidente y manifiesta intencionalidad suicida, o por 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 por haber fallado, sino irritabilidad por haber sido asistido/a o interrumpido/a;
- 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;
- Desesperanza, baja autoestima, desinterés generalizado, tristeza. Incapacidad manifiesta o inferible para el manejo de sus afectos;
- Aislamiento y dificultad severa para vincularse afectivamente;
- Otros síntomas psíquicos tales como: desinhibición, alucinaciones injuriosas, ideas delirantes de auto referencia, grandiosidad o místicas de sacrificio, insomnio, impulsividad.

Intoxicación o consumo agudo de alcohol u otras sustancias psicoactivas.

Acción autolesiva repetida e intentos previos.

Presencia de problemática de salud mental previa: depresión, manía, hipomanía, impulsividad, esquizofrenia.

Antecedentes de tratamiento de salud mental: internaciones, tratamientos interrumpidos, etc.

- Evento y/o situación estresante desencadenante del acto o ideación:
- Muerte o enfermedad grave recientemente diagnosticada a un/a familiar, referente o amigo/a;
- Abuso sexual y/o maltrato;
- Conflictos intrafamiliares graves (separaciones y otros);
- Conflictos con pares, rupturas sentimentales;
- Dificultades y/o fracasos en el ámbito escolar.

Existencia de patología orgánica grave, crónica y/o terminal: diabetes, VIH, patología oncológica, enfermedades sistémicas, autoinmunes, neurodegenerativas, etc.

Vulnerabilidades asociadas al contexto socio familiar:

- Facilitación o inducción explícita o implícita por parte del/a adulto/a;
- Actitud desinteresada o negligente del/a adulto/a frente al hecho: minimizar el riesgo, no consultar rápidamente, considerar que está fingiendo o simplemente llamando la atención, etc.;
- Historia familiar de suicidios consumados y/o intentos;
- Historia familiar de problemáticas de salud mental;
- Historia de violencia intrafamiliar;
- Historia familiar de abuso sexual y/o maltrato;

- Existencia de patología grave, crónica y/o terminal en algún miembro familiar;
- 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) o ciberacoso;
- Antecedentes de suicidios consumados y/o intentos en grupo de pares;
- Autoagresión como modalidad habitual en grupo de pares;
- Pertenencia a un sistema de creencias personales, familiares y/o sociales que exaltan la muerte;
- Situación de vulnerabilidad socioeconómica.

Factores de protección: Es imprescindible **identificar, evaluar y fortalecer los recursos, capacidades y potencialidades con las que cuenta el/la adolescente y su entorno** en cada situación particular, para favorecer la recuperación y la prevención de intentos posteriores.

En esta línea, se recupera el modelo ecológico⁶⁶ como herramienta para evaluar los factores protectores y/o contextos favorables que pueden estar presentes en varios niveles:

- *A nivel individual:* considerar y evaluar el estilo cognitivo y la personalidad (recursos psíquicos);
- *A nivel relacional:* evaluar los patrones familiares y los tipos de vínculos favorecedores -relaciones familiares, con pareja/s, amigos/as, etc.-;
- *A nivel comunitario:* considerar factores culturales y sociodemográficos tales como redes de sostén para el/la adolescente y su familia -escuelas, instituciones, actividades, etc.-;
- *A nivel social:* conocer espacios o políticas en las que puedan participar jóvenes y adolescentes.

CONSTRUCCIÓN DEL GÉNERO

El mayor porcentaje de intentos graves y suicidios consumados corresponden al género masculino. Existe una relación importante entre algunas causas de suicidio y las obligaciones que impone el modelo de masculinidad hegemónico, entendido como un constructo social que le indica a los hombres el rol que se espera de ellos en la sociedad.

Asimismo, las poblaciones de lesbianas, gays, bisexuales, trans, intergénero y queer (LGBTIQ+) han mostrado una prevalencia en esta problemática. Estas poblaciones se ven afectadas por el estigma y la discriminación que tiene ejercer una sexualidad o identidad por fuera de un marco heterocisnormativo, dejando a la persona expuesta a un entorno social hostil caracterizado por el rechazo y la exclusión. Esto contribuye a generar problemas tales como depresión, abuso de sustancias, aislamiento social y conflicto con los pares, lo cual incrementaría los factores de riesgo de suicidio de jóvenes y adolescentes LGBTIQ+.

Es por eso que es necesario incorporar la perspectiva de género al momento de la atención de problemáticas alrededor del suicidio y autolesiones.

Para un desarrollo más profundo de este punto recomendamos ver el apartado “¿Es posible pensar esta problemática desde una perspectiva de género? ¿Qué implica esta mirada?” en el “Capítulo 1: Marco conceptual” de la presente publicación.

⁶⁶ Ver el apartado “¿Qué entendemos por violencia?”, en el Capítulo 1 de la presente publicación.

Estrategias terapéuticas inmediatas

a) **Internación o permanencia en Guardia o sala del hospital polivalente para observación:** evaluación por profesional de Salud Mental en un lapso no mayor a las 48 horas (dependiendo de la accesibilidad a la consulta con especialista);⁶⁷

b) **Alta institucional y tratamiento ambulatorio de Salud Mental.**

La presencia de alguno de los siguientes factores de riesgo asociado al intento de suicidio o autolesión configura una **situación de riesgo inminente** y requiere la interconsulta con el equipo de Salud Mental previa al alta:

- Acción autolesiva grave y/o método de alta letalidad;
- Acción llevada a cabo con alto grado de impulsividad y/o planificación;
- Persistencia de ideación suicida y/o autolesiva;
- Antecedentes de intentos de suicidio o de autoagresión del/a adolescente, o intento de suicidio de personas cercanas;
- Consumo problemático de alcohol y/u otras sustancias psicoactivas (puede provocar desinhibición psicomotriz);
- Presencia de patología mental⁶⁸

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

- La acción autolesiva es de bajo grado de agresión;
- Ideación de poca consistencia;
- El contexto familiar se evalúa como continente y los/as referentes vinculares presentan una actitud de compromiso para adoptar medidas de cuidado;
- El/la adolescente se muestra de acuerdo con la necesidad de continuar el tratamiento y puede garantizarse el seguimiento.

Junto con el alta, se debe **garantizar la asignación de un turno para Salud Mental dentro de los siete días subsiguientes**, especificando fecha y hora del turno y nombre del/a profesional, y con el **acompañamiento permanente de un/a referente afectivo adulto/a**.

Estrategias terapéuticas a mediano plazo⁶⁹

El equipo de Salud Mental debe:

Evaluar la situación global y la existencia de riesgo en esta segunda instancia: valorar los signos y los síntomas que no hayan sido 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/a adolescente en observación.

67 De acuerdo a la Ley Nacional 26.657 de Salud Mental: "La internación es considerada como un recurso terapéutico de carácter restrictivo, y sólo puede llevarse a cabo cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones realizables en su entorno familiar, comunitario o social (...)" (Artículo 14°); "La internación debe ser lo más breve posible, en función de criterios terapéuticos interdisciplinarios. Tanto la evolución del paciente como cada una de las intervenciones del equipo interdisciplinario deben registrarse a diario en la historia clínica. En ningún caso la internación puede ser indicada o prolongada para resolver problemáticas sociales o de vivienda, para lo cual el Estado debe proveer los recursos adecuados a través de los organismos públicos competentes." (Artículo 15°); "Toda disposición de internación, dentro de las 48 horas, debe cumplir con los siguientes requisitos: a) Evaluación, diagnóstico interdisciplinario e integral y motivos que justifican la internación, con la firma de al menos dos profesionales del servicio asistencial donde se realice la internación, uno de los cuales debe ser necesariamente psicólogo o médico psiquiatra; b) Búsqueda de datos disponibles acerca de la identidad y el entorno familiar; c) Consentimiento informado de la persona o del representante legal cuando corresponda (...)" (Artículo 16°); "La internación involuntaria de una persona debe concebirse como recurso terapéutico excepcional en caso de que no sean posibles los abordajes ambulatorios, y sólo podrá realizarse cuando a criterio del equipo de salud mediare situación de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros. Para que proceda la internación involuntaria, además de los requisitos comunes a toda internación, debe hacerse constar: a) Dictamen profesional del servicio asistencial que realice la internación. Se debe determinar la situación de riesgo cierto e inminente a que hace referencia el primer párrafo de este artículo, con la firma de dos profesionales de diferentes disciplinas, que no tengan relación de parentesco, amistad o vínculos económicos con la persona, uno de los cuales deberá ser psicólogo o médico psiquiatra; b) Ausencia de otra alternativa eficaz para su tratamiento; c) Informe acerca de las instancias previas implementadas si las hubiera." (Artículo 20°); "La internación involuntaria debidamente fundada debe notificarse obligatoriamente en un plazo de 10 horas al juez competente y al órgano de revisión (...)" (Artículo 21°); y "En caso de internación de personas menores de edad o declaradas incapaces, se debe proceder de acuerdo a lo establecido por los artículos 20, 21, 22, 23, 24 y 25 de la presente ley. En el caso de niños, niñas y adolescentes, además se procederá de acuerdo a la normativa nacional e internacional de protección integral de derechos." (Artículo 26°)

68 Más información en DNSMyA, PNSIA (2012)

69 Ver el Capítulo 4 de la presente publicación.

Considerar las modificaciones que pudieron o no haberse producido en ese breve lapso de tiempo, teniendo en cuenta:

- Cambio de actitud o persistencia de conducta 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 una red familiar y/o social ampliada que se haya conformado.

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 el/la adolescente como para su familia. La institución debe comportarse como un marco de contención.**

En relación al ámbito de tratamiento, se debe considerar:

- Permanencia en el hospital general y seguimiento por la especialidad;
- Alta de internación y tratamiento ambulatorio de Salud Mental;
- Si no se pueden garantizar las condiciones de cuidado en la institución, se debe proceder a la derivación a otro hospital o clínica general que pueda proporcionar los cuidados específicos requeridos para el abordaje de la problemática de salud, priorizando la cercanía geográfica;
- Si el/la adolescente está en tratamiento ambulatorio hay que ratificar dicha estrategia o, si lo amerita, indicar su internación.

Estrategias de tratamiento ambulatorio:

- Tratamiento terapéutico individual;
- Control de Salud Mental periódico y farmacológico si lo hubiere;
- Entrevistas periódicas con el/la adulto/a referente a cargo y con otros/as referentes para la 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 durante un plazo mínimo de seis meses, debido al riesgo más inmediato de nuevos intentos.

AUTOLESIONES / IDEAS DE MUERTE / PARASUICIDIOS

Es importante destacar que los mismos parámetros que se utilizan para realizar la evaluación situacional en casos de intento de suicidio pueden resultar de utilidad para establecer el diagnóstico diferencial entre estas manifestaciones específicas, y delinear las estrategias terapéuticas acordes a cada caso.

Otras manifestaciones de la violencia autoinfligida **son cortes, autolesiones, idea de muerte y parasuicidios**. Es importante no minimizar estas situaciones que, si bien pueden ser frecuentes en la adolescencia, su gravedad reside en la **persistencia temporal**.

Siempre dan cuenta de un sufrimiento, pueden y exponen a situaciones de riesgo.

La intervención del equipo intenta disminuir el sufrimiento y prevenir riesgos futuros.

CORTES Y AUTOLESIONES



- No necesariamente implican un riesgo suicida.
- Pueden aparecer sin intención ni conciencia de suicidio.
- Pueden aparecer como intento de tramitación subjetiva del dolor/angustia. Descarga de tensión o alivio.

IDEAS DE MUERTE



- No confundir con ideación suicida.
- Pueden ser frecuentes en la adolescencia.

PARA SUICIDIOS



- Estas conductas riesgosas pueden estar dando cuenta de graves problemáticas subjetivas/sociales.

Debemos ser muy cuidadosos/as y no ver todo comportamiento humano como autodestructivo. Por otra parte, tampoco podemos permitirnos dejar de lado los comportamientos crónicos y acumulativos, parcialmente autodestructivos, los cuales podemos observar en muchos de nosotros (Carlos Martínez, 2017).

¿CÓMO DEBE REGISTRARSE EL PROCESO DE ATENCIÓN?

La OMS estima que por cada muerte autoinfligida se producen entre diez y veinte intentos de suicidio, que se traducen en lesiones, hospitalizaciones y traumas emocionales y mentales. (DNSMyA, 2014; DNSMyA, PNSIA, 2012; OMS, 1968:69)

El registro de morbilidad por conductas autoinfligidas es complejo y cuenta con importantes deficiencias: no todos los intentos de suicidio llegan a un efector sanitario ni todos implican una internación, no siempre se tiene un criterio claro sobre cómo determinar si se trata de un intento o no y, además, hay otros procesos implicados, como la ideación suicida, que puede no devenir aún en un intento y, muchas veces, es posible que no quede registrada como tal en la consulta.

Para construir una aproximación, se pueden tomar algunos indicadores, como **motivo de consulta, historias clínicas de seguimiento o egresos hospitalarios**. Sin embargo, en cuanto a egresos hospitalarios, este registro tiene un claro sesgo ya que las instituciones de salud dependientes de universidades nacionales, así como los sectores de obras sociales y medicina privada, no los reportan. (PNSIA, 2017)

Una apuesta por mejorar el registro de morbilidad en el suicidio es el **Programa Sumar**, que inscribe las prestaciones de intento de suicidio en adolescentes, su seguimiento y su urgencia.

En relación al proceso de atención, **es fundamental el registro en el libro de guardia y en la historia clínica**. Asimismo, se pueden diseñar e implementar instrumentos específicos de recolección de información vinculada a la violencia autoinfligida en la adolescencia.⁷⁰

En todos los casos, se recomienda consignar la siguiente información:

- Datos personales del/a adolescentes: nombre, DNI, edad, género, domicilio, grupo conviviente;
- Evaluación de riesgo y razones que motivaron la estrategia;
- Diagnóstico, pronóstico y evolución;
- Datos de contacto del/la referente adulto/a asignado/a como responsable en el acompañamiento;
- Datos del/os dispositivo/s y equipo/s intervinientes (de Salud y otros sectores).

⁷⁰ Más información en PNSIA (2017)

BIBLIOGRAFÍA

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

DNSMyA, PNSIA (2012) *Lineamientos para la atención del intento de suicidio en la adolescencia*. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación. Recuperado de <http://www.msal.gob.ar/images/stories/ministerio/adolescencia/guia-intento-de-suicidio.pdf>

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

OMS (1968) *Prevención del suicidio. Cuadernos de Salud Pública: 35*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

OMS (2017) *Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en el nivel de atención de salud no especializada. Versión 2.0*. Washington, D.C. Recuperado de http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001231cnt-2018_OPS-OMS-guia-intervencion-mhGAP.pdf

PNSIA (2012) *Lineamientos para la atención integral de adolescentes en espacios de salud amigables y de calidad*. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación. Recuperado de <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000890cnt-Atencion-en-espacios-amigables.pdf>

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

PNSIA (2018) *Guía sobre derechos de adolescentes para el acceso al sistema de salud*. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación. Recuperado de <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001284cnt-0000001284cnt-guia-derechos-2018.pdf>

PNSIA, UNICEF (2018) *Asesorías en Salud Integral en Escuelas Secundarias. Lineamientos para su implementación*. Buenos Aires: Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación. Recuperado de <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001282cnt-lineamientos.pdf>

CAPÍTULO 4

Seguimiento y continuidad de los cuidados

¿Qué entendemos por seguimiento? (p.67)

Recomendaciones para el seguimiento desde el ámbito sanitario (p.67)

Redes intersectoriales de cuidados en el marco de la estrategia de atención primaria de la salud (p.67)

¿Durante cuánto tiempo es recomendable que se extiendan las intervenciones de seguimiento? (p.68)

¿Cómo deben registrarse las intervenciones de seguimiento? (p.69)



¿QUÉ ENTENDEMOS POR SEGUIMIENTO?

El seguimiento, en tanto parte de una **respuesta integral y centrada en la persona**, implica garantizar la **continuidad de la atención y los cuidados** del/a adolescente y su red inmediata una vez concluida la instancia de atención en la urgencia, o bien luego de una evaluación que pueda arrojar algunos indicios de vulnerabilidad y/o riesgo.

Se trata, entonces, de diseñar e implementar intervenciones que no vulneren la intimidad⁷¹, que no sean invasivas, pero que hagan efectivo el **acompañamiento del sujeto y su entorno a corto y mediano plazo a partir de una proximidad que genere confianza**.

En otras palabras, si las estrategias de intervención no incluyen acciones de seguimiento, el abordaje interdisciplinario e integral queda muy limitado o impedido: "Comprender a las personas y el contexto en el que viven no sólo es importante para ofrecer una respuesta integral y centrada en la persona, sino que también condiciona la continuidad de la atención (...) La preocupación por los resultados obliga a aplicar un enfoque sistemático y coherente a la gestión del problema del paciente, hasta que éste se resuelva o el riesgo que justifica el seguimiento haya desaparecido. **La continuidad de la atención es un factor determinante de la eficacia**, ya sea para el tratamiento de enfermedades crónicas, la salud reproductiva o la salud mental o para verificar que los niños crezcan sanos." (OMS, 2008:52)

RECOMENDACIONES PARA EL SEGUIMIENTO DESDE EL ÁMBITO SANITARIO

Los equipos de **primer nivel de atención** se destacan como actores centrales en tanto son quienes, en general, **operativizan la continuidad de la atención y los cuidados**, despliegan un vínculo estrecho y prolongado con las familias, las instituciones y organizaciones de la comunidad y, ante la detección de situaciones específicas, orientan la demanda hacia los niveles del sistema de salud que puedan prestar los cuidados apropiados.

En esta línea, ante un intento de suicidio, ideación, autolesión o parasuicidio se recomienda:

- Promover el **acompañamiento de un/a referente adulto/a significativo/a** durante el proceso de atención y seguimiento;
- Identificar los equipos responsables de cada área o región sanitaria y promover y fortalecer una **red de referentes de los distintos servicios y niveles de atención** implicados: en tanto disponen de conocimiento local, facilitan los canales de comunicación entre los servicios y las familias y **optimizan el sistema de referencia y contrarreferencia**. (PNSIA, 2017:27)
- Implementar estrategias de **búsqueda activa y derivación oportuna**: intervenciones de articulación entre los servicios de atención primaria de la salud y agentes sociosanitarios en terreno para el acompañamiento del/a adolescente, el seguimiento de derivaciones, el monitoreo del cumplimiento del plan terapéutico y la implementación de intervenciones para mejorar la adherencia al tratamiento.
- Si el/la adolescente fue internado/a, consensuar el **alta a partir de una intervención interdisciplinaria** de los servicios implicados en su atención: Adolescencia, Salud Mental, Servicio Social entre otros, según el caso. Esta intervención, además, debe incluir una **propuesta de plan terapéutico integral**, que contemple aspectos orgánicos, psicológicos y sociales, a desarrollarse en un centro de salud cercano al domicilio del/a adolescente;

REDES INTERSECTORIALES DE CUIDADOS EN EL MARCO DE LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD

Partiendo de la comprensión de que esta problemática trasciende las fronteras de la Salud Mental -y considerando que, en muchas ocasiones, las personas pueden decidir no continuar un tratamiento-, las intervenciones de seguimiento **no deben limitarse a una escala sanitaria**. Por el contrario, requieren de una articulación basada en los principios de **interdisciplina e intersectorialidad** para garantizar el apoyo psicosocial del/a adolescente y su red inmediata y favorecer la continuidad e inclusión en sus ámbitos significativos, como la escuela, espacios culturales y deportivos, etc.

71 Los/as trabajadores/as de la salud tienen la obligación de garantizar la confidencialidad de la información médica referente al adolescente, de acuerdo a la Ley Nacional 26.529 de Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud.

En esta línea, resulta clave activar y fortalecer una **red local intersectorial para garantizar un abordaje integral y comunitario en el marco de la corresponsabilidad**.⁷² Siguiendo este enfoque, se prioriza la **estrategia de atención primaria de la salud**⁷³, que implica un posicionamiento estratégico de los equipos del primer nivel al desplegar una **función de mediación y coordinación** entre todos los actores⁷⁴ en contacto con la población adolescente: “La coordinación y continuidad de cuidados debe entenderse como parte de la estrategia de red, al igual que los anteriores momentos del proceso de atención, pero con la particularidad de representar un eje transversal a todo el proceso.” (DNSMyA, 2014:13)

El seguimiento en red permite, de este modo, construir y consolidar una coordinación de servicios y efectores y acordar un **conjunto de criterios comunes** -ajustados en función de la evaluación que se realice de cada situación en particular-, para garantizar la integralidad del abordaje y el sostenimiento de estrategias de corto, mediano y largo plazo, evitando así que las intervenciones implementadas por los diversos actores no se conviertan en acciones independientes -e incluso contradictorias-, que pueden devenir en procesos de sobre-intervención y re-vulneración de derechos de el/la adolescente.

Es importante **no estigmatizar** al sujeto que cometió un acto de autolesión, ya que esto mismo lo puede llevar a quedar inmerso en una encerrona, sin posibilidades de cambio o de superación, en identificación con el acto.

Se trata, entonces, de construir una **red de sostén y cuidados** que fortalezca los **lazos vinculares** -familia, amigos/as, vecinos/as, referentes afectivos/as-, que refuerce los **lazos comunitarios** entre las instituciones y organizaciones del territorio y que, al mismo tiempo, garantice el ejercicio del **derecho a la participación de los/as adolescentes**: “La comunidad es un actor central para la definición de los cuidados necesarios y el sostenimiento de los mismos, para ello es necesario promover la participación activa de la comunidad y los usuarios en particular, en todas las instancias del proceso de salud. Se le dará al concepto de “cuidados” una connotación integral, remitiéndose a la valoración de relaciones simétricas y participativas, con el reconocimiento de que las prácticas de salud también se llevan a cabo en la vida cotidiana de los usuarios y de las comunidades. Con lo que se afirma que la participación y la construcción de ciudadanía son un eje central en las estrategias para el sostenimiento de los cuidados.” (DNSMyA, 2014:13-14)

¿DURANTE CUÁNTO TIEMPO ES RECOMENDABLE QUE SE EXTIENDAN LAS INTERVENCIONES DE SEGUIMIENTO?

Las intervenciones de seguimiento -relativas tanto al abordaje terapéutico como intersectorial- deben implementarse lo más inmediatamente posible, y su modalidad y extensión dependerán de la evaluación que realice el equipo interdisciplinario interviniente en cada situación particular. La OMS recomienda mantener un contacto regular inicialmente con mayor frecuencia -diario o semanal- durante los dos primeros meses, continuando el seguimiento mientras persista el riesgo de autolesión o suicidio, y reduciéndolo -cada dos o cuatro semanas- a medida que la persona mejore durante un lapso de dos años. (OPS/OMS, 2018)

Si se detecta una situación concreta determinante -acontecimiento vital estresante- o que tuvo que ver con el intento, se recomienda realizar el seguimiento hasta que este suceso se pueda procesar de manera saludable sin continuidad de consecuencias dañinas o mortíferas para el/la adolescente.

72 Ver el apartado “¿Qué tipo de abordaje es recomendable implementar?”, en el Capítulo 1 de la presente publicación.

73 Ver el apartado “¿Por qué nos dirigimos a los equipos de atención primaria de la salud?”, en la “Introducción y planteo del problema” de la presente publicación.

74 Servicios y dispositivos de Salud, Educación, Desarrollo Social, servicios locales y/o zonales de Promoción y Protección de Derechos de NNyA, Cultura, Deportes, Justicia, SEDRONAR, etc., según las realidades locales.

¿CÓMO DEBEN REGISTRARSE LAS INTERVENCIONES DE SEGUIMIENTO?

Toda acción, contacto y abordaje realizado en el marco del proceso de seguimiento debe registrarse en la **historia clínica** de el/a adolescente.

Se recomienda consignar la siguiente información:

- Datos personales de el/a adolescente: nombre, DNI, edad, género, domicilio, grupo conviviente;
- Evaluación del riesgo;
- Tratamientos terapéuticos anteriores;
- Proceso de toma de decisiones: acciones implementadas en el marco de la estrategia de seguimiento, observaciones, resultados, cambios en la estrategia, obstáculos y dificultades en la implementación;
- Características del tratamiento terapéutico y su evolución;
- Turnos programados y asistencia;
- Interconsultas con otros equipos de salud y articulaciones intersectoriales;
- Inclusión y sostenimiento de la participación en espacios escolares, recreativos, culturales, deportivos;
- Contactos con el/la adolescente: cantidad de veces y medios por los que fue contactado/a, reseña de cada encuentro;
- Contactos con el/la referente adulto/a asignado/a como responsable en el acompañamiento durante el seguimiento (en caso de que lo hubiera): datos de contacto, cantidad de veces y medios por los que fue contactado/a, reseña de cada encuentro;
- Datos de el/los dispositivo/s y equipo/s intervinientes (de Salud y otros sectores) en la implementación de la estrategia de seguimiento.

BIBLIOGRAFÍA

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

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

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

CAPÍTULO 5

Postvención

¿Qué entendemos por postvención? (p.71)

¿A quiénes tienen que estar dirigidas las intervenciones de postvención? (p.72)

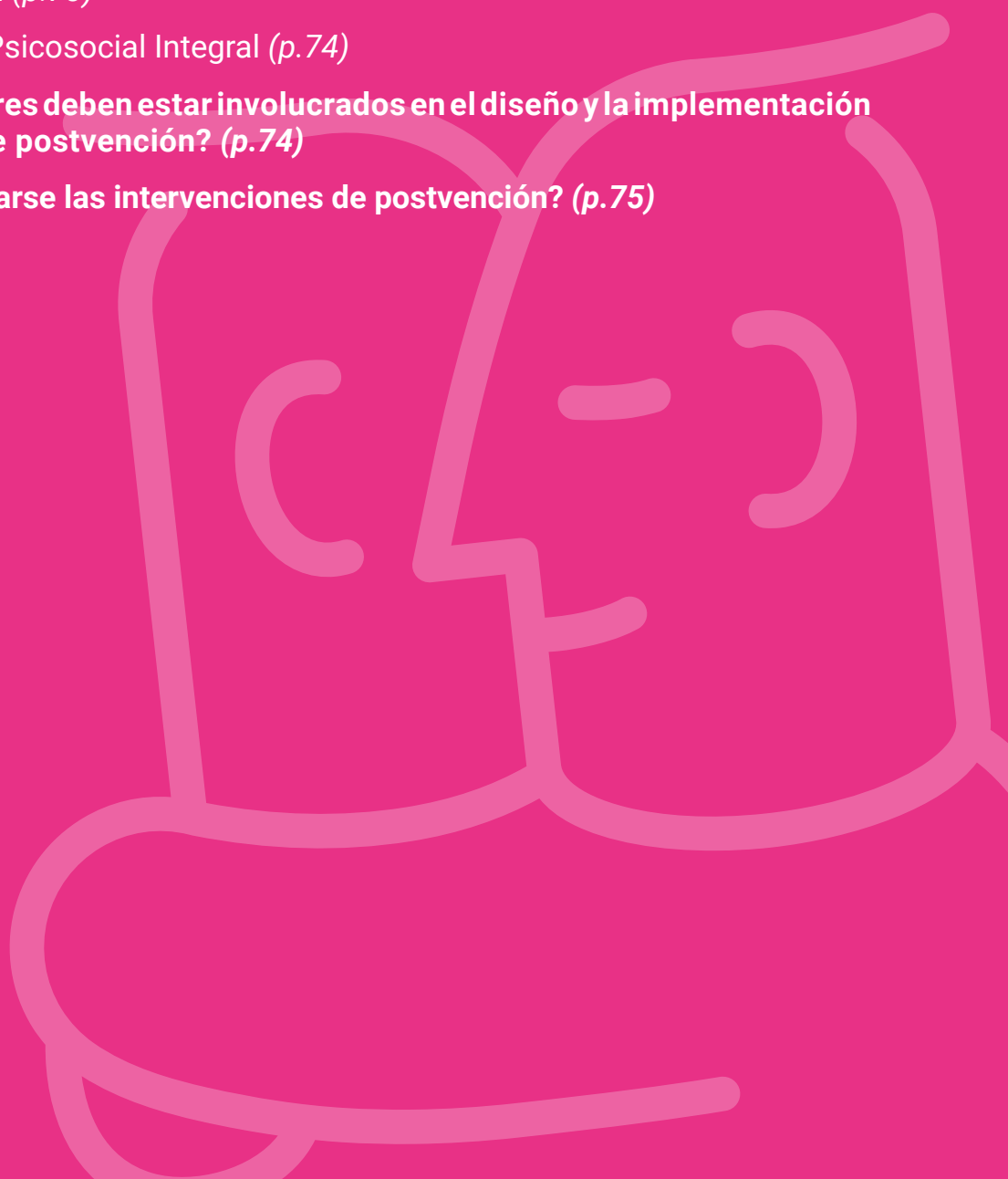
¿Qué herramientas y estrategias de postvención se pueden implementar? (p.72)

Autopsia verbal (p.73)

Relevamiento Psicosocial Integral (p.74)

¿Qué actores y sectores deben estar involucrados en el diseño y la implementación de intervenciones de postvención? (p.74)

¿Cómo deben registrarse las intervenciones de postvención? (p.75)



¿QUÉ ENTENDEMOS POR POSTVENCIÓN?

El entorno de una persona que se suicida queda en ciertas condiciones de vulnerabilidad y, por esta razón, es fundamental implementar intervenciones destinadas a reducir el impacto del hecho, garantizando la **orientación, contención y acompañamiento de familiares, grupos de pares y la comunidad** en general en la tramitación del dolor y el trabajo del duelo.

Se puede pensar a la postvención, entonces, como “la intervención orientada a brindar insumos para afrontar una pérdida afectiva inesperada, tomando conciencia de la crisis, logrando un mejor reconocimiento de los sentimientos de pesar y tristeza, identificando a los sujetos en riesgo de estructurar un cuadro psicopatológico y reduciendo los sentimientos de confusión y ansiedad”. (Casullo et al, 2000 citado en Martínez, 2017:19-20)

Es importante insistir en que la violencia autoinfligida no se explica linealmente por una única causa. La complejidad de este fenómeno, producto de su multidimensionalidad, hace imposible otorgar un sentido acabado y concluyente al acto suicida y, por ello, se configura como un enigma:⁷⁵ **la irrupción de la muerte tiene siempre un efecto desestructurante, se torna difícil registrarlo simbólicamente y poder significarlo.**

Ahora bien, lo indescifrable del acto no determina que nada se pueda pensar ni hacer al respecto sino que, por el contrario, se debe intervenir teniendo en cuenta los distintos tiempos que requiere su elaboración subjetiva y colectiva: “Soportar la falta de sentido de un acto tan radical como el suicidio es un trabajo psíquico individual y colectivo contra el desamparo simbólico y la indefensión que nos provoca. Los esfuerzos por comprender, por hallar su significado, por encontrar la causa, la razón, ocupan un espacio y un tiempo importante a la hora de registrar lo que aconteció. En ese tiempo inevitable y necesario de tramitación colectiva, de producción de sentidos y de significaciones, **es preciso determinar los mejores modos de acompañar** a la comunidad dañada, a los grupos y a los afectados del entorno más cercano”. (Ministerio de Educación de la Nación, 2015:23)

En este marco, el trabajo con la afectación por suicidio supone considerar un tiempo subjetivo, en el que se pueden identificar diversos momentos. En una primera instancia, los/as allegados/as recrean las escenas relativas al suicidio y realizan valoraciones personales sobre el hecho y sobre la persona fallecida. Posteriormente, atraviesan el tiempo de la pérdida, donde reconocen lo sucedido, la vivencia consciente del presente, del vacío ocasionado por la muerte. Y como tercer momento se despliega el tiempo de la resignificación, en el que elaboran y consideran su situación en torno al acto suicida, imprimiendo un nuevo status al suicidio, que ya no es la negación ni el rechazo. Se plantean, así, “tres ejes conceptuales que permiten comprender la situación que transitan los afectados y la comunidad que, al mismo tiempo, son los que deberán atravesar para elaborar el suicidio. El enigma, es decir la opacidad que todo acto suicida conlleva; el legado: sus consecuencias para los afectados; y la participación, que alude al difícilmente evitable sentimiento de culpa que los acompaña aludiendo a las posibilidades de responsabilidad directa y/o indirecta respecto del acto.” (Altavilla, 2006 citada en Ministerio de Educación de la Nación, 2015:24)

En este marco, se entiende a la postvención como un dispositivo que permite repensar, acompañar y diagramar acciones, junto con los involucrados/as -adolescentes y adultos/as-, sobre los efectos posibles que produce un suicidio en un medio determinado -escuela, club, comunidad. De este modo, las intervenciones de postvención apuntan a reestructurar y fortalecer los lazos afectivos conmovidos por la pérdida y, al mismo tiempo, permiten realizar un **diagnóstico de situación e identificar signos de mayor vulnerabilidad en la red inmediata** para intervenir de manera oportuna, articulando con aquellos efectores que puedan garantizar un abordaje específico y adecuado.

En este sentido, la postvención realizada como dispositivo preventivo en salud mental y sociocomunitaria es considerada como una **estrategia de prevención**, ya que reduce el tabú del silencio dando lugar a que emerjan pensamientos y sentimientos vinculados al suicidio en un marco profesional de privacidad, y permite reorganizar la red social, fortalecer vínculos y reestablecer relaciones a partir de la pérdida: “El priorizar procedimientos preventivos entre las poblaciones vulnerables, con inclusión de quienes han intentado el suicidio, ha demostrado ser útil. Como resultado, la intervención posterior a un suicidio se ha identificado como un componente importante de la prevención del suicidio; las familias y los amigos que han perdido a un ser querido por suicidio también requieren atención y apoyo.” (OMS, 2014:11)

Asimismo, diseñar e implementar intervenciones de postvención desde una **mirada integral y con un enfoque de derechos** implica tener en cuenta procesos históricos, de filiación intergeneracionales, estructuras productivas, perspectiva de género, aspectos interculturales y migratorios, entre otros factores. En síntesis, la complejidad de la problemática requiere de un análisis que considere los distintos niveles de factores que la conforman. De ahí que el **modelo ecológico**⁷⁶ cobra relevancia en tanto herramienta que ayuda a esclarecer las distintas causas de las violencias y sus complejas interacciones y, al mismo tiempo, pone de manifiesto la necesidad de actuar en varios niveles a la vez, priorizando así un **abordaje interdisciplinario e intersectorial.**

75 Ver el apartado “Complejidad, multidimensionalidad y enigma: el suicidio como hecho individual y como problema social-comunitario”, en el Capítulo 1 de la presente publicación.

76 Ver el apartado “¿Qué entendemos por violencias”, en el Capítulo 1 de la presente publicación.

¿A QUIÉNES TIENEN QUE ESTAR DIRIGIDAS LAS INTERVENCIONES DE POSTVENCIÓN?

Una respuesta integral ante un suicidio debe incluir la implementación, a la brevedad, de intervenciones de postvención tanto a nivel individual como grupal y sociocomunitario. Según guías provinciales e internacionales, se debe considerar intervenir **a partir de las 48 a 72 horas posteriores al evento y en un plazo de hasta dos meses, y mantener un seguimiento de dos años como mínimo** (OPS/OMS, 2018), considerando que otros factores -como la vulnerabilidad psicosocial por crisis socioeconómicas, socio-sanitarias, etc.- pueden hacer que ésta se extienda hasta lo conveniente para los/as responsables de la intervención.

Es fundamental implementar, desde el momento de la asistencia de la emergencia, intervenciones de contención, orientación, asistencia en cuidados psicológicos de emergencia y tratamiento -de ser necesario- con seguimiento de los/as **familiares y perifamiliares** -compañeros/as de estudio y/o trabajo, vecinos/as, referentes afectivos/as, etc.- a través de dispositivos de salud y comunitarios. En ningún momento, éstos/as deben ser considerados como responsables directos o indirectos del acto suicida.

En esta línea, es imprescindible trabajar con los **grupos de pares** en todos los ámbitos donde estaba inserto/a el/la adolescente -amigos/as, pareja/s y compañeros/as en espacios educativos, recreativos, deportivos, culturales, laborales, comunitarios, etc.-: “La tramitación colectiva es la más indicada en este tipo de casos y también permite visualizar si en alguna situación en particular, y en el marco de una práctica corresponsable, es pertinente dar intervención a la red de salud. La instancia de intervención que propicia la tramitación colectiva constituye un proceso que implica tiempos ineludibles y necesarios a la hora de producir sentidos, significaciones y registrar la pérdida.” (Dirección General de Cultura y Educación de la Provincia de Buenos Aires, 2017:54)

Asimismo, es de suma importancia abordar la situación a **nivel comunitario**, ya que también “posibilita el trabajo de duelo y ayuda a dilucidar la conflictividad detrás del hecho. Ocultarlo o negar el evento no sólo no ayuda a superarlo, sino que es perjudicial para todo el contexto.” (DNSMyA, PNSIA, 2019:48) Se plantea, así, un doble desafío: “Por un lado, la intervención inmediata atendiendo a la particularidad que la expresa; por el otro, la reflexión y la objetivación analítica de la situación en tanto, si bien se expresa de una persona en particular, también nos está hablando de las comunidades, de las familias, de los grupos y de las instituciones”. (Dirección General de Cultura y Educación de la Provincia de Buenos Aires, 2017:29) Desde esta perspectiva, “la intervención deja de estar del lado de los efectos de una muerte para pasar a ubicarse en una particular modalidad de abordar los conflictos humanos, antes de que éstos pasen a ser insostenibles y su solución, única y final”. (Martínez, 2017:20-21)

¿QUÉ HERRAMIENTAS Y ESTRATEGIAS DE POSTVENCIÓN SE PUEDEN IMPLEMENTAR?

Ante el suicidio de un/a adolescente, **las instituciones muchas veces se desenvuelven entre la parálisis y la hiperactividad**: desde el aislamiento y encapsulamiento de lo acontecido hasta la búsqueda por la máxima expresividad como modo de atravesar ese momento (“todos/as tienen que hablar”). Frente a esta situación, resulta clave que los dispositivos de contención y asistencia sean **lo suficientemente flexibles para ajustarse a las necesidades, demandas y realidades singulares de cada sujeto, grupo y comunidad**. (Ministerio de Educación de la Nación, 2015:24)

Se prioriza entonces que, ante un evento de suicidio, el plan de intervención sea diseñado e implementado de manera situada; es decir, teniendo en cuenta las características y realidades locales. Ahora bien, aunque no es recomendable definir un abordaje descontextualizado, sí se pueden establecer ciertos lineamientos, que han de ser apropiados y trabajados en cada territorio.

En términos generales, **las estrategias de postvención apuntan a promover espacios que hagan lugar a la palabra -sin exigirla-, que permitan afianzar vínculos de confianza y que garanticen procesos de acompañamiento**: “En estas situaciones, acompañar es escuchar prudentemente y no interferir en lo que cada uno va expresando. La autoculpabilización, la idea de que ha sido una decisión libre del compañero y que hay que aceptarla, la asignación de un sentido específico al suicidio son modos de tramitación singular de un momento y contexto de palabra determinado, y es conveniente no confrontar ni invalidar esos sentimientos e ideas, lo que no significa validarlos y mucho menos desestimarlos en lo que están expresando.” (Ministerio de Educación de la Nación, 2015:25)

En este marco, **se recomienda la implementación de dispositivos individuales y grupales que garanticen una escucha activa e incluyan la focalización de los recursos psíquicos, grupales y sociales** que se disponen, con el objetivo de potenciar en cada sujeto la capacidad de una **observación interna discriminada que funcione como orientadora y ordenadora de la confusión** en la que está inmerso en ese momento. Esta acción de focalización, necesaria desde los primeros tiempos de ocurrido el evento, da lugar a un trabajo de catarsis -que permite exteriorizar la angustia y reducir la tensión interna-, beneficia la visualización de aquellos aspectos del sujeto, del grupo o de la comunidad que impiden orientarse y enfrentar la situación, y favorece el reconocimiento de los aspectos negativos a revertir en el futuro.

Siguiendo esta perspectiva **se sugiere la implementación, a nivel individual y grupal, de actividades expresivas escritas y/o habladas, artísticas y/o lúdicas** -como graffitis, murales, talleres de teatro y de música, espacios de reflexión, lluvia de ideas, arteterapia, entre otras-, puesto que favorecen la contención emocional y la comunicación grupal y facilitan el trabajo de reflexión personal, el reconocimiento y la expresión de emociones y sentimientos compartidos por muchos/as, la redefinición de las situaciones vividas y el fortalecimiento de los sujetos y las comunidades en situaciones de crisis.

Es fundamental que **la inclusión en estos espacios sea siempre voluntaria y que se garantice el derecho a la participación de los/as adolescentes** en su diseño e implementación. Resulta valioso, además, que no haya más directrices al trabajo lúdico/expresivo que los acuerdos básicos de convivencia, y que los/as talleristas, facilitadores/as y/o coordinadores/as se incluyan en las actividades en tanto se promueve, de este modo, el fortalecimiento de los vínculos y la confianza.

Asimismo, **las propuestas en estas instancias no necesariamente tienen que apuntar a confrontar a los/as adolescentes directamente con el suicidio y la muerte**, lo que no significa obturar o silenciar estos temas si emergen durante la actividad, sino todo lo contrario. En este sentido, se trata de promover la reflexión y la expresión a partir de intervenciones que pueden **abordar diversos contenidos, desde un enfoque integral de promoción de la salud**.⁷⁷

Estos espacios se convierten, así, en estrategias válidas para la presentación de lo imposible de representarse por completo, habilitan procesos de **fortalecimiento del lazo social** y, al mismo tiempo, se posicionan como espacios privilegiados para **la identificación de signos de mayor vulnerabilidad en la red inmediata**, lo que permite intervenir de manera oportuna y garantizar el seguimiento de estas situaciones.⁷⁸

AUTOPSIA VERBAL

La autopsia verbal -también llamada autopsia psicológica- es un instrumento de recolección de información que tiene como objetivo **indagar y analizar las causas y circunstancias de muerte** de una persona, a partir de la **reconstrucción y caracterización de su historia de vida** "enfazando aspectos como estilo de vida, personalidad, estrés reciente, enfermedad mental y comunicación de ideas de muerte" (Martínez, 2017:142), entre otras dimensiones.

La implementación de este instrumento implica la utilización de un método indirecto para la obtención de información: la aplicación de **entrevistas semidirigidas a familiares y/o personas cercanas a la persona fallecida y la revisión de documentos** tales como la historia clínica, los certificados y las actas de defunción.⁷⁹

La autopsia verbal se configura, entonces, como una **estrategia de postvención** para el entorno afectado, puesto que "la entrevista y la investigación en general son mecanismos terapéuticos, ya que permiten comunicar pensamientos y sentimientos sobre la persona fallecida, como así también la percepción que cada uno tiene sobre su muerte, que por lo general es de culpa, dolor, vergüenza y resentimiento, entre otras". (Martínez, 2017:142)

El suicidio fragmenta la historia y volver a unirla es fundamental. En este sentido, la autopsia verbal **permite asistir al entorno familiar, recomponer el entramado social y realizar un relevamiento de la situación del hogar**, identificando a los/as afectados/as que presenten signos de mayor vulnerabilidad y promoviendo su acceso a los dispositivos de salud adecuados. Se recomienda que las entrevistas se lleven a cabo en **forma presencial en el ámbito familiar por un equipo psicosocial** capacitado para tal fin, en tanto que la eficacia y eficiencia del instrumento son directamente proporcionales a los resguardos de validez y confiabilidad que implemente el equipo de intervención. (Martínez, 2017:142)

La autopsia verbal se posiciona, al mismo tiempo, como un instrumento de gran utilidad en términos de

⁷⁷ Ver el Capítulo 2 de la presente publicación.

⁷⁸ Ver el Capítulo 4 de la presente publicación.

⁷⁹ Los/as trabajadores/as de la salud tienen la obligación de garantizar la confidencialidad de la información médica referente a el/la adolescente, de acuerdo a la Ley Nacional 26.529 de Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud.

vigilancia epidemiológica, dado que permite analizar las causas de muerte, información necesaria para monitorear y comprender la situación de salud de la comunidad y planificar estrategias de intervención: “Este instrumento se utiliza en diversos países para obtener información sobre las defunciones en áreas con subnotificación elevada y baja cobertura de la información sobre las causas, a fin de conocer la estructura de la mortalidad en esas áreas.” (Ministerio de Salud de Brasil, 2009:12) El análisis de esta información permite “identificar rápidamente áreas, poblaciones y factores de riesgo, así como fallas en el sistema de salud, para que a nivel institucional se establezcan medidas correctivas y, a nivel local, departamental o nacional, estrategias que permitan mejorar los procesos de atención”. (Lalinde Ángel, 2005:45)

RELEVAMIENTO PSICOSOCIAL INTEGRAL

El Relevamiento Psicosocial Integral (RPI) es un instrumento que consiste en un cuestionario administrado por profesionales capacitados/as -psicólogos/as, trabajadores/as sociales, médicos/as de emergencia, etc.-, que incluye una serie de **preguntas dirigidas a personas con relación directa con el/la fallecido/a** -ámbito familiar, laboral, escolar, social, etc.

Su implementación favorece la **evaluación del impacto y del estado de afectación** de las personas próximas a un evento de suicidio y, al mismo tiempo, permite evaluar los **factores protectivos intrapsíquicos y colectivos, con un amplio registro de los aspectos bio-psico-sociales y con un fuerte sentido preventivo**, dado que permite el señalamiento directo de aspectos de autocuidado y cuidado hacia otros. (Altavilla, 2019)

Asimismo, las investigaciones pueden incluir diversas categorías, como aspectos geopolíticos, antropológicos, alteraciones por migraciones no esperadas y/o rechazadas culturalmente, etc. Para ello, se estima que los dispositivos clínicos de atención incluyan la detección de los eventos altamente disruptivos en las trayectorias vitales de las personas y la comunidad afectadas.

De este modo, la intervención desde la perspectiva psicodinámica con afectados/as por suicidio permite construir un espacio vincular donde se evidencien las dimensiones subjetivas y personales del legado, el enigma y la participación de cada uno/a, **se configure una visión de red social continente y se desarticule el imaginario social de fragmentación y desamparo psicosocial**. (Altavilla, 2019)

Es por ello que el RPI, en tanto herramienta validada en un protocolo adecuado, puede resultar un recurso sencillo, eficaz y actualizado a los modelos más recientes en Atención Primaria de la Salud para impactar favorablemente en el grupo de alta vulnerabilidad en el que el/la suicida se hallaba, pudiendo intervenir relevando en forma adecuada las personas y/o factores que requieren intervención, como la estructura que los dispositivos de enlace en epidemiología puedan tener con los mismos. (Altavilla, 2019)

Sin embargo, como toda herramienta, debe tenerse especial atención sobre el **riesgo de realizarse en forma indiscriminada y/o estandarizada**. En esta línea, se desalienta su implementación tanto en grupos masivos como bajo la metodología de autoadministración; debe realizarse de manera voluntaria en un entorno que garantice la privacidad y confidencialidad; y se recomienda incluir alguna forma de devolución inmediata que preserve el derecho de las personas.

¿QUÉ ACTORES Y SECTORES DEBEN ESTAR INVOLUCRADOS EN EL DISEÑO Y LA IMPLEMENTACIÓN DE INTERVENCIONES DE POSTVENCIÓN?

En línea con lo expuesto en los capítulos anteriores, **los dispositivos y estrategias de postvencción deben ser diseñados e implementados de manera integral, intersectorial y en el marco de la corresponsabilidad⁸⁰ para evitar procesos de sobre-intervención y re-vulneración de derechos**: “La sucesión de interlocutores, cuando sus intervenciones no están articuladas conceptual y operativamente, puede multiplicar la confusión y producir rechazo ante la oferta de acompañamiento. Es importante generar las condiciones para racionalizar las intervenciones a través de una concepción unificada”. (Ministerio de Educación de la Nación, 2015:25)

Asimismo, **la convocatoria a expertos en la problemática no debe configurarse como una respuesta única o superadora**: “Suele ocurrir que se acude a especialistas, sin dudas buen indicio, pero allí a veces nos

⁸⁰ Ver el apartado “¿Qué tipo de abordaje es recomendable implementar?”, en el Capítulo 1 de la presente publicación.

detenemos, como si se tratara de recurrir a alguien que va a solucionar el problema, y “nos pasamos la pelota”, sin darnos cuenta que los demás adultos somos parte de ese problema.” (Ministerio de Educación de la Nación, 2015:40) Siguiendo esta perspectiva, “desde la salud pública, además de la reducción de gastos, se habilita a profesionales en su puesto de trabajo habitual para un determinado tipo de intervención en vez de requerir la presencia del especialista”. (Martínez, 2017:21)

La complejidad de la problemática de la violencia autoinfligida en la adolescencia requiere, entonces, de un abordaje integral garantizado por la **coordinación de acciones a partir de la articulación entre diversos sectores de la comunidad**.

Desde este enfoque, se prioriza la **estrategia de atención primaria de la salud**⁸¹, que implica un posicionamiento estratégico de los equipos del primer nivel al desplegar una **función de mediación y coordinación entre todos los actores** en contacto con la población adolescente. Se destaca, así, la relevancia central de los equipos del primer nivel de atención, en tanto operativizan la **continuidad de la atención** para la mayor parte de la población y, ante la detección de situaciones específicas, orientan la demanda hacia los niveles del sistema de salud que puedan prestar la atención apropiada. Al mismo tiempo, dado que mantienen un vínculo estrecho y prolongado con las familias y la comunidad, estos equipos de salud tienen un **mayor conocimiento de las realidades y problemáticas específicas** de cada territorio. En esta línea, se recomienda la **identificación y capacitación de equipos interdisciplinarios de salud para que sean capaces de implementar, orientar, acompañar y supervisar las intervenciones de postvención**.

Tal como se desarrolló anteriormente, los procesos de sobre-intervención y re-vulneración de derechos son el resultado del despliegue de discursos e intervenciones contradictorias por parte de los diversos actores intervinientes. Para evitarlos, es fundamental consolidar una **red intersectorial local** que nucleee tanto áreas estratégicas del sistema de salud como el resto de los organismos y organizaciones locales que conforman el Sistema de Protección de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes⁸² y que tienen, dentro de sus prácticas institucionales, algún tipo de intervención en eventos vinculados a la violencia autoinfligida en la adolescencia.⁸³

El trabajo en red permite garantizar el **sostenimiento de respuestas integrales de corto, mediano y largo plazo** y, al mismo tiempo, optimiza el **sistema de alerta temprana y respuesta**⁸⁴ a fin de que éste se active de forma adecuada en caso de aparición de un nuevo evento. En este sentido, es importante analizar cuidadosamente los alcances, los límites y las posibilidades de las prácticas de cada campo institucional para trabajar siguiendo el principio de corresponsabilidad.

En este marco, la **planificación comunitaria** se perfila como una estrategia clave en la red para **sistematizar el circuito de intervención integral a partir un conjunto de criterios comunes**⁸⁵, con el objetivo de fortalecer los lazos vinculares, reforzar los lazos comunitarios entre las instituciones del territorio y garantizar el ejercicio del derecho a la participación de los/as adolescentes en el diseño e implementación de las intervenciones: “En los modos de acompañamiento se juegan los aspectos preventivos de las instituciones y de la red comunitaria.” (DNSMyA, PNSIA, 2019:48)

Si bien el concepto de postvención fue creado y desarrollado por la suicidología como estrategia para la prevención del suicidio, **los principios que orientan su intervención pueden aplicarse ante eventos de mortalidad adolescente por otras causas violentas**. En estas situaciones, la comunidad y el entorno quedan afectados y en estado de vulnerabilidad, por lo que se hace necesario el acompañamiento y la contención para tramitar estos sucesos traumáticos.

¿CÓMO DEBEN REGISTRARSE LAS INTERVENCIONES DE POSTVENCIÓN?

Al igual que en todas las acciones que integran el circuito de intervención, es sumamente prioritario registrar y sistematizar las experiencias de postvención. Con excepción de algunos trabajos realizados en el ámbito nacional (Altavilla, 2019) e internacional (Neimeyer, 2004), la postvención es un campo de intervención que aún no se ha desarrollado extensamente, por lo que es necesario contar con herramientas para registrar y sistematizar las prácticas, permitiendo su evaluación, análisis, reformulación y/o replicación.

81 Ver el apartado “¿Porque nos dirigimos a los equipos de atención primaria de la Salud?”, en la “Introducción y planteo del problema” de la presente publicación.

82 Ley Nacional 26.061 de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes, sancionada en 2005.

83 Servicios de los distintos niveles de atención de Salud, dispositivos de Educación, Desarrollo Social (Niñez, Adolescencia y Familia; Dirección de la Mujer, etc.), Policía local, y diversos actores y organizaciones de la comunidad como ONG, iglesias y otros, según las realidades locales.

84 Ver la nota al pie n° 13, en la “Introducción y planteo del problema” de la presente publicación.

85 Con este objetivo, es fundamental capacitar a todas las personas que puedan tener intervención tanto en situaciones de emergencia, como en las distintas acciones identificadas en el circuito de abordaje integral.

Algunos trabajos han investigado en forma grupal las derivaciones en los/as allegados/as del proceso posterior al suicidio, recabando interesantes datos sobre las actitudes y experiencias que disminuyen la situación y vivencias personales negativas de las personas próximas a suicidas, pero se veían limitadas a actividades con poco encuadre científico profundo y sin indicaciones precisas respecto de la diversidad de subjetividades, donde prima casi con exclusividad la libertad de expresión.

Por ello, se promueve el diseño y la implementación de instrumentos y herramientas de registro: desde planillas hasta diarios de campo donde se releven las impresiones y experiencias de los actores al implementar la estrategia. En todos los casos, se recomienda consignar los siguientes datos:

- Objetivos de la actividad;
- Destinatarios/as;
- Responsables de la actividad, y roles y funciones asignados;
- Metodología, dinámica y recursos necesarios;
- Observaciones y evaluaciones de la implementación.

BIBLIOGRAFÍA

Altavilla, D. (2019) *Suicidio y autolesiones: impacto, consecuencias y estrategias clínicas*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: RV Ediciones.

Casullo, M. M., Bonaldi, P., Fernández Liporace, M. (2000) *Comportamientos suicidas en la adolescencia. Morir antes de la muerte*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

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

DNSMyA, PNSIA (2019) *Lineamientos para la atención del suicidio adolescente*. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación. Material de trabajo interno.

Lalinde Ángel, M.I. (2005) "La autopsia verbal: Reconstruyendo la historia de una muerte materna" en Secretaría de Salud Alcaldía de Medellín. Modelos para el análisis de la mortalidad materna y perinatal. Medellín: Alcaldía de Medellín.

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

Ministerio de Educación de la Nación (2015) *Acerca de la problemática del suicidio de adolescentes y jóvenes. Un enfoque para su abordaje desde el campo de la educación*. Recuperado de http://quilmessocial.org/ftp/pdf/problematika_suicidio_jovenes.pdf

Ministerio de Salud de Brasil (2009) *Manual para la investigación de las muertes con causa mal definida*. Secretaría de Vigilancia Sanitaria. Departamento de Análisis de la Situación Sanitaria. Serie A. Normas y manuales técnicos. Brasilia-DF.

Neimeyer, R. (2004) "Constructions of death and loss: Evolution of a research program. Personal Construct Theory & Practice". 1, 8-20. Recuperado de <http://www.pcp-net.org/journal/pctp04/neimeyer04.html>

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

OPS/OMS (2015) *Detección temprana, evaluación y respuesta ante eventos agudos de salud pública: Puesta en marcha de un mecanismo de alerta temprana y respuesta con énfasis en la vigilancia basada en eventos*. Recuperado de http://www.who.int/ihr/publications/WHO_HSE_GCR_LYO_2014.4es.pdf

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

CAPÍTULO 6

Experiencias

Red de Prevención del Suicidio Adolescente

Esquel, Provincia de Chubut (p.78)

Promoción de salud en un centro de primer nivel de atención

Presidencia Roque Sáenz Peña, Provincia de Chaco (p.80)

Postvención en una escuela secundaria

Partido de San Martín, Provincia de Buenos Aires (p.81)

Postvención a partir de la producción de un cortometraje audiovisual

Posadas, Provincia de Misiones (p.85)

Documento de actuación en ideación e intento de suicidio de adolescentes para profesionales de APS y hospitales

Posadas, Provincia de Misiones (p.89)

Sistematización del circuito de intervención en intentos de suicidio

Provincia de San Juan (p.91)

Postvención comunitaria

Valle Fértil, Provincia de San Juan (p.94)

Capacitaciones intersectoriales para el abordaje integral del suicidio

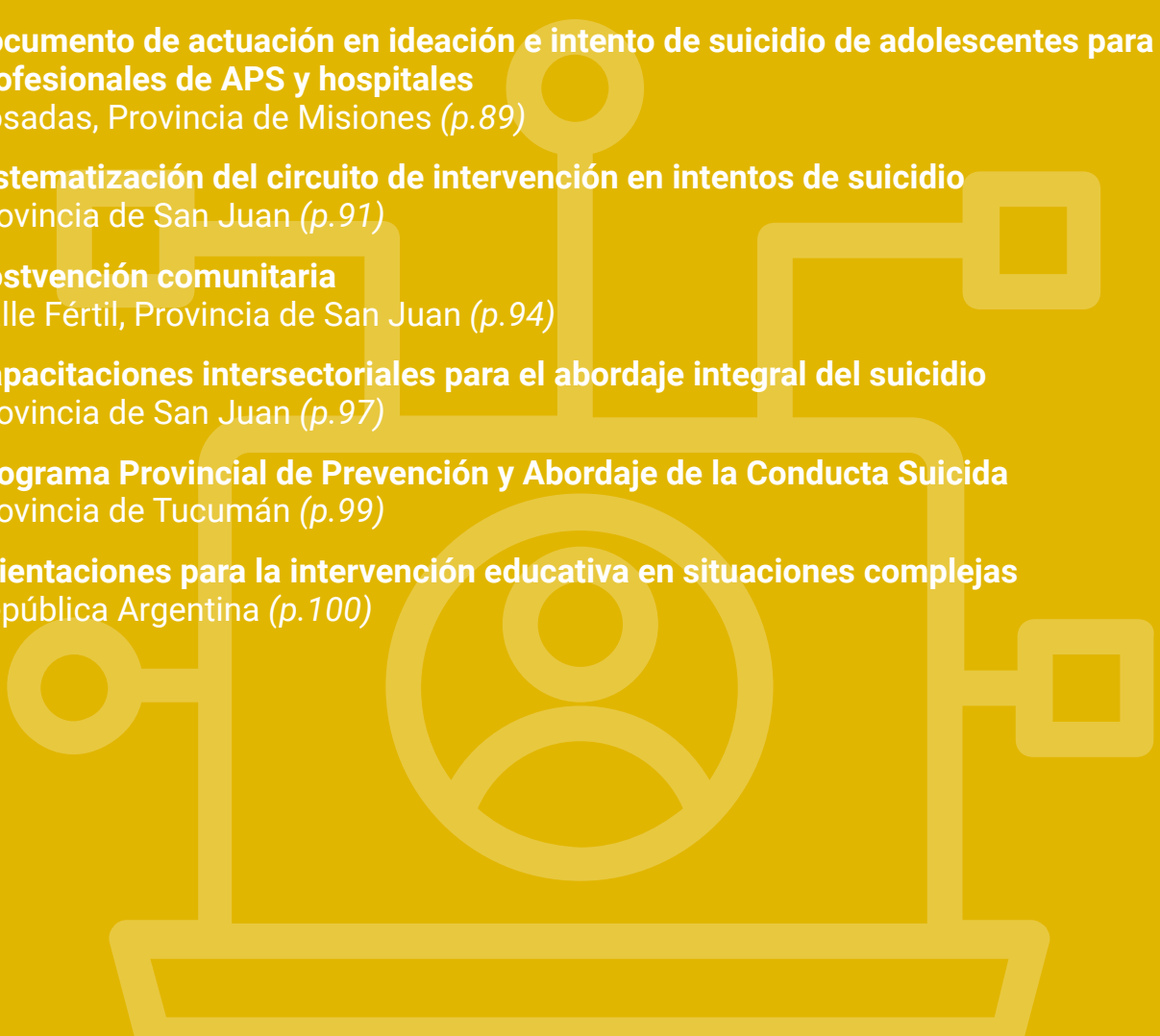
Provincia de San Juan (p.97)

Programa Provincial de Prevención y Abordaje de la Conducta Suicida

Provincia de Tucumán (p.99)

Orientaciones para la intervención educativa en situaciones complejas

República Argentina (p.100)



Con el objetivo de recuperar buenas prácticas en el abordaje de la morbimortalidad por violencia autoinfligida en la adolescencia, se relevaron y sistematizaron experiencias en todo el país posicionadas como prácticas situadas que reflexionaron sobre la problemática e implementaron abordajes enmarcados en un enfoque integral, comunitario y con perspectiva de trabajo en red.

Una buena práctica es una experiencia o intervención que se guía por principios, objetivos y procedimientos apropiados o pautas aconsejables que se adecuan a una determinada perspectiva normativa o a un parámetro consensuado, y cuya implementación arroja resultados positivos, siendo eficaz y útil en un contexto concreto. De esta manera, se contribuye al afrontamiento, regulación, mejora o solución de problemas y/o dificultades que se presentan en el trabajo diario de las personas en los ámbitos clínicos, de la gestión y satisfacción usuaria, entre otros. Asimismo, una buena práctica reúne las siguientes características: está relacionada con (o integrada a) la actividad esencial de las instituciones involucradas; incluye el establecimiento de mecanismos efectivos de colaboración o alianzas estratégicas entre distintos sectores; incluye varios componentes (abordaje multifactorial); responde a necesidades específicas y claramente identificadas; destina los recursos necesarios al desarrollo de capacidades de la propia institución para abordar la problemática; se basa en evidencias; se prolonga en el tiempo; suele tener un punto de innovación en su diseño y aplicación; es sencilla y clara; sistematiza y evalúa procesos y resultados; permite la retroalimentación y reorientación de las acciones; fomenta la replicación de la experiencia en una situación distinta pero con condiciones similares. (Traducción y adaptación de OMS, 2008)

Estas experiencias pueden servir como modelos posibles para equipos técnicos y organizaciones de la comunidad, en tanto permiten aprovechar los conocimientos y aprendizajes de otros/as, aplicándolos y adaptándolos a contextos similares a fin de replicar los logros obtenidos. Con este fin se adjuntan en el Anexo algunos instrumentos utilizados en las experiencias presentadas.

A continuación, entonces, se relatan los objetivos, metodologías y procesos de implementación, estrategias de articulación, principales logros y obstáculos de las experiencias seleccionadas.

RED DE PREVENCIÓN DEL SUICIDIO ADOLESCENTE⁸⁶

Destinatarios de la intervención: Adolescentes / Adultos/as

Institución ejecutora: Centro Especializado en Salud Integral de Adolescentes (CESIA), servicio de Salud Mental del Hospital Zonal (Salud); Equipo de Orientación a las Trayectorias Escolares (Educación) y Servicio de Protección de Derechos de NNyA.

Contexto de la experiencia: Dispositivo

Localización: Esquel, Provincia de Chubut

Escala: Regional

Período de implementación: Año 2014 a la actualidad

¿POR QUÉ LO HACEN? ¿QUÉ BUSCAN?

La Red de Prevención del Suicidio Adolescente se comenzó a implementar en el año 2014, ante la urgencia que se suscitó en la comunidad por el gran incremento de los casos de suicidio de adolescentes en localidades cercanas y, luego, en nuestra localidad de Esquel. A partir de esto, el Centro Especializado en Salud Integral de Adolescentes (CESIA) convocó a diversas instituciones para trabajar de manera articulada en un análisis de situación y asumir un lugar operativo de una manera integral, interdisciplinaria e intersectorial.

Así se constituyó el dispositivo intersectorial integrado por el CESIA, el Equipo de Orientación a las Trayectorias Escolares (EOATE), el servicio de Salud Mental del Hospital Zonal y el Servicio de Protección de Derechos (SPD).

⁸⁶ Autoras: Lic. Silvina Mateos, Lic. Estefanía Faedda y Lic. Vera Palmeri.

Con el objetivo de prevenir el suicidio en la adolescencia, la Red despliega acciones de promoción, sensibilización y capacitación sobre la temática, destinadas tanto a adolescentes como a diversos actores y sectores de la comunidad que trabajen o estén en contacto con dicha población, ya que la problemática puede ser detectada en diferentes ámbitos, siendo la escuela uno de los lugares preponderantes pero también las sedes barriales, lugares de encuentro, grupos de amigos, etc.

Al mismo tiempo, ante la detección de situaciones que requieran de abordajes específicos, el dispositivo desarrolla planes de acción en conjunto, para implementarlos de manera unificada y coordinada.

¿CÓMO LO HACEN?

Las acciones que desarrolla la Red son diversas:

- Implementación de intervenciones de contención, reflexión, sensibilización y capacitación en escuelas urbanas y rurales, Policía Comunitaria y personal de Justicia;
- Difusión de la Red de Prevención en las instituciones de la ciudad y de las zonas rurales;
- Detección de situaciones de alta vulnerabilidad a través de diversos actores y espacios, implementación de abordajes integrales y acompañamiento a través de la articulación intersectorial;
- Entrevistas individuales y/o psicoterapia a adolescentes y espacios de contención individuales y grupales para familiares, amigos, parejas;
- Talleres y espacios de recreación y promoción de la salud, como el dispositivo semanal “Club de Cine”, donde los adolescentes eligen una película y, luego de la proyección, se abre el momento de debate;
- Reuniones periódicas de la mesa de trabajo intersectorial, donde se ponen en conocimiento los casos nuevos y las acciones implementadas para proyectar nuevas formas de promoción, prevención y abordaje integral de la problemática;
- Comunicación a través de un grupo de WhatsApp integrado por un referente de cada institución para abordar situaciones de urgencia en forma conjunta y operar más rápido;
- Articulación con medios de comunicación sobre cómo tratar la temática desde la ética y la prudencia.

¿CON QUIÉNES LO HACEN?

La Red está integrada por el Centro Especializado en Salud Integral de Adolescentes (CESIA), el Equipo de Orientación a las Trayectorias Escolares (EOATE), el servicio de Salud Mental del Hospital Zonal y el Servicio de Protección de Derechos (SPD), y cuenta con el apoyo de la Municipalidad y Fiscalía.

¿QUÉ LOGRARON?

Los resultados alcanzados son positivos, hay una disminución importante en el número de casos de suicidio de adolescentes en la comunidad.

El trabajo sostenido del dispositivo posibilitó una visibilización de los equipos: los adolescentes se acercan al CESIA para preguntas, dudas, investigación, aflicción personal o de un allegado. Se atiende de manera espontánea y se brinda información y contención desde un abordaje amigable e integral.

Al mismo tiempo, ante el miedo y los prejuicios en torno a la problemática -identificados como los principales obstáculos y resistencias para el abordaje-, el trabajo en red, interdisciplinario e integral es una de las mayores fortalezas de la Red: la detección de los casos escolares a través del EOATE, la articulación entre CESIA y la guardia de los hospitales y el acompañamiento de diversas instituciones de la ciudad es lo que produce un mayor alcance del dispositivo y, por ende, una mayor y mejor prevención de la problemática.

PROMOCIÓN DE SALUD EN UN CENTRO DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN⁸⁷

Destinatarios de la intervención: Adolescentes / Adultos/as

Institución ejecutora: Servicio Integral Amigable para Adolescentes (SIAPA)

Contexto de la experiencia: Dispositivo

Localización: Presidencia Roque Sáenz Peña, Provincia de Chaco

Escala: Centro de salud

¿POR QUÉ LO HACEN? ¿QUÉ BUSCAN?

El SIAPA es un servicio asistencial ubicado en la localidad de Sáenz Peña, Chaco, que se dedica a garantizar el acceso equitativo, apropiado y efectivo de los jóvenes a las atenciones y prestaciones sanitarias, al mismo tiempo que asegura el pleno goce de su derecho a la salud a través de diversas modalidades y actividades de atención integral.

En relación a la problemática del suicidio en la adolescencia, nos resulta importante transmitir, como equipo de trabajo y de acuerdo a la experiencia, que uno de los factores de riesgo significativos es el abuso sexual infantil, de lo que poco o nada se habla: consideramos que detrás de un abuso también puede haber un intento o tentativa, como así también autolesiones, y viceversa.

Otro de los factores de riesgo que observamos es la violencia estructural, que decanta en ausencia de contención y acompañamiento de adultos responsables, violencia de género, ausencia de proyectos vitales, consumos problemáticos de sustancias, disminución de la autoestima, dificultad para relacionarse con sus pares, discriminación, aislamiento, deserción escolar y bullying.

Con respecto a los factores protectores, nos resulta relevante señalar la acción de hablar y de ser escuchados, romper el silencio, el aislamiento, comunicarse, generar espacios de encuentro, de escucha, de participación y de diálogo, promover el fortalecimiento de la autoestima y la aceptación de la diversidad. En este sentido es esencial destacar el papel fundamental que cumplimos los adultos, en tanto podemos habilitar dichas funciones y espacios de contención y acompañamiento.

En esta línea, desde el SIAPA apuntamos a generar espacios donde circule la palabra y la escucha, donde se visibilicen las relaciones de violencia y los mitos y prejuicios en torno al ser adolescente: apuntamos a la construcción de vínculos y lazos que alojen la singularidad, el padecimiento y las dificultades propias de la etapa, desde una perspectiva integral y teniendo en cuenta el contexto familiar y comunitario.

¿CÓMO LO HACEN?

Siguiendo la perspectiva anteriormente descrita, desde el SIAPA desarrollamos las siguientes acciones:

- Talleres generales en el Servicio para adolescentes de 9 a 13 años y de 14 a 19 años, y para madres, padres y referentes, que se realizan en simultáneo los jueves de 15 a 16 horas a cargo de distintas coordinadoras;
- Dispositivo de Asesorías en Salud Integral en Escuelas Secundarias destinado a adolescentes;
- Talleres de arte y tejido;
- Talleres en la comunidad destinados a adolescentes, jóvenes y adultos, donde se trabaja sobre diferentes temáticas: abordaje integral-comunitario de consumos problemáticos, violencia escolar, abuso sexual infantil, embarazo en la adolescencia, entre otras;
- Dispositivo de atención en consumos problemáticos de sustancias dirigido a adolescentes y familias;
- Asistencia y seguimiento de casos individuales con abordaje interdisciplinario.

⁸⁷ Autoras: María del Valle Bournissen, Lic. en Psicología y Esp. en Salud Comunitaria, y Natalia González, Lic. en Psicología, Esp. en Salud Mental.

POSTVENCIÓN EN UNA ESCUELA SECUNDARIA⁸⁸

Destinatarios de la intervención: Adolescentes / Adultos/as

Institución ejecutora: equipos locales y distritales/regionales de Educación, Salud y Promoción y Protección de Derechos de NNYA

Contexto de la experiencia: Estrategia

Localización: Partido de San Martín, Provincia de Buenos Aires

Escala: Municipal

Período de implementación: Año 2017

¿POR QUÉ LO HACEN? ¿QUÉ BUSCAN?

Reflexionar sobre la escuela hoy implica pensar un espacio de ampliación de derechos y los sujetos que habitan en el ámbito educativo. La escuela necesita adultos que “sujeten” a los niños, niñas y adolescentes a lo escolar: no sólo es un espacio pedagógico que permite vincular a los diversos actores de la comunidad dando cumplimiento al derecho a la educación, sino que nuestros alumnos y sus familias son la centralidad para la construcción de prácticas subjetivantes al mirarlos como sujetos, esa práctica pedagógica que se relaciona fundamentalmente con “sujetar al otro”.

Existen miradas que sesgan las posibilidades del sujeto-alumno. No debemos creer que todos los alumnos tienen que ser iguales y si debemos correr de la idea del rótulo y la estigmatización para abrir posibilidades, brindando oportunidades pedagógicas.

Los niños, niñas y adolescentes que “trastornan” la lógica del sistema educativo, que invierten el orden de lo escolar, nos interpelan desde lo áulico, lo institucional y lo comunitario; nos desafían a reflexionar a todos los docentes, en forma colectiva, en relación a cómo alojar para subjetivar; nos convocan a repensar la forma de recibir, acompañar, sostener y enseñar, transformando los modelos escolares y los escenarios áulicos para encontrar nuevas formas de habitar los espacios individuales y colectivos, personales y comunitarios, intra-institucionales e intersectoriales.

La centralidad de nuestra tarea es trabajar en conjunto con el objetivo de brindar calidad de vida, interpelando nuestro perfil profesional para que aparezca una mirada pedagógica que posibilite una mejor salud y una mejor inserción social desde el espacio escolar. Los objetivos de las instituciones educativas se relacionan con el bienestar desde la inclusión, por eso es necesario intervenir desde lo psico-socio-educativo en los aspectos institucionales y pedagógicos-didácticos para que los procesos de enseñanza y aprendizaje consoliden esta inclusión en los niveles y modalidades del sistema educativo, focalizando nuestro accionar en el fortalecimiento de las propuestas pedagógicas y la continuidad de los aprendizajes en pos de favorecer las trayectorias educativas de todos y cada uno de nuestros alumnos desde las políticas de cuidado.

Es así como en las diversas instituciones se generan prácticas de alojamiento, sostenimiento y enseñanza, de permanente revisión, que nos permiten acompañar a nuestros alumnos a transitar por el espacio educativo y de socialización. Pares y docentes de las instituciones educativas se transforman en protagonistas de estrategias para fortalecer vínculos saludables y de pertenencia que anclan su presente al contexto escolar, que se constituye en su propio espacio de desarrollo de ciudadanía. En esta línea, a través de la implementación de iniciativas a medida de las necesidades de cada organización y en corresponsabilidad, concebimos nuestras prácticas profesionales desde la experiencia, la reflexión y la construcción cooperativa, generando como resultado la consolidación de una actitud crítica frente a nuestra tarea y valiosas experiencias de aprendizajes colectivos para todos.

Desde este marco conceptual inclusivo, durante el año 2017 diseñamos e implementamos una estrategia intersectorial de postvención en una escuela técnica de la Provincia de Buenos Aires, a raíz de una serie de eventos de morbilidad por suicidio en adolescentes de dicha institución: un alumno de quinto año se suicidó al inicio de una jornada escolar; poco tiempo después, una alumna de segundo año, novia del joven fallecido, realizó un intento de suicidio; y a los dos meses se notificó otro intento, en la institución, de un alumno de cuarto año que resultó con lesiones importantes. A continuación, entonces, describiremos esta experiencia intersectorial de postvención.

88 Autoras: Lic. Susana Di Mauro, referente del Programa de Salud Integral en la Adolescencia Región Sanitaria V, Provincia de Buenos Aires; y Lic. Adriana Ruiz, Inspectora de Enseñanza, Psicología Comunitaria y Pedagogía Social, Provincia de Buenos Aires.

¿CÓMO LO HACEN?

Desde el inicio de la experiencia, las inspectoras de Psicología Comunitaria y Pedagogía Social intervinientes -modalidad transversal a todos los niveles educativos obligatorios de la Provincia de Buenos Aires- y el inspector de Educación Técnica se propusieron implementar una intervención conjunta en la escuela, teniendo en consideración las siguientes características:

- Los alumnos permanecen muchas horas en el establecimiento ya que, además de las materias teóricas, tienen muchas horas de taller;
- Algunos profesores y preceptores son ex alumnos y otros trabajan allí hace muchos años, por lo que se despliegan claramente sentimientos de pertenencia;
- Muchos educandos son hijos de ex alumnos, lo que se evidenció en las asambleas de padres, donde hicieron aportes desde la autocrítica y propuestas de ampliar la participación de las familias en la escuela;
- La escuela cuenta con un centro de estudiantes, se observa una marcada tendencia a resoluciones democráticas y al estímulo de la participación tanto en actividades científicas como comunitarias.

Como primera acción, concurrimos a trabajar a la institución durante la suspensión de las clases por duelo, para atender a la comunidad educativa que se acercara para solicitar ayuda, información o transmitir inquietudes y preocupaciones. Además, se solicitó la presencia de los Equipos Interdisciplinarios Distritales (EID) en el servicio para la organización de un cronograma de horarios.

En ese primer encuentro se avanzó en la identificación del universo de actores institucionales -y los distintos grados de afectación- a los que estaría destinada la estrategia de postvención: equipo directivo; docentes que asistieron y/o presenciaron la asistencia al alumno al momento del suicidio; docentes del alumno de ese año y/o que trabajaron con él en años anteriores; compañeros del alumno presentes en el momento del suicidio, que observaron al alumno herido y/o que no asistieron a clase ese día; alumnos del establecimiento que observaron el evento y/o la asistencia al alumno herido; alumnos que, estando en el establecimiento, observaron movimientos y escucharon gritos, llantos y sirenas; familia del alumno herido, familias de sus compañeros y demás familias; auxiliares que asistieron al alumno y lo observaron herido; otros.

Asimismo, realizamos un relevamiento de los recursos humanos con los que contábamos para diseñar los diversos dispositivos y coordinar la asignación de funciones en el marco de la corresponsabilidad. Se informó a la Jefatura Regional, quien solicitó la intervención de los restantes EID de la Región Educativa 7 y, así, contamos con dos Equipos Interdisciplinarios de Primera Infancia (EIPRI), tres Equipos Distritales de Infancia y Adolescencia (EDIA), un Centro de Orientación Familiar (COF) y dos Equipos de Orientación Escolar (EOE). También, desde el sector de Salud, se sumó el Área de Redes Asistenciales de Región Sanitaria V (Programas de Adolescencia, Capacitación y Prevención de Violencia), un Centro Provincial de Atención en Adicciones (CPA), el servicio de Salud Mental del Hospital Eva Perón, los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) de la región, y la Dirección de Salud Mental del Municipio. Además, se articuló con la Dirección Municipal de Promoción y Protección de Derechos de NNYA.

De esta manera se activó rápidamente la red intersectorial local y se construyó, de forma colectiva, un dispositivo de atención a actores impactados en la institución escolar, se determinaron los responsables de cada tarea y se asignaron horarios y lugares en el establecimiento para su implementación.

Las acciones desarrolladas en el marco del dispositivo se relacionaron con:

- Construcción conjunta del mensaje de recibimiento a los alumnos al reinicio de las actividades escolares;
- Presentación a la comunidad docente de los equipos de Educación y Salud intervinientes en la estrategia, y del abordaje y la diversidad de acciones a realizar;
- Promoción de la expresión de los alumnos y la escucha, habilitando sus voces, las de los docentes y familias;
- Espacios de atención individuales y grupales a alumnos y familias en la institución, y difusión de los espacios y cronograma;
- Entrevistas con las familias de alumnos más afectados y orientación sobre los recursos de atención;

- Visitas a las familias por intervenciones urgentes (alumnos que manifestaban ideas suicidas por redes sociales), en articulación con la emergencia médica del Municipio y el equipo de la Dirección de Promoción y Protección de Derechos;
- Disposición, de manera inmediata, de una línea telefónica gratuita⁸⁹ para contención y seguimiento de casos, a partir de la articulación con el Consejo Local de Promoción y Protección de Derechos;
- Asambleas con familias por turno;
- Asambleas con estudiantes por turno y articulación con el centro de estudiantes de la institución, poniendo en valor la importancia de los espacios de participación estudiantiles en el abordaje;
- Reuniones con docentes en los tres turnos;
- Seguimiento y monitoreo de docentes afectados que solicitaron licencia para acompañar y colaborar con orientaciones;
- Entrevistas con adultos referentes de los distintos grupos de alumnos (equipo directivo, preceptores y profesores tutores) para detectar situaciones de alta vulnerabilidad en todos los espacios de trabajo con la comunidad educativa, y garantizar su atención inmediata en los servicios cercanos;
- Organización de dispositivos de atención prioritaria de alumnos y familiares en el Hospital Eva Perón y Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) cercanos;
- Monitoreo permanente de la asistencia de los alumnos, de los espacios comunes (recreos y almuerzos) y de espacios de clase-talleres, y registro cualquier observación que pudiera abordarse desde el trabajo colectivo de la modalidad;
- Reuniones diarias de monitoreo de las tareas y seguimiento de situaciones singulares y colectivas;
- Registro sistemático de lo trabajado en los distintos grupos, ordenando prioridades de atención;
- Registro diario de situaciones detectadas y articulación con espacios de Salud Mental para intervención inmediata;
- Reasignación de recursos humanos y de tiempos de trabajo grupales e individuales. Teniendo en cuenta que el receso de invierno estaba próximo, se aseguró la apertura de la escuela en los tres turnos durante ese período con guardias de inspectores intervinientes, equipo directivo y docentes, para informar a la comunidad y atender inquietudes. Además, se mantuvo una comunicación permanente con los servicios de salud y se continuó con el monitoreo de situaciones de riesgo detectadas.

En el marco de las políticas de cuidado, se planificaron también propuestas y acciones a mediano y largo plazo como previsiones didácticas para la continuidad del abordaje, apuntando a mejorar los canales de comunicación interinstitucional y desplegar modos de abordaje pertinentes ante cada situación.

Es por eso que se seleccionaron temáticas detectadas en los talleres con los distintos alumnos y planteadas por los representantes del centro de estudiantes. Las temáticas abordadas se vincularon con espacios de Educación Sexual Integral, con la centralidad de los ejes afectivos y de derechos para habilitar la palabra de los alumnos y favorecer su circulación, la mediación como manera de abordaje para los conflictos y el diálogo como herramienta para tramitar los desacuerdos.

Además, se formularon las siguientes propuestas:

- Favorecer espacios de elección de representantes de curso para fomentar la participación activa de los alumnos en articulación con el centro de estudiantes.
- Planificar e implementar talleres con diferentes grupos de alumnos y padres a cargo de parejas pedagógicas que faciliten la intervención y el registro;
- Habilitar espacios permanentes de consejerías de orientadores para alumnos, docentes y familias;

⁸⁹ El servicio de guardia del organismo local de Promoción y Protección de Derechos de NNYA cuenta con un teléfono gratuito, abierto las 24 horas todos los días del año, que recibe consultas y orienta a la ciudadanía ante situaciones de vulneración de derechos de NNYA, e interviene articulando con Salud y Justicia.

- Posibilitar espacios en la institución fuera del horario escolar, generando propuestas de encuentros entre estudiantes a partir de sus intereses (murales, recitales, jornadas deportivas, proyectos solidarios, etc.);
- Planificar e implementar espacios de capacitación para docentes en relación a la adolescencia, detección de situaciones de vulnerabilidad y abordajes de problemáticas complejas en el marco de la corresponsabilidad.

¿CON QUIÉNES LO HACEN?

Esta experiencia de intervención en postvención se caracterizó por implementar una estrategia intersectorial, en la que participaron los siguientes actores: Inspección de Psicología Comunitaria y Psicopedagogía Social de la Región Educativa 7, Equipos Interdisciplinarios de Primera Infancia, Equipos Distritales de Infancia y Adolescencia, Centro de Orientación Familiar, y Equipos de Orientación Escolar (Educación); Redes Asistenciales de la Región Sanitaria V⁹⁰ (Programas de Adolescencia, Capacitación y Prevención de Violencia), Hospital Eva Perón, Centros de Atención Primaria de Salud, Centro Provincial de Atención en Adicciones, y Dirección de Salud Mental del Municipio (Salud); y Dirección de Promoción y Protección de Derechos de NNyA del Municipio y efectores participantes del Consejo Local⁹¹ (Desarrollo Social).

Además, se generó un espacio de reflexión en la Mesa Intersectorial de Salud Integral Infanto Juvenil (MISIJ), que funciona desde el año 2009 en la Región Sanitaria V con el objetivo de promover la creación de dispositivos de atención integral de la salud en la niñez y adolescencia, desde un abordaje interdisciplinario y en articulación intersectorial con efectores de Salud, Desarrollo Social, Justicia y Educación, entre otros.⁹²

¿QUÉ LOGRARON?

Los espacios destinados para la escucha de los alumnos permitieron conocer a alumnos en situación de alta vulnerabilidad. También en dichos espacios se registró el “enojo” de una gran cantidad de alumnos ante el suicidio de su compañero, quienes se preguntaron “por qué lo había hecho en la escuela” y “por qué los había puesto en esa situación”. Al mismo tiempo, se identificó que todos los alumnos consideraban a la escuela como un espacio muy valioso y de cuidado.

Un objetivo propuesto desde todos los actores intervinientes fue retomar las rutinas escolares, flexibilizando tiempos y espacios según la afectación de los distintos grupos de alumnos. En relación a los estudiantes que dejaron de asistir a la escuela a partir del día del suicidio del alumno, se solicitó seguimiento a los preceptores para comunicarse con las familias y se destinaron orientadores para realizar visitas domiciliarias y entrevistar familias y alumnos.

Asimismo, muchos padres se acercaron a solicitar orientaciones para abordar situaciones personales con sus hijos y/o para manifestar su preocupación por amigos de sus hijos. Queremos también destacar que, en espacios posteriores de encuentro entre padres y estudiantes, se registró una demanda de mayor “tiempo compartido” de parte de los adolescentes a sus familias. Fue muy conmovedor escuchar la voz de los jóvenes pidiendo a los padres que “les preparen el desayuno por las mañanas y hablen mientras comparten ese momento” o que “trabajen menos horas para poder estar juntos”.

Por otro lado, el registro sistemático de las intervenciones y los espacios de evaluación permanente del dispositivo facilitaron la continuidad de las acciones de abordaje, monitoreo y seguimiento, a partir del establecimiento de objetivos a corto, mediano y largo plazo, la designación de responsables de la sistematización de las acciones y su impacto, y la identificación de referentes institucionales de cada ámbito de intervención para el intercambio de información relevante y prioritaria y la articulación de acciones.

Estas estrategias de registro y evaluación, al mismo tiempo, permitieron realizar ajustes de tiempos de abordaje y articulación, así como reordenar las prioridades de atención de situaciones individuales y grupales en

90 Integrada por los Municipios de Campana, Escobar, Exaltación de la Cruz, General San Martín, José C. Paz, Malvinas Argentinas, Pilar, San Fernando, San Isidro, San Miguel, Tigre, Vicente López, Zárate (Provincia de Buenos Aires).

91 Ley Provincial 13.298 de Promoción y Protección Integral de los Derechos de los Niños.

92 Integran la Mesa Intersectorial de Salud Integral Infanto Juvenil (MISIJ): a nivel provincial: Programas de Salud Integral en la Adolescencia y de Prevención de la Violencia Familiar y de Género, Región Sanitaria V, Dirección General de Cultura y Educación, Inspección de Psicología Comunitaria y Psicopedagogía Social de Regiones Educativas 6,7,9 y 11, Organismo Provincial de Niñez y Adolescencia (Servicio zonal y Centro Socio Comunitario de Responsabilidad Penal), y Hospitales; a nivel Municipal: Direcciones de Promoción y Protección de Derechos, de Desarrollo Humano, Contención e Inclusión Social, de Salud Mental, Hospitales y Centros de Atención en Salud Mental Infanto Juvenil. La inclusión de la MISIJ, en noviembre de 2018, en el proyecto de abordaje integral de la morbimortalidad en la adolescencia por causas externas con foco en suicidio (impulsado por el Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia -Ministerio de Salud de la Nación-, UNICEF y la Sociedad Argentina de Pediatría) generó las condiciones para la ampliación de participantes de la MISIJ, produciendo mayor representatividad de los municipios de la Región Sanitaria V, lo que nos permite pensar en una proyección de la experiencia en otras localidades.

función de la identificación de los alumnos más afectados y la articulación con servicios de salud municipales y provinciales.

La comunicación permanente y la confianza entre los actores que llevan a la práctica las políticas de cuidado son fundacionales para generar experiencias saludables en la vida de los adolescentes. Desde esta perspectiva nos proponemos la construcción de dispositivos articulados y en red, en un entramado de permanente revisión y mejora: un verdadero trabajo en equipo, observando hasta el más mínimo detalle, buscando acuerdos y reescribiendo propuestas de trabajo, pensando multiplicidad de talleres y estrategias de enseñanza y abordaje. Este enfoque implica pensar en espacios educativos como inclusivos, develar qué conflictos subyacen en las instituciones escolares que nos impiden una mirada humanizante, tejer lazos con otros, afrontar y abordar algo nuevo, proponer la singularidad de experiencias y generar entramados de posibilidades.

POSTVENCIÓN A PARTIR DE LA PRODUCCIÓN DE UN CORTOMETRAJE AUDIOVISUAL⁹³

Destinatarios de la intervención: Adolescentes

Institución ejecutora: Ministerio de Salud Pública de Misiones

Contexto de la experiencia: Proyecto

Localización: Posadas, Provincia de Misiones

Escala: Regional

Período de implementación: Año 2018

¿POR QUÉ LO HACEN? ¿QUÉ BUSCAN?

Durante el año 2018 en Posadas y Garupá, Misiones, desarrollamos un proyecto de producción de un cortometraje audiovisual guionado, dirigido, grabado y editado por estudiantes de segundo año "D" de la Escuela Provincial de Educación Técnica (EPET) N°2, y estudiantes de segundo y tercer año del terciario de la carrera de Diseño Gráfico Digital del Instituto Tecnológico (ITEC) N°3.

El proyecto se inició a partir del suicidio de un estudiante de segundo año de la EPET N°2, con la finalidad de generar la postvención como forma de elaborar la pérdida de su compañero en el grupo de pares y, así, transmitir un mensaje audiovisual a los adolescentes que pudieran estar pasando por una situación semejante.

Como punto principal debemos destacar que el suicidio es una de las principales problemáticas que afectan a la población adolescente. Si bien la temática a tratar tiende a ser en cierta manera difícil, es un tema que compete mucho a la población juvenil.

La inclusión del adolescente en el tema es sumamente importante. Saber qué es lo que lleva a tomar tan drástica decisión a un individuo es una pregunta que se necesita responder. Para ello, la captación de problemas que abordan la adolescencia es un dato que debemos buscar. Escuchando abiertamente a los jóvenes podemos descifrar que existen diferencias entre sus pares, las que a veces pasan a ser motivo de causas mucho más graves.

La importancia de generar empatía con el adolescente es fundamental para poder conocerlo. Es necesario comprender el lenguaje comunicativo que maneja, los referentes que posee y dónde se desarrolla habitualmente. De esta manera, llegar a una respuesta en cierto modo acertada involucra introducirnos y plantear cuáles son las cuestiones que afectan a cada uno de ellos, invitar a la reflexión y, más que nada, a la comprensión de las subjetividades de sus pares.

⁹³ Autor: Gisela Dr. Germán Reiz, S. Subsecretaría de Salud; Lic. Viviana Garro, Coordinadora del Programa Provincial de Salud Integral en la Adolescencia; Lic. Lucía Cattivelli, Responsable del Proyecto de Desarrollo de Contenidos Interactivos Autolesivos en Adolescentes; Prom. Osvaldo Silveira; Lic. Carla Rébora; Narena Ayala.

El proyecto se desarrolló en el marco de talleres interinstitucionales. Se llevaron a cabo dos encuentros semanales a lo largo de cuatro meses, donde se presentaron las distintas instituciones a las que los estudiantes podrían acceder ante determinadas necesidades: Colegio de Psicólogos -gestión de las emociones-; Asociación Defender la Vida -promoción de conductas resilientes en la prevención del suicidio-; Línea 102: Dirección de Violencia Familiar, Ministerio de Desarrollo Social, la Mujer y la Juventud de la Provincia de Misiones -bullying-; Centro de Acceso a la Justicia -discriminación-; Grupo de Teatro Senderos de Viento -expresión corporal-; Itec 3 -guión, lenguaje audiovisual, edición-; Asesorías ENIA -salud sexual y reproductiva-; Asociación Colectivo 108 -diversidad y género-. Además, se realizaron actividades de prevención con el grupo y, hacia el final de los talleres, los alumnos lograron hablar de lo ocurrido resignificándolo a partir de la producción de un cortometraje audiovisual.

A partir de la sistematización de nuestra experiencia, proponemos a continuación una metodología para la implementación de un proyecto de producción audiovisual con adolescentes.

El abordaje de la realización audiovisual comprende un período extendido de tiempo ya que consta de diferentes instancias donde los participantes irán expresando, informando e involucrándose en todos los ámbitos que la producción así lo requiera, desarrollando conocimientos e invitando al debate no sólo a los adolescentes, sino también incorporando a dos instituciones que influyen en su crecimiento: la familia y la escuela.

Esto implica captar un grupo de pares dentro de una institución educativa, teniendo en cuenta un episodio cercano temporalmente de la problemática que abordaremos o, en su defecto, un espacio educativo elegido estratégicamente para trabajar la temática. A partir de este punto, el trabajo se organiza en tres grandes líneas:

Sensibilización:

Como primer paso, se abren espacios de conversación para que comunidad escolar pueda expresar las inquietudes, experiencias y diferencias de cada individuo, promoviendo el debate y la deconstrucción de ideas que afecten el desarrollo de los jóvenes. Teniendo esto en cuenta, se crean tres grupos:

- **Adolescentes:** en este grupo se trabaja principalmente en el conocimiento de las diferencias dentro del mismo, de las ideas de los individuos que lo componen y de la comprensión integral de cada uno de ellos, promoviendo valores y derechos que los competen e impulsando a la generación de relaciones interpersonales saludables.
- **Equipo docente:** aquí es importante debatir respecto a cómo toman ellos las relaciones con los alumnos y cómo los forman en todos sus espacios curriculares, apelando a la comunicación entre el equipo para el abordaje de la temática.
- **Padres:** la convocatoria a reuniones eventuales con los grupos de padres de los alumnos tiene como objetivos informar la idea del proyecto e invitarlos a participar de debates abiertos, para poder comprender los ámbitos familiares de los adolescentes, cuestionando integralmente su desarrollo en el seno familiar y en cómo impacta en el área educativa.

Capacitación:

En esta etapa se desarrollan conocimientos en distintas temáticas, involucrando al adolescente a conocer y comprender distintos temas y problemáticas que irán fortaleciendo no sólo el desarrollo del joven, también ayudarán a su inclusión dentro de la producción del material audiovisual aportando, así, su subjetividad y su postura respecto a la tratativa que estén analizando.

Las capacitaciones pueden abarcar las siguientes temáticas:

- **Inteligencia emocional:** se invita a un equipo de profesionales de la salud dedicado al abordaje de dicho tema, con el objetivo de impulsar a los jóvenes a poder generar empatía con sus pares.
- **Expresión corporal:** se convoca a un grupo de teatro para que aporte en el fortalecimiento de los vínculos dentro del grupo adolescente y también, formar a los jóvenes para que puedan generar un producto audiovisual teniendo conocimiento de las maneras en que se pueden expresar diferentes ideas.
- **Sexualidad:** se dispone a los adolescentes en grupos para trabajar de manera dinámica las problemáticas vinculadas con este tema, incitando al debate, al conocimiento de leyes y derechos y, más precisamente, al planteo del joven en cómo vive esta etapa. Se pueden trabajar los siguientes contenidos: abuso, diversidad, educación sexual integral (ESI).
- **Discriminación:** se trabaja con referentes de las instituciones que se encargan de la difusión de los derechos de las personas en todas sus edades, informando al adolescente y llevándolo a la

comprensión de cada uno de sus pares como sujetos de derecho y respeto.

- Suicidio: aquí la tarea es invitar al debate de todos los factores que influyen en la problemática. Para ello se invita a personas especializadas que puedan responder todas las inquietudes y también brindar contención e información al grupo.
- Registro: en un primer momento, el registro está a cargo de jóvenes estudiantes de producción audiovisual, que documentan la etapa de sensibilización. Como segunda instancia, se capacita a los adolescentes en distintos campos de la realización audiovisual, como fotografía, guión, registro de video y sonido. Con estas herramientas, los adolescentes estarán en cierto modo capacitados para producir una obra audiovisual en conjunto con sus pares y otros jóvenes ya formados en el campo.

Producción:

En esta etapa los adolescentes son partícipes, impulsores y productores de ideas conjuntas, para luego volcarlas en una producción audiovisual, asesorados por sus pares más capacitados, generando así un contenido pensado por ellos y disponible para la comprensión de otros individuos de su entorno.

El producto es un cortometraje de cualquier índole (ficción, drama, documental, etc.) en el que se representará la temática, dando indicios de que la problemática fue abordada y que los adolescentes llegaron a la comprensión de las ideas que lo competen y la manera en la que se formula contenido destinado por y para sus pares, pudiendo de alguna manera acceder a ser una persona capaz de comunicar y reconocer cuándo surgen conflictos dentro de su entorno, de difundir las maneras en que se pueden solucionar las mismas o, en su defecto, de identificar cuáles son los sectores o instituciones a las que puede acceder cuando algo intercede en su normal desarrollo dentro de los diferentes ámbitos en los que se desenvuelve.

Para ello, deben aportar ideas, experiencias y opiniones respecto a cómo se desenvuelven y de qué manera la información les parece más precisa. Como resultado de este planteo, la producción se divide en las siguientes etapas:

- Ideas: generar un debate y una puesta en escena de las ideas que sean viables para la comprensión y la producción de un producto audiovisual, poniendo en común referencias, pensamientos, comportamientos y contenidos que los adolescentes consideren que los estimula. Generar guiones, fotografías, pistas de audio que aludan a la temática, y verificar su viabilidad.
- Registro: comenzar a formular la documentación audiovisual de las ideas, involucrando a los adolescentes en el registro y conociendo referencias que hagan posible la comunicación y la decodificación de los lenguajes que se manejan en su entorno.
- Pre-Producción: desarrollar ideas más formadas en conjunto con los adolescentes, teniendo en cuenta la finalidad, donde se expresen situaciones que contengan el abordaje de la temática. Generar guiones que acompañen a las ideas, involucrando el lenguaje adolescente y teniendo en cuenta la direccionalidad del mismo.
- Producción: poner en común las ideas junto con los guiones, para poder reconocer un producto viable donde se represente la temática. Aquí pueden variar las decisiones, ya que se puede abordar desde la ficción hasta el formato documental. Dar inicio al rodaje del futuro producto.
- Post-Producción: a cargo de los jóvenes involucrados con conocimientos de producción y diseño audiovisual.
- Verificación: verificar los contenidos producidos ante las autoridades que correspondan (Salud, Educación, Comunicación, entre otros), para su posterior difusión.
- Difusión: una vez verificado el producto en todos sus aspectos, se buscarán los medios de comunicación para difundirlo, teniendo en cuenta el público al que va dirigidos y considerando los soportes y plataformas más utilizados y accesibles para dicha población.

¿CON QUIÉNES LO HACEN?

En el diseño y la implementación del proyecto, además de la Escuela Provincial de Educación Técnica (EPET) N°2 y la carrera de Diseño Gráfico Digital del Instituto Tecnológico (ITEC) N°3, participaron los siguientes actores:

- Ministro de Salud y Subsecretarios de Salud y APS de la Provincia de Misiones, que brindaron apoyo y acompañamiento durante el proyecto y, como cierre, los estudiantes visitaron al ministro de Salud provincial en su despacho, donde compartieron la experiencia;
- Directora de la EPET N.º 2, Silvia Tagniani, ampliamente comprometida en la colaboración con el equipo coordinador;
- Profesor de Matemáticas Pablo Gutierrez, adulto significativo para los estudiantes de segundo año "D", que participó en los talleres y los alumnos lo eligieron como actor en la producción;
- Coordinador de Carrera del ITEC N°3, Mario Giménez, y profesor de la materia "Realización de videos" del ITEC N°3, Mario Machado, ambos actores que acompañaron al equipo coordinador durante el dictado de todos los talleres y generaron lazos vinculares de confianza con los estudiantes;
- Instituciones asociadas: Colegio de Psicólogos; Asociación Defender la Vida; Línea 102: Dirección de Violencia Familiar, Ministerio de Desarrollo Social, la Mujer y la Juventud de la Provincia de Misiones; Centro de Acceso a la Justicia; Grupo de Teatro Senderos de Viento, Asociación Colectivo 108.

¿QUÉ LOGRARON?

La experiencia generó espacios de encuentros periódicos con las instituciones participantes, que arbitraron los medios necesarios para desarrollar la primera jornada de trabajo intersectorial y consolidar un espacio de socialización respecto a lo que cada institución hace en torno a la problemática de suicidio e intento de suicidio en adolescentes. En esta línea, se dará continuidad a la red intersectorial con la organización de al menos dos jornadas de trabajo para el armado del proyecto de ruta intersectorial de atención al adolescente con comportamientos autolesivos, incorporando nuevos actores a la red.

Asimismo, se replicará la experiencia del proyecto en la misma institución (EPET N°2) pero bajo la modalidad de jornada institucional e intersectorial, a partir de la convocatoria a todos los alumnos de ambos turnos, padres y comunidad educativa, involucrando a más instituciones y ampliando el abanico de propuesta de instituciones para intervenir en factores protectores y factores de riesgo. Además, se prevé la realización de acciones masivas de sensibilización, prevención y promoción en la semana previa al Día Mundial para la Prevención del Suicidio, con un cierre de actividades en la plaza central de la Capital de la Provincia.

DOCUMENTO DE ACTUACIÓN EN IDEACIÓN E INTENTO DE SUICIDIO DE ADOLESCENTES PARA PROFESIONALES DE APS Y HOSPITALES⁹⁴

Destinatarios de la intervención: Adultos/as

Institución ejecutora: Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Misiones: Hospitales nivel III, II y I; y Dirección de Zona Capital de Salud (CAPS) – UNICEF Argentina

Contexto de la experiencia: Dispositivo

Localización: Posadas, Provincia de Misiones

Escala: Regional

Período de implementación: Año 2018 a la actualidad

¿POR QUÉ LO HACEN? ¿QUÉ BUSCAN?

Las estadísticas indican que en Misiones la mayor concentración poblacional se encuentra entre los 10 y 19 años, y que la principal causa de muerte la constituyen las causas externas (en primer lugar los accidentes de tránsito y en segundo, el suicidio).

En marzo de 2018 comenzamos a organizar reuniones con directivos y equipos sanitarios de la región Capital de la provincia, y detectamos una diversidad de criterios a la hora de abordar un adolescente con ideación o intento de suicidio, así como pobre conocimiento y capacitación respecto de la problemática. Además, de las entrevistas con los equipos de salud (actores claves) se desprendió la conclusión de la existencia de un subregistro y un mal registro de los eventos, que amplía la brecha entre los datos estadísticos y la realidad.

A partir, entonces, de la necesidad de sistematizar el circuito de intervención en ideación e intento de suicidio en la adolescencia, desde el sector sanitario elaboramos un documento de actuación para profesionales que trabajan en Hospitales de nivel I, II y III (Ruta Hospitales) y Centros de Atención Primaria (Ruta APS) de la Capital de Misiones.

Objetivo general:

Generar un documento provincial de actuación para la atención de adolescentes con comportamientos autolesivos, fortaleciendo así los servicios de salud pública en el abordaje de la problemática.

Objetivos específicos:

- Crear los circuitos de atención y protocolos de actuación de acuerdo a los niveles de complejidad y la evaluación de riesgo;
- Mejorar la comunicación entre los distintos niveles de atención para la asistencia óptima y a tiempo del paciente;
- Unificar criterios para la atención del paciente de acuerdo al nivel de complejidad.

¿CÓMO LO HACEN?

En el proceso de diseño e implementación del documento de actuación se llevaron a cabo las siguientes acciones:

- Reunión con Jefatura del Área Programática y Dirección de Zona de Salud Capital, Direcciones de Hospitales y áreas de Emergencia y Salud Mental, donde se realizó el planteo del problema y la evaluación del estado de situación de los hospitales y los respectivos servicios respecto de las intervenciones que se venían realizando ante la presencia de un adolescente con comportamientos autolesivos o intento de suicidio.

94 Autores/as: Dr. Germán Bezus, Subsecretario de Salud; Lic. Viviana Garro, Coordinadora del Programa Provincial de Salud Integral en la Adolescencia; Lic. Lucía Cattivelli, Referente del Proyecto de Prevención de Comportamientos Autolesivos en Adolescentes; Prom. Osvaldo Silveira; Lic. Carla Rébora; Narena Ayala.

- Trabajo conjunto con los equipos de Emergencia y Salud Mental de los hospitales de los tres niveles para lograr acuerdos de intervención y generar la propuesta de circuito de atención del adolescente con comportamientos autolesivos para cada hospital. Se buscó, así, la apropiación y el compromiso de la asistencia frente a la problemática.
- Reuniones con Jefatura de Área Programática para generar propuesta de ruta de atención en APS.
- Presentación a las autoridades de la propuesta de circuito o ruta de atención por parte de cada hospital comprometido.
- Búsqueda de puntos en común y unificación de criterios para generar una ruta única de atención en el subsector Público de Salud, con circuito de comunicación y “pase” de acuerdo al nivel de riesgo.
- Capacitación a los equipos de salud del Ministerio de Salud Pública, donde se invitó además a otras instituciones (Desarrollo Social, Educación, Justicia, Municipio, sector privado, etc.).
- Capacitación a los equipos de Salud Mental del Ministerio de Salud Pública en el buen registro del evento, con criterios unificados, de acuerdo al sistema informático que utilice cada efector.
- En la actualidad, el equipo coordinador del proyecto de prevención de comportamientos autolesivos en adolescentes del Ministerio de Salud está acompañando los procesos de atención, como así también redactando el documento de protocolo de actuación para los equipos de salud de la Provincia.⁹⁵

¿CON QUIÉNES LO HACEN?

Durante el año 2018 se realizaron distintas articulaciones intra e interinstitucionales, además de involucrar a los demás sectores ajenos a Salud Pública en las capacitaciones y de convocar a las distintas instituciones involucradas en la implementación de una intervención de postvención (proyecto de producción audiovisual)⁹⁶.

En noviembre, el Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Misiones realizó la “Primera Jornada de Trabajo Intersectorial”, con el objetivo de generar un espacio de socialización y conocer lo que cada institución hace respecto a la problemática. La perspectiva es continuar con las jornadas de trabajo intersectorial para lograr definir un proyecto de ruta o circuito intersectorial con actores comprometidos y funciones definidas para cada sector.

¿QUÉ LOGRARON?

La principal lección aprendida es que hay mucho por hacer aún respecto a la problemática. Como fortaleza identificamos que, aún así, se han logrado cambios tanto en el registro de los casos, como en la atención diferenciada y sensibilización social.

En la actualidad, desde el Ministerio de Salud de la Provincia estamos articulando con diversos sectores con la perspectiva de redactar un proyecto de ruta o circuito intersectorial, optimizando así los recursos existentes y mejorando la comunicación entre sectores y una apropiada orientación al adolescente.

¿QUÉ OBSTÁCULOS HAN ENCONTRADO?

Los principales obstáculos detectados se presentan en torno a la falta de recursos humanos en salud mental y políticas que financien de manera apropiada a los mismos. Pero otro obstáculo detectado, más personal, tiene que ver con nosotros mismos como equipos de salud frente a la temática: hemos detectado muchas barreras aceptadas e instituidas por generaciones de profesionales, acatadas pero sin saber muy bien por qué. Detectarlas ha facilitado un esbozo de corrimiento y compromiso asumido desde otro lugar por parte de los equipos, un camino aún por recorrer pero ya iniciado.

⁹⁵ Se adjuntan en el Anexo los siguientes instrumentos para la sistematización del circuito de intervención en intentos de suicidio, elaborados en el marco de esta experiencia: “Ruta para la atención del intento de suicidio”, “Flujograma Intento de Suicidio”, “Procesos de intentos de suicidio atendidos por Guardia” y “Ficha de registro”,

⁹⁶ Ver experiencia “Postvención a partir de la producción de cortometraje audiovisual. Posadas, Provincia de Misiones” en el presente capítulo.

SISTEMATIZACIÓN DEL CIRCUITO DE INTERVENCIÓN EN INTENTOS DE SUICIDIO⁹⁷

Destinatarios de la intervención: Adolescentes / Adultos/as

Institución ejecutora: Comisión Interdisciplinaria del Programa Provincial de Prevención de Suicidio, Ministerio de Salud Pública de San Juan

Contexto de la experiencia: Programa

Localización: Provincia de San Juan

Escala: Provincial

Período de implementación: Año 2008 a la actualidad

¿POR QUÉ LO HACEN? ¿QUÉ BUSCAN?

En relación a la problemática del suicidio, la provincia de San Juan no disponía de estadísticas claras, había un subregistro de suicidios consumados y nulo de intentos de suicidio, no existían protocolos de abordaje ni tampoco se trabajaba de manera interdisciplinaria ni intersectorial, por lo que no estaba garantizada la atención de sujetos afectados por la problemática.

Ante esta situación, desde la División Salud Mental del Ministerio de Salud Pública provincial se comenzaron a realizar acciones aisladas en el año 2008 y, a partir de su organización y continuidad en el tiempo, se creó en el año 2012 por Resolución Ministerial el Programa Provincial de Prevención de Suicidio, implementado hasta la actualidad por una Comisión Interdisciplinaria.

En la medida en que el Programa se fue desarrollando a lo largo de los años, los casos de intento de suicidio se fueron complejizando, en tanto involucran a diferentes sectores de la sociedad. Por ello, esta iniciativa se va modelando en función de la necesidad de brindar respuestas asertivas y pertinentes frente a cada caso, planteado en forma institucional o individual al Programa.

Frente a este panorama, surge la necesidad de ir confeccionando modelos de atención, de procedimientos y de notificación de los casos, así como las medidas a seguir en cada oportunidad. En esta línea, se despliega una estrategia provincial de sistematización del circuito de intervención, que incluye estrategias de abordaje antes, durante y después de la detección de una ideación y/o intento de suicidio.

Objetivo general:

Garantizar la detección y el abordaje integral de situaciones en relación al suicidio en la provincia de San Juan.

Objetivos específicos:

- Diseñar protocolos de abordaje;
- Generar redes de comunicación y de acción interinstitucional;
- Formalizar los mecanismos de comunicación y derivación de los casos para una adecuada atención;
- Capacitar a los diferentes actores involucrados en la temática a fin de intervenir en forma eficaz;
- Elaborar un diagnóstico de situación sobre la temática.

¿CÓMO LO HACEN?

Desde el año 2008 a la actualidad, las intervenciones se fueron puliendo en la medida en que se fueron mejorando los registros y protocolos de intervención y se fue promoviendo una mayor participación y compromiso social en la temática.

Debido a la necesidad de actualizar los lineamientos de acción, se plantearon reuniones periódicas con agentes

97 Autoras: Lic. María de los Ángeles Pérez, Lic. Karina Más, Lic. Celeste Uñac, Lic. Marcela Guerrero, Lic. Ana Lía Zimmermann y Mag. María Eugenia Moreno.

y autoridades de Salud Mental para delinear principios rectores en las intervenciones. El programa, así, elaboró protocolos de búsqueda activa y abordaje de intentos de suicidio, que están siendo implementados en la actualidad y que pueden ser brevemente resumidos en los siguientes ejes:

- Cuando el Programa toma conocimiento de un caso, y éste ya no continúa dentro del sistema de salud o el sistema de salud nunca intervino, comienza la etapa de registro y derivación: se toman todos los datos posibles del caso⁹⁸ y se lo deriva al equipo de salud que corresponda según la cercanía domiciliaria. Luego comienza la etapa de seguimiento, en la que se incluye la búsqueda activa del paciente, garantizar su evaluación y/o tratamiento y brindar la contrareferencia al equipo derivador.
- No sólo es importante la duración sino el momento de la intervención. Según el protocolo provincial establecido, los casos derivados deben ser contactados mediante búsqueda activa dentro de los diez días hábiles y, así, garantizar el seguimiento del tratamiento del paciente con intento de suicidio. El protocolo de búsqueda activa implica tener como mínimo dos contactos con el paciente.
- El abordaje terapéutico de un intento de suicidio dependerá de cada caso individual y de la evaluación que el profesional realice. Tiene un mínimo de seis meses aproximadamente, pero puede variar según cada caso.

Al ser un programa de Salud Pública, se cuenta con equipos distribuidos en toda la provincia pertenecientes al Ministerio de Salud; asimismo, al ser el suicidio un problema de salud pública, se debe garantizar el abordaje de los casos detectados. En este marco, es fundamental la organización de la provincia en zonas sanitarias, con sus respectivos referentes de Salud Mental y Trabajo Social. Esto permite la identificación de los equipos responsables de cada área, lo que garantiza la cobertura total de la provincia y, también, optimiza el sistema de referencia y contrareferencia. Como instrumento es útil la Guía de Servicios en Salud, que cuenta con información de todos los centros de salud de la provincia.

Asimismo, en estos últimos años se capacitó a equipos de los Ministerios de Educación y Desarrollo Humano y Promoción Social. En lo que concierne al ámbito educativo, todos los gabinetes técnicos interdisciplinarios, tanto de educación común como educación especial, han recibido capacitación en temas relativos al suicidio: factores protectores y de riesgo, mitos y prejuicios, protocolos de actuación. Si se detecta un evento en la escuela, las medidas iniciales de cuidado están a su cargo. En el caso de las Direcciones de Adicciones y Niñez, Adolescencia y Familia, sus equipos cuentan con herramientas de intervención brindadas por el Programa. En todos los casos, luego se realiza la articulación con los servicios de salud para la implementación y el sostenimiento de abordajes integrales.

¿CON QUIÉNES LO HACEN?

La Comisión Interdisciplinaria está conformada por las Divisiones Salud Mental, Servicio Social y Psicología, la Sección Adolescencia y el Departamento de Materno Infancia del Ministerio de Salud Pública provincial.

Como el suicidio nos atraviesa todos y puede ocurrir en los lugares más impensados, el asesoramiento que brinda el Programa es amplio y general. Todas las experiencias surgen del contacto con diferentes actores e instituciones involucradas en el abordaje de la temática del suicidio con el Programa, priorizándose así un abordaje interministerial e intersectorial de la problemática.

En esta línea, cada centro de salud, hospital o cualquier otra institución donde ocurra un evento cuenta con el apoyo y acompañamiento del Programa en la confección de protocolos locales, la gestión de estrategias de acción y la implementación de medidas de cuidado.

¿QUÉ LOGRARON?

La sistematización del circuito de intervención a partir del diseño y la implementación de protocolos de intervención y flujogramas de atención, el fortalecimiento de los equipos locales y la consolidación de estrategias de articulación intersectorial -junto con la sistematización del circuito de registro y análisis de información-, le permitieron al Programa avanzar en la caracterización de la problemática del suicidio en la provincia y, al mismo tiempo, optimizar el sistema de alerta y respuesta.

En esta línea, lo novedoso de la experiencia es que la Comisión se convirtió en el nexo entre las múltiples

98 El registro se realiza en la historia clínica del paciente, que queda en el centro de salud u hospital según corresponda. Deben tener prioridad los datos personales del paciente, las cantidades de veces que se lo contactó y por qué medios, la respuesta del paciente, los turnos programados, si asistió o no y si se nombró a algún familiar responsable para que colabore con el cumplimiento del paciente. En caso de alta terapéutica, también debe quedar consignada por escrito.

instituciones para informar y difundir los protocolos de acción -aún en medio de las crisis-, garantizando una amplia disponibilidad personal y de horario para asesorar ante las diversas inquietudes.

Así, el Programa integra una red provincial de salud para la detección y el abordaje de casos, en la que también participan diferentes sectores tales como los Ministerios Provinciales de Educación, Seguridad, Desarrollo Humano y Justicia, con quienes se realizaron diferentes acuerdos.

Algunos resultados alcanzados:

- El Programa cuenta con un sistema de registro de casos de intento de suicidio y sus seguimientos, actualizado permanentemente;
- Este sistema de registro permite disponer de estadísticas actualizadas de intentos de suicidio, suicidios consumados, seguimiento de pacientes, búsquedas activas y cumplimiento de protocolos, minimizando así los subregistros;
- Este sistema de registro y estadísticas es, al mismo tiempo, el principal sistema de monitoreo del Programa;
- La organización de la provincia en zonas sanitarias permite la identificación de los equipos responsables de cada área, garantizando la cobertura total de la provincia, la optimización del sistema de referencia y contrareferencia y el acompañamiento del Programa a los equipos locales;
- El Programa está en permanente retroalimentación y reorganización para optimizar recursos y eficientizar al máximo los abordajes: es un continuo aprender de la experiencia para lograr los objetivos propuestos.

¿QUÉ OBSTÁCULOS HAN ENCONTRADO?

A través de la comunicación permanente con los diferentes equipos, el Programa toma conocimiento de algunas dificultades, como el hecho de que no siempre hay camas para internación y el paciente queda a la deriva sin respuesta hospitalaria. Asimismo, aún cuando el criterio es la internación por 48 horas y luego una evaluación antes del alta, en algunos casos los colaboradores informan que se dio el alta sin evaluación psiquiátrica. Esto se debe, en parte, a la escasez de recurso humano en el área de psiquiatría y, también, a un alta temprana que desestima el riesgo.

En otras ocasiones se da el alta sin un turno posterior para psicoterapia, generándose una oportunidad perdida -por ejemplo, en el caso de adicciones, es condición para acceder a los centros ambulatorios un examen psiquiátrico y físico, que podría dar el hospital antes del alta evitando la pérdida de tiempo del paciente.

Con respecto a las lecciones aprendidas, en los últimos meses el Programa tomó la decisión de contar con el apoyo de la División Psicología y la División Salud Mental -autoridades de quien depende la Comisión- para la resolución de dificultades tales como:

- Falta de registro de datos de intentos de suicidio en Guardias, perdiendo la oportunidad de registro y derivación;
- Intervención en los casos de altas anticipadas sin la evaluación de riesgo y sin turno para Salud Mental dentro de esa semana;
- A pesar de las diferentes capacitaciones e información constante brindada a otros equipos, continúa el desconocimiento del modo de proceder ante estos casos.

En esta línea, el Programa se propone:

- Trabajar con las Guardias para sensibilizar a los médicos y enfermeros en la temática del intento de suicidio, los cuidados iniciales y el resguardo de la vida del paciente;
- Continuar con la socialización del flujograma de atención en los tres niveles de atención;
- Realizar reuniones periódicas con miembros claves de los hospitales, sobre los equipos psicosociales que abordan los casos de intentos en Guardias y consultorios;
- Comunicar a las autoridades la necesidad de aumentar el recurso humano en psiquiatría, ya que no todos los hospitales cuentan con estos profesionales y menos en las Guardias.

POSTVENCIÓN COMUNITARIA⁹⁹

Destinatarios de la intervención: Adolescentes / Adultos/as

Institución ejecutora: Comisión Interdisciplinaria del Programa Provincial de Prevención de Suicidio, Ministerio de Salud Pública de San Juan y equipos locales

Contexto de la experiencia: Estrategia

Localización: Departamento de Valle Fértil, Provincia de San Juan

Escala: Municipal

Período de implementación: Año 2012

¿POR QUÉ LO HACEN? ¿QUÉ BUSCAN?

La Comisión Interdisciplinaria del Programa Provincial de Prevención de Suicidio de San Juan lleva a cabo, desde el 2012 a la actualidad, intervenciones de postvención implementadas directamente por el Programa y, también, a partir del acompañamiento y la supervisión de los equipos locales.

En este marco, describimos a continuación una experiencia de postvención que implementamos en el Departamento de Valle Fértil en el año 2012 y que, consideramos, visibiliza nuestra propuesta y modalidad de trabajo. A la fecha de esta intervención no se encontró ningún material bibliográfico ni relato de experiencia, por lo que todo lo descrito fue inédito en su diseño e implementación.

Valle Fértil se encuentra en el extremo noreste de la provincia, a 260 kilómetros del gran San Juan, y tiene 7221 habitantes según datos de INDEC 2010. Es una comunidad que ha crecido un 58% en relación a los datos del censo anterior, y que desarrolla una amplia gama de actividades turísticas (turismo científico, recreativo, ecológico, deportivo y de aventura) concentradas en torno al Parque Nacional Ischigualasto, conocido también como "Valle de la Luna".

La tasa de suicidios para la provincia de San Juan entre los años 2011 y 2013 fue de 7,4 (Fuente: Diego Fleitas, en base a estadísticas oficiales del Ministerio de Salud de la Nación). Los casos de Valle Fértil representaban una tasa de 41 en proporción a su población estimativa en febrero 2012, muy por encima de la media provincial, lo que generó una especial preocupación y la necesidad de desplazar el Programa Provincial de Prevención de Suicidio hacia el Valle.

A partir de tres suicidios consumados en el Departamento durante el mes de febrero de ese año, tomamos contacto con el equipo local a fin de ofrecer acompañamiento y poder planificar acciones de postvención. Resultaba preocupante el número de casos en una pequeña población, cuya repercusión podría tomar aún dimensiones mayores considerando la alta densidad de las redes sociales en un "pueblo chico".

Teníamos conocimiento de que, a partir del primer suicidio, la comunidad conmovida imprimió remeras con el rostro del fallecido, que se utilizaron en el marco de un evento deportivo (carrera de bicicletas) como una forma de destacar lo acontecido, generando múltiples e impredecibles impactos en la comunidad. También había tenido lugar un mal manejo de los medios de comunicación que alimentaron los rumores, lo que produjo comentarios detallados, inexactos e irrespetuosos con las familias.

Objetivo general:

Reducir el impacto comunitario de suicidios consumados en el Departamento Valle Fértil en febrero de 2012.

Objetivos específicos:

- Empoderar y reposicionar al Hospital Dr. Alejandro Albarracín y servicios de Salud Mental local como dispositivos y espacios de salud;
- Activar nodos de la red local y favorecer la articulación intersectorial;
- Concientizar a la población sobre el suicidio como problema de salud y comunicar señales de alerta;
- Comprometer a los medios de comunicación locales en la comunicación responsable de eventos consumados;

⁹⁹ Autoras: Lic. María de los Ángeles Pérez, Lic. Karina Más, Lic. Celeste Uñac, Lic. Marcela Guerrero, Lic. Ana Lía Zimmermann y Mag. María Eugenia Moreno.

- Capacitar a docentes, policías y otros actores de la comunidad;
- Formar residentes y equipos intervinientes para descentralizar el accionar del Programa.

¿CÓMO LO HACEN?

Las acciones descritas a continuación se ejecutaron a través de la Comisión Interdisciplinaria del Programa Provincial de Prevención de Suicidio integrada, en ese momento, por psiquiatras, psicólogos, enfermeras y trabajadoras sociales, con la incorporación de residentes en formación (psicología y trabajo social) convocados para esta intervención.

Acciones:

- *Primer contacto: recolección de información.* El primer contacto siempre lo realiza un equipo mínimo con el objetivo de recabar la mayor cantidad de información relevante a los fines de poder construir un plan. Para ello, se planificó un primer contacto con el equipo local: un equipo mínimo de dos integrantes (una trabajadora social y una psicóloga) viajó a Valle Fértil para reunirse con el equipo de Salud Mental del hospital. Éste contaba con un equipo especializado en adolescencia que venía desarrollando actividades de prevención y promoción de la salud para jóvenes e, incluso, contaba con un espacio físico especial denominado “La casita del adolescente”, financiado a partir de un proyecto concursado y ganado en una convocatoria nacional. Este equipo comprometido se encontraba desconcertado y afectado por lo acontecido.
- *Diseño de un cronograma y conformación del equipo.* Se planificó asistir durante dos días (lunes y martes) con un equipo de dos profesionales que se trasladarían 260 kilómetros para llegar al lugar y desarrollar diversas actividades durante esas 48 horas.
- *Conformación del equipo interviniente en el gran San Juan y traslado a Valle Fértil.* Se convocó e integró a residentes de las áreas psicosociales, se realizó una reunión de planificación y se gestionó alojamiento, comida y transporte para el equipo con recursos del Ministerio.
- *Diferenciación de las actividades según el grupo destinatario.* Se decidió trabajar con: el equipo del hospital, medios de comunicación, iglesia, escuela, padres que habían constituido una ONG y policía.
- *Reunión con el grupo VIDA.* Ante los hechos la comunidad de Valle Fértil se había movilizado y conformado la ONG “VIDA” (“Vallistas integrados desde el amor”), con quienes generamos sinergia en las acciones. Se realizó una reunión a la que asistieron padres, docentes, religiosos y otras personas de la comunidad, y donde se dio lugar a la expresión de inquietudes, temores e ideas para concretar. La ONG tenía pensada una actividad comunitaria: una fiesta en la plaza con juegos y concursos, donde cada participante adolescente tendría que anotarse en las actividades con un familiar (papá, mamá u otro adulto de confianza) con el fin de fomentar vínculos y compartir en familia. El proyecto surgió a partir de una propuesta encontrada en el buzón de ideas que habían colocado previamente en la plaza del pueblo.
- *Taller con los medios de comunicación.* Se citó a los responsables de dos radios y el único canal de televisión, pero ninguno concurrió a la reunión. Teníamos conocimiento de que los mismos no estaban a cargo de profesionales de las ciencias de la comunicación, lo que probablemente hacía que no ponderaran la necesidad de nuestro trabajo conjunto. Frente a la ausencia de asistentes conformamos un equipo mínimo (psiquiatra, psicóloga y trabajadora social) y nos dirigimos al canal y a ambas radios. Fuimos recibidos cordialmente y tuvimos la posibilidad de intercambiar al aire y fuera de él. Entregamos copias del convenio que, para ese entonces, ya habían firmado los medios de comunicación de la provincia con el Ministerio de Salud. Se abordaron las pautas de la OMS para la transmisión responsable de eventos consumados. Se mencionó dónde recurrir ante señales de alerta, se difundieron los nombres de los profesionales de psicología y psiquiatría y los días y horarios de atención, visibilizando los recursos sanitarios locales.
- *Reunión con el equipo de salud local.* Se puntualizaron situaciones individuales de los casos (tres jóvenes sin una vinculación familiar o afectiva, por lo menos en apariencia), los abordajes clínicos y los planes de seguimiento. Se trabajaron los sentimientos de desconcierto e impotencia y se planteó la necesidad de empoderar y reposicionar al equipo psicosocial.
- *Reuniones internas del equipo externo interviniente.* Se realizaron varias reuniones para consensuar decisiones, organizar material a entregar (folletería, protocolos, copias del convenio).

También fue importante la puesta en común de las impresiones personales y grupales, el intercambio y el surgimiento de soluciones creativas a las dificultades que se fueron presentando.

- *Otras acciones posteriores.* Durante los meses siguientes se brindaron capacitaciones al equipo de la Guardia del hospital, docentes y miembros de la policía, desarrolladas en encuentros de única vez con modalidad de taller y entrega de material teórico (SUPRE, Suicide Prevention OMS, 2011). También se realizaron acciones de gestión que permitieron la incorporación de un psicólogo para reforzar el equipo del hospital.

¿CON QUIÉNES LO HACEN?

Se destaca como estrategia clave el trabajo interdisciplinario e intersectorial. En este sentido, las estrategias de intervención en postvención deben adecuarse a la realidad y la historia del suceso, a los recursos disponibles y los actores y referentes intervinientes.

En este sentido, la experiencia de Valle Fértil apuntó a activar nodos de la red sanitaria local y, al mismo tiempo, favorecer la articulación intersectorial y concientizar a la población sobre el suicidio como problema de salud. Partiendo de esta línea, el Programa intervino a partir de la articulación y planificación conjunta de las acciones con los diversos actores locales.

¿QUÉ LOGRARON?

A partir de la experiencia y articulación con diversos actores y sectores, el Programa elaboró un protocolo de postvención, que se implementa en la actualidad y que puede ser brevemente resumido en los siguientes ejes:

- La estrategia de postvención es siempre distinta: se adecúa a la realidad y la historia del suceso, a los recursos disponibles y los actores y referentes intervinientes. La planificación e implementación del cronograma es siempre una construcción entre el Programa y los efectores locales, que exige acciones interdisciplinarias e intersectoriales: el trabajo es siempre en equipo. En este sentido, ante la detección de un evento los equipos locales deben notificar al Programa para que pueda tener registro del mismo (y contar, así, con estadísticas de suicidios consumados actualizadas semanalmente minimizando los subregistros) y se garantice el acompañamiento en la implementación de las estrategias.
- De la experiencia y el intercambio con colegas aprendimos que el momento para intervenir es, estimativamente, dentro de los primeros dos meses, durante el tiempo de la afectación. El suicidio suele generar estigma y silencios que, transcurrido el tiempo, tienden a encriptarse y guardarse cada vez más. Este hecho obtura la viabilización de procesos de duelo normales, obrando el silencio como cómplice de la negación y el atravesamiento de etapas deseables. En el momento del shock emocional inicial, los afectados abren su intimidad a profesionales y equipos que asisten a su entorno, siendo innegable lo ocurrido, impidiendo tapar y ocultar la experiencia en curso. Se abre una ventana de acceso para procurar la ayuda y nos permite acceder y direccionar en un sentido saludable el acontecer emocional de personas y grupos.
- Otra recomendación es tender a que las intervenciones sean durante los inicios de la semana: no se recomienda realizarlas los viernes o días previos a feriados o recesos, sobre todo si hablamos de jóvenes dolientes y afectados por una pérdida cercana. El fin de semana no permite la observación directa del docente en el cursado habitual, ni de los equipos de salud en su respuesta inmediata. Nuestra primera experiencia de postvención fue con compañeras de curso de una adolescente que se suicidó en una plaza. La intervención se realizó un día viernes y, durante ese fin de semana, hubo dos intentos de compañeras de la persona fallecida.
- El abordaje de los sobrevivientes implica identificar al entorno involucrado (familia, grupos de pares e instituciones en las cuales pudo haber participado, como escuela y club), realizar un diagnóstico de situación, identificar a los más afectados y evaluar si requieren apoyo individual o algún abordaje específico.
- Se debe elaborar un plan de intervención que contemple las distintas acciones (entrevista, taller, orientación, etc.) destinadas a los diferentes entornos identificados.
- Dentro de este plan de intervención, tienen que incluirse las funciones de asesoramiento (garantizar un espacio donde se pueda escuchar, comprender y orientar a familiares de la persona

fallecida y a la comunidad en la elaboración de la situación) y seguimiento (proceso que deben ejercer los responsables de los centros de salud sobre las actividades y/o tareas realizadas en torno a la problemática).

- Además, es fundamental visibilizar los recursos con los que cuenta la comunidad para el abordaje de la problemática.
- En caso de realizar talleres, es importante que la planificación e implementación de la actividad esté a cargo de un equipo interdisciplinario.
- Una consideración fundamental es cuidar estrictamente de no exponer datos de la vida personal de los fallecidos y sus familias en talleres, medios de comunicación, escuelas. Se trata siempre de evitar detalles, hipótesis y juicios de valor. Se recomienda: corregir si este contenido surge en contextos grupales, buscando ser celosos de la intimidad de los dolientes y el fallecido; e informar y dar recomendaciones en términos generales.
- Se debe considerar el impacto emocional y la resonancia afectiva en el equipo interviniente, por lo que se recomienda hacer un espacio de debriefing luego de cada intervención. El debriefing es una técnica destinada a cerrar e integrar acontecimientos potencialmente traumáticos, introduciendo a su vez aprendizajes emocionales y técnicos. Debe realizarse al menos 72 horas después de dicho acontecimiento, con una duración aproximada de dos horas, y una revisión posterior transcurridas ocho semanas. Se basa principalmente en diferenciar hechos de pensamientos, interpretaciones y emociones: reconstruirlos de forma coherente y ordenada, tomar conciencia de ellos, nombrarlos, reconocerlos y acotarlos, para impedir que invadan a la persona que ha vivido el acontecimiento potencialmente traumático, y aprenda a gestionar sus recuerdos y emociones, dejándolos en el pasado y continuando con su vida hacia adelante.

CAPACITACIONES INTERSECTORIALES PARA EL ABORDAJE INTEGRAL DEL SUICIDIO¹⁰⁰

Destinatarios de la intervención: Adultos/as

Institución ejecutora: Comisión Interdisciplinaria del Programa Provincial de Prevención de Suicidio, Ministerio de Salud Pública de San Juan

Contexto de la experiencia: Programa

Localización: Provincia de San Juan

Escala: Provincial

Período de implementación: Año 2012 a la actualidad

¿POR QUÉ LO HACEN? ¿QUÉ BUSCAN?

La Comisión Interdisciplinaria del Programa Provincial de Prevención de Suicidio de San Juan implementa, sus inicios a la actualidad, acciones destinadas a desarrollar cada una de sus áreas: Asistencia en intentos de suicidio y postvención en suicidios consumados, Comunicación, Registro y Capacitación.

En este marco, el Programa diseña, planifica e implementa numerosas intervenciones de capacitación bajo la modalidad de jornadas y talleres, destinadas a equipos de salud y otros sectores, con los siguientes objetivos:

Objetivo general:

Capacitar a equipos de salud y a diferentes actores sociales de diversos ámbitos sobre promoción de la salud y prevención de suicidio, brindando herramientas y estrategias de abordaje que permitan actuar de manera adecuada al momento de un evento.

¹⁰⁰ Autoras: Lic. María de los Ángeles Pérez, Lic. Karina Más, Lic. Celeste Uñac, Lic. Marcela Guerrero, Lic. Ana Lía Zimmermann y Mag. María Eugenia Moreno.

Objetivos específicos:

- Difundir la temática del suicidio para sensibilizar y concientizar política y socialmente a los diferentes sectores involucrados;
- Realizar jornadas de actualización de aspectos teóricos y prácticos;
- Fortalecer la red que sirve de apoyo y continuidad en la asistencia integral de casos de riesgo;
- Instruir en primeros auxilios psicológicos para el abordaje inmediato del sujeto en crisis y su entorno;
- Generar un espacio de reflexión para aclarar inquietudes, compartir experiencias y brindar sugerencias, que fortalezca la capacitación.

¿CÓMO LO HACEN?

El Programa trabaja desde un enfoque integral, interdisciplinario, interinstitucional e intersectorial, por lo que las capacitaciones efectuadas se han llevado a cabo en diferentes ámbitos de la provincia: Ministerio de Salud Pública (equipos de salud de hospitales generales y centros del primer nivel de atención); Ministerio de Educación (niveles primario, secundario y universitario); Policía y Fuerzas de Seguridad; Centro Integral de Seguridad y Emergencia 911; Dirección de Niñez, Adolescencia y Familia, Área Mujer, Dirección Provincial de Adicciones, Ministerio de Desarrollo Humano y Promoción Social; Colegio de Psicólogos de la Provincia de San Juan, entre otros.

Las jornadas y talleres se realizan según la demanda y solicitud de los interesados: se recepciona el pedido por nota formal y luego se realiza una reunión de coordinación y planificación de la actividad a desarrollarse.

Se registra un aumento en la demanda de diferentes actores de la provincia ante el incremento de casos de intento de suicidio, sobre todo en la población juvenil. También se han organizado instancias de sensibilización y capacitación tanto en promoción de salud como en postvención, según el criterio de evaluación del Programa ante la detección de contextos de mayor vulnerabilidad.

Asimismo, se llevaron adelante acuerdos entre los diferentes medios de comunicación provincial y el Ministerio de Salud Pública para que el tratamiento de la problemática del suicidio respete los lineamientos de la Organización Mundial de la Salud. También se realizaron talleres de capacitación a alumnos avanzados de la carrera de Comunicación de la Universidad Nacional de San Juan. Esta línea de trabajo permitió que, ante cada situación conflictiva masiva presente en la provincia, está garantizada la presencia del Programa en los medios de comunicación para visibilizar la problemática y sensibilizar, informar y concientizar a la población.

¿CON QUIÉNES LO HACEN?

La Comisión Interdisciplinaria, ente encargado de llevar a cabo los lineamientos del Programa, articula con los equipos locales de primer nivel de atención y hospitales, Unidades Móviles de Adicciones, escuelas, residencias de Desarrollo Social, comisarías, referentes barriales y medios de comunicación, entre otros actores.

En esta línea, las acciones de capacitación implementadas se realizan de forma interdisciplinaria y favoreciendo un espacio de intercambio y encuentro entre los miembros del Programa y los actores sociales involucrados que pertenecen a otros ámbitos.

¿QUÉ LOGRARON?

Un aspecto de importancia es el armado y consolidación de redes con los equipos de salud de los diferentes departamentos de la provincia, que fueron debidamente sensibilizados y capacitados en la temática y realizaron acciones de prevención individual y comunitaria a nivel local.

La capacitación continua de los recursos, tanto sanitarios como de otros sectores, impactó en una mayor concientización comunitaria de la problemática lo que permitió, al mismo tiempo, sistematizar el circuito de intervención a partir de la implementación de abordajes integrales.

De esta forma, se continúa promoviendo la accesibilidad de la comunidad (en especial, de los adolescentes) al sistema de salud, la disponibilidad en la atención, la información oportuna y el compromiso de los efectores en la prevención y el abordaje integral del suicidio.

PROGRAMA PROVINCIAL DE PREVENCIÓN Y ABORDAJE DE CONDUCTA SUICIDA

Destinatarios de la intervención: Adolescentes / Adultos/as

Institución ejecutora: Programa Provincial de Prevención y Abordaje de Conducta Suicida, División de Salud Mental, Ministerio de Salud Pública

Contexto de la experiencia: Programa

Localización: Provincia de Tucumán

Escala: Provincial

Período de implementación: Año 2009 a la actualidad

¿POR QUÉ LO HACEN? ¿QUÉ BUSCAN?

El Programa Provincial de Prevención y Abordaje de Conducta Suicida tiene como uno de sus objetivos la consolidación de un sistema de vigilancia epidemiológica para avanzar en la caracterización de la problemática en la provincia y, en función de la información relevada y analizada, diseñar capacitaciones, redistribuir recursos para la intervención y fortalecer redes intersectoriales.

En simultáneo, el Programa promueve la unificación de criterios para el abordaje integral y, en este sentido, diseñó una Guía Clínica para la Prevención y el Manejo de la Conducta Suicida, y realiza capacitaciones sobre su implementación a efectores de salud en primer nivel de atención y hospitales.

La priorización del abordaje comunitario es, asimismo, un eje de esta experiencia. Por esta razón, el Programa trabaja con los referentes de Salud Mental por área sanitaria en el primer nivel de atención y hospitales, y desarrolla las estrategias de articulación en red y capacitaciones intersectoriales.

¿CÓMO LO HACEN?

En relación al circuito de información, el Programa diseñó e implementó una planilla de registro de vigilancia epidemiológica de la conducta suicida. Este instrumento es completado por los profesionales en primer nivel de atención y hospitales ante la intervención en un caso, los referentes de Salud Mental centralizan las fichas y notifican al Programa: de manera inmediata los suicidios consumados (desde el año 2016) y a mes vencido las ideaciones e intentos (desde 2014).

Asimismo, se destaca como punto de innovación la planilla de registro de postvención en suicidio consumado, que el Programa diseñó este año en conjunto con la Dirección de Epidemiología del Sistema Provincial de Salud, y que está comenzando a implementar.

Estos instrumentos, sumados a la priorización de la estrategia de articulación intersectorial, le permitieron al Programa consolidar un circuito de información que, al mismo tiempo, posibilita la optimización del circuito de intervención integral (prevención, atención, seguimiento y postvención).

En esta línea se diseñó, también este año, una planilla de registro de trabajo intersectorial: un instrumento para relevar y sistematizar las acciones implementadas por diversos actores (Educación, Desarrollo Social y Salud) en relación al caso abordado. Dicho instrumento, junto con la conformación y el fortalecimiento de las mesas de trabajo intersectoriales locales, se perfilan como estrategias claves para garantizar intervenciones integrales.¹⁰¹

¹⁰¹ Se adjuntan en el Anexo los siguientes instrumentos elaborados en el marco de esta experiencia: "Planilla de registro de vigilancia epidemiológica de la conducta suicida", "Planilla de registro de postvención en suicidio consumado" y "Planilla de registro de trabajo intersectorial".

ORIENTACIONES PARA LA INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN SITUACIONES COMPLEJAS¹⁰²

Destinatarios de la intervención: Adultos/as

Institución ejecutora: Subsecretaría de Equidad y Calidad Educativa, Ministerio de Educación de la Nación

Contexto de la experiencia: Programa / Política / Acción

Localización: República Argentina

Escala: Nacional

Período de implementación: Años 2013 a 2015

¿POR QUÉ LO HACEN? ¿QUÉ BUSCAN?

Los altos índices de suicidio e intento de suicidio en regiones de alta vulnerabilidad psicosocial -como NOA, NEA y Patagonia-, con reiteradas secuencias de hechos de violencia autoinfligida y desvalimiento presentes en especial en adolescentes y jóvenes, requerían de una intervención nacional que capacitara y formara a los equipos docentes y de agentes de salud, así como a médicos de emergencias y equipos de trabajo social para que pudieran aplicar con la mayor rapidez estrategias de contención, sostén y asistencia a personas en vulnerabilidad, sus grupos familiares y perifamiliares (amigos, compañeros de trabajo, vecinos).

En este marco se conformó, en el año 2013, un equipo para asistir a equipos de psicólogos y docentes que atendían y estaban en contacto permanente con la población en riesgo en la localidad de Jujuy y alrededores.

Las intervenciones, como así también las reuniones de equipo para la formulación de documentos realizadas en el Ministerio de Educación de la Nación, se enfocaron en dirigir en forma constante a los equipos de trabajo en campo durante un año y medio, hasta la redacción y presentación de la *Guía Federal de Orientaciones para la Intervención Educativa en Situaciones Complejas Relacionadas con la Vida Escolar 1 y 2* de la Dirección de Equidad y Calidad Educativa (2014a; 2014b) del Ministerio de Educación de la Nación (Lic. Gabriel Brener).

En el análisis situacional se llegó a conclusiones sobre los factores que favorecen la vulnerabilidad psicosocial que, en especial, se concentraban en: disgregación familiar, desvalimiento infantil y adolescente, pérdida de referentes familiares y/o sociales y ausencia de construcción de proyectos de vida sustentables.

En lo personal, el trabajo que venía realizando en investigación sobre impacto y derivación de eventos de suicidio hacían resaltar la emergencia en dispositivos de fortalecimiento familiar y perifamiliar inmediatos y, a largo plazo, como modelo de prevención y reconstrucción psicosociales imperiosos.

Mi trabajo constante desde 2002 en el Centro de Atención al Familiar del Suicida Buenos Aires como en la Asociación Argentina de Salud Mental y actualmente como Pte. de la Sección Suicidio y Autolesiones de la World federation for Mental Health y en las distintas comisiones del Ministerios de Salud de la Nación desde el Primer Programa de Prevención del Suicidio 2007, los Lineamientos para la atención de los intentos de suicidio del Plan NACER del Programa de Salud Integral del Adolescente del MSN, Indicaciones para comunicación responsable para Medios de Comunicación de la Defensoría del Público, entre otros, me ha permitido estar al tanto de las dificultades en la transmisión de formación y la carencia de profesionales idóneos en las instancias de aplicación específicas.

Objetivo general de la experiencia:

Sistematización del circuito de intervención educativa en situaciones complejas, a partir de la elaboración y publicación de la *Guía Federal de Orientaciones para la Intervención Educativa en Situaciones Complejas Relacionadas con la Vida Escolar* (Ministerio de Educación de la Nación, 2014a; 2014b), y de la implementación de dispositivos de capacitación para docentes desde la Subsecretaría de Equidad y Calidad Educativa del Ministerio de Educación de la Nación.

102 Autora: Dra. Diana Altavilla. Ph.D. Doctora en Psicología por la Universidad del Salvador. Miembro de: Grupo de Investigación sobre Lo Disruptivo y/o el Psicoanálisis del Doctorado en Psicología USAL-APA; International Association from Suicide Prevention; Presidente Capítulo Suicidio y Prevención de la Asociación Argentina de Salud Mental; Sección Suicidio y Autolesiones de la World Federation from Mental Health; Comisión de Expertos del Ministerio de Salud de la Nación en varios documentos nacionales 2007-2019.

Objetivo específico:

Fortalecer los equipos escolares en zonas de alta vulnerabilidad y aumento de índices de suicidio, en especial en comunidades de Jujuy.

¿CÓMO LO HACEN?

El 10 de junio de 2013 se realizó una primera reunión con los representantes de las jurisdicciones de Buenos Aires, Corrientes, Formosa, Jujuy y La Pampa. El 8 de julio se realizó una segunda reunión con el mismo criterio que la anterior en la que participaron Buenos Aires, Entre Ríos, Corrientes, Formosa, Jujuy, La Pampa, Neuquén y Río Negro. El 26 de julio se realizó una tercera reunión a la que se convocó a todas las jurisdicciones, y asistieron representante de Buenos Aires, CABA, Chaco, Córdoba, Corrientes, Chubut, Entre Ríos, Formosa, Jujuy, La Pampa, La Rioja, Río Negro, Misiones, San Luis, Santa Fe y Tucumán.

Las ideas expuestas se encuentran desarrolladas en el documento construido colectivamente con los referentes provinciales y la coordinación del equipo nacional en el marco del Ciclo de Desarrollo Profesional para Equipos de Apoyo y Orientación a las escuelas, organizado por la Subsecretaría de Equidad y Calidad Educativa del Ministerio de Educación de la Nación.

Las acciones implicaron un seguimiento detallado de los actores en cada región donde se hubo actuado en capacitación, quedando claramente definidos la importancia y el valor que los trabajadores manifestaban en cada región y zona de alta vulnerabilidad de profesionales con quienes supervisar sus trabajos y ser guiados y contenidos en una temática que generaba fragmentación permanente en los equipos y fatiga (burnout), con el consecuente abandono de tareas.

¿CON QUIÉNES LO HACEN?

Entre los actores claves de la experiencia se encontraron la Subsecretaría de Equidad y Calidad Educativa, el Programa de Educación Sexual Integral y el Programa de Inclusión Democrática en las Escuelas del Ministerio de Educación de la Nación.

Los siguientes especialistas e instituciones fueron consultados sobre los contenidos trabajados: CTERA, SENAF, INADI, RENAR (sobre presencia o sospecha de armas en las escuelas), Lic. Sergio Balardini (sobre hostigamiento en redes sociales) y Lic. Diana Altavilla (sobre suicidio adolescente).

Se trabajó a partir del establecimiento de redes en forma de bloques, que se accionaban en su trabajo cotidiano y elevaban sus sugerencias y relevamientos en forma constante a las redes más amplias. Las mesas intersectoriales se pusieron en acción durante más de un año de duración luego del proceso inicial.

¿QUÉ LOGRARON?

Los monitoreos estuvieron a cargo de los coordinadores del Plan de Acción; los resultados parciales se socializaron en la presentación de la Guía Federal.

Se alcanzó a implementar un 70% de las acciones que en principio se pautaron como posibles, dada la suspensión de trabajos de capacitación por problemáticas sociopolíticas coyunturales y ajenas a la Dirección de Equidad Educativa.

Como punto de innovación de la experiencia se destacó la forma de articulación entre todos los equipos en reuniones macro y micro, algo que antes de la aplicación del proyecto no había sido realizado o había quedado sólo en intenciones formalizadas en escritos pero no ejecutadas.

En este sentido, la Guía Federal remarca como fundamental el armado de redes interinstitucionales para garantizar abordajes integrales de problemáticas complejas. En esta línea, el actual trabajo en la escuela demanda, como condición, la articulación con otros organismos gubernamentales y no gubernamentales, ya que la tarea de educar en nuestra época trasciende la oposición entre "enseñar" y "asistir": requiere una escuela que rompa el aislamiento y trabaje en red con otras organizaciones, una red que asuma la corresponsabilidad en la promoción y restitución de derechos de todo niño, adolescente y adulto. Es así que, con frecuencia, los equipos de orientación intervienen no sólo en las instituciones escolares sino también en otras instituciones que acompañan y favorecen las trayectorias educativas de los estudiantes en relación con los ámbitos de salud, desarrollo social, justicia, entre otros.

De esa manera, a partir de la articulación intersectorial se da curso al seguimiento y se evita que la derivación se traduzca en un “desentenderse” del problema. Las instituciones de los ámbitos de Salud, Infancia y Justicia deben ser aliadas imprescindibles a la hora de pensar abordajes integrales.

¿QUÉ OBSTÁCULOS HAN ENCONTRADO?

Fue claro para los profesionales con más años de formación y experiencia que los problemas se repetían en el tiempo: ausencia de coordinación a largo plazo y de sustentabilidad en la transmisión de los documentos y lineamientos formalizados. Aún en la actualidad, muchos actores sociales implicados en la tarea en forma directa -docentes, etc.- desconocen la existencia de estos documentos. Ante esta situación, es menester un incremento de la transmisión directa de las conclusiones, avances, resultados, etc. de cada acción emprendida.

Asimismo, la fatiga en los actores sociales fue, a mi parecer, el mayor obstáculo. Los cambios producidos en los referentes de las políticas nacionales y/o provinciales reducen el caudal de capacidad operativa que los equipos tienen para trabajar en un cambio estructural. Es necesario formar equipos que no fluctúen a lo largo del tiempo, que conformen una base estable para los logros a largo plazo.

ANEXOS

Documento de actuación en ideación e intento de suicidio de adolescentes para profesionales de APS y hospitales / Posadas, Provincia de Misiones (p.104)

Ruta para la atención del intento de suicidio (p.104)

Flujograma Intento de Suicidio (p.105)

Intentos de suicidio: procesos de atención por guardia (p.106)

Ficha de registro (p.107)

Programa Provincial de Prevención y Abordaje de la Conducta Suicida / Provincia de Tucumán (p.108)

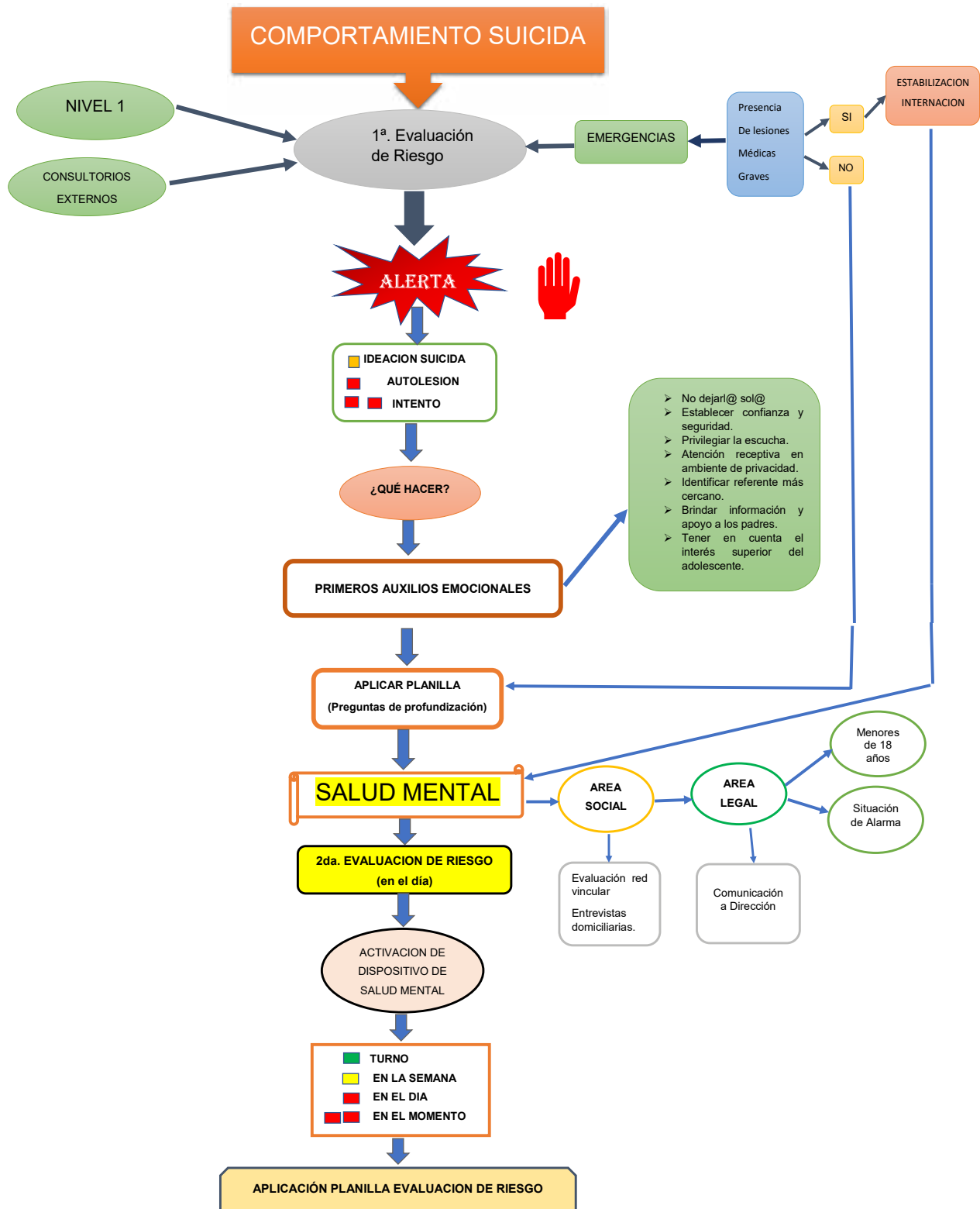
Planilla de registro de vigilancia epidemiológica (p.108)

Planilla de registro de postvención en suicidio consumado (p.109)

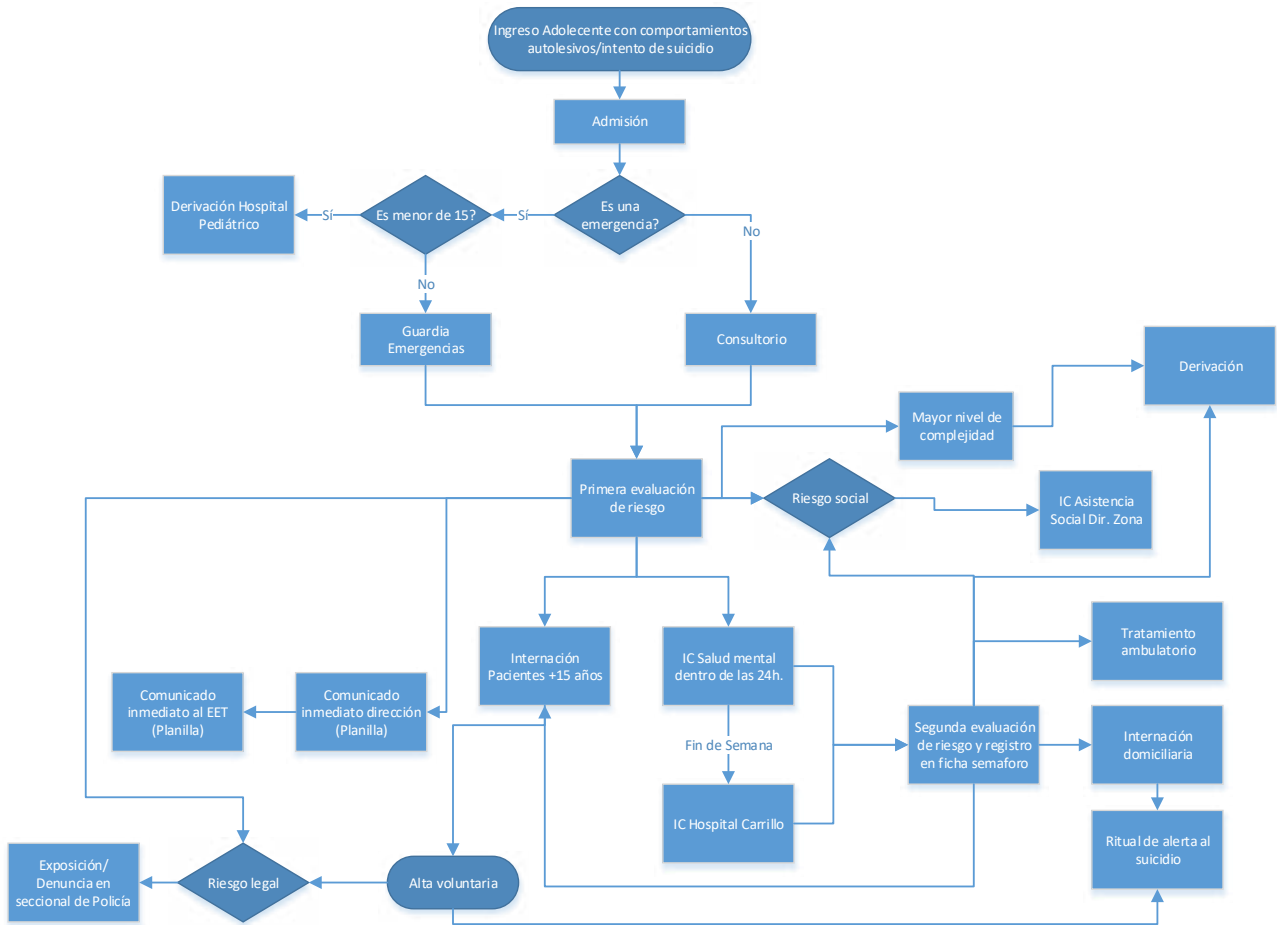
Planilla de registro de trabajo intersectorial (p.114)

DOCUMENTO DE ACTUACIÓN EN IDEACIÓN E INTENTO DE SUICIDIO DE ADOLESCENTES PARA PROFESIONALES DE APS Y HOSPITALES / POSADAS, PROVINCIA DE MISIONES

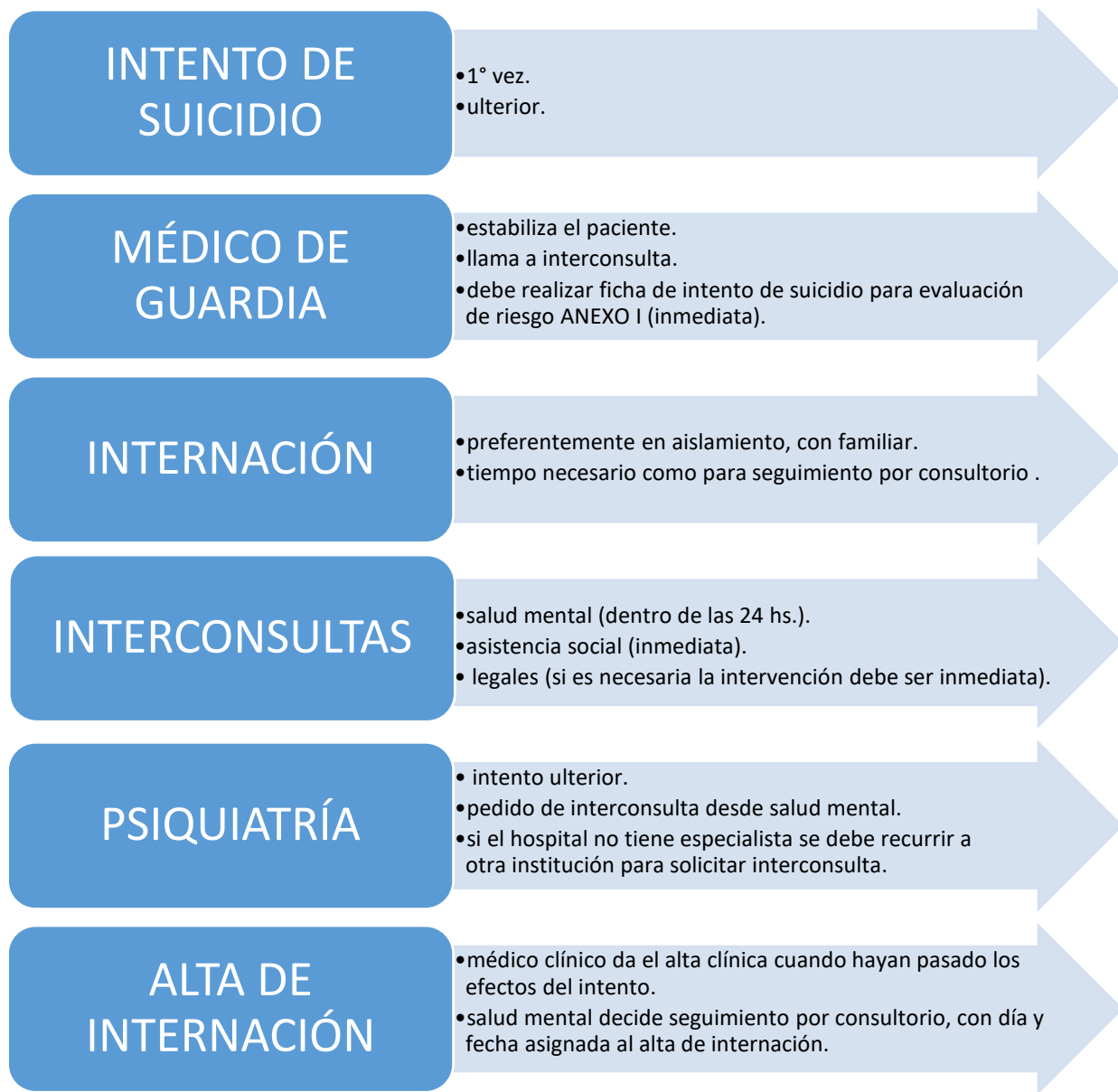
RUTA PARA LA ATENCIÓN DEL INTENTO DE SUICIDIO



FLUJOGRAMA INTENTO DE SUICIDIO



INTENTOS DE SUICIDIO: PROCESOS DE ATENCIÓN POR GUARDIA



FICHA DE REGISTRO

 PROVINCIA DE MISIONES MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DIRECCIÓN ZONA CAPITAL DE SALUD		CAPS Nº:..... H.C. Nº:.....			
APELLIDO Y NOMBRE:			DNI N°:		
DOMICILIO:			TELEFONO:		
FECHA	EDAD	RIESGO	DIAGNÓSTICO	PROX. CONTROL	ASIST. CONTROL

COORD. ZONA CAPITAL

FRENTE

FECHA	EDAD	RIESGO	DIAGNÓSTICO	PROX. CONTROL	ASIST. CONTROL

DORSO

PROGRAMA PROVINCIAL DE PREVENCIÓN Y ABORDAJE DE LA CONDUCTA SUICIDA / PROVINCIA DE TUCUMÁN

PLANILLA DE REGISTRO DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

PLANILLA DE REGISTRO DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE LA CONDUCTA SUICIDA

Nombre del Profesional:

Servicio:

A.P.:

A.O.:

Mes:

Año:

Apellido y Nombre	HC	Edad	Sexo	Método	DNI	Residencia Habitual del Paciente (Dirección - Localidad - Departamento)	Intentos Anteriores	Factores desencadenantes	Contacto por vínculo	Antecedentes Familiares	Estado Civil	Nivel de Instrucción	Atenciones efectuadas

Firma y Sello Profesional

Jefe de CAPS/Servicio

Director de AO

MINISTERIO DE
SALUD PÚBLICA



GOBIERNO DE
TUCUMÁN

PLANILLA DE REGISTRO DE POSTVENCIÓN EN SUICIDIO CONSUMADO



CONSENTIMIENTO INFORMADO

El Ministerio de Salud Pública, a través de la Dirección I de Epidemiología y la Dirección General de Salud Mental y Adicciones, están realizando un estudio para conocer los factores vinculados a la problemática del suicidio en la población de la Provincia de Tucumán.

Solicitamos su colaboración para responder a la Entrevista/Encuesta. Su participación es muy importante porque permitirá conocer distintos aspectos de la atención con respecto a la problemática del suicidio.

Nombre del Entrevistado.....con
D.N.I.....

Con esta información será posible proponer algunas medidas para mejorar la prevención y asistencia de estos casos en el SIPROSA.

La entrevista /Encuesta consiste en un conjunto de preguntas que iré completando a medida que usted responda; solicitamos su autorización para tomar nota de las mismas.

Esta durara aproximadamente 30-45 minutos.

La información que usted brinde será manejada con absoluta confidencialidad, esto es, nadie fuera de este estudio tendrá acceso a la información, según lo propone la Ley Nº 25.632.

No hay beneficios directos por responder a la entrevista.

Su participación es voluntaria y libre. Ud. no recibirá pago ni otro tipo de compensación económica por la misma.

Manifiesto que por propia voluntad voy a colaborar con el procedimiento de autopsia psicológica, habiendo comprendido y aprobado lo mencionado con anterioridad.

Firma del entrevistado:

Aclaración:

DNI:

Firma y sello del Profesional:

Fecha: / /



PLANILLA DE POSTVENCION DE SUICIDIO CONSUMADO

Datos personales y socioeconómicos

Fecha de la entrevista...../...../.....

Parentesco de la persona a quien se entrevistó:

Nombre del fallecido

Domicilio del fallecido

DNI..... Edad..... Sexo M F Otro

Estado civil: Soltero Casado Unión de hecho Viudo Divorciado/Separado

Características de la Vivienda del fallecido (Marque una sola opción en cada ítem)

Paredes: Material Adobe Madera Cartón Otro

Pisos: Mosaico Cemento Madera Tierra Ladrillo Otro

Techo: Loza Chapa Teja Cartón Paja Otro

Agua: Corriente Intradomicilio Caño único Caño público Pozo

Excretas: Baño y Cloacas Cámara Séptica Pozo Letrina Cielo Abierto

Baño: Dentro del hogar Fuera del hogar

Cocina: Gas natural Garrafa Leña

Ocupación

Trabajador Desempleado Estudiante

Jubilado Ama de casa Otro:

Tenía trabajo estable SI NO

¿En edad de estudiante? SI NO ¿Estudiaba? SI NO

¿En cuál institución estudiaba?

Obra Social

Con obra social (incluye PAMI)

Solo con servicio de emergencia médica

Con plan de salud privado o mutual

No estaba asociado a nada

Con plan o seguro público

Ns/nc

Nivel de instrucción:

- Analfabeto
- Primaria incompleta
- Secundaria incompleta
- Terciario incompleto
- Universitario incompleto

- Primaria completa
- Secundaria completa
- Terciario completo
- Universitario completo

¿Con quién/es vivía?

- Solo Con sus padres Con cónyuge o pareja Con compañeros de piso
 Con hijo/s menores de 12 años Con hijo/s mayores de 12 años
 Con discapacitados o ancianos Otros (especifique).....

Actividades Recreativas Deportivas Culturales

En su tiempo libre se dedicaba a alguna actividad recreativa o cultural?

	SI	NO
Deporte		
Cine		
Lectura		
Fiestas		

- Viajes
Música
Juegos de rol o videojuegos
Redes sociales

	SI	NO

- Otra: Ninguna

- Perteneía a una ONG o similar Otros (especifique).....

- ¿Tenía amigos? SI NO

- ¿Salía o se juntaba frecuentemente con ellos? SI NO Ns/nc

¿Cuáles eran los aspectos de mayor importancia para el fallecido?

	SI	NO
El trabajo		
La familia		
Aspectos morales		
Culturales		
Bienes materiales		

	SI	NO
La religión		
Los estudios		
La política		
Los deportes		
Los amigos		

- Ninguna Otros (Especifique).....

Aspectos sobre espiritualidad

- Católico practicante
- Protestante practicante
- Musulman practicante
- Judaísmo practicante
- Otro , cual?
- Ns/Nc
-

- Católico no practicante
- Protestante no practicante
- Musulmán no practicante
- Judaísmo practicante
- Otro no practicante
- Ateo o no religioso
- Otro,cual?

Salud

¿Tenía alguna enfermedad crónica? [] SI [] NO [] Ns/nc

En caso afirmativo ¿Cuál/es?

¿Estaba bajo tratamiento por esa enfermedad? [] SI [] NO

¿Tuvo intentos previos de suicidio? [] SI [] NO Si es afirmativa ¿Cuántos?

¿Accedió a asistencia de salud en esas ocasiones? [] SI [] NO

En caso negativo, ¿Cuáles fueron los motivos?

[] Distancia

[] Falta de acompañante

[] Fuera de Horario de atención

[] No hubo un motivo específico

[] Falta de movilidad

[] Falta de dinero

[] Otro:

[] Falta de transporte

¿En qué servicio fue la última vez que tuvo una atención de Salud mental?

.....

Intervenciones de salud/ atención por problemática de consumo

[] Intervenciones anteriores de salud

[] Intervenciones anteriores de salud mental

[] Atención de problemática de Consumo Problemático

¿Había sufrido algún tipo de violencia o acoso? (genero, sexual, laboral, escolar, etc.)

[] SI [] NO [] Ns/nc

Motivos desencadenantes

- | | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | 1. Problemas familiares, separación, abandono |
| <input type="checkbox"/> | 2. Violencia familiar |
| <input type="checkbox"/> | 3. Abuso sexual |
| <input type="checkbox"/> | 4. Adicciones |
| <input type="checkbox"/> | 5. Perdida laboral |
| <input type="checkbox"/> | 6. Perdida de pareja |
| <input type="checkbox"/> | 7. Perdida de familiar o ser querido |
| <input type="checkbox"/> | 8. Excluido del grupo familiar |
| <input type="checkbox"/> | 9. Trastorno mental asociado: depresión, bipolaridad, esquizofrenia, psicosis, etc. |
| <input type="checkbox"/> | 10. Otros (especificar)..... |

¿Consumía alguna sustancia psicoactiva? [] SI [] NO

Si la respuesta es afirmativa, ¿Cuál de los siguientes?

[] Múltiples drogas [] Alcohol [] Marihuana [] Cocaína

[] Sedantes [] Morfina [] Alucinógenos [] Tabaco [] Disolventes

Otros:

Método empleado

- | | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | 1. Ahorcamiento |
| <input type="checkbox"/> | 2. Arma de fuego |
| <input type="checkbox"/> | 3. Intoxicación medicamentosa |
| <input type="checkbox"/> | 4. Envenenamiento autoinflingido (plaguicidas, insecticidas, etc.) |
| <input type="checkbox"/> | 5. Salto al vacío |
| <input type="checkbox"/> | 6. Arrojar o colocarse delante de un objeto en movimiento |
| <input type="checkbox"/> | 7. Cortes |
| <input type="checkbox"/> | 8. Uso de humo, fuego o llamas |
| <input type="checkbox"/> | 9. Otros (especificar)..... |

¿A qué hora ocurrió el hecho? Hs. (en formato de 0 a 24 horas)

Antecedentes Legales [] SI [] NO

Antecedentes familiares de psicopatología [] SI [] NO

Otras observaciones:

FINALIZACION DELA ENTREVISTA:

Considerando el impacto que produce una muerte por suicidio y las dificultades observadas en la elaboración de este tipo de pérdidas, se sugiere informar al entrevistado sobre la disponibilidad de atención gratuita en salud mental en el ámbito del SIPROSA, para él o su familia, y los servicios disponibles en su territorio.

PLANILLA DE REGISTRO DE TRABAJO INTERSECTORIAL

Datos del Niño, Niña o Adolescente

Apellido y Nombre:	
Edad:	
Fecha de Nacimiento:	
DNI:	
Domicilio:	
Centro de Salud al que pertenece:	
Domicilio del mismo:	
Familiar responsable:	Apellido y Nombre:
	Filiación: Celular:
ESCUELA :	
Domicilio / Localidad:	
Curso / Turno:	

Datos del Solicitante de Intervención

Apellido y Nombre: Jefa del Equipo:	
Profesional interviniente:	
Institución en la que Trabaja:	
Teléfono de Referencia:	
Horarios:	
<u>Motivo de la Solicitud / Situación del Niño, Niña o adolescente:</u>	
FACTORES DE RIESGO SOCIALES:	
Violencia Familiar	<input type="checkbox"/>
Abandono Familiar	<input type="checkbox"/>
Abuso Sexual	<input type="checkbox"/>
Ideación suicida	<input type="checkbox"/>
Tentativa Suicida Previas	<input type="checkbox"/>
Ant. de Suic. de Familiares	<input type="checkbox"/>
Enfermedad Física / Mental	<input type="checkbox"/>
Perdidas de familiares	<input type="checkbox"/>

Estrategias Implementadas Hasta el Momento:

SASE:

GPI:

SERVICIO LOCAL /DIRECCION DE NIÑEZ:

SIPROSA.

TURNO.

TRATAMIENTO/ ABANDONO.

Antecedentes de intervenciones previas:

Contexto y Recursos Sociales:

Primera Intervención:

www.argentina.gob.ar/salud



Argentina unida



Ministerio de Salud
Argentina