

Carlos Martínez

**Suicidología
comunitaria
para América Latina**

TEORÍA Y EXPERIENCIAS

ALFEPSI
EDITORIAL

Suicidología comunitaria para América Latina

TEORÍA Y EXPERIENCIAS

SUICIDOLOGIA COMUNITARIA PARA AMÉRICA LATINA es el trabajo resultante de poner a trabajar los conceptos emblemáticos de la Suicidología desde una perspectiva psicosocial en el ámbito de las instituciones y de las organizaciones de la sociedad; es decir en aquellos escenarios donde se gesta y se despliega la crisis suicida.

Hay un pasaje del autor de la práctica de las intervenciones poblacionales a la conceptualización de una Suicidología Comunitaria partiendo de la premisa del suicidio como evento bio-psico-socio-cultural. La lógica de esta construcción epistemológica y metodológica intenta poner en su lugar el abordaje asistencial individual y la utilización de los psicofármacos como respuesta a un dolor que requiere de la reconstrucción del lazo para su elaboración.

Más allá de la mirada crítica se estructuran dos propuestas académicas para ser desarrolladas en el ámbito investigativo y psicoterapéutico por un lado y otra que brinda los elementos para la implementación de programas psicosociales y comunitarios orientados a la concientización social in situ de todos los protagonistas sociales del escenario de las crisis.

En ambas propuestas académicas se hace eje en la evaluación verificable y replicable que permita orientar acciones futuras en los más diversos contextos donde ésta sea oportuna y que permita la transferencia de resultados adecuada al manejo de las crisis suicidas con la participación activa de los actores locales, de acuerdo a los enclaves culturales que hacen significativos los intercambios en esa formación colectiva.

Suicidología Comunitaria para América Latina

ISBN 978 – 607 – 96454 – 8 - 9

Primera edición, octubre de 2017

© Carlos Martínez

De esta edición:

2017, ALFEPSI Editorial

Latinoamérica

www.alfepsi.org

Diagramación y diseño de carátula:

Sergio Di Leo

Se permite la reproducción parcial o total de este libro siempre y cuando mantenga el principio ético-político de citar la autoría de las ideas aquí expuestas.



ISBN: 978-607-96454-8-9



A MIS MAESTROS

Fernando Ulloa,
Ricardo Malfé
Martina Casullo

Agradecimientos

A ALFEPSI

por darme la oportunidad de compartir el resultado de estos años de trabajo con la comunidad de colegas, docentes y sobre todo alumnos que se ocupan de formarse en la compleja tarea de la transformación de lo humano y por haberme potenciado, desde su Primer Congreso en Panamá, en una perspectiva disciplinaria latinoamericanista.

A la Lic. Daniela Verónica Martínez

por su colaboración rigurosa y continua en la sistematización y dictado de los Cursos que conforman las Partes 2 y 3 del presente libro. Por su aporte profesional en las investigaciones y redacción del material sobre Autolesiones Deliberadas.

A mis hijas Daniela y María Sol

por su acompañamiento afectivo a lo largo de toda esta tarea.

Al Dr. Guillermo Izaguirre Medus

por su escucha y puntualizaciones.

A mis compañeros del Equipo de Intervención en Crisis y Rehabilitación Psicosocial que cotidianamente me acompañan en mi aprendizaje y producción.

A la Lic. Valeria Roseto

por su colaboración en la crónica testimonial sobre el Hospital de Los Antiguos.

Al escritor riogalleguense Carlos Besoain

por su interés en esta producción y su aporte con la elaboración del Epílogo de la primera parte.

Índice

Prólogo (por Marco Eduardo Murueta).....	8
PARTE I: De las intervenciones poblacionales a la construcción de una suicidología comunitaria	13
A. A modo de posicionamiento ético y teórico.....	13
B. Programa suicidológico comunitario de acción local	17
B.1. El evento suicida y su construcción paradójal: La posvención.	18
B.2. La antinomia Construcción/Destrucción	20
B.3. El Programa de Acción Local	21
B.4. El Equipo Local.....	22
B.5. Actitud de los miembros del Equipo hacia la tarea.....	23
B.6. El Caso "G"	23
B.7. Conclusión.....	26
C. Servicio hospitalario de intervención en crisis y rehabilitación psicosocial.....	27
C.1. Introducción	27
C.2. ¿Por qué desde la Psicología Comunitaria?.....	28
C.3. El plan piloto para Río Gallegos.....	29
C.4. El Centro Provincial De Intervención en Crisis y Rehabilitación Psicosocial	33
C.5: Admisión a los dispositivos del centro de intervención en crisis y rehabilitación psicosocial	38
C.6. Funciones del seguimiento telefónico en la intervención en crisis.....	39
C.7. Hospital Reinaldo Bimbi de Los Antiguos (Santa Cruz, Argentina).....	42
C.8. Interacción con la Justicia	46
C.9. Conclusiones.....	49
C.10. Epílogo: PRESIONES Y ANESTESIAS. Vida cotidiana en Río Gallegos	51
C.11. Referencias bibliográficas	55
PARTE II: Curso: Evaluación de riesgo y potencial suicida e inicio del tratamiento psicoterapéutico	57
Clase N° 1: Suicidología y suicidio. Aproximación conceptual	57
A. Introducción	57
B. Qué es la suicidología.....	58
C. La suicidología en Argentina	61
D. Definiciones de suicidio.....	62
E. Tipos de suicidio.....	69
F. Referencias Bibliográficas.....	70
Clase N° 2: Factores protectores, de riesgo e indicadores	71
A. Prejuicios, preconceptos y mitos relacionados con el suicidio.....	71
B. Indicadores y grupos de riesgo	74
C. Indicadores de riesgo suicida: generales, en la familia, en instituciones y formaciones colectivas en niños, en adolescentes, en ancianos.....	77
D. Factores protectores.....	79
E. El modelo "Llanto de dolor" de la Escuela de Oxford: un aporte clínico.....	81
F. Referencias y Bibliografía	84
Clase N° 3: Evaluación del riesgo suicida: instrumentos, protocolos y ámbitos	85
A. Riesgo y vulnerabilidad psíquica.....	85
B. Cálculo del riesgo.....	91
C. Evaluación	96
D. Entrevista de evaluación de riesgo (primera parte)	101
E. Referencias bibliográficas.....	104

Clase N° 4: Evaluación del riesgo suicida: instrumentos, protocolo y ámbitos de intervención	105
A. Entrevista de evaluación de riesgo (segunda parte)	105
B. Consentimiento informado.....	106
C. Ficha de evaluación de riesgo y potencial suicida (AAPS).....	110
D. Inventario de orientaciones suicidas (ISO 30).....	113
E. Un caso clínico	120
F. El inventario ISO 30 en contextos institucionales y poblacionales.....	122
G. La evaluación en atención primaria de la salud según sugerencias de la OMS.....	123
H. La evaluación en el contexto escolar	125
I. La evaluación en el tratamiento médico según sugerencias de la OMS	127
J. Referencias bibliográficas.....	128
Clase N° 5: Epidemiología para la prevención	129
A. Epidemiología	129
B. Prevención - Posvención	138
C. Construcción - Destrucción	143
D. Resumiendo.....	144
E. Referencias bibliográficas.....	145
PARTE III: Curso: Suicidio adolescente en el ámbito escolar y abordaje institucional de producciones autodestructivas	146
Clase N° 1: Comportamientos suicidas en los adolescentes: perspectivas y articulaciones	146
A. Introducción	146
B. La conducta suicida en el adolescente	147
C. Perspectiva sociodemográfica.....	147
C. Perspectiva sanitaria.....	150
D. Perspectiva sanitaria	152
E. Perspectiva psico-socio-cultural	154
G. Articulación de factores de protección y de riesgo.....	157
H. Referencias bibliográficas.....	166
Clase N° 2: Autolesiones deliberadas.....	166
A. Comportamientos autodestructivos indirectos: autolesiones deliberadas	166
B. Precisiones conceptuales.....	167
C. Autolesiones deliberadas –dsh–	169
D. Corporalidad y DSH	171
E. Lesión como escritura en el cuerpo	173
F. DSH en tanto conducta adictiva	175
G. Análisis de fragmentos discursivos	175
H. A modo de cierre	178
I. Referencias bibliográficas	178
Clase N° 3: Hostigamiento escolar (bullying) y suicidio.....	179
A. Introducción	179
B. El hostigamiento escolar o bullying	180
C. Investigaciones sobre bullying. Diferentes perspectivas del concepto.....	185
D. Hostigamiento escolar, ideación y comportamientos suicidas	192
E. Sugerencias para la acción	194
F. Referencias bibliográficas	195
Clase N° 4: Dispositivos de intervención para la construcción de una suicidología comunitaria.....	195
A. Introducción	195
B. La intervención suicidológica preventiva y posventiva.....	197
C. Intervenciones individuales	198
D. La escritura terapéutica	199
E. Intervenciones colectivas	204
F. El grupo sostén.....	206
G. Programa multisectorial de variado alcance (PMVA).....	207
H. Programa escolar de identificación, monitoreo y atención del riesgo suicida (PEIMARS).....	209
I. Programas para el abordaje de la “dinámica Bullying”	210
J. Capacitación y formación de los efectores.....	214
K. Ejemplo de intervención poblacional	217
L. Referencias bibliográficas.....	219
Acerca del Autor	221

Prólogo

Por Marco Eduardo Murueta
(UNAM Iztacala, AMAPSI)

Carlos Martínez, destacado psicólogo argentino, es uno de los más importantes especialistas latinoamericanos en el tema del suicidio. Tuve el gusto de conocerlo y conversar por primera vez con él en 2008 en Cochabamba, durante la realización del II Congreso Boliviano de Psicología. Nos vimos después en otros eventos, en particular en 2016, en Costa Rica, para el V Congreso, y en Lima, en el VI congreso de la *Asociación Latinoamericana para la Formación y la Enseñanza de la Psicología (ALFEPSI)*, en cuyo seno Carlos coordina la *Cátedra Latinoamericana de Suicidología*. Agradezco su solicitud para prologar este libro que propone un estudio y una intervención comunitaria para la prevención y *posvención* del suicidio con un enfoque que recoge la literatura mundial sobre el tema y su fundamentación, pero que constituye una propuesta claramente latinoamericana.

En América Latina, en términos generales, el número de suicidios prácticamente se triplicó en los primeros 16 años de este Siglo XXI, y su tendencia al alza continúa. Por ejemplo, en México, la cifra de suicidios pasó de 1,955 a 5,718 en 9 años (2003-2012).

Mientras que en los adultos mayores de 60 años la tendencia suicida

es a la baja, entre los jóvenes de 15 a 35 años el crecimiento es muy notorio, especialmente entre 15 y 24 años. La llamada generación milenio, los “nativos digitales”, tienen más tendencias suicidas que las generaciones anteriores; y cada vez más. En Argentina, al menos de 2012 en adelante hay más suicidios que homicidios. La violencia contra sí mismo rebasa la violencia hacia a otros.

En América Latina, el país con la tasa más alta de suicidios es Uruguay con 16.5 suicidios anuales por cada 100 mil habitantes, seguido por Cuba con 12.3 y Chile con 11.2. Argentina tiene una tasa de 7.3, México de 4.0 (2008). Perú, en cambio, es uno de los países con los más bajos índices de suicidio en el mundo, en el año 2000 la tasa de suicidios fue de 0.9.

Esos datos lógicamente generan una gran preocupación entre quienes nos dedicamos al cuidado de la salud psicológica en los pueblos latinoamericanos, a pesar de que dichas cifras están por debajo de los índices que tienen países ricos como Corea del Sur (28.1), China (22.23), Japón (21.7), Francia (17.6), Suiza (14.4), Estados Unidos (13.0), Noruega (11.9) o Alemania (11.3 en 2009).

Estados Unidos pasó de 30,484 a 43,000 suicidios en 11 años (2003-2014). El crecimiento fue de 41%. Porcentaje notoriamente inferior al casi 200% de incremento que tuvo México en el mismo lapso. En los países ricos las tasas de suicidio son altas y siguen creciendo, mientras que en los latinoamericanos eran bajas pero en las últimas décadas crecen de manera cada vez más acelerada. Con esa tendencia, en dos o tres décadas, los países latinoamericanos rebasarán las cifras de los países ricos antes mencionados.

El creciente número y tasa de suicidios en todo el mundo, aunado al crecimiento en las cifras de violencia, depresión y muertes por infartos, por cáncer y otras enfermedades crónico-degenerativas llevan a la conclusión de que la humanidad está en decadencia, no obstante los grandes avances tecnológicos y la elevación de los promedios en la expectativa de vida. Al número de suicidios debe también añadirse otro gran número de intentos suicidas y de ideación suicida reiterada. Las personas viven más, en promedio, pero no se sienten tan bien con la vida como las generaciones anteriores. Muchos jóvenes no quieren tener hijos porque no les gusta el mundo actual, ni desean responsabilizarse de otra vida. Una cantidad cada vez mayor no quiere tener pareja estable ni familia. El individualismo se acentúa y se diluyen los afectos. La soledad, y la gran ansiedad que ésta genera, se compensan de manera progresiva con sustancias, marcas, bullying y autoagresiones emocionales y corporales hasta llegar al suicidio. Las neurosis y

psicosis se acentúan en las comunidades, en los reductos familiares y en las personas.

En ese contexto, el libro de Carlos Martínez constituye una gran herramienta conceptual, social, técnica y práctica para detectar, evaluar el riesgo e intervenir profesionalmente, en un contexto comunitario, para contribuir a revertir esa decadencia en que los pueblos latinoamericanos se ven arrastrados porque las élites admiran el economicismo de los países ricos. Propone la formación de especialistas para la prevención comunitaria del suicidio, incluye los programas que deben ser realizados para dicha formación y el análisis de la problemática psicológica de los adolescentes y la manera de acercarse a ellos para darle sentido a su vida, sobreponiéndose a las tendencias que el modelo económico, político, social, cultural y educativo pretende imponerles.

En la Clase No. 1 del Curso para la “Evaluación del riesgo y potencial suicida e inicio del tratamiento psicoterapéutico”, además de definir a la *Suicidología* como “la psicología de los procesos autodestructivos”, y no solamente de su punto culminante que es el suicidio, llama la atención que a éste se le concibe no solamente “como una manera de morir, sino también y, básicamente, una manera de vivir”. Es decir, para los suicidas, morir es vivir: la muerte es la vida de una vida muerta.

La referencia básica e inicial de toda suicidología es el libro clásico de Emile Durkheim publicado en 1897, en el cual ilustra el método sociológico al estudiar las variables que se relacionan con el incremento o decremento de las tasas de suicidios. Además de variables como edad, sexo, religión, estado civil, con hijos o sin hijos, situación política, Durkheim hace notar que hay más suicidios cuando la luz del día dura más, lo que implica que los países que adoptan el “horario de verano” para aprovechar la luz solar y ahorrar electricidad promueven con eso el crecimiento del número de suicidios y otros fenómenos conexos. Este autor enfatiza que los protestantes, que predominan en los países anglosajones, se suicidan en mayor proporción que los católicos, religión ésta que es mayoritaria en América Latina y que puede ser parte de la explicación de los menores índices de suicidio que hasta ahora tienen respecto a los países anglosajones. Como Max Weber lo hizo en su libro *La ética protestante y el espíritu del capitalismo*, también Durkheim observó la conexión entre esa religión y un marcado individualismo, mientras que los católicos son más proclives a la vida familiar y comunitaria. También puede verse al revés, las culturas con mayor arraigo familiar y comunitario podrán acoplarse más con el catolicismo que con el protestantismo, como históricamente ocurrió en América Latina.

El individualismo ha favorecido el enriquecimiento material y el em-

pobrecimiento emocional y afectivo, de allí la fascinación por lo científico, la técnica, la tecnología y la racionalidad. Es el pensamiento de la modernidad capitalista, impersonal, que deja atrás al feudalismo medieval organizado en torno a reyes, señores feudales y siervos, y el trabajo artesanal. Como lo ha señalado Marx, en esa época también había una gran opresión y se registraron acciones crueles contra los herejes, pero cada quien sabía quién o quiénes habían hecho su ropa, su comida, etc., de tal manera que existía un arraigo y un sentido de pertenencia, una personalidad colectiva e individual. La producción en serie, el trabajo industrial, trajo consigo la despersonalización y la desvinculación afectiva progresivas. Tal como lo representa irónicamente Chaplin en *Tiempos modernos* y es algo que caracteriza cada vez más ilustrativamente a la vida del Siglo XXI, como si el libro de Huxley (1932), *Un mundo feliz*, estuviera concretándose como premonición independiente de la ironía de su autor, en complementación con *1984* de Georges Orwell: el *Big Brother*; como esa super máquina que observa y evalúa todas las actividades humanas y diseña técnicamente la vida social, estableciendo un nuevo estilo de religión tecnológica.

Parte del mundo moderno es la igualdad entre géneros, pero, como lo advirtió Nietzsche, esa "igualdad" ha significado que las mujeres hayan ido abandonando su rol central en la familia para tratar de imitar lo que antes era típico de la masculinidad. En el ánimo de igualdad las mujeres han sido impulsadas a parecerse cada vez más a los varones, dados los privilegios históricos de éstos. El efecto ha sido parecido al de las élites latinoamericanas que menosprecian sus raíces culturales y su historia para tratar de imitar a los ricos norteamericanos o europeos: pierden su propia identidad, abandonan muchas cosas valiosas y contraen los aspectos más lamentables del que imitan.

Para sostener la economía familiar o de pareja, actualmente se requiere que ambos géneros consigan un trabajo asalariado, lo que, sobre todo, implica un proporcional abandono de la crianza, independientemente de la doble o triple jornada que padecen las mujeres y del desgaste físico y emocional de ambos integrantes de la pareja. Los niveles de vinculación y arraigo emocional lógicamente disminuyen en los niños que crecen en ese ambiente, ya no hay barrio ni vecinos para convivir y jugar. Ciudades cada vez más sobrepobladas, donde los crecientes peligros y riesgos de violencia promueven el encierro de niños conectados a entretenimientos electrónicos; que exigen atención o marcas para encontrar un sentido a su existencia. Por lo mismo, la búsqueda adolescente de tatuajes y *piercing* que en esos contextos les genere identidad y significado.

La tercera parte de este libro precisamente se ocupa del “suicidio adolescente en el ámbito escolar y abordaje institucional de producciones autodestructivas”. Se enfatiza un abordaje integral, considerando aspectos biológicos, psicológicos, culturales y sociales, enfatizando los riesgos y posibilidades que la vida escolar tiene en relación con la ocurrencia y prevención de suicidios.

La propuesta es integrar equipos multidisciplinarios, al cual denominan *Grupo Sostén*, encargado de aplicar instrumentos para detectar y valorar los niveles de riesgo o probabilidad de conductas suicidas, ya que se han identificado los elementos que concurren anticipadamente para derivar en el acto suicida.

Sin duda, este libro surge como respuesta a la gran necesidad social de comprender y atender los alarmantes incrementos suicidas. Quienes lo lean aprehenderán una nueva perspectiva y herramientas técnicas para la intervención profesional que asuma el reto de tratar de revertir esas crecientes tendencias. Es evidente que ese reto se asume a contrapelo de un sistema social y económico propiciatorio de las mismas, lo que significa que no basta con intentar atender, prevenir y postvenir los procesos de autodestrucción, sino que se requiere al mismo tiempo incidir en la opinión pública para contribuir a transformar el diseño social que ahora padecemos en toda la América Latina y en todo el mundo.

Es un honor contar con la amistad de Carlos Martínez, a quien felicito ampliamente por esta contribución, y desde luego me apresto a contribuir en todo lo posible para que el libro sea conocido como un punto de referencia necesario, así como a formar parte del equipo internacional que participa en la *Cátedra Latinoamericana de Suicidología*. Los estudiantes, los docentes y los investigadores de psicología y de otras disciplinas afines deben tener este texto entre la bibliografía esencial de las formaciones de grado y posgrado, así como seguir con atención las aportaciones de la *Cátedra* especializada en el tema. Están convocados todos a contribuir a la vida, a no dejar de *existir*.

PARTE I

De las intervenciones poblacionales a la construcción de una suicidología comunitaria

A. A modo de posicionamiento ético y teórico

La Suicidología nace comunitaria y centrada en intervenciones psicosociales. Su conceptualización inicial, hace setenta años aproximadamente, plantea la crisis suicida como una crisis psicológica, mucho más cercana al planteo de Camus acerca de que el suicidio “es un verdadero problema filosófico” que de cualquier abordaje médico.

En estas convicciones fundacionales, Edwin Shneidman y Norman Farberow, junto a Robert Litman, crean el primer centro de prevención del suicidio en 1958, en Los Angeles, California (Chavez Hernández y Leenars, 2010). Sabían que las guerras, en sus múltiples modalidades, y los despidos generan más suicidios que las enfermedades mentales, que es producto de una reacción más que de una decisión, que en las consumaciones de eventos suicidas sólo un 15% provenían del campo de la enfermedad mental, que el suicidio es un acto conciente de autoaniquilación proveniente de un malestar pluridimensional que genera la creencia que ése es el mejor método de resolución de todos sus problemas (Shneidman, 1985). Diez años más tarde implementan

la primera línea telefónica de intervención en crisis y, coherentes con su base conceptual, habilitan para la intervención a profesionales de distintas disciplinas y a voluntarios no profesionales.

De alguna manera preanunciaban también la ambivalencia vacilante que todo suicidólogo porta en su implicación con mayor o menor grado de reconocimiento: cuánto de académico, cuánto de clínico o científico y cuánto de humanitario implica esta tarea? Más allá de la subjetividad de quien interviene, el mismo mensaje ambivalente del suicida, en todo su proceso de gestación, habilita este múltiple posicionamiento si se quiere aprehender algo de lo que allí se intenta balbucear.

Es una manera de escuchar “lo que se dice”, incluyendo también en esta construcción discursiva “lo que se calla”. Tiene además la particularidad de contextualizar a esa persona que enuncia en un determinado entramado representacional de lo cultural, lo social y lo político como determinantes encarnados de su subjetividad, siendo generalmente el amor la variable enunciativa de ese dolor y el autodaño el recurso de alivio que opera como la manifestación de la internalización de tanta exclusión, frustración y violación sufrida a través de su historia.

Como emblema de este complejo proceso de construcción de la destrucción y condensación expresiva de ese dolor, la nota póstuma de alguien que marcó con su acto una de las instancias inaugurales de las intervenciones en esta disciplina: “Querida Mary. Te odio. Con amor. George.”

El único acceso a semejante monto de dolor, o *psychache*, como lo denominó el mismo Shneidman (1993) es la palabra, es decir el discurso en sus múltiples y variadas expresiones y dimensiones. La Suicidología comunitaria como concepto y praxis intenta llevar su acción y su intervención hasta los capilares sociales e institucionales más variados por donde peregrina ávido de respuestas y de reparación ese dolor subjetivo. Cómo método su desafío consiste en la identificación y deconstrucción de los montantes de desesperanza y desesperación que generan ese escenario percibido como “sin salida”.

Quien interviene es, a la vez que un analista, un analizante; *un recolector de discursos*, un investigador de analizadores, como quien toma provisoriamente una posición de *externo* al discursar, cierta externalidad operativa -opuesta a lo ajeno y a la alienación-, para luego volver a zambullirse empática y rigurosamente en el torrente discursivo para puntualizar en esa trama de lo singular, ya sea individual o colectivo.

Desde el emplazamiento de implicación de quien interviene, ciertos temores recurrentes al abordaje de esta problemática no se fundan en lo externo o en lo ajeno de un discurso o acontecimiento determinado, sino, generalmente, en lo propio. En la inversión de energía psíquica que conlleva esta dinámica de intervención en un discurso destructivo individual, grupal, institucional o social. Esta inmersión en lo discursivo singular implica necesariamente el recorrido por una genealogía y en tanto tal una identificación de enclaves culturales, modos de vida, valores e intercambios que van gestando la construc-

ción de lo destructivo. Resulta sumamente importante saber en qué ocasiones utilizar la lupa y en qué otras el espejo o quizás ambos a la vez.

Es por esto que la Suicidología Comunitaria no tiene nada que ver con el fetiche de la moda, ni de la supuesta originalidad. Es la recuperación y adaptación a nuestro entorno próximo de los pilares epistemológicos y metodológicos de una conceptualización que nació vertebrada en la comunidad y que las lógicas de mercado y ciertos discursos hegemónicos encerraron en un consultorio individual con diploma universitario dejando el dolor a merced de los laboratorios y generando que las muertes evitables se sigan sucediendo y aumentando hasta saturar la repetición de lo mortífero.

La Psicología Comunitaria constituye una nutriente esencial en este proceso arquitectónico. La Psicología Comunitaria **propende** (*Def. del Diccionario de la Real Academia Española: inclinarse por naturaleza, afición o por otro motivo hacia una determinada cosa. // propenso/a = con tendencia o inclinación a lo que se expresa*) al accionar comunitario, en el sentido de **PROMover** la vida en la comunidad tomando conciencia de que las elecciones de ese colectivo se corresponden y comprometen con elecciones y decisiones singulares *co-incidentes*. Al mismo tiempo **dePENDE** de que ese accionar sea cada vez más autogestivo en la construcción de identidad, dignidad y proyecto.

Análogamente la Suicidología Comunitaria entrelaza sus intervenciones para construir y reparar lazos que hagan posible esa vida, en ese contexto, con esa historia y con sus propios recursos, sean éstos conocidos o ignorados pero por lo general sabidos. Los discursos cotidianos se transforman en “textos sintomáticos” que van denunciando “afinidades electivas” (Jameson y Zizek, 2005) sobre las cuales intervenir.

Es pertinente preguntarse por qué esa propensión a la autogestión y por ende a la dignidad y el bienestar subjetivo no se ocupa más deliberadamente de aquellas circunstancias donde estos procesos fracasan o ni siquiera se pusieron en marcha. Es así como profesionales -sobre todo de la salud- que nunca estudiaron en sus respectivas currículas universitarias epistemología y epidemiología del suicidio como sí lo han hecho con respecto a “enfermedades” y “patologías” quedan atrapados en el mandato políticamente correcto del “de eso no se habla”, sobre todo si han devenido en funcionarios públicos.

Ya el “eso” alude a ese ente, fenómeno, amenaza que no sólo es mejor no nombrarla sino que además es mejor no saber de “eso”. Criterio que obviamente no es similar al que han adoptado los grandes laboratorios multinacionales, cuyos resultados están a la vista en las cifras de muertes evitables (=suicidios) consumadas. La definición del suicidio como muerte evitable es de la OMS, de la misma manera que la caracterización como grave problema de Salud Pública. Ésta pendiente epidemiológica, cada vez más pronunciada, que de acuerdo a la misma fuente llegaría a su pico histórico mundial en el próximo 2020, muestra la resultante de tantos años de omisión, pereza intelectual, negación o distracción que derivaron favoreciendo negocios, que no sólo no han producido ningún beneficio, si no que han operado en contra del

bienestar de los usuarios de los Servicios de Salud produciendo una cantidad aparentemente incontenible de muertes evitables, más que las guerras o los accidentes de tránsito.

Paradójicamente, cual factor protector de la vivencia de la gestación suicida, el encuentro entre una realidad socio-sanitaria crítica y la disciplina “poco académica” han permitido, en algunas geografías, el mayor desarrollo de una Estrategia Comunitaria con eficacia epidemiológica “basada en la evidencia”, que hoy ocupa un lugar institucional -frágil aún- dentro de algunos Servicios de Salud latinoamericanos. La que sigue estando en falta es La Academia, o por lo menos algunas de ellas ya que los principales Manuales de Suicidología se escribieron en las Universidades más reconocidas del Hemisferio Norte (Harvard, Chicago y Oxford), siendo ésta última la editora del Manual Internacional donde se dedican las últimas páginas a desarrollos suicidológicos latinoamericanos, en momentos que se estaban dictando sendas materias de Suicidología en Universidades como la Palermo (Buenos Aires - Argentina) y Tarapacá (Chile)

Estos manuales producen teoría a partir de sus investigaciones realizadas en sus respectivas poblaciones, si decimos que el suicidio es un evento (Nó una enfermedad) bio-psico-socio-cultural; ¿podemos transpolar los resultados e inclusive algunos conceptos a nuestra realidad latinoamericana?. En este momento hay investigaciones cuyo N está conformado por pobladores locales, hay intervenciones en terreno local, cuyas conclusiones son solicitadas luego para capítulos de los manuales del Hemisferio Norte sobre experiencias y manera de pensar y conceptualizar la Suicidología, La OMS incluye como Revisores Externos a investigadores y referentes latinoamericanos para evaluar los perfiles de evidencia que se desprenden de estudios europeos y norteamericanos.

¿No habrá llegado el momento que nuestras Academias nos acompañen en el desafío de deconstruir, reconstruir, producir y transmitir teoría e instrumentos propios? ¿Habrá llegado el momento que nuestras características culturales dejen de estar en los estudios internacionales como la de poblaciones de inmigrantes o marginales?

Cabe la pregunta si es posible instrumentar y sostener una política nacional, regional para la Prevención del Suicidio, que es exactamente lo mismo que crear un instituido que se ocupe del bienestar de nuestros conciudadanos. ¿Es posible la implementación de esta política sin un soporte real y eficaz de las Universidades? La vida y sus condiciones de sustentabilidad constituyen algo demasiado importante como para dejársela sólo a los funcionarios o sólo a los investigadores. Del trabajo conjunto y del estudio y análisis crítico de los enclaves ya existentes puede surgir la materia prima para un proceso de institucionalización donde la dialéctica instituyente/instituido pueda empezar a mostrar sus resultados.

¿Qué nos hace pensar que el Sistema de Salud hegemónico puede dar una respuesta eficaz a la problemática del suicidio -en todos sus eslabones de ges-

tación y desarrollo- cuando el crecimiento de la consumación de suicidios previsto para el período 2000/2020 es del 50%? Seguramente no es porque se haya retrasado o detenido el desarrollo de la industria farmacéutica. Quizás haya que buscar una respuesta por el cambio de condiciones de distribución del armado capitalista y porque los programas que se aplican no siempre consideran que en estas latitudes hay grandes sectores de la población que viven por fuera de la cobertura socio-sanitaria oficial o que simplemente les resulta dificultoso o imposible acceder a ella.

Desde comienzos del siglo pasado científicos de la antropología, la psicología y la psiquiatría percibieron que la relación entre psyché y cultura es mucho más compleja y fructífera que los análisis de laboratorio o que la sistematización aislada del mundo intrapsíquico.

Partiendo de la posición que la interdisciplina no se conforma con la presencia de varios profesionales de distintas disciplinas, sino que **la INTERDISCIPLINA SE HABITA** . Es la aproximación incesante a una realidad poliédrica desde la inestabilidad y la crisis permanente y vacilante de lo multiparadigmático que deberemos construir nuestros saberes para que cada día que pasa la comunidad que habitamos sea más vivible.

B. Programa suicidológico comunitario de acción local

Un instrumento de base empírica orientado a la restauración del bienestar colectivo.

Suicidología comunitaria denomina la construcción provocativa y el llamado a una articulación tendiente a la apropiación de una disciplina nacida en la década del 70 en los EEUU y de instrumentos de medición adaptables a nuestra Región. En este caso, el cuestionario administrable ISO 30, elaborado en Minesotta y adaptados y validados en la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires.

Es una manera de hacer propio el conocimiento para que el dolor del semejante no nos resulte extraño.

Es una manera de decir empática y comprometidamente que la vida en estos contextos -que co-habítamos- puede adquirir una forma digna que sea posible y sostenible en el tiempo.

Es una manera de pensar que la psyché no es un ente aislado y que como tal no debe ser abordada aisladamente y mucho menos desde saberes y/o prácticas que se posicionan hegemónicamente.

Siempre y cuando está realidad plurideterminada se vaya entrelazando como un haciendo, diciendo y pensando junto con otros.

Cuando se conforman equipos de trabajo interdisciplinarios para abordajes comunitarios suicidológicos, con diferentes trayectorias profesionales y con poca o nula experiencia en el trabajo suicidológico, es importante hacer un relevamiento sobre las creencias personales acerca de la tarea: fantasías, marcos referenciales, escenas temidas, conceptualizaciones defensivas, resistencias y potencias que cada uno puede aportar. Si bien el punto de partida siempre es lo personal, es decir las personas que desarrollarán las acciones y ocuparán los roles dentro de la participación comunitaria, lo que marcará la permanencia y la convicción de un estilo de trabajo y su eficacia se desprende de un marco conceptual referencial compartido y acordado en acción, un método adecuado al contexto en el que se va a intervenir... Pero fundamentalmente del compromiso que ese equipo sea capaz de desplegar en la intervención.

Frecuentemente ante la demanda de profesionales y operadores sociales locales se desarrollan Intervenciones Suicidológicas Comunitarias cuyo objetivo reside en la identificación de los casos de riesgo, abordaje de situaciones de crisis en curso, prevención, posvención y cálculo y comunicación de un rango de predictibilidad. En este caso se trata de una ciudad ubicada a unos 500 Km. aproximadamente de la ciudad de Buenos Aires.

Como tantas otras ciudades, en esa zona, la gente vive de la actividad agrícola-ganadera y en muy pocos casos de microemprendimientos turísticos. A la fecha cuenta con aproximadamente 4000 habitantes. Un dato curioso y significativo a la vez: en el último censo se registró un descenso en el número de habitantes del 1,6 %, con respecto al registrado en el censo anterior.

El Programa Comunitario de Acción Local parte de la premisa que un evento suicida o parasuicida no es un acontecimiento individual, y mucho menos, aislado. Ya se ha comprobado empíricamente que mucho más frecuentemente de lo que se supone, el miembro de una familia que intenta cometer suicidio o alguna conducta autodestructiva, no siempre es el que tiene riesgo más alto en los protocolos de evaluación (Martínez, 2007).

De la misma manera, ese mismo evento produce un efecto de irradiación en el contexto institucional y social que, por lo general deja ver la vulnerabilidad de entramados institucionales, funcionarios de la salud y de la educación y el modo de comunicación de una comunidad, por cómo se tratan estos temas en los medios de comunicación.

B.1. El evento suicida y su construcción paradójal: La posvención.

El suicidio generalmente no es producto de una decisión espontánea, el continuum autodestructivo se va gestando en la intimidad del sufrimiento de una persona y se manifiesta a través de indicadores. Estos indicadores, junto

con los factores de riesgo y las condiciones de potencial suicida, permiten predecir, prever y prevenir tanto los eventos en curso como nuevos acontecimientos autolesivos una vez ocurrido el primer intento.

También cabe afirmar que una intervención no asegura de por sí la interrupción inmediata de tal producción destructiva y que las primeras construcciones de la intervención en crisis convivirán paradójicamente con las manifestaciones de dicha producción.

Posvención es un concepto de la suicidología que se usa para enmarcar las intervenciones posteriores a un evento autodestructivo, también llamadas post-intervenciones (Moron, 1992).

Lo más cercano a este concepto en la teoría tradicional de la Prevención es lo que Caplan (1966) llama prevención terciaria o rehabilitación, que no puede ser llamada en sentido estricto prevención, ya que en todo caso se trata del acontecimiento de un evento que no se pudo prevenir.

Moron intenta salvar esta cuestión paradójica definiendo la posvención como la prevención de la reincidencia. Ambos autores en su lógica hacen valer su posicionamiento ideológico, en tanto la enfermedad (para ellos) o el evento destructivo son prevenibles o "posvenibles" en la medida que haya alguien poseedor de un saber legitimado, capaz de llamar y dar a conocer su intervención como prevención o posvención. Es decir la lógica es la de la asistencia y la ideología se muestra en la centralidad del protagonismo de las intervenciones profesionales.

Lo cierto es que existen por doquier distintos tipos de intervenciones efectivas, algunas más otras menos eficaces, que no están validadas en el saber profesional académico; más aún si tenemos en cuenta que no es ésta una disciplina abordada y estudiada en los contextos universitarios argentinos en particular y latinoamericanos en general, a pesar que existe una previsión de un millón y medio de suicidios anuales en el mundo para el año 2020 (OMS, 2003).

Quizás un aspecto importante de la prevención pase primero por poder definir epidemiológicamente el riesgo, es decir conocer el problema en su magnitud, composición y configuración; luego por recolectar esos saberes dispersos en la comunidad, procesarlos, sistematizarlos y volverlos a su fuente como saber de la comunidad válido para intervenciones a nivel local.

Hasta aquí tenemos una contextualización interdependiente que muestra la ecología de un intercambio de conocimientos que llegan tarde, teniendo en cuenta la cantidad de años potenciales de vida perdidos, con su consecuente costo económico y en capital humano, sobre todo si se tiene en cuenta que las tasas más altas de riesgo y de suicidios consumados se dan entre los adolescentes y jóvenes de 15 a 24 años (Casullo y otros, 2006; Villardón Gallego, 1993).

Una vez producido el evento autodestructivo se puede pensar la posvención 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, 2000).

B.2. La antinomia Construcción/Destrucción

Es habitual pensar la construcción como el proceso opuesto a la destrucción y quizás semánticamente muchas veces sea así, pero es cierto que también hay algunas relaciones por descubrir e instrumentar en el eje de esta antinomia a favor de un esquema de conocimiento más amplio que posibilite intervenciones más flexibles y oportunas.

Aplicando la categoría destrucción a la realidad intrapsíquica, se la puede vincular al constructo agresión como referencia estructural ya que el término violencia en la literatura científica queda circunscripto a las conductas inadaptadas o delictivas (Folino y Escobar Córdoba, 2004).

Un biólogo como Hacker (1973) define la agresión como la disposición y energía inmanentes al hombre que se expresan en formas individuales y colectivas de autoafirmación, aprendidas y transmitidas socialmente, que pueden llegar a la crueldad.

Si la destrucción es un proceso, como la construcción. Si ese proceso, transmisión o reincidencia se puede interrumpir en un momento dado, eso quiere decir que hay matices, intensidades y alcances del despliegue de esa inmanencia.

Entonces se puede hablar de la construcción del proceso destructivo como la serie de crisis o tránsitos progresivos que van mojonando un territorio que se va vulnerabilizando hasta su inconsistencia, cuya cartografía muestra el avance del riesgo, permitiendo intervenciones calculadas que capitalicen aquellos enclaves aún no tomados para ser utilizados en un nuevo proceso que se llamará deconstrucción.

En este sentido la posvención como deconstrucción del proceso destructivo consiste en la desarticulación y resguardo de las instancias más enérgicas de esa disposición en conflicto con otras instancias del contexto tanto interno como externo, para luego ser rearticuladas en un nuevo proceso constructivo con otra dirección y otro sentido.

Si esta dinámica se produce en un contexto clínico, tanto individual, institucional como social, los primeros enclaves a calcular son aquellos que se manifiestan en el sistema de creencias y en la economía distributiva de roles, verdades y ocultamientos.

Por eso la tarea posventiva se lleva a cabo una vez desplegado el conflicto, consiste en incluir creativamente en la tarea de su resolución los articuladores necesarios para evitar que el mismo se reproduzca en idénticos términos.

La posvención estaría asegurada cuando la evaluación del desarrollo de

los indicadores anuncie que un nuevo conflicto tendrá mayor complejidad y mejores vías de resolución.

De esta manera quedan de lado conceptos como la rehabilitación en tanto recuperación de recursos residuales y la práctica profesional centrada en cierta moralidad cercana al dogmatismo, dando lugar a una previsibilidad calculable en el marco de una lógica que para desplegar toda su potencialidad requiere de parámetros éticos claros y rigurosos.

Desde esta mirada 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 insoportables y su solución, única y final.

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.

En la relación ciencia/sociedad se genera un lenguaje diferente de habilitación para la transformación de una realidad, que por creciente no deja de ser resoluble, por lo tanto más humana, más comprometida, más vital y epistemológicamente social, no sólo para la Psicología, sino para todo el conjunto disciplinario destinado a ocuparse en que la muerte no sea una solución para muchos seres humanos, sino un evento que marca la contingencia de nuestra naturaleza.

B.3. El Programa de Acción Local

El Programa de Acción Local es un dispositivo de intervención psicosocial modulado, orientado a la detección de casos con Riesgo Suicida Alto y Moderado. Los instrumentos utilizados en este abordaje están validados, científicamente por el Área de Investigaciones de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, por la práctica adquirida en intervenciones epidemiológicas similares, realizadas por la Asociación Argentina de Prevención del Suicidio (AAPS) en distintas poblaciones y ciudades de nuestra Región y por formar parte de los modelos teórico-prácticos impartidos en la Cátedra de Suicidología de la Universidad de Palermo

En reiteradas oportunidades se adaptan a las posibilidades del lugar dispositivos, elaborando una síntesis de dos programas de intervención creados por la AAPS: El Multisectorial de Variado Alcance y el Programa Escolar de Identificación, Monitoreo y Asistencia del Riesgo Suicida; ambos de probada eficacia en Argentina.

El programa incluye módulos de formación de referentes locales, reuniones con funcionarios e instituciones significativas de la comunidad, talleres con padres y talleres de evaluación y de Grupo Sostén para los sujetos que se identifican con riesgo alto o moderado. Simultáneamente se implementa

una campaña participativa que resalte las características y producciones vitales de los adolescentes del lugar, haciendo eje en el concepto de “valores para la vida” o “capital psíquico”.

Para evaluar la eficacia del Programa, al finalizar las reuniones de Grupos Sostén, se administra nuevamente el Inventario de Orientaciones Suicidas –ISO 30- (King y Kowalchuk, 1994; Casullo, 1998; Casullo, Liporace y Bonaldi, 2000). En aquellos casos en que el riesgo sigue siendo alto, se sugiere una derivación a tratamiento psicoterapéutico, y la continuidad en algún programa local de contención grupal.

Se ha verificado que en las muestras obtenidas en diversos lugares del País, la subescala más comprometida es la de “dificultades de afrontamiento”, seguida por las subescalas de “baja autoestima” y “desesperanza”. Tales resultados, además de ganar en predictibilidad, posibilitan elaborar planes de prevención y posvención más focalizados, en una problemática en la cual el tiempo también constituye una variable crítica.

B.4. El Equipo Local

El Equipo Local estará conformado por aquellos profesionales y/o agentes comunitarios, que el equipo determine que pueden formar parte del mismo, propiciando un acuerdo con quien dirige la intervención.

Es condición indispensable para pertenecer al mismo participar activamente de todas las actividades de la intervención; tanto aquellas que se consideran preparatorias, las que se desarrollan con adolescentes, familias y con la comunidad en general como de las reuniones del equipo antes, durante y después de la intervención. Quien no pueda sostener este compromiso no podrá formar parte del Equipo Local en esta oportunidad, ni en las tareas de desarrollo del programa y seguimiento vinculadas a esta intervención.

Cada integrante llevará desde el comienzo de la etapa preparatoria su “Cuaderno de Campo”, dividido en tres partes:

1. Registro: En esta parte se lleva un registro detallado y personalizado, a la manera de una bitácora, de situaciones detalles y hechos que van transcurriendo durante todo el proceso.

2. Impresiones: Aquí se registran sensaciones, sentimientos y observaciones subjetivas que van ocurriendo en el observador durante su participación, tanto sea como un conciudadano de la comunidad a la que pertenece, desde su rol de observador de alguna actividad o desde la coordinación de alguna parte del proceso. Esta parte es conveniente reconstruirla en alguna pausa de la actividad o al final del día, en base a las anotaciones que se fueron realizando. Estos registros van a ser tomados en los Talleres de Implicación que se desarrollarán en el Equipo.

3. Formación: Esta parte irá constituyéndose en el testimonio teórico, de

conceptos, análisis y procedimientos desplegados en las distintas reuniones intraequipo o del equipo con la población. A la manera de apuntes de clase irá reflejando la evolución teórica del operador desde su entrada al proceso de intervención hasta su finalización, incluso a través de anotaciones que operen de ayuda memoria de teorizaciones que habrá que investigar y desarrollar una vez terminada la intervención.

El método de trabajo adoptado en este proceso comunitario está basado en los lineamientos teóricos y metodológicos de la Investigación – Acción Participativa (Montero, 2006)

B.5. Actitud de los miembros del Equipo hacia la tarea

Las cualidades esperables en los participantes del Equipo Local son las siguientes:

- Compromiso con la tarea planteada. Sensibilización hacia la misma.
- Participación en el desempeño de la tarea, con voz y voto.
- Comprensión de los fines, de los medios para alcanzarlos (que incluyen los dos aspectos anteriores) y de los objetivos que llevan hacia esa meta.
- Tener conocimiento del tema de investigación y experiencia en el trabajo con adolescentes y/o con la comunidad. Conocimiento pormenorizado de la situación general por parte de los operadores que puedan ser mediatizados dialécticamente por el saber popular y la experiencia de la vivencia cotidiana en esa comunidad.

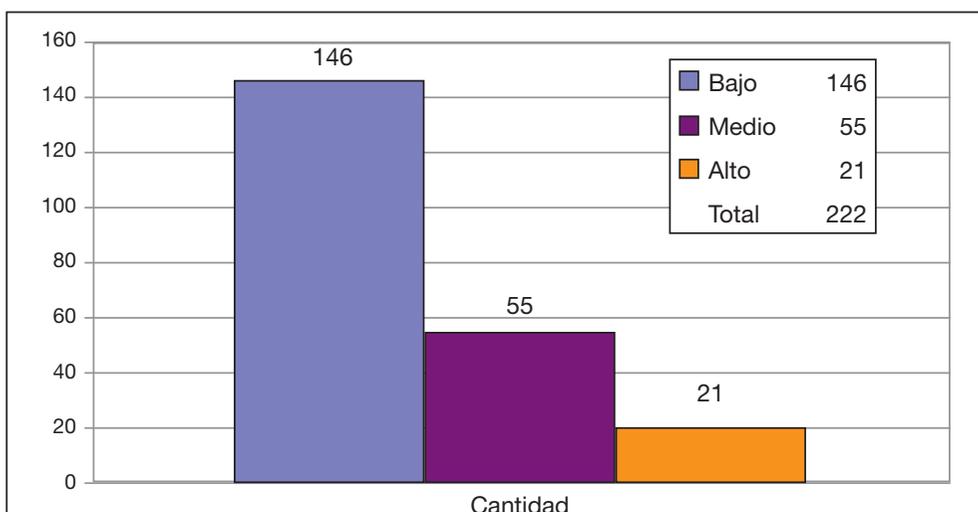
El acceso a la historia y a la vida de todos los días, en ese contexto, hace que la condición de Equipo Local se constituya como un valor de pertenencia y de interpretación de aconteceres propios que los extraños desconocen.

- Coherencia y claridad.
- Aceptación de la participación en el proyecto, asumiendo la disponibilidad de tiempo y de acción.
- Producción de la información o de las acciones necesarias para la investigación
- Iniciar el Cuaderno de Campo con un registro histórico personal de la problemática en la ciudad y en la zona.

B.6. El Caso “G”

Una aplicación parcial de este dispositivo se analizará bajo la denominación Caso “G”. La aplicación del Programa Comunitario de Acción Local permitió obtener una muestra de 222 adolescentes, evaluados en un solo día, en tres establecimientos educativos.

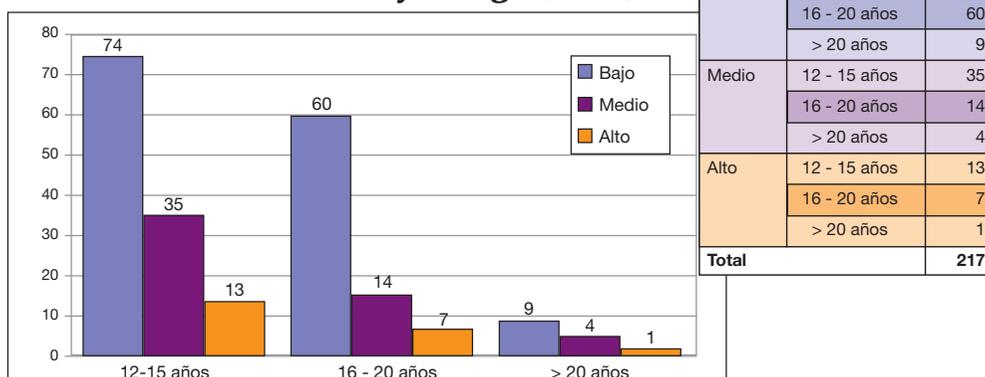
Gráfico 1: Distribución Total Por Riesgo



Aquí se puede observar la distribución total por riesgo, de acuerdo a lo que recurrentemente resulta en las muestras típicas de adolescentes escolarizados en diversas regiones de la zona, entre un 30 y 40% de adolescentes con riesgo alto y moderado.

La distribución no es similar si se tiene en cuenta la variable sociodemográfica por edad

**Gráfico 2:
Distribución Por Edad y Riesgo (Total)**

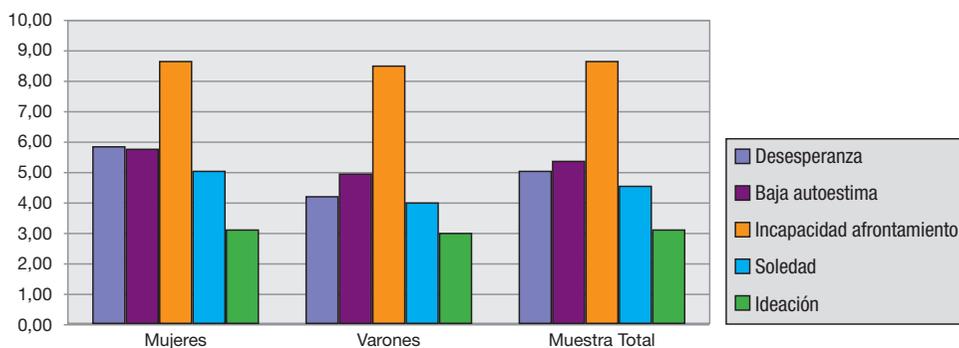


Si incluimos las variables Nivel de Riesgo, Género y se realiza el desglose por subescalas, la cartografía de riesgo queda mucho más clara y completa. Este concepto que resulta en la elaboración de un mapa de riesgo de la muestra evaluada, constituye la brújula de las acciones de intervención, posibilita

la identificación de grupos de riesgo y orienta en el diseño del dispositivo clínico comunitario que se va a aplicar a través de los temas tratados en las reuniones de grupos sostén.

Gráfico 3: Medidas por sexo para puntaje total y cada subescala

ISO	Mujeres		Varones		Muestra total	
	X	s	X	s	X	s
Desesperanza	5,88	2,98	4,25	2,39	5,12	2,84
Baja autoestima	5,81	3,28	4,93	3,07	5,40	3,21
Incapacidad afrontamiento	8,70	2,85	8,55	3,11	8,63	2,97
Soledad	5,07	3,59	4,00	3,01	4,57	3,37
Ideación	3,14	3,66	3,02	3,31	3,08	3,50
Puntaje bruto	28,59	12,35	24,75	10,68	26,81	11,73

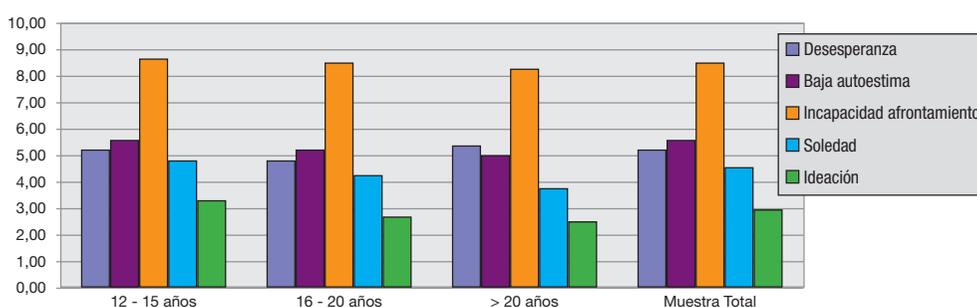


Contrariamente a lo que la mayoría de los adultos manifiestan, los adolescentes sienten alivio al poder hablar libremente de sus preocupaciones y dificultades, se manifiestan satisfechos de este tipo de intervención y se puede verificar claramente que no dispara ningún tipo de provocación para las fantasías suicidas subyacentes. Por el contrario si los adultos responsables manifiestan una actitud de compromiso, respeto y contención, se instala en la comunidad una nueva manera de considerar y abordar este tipo de emergentes, con un lugar más claro para el adolescente y sus manifestaciones (Martínez, 2007 –pp. 35/39).

Para la conformación de los grupos sostén por franja etaria se realiza un análisis cuantitativo por subescala y por edad:

Gráfico 4: Datos Escalas por Edad

ISO	12 - 15 años		16 - 20 años		> 20 años		Muestra total	
	X	s	X	s	X	s	X	s
Desesperanza	5,29	2,80	4,79	2,75	5,44	3,37	5,12	2,82
Baja autoestima	5,63	3,23	5,21	3,02	4,94	3,80	5,42	3,19
Incapacidad afrontamiento	8,72	3,03	8,49	2,80	8,31	3,32	8,60	2,96
Soledad	4,85	3,42	4,26	3,08	3,88	3,98	4,56	3,34
Ideación	3,35	3,45	2,67	3,42	2,56	3,86	3,04	3,47
Puntaje bruto	27,84	11,44	25,41	11,17	25,13	15,31	26,75	11,66



B.7. Conclusión

Esta metodología de trabajo cuali-cuantitativa y multiparadigmática posibilita, en un lapso no mayor a 60 días, identificar grupos y sujetos en riesgo, analizar la composición del mismo y elaborar e implementar procedimientos verificables orientados a la prevención y la posvención del evento suicida, desde un marco comunitario y participativo.

La dificultad recurrente más difícil de resolver, consiste en la obtención de la cuota de voluntad política necesaria para el seguimiento de estos programas e intervenciones. Sorprendentemente otra resistencia a elaborar en estos contextos la constituye la participación activa y comprometida de profesionales de la salud y de la educación en este tipo de dispositivos de intervención.

Existe una representación social, producto de una cultura aprendida en las respectivas casas de estudio, que es el paciente quien debe concurrir voluntariamente a demandar por su tratamiento. Tal creencia produce un impacto negativo en la población, si se tiene en cuenta que en Latinoamérica, aproximadamente el 40 % de la población no tiene acceso a los sistemas formales de atención sanitaria, que las crisis suicidas forman parte del tabú enmudecedor que favorece el aislamiento favorecedor de la ideación suicida y que los Planes Nacionales de Salud Mental -donde los hay-, de los cuales uno de

los pilares epidemiológicos lo constituye la prevención del suicidio, están siendo instrumentados incipientemente aún, como un paliativo eficaz para disminuir la prevalencia y la incidencia de esta problemática en la población.

Quizás haya llegado la hora en que los profesionales, comprometidos con nuestra ciudadanía – en el sentido más etimológico del concepto- vayamos a buscar los bolsones de sufrimiento y de dolor psíquico de las comunidades que habitamos, como una forma creativa de otorgarle responsabilidad social a nuestro accionar disciplinario.

C. Servicio hospitalario de intervención en crisis y rehabilitación psicosocial

C.1. Introducción

Es muy probable que la representación más extendida sobre el suicidio esté asociada a la imagen de un acto individual, intencional y con un propósito claro. Sin embargo cada vez más, y sobre todo después de la primera mitad del siglo pasado, con la estructuración de la Suicidología, este evento de la vida humana es considerado en toda su complejidad, multideterminación y evitabilidad.(MARTÍNEZ, 2008)

Si bien para muchos aún hoy sigue vigente la concepción bisecular del suicidio como enfermedad, también es cierto que, cada vez más –y sobre todo en Latinoamérica- se va pudiendo verificar empíricamente la incidencia de factores socioculturales y filosóficos en la génesis de la ideación suicida.

A partir de conceptualizar el suicidio como el proceso sistémico de síntesis de la disposición autodestructiva que, más allá del grado de conciencia de quien lo exterioriza, está orientado a comunicar la intención de una resolución al conflicto que le da origen, por medios letales (MARTÍNEZ, 2007a) se habilita el entramado de acciones posibles para despatologizar la intervención y crear una serie de interrelaciones psicosociales y comunitarias tendientes al establecimiento y/o restablecimiento del bienestar individual, vincular e institucional.

Esta concepción con basamento científico, crítica y expansiva –a la vez que específica- del desarrollo de la ideación suicida hasta su consumación, permi-

te plantearse cómo operan los procesos de vulnerabilización en la producción del evento; pero al mismo tiempo también habilita el planteo complementario acerca de los valores, creencias y paradigmas intervinientes en la construcción, tanto del concepto de normalidad como del de sufrimiento y malestar humano instaurando condiciones de inclusión y modificando o desmitificando las de exclusión, instaladas en una determinada comunidad.

C.2. ¿Por qué desde la Psicología Comunitaria?

Una vez que se ubica al suicidio por fuera de la patología, otorgándole determinantes biológicos y psicológicos, pero también y fundamentalmente sociales, culturales y filosóficos, eso quiere decir que no es sólo un tema de Salud Mental Comunitaria; y mucho menos sólo un problema que se resuelve con la prescripción de psicofármacos. Se impone entonces una acción hospitalaria extramuros, coherente con la localización edilicia del Servicio.

Si se toma la definición de Maritza Montero (1984) donde denomina la Psicología Comunitaria como aquella que permite desarrollar, fomentar y mantener el control y poder que los individuos pueden ejercer sobre su entorno para solucionar los problemas que los aquejan y lograr cambios en esos ambientes y en la estructura social, el abordaje de la problemática suicida se ubica dentro de los procesos vitales y modificables en convergencia y sinergia con los prój(x)imos.

En una lectura de lo antedicho aplicada al dispositivo que nos ocupa hoy se puede afirmar que en esta ciudad capital y por extensión a otras localidades de la provincia, aquel que atraviesa una crisis suicida cuenta con sostenes y recursos diversos en instituciones y organizaciones de la comunidad, además del dispositivo hospitalario.

Hay un factor mucho más determinante aún y surge de la conceptualización de Bennet (1966) acerca del rol del psicólogo comprometido en esta tarea. Él lo llama "participante-conceptualizador", dando cuenta de su trabajo como promotor, tanto como el de profesional e investigador (MONTERO, 1984).

Entre otras vertientes, de allí se desprende uno de los postulados metodológicos más distintivos y productivos de esta manera de implicarse en la tarea: la investigación-acción. Si bien no se puede afirmar que el Centro de Intervención en Crisis está sostenido en esta metodología, sí lo han estado experiencias precursoras, denominadas intervenciones poblacionales (MARTÍNEZ, 2007), de las cuales el Centro toma su concepción y espíritu fundacional.

Aquí se podría abrir un largo debate sobre si el acuerdo sobre la dinámica comunitaria conlleva de por sí, automática y necesariamente, el proceso de desarrollo comunal. También se puede considerar que éste 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.

Quizás en este punto resida una de las mayores dificultades de implementación de esta modalidad de relación con el objeto de estudio e intervención. Nadie pasa neutro por este tipo de experiencias. El investigador interviniente es a la vez interpelado e intervenido por los sujetos y por la problemática que decidió abordar. Para sostener y profundizar el compromiso profesional en esta línea y en la premisa ética de “cuidar a los que cuidan”, forma parte de reuniones y diálogos cotidianos -sin horario ni espacio físico fijo-, el Análisis de Implicación, en el sentido foucaultiano del concepto Implicación y en la crítica frankfurteana del Análisis de las Prácticas.

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.

De la Psicología Comunitaria se desprende esta impronta ya que en su trama epistemológica vamos a encontrar enclaves de conceptos tales como la teoría del rol del interaccionismo simbólico, tensión y stress social, conceptos de la Psicología Ecológica Transaccional, foco de control, acuñado por el neoconductismo, desesperanza aprendida de la Psicología Positiva, bienestar, teoría de la personalidad autoritaria de la Escuela de Frankfurt, teoría de la alienación del Marxismo y teoría latinoamericana de la dependencia, entre otras.

Para concluir por ahora con esta escueta enumeración de razones de ¿por qué desde la Psicología Comunitaria?, las cuales se fueron reproduciendo y enriqueciendo en el desarrollo mismo de la acción, es importante tener en cuenta que para romper con los saberes hegemónicos, investigador interviniente y comunidad deben estar del mismo lado en la relación de estudio ya que ambos cohabitan el mismo entorno (MONTERO, 1984)

C.3. El plan piloto para Río Gallegos

Por tratarse de un Plan piloto a desarrollar en un tiempo acotado (siete meses), de junio a diciembre de 2011, se eligió un objetivo de desarrollo, evaluable cuali-cuantitativamente por la Gestión a cargo.

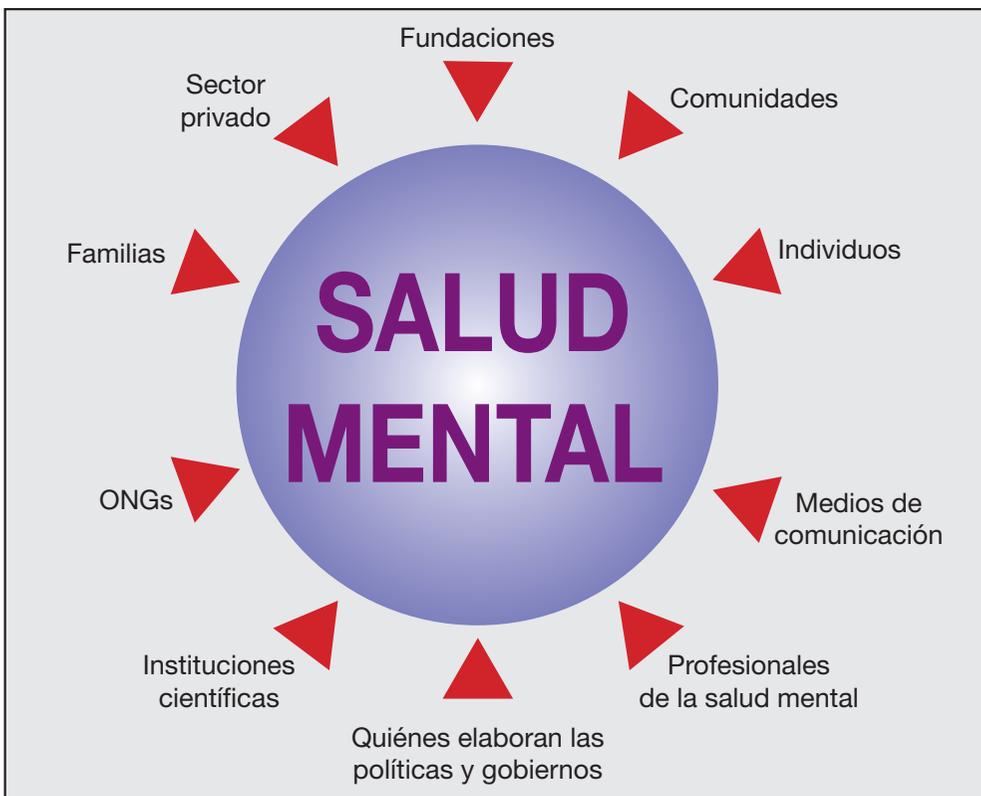
Se implementó un proceso mixto de capacitación e intervención intersectorial, tendiente a la instalación de dispositivos de política sanitaria para la prevención y posvención del suicidio:

- Clínicos: de prevención, posvención y asistencia
- Comunitarios: de detección temprana, contención e intercambio de saberes.

A continuación de las tareas de sensibilización, capacitación y puesta en marcha de los dispositivos, se destinaron los meses siguientes para la supervisión, ajuste de procesos, evaluación y seguimiento. Paralelamente, en la última etapa, se trabajó en la articulación y consolidación de la Red de actores comunitarios que debían hacer circular la demanda de atención de la urgencia hacia los dispositivos sanitarios, conformado por personal profesional capacitado a tal efecto.

Tal eslabonamiento de acciones progresivas e inclusivas generó la identificación de capacidad profesional instalada que, al operar sincrónicamente con los diversos sectores gubernamentales y de la sociedad civil intervinientes, mejoraron la eficacia en la búsqueda de la ampliación y crecimiento de los parámetros de bienestar psicosocial en la población.

Gráfico 5: Todos pueden contribuir



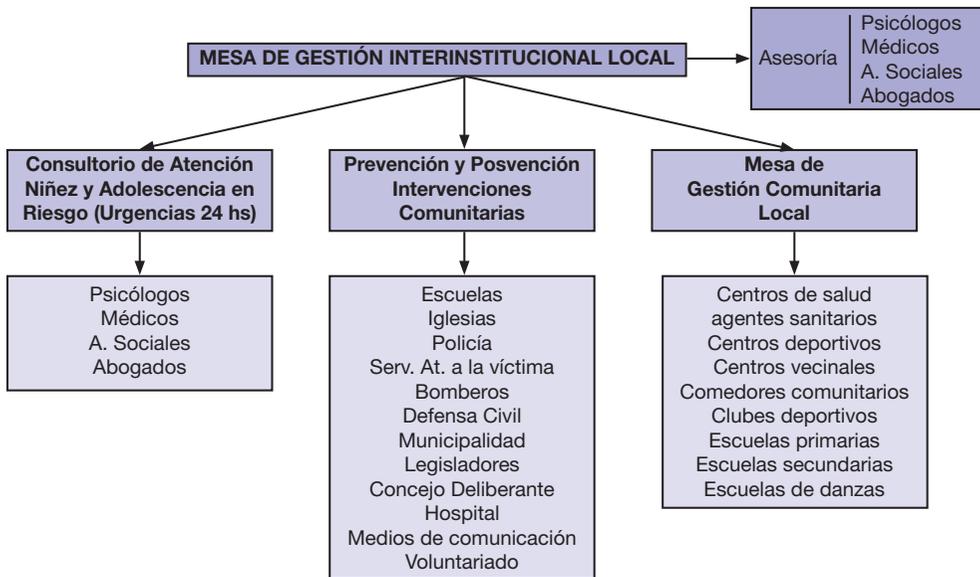
De: INVERTIR EN SALUD MENTAL. Esta publicación ha sido preparada por el Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias, Organización Mundial de la Salud, Ginebra. Traducción: Dr. Itzhak Levav. Revisión y correcciones: Sra. Rosa Seminario y Sra. Elvia Bello
© Organización Mundial de la Salud 2004

Además de los lineamientos vigentes de la OMS, también se adaptó la experiencia capitalizada en una intervención poblacional realizada por la

Asociación Argentina de Prevención del Suicidio, en Rosario de la Frontera – Provincia de Salta, Argentina, ante una demanda por reproducción suicida adolescente.

El siguiente diseño fue realizado e implementado por la Directora del Hospital local para abordar la creciente demanda de atención y los diversos focos de manifestación de la crisis.

Gráfico 6: Organización y control de la posesión del suicidio

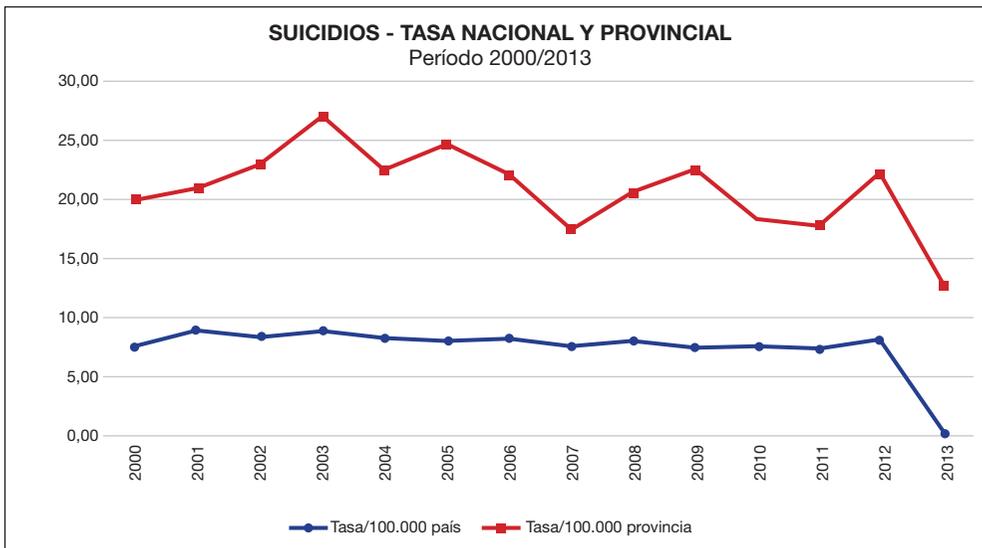


Si bien este esquema está diseñado y fue aplicado recurrentemente en contextos de crisis suicidas de adolescentes, es adaptable a diferentes contextos colectivos de variada magnitud y densidad poblacional.

Esta oportunidad, además de sistematizar las experiencias de intervenciones poblacionales y comunitarias realizadas a lo largo de más de una década (MARTÍNEZ, 2007), constituyó el desafío de asumir el compromiso y la responsabilidad de gestar los cimientos del primer dispositivo público, específico e integral que actuaría en forma permanente en Argentina, ya que dependía del Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Cruz (Subsecretaría de Salud Colectiva – Dirección Provincial de Salud Mental).

En ese momento, independientemente de las estadísticas epidemiológicas variables según la fuente de consulta, la Provincia arrastraba una situación crítica en tasas de suicidios durante largos años. Esta situación se acrecentaba en la percepción social a través de los titulares de los medios de comunicación masiva que ubicaban a Santa Cruz como la provincia con la tasa de suicidios más alta del País.

Gráfico 7: Tasas de suicidios de Santa Cruz en relación a la tasa nacional - Período 2000 - 2013



Nota: En 2013 no hay datos estadísticos nacionales consolidados conocidos públicamente. Los datos provinciales están proporcionados por la Dirección de Estadísticas del Ministerio de Salud Provincial.

En virtud de esta situación se propone un objetivo general consistente en: “Dar una respuesta socio-comunitaria desde el área de salud, a la problemática del suicidio en la Provincia de Santa Cruz, a través de un dispositivo de intervención y asistencia”, a la vez que se realiza una planificación de objetivos específicos, cuyo cumplimiento representan en sí una dimensión intervencionista: (MARTÍNEZ, 2012)

Relevamiento de datos y actualización epidemiológica a nivel local con miras a una proyección provincial posterior.

- Capacitación del personal sanitario.
- Conformación de equipos de crisis.
- Elaboración de un mapa local de riesgo y seguimiento desde la guardia e intervención del equipo de crisis.
- Instalación de dispositivos inespecíficos e indicados.
- Armado de la Red de contención psicosocial

En los Encuentros correspondientes al Plan Piloto para Río Gallegos, se desarrolló un Programa de Capacitación Académico para profesionales universitarios, consistente en el desarrollo de siete unidades conceptuales temáticas correspondientes a las que conformaban el Programa de la Materia Introducción a la Suicidología, dictada en la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Palermo, de Buenos Aires.

Simultáneamente se instrumentó un programa paralelo y complementario

donde se trabajaron aspectos de sensibilización, divulgación y operaciona-
lización con los diversos sectores de la comunidad (Agentes de fuerzas de
Seguridad, de Justicia, de Educación formal, bomberos, ONG`s, personal de
los Programas extracurriculares de Consejo Provincial de Educación y Encla-
ves sociales significativos del Ministerio de Desarrollo Social de la Provincia,
juntas barriales, grupos de padres, cruz roja, Boy Scouts, agentes sanitarios,
medios de comunicación, voluntariado, etc.).

C.4. El Centro Provincial De Intervención en Crisis y Rehabilitación Psicosocial

Después de una evaluación mayoritariamente favorable del desarrollo del
Plan Piloto, el 20 de marzo de 2012 comienza el funcionamiento público del
Centro de referencia, a cargo de un equipo conformado por cuatro profesio-
nales psicólogos: el referente y formador más tres psicólogas elegidas para la
conformación del dispositivo, con una actualización de formación teórica y de
procedimientos realizada en quince días.

Los items evaluados en relación a la conclusion de esa primera etapa fue-
ron los siguientes:

- Aumento de profesionales formados en Suicidología.
- Monitoreo de acciones en gestión.
- Registro de demanda, consulta y seguimiento de usuarios con eventos
autodestructivos (relación entre nivel de consulta y cantidad de suici-
dios) con las correspondientes tablas para tabulación de datos.
- Seguimiento mensual de demandas, a través de video o teleconferencias
con los Servicios de Salud Mental de los Hospitales del interior de la
Provincia.
- Comparación de suicidios consumados en 2011 en relación con años an-
teriores.
- Disminución de los eventos suicidas y comunicación más cuidada en los
medios de comunicación masiva.
- Toma de conocimiento del estado parlamentario de las iniciativas legis-
lativas vinculadas a la temática.
- Intervenciones, con profesionales en formación, en dos escuelas de la
Capital de la Provincia donde se produjeron suicidios de una alumna de
primaria y otra en las que habían acontecido intentos y reiteradas ame-
nazas de alumnos con ideación suicida.
- Intervención de una profesional formada en Suicidología, en la desarti-
culación de una amenaza de suicidio colectivo en una escuela de la Ciu-
dad de Las Heras, con un compromiso hipotético de sectas existentes en
la mencionada localidad.

A la hora de pensar, diseñar e implementar un dispositivo provincial per-

manente de este tipo se tomaron en cuenta ciertas variables y verificaciones generales, al no contar con referencias concretas a nivel provincial, ni nacional:

- En nuestro País en general y en adolescentes en particular, estudios e intervenciones institucionales y poblacionales venían demostrando recurrentemente la asociación entre “dificultades de afrontamiento en la resolución de problemas” con el desarrollo de conflictos y crisis que desembocan en actuaciones individuales y colectivas que van desde autolesiones deliberadas a suicidios frustrados y/o consumados.

En el año 2003 se publica un estudio de la Universidad de Alberta - Canadá (Disponible en [<http://www.ahfmr.ab.ca>]) cuyo objetivo consistía en identificar qué tipos de estrategias de prevención del suicidio han sido evaluadas en las investigaciones, y determinar cuáles de ellas eran efectivas. Desde el año 1990 se analizaron diez revisiones sistemáticas: Cerca de treinta tipos de estrategias de prevención del suicidio han sido evaluadas en la investigación. Las tres revisiones sistemáticas calificadas como buenas encontraron que los programas de prevención basados en las escuelas, dirigidos a los estudiantes en riesgo mejoran los factores protectores y reducen los factores de riesgo y las conductas suicidas.

- Una de las más eficaces formas de intervención en las crisis es prevenirse, y a su vez una pauta eficiente de prevención lo constituye la Promoción de la Salud.

Se podría afirmar que una buena manera de no enfermar o no vulnerabilizarse es **Producir Salud**. El proceso de elaboración e implementación del Programa y del Centro se orientan a atenuar y revertir el proceso de vulnerabilización a través de la *prevención selectiva* y posvención en estadios lo más tempranos posibles de la evolución del continuum auto-destructivo.

- **Producir Salud** a través de la *prevención universal*, concientizando a la población en los métodos y/o procedimientos para reducir o eliminar la exposición a factores vulnerabilizantes, productores de dolor psíquico.
- Si bien el proceso, en el Programa en general y en el Servicio en particular, no está regido por el paradigma de sanar –porque no está erigido a partir del concepto de enfermedad-; la **Producción de Salud** en la *prevención indicada* se logrará a través de la posvención específica. Este proceso se irá complejizando a medida que el participante vaya implicándose en su pasaje por el Servicio: desde la evaluación de riesgo inicial, el Grupo Sostén, los talleres, el restablecimiento del lazo, la instalación en un tratamiento psicoterapéutico externo, ya que dentro del Modelo de Intervención en Crisis aplicado no se contempla la posibilidad de tratamiento individual dentro del dispositivo, y la revisión y/o construcción de su proyecto de vida inmediato, hasta el descenso en su nivel de riesgo que posibilite la desactivación del continuum autodestructivo.

Las mencionadas premisas generales se tradujeron en objetivos específicos, adaptados a la realidad de la Provincia y a un naciente Ministerio de

Salud, que se estaba separando de su anterior pertenencia al Ministerio de Asuntos Sociales como Subsecretaría de Salud. Cabe hacer notar que a esta altura de los acontecimientos inaugurales no había todavía claridad sobre la diferenciación acerca de la implicancia provincial del entonces Centro y ahora Servicio. Ha sido motivo de largas reuniones e intercambios una premisa más que obvia; un Centro en Río Gallegos no era ni sería capaz de revertir el crítico cuadro situacional de la Provincia respecto a esta problemática. Tal dualidad, producto de los balbuceos operativos iniciales se notan en la elaboración de la nómina de objetivos determinantes y los indicadores de eficacia esperables, tanto de desarrollo como de resultado. De todas maneras con ese marco se empezó a trabajar buscando:

- Atender el impacto subjetivo de las crisis en la Salud Mental de la población santacruceña.
- Implementar programas de rehabilitación psicosocial para aquellas personas, grupos, instituciones y/o comunidades que manifiesten emergentes críticos en su Salud Mental, como consecuencia del intento de elaboración de crisis individuales y/o colectivas.
- Capacitar teórica y prácticamente el capital humano directamente implicado en la atención de la población crítica.
- Orientar a las organizaciones de la comunidad en la detección temprana de los indicadores de la crisis subjetiva en curso, generando un entramado social que opere simbólicamente como malla de contención de la población a la vez que lo haga como alivio de la demanda a los efectores específicos del Sistema Público de Salud.
- Relevar y mantener actualizados los registros de los recursos comunitarios con los que se cuenta en las diversas áreas geográficas, para satisfacer la demanda explícita o implícita de reinserción de aquellas personas que han sido afectadas por las consecuencias de una crisis individual y/o colectiva.
- Medir, en forma periódica, cualitativa y cuantitativamente, la incidencia de la tarea del Servicio / Programa en los indicadores sensibles del esquema sanitario de la Provincia.

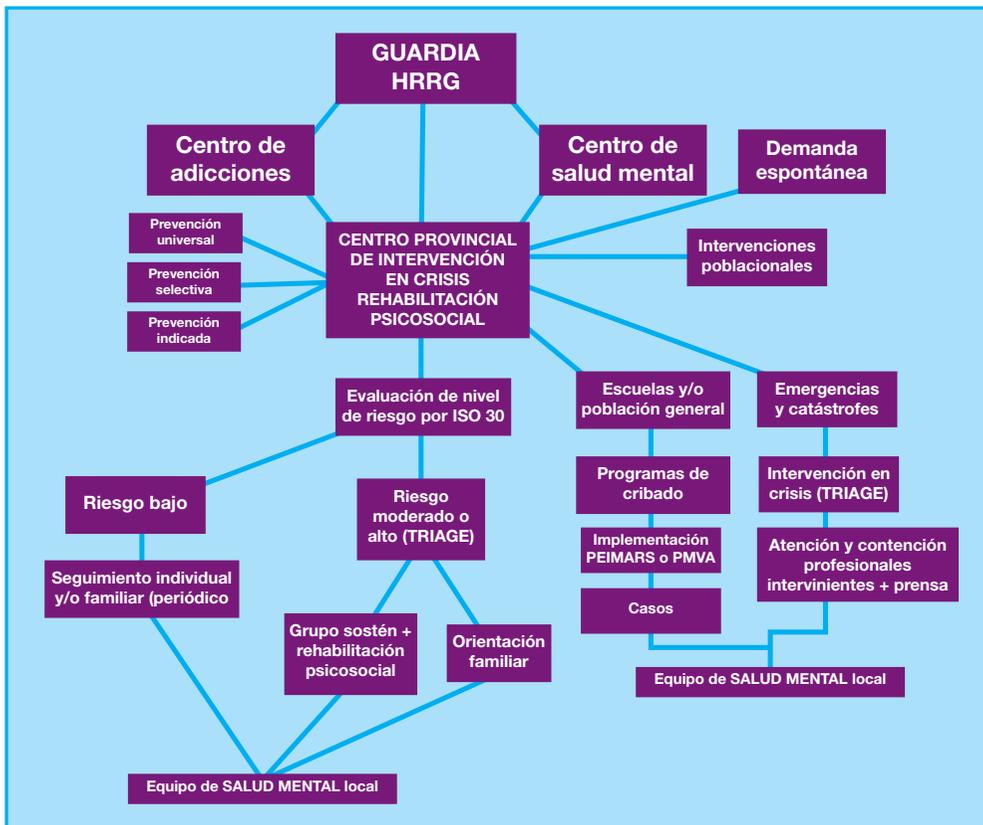
A esto habría que sumar la incidencia de la densidad poblacional de menos de un habitante por kilómetro cuadrado –recientemente superado- en una superficie 243 943 km² de extensión, siendo la segunda provincia más extensa del país, sólo superada por Buenos Aires. La intransitabilidad de la mayoría de sus rutas interiores durante el invierno. La comunicación digital crítica o inexistente con diversos hospitales distantes de la capital de la provincia, durante gran parte del día. Hasta hace poco un dato significativo en el desarrollo de las gestiones gubernamentales, de la cual la Salud no estuvo exenta, lo constituyó el enfrentamiento explícito con la Administración Nacional, que dificultó la implementación y complementación en el desarrollo de proyectos y programas. En síntesis no estaban dadas las mejores condiciones para dar a luz un dispositivo psico-socio-sanitario tan sensible como el que nos ocupa.

De todas maneras se planificó y se está logrando adecuadamente que el Servicio, además de asistir en esta localidad, sea Centro de referencia para las demás localidades de la Provincia, trabajando a la vez en la generación de recursos varios para su desarrollo autónomo al respecto. En reiteradas oportunidades ante emergentes críticos se ha establecido contacto periódico –de supervisión por ejemplo- vía skype o telefónica.

Cuenta, además de un sistema de asistencia vincular y grupal, con una guardia pasiva que articula con el Hospital Regional de Río Gallegos (Nivel VIII) y especialmente con el Servicio de Salud Mental y el de Tratamiento de las adicciones.

Ante situaciones de crisis, en otras localidades de la provincia, parte del equipo se traslada a la localidad correspondiente, orienta a los equipos de salud e implementa el abordaje socio-comunitario en conjunto con el equipo de salud del hospital correspondiente, capacitando y supervisando sus acciones, de acuerdo al siguiente flujograma, acordado intersectorialmente durante el desarrollo del Plan Piloto:

Gráfico 8: Diagrama de capacitación y supervisión



Las funciones de desarrollo para cumplir con el diseño proyectado se articulan en cuatro áreas, hoy sostenidas, en forma permanente, por ocho profesionales: tres psicólogos, dos trabajadoras sociales, una psicopedagoga, una técnica en psicopedagogía social y un acompañante terapéutico

Intervención en Crisis:

- Individuales y colectivas
- 1ra. etapa: 30 días
- 2da. etapa: 60 a 90 días
- Abordajes: individuales con su entorno, familiares, grupales, institucionales y sociales

Rehabilitación psicosocial:

- Grupos psicoeducativos para padres, adolescentes y usuarios en general
- Espacios de interlocución con operadores internos y externos

Capacitación y Formación:

- Equipo del Servicio
- Equipos de la Provincia
- Equipos externos a la Provincia de Santa Cruz

Prevención Comunitaria e Institucional

- Programa transversal de Prevención y Orientación
- Evaluación de Grupos Críticos
- Talleres Psicoeducativos y de Autocuidado en escuelas
- Detección temprana (Programas escolares extracurriculares y otros espacios comunitarios)

Los perfiles requeridos y en los que son formados los integrantes del equipo, adaptados a sus profesiones de origen son:

PERFIL TÉCNICO:

- Manejo de Técnicas de Evaluación
- Intervención en emergencia
- Conducción de procesos grupales (pacientes, familias, asambleas...)
- Aptitudes para la Capacitación de otros profesionales y sectores comunitarios en general
- Orientación de la tarea hacia la Investigación/Acción

PERFIL ACTITUDINAL

- Interés en la Tarea
- Dispuesto/a a un alto nivel de compromiso profesional

- Capacidad y deseo de aprender y formarse en la disciplina
- Disponibilidad para trabajar en terreno tanto en Río Gallegos como en el Interior de la Provincia
- Buena capacidad de trabajo en equipo

Los criterios de ingreso de los usuarios al dispositivo de Crisis se basan en una evaluación cuantitativa por ISO 30 (Inventario de Orientación Suicida) (KING, J. y KOWALCHUK, B., 1994; CASULLO, M. et al, 2006) y un mapeo sociodemográfico de la persona en crisis, su familia y entorno, en cortes sincrónico y diacrónico (MARTÍNEZ, C., 2007)

C.5: Admisión a los dispositivos del centro de intervención en crisis y rehabilitación psicosocial

Objetivos:

- Evaluar al usuario en situación de vulnerabilidad y su contexto vincular e histórico.
- Identificar condiciones de riesgo y las situaciones en las que se pone de manifiesto.
- Registrar los factores protectores y resilientes que posibiliten y habiliten un proceso de rehabilitación de sus comportamientos autodestructivos.
- Generar acuerdos mínimos con el usuario, sus acompañantes y los participantes del espacio de admisión (generalmente grupal) para generar adhesión al Tratamiento de Crisis.
- Establecer las pautas de autocuidado personal, de acompañamiento de sus vínculos significativos y las condiciones de pasaje al Grupo Sostén.
- Completar en todas sus partes la Historia Clínica interna del Centro y habilitar la concurrencia a Grupo Sostén una vez realizada la evolución de su desempeño en este espacio.

Duración: desde tres encuentros consecutivos hasta generar las condiciones de agrupabilidad en Grupo Sostén.

Los usuarios para ser aceptados en los grupos de intervención en crisis y rehabilitación psicosocial del Servicio deben estar eufímicos y estabilizados al momento de su ingreso.

Las actividades indicadas de manera intensiva durante el período amplio de Intervención en Crisis consisten en la participación de dos reuniones semanales de Grupos Sostén, Grupo psicoeducativo para adolescentes si pertenece a ese grupo etario, Grupo para padres, entrevistas vinculares con la familia y/o referentes afectivos de su vida cotidiana y participación en la Reunión Comunitaria que se realiza una vez por semana, única actividad abierta para toda la comunidad. En múltiples situaciones se trabaja con grupos de perte-

nencia, tanto en el ámbito escolar, laboral y en algunas oportunidades en el universitario. Para entrar al dispositivo del Servicio tiene que haber obtenido puntaje de Riesgo Alto o Moderado y/o manifestar Ideación Suicida persistente con alto potencial en la evaluación cualitativa.

La Evaluación de riesgo se aplica a todo el grupo familiar y/o conviviente. En su defecto y, atendiendo a las características singulares subjetivas, se implementará con todas aquellas personas que el profesional estime significativas en el entorno del paciente para evaluar su incidencia e influencia interpersonal en la configuración del cuadro autodestructivo.

Una vez determinado su nivel y potencial de riesgo, tanto cuantitativo como cualitativo, se ubica el caso (usuario + entorno significativo) en un triage de campo adaptado, de cuatro alternativas:

Código rojo: riesgo y/o potencial alto o moderado.

Código amarillo: salida de la etapa aguda de la crisis y en proceso de Intervención en Crisis amplio.

Código verde: riesgo y potencial descendido, con tratamiento psicoterapéutico externo. Si bien el proceso se realiza mayoritariamente de manera ambulatoria, en esta etapa se espera haber establecido los acuerdos mínimos para una reinserción vincular funcional y orientada a un desarrollo saludable de su proyecto de vida.

Código celeste: incluye a aquellos usuarios que requieren y están en proceso de una reinserción psicosocial que amerita de un acompañamiento en la búsqueda laboral y/o económica por parte del Estado, hasta que la consiguen y se instalan.

Los usuarios ubicados en código rojo son llamados por el profesional de guardia del Servicio las veces que se consideren necesarias, durante el día y/o la noche, cualquier día de la semana; ellos o sus familiares pueden llamar ante una emergencia imprevista, implementando, de considerarse pertinente, una consulta presencial del grupo en crisis, en la Guardia de Salud Mental o en la Guardia General del Hospital Regional.

C.6. Funciones del seguimiento telefónico en la intervención en crisis

Los manuales internacionales, como el que se tomó como referencia, el de Karl Slaikeu, adjudican las siguientes funciones al Seguimiento Telefónico:

Contacto psicológico

Para que el usuario se sienta comprendido, aceptado, o para que un aire de calma comience a reemplazar a la agitación y a la confusión del estado de crisis, el orientador en su tono de voz necesita ser tranquilizante y calmante.

Además deberá prestar atención a la voz del usuario, en lo que dice y cómo lo dice.

Análisis de las dimensiones del problema

El asistente debe apoyarse en la narración descriptiva del usuario y plantear preguntas abiertas para deducir información acerca de las dimensiones del problema.

Exploración de posibles soluciones

En muchas ocasiones la táctica del orientador es poner a quien llama a volver a considerar una solución que se ha intentado sólo de manera endeble, o que ha sido rechazada demasiado pronto. El objetivo es crear tantas direcciones potenciales como sean posibles en ese contexto con el fin de actuar sobre las necesidades urgentes.

Asistencia para la realización concreta

Si el riesgo de mortalidad, en ese momento, es bajo y el usuario es capaz de tomar el acuerdo de los siguientes pasos para el enfrentamiento de su problema, entonces el orientador destina energía hacia la ayuda a quien llama para profundizar su adherencia al proceso de Intervención.

Por el contrario, si el riesgo es alto, entonces el orientador deberá de tomar una actitud directiva, pudiendo llamar a un miembro de la familia o enviar una unidad de rescate a donde se encuentra el usuario.

Seguimiento

Explicar al paciente los motivos para el seguimiento y proteger la confidencialidad de los contactos telefónicos.

En el caso del procedimiento en el Servicio de Intervención en Crisis del Hospital Regional de Río Gallegos, ésta práctica se aplica a aquellos usuarios que, habiendo sido evaluados por el Equipo profesional de manera presencial, se encuentran en el Nivel I del Triage (Código Rojo), es decir Riesgo Suicida ALTO.

Esta Intervención es acotada, directiva y focalizada en el uso de las habilidades aprendidas en el contexto terapéutico. Dada la multicausalidad del proceso suicida, durante el seguimiento telefónico se despliega o se refuerza el armado de la red de sostén familiar, institucional y/o interinstitucional.

Está demostrada científicamente la eficacia de la intervención presencial, complementada por el seguimiento telefónico en el tratamiento de patologías mentales, en el caso de veteranos de guerra y usuarios que viven en zonas geográficas alejadas como pueblos originarios por ejemplo.

El objetivo principal del triage, y de los planes hospitalarios de emergencia es proveer a este limitado y seleccionado grupo de usuarios severamente traumatizados un nivel de cuidado que se aproxime lo más cerca posible al nivel óptimo de atención que reciben pacientes similares en condiciones de servicio normales. (De Guía para manejo de urgencias. Cap II Triage de campo. Disponible en www.aibarra.org/Apuntes/criticos/Guias/prehospitalario/

Triage_de_campo.pdf)

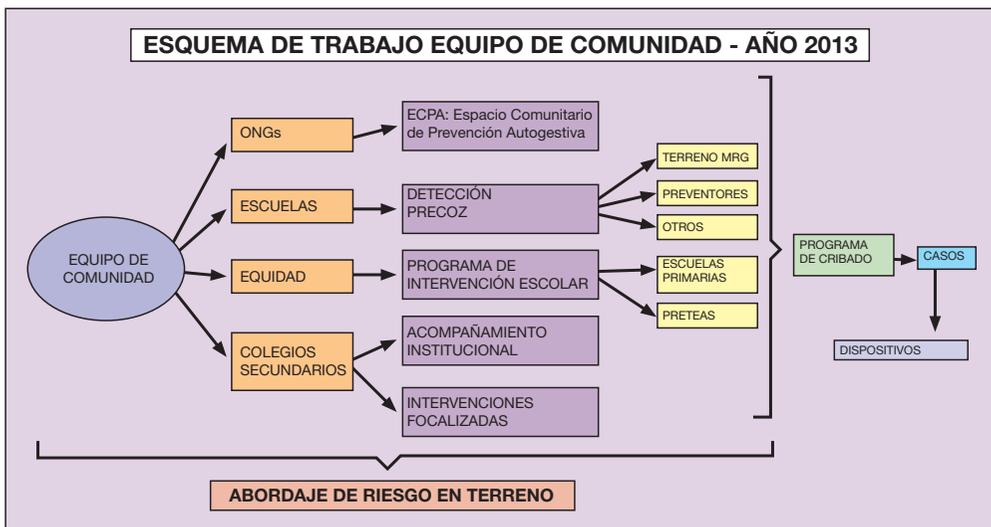
Si bien hay distintos algoritmos de aplicación del triage prehospitalario y hospitalario, en este caso se tomó el algoritmo CareFlight por ser el más rápido de realizar en el medio prehospitalario porque sus discriminantes son cualitativas y no cuantitativas. (GARNER, LEE et al, 2001)

Es preciso establecer que el triage es un proceso dinámico y por ello, los responsables de efectuarlo deben estar alerta ante las condiciones cambiantes de los usuarios y de la propia emergencia que puede sustancialmente modificarse imprevistamente.

En este diseño se realizó una translación conceptual no directa de este algoritmo, aplicada a las implicancias traumáticas de las crisis suicidas. La psicodinamia del evento y las características del dispositivo permiten abordar la evaluación cuali-cuantitativamente, con presencia familiar lo más amplia posible y con un equipo entrenado especialmente en esta metodología de abordaje, dispuesto a implementar una cobertura asistencial y de seguimiento intensivas.

Las implicancias de este Modelo de Intervención en Crisis (SLAIKEU, 1999), entre otros, marca la impronta de la resolución de los emergentes in situ, situación de la que también está formado el Equipo.

Gráfico 9: Síntesis del Esquema de abordaje territorial, en Río Gallegos



Este esquema de epistemología en acción y la premisa de la territorialidad del abordaje requieren inevitablemente de la concepción y articulación interdisciplinaria e interinstitucional (MARTÍNEZ, 2009), dando una clara señal a la Comunidad que el suicidio constituye un evento previsible, predecible

y prevenible en cualquier escenario en que se presente el emergente. Si bien no resulta fácil transformar los prejuicios y preconceptos culturales de una población y, a veces, mucho menos los de los profesionales de su Sistema de Salud, un instituyente avalado y sostenido por el Estado puede ser contundente y facilitador de este proceso de humanización del dolor psíquico como producto relacional y colectivo, estableciendo claramente –y sin ambivalencias- que desde ese sesgo debe ser abordado.

Gráfico 10: Atención de demandas



C.7. Hospital Reinaldo Bimbi de Los Antiguos (Santa Cruz, Argentina)

Se incluye a continuación una crónica testimonial de la Lic. Valeria Roseto, Coordinadora del Servicio de Psicología del Hospital Reinaldo Bimbi de la

localidad de Los Antiguos, donde se implementó el abordaje comunitario de Intervención en Crisis ante un evento suicida de un adolescente en una escuela primaria local. Esta localidad está ubicada a 1056 Km de distancia de la Ciudad Capital donde se encuentra emplazado el Servicio de Intervención en Crisis. Está en las estribaciones de la Cordillera de Los Andes, cerca de la frontera con Chile.

Si bien hoy forma parte del anecdotario de antiguos pobladores, reside aún en la memoria colectiva, la erupción del volcán chileno Hudson, hace 25 años, que literalmente tapó el poblado de metros de ceniza volcánica con las consecuentes pérdidas millonarias en ganado ovino y en cultivos. Un dato no menor es que la recuperación se produjo a través de la creación de cooperativas. ¿Será este uno de los motivos culturales por el cual, de los 13 hospitales de la provincia, éste es el que tomó con mayor compromiso y logró mejor desarrollo del esquema comunitario para la intervención en las crisis suicidas?

En esta crónica testimonial se decide incluir el documento tal como fue redactado por la autora, con sus respectivos nombres propios y expresión de sentimientos porque, en su vertiente histórica, da cuenta de la tarea de Equipos pioneros que se van autonomizando en la construcción del andamiaje comunitario en zonas recónditas de nuestra geografía

Los Antiguos DISPOSITIVO GRUPAL CRISÁLIDA

Introducción

“CRISÁLIDA”, es un dispositivo hospitalario de abordaje psicosocial abierto para la comunidad en general, con previa valoración y evaluación ante situación de crisis. Integrada por un excelente equipo de trabajo, capaz de enfrentar situaciones sociales alarmantes con responsabilidad, compromiso y capacitación frecuente.

Características generales de Los Antiguos

En la localidad, actualmente viven 6.000 habitantes aproximadamente según el censo 2010 que así lo indica, una comunidad pequeña al sur oeste de Argentina en la Provincia de Santa Cruz, limitando con Chile a tan solo 4 km de distancia.

Se destaca por su producción de fruta fina, Cereza.

El clima es seco, en invierno cuenta con tan solo 8 horas de luz y en verano 17 horas aproximadamente.

El paisaje es muy bello de pre cordillera, ríos y lago. Se suele practicar pesca, destacando a la trucha patagónica por su sabor y color de carne.

Cuenta con los siguientes establecimientos educativos: un Jardín, dos Escuelas Primarias, un Secundario y una Sede Virtual de la Universidad Nacional de la Patagonia Austral (UNPA).

Otras entidades: Municipio local, 1 comisaría, defensoría, 1 Hospital Público Arancelado de baja complejidad, 5 establecimientos religiosos, 5 radios, 1 canal local, 2 cuarteles de bomberos.

Espacios recreativos: Polideportivo y Gimnasio Municipal, 5 Plazas.

Historia

Desde que se creó el servicio de Salud Mental y Patologías del Consumo en el Hospital Local año 2010, no se había registrado caso de suicidio o tentativa, hasta que en una de las guardias de Salud Mental, un 30 de Julio del año 2013, con el suicidio de un joven de 14 años, el Equipo del Hospital asiste a la familia del joven y se contacta con la referente, en ese momento, de la

Dirección Provincial de Salud Mental y Patologías del Consumo de la Provincia de Santa Cruz y con el Equipo del SERVICIO DE INTERVENCIÓN EN CRISIS Y REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL, de la ciudad de Río Gallegos, quien ofrece inmediatamente un trabajo de acción comunitaria para la localidad Antiguense. Se organizaron Jornadas intensivas para los días 5 y 6 de agosto de ese mismo año. Se asistió a la comunidad educativa Escuela N° 17 Alumnos (7mo y 6to de la Escuela N° 17, donde asistía el joven), a la comunidad docente en general (Escuela N° 17 "Policía Federal Argentina", Escuela Rural N° 1 "Carlos María Moyano", EPJA N° 8 Primaria, EPJA N° 15 Secundaria) y se realizó reunión con los padres de la Escuela N° 17. También se realizó Talleres "Valores por la Vida", donde se pudo evaluar a los jóvenes de 6to. y 7mo. año con previo Consentimiento Informado de Evaluación Adolescente por el padre/tutor. Se trabajó con jóvenes escolarizados de 10 años a 18 años de edad promedio. En esta intensa "Jornada por la Vida", se trabajó en terreno con CARLOS MARTINEZ (Lic. en Psicología, especialista en Suicología), CLAUDIA ZENIQUEL (Pedagoga Social) y GUSTAVO RUIZ (Acompañante Terapéutico). Participó de la misma el Equipo Local integrado por profesionales del Hospital Local Dr. Reinaldo Bimbi y de la Secretaría de la Niñez y Adolescencia, VALERIA ANALIA ROSETO (Lic. en Psicología), PATRICIA MARCELA CALETTI (Lic. en Psicología), ADRIAN PERALTA (Médico Esp. En Medicina Familiar), FERNANDO BORDON (Médico Esp. En Medicina General), PABLO DANIEL OVIEDO (Lic. en Trabajo Social) y MARIA LAURA MARCHIOLI (Lic. en Psicología) y participó también el equipo de Salud Mental y Patologías del Consumo del Hospital de Perito Moreno, ARIANA VELASCO ZAMBRANO (Lic. en Psicología), RAÚL DÍAZ SANTIN (Lic. en Psicología) y MARÍA ANGÉLICA PEREYRA (Terapista Ocupacional).

Se propuso continuar con el trabajo de implementación del Protocolo de Intervención en el Ámbito Escolar y la articulación de las Instituciones intervinientes, tal como está acordado a nivel provincial, planteándose las siguientes líneas de acción a trabajar:

- a) Tomar conocimiento del Protocolo Provincial de Intervención en el Ámbito Escolar, Acuerdo 146.
- b) Evaluar el riesgo suicida, a los jóvenes que falta en la población escolar. Sistematización de la evaluación.
- c) Aplicación del programa PEIMACS (adaptación local autogestiva del PEIMARS - protocolo de intervención que se desarrolla en la Parte Tres de esta publicación)
- d) Mediados de noviembre, reevaluación.
- e) Devolución a la comunidad.

Finalizando la experiencia con una reunión abierta a la comunidad, se explicó todo lo trabajado hasta el momento y se dio públicamente a conocer las acciones a trabajar, también se realizó devolución general de la Evaluación de Riesgo de Suicidio que se administró en la Esc. N° 17 con alumnos de 6to. y 7mo. año, esta muestra es selectiva, no representativa de la comunidad educativa en general.

A continuación detallamos la Evaluación de Riesgo de Suicidio:

Se han evaluado a 42 adolescentes de 6to. y 7mo. Año de la Escuela Provincial N° 17 Policía Federal Argentina de Los Antiguos, Santa Cruz. Voluntariamente los adolescentes acceden a la evaluación de autoagresión, bullying y riesgo suicida (ISO 30), explicándoles el objetivo de las mismas. De las 42 personas evaluadas 25 son de sexo masculino y 17 femeninos comprendidos entre las edades de 10 a 14 años.

Los resultados de la Evaluación de Riesgo Suicida ISO 30 fueron:

Clasificación de Riesgo	Cant.	%	Masc.	Fem.	Procedencia	
					Los Ant.	Otro
Bajo	33	78	20	13	9	24
Moderado	5	12	2	3	3	2
Alto	4	10	2	2	2	2

Se establece en esta reunión el compromiso de continuar en contacto con el EQUIPO LOCAL y además convocar e informar a las autoridades correspondientes, en ámbito Jurídico la necesidad de una Defensoría en la localidad de Los Antiguos y en el ámbito Educativo la necesidad de un Equipo Técnico local, destinado para todas las escuelas de la localidad.

Se plantea la necesidad y la urgencia por ayudar a los jóvenes apoyando y actuando en Red y gestionando espacios de reunión para elaborar acuerdos comunitarios en función del resguardo para la comunidad.

En base al modelo de trabajo consensuado se trabajó con talleres orientados a fortalecer las dificultades del sistema de creencias de los adolescentes. Estos talleres se han llevado a cabo en las escuelas primarias y en la secundaria (con docentes referentes).

Se han evaluado y reevaluado a 131 adolescentes y los resultados fueron:

- Escuela Primaria N° 17 en la primera evaluación dio: Bajo Riesgo 77%, Moderado 11% y Alto 14%, en la reevaluación dio: Bajo 78%, Moderado 17%, Alto 5%. Este establecimiento educativo es en el que suicidó el adolescente de 14 años, que cursaba con sobreedad su primaria.

- Escuela Primaria N° 1 en la primera evaluación dio: Bajo riesgo 82%, Moderado 18% y Alto 0%, en la reevaluación dio Bajo Riesgo 88%, moderado 6 % y alto 6%.

- Colegio Secundario en la primer evaluación dio: Bajo Riesgo 83%, Moderado 7% y Alto 10%, en la reevaluación dio: Bajo Riesgo 79%, Moderado 11% y Alto 10 %.

El resultado global de la reevaluación fue: Bajo Riesgo 71%, Moderado 14 % y Alto 15 %.

Conclusión del trabajo en terreno:

- Se logró conformar un equipo de profesionales de sostén para prevenir y prever el riesgo suicida;
- Este equipo ha logrado soportar la crisis suicida resultante del suicidio de un adolescente en la localidad;
- Evaluar, dar talleres del PEIMARS y reevaluar el riesgo en los alumnos de la localidad;
- Conocer el nivel de riesgo de los adolescentes evaluados y trabajar sobre sus cualidades debilitadas;
- Continuar trabajando con los adolescentes y sus familiares que continúan en riesgo;
- Conocer fortalezas y debilidades del equipo.
- Se logró tener en la localidad de Los Antiguos, una Defensoría (Noviembre 2015).

A la huella a la huella....

Vamos dejando las huellas de nuestro andar, hablar del Suicidio en el año 2013 era tabú, fuimos descubriendo que los prejuicios y preconceptos relacionados con el suicidio resultaron ser varios, pero de a poco, hablar del tema Suicidio era y sigue siendo necesario, siendo esta la clave, a nuestro entender, fundamental como actores de SALUD PÚBLICA. Podemos ver que los jóvenes, los docentes, padres, comunidad en general pueden colaborar con tareas preventivas, identificar riesgo en adolescentes y niños a partir de ciertas pautas que el Equipo de Salud está brindando a la comunidad en general.

Ya hace 2 años aproximadamente que formamos un Grupo que en un comienzo se llamaba "Sostén" y este año se pasó a llamar "Crisálida". Funciona en el ámbito hospitalario de la localidad con abordaje psicosocial y a través del modelo de Intervención en Crisis. Hablar de GRUPO implica hablar de una dinámica de trabajo que fue cambiando... una "transformación" Crisálida. Hemos notado que en este andar circuló la empatía, el compromiso, la amistad, parejas, hijos, distancia, casamiento, nacimiento, festejos, pérdidas, enfermedad ... y ahí estaba el grupo para sostener y acompañar. Los coordinadores también hemos vivido una experiencia que podríamos sintetizarla en la palabra "intensidad". No nos ha sido una tarea sencilla por los obstáculos internos (personales de los coordinadores, de los usuarios, saboteadores entre los mismos integrantes del grupo) y externos (espacio físico, recursos materiales, saboteadores de salud pública), pero donde podemos dar cuenta de nuestro crecimiento profesional y humano, los coordinadores hasta el momento han sido desde el año 2013: Adrián Peralta (Médico Esp. En Medicina Familiar); Valeria Roseto (Lic. en Psicología) y en el año 2015 se sumó a la tarea Vale-

ria Puricelli (Médico Esp. En Medicina Familiar).

Agradecimiento

Estamos inmensamente agradecidos con el Lic. Carlos Martínez quién es nuestro MAESTRO, por su compromiso, dedicación, preparación, calidez humana y pasión por lo que hace. Hemos podido generar una transformación interna en nuestra comunidad. También destacamos la labor de todo su equipo de trabajo por la calidad y calidez que nos han brindado, acompañándonos en nuestra preparación para esta apasionante tarea que es la SALUD. A todos ellos gracias!

“EL SUICIDIO ES PREVISIBLE Y PREVENIBLE”

C.8. Interacción con la Justicia

Se incluyen a continuación dos documentos emitidos por el Servicio en relación a sendos abordajes interinstitucionales en casos de familia. Se seleccionaron estos dos de los tantos producidos en estos años de acción preventiva y posventiva por tratarse de casos emblemáticos y porque además de explicitar cómo se pone en funcionamiento el dispositivo clínico-institucional, se intenta ir introduciendo, en enclaves sensibles de la Justicia Provincial, un accionar diferente a los de los Equipos Forenses y al clásico modelo de intervención médico-paciente.

Río Gallegos, 18 de marzo de 2013

JUZGADO PROVINCIAL DE PRIMERA INSTANCIA DE FAMILIA N° DOS
SECRETARIA N° UNO

Ref: ELEVAR INFORME DE ACTUACIÓN

SR. JUEZ:

Nos dirigimos a Usted a fin de elevar informe de lo actuado en el caso de la Sra M V en la interacción con sus hijas, durante el período de vigencia de la medida de exclusión del hogar familiar, que aún continúa.

1. Intervenciones:

Desde el 12/12/2012, fecha en la que hemos tenido la audiencia en ese juzgado se trabajó interrumpidamente de manera interinstitucional entre este equipo de Intervención en Crisis y Rehabilitación Psicosocial, la Coordinación de Infancia municipal y el Lic. L C, terapeuta privado de la Sra. M.V.

Dicha tarea consistió en al menos una reunión semanal de coordinación y articulación entre los diferentes actores de la mencionada intervención, una sesión semanal de coterapia (conducida por los licenciados Z y M) con la Sra. M. y sus hijas, una entrevista semanal con las cuatro hermanas D V en el Centro de Intervención en Crisis, entrevistas individuales con la Sra. M.V, en acuerdo con su terapeuta privado, orientadas a resolución de momentos críticos, esclarecimiento de información acerca del proceso terapéutico en marcha y evaluación de los sucesivos pasos progresivos realizados en la intensificación y el mejoramiento del clima de convivencia entre ella y sus hijas.

Es de destacar que la adhesión del grupo familiar a los tratamientos e intervenciones establecidos es muy alta, con las obvias variaciones de sujetos y situaciones pero sin ex-

cepción. Es importante mencionar en este punto que de las pocas veces que ha surgido algún problema al respecto, la mayoría de las oportunidades se debió a olvidos, malos entendidos y/o equivocaciones de las operadoras a cargo de las hermanas D V.

Como ya es método del modelo de intervención en crisis implementado en este Centro, se monitoreó y siguió cotidianamente las implicancias de las intervenciones realizadas a cargo de la profesional de guardia del equipo.

2. Líneas de Trabajo:

Desde las diferentes intervenciones realizadas se abordaron ejes de trabajo tales como: La desmitificación de falsas creencias, que estaban instaladas en el imaginario familiar –y en algunos casos también en el institucional- respecto a la patologización de los vínculos, el beneficio de la separación de las hermanas, “la locura de la madre” y la posibilidad cierta de que el padre pudiera hacerse cargo del cuidado de sus hijas o al menos de algunas de ellas.

Se estableció un señalamiento crítico recurrente sobre la eficacia de la queja en la cultura del asistencialismo como recurso de supervivencia (casa, alimentos, medicamentos, subsidios para cubrir otros subsidios escasos). Quizás uno de los rasgos más disfuncionales de la Sra. M.V en el manejo de la crianza de sus hijas, sea la creencia de su carencia de autonomía y de recursos para hacerse cargo de su rol materno.

Instalación de una línea de trabajo sobre la identificación y utilización de los recursos simbólicos propios del grupo familiar tendiente al autosustento –no sólo económico- y la autodeterminación como recurso vital.

Expresión de sentimientos al interior del núcleo conviviente como forma de ir construyendo un entramado solidario de respeto y tolerancia mutua como una de las maneras posibles de paliar los efectos de una historia familiar plagada de violencias físicas, simbólicas, estructurales y coyunturales.

Análisis y evaluación de respuestas novedosas egosintónicas y asertivas en la relación de la madre con su hijas y señalamiento de aquellas intervenciones que por acción u omisión –voluntarias, involuntarias y/o voluntaristas- terminan reproduciendo el modelo y la cultura de maltrato en que se ha desarrollado mayoritariamente la historia de vida de este grupo familiar.

Explicitación de las redes de apoyo, existentes y potenciales con que cuenta el grupo familiar y redireccionamiento de su vínculo con esas redes.

Cuestionamiento y reflexión acerca de la consolidación de la actitud de la madre hacia sus hijas y su entorno en general, pudiendo poner límites, valiéndose del fruto de su trabajo y de las obligaciones legales del padre de sus hijas, para afrontar sus obligaciones vitales, en vez de la recurrencia oportunista e incuestionada hacia el asistencialismo del estado.

3. Conclusiones:

Teniendo en cuenta que la intervención estatal sobre este grupo familiar lleva ya varios años, se ameritan algunas reflexiones con miras al pronóstico de esta familia y en cuanto al rumbo de las próximas acciones a realizar:

- ¿Qué es lo que se ha logrado en este grupo familiar con este tiempo y esta modalidad de intervención?
- ¿Qué es lo que se pudo realizar mejor en la asistencia de estas niñas y adolescentes con la madre excluida del hogar que no se hubiera podido realizar con la Sra. M.V conviviendo con sus hijas?
- ¿Cómo se recupera el derecho a la privacidad e intimidad vincular en esta familia?
- ¿Cómo se implementa el resarcimiento material y simbólico de lo dañado en esta intervención y en otras anteriores?
- ¿Se puede sostener consistentemente que la calidad vincular y operativa de las operadoras que pasaron por esta casa y determinaron conductas en estas niñas y adoles-

centes es más favorable que el de esta madre excluida de su hogar?
- Si la relación entre esta madre y estas hijas era tan disfuncional y perniciosa ¿qué generó que estas cinco personas hayan vivido con tanto dolor y tanta angustia la inevitable e impuesta separación que generó la medida adoptada?

En virtud de lo logrado y lo evaluado hasta el momento se estima conveniente continuar e intensificar la intervención en crisis y rehabilitatoria con esta familia. Sostener y consolidar el entramado interinstitucional que se ha construido desde diciembre ppdo. hasta la fecha con miras a obtener el empoderamiento de este grupo conviviente, el fortalecimiento y esclarecimiento de vínculos solidarios, autónomos y respetuosos entre sus miembros.

En virtud que, desde este equipo de Intervención en crisis, se evalúa la medida tomada con la Sra. M.V y sus hijas como un nuevo evento nocivo en la historia vital de este grupo familiar, se solicita al Sr. Juez el levantamiento de la misma en los tiempos adecuados para trabajar interaccionalmente con la familia y con los actores institucionales intervinientes el pasaje a la nueva situación de convivencia, tomando parámetros realistas sin dejar por fuera la potencialidad de cada uno de sus miembros.

Se deja expresa constancia también que en reiteradas oportunidades en distintos espacios de la intervención en crisis tanto la madre como las hijas manifestaron el deseo de mantener una audiencia con el Juez a cargo del caso. Cumplimos en hacer llegar esta inquietud estimando favorablemente dicha iniciativa, habiéndonos comprometido a acompañarlos en caso que su respuesta sea afirmativa.

Río Gallegos, 2 de diciembre de 2013.

Ref.: Informe de lo actuado en las Intervenciones con G S y P O.

SR. JUEZ

El día 24/10/2013 se presentan ambas en este Centro, presentando la madre un pedido de evaluación urgente por Ideación Suicida para su hija P, firmado por el Dr. F M – médico cirujano.

Tal como está protocolizada se realiza la evaluación de Riesgo Suicida a ambas, con el siguiente resultado cuantitativo:

P (hija): Puntaje bruto 42/90; Items críticos 2/6; Riesgo MODERADO

G (madre): Puntaje bruto 53/90; Items críticos 4/6; Riesgo ALTO

P. presenta una relación fusionada con su madre, que en el curso de las pocas entrevistas que se pudo tener, obedece a un incentivo constante de su madre y a una manera de resolver su preocupación por las recurrentes inestabilidades de su progenitora, que frecuentemente las manifiesta en amenazas y/o intentos autodestructivos. Esta característica vincular se explicita en múltiples situaciones de violencia tanto verbales como físicas.

Las dos referencias más consistentes que manifiesta P. están constituidas por el colegio y por su vida en Calafate, donde viven su padre, sus abuelos paternos y su hermano que vive con una familia que se hizo cargo de su crianza. Se manifiesta preocupada por la crianza y el vínculo con su madre de su hermana menor L.

En esa oportunidad se le indica que vaya por unos días a Calafate con sus abuelos paternos para descomprimir la relación violenta con su madre aquí. Su madre manifiesta que vaya “a desarrollar su libertinaje” y que se quede allí, que no regrese a vivir con ella. Pese a lo cual se le indica que a su regreso tome contacto nuevamente con el equipo del Centro para su inclusión en el Grupo de adolescentes y en la Reunión Multifamiliar semanal.

En relación al motivo de sus autolesiones, la adolescente manifiesta no soportar la

carga de los problemas familiares, su angustia y sus ganas de ya no estar más aquí.

En relación a la evaluación de G S, la misma manifiesta haber sido abandonada cuando era bebé y criada por una familia, que hoy cumple esa función para ella y para su hijo I. (18 años).

En virtud de su alto riesgo suicida, su violencia explícita y contenida que se manifiesta hacia sus vínculos más próximos de manera verbal y física, se le indica la inclusión y participación en los dispositivos del Centro:

- Grupo Sostén (2 veces por semana)
- Reunión semanal Multifamiliar
- Entrevistas vinculares con sus hijas
- Evaluación de riesgo para L.
- Tratamiento psicoterapéutico individual
- Se la incluye dentro de la pauta de seguimiento telefónico diario.

Luego de múltiples llamadas sin respuesta y citaciones a las que no concurre, se presenta en el Centro el 27/11/2013. Su hija P. concurre acompañada por la Guardia de Coordinación de niñez y adolescencia, ya que tuvo que intervenir debido al despliegue de una situación violenta entre madre e hija la noche anterior, donde es golpeada por su tío materno. Luego de la denuncia policial la adolescente pasa la noche en el Hogar de Congreso 390.

G. se presenta a la entrevista descalificadora y amenazante para con su hija y hacia ambos equipos intervinientes.

En la mencionada intervención, que duró cuatro horas y media, en el Centro de Intervención en Crisis, participaron los Lics. C B y C M, por la guardia de la dirección de políticas de infancia, A J y su agente psicosocial. Con posterioridad se le da participación a la guardia del Centro de Salud Mental: Dra. B y Lic. E B, para que proceda a la evaluación psicopatológica de G. y establezca un esquema psicofarmacológico que ayude a la estabilización de la paciente, que durante todo ese tiempo intentó diversos modos de agresión hacia los concurrentes que se iban citando para resolver la situación de P.

En el mencionado lapso se fue interactuando con la adolescente –manteniéndola a resguardo en un consultorio-, con su padre y madre, con su abuelo paterno, su abuela materna y su pareja, el tío materno que la golpeó la noche anterior.

Sin autorización de los equipos G convoca al novio de su hija y a la mamá, a los cuales no se les permitió la interacción con la adolescente, interpretando que dicha participación constituía un sabotaje a la construcción de la red de sostén que se intentaba realizar por parte de los equipos intervinientes.

G. manifiesta en todo momento una actitud y manifestaciones explícitas de amenaza y desafío hacia todos los participantes en la resolución de la crisis. Resulta de particular atención que en los momentos de diálogos con su hija sus verbalizaciones son denigrantes y centradas insistentemente en su supuesto comportamiento sexual.

C.9. Conclusiones

Si bien este dispositivo obtuvo en los dos primeros años de su existencia tres reconocimientos institucionales, de la OMS y de la International Association for Suicide Prevention, como único Centro público, específico e integral del País, no estuvo ubicado en la grilla orgánica del Ministerio hasta este último año.

Actualmente el Servicio forma parte del Departamento de Salud Mental del Hospital Regional de Río Gallegos.

Otra de las conclusiones que deja esta experiencia desarrollada hasta el momento es la ratificación que esta problemática debe ser abordada en equipo y no por profesionales individuales. Que debe ser conceptualizada en el marco de Lo Comunitario -sobre todo porque allí reside su génesis-. Este equipo debe tener una interlocución permanente, lo mismo que su esquema de capacitación y su acción incesante de instrumentos institucionales para cuidar a los que cuidan.

Lo categórico de estas afirmaciones surgen de un resultado proveniente de la comprobación que al haber pasado por este Servicio aproximadamente dos mil usuarios y familiares, sin contar los abordajes en terreno del Equipo de Comunidad, estando todos vinculados a un emergente de alto y/o moderado riesgo suicida, en todo este tiempo no se ha registrado ningún suicidio consumado entre los usuarios y consultantes.

A pesar de los recaudos tomados con los profesionales del equipo, altamente entrenados, habrá que encontrar la manera en lo sucesivo de minimizar las variables productoras de condiciones de burn out que empiezan a manifestarse con el transcurso del año calendario. La mayor cantidad de profesionales, con una mayor insistencia en intercambios internos basados en la solidaridad, la escucha más atenta y diligente de los funcionarios ocupados de la gestión, serían entre otros, recursos válidos para atenuar el impacto de la inevitable exigencia de la tarea.

Queda por profundizar, en lo inmediato, el abordaje de instituciones provinciales con alto grado de emergentes en esta problemática, inclusion en la tarea preventiva de los sectores migrantes y marginalizados. Una mirada inteligente sobre el futuro tendrá que incluir planes de abordaje temprano para familias que llegan a la provincial en busca de trabajo en mineras, petroleras y esperanzadas en los nuevos proyectos energéticos.

En fin, si bien este balizado hacia la construcción de un camino orientado a la Suicidología Comunitaria no parece fácil, no resulta imposible, a juzgar por los resultados. Si se logran vencer las premisas de la "Ciencia tímida", al decir de Almeida-Filho, si se respetan críticamente y se sistematiza el aprendizaje epistemológico, epidemiológico y metodológico que este avance genera, se podrá consolidar esta deconstrucción generativa, que a la luz de lo publicado hasta el momento parece ser patrimonio de la Suicidología Latinoamericana.

C 10. Epílogo: PRESIONES Y ANESTESIAS. Vida cotidiana en Río Gallegos

Por Carlos Besoain¹

Río Gallegos, domingo 31 de julio de 2016.

Es mediodía y la luz solar del invierno es tibia y luminosa sobre las ventanillas.

El habitante de Río Gallegos es un sedentario desarraigado, un contrasentido existencial entonces pulsa y puja en su psiquismo, provocándole una batalla emocional y mental permanente, que lo desgasta y termina por socavar su voluntad, produciendo envejecimiento y muerte prematuros, por desánimo, tristeza, decepción y, al fin, debemos decirlo, enojo, que lo lleva al resentimiento. He visto muchos riogalleguenses morir con los dientes apretados por el resentimiento. Desde que nace hasta que mueren tienen su condición física deteriorada por la exposición al rigor de la intemperie. Y después viene la adicción a sustancias que adormezcan, a n e s t e s i a s . La generación nacida durante los años 1940, eligió el consumo de alcohol, por ejemplo. Los más jóvenes, venidos al mundo durante los años setenta y ochenta del siglo pasado, gustan también del consumo de alcohol, pero a eso le agregan psicotrópicos, alucinógenos y heavy metal –y todos sus parientes genéricos– en altos decibeles.

La memoria colectiva de Río Gallegos conserva, en su depósito simbólico, cinco dramas, cuatro decepciones y una tragedia. Los cinco dramas son: el paulatino proceso de extinción de los miembros de la cultura perteneciente al llamado Complejo Tehuelche (1885-1963); la persecución política, con encarcelamiento, prisión y tortura a los miembros del partido Peronista, luego de haber sido destituido por un gobierno de facto quien fuera presidente de la nación, Juan Domingo Perón (1955-1956); los tristes acontecimientos del pre-conflicto bélico entre Argentina y Chile por el diferendo limítrofe del canal de Beagle, ubicado entre la Isla Grande de Tierra del Fuego y la Antártida (1978), y los sucesos ocurridos en la ciudad –uno de sus vecinos, el soldado Honorio Ortega falleció durante las operaciones bélicas– del conflicto del Atlántico sur más conocido como Guerra de Malvinas (1982); y la persecución política, encarcelamiento y desaparición de militantes peronistas, y de otras fuerzas políticas, debido a otro golpe militar, con la detención incluso de su gobernador constitucional, Jorge Cepernic (1976-1981) en la prisión militar de la isla Martín García.

Las cuatro decepciones, sentidas como fracasos colectivos, de todos nosotros, son los juicios políticos a dos de sus primeros mandatarios constitucionales, con sus posteriores renunciaciones (Paradelo, en 1960, y Del Val, en 1990-1991): en el primero de los casos el mandatario era inocente de los cargos que se le

imputaban y, en el segundo episodio el imputado fue hallado culpable de los cargos. Y, en el presente, las otras dos decepciones: una que actúa a nivel subconsciente del colectivo humano y la otra a nivel consciente. La decepción subconsciente es la obtención de un ascenso en la administración pública provincial sin concursar y, en muchos casos, sin capacidad, por obsecuencia política o por ser amigo o conocido de tal o cual en el partido gobernante. Recordemos que de un total de 240.000 habitantes de la provincia de Santa Cruz, ¡60 mil! ocupan un puesto en esta administración, que es la mayor fuente laboral existente, es nuestra industria, es decir nacemos seres humanos, vivimos como empleados públicos y nos entierran con un sello aferrado en una mano.

Esta administración –que según expertos debiera funcionar con no más de 1.000 personas–, está amparada y protegida por sucesivos gobiernos para evitar desórdenes y caos social debido a la desocupación laboral. El empleado público se sabe un estafador porque gana su sueldo incumpliendo los horarios y haciéndole trampas al sistema para no ir a trabajar, y sabiendo su trabajo innecesario. No obstante, una minoría sí cumple con responsabilidad; esta actitud es la que ordena y hace funcionar a la entidad estatal. Cuando Santa Cruz se convirtió en provincia, su administración contemplaba el ascenso por concurso para cada cargo. Las coyunturas electorales y periódicas se volvieron imperiosas y demandaron la urgencia de prometer un puesto en la administración pública si acaso el partido gobernante ganaba las elecciones, legislativas y ejecutivas. Ya en la década de 1980, el ascenso por concurso casi no tenía vigencia, pero el ingreso en el poder ejecutivo del gobernador Carlos Kirchner (1991), un gran controlador y un Nyc², determinó, a su vez, la penetración en la estructura jerárquica de la administración pública de su estructura político-partidaria (del Frente Para la Victoria; un órgano desprendido del Partido Justicialista). Con esto, los cargos jerárquicos eran, más que nunca, ocupados por los militantes del Frente, obsecuentes y obedientes a este jefe supremo. Y así el empleado público no pudo acceder a los cargos administrativos y de conducción administrativos por capacidad y conocimiento y tuvo que soportar jefes ignorantes y vanidosos la mayoría de las veces. Un acto injusto que lo hizo sentir impotencia y resignación. La decepción consciente del ciudadano está determinada por la seria posibilidad de que uno de sus vecinos sea encarcelado, después de haber conducido la presidencia de la Nación, por probados casos de corrupción política y económica, me refiero a Cristina Fernández de Kirchner (2016-2017). Y, por último, lo peor de lo peor: en la memoria colectiva de nuestra comunidad pesa una tragedia: la matanza de obreros como consecuencia de huelgas que llevaron a cabo en la segunda década del siglo pasado (1920-1921); el número de muertos es incierto; algunos sostienen que fueron 500 los muertos, otros 1.000 y los más pesimistas 1.500. Estas operaciones matemáticas para determinar el número de asesinados es directamente proporcional al sentimiento de culpa de una sociedad que fue cómplice de la matanza, por la que no hubo condenados judiciales de la nación ni exhumación digna de los cadáveres, con el desvelado de sus corres-

pondientes identidades y aviso a sus seres queridos, cuyos nietos, en algún lugar del mundo, aún lo siguen esperando.

El rigor de la intemperie

impide que la gente se reúna para conversar y compartir, alimentos por ejemplo, al aire libre. La intemperie es corrosiva: descascara, pronto, la pintura de las casas, adhiere una lechosa pátina de polvo en los vidrios de las ventanas, la intensidad luminosa de su luz solar destiñe la pintura de paredes, pero, sobre todo, de los techos de las viviendas. La luz solar, de la primavera y del verano, pica agresivamente sobre la piel, debido a que estamos bajo un importante agujero en la capa de ozono. El viento, que cuando es intenso lo llamamos ventarrón, en ocasiones, impide el avance de los transeúntes, alzando piedritas que impactan, a modo de metralla, sobre manos y rostros, obligando a agachar las cabezas. Por eso los cuerpos la mayoría de las veces están cubiertos con pesados abrigos. Nadie, en un espacio público, muestra su piel, por eso es pálida cuando se desnudan, en la intimidad. Hay pocos lugares con césped o pasto para caminar. La única plaza con árboles y pasto de la ciudad –la plaza San Martín– debe soportar una verdadera invasión de vecinos desesperados por retozar al sol en familia durante las estaciones más benignas. Andar en pata sobre el pasto en un día de sol, sin viento, es solamente un sueño, un anhelo que puja en el subconsciente y no lo sabemos; esta carencia se traduce como una insatisfacción inexplicable. La escarcha, congelamiento de la humedad ambiente, hace arder las orejas cuando comienza a anochecer y a amanecer. Debido a la enorme producción de calor de las fuentes de energía que queman gas natural –termo-tanques, calefactores, leños, cocinas–, ya no nieva, y el alegre acontecimiento de jugar en la nieve no existe. Y como no hay lagunas congeladas, no se puede andar en trineo y jugar a la chueca, que era como el fútbol, sólo que un equipo luchaba con otro por meter en un arco una latita abollada por los golpes de un palo con pinche en una de sus puntas.

En Río Gallegos NO se produce alimento

Los poco más de diez establecimientos de cría de ganado ovino esparcidos en el sur del territorio provincial, producen lana y carne para exportación; el consumo interno es bajo en relación a la actividad comercial y financiera internacional, unas 80 mil unidades para las celebraciones de fin del año cristiano. Fuera de este caso excepcional, en Santa Cruz no se produce ningún tipo de alimento vegetal: tubérculos, legumbres y cereales. Hay, en mi opinión, dos factores: en primer lugar, debido a su extensión territorial –es la segunda provincia más grande del territorio argentino–, y su exposición a los vientos fríos que soplan desde el oeste hacia el este, desde el océano Pacífico al Atlántico. En segundo lugar, por la distribución pública de la tierra, en un proceso que, desde la presión de las empresas granaderas, constituidas como sociedades anónimas, monopolizaron la actividad, y por la falta de políticas de estado, por parte de la sucesivas presidencias, que nunca supieron o quisieron dar

solución profunda, y a largo plazo, a los problemas de estos territorios tan alejados de los centros económicos, culturales y políticos del país. Después de la matanza en las huelgas obreras, la tierra pública se vendió a bajo precio en grandes extensiones, creándose así los latifundios ganaderos, conducidos por sus señores feudales, amos de los destinos de cada trabajador rural, siempre solo y sin familia –esta era la condición para contratarlos–, ganando un sueldo cuyo monto era impuesto por la patronal y no por el empleado. La producción de alimentos nos aferra a la tierra. El riogalleguense cosecha en la cadena monopólica de los supermercados de "La Anónima", empresa dirigida por los descendientes de los responsables de las muertes de los obreros en los años 1920 y 1921. Aquí hay una tácita complicidad por parte de los habitantes, cuando le compran diariamente a la empresa que contribuyó con la matanza. Una empresa, además, que es reguladora de los precios en toda la provincia, y destinataria de la mayoría de los sueldos de los empleados públicos. Producir alimentos, entonces, nos relaciona con la tierra. Al no producirlos, vivimos colgados en una realidad espacial, determinada por una vida manufacturada, con precios establecidos que aumentan sin parar y establecidos por unos anónimos de "La Anónima", jugando a la Play 3, y soñando despiertos los sueños que Hollywood nos transmite por la televisión satelital.

Río Gallegos es una ciudad creada por militares, que la establecieron como puesto de control de la explotación aurífera de Cabo Vírgenes (1884-1886), punta continental más austral del continente americano en el estrecho de Magallanes, y la navegación, sobre todo chilena, de esas aguas del mar Argentino y del océano Pacífico sur. Estos militares eran criollos, de formación positivista, liberal y prusiana, el capitalismo y el darwinismo social, en general, determinaron su manera de ver la realidad social de su joven país. Esta ciudad, en lugar de estar enclavada en una superficie expuesta a los vientos inclementes, debió haber sido instalada 35 kilómetros hacia el sur-oeste, en el valle del río Gallegos, entre los parajes Güer Aike y Parlermo Aike. Pero no, no quisieron que fuera así. Prefirieron, sus creadores, instalarla como puesto castrense, en uno de los lugares más agrestes del territorio provincial.

Quien esto escribe reside en Río Gallegos. Me acostumbré a sus enormes desafíos. Y ahora disfruto de una soledad existencial asistida por el afecto y la compañía de mis seres queridos. Vivo la soledad del inmigrante. La soledad del que no es Nacido y Criado. La soledad del poeta. La soledad del buscador de una verdad. Y aún estoy vivo. Cuatro de mis cinco hijos son de aquí. Y aunque mi casa es humilde tiene calor de hogar, y sí, es una de las miles y miles de burbujas donde los riogalleguenses elegimos acondicionarnos para sobrevivir al rigor de una intemperie, climática y cultural del ancho mundo.

Notas

1. **Carlos Besoain** nació en la ciudad de Punta Arenas, República de Chile, en el año 1965. Desde el año 1970 reside en Río Gallegos, capital de la provincia de Santa Cruz. A partir del año 1981 se dedicó a la escritura de textos en los géneros poesía, novela, cuento, ensayo, artículo periodístico y guión cinematográfico.

Sus libros publicados son: Susurros para llevar en la media (poesía:1986); Cama de hierba (poesía:2005); El arreo (cuento:2006); La nave de la inmensidad (ensayo histórico:2007); El viento hace escribir poemas. Nueve haikus (poesía:2007); La rueda transparente (poesía:2008). Ha sido galardonado con los siguientes premios: Primer Premio en el Certamen Literario Provincial Municipalidad de Río Gallegos. Hacia el Segundo Centenario. Género Poesía. Lotería del Sur (1986); Segundo Premio en el Primer Salón Municipal Poema Ilustrado. Categoría: 21 a 35 años (1992); Primer Premio en el Concurso de Guión del Festival de Cortometrajes Al Extremo. Subsecretaría de Cultura de la Provincia de Santa Cruz (2004); Primer Lugar Selección Mi Primer Libro. Género Poesía. Selección editorial de la Dirección de Cultura de la Municipalidad de Río Gallegos (2005); y Premio Edición. Campaña Nacional de Lectura. Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología de la Presidencia de la Nación. Provincia de Santa Cruz (2006). Ha sido redactor en los siguientes medios gráficos: Ventana abierta (1991-2000); Voces & latidos (1997-2000); Temas pendientes (2005); y en el diario El Periódico Austral (2009), donde trabajó como corrector de estilo. En la actualidad redacta artículos para la revista Núcleo (2008-2010). Durante los años 2004 y 2009 ha dictado un Taller de Escritura en la por entonces Subsecretaría de Cultura de la provincia de Santa Cruz, hoy Secretaría de Estado de Cultura; institución donde se desempeñó como asesor en los campos editorial y literario. El autor puede ser contactado escribiendo al mail carlosbesoainsur@yahoo.com.ar

2. N.y.c.: es decir nacido y criado en Río Gallegos. Esta condición le da al habitante casi un rango aristocrático en una cultura que ve con nostalgia el sistema monárquico, inexplicablemente, desplazado a comienzos del siglo 19. En Río Gallegos ser Nyc es como portar con un gafete que exhibe la siguiente: "Ciudadano, más respeto: yo tengo más derechos que el que viene de afuera".

C.11. Referencias bibliográficas

- BENNET, C. et al (1966) Community Psychology: A report of de Boston Conference on the education of psychologysts for community mental Health. Boston. Boston University Press.
- CAPLAN, G. (1966). Principios de Psiquiatría Preventiva. Editorial Paidós. Buenos Aires.
- CASULLO, M.; BONALDI, P. Y FERNANDEZ LIPORACE, M. (2006) Comportamientos suicidas adolescentes. Morir antes de la muerte. BUENOS AIRES. Lugar Editorial. Cap. 4. P. 87 -129
- CASULLO, M. (1998). Adolescentes en riesgo. Buenos Aires. Paidós.
- CASULLO, M. M., FERNANDEZ LIPORACE, M. y CONTINI de GONZALEZ, N. (2006, inédito). Estudio comparativo sobre adolescentes en riesgo suicida
- CHÁVEZ-HERNÁNDEZ, A. M., & LEENAARS, Antoon A.. (2010). Edwin S Shneidman y la suicidología moderna. Salud mental, 33(4), 355-360.
- FOLINO, J. y ESCOBAR CÓRDOBA, F. (2004). Nuevos aportes a la evaluación del riesgo de violencia. MedUNAB 2004; 7: 99-105
- GARNER, A., LEE, A., HARRISON, K., SCHULTZ, C., (2001) Comparative analysis of multiple-casualty incident triage algorithms. Ann Emerg Med 2001; 38:541-548.
- HACKER, F. (1973). Agresión. Barcelona. Ed. Grijalbo
- KING, J. y KOWALCHUK. (1994) ISO 30 Inventory of Suicide Orientation. Minesotta. National Computer Systems.
- MARTÍNEZ, C. (2007) Introducción a la Suicidología. Teoría, Investigación e Intervenciones. BUENOS AIRES. Lugar Editorial.
- MARTÍNEZ, C.(2008) El abordaje comunitario de la crisis suicida en sus diferentes ámbitos de intervención. REVISTA DE LA ASOCIACIÓN LEVANTINA DE AYUDA E INVESTIGACIÓN DE LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD NRO. 4 – Mayo 2008. Castellón - ESPAÑA Disponible en <http://www.alai-tp.com/>
- MARTÍNEZ, C. (2009) Suicide Prevention in Argentina. En Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention. A Global Perspective. WASSERMAN D. & WASSERMAN C. – OXFORD. Oxford University Press. P 839/840.
- MARTÍNEZ, C. (2012) Documento interno del Ministerio de Salud de Santa Cruz para el análisis y justificación de la creación de un Centro y/o Programa de Intervención en Crisis y Rehabilitación Psicosocial
- MARTÍNEZ DUARTE, R., FCCS. Médico de Planta, Servicio de Urgencias. Fundación Santa Fe de Bogotá
- MONTERO, M. (1984) La Psicología Comunitaria: Orígenes, Principios Y Fundamentos Teóricos. En Revista Latinoamericana de Psicología, vol. 16, núm. 3, 1984, pp. 387-400. Fundación Universitaria Konrad

- Lorenz. Bogotá, Colombia
- MORON, P. (1992). El suicidio. México. Presses Universitaires de France. Publicaciones Cruz O., S.A.
- OMS (2000). Prevención del Suicidio: ¿Cómo iniciar un grupo de sobrevivientes? Ginebra. Departamento de Salud Mental y Toxicomanías, Organización Mundial de la Salud.
- OMS (2000). Prevención del Suicidio: Un instrumento para médicos generales. Ginebra. Departamento de Salud Mental y Toxicomanías, Organización Mundial de la Salud.
- OMS (2000). Prevención del Suicidio: Un instrumento para trabajadores de Atención Primaria en Salud. Ginebra. Departamento de Salud Mental y Toxicomanías, Organización Mundial de la Salud.
- OMS (2001). Prevención del Suicidio: Un instrumento para docentes y demás personal institucional. Ginebra. Departamento de Salud Mental y Toxicomanías, Organización Mundial de la Salud.
- OMS. (2003). Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud.
- SHNEIDMAN, E. Definition of suicide. New York: John Wiley & Sons; 1985
- SHNEIDMAN E. Suicide as a psychache. J Nervous Mental Disease 1993;181,147-149
- SLAIKEU, K., (1999) Intervención en Crisis. Manual para práctica e Investigación. MEXICO. Editorial El Manual moderno. p 103/216
- VILLARDÓN GALLEGU, L. (1993). El pensamiento de suicidio en la adolescencia. Universidad de Deusto. Bilbao.
- UNIVERSIDAD DE ALBERTA – Canadá. Estrategias de Prevención del Suicidio: evidencias desde revisiones sistemáticas

PARTE II

Curso: Evaluación de riesgo y potencial suicida e inicio del tratamiento psicoterapéutico

Clase N° 1: Suicidología y suicidio. Aproximación conceptual

Bibliografía complementaria de consulta

- MARTÍNEZ, C. (2007) Introducción a la Suicidología. Teoría, Investigación e Intervenciones. Lugar Editorial. Capítulo 1
- BERTOLOTE, J. (2004) Prevención del suicidio: ámbitos de intervención. En World Psychiatry –versión en español- (edición especial) 2:3 – Diciembre de 2004 –pp. 147-151.

A. Introducción

Usted está comenzando una formación en una disciplina cuyo nombre hace muy pocos años era considerado un neologismo. Los fundadores la ubicaron en el campo de la psicología, en tanto estudio de la psiché (alma humana); los psiquiatras trataron históricamente estos temas como un área más de la psicopatología, los psicólogos no la reconocen del todo dentro de su praxis, parte

del derecho y la medicina tratan al suicidio en tanto tipo de muerte.

Si bien hace siglos que se escribe sobre el tema, es Durkheim (en 1897) quien publica en París el primer tratado conocido mundialmente: *Le suicide*; al año de ser nombrado profesor ordinario de la Universidad de Burdeos. Desde esta mirada sociológica y académica muchos son los que se han autorizado a decir e intervenir sobre el suicidio.

Hoy la propuesta consiste en recuperar el estatuto académico del estudio del suicidio y su contexto, tomando todo lo que se ha recorrido en este largo camino. Esta embrionaria disciplina plantea la complejidad de un mapa multiparadigmático para su abordaje epistemológico. Este desafío implica por lo menos dos actitudes básicas para llevar adelante la iniciativa: la primera, la de mantener mente y espíritu abiertos para aprender y entrelazar surcos de pensamiento sociológico, antropológico, jurídico, de la salud, de las creencias, de los cálculos, entre otros.

La segunda actitud que a la vez opera como premisa en la construcción de este modelo de conceptualización, es que el suicidio no es sólo una manera de morir, sino también, y básicamente, una manera de vivir. En esa grieta paradójica que deja abierta la producción del suicida, es donde intentaremos adentrarnos para entender la esencia y rumbo del proceso. Si llegamos hasta allí, intentaremos utilizar nuestro rol profesional, cualquiera sea, para ofrecer una alternativa de vida digna para quien consulta, lejos de cualquier entusiasmo por torcer decisiones tomadas en estado subjetivo de libertad y disposición.

Desde dicho marco académico y suicidológico es que comenzamos con este curso, que deliberadamente es el de Evaluación de Riesgo y Potencial Suicida.

Es mi mayor deseo que estas clases satisfagan su inquietud intelectual, que en esa comunicación vital que estableceremos a futuro, se vayan entretejiendo proyectos de trabajo y campos de conocimiento novedosos que resulten útiles al profesional y a la comunidad, en la búsqueda incesante de canales de construcción de bienestar, salugénicos para quien escucha y para quien atiende, intentando entender.-

Bienvenidos.... y a trabajar

B. Qué es la suicidología

La Suicidología es una disciplina que tiene entre sus principales sistematizadores, en la década del '70 en EE.UU., a Shneidman y Farberow. Actualmente hay trabajos de investigación sobre distintos aspectos de la problemática en casi todo el mundo occidental.

Es importante preguntarse por qué en toda Latinoamérica, este planteo sobre una problemática en crecimiento a nivel mundial, no ha tenido aún enclaves académicos sistemáticos y curriculares que favorecieran su investigación y desarrollo.

El padre de la Suicidología, **Edwin Shneidman**, (1985) afirma que *“la Suicidología pertenece a la Psicología”*.

“Esto es, Suicidología es la ciencia de comportamientos, pensamientos y sentimientos autodestructivos; así como de la misma manera, la Psicología es la ciencia referida a la mente y sus procesos, sentimientos, deseos, etc.”

“Sin lugar a dudas, “Suicidología” suena extraño para muchos, pero sin dudas así sucedió también con la “Psicología” y la “Psiquiatría” en un principio.”

(Maris y col. 2000)

Para la **Escuela Norteamericana**

“Suicidología incluye no solamente suicidios consumados e intentos suicidas, sino también comportamientos autodestructivos, gestos e ideación suicida y parasuicidios”.

(Kreitman, 1977)

En cambio, para la **Escuela de Oxford**

“La atención se centra más en autolesiones deliberadas, automutilaciones y un conjunto de comportamientos y actitudes autodestructivas relacionadas”.

(Maris, 1992)

El citar textualmente el Manual de Maris, Berman y Silverman (2000), permite resaltar los dichos de uno de los latinoamericanos referente mundial en este tema, **Dr. José Bertolote**:

La **Suicidología** está tan intrínsecamente influida por los factores socioculturales, que cada lugar debe desarrollar políticas y programas de prevención del suicidio de acuerdo al momento y a las pautas culturales intervinientes si no se quiere arriesgar a una segura frustración.

(Bertolote, 2004)

En este sentido, la pregunta pertinente sería: **¿Tenemos una Psicología que dé cuenta de los procesos, deseos y sentimientos por los que atraviesa el ciudadano medio en este momento?**

Ya desde aquí convendría dejar en claro que para distintos niveles de intervención se necesitan diferentes esquemas de conceptualización. Tomando por ejemplo los factores socioculturales –uno de los múltiples interactuantes en la gestación de la vivencia suicida-, es importante saber discriminar cómo opera, impacta y determina este tipo de representación en un paciente individual,

en una familia, en un grupo, en una institución, en un municipio, provincia o Nación.

Resulta reduccionista y por lo tanto irresponsable decir que tal o cual característica, sociocultural en este caso, influye en un evento suicida, sin poder dar cuenta de *qué es lo que está impactando, de qué manera y con qué pronóstico presuntivo*. No se puede resolver lo que no se conoce.

La Suicidología es la Psicología de los procesos autodestructivos cuyo icono más representativo y terminal es el suicidio.

En la **Asociación Argentina de Prevención del Suicidio**, a partir de la práctica cotidiana, se definió la **Suicidología** como

La articulación interdisciplinaria, cuyo objeto es dar cuenta de los factores biológicos, psicológicos, éticos, sociales y culturales que van construyendo la disposición suicida en sus diferentes estados; orientada a la creación y sostenimiento de las condiciones de vida dignas de un sujeto y su entorno significativo.

Se trata del **estudio científico de los suicidios**, y cuando decimos “científico” estamos hablando de estudios de base empírica, repetibles y medibles.

La tarea suicidológica nos compromete permanentemente con lo vital. Se trata de una tarea eminentemente creativa. Erich Fromm (1975) conceptualiza la biofilia como opuesta a la necrofilia (filos = amor, bios = vida; necros = muerte) y la define como el amor por la vida y lo vivo. Presenta la biofilia como una actitud comprometida con el crecimiento y el desarrollo tanto en lo natural como en lo social, lo que coloquialmente se nombra generalmente como la manifestación del eros freudiano, la generatividad.

Si se piensa en términos psicoanalíticos, en la situación de crisis o en el evento autodestructivo se produce, en una de sus mayores expresiones, el despliegue de tánatos como una plataforma escénica/comunicacional de producción destructiva. La usina de energía de ese *tánatos* es *eros*.

Entonces, volviendo a la pregunta inicial:

La SUICIDOLOGÍA, en principio:

- es el estudio científico de los suicidios
- estudia comportamientos, pensamientos, actitudes y sentimientos autodestructivos
- está intrínsecamente influida por los factores socioculturales
- se trata de una articulación interdisciplinaria
- su objeto es dar cuenta de los factores biológicos, psicológicos, éticos, sociales y culturales que van construyendo la disposición suicida en

sus diferentes estados

- es una tarea eminentemente constructiva y creativa
- es una tarea que nos compromete permanentemente con lo vital

C. La suicidología en Argentina

Después de un multitudinario III Congreso Nacional sobre suicidios y problemáticas asociadas y II Congreso Internacional de Suicidología; el 2007 se proyectó enmarcado en tres acontecimientos enunciadores del desarrollo incipiente de la Suicidología en Argentina.

La conmemoración de los 40 años del Centro de Asistencia al Suicida de Buenos Aires, primera línea telefónica dedicada al tema en el País, la creación del Capítulo de Suicidología en la Asociación de Psiquiatras Argentinos y el inicio del dictado de la materia optativa de grado “Introducción a la Suicidología” en la Carrera de Psicología de la Universidad de Palermo, dan cuenta de una producción y preocupación profesional creciente que avanza junto con la toma de conciencia de la problemática y sus implicaciones.

Este hito, precedido por las ocho Jornadas anuales consecutivas de Prevención del Suicidio, organizadas por la Asociación Argentina de Prevención del Suicidio desde el año 1997, señalizan la construcción de este Espacio durante las últimas décadas, que cada vez incluye más protagonistas en forma reticular: voluntarios, terapeutas, docentes, estudiantes, funcionarios, periodistas, trabajadores sociales, profesionales del derecho, investigadores, sobrevivientes e interesados ocasionales.

Actualmente las intervenciones poblacionales con alcances municipales o Provinciales -destinadas a la evaluación epidemiológica- se encuentran en período de experimentación y con gran dispersión en cuanto a las metodologías usadas.

Una de las explicaciones posibles de este hecho se puede apoyar en la cantidad de años en que, ante una mal llamada “epidemia de suicidios” que nosotros preferimos denominar como “procesos de reproducción suicida”, se respondía con la capacitación de un grupo de voluntarios para el armado de una Línea Telefónica de Ayuda, donde la participación estatal consistía, en el mejor de los casos, en una contribución filantrópica para que los capacitadores pudieran desplazarse desde la Capital a la ciudad que demandaba la intervención. Paulatina y progresivamente las redes que surgen en auxilio de las crisis poblacionales en este tema van obteniendo un compromiso mayor de los distintos Estados tanto municipales, provinciales o nacional.

El diseño de dispositivos de intervención implica junto con un desafío eminentemente creativo, la integración de las disciplinas intervinientes, como así también la relación entre distintos niveles de atención.

Los escenarios de intervención son múltiples: Consultorio, Grupo áulico,

Comunidad educativa (Directivos, Docentes, Padres y Alumnos), Distrito Escolar, ONG.s, otras Organizaciones, Instituciones, Grupos Sociales, Barrio, Municipio, Provincia y el Programa Nacional de Prevención del Suicidio, en cuya elaboración se trabajó multisectorialmente.

Si bien ya se cumplieron más de cuatro décadas de la existencia de organizaciones dedicadas a la prevención del suicidio en Argentina, la tarea investigativa y académica sistematizada, junto con la educación a los profesionales de la comunicación y el diálogo con los funcionarios políticos va contorneando un espacio de producción conceptual y operativa capaz de funcionar eficazmente en el accionar suicidológico.

La formación de nuevas organizaciones no gubernamentales, el compromiso de voluntarios mejor capacitados y misiones institucionales con mayor elaboración y alcance comunitario, posibilita que los sobrevivientes y afectados por la problemática tomen conciencia de la necesidad de ayuda, generando acciones locales que van abriendo el surco para identificaciones e intervenciones más complejas.

D. DEFINICIONES DE SUICIDIO

Antes de seguir adelante con la clase, defina qué es suicidio para usted, teniendo en cuenta todos los factores que determinan este tipo de producciones autodestructivas. Escríbalo e inclúyalo como material de un diálogo con sus colegas.

Éstas son algunas de las definiciones de las tantas que hay:

Se llama suicidio, toda muerte que resulta, mediata o inmediatamente, de un acto positivo o negativo, realizado por la víctima misma, sabiendo que debía producir ese resultado (Durkheim, 1897)

Suicidio significa el acto fatal e intento de suicidio el acto no fatal de autoperjuicio, llevado a cabo con conciente intento autodestructivo, no obstante vago y ambiguo (Stengel, 1965)

Todo acto por el que un individuo se causa a sí mismo una lesión, o un daño, con un grado variable de la intención de morir, cualquiera sea el grado de intención letal o de conocimiento del verdadero móvil (OMS, 1976)

El suicidio es un proceso complejo multideterminado. Una manera de vivir que va construyendo un enigma mortal, por condensación, sobre un marco representacional existente.

La supremacía de las representaciones mortíferas en desmedro de las eróticas, originan una nueva articulación de variables contextuales y subjetivo/estructurales.

El suicidio es un proceso que va mas allá del acto, rompiendo la concepción del hecho consumado

El suicida va anunciando una manera de comunicar esa construcción laberíntica que, producto de su estrechamiento simbólico, da cuenta de su atrapamiento en una trama totalizadora para sí y para su contexto. (AAPS, 2003)

Como puede ver no hay un acuerdo total sobre qué es el Suicidio. Se podrá notar que la intencionalidad, conciencia y letalidad del acto son variables difíciles de acordar para los autores. Hilando más fino podemos afirmar que esta variabilidad se fundamenta en el tiempo cronológico en que fue elaborada cada definición, la cultura científica de la que proviene el autor y, por lo tanto, del marco teórico que le da sustento.

Cuando uno dice "*suicidio*" piensa que está hablando de lo mismo, y en realidad, como podemos ver, no está hablando de lo mismo.

Como producto de la relectura sistemática de estos autores y de una reflexión acerca de la psicodinamia del proceso en estudio; llegué personalmente a la siguiente definición, sin la pretensión que sea definitiva, abarcativa o única. El hecho de que esta nueva definición resalte las **condiciones sistémicas del proceso gestacional, la intensión comunicativa del evento y la disposición como algo más que la determinación**, estimo que la convierten en un nuevo aporte para pensar esta problemática enraizada en la realidad bio-psico-socio-cultural de Latinoamérica.

Se podría definir el Suicidio como el proceso sistémico de síntesis de la disposición autodestructiva que, más allá del grado de conciencia de quien lo exterioriza, está orientado a comunicar la intención de una resolución al conflicto que le da origen, por medios letales. (Martínez, 2007)

Entonces, deberíamos más bien hablar no del suicidio sino de **SUICIDIOS**. Si queremos incluir dentro de nuestro campo de trabajo aquellos intentantes, aquellos que se autolesionan... deberíamos hablar mejor de **COMPOR-**

TAMIENTO SUICIDA y no solamente de suicidio.

La literatura contemporánea aborda el estudio de los comportamientos suicidas desde una triple categorización:

Ideaciones suicidas: se estudian distintos procesos cognitivos y afectivos que varían desde sentimientos sobre la falta de sentido del oficio de vivir, la elaboración de planes para quitarse la vida, hasta la existencia de preocupaciones sistemáticas y delirantes referidas a la autodestrucción. (Goldney, 1989)

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.

Suicidios: incluyen todas las muertes que son resultado directo o indirecto de comportamientos ejecutados por la propia víctima la que es consciente de la meta a lograr. Algunos autores, (Farberow, 1980) consideran que es importante ocuparse de los denominados “suicidios indirectos”: accidentes de tránsito, huelgas de hambre, el rechazo a tomar una medicación necesaria.

Esta diferenciación la podemos encontrar en Casullo (2000).

El suicidio generalmente no es producto de una decisión espontánea, el continuum autodestructivo se va gestando en la intimidad del sufrimiento de una persona y se manifiesta a través de indicadores. Estos indicadores, junto con los factores de riesgo y las condiciones de potencial suicida, permiten predecir, prever y prevenir tanto los eventos en curso como nuevos acontecimientos autolesivos una vez ocurrido el primer intento.

También cabe afirmar que una intervención no asegura de por sí la interrupción inmediata de tal producción destructiva y que las primeras construcciones de la intervención en crisis convivirán paradójicamente con las manifestaciones de dicha producción.

Ahora bien...

¿Es verdaderamente el suicidio un problema? ¿Para quién? ¿A partir de qué momento? ¿A partir de que alguien lo intenta?

Si ponemos a trabajar la temática en nosotros nos encontramos con que el primer obstáculo a resolver es el desciframiento del quantum conflictivo que conlleva en nuestros consultantes la decisión de matarse, que la mayoría de las veces representa una condensación máxima del **no querer o no poder vivir más ASÍ**

Aún así, ¿podríamos afirmar con fundamento que durante el silencioso –y la más de las veces inadvertido– proceso íntimo de gestación de un intento suicida éste es sólo un problema para quien lo padece?

Para muchos de nosotros, estas pueden parecer preguntas con respuestas anunciadas, si no, hagamos la prueba de sacarle los signos de interrogación a las preguntas esbozadas.

Sin embargo la propuesta es otra, desandemos el camino de algunos cuestionamientos silenciados que frecuentemente se nos presentifican abruptamente y que terminan manifestándosenos en malestares familiares, en agotamiento personal frente a la tarea o en luchas fraternales en las instituciones que las conducen a su desaparición física o funcional; poniendo en juego la destructividad que constituye la materia prima de nuestro trabajo preventivo-asistencial.

En una de las primeras jornadas internas de nuestro equipo de trabajo todos los integrantes nos propusimos intentar definir desde lo vivencial de cada uno, ¿Qué es el suicidio? El impacto y el reconocimiento fue muy grande cuando uno de los miembros respondió: “Es una manera de vivir”.

¿Alguien de nosotros puede afirmar con fundamento que se encuentra exento de algún tipo de compromiso con lo autodestructivo, en cualquiera de sus manifestaciones? Y si nadie está exento, podemos pensar ¿Cómo se sostiene vulgarmente hoy, que el suicidio es un problema individual que transcurre en la intimidad de un aparato psíquico? ¿Qué sucede en el marco familiar? ¿Y en la escuela? ¿En el grupo de amigos? ¿En el equipo de trabajo?...

Debemos poder pensar el suicidio como un problema comunitario que hunde sus raíces en la zona medular de producción y metabolización de una cultura.

Este planteo (social, comunitario e institucional) no excluye la importancia y el análisis de las otras dos variables intervinientes: el sujeto y su contexto. Muy por el contrario, cuando nos permitimos abordar el complejo laberinto de determinaciones de la ideación, del intento o del acto suicida por cualquiera de las tres puertas antes mencionadas -lo individual, lo familiar o lo comunitario- todo el escenario donde se despliega el drama y a veces la tragedia de la desesperación y la desesperanza se realza brindando a los operadores mayores posibilidades de intervención desde el campo preventivo y posventivo.

Quizás un aspecto importante de la prevención pase primero por poder *de-*

finir epidemiológicamente el riesgo, es decir conocer el problema en su magnitud, composición y configuración; luego por recolectar esos saberes dispersos en la comunidad, procesarlos, sistematizarlos y volverlos a su fuente como saber de la comunidad válido para intervenciones a nivel local.

Podríamos, además, justificar la dimensión comunitaria del suicidio en una ecuación cuantitativa: Por cada suicidio hay 20 intentos (OMS) Y si pensamos que cada una de estas personas tiene un promedio de 5 familiares y/o amigos cercanos (compañeros de trabajo, de escuela), estamos en presencia de 100 afectados por cada suicidio consumado, que obviamente no son todos los consumados, los publicados y registrados. A esto le llamamos *Pirámide de Irradiación*.

También podríamos fundamentar la relevancia comunitaria de esta problemática por la respuesta que ensayan ciertos referentes sociales, por ejemplo:

- el discurso amarillista de ciertos medios de comunicación social
- el vacío jurídico con que la institución del Derecho mira para otro lado
- la ambivalencia de las iglesias que pendulan entre el castigo y el consuelo
- las posiciones de los gobiernos que responden con su ocultamiento
- o con la indiferencia que obtenemos como respuesta en muchos representantes del Estado

Pero el verdadero sentido de lo comunitario está en la articulación de la ecuación simbólica que se da en nuestra tarea clínica entre anhelos, teorías y posiciones éticas que nos sostienen, nos fraternizan y nos permiten crecer como humanos y como profesionales más allá de los títulos académicos, y totalmente perteneciente a la comunidad que da sentido tanto a la producción del suicida como a la tarea preventiva y posventita de nuestro accionar. En síntesis, tanto los eventos como nuestra acción forman parte de la misma cultura.

El resultado operativo de esta ecuación simbólica es la PARTICIPACIÓN. Frecuentemente sostenemos que no hay Prevención sin Participación. Podríamos agregar que no hay participación sin pertenencia. ¿Será éste el principal rasgo diferencial con nuestros consultantes?

TODA TAREA DE PREVENCIÓN EN LO SOCIAL -QUE PODEMOS ASIMILAR A UNA CLÍNICA COMUNITARIA- SUPONE UNA PRAXIS DE LA CRÍTICA, REFLEJADA EN LA ACTITUD DE PARTICIPACIÓN DE LOS MIEMBROS DE UNA INSTITUCIÓN CON RESPECTO A SU COMUNIDAD.

UNA DE LAS CAUSAS DE LA VULNERABILIDAD RELACIONAL LA CONSTITUYE LA PRECARIEDAD ECONOMICO-SOCIAL. LOS MECANISMOS DE EXCLUSIÓN PRODUCEN RUPTURA DEL LAZO, DESAMPARO, FRAGILIDAD VINCULAR Y AISLAMIENTO CREANDO CONDICIONES FAVORECEDORAS PARA LAS CONDUCTAS AUTODESTRUCTIVAS Y POR LO TANTO PARA LA MÁS PARADIGMÁTICA DE ELLAS: EL SUICIDIO.

Diaz Loving (2002) propone un modelo **BIO PSICO SOCIO CULTURAL** para pensar una relación afectiva desde una perspectiva integral. Es decir piensa al sujeto humano en el medio de una multiplicidad de interacciones y determinaciones que puede modificar con su acción y de las cuales a su vez es su producto.

De la misma manera, pero en un sentido antagónico, el suicida construye –a partir de sus propias determinaciones– un estilo de ruptura que, al mismo tiempo que lo va aislando de sus redes sociales de apoyo, va singularizando ese encuentro tan temido y ansiado a la vez con su propia destrucción.

Si bien todos los autores hablan de distintos aspectos biológicos, psicológicos, sociales y culturales, cada modelo teórico relaciona e identifica o intenta identificar las incidencias de un conjunto de variables sobre otras sin dar cuenta metodológicamente de la interacción. De esta manera la mirada termina siendo parcial y fragmentaria.

No se articuló, hasta el momento, una visión integradora del desarrollo de los aspectos destructivos del ser humano. Si bien nos centramos en los factores productores de la destrucción, no podemos desconocer que en la misma psiché (alma) cohabitan, se relacionan y compensan factores protectores históricos y coyunturales que hacen que el riesgo y el potencial se presenten de manera atenuada. Es lo mismo que afirmar que quien tiene tanta intensidad para morir puede tener también tanta intensidad para vivir y que en ese desbalanceo de las cargas energéticas (libido) no ha hallado aún una armonización adecuada que le permita sobrellevar los problemas por resolver.

Lo cultural tiene que ver con lo histórico, no es lo mismo vivir y crecer en cualquier ciudad o región latinoamericana, en el siglo XXI, que hacerlo en Bagdad o Palestina. Es otro el contexto y por lo tanto el sentido del suicidio es distinto. Muchos intentan resolver esta hiancia a través del discurso moral, sepultando así lo singular encriptado en el acto.

Apelamos también al tema de la singularidad, no es lo mismo el suicidio Adolescente, o de UN adolescente. Hay distintas singularidades, por ejemplo de la franja etárea: no es lo mismo el suicidio adolescente que el suicidio de un geronte, que son las 2 etapas críticas a nivel mundial.

Por ejemplo, aquellas personas que tienen lesión en el lóbulo frontal, en general tienen un compromiso bastante importante con la impulsividad y la violencia. Y así podríamos seguir desgranando indefinidamente los diversos componentes de estas determinantes.

Siempre están estas 4 variables en juego: lo Biológico, lo Psicológico, lo social y lo cultural.

Pérez Barrero habla justamente de enfermedades, algunas de ellas terminales, como productoras de suicidio.

Entonces, como ya dijimos: No hablamos de “suicidio”, sino de SUICIDIOS.

Antes de seguir incorporando teoría sería bueno que pueda realizarse las siguientes preguntas y elaborar una respuesta a partir de su creencia personal:

¿Es una enfermedad el Suicidio?

¿Puede hablarse acerca de una “estructura psicopatológica” del suicida?

¿A qué grupo de enfermedad correspondería en el DSM-IV o en el CIE 10, por ejemplo?

¿Entra dentro de las Psicosis, de la Neurosis, de las Perversiones?

EL SUICIDIO NO ES UNA ENFERMEDAD. EL SUICIDIO ES UN EVENTO QUE SE PRODUCE EN EL MARCO DE LA VIDA, DE LA RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS, QUE ESTÁ ASOCIADO A DISTINTOS FACTORES DE RIESGO Y DONDE UNO DE ELLOS PUEDE SER LA EXISTENCIA DE PSICOPATOLOGÍA.

Con respecto a la mirada desde la psicopatología, se puede hablar de una, muchas o ninguna estructura psicopatológica asociada al evento suicida. El suicidio no es una entidad psicopatológica.

La mirada del observador puede asociar este evento de la vida a aspectos fragmentarios de aquellas condiciones que lo generan. Así por ejemplo, existen múltiples estudios, sobre todo de origen psiquiátrico, ratificando la relación depresión-suicidio; pero también se debe considerar que en el mismo contexto pueden intervenir otros factores psico-sociopatológicos como así condiciones contextuales de convivencia intolerables para la dignidad de esa persona.

En esta misma línea, es pertinente la pregunta si los considerados suicidios éticos están vinculados a una patología.

En síntesis, sería importante que quede claro al dar cuenta de este evento la plurideterminación e interrelación, como mínimo, de las 4 variables:

- **Determinación de las variables BIOLÓGICAS**
- **Determinación de las variables PSICOLÓGICAS**
- **Determinación de las variables SOCIOLÓGICAS**
- **Determinación de las variables CULTURALES**

Otra cuestión en la que debemos hacer hincapié, es que:

EL SUICIDIO NO TIENE CAUSA, TIENE FACTORES ASOCIADOS

El gran desafío de la Suicidología hoy es la predictibilidad.

La predictibilidad está apoyada en la previsión y en la prevención. Si bien este va a ser tema de nuestra segunda clase, mientras tanto, podemos ir habilitando las siguientes preguntas:

¿CÓMO?, ¿CUÁNDO? y ¿DÓNDE? PREVENIR

E. TIPOS DE SUICIDIO

Ya dijimos que no hablamos de El Suicidio, sino que nos referimos a Los Suicidios. Cuando decimos esto estamos aludiendo a que el fenómeno suicida es un fenómeno complejo, plurideterminado y en el cual distinguimos múltiples factores asociados.

Ahora nos vamos a referir a los Tipos de suicidio tomando los postulados de diversos autores tales como Edward y Rynearson; Diekstra; Morón y Agustí Guerrero, citados por Alejandro Rocamora Bonilla en su libro "El Hombre contra sí mismo":

- **El suicidio como forma de encontrarse consigo mismo.** Algunos filósofos defienden que sólo después de haber dispuesto de la propia vida, uno llega a la libertad total. Es como si, tras el intento suicida, se recuperase el dominio sobre sí mismo y sobre las circunstancias adversas que le rodean. Muchos prefieren hablar de "muerte voluntaria"
- **Autoagresividad:** es la característica definidora de este tipo de conductas. Es un acto con intencionalidad de autodestrucción. Es una manera de aniquilar todo lo "malo" que existe en uno mismo.
- **Heteroagresividad:** toda conducta suicida, de forma consciente o inconsciente, presenta una referencia al entorno. Generalmente intenta culpabilizar a los demás de la decisión de autodestrucción. Es una forma de agredir a los familiares y amigos por su falta de cariño, valoración y aprecio (Edward y Rynearson, 1981; Diekstra, 1985).
- **Pedido de Auxilio:** quizás sea el sustrato de toda conducta suicida. Su conducta en definitiva es una petición de auxilio, aunque realizada de forma extrema y con peligro de la propia vida. Esta significación es la que legitima las líneas de asistencia urgente por teléfono.
- **Función ordálica:** es poco frecuente en las conductas suicidas actuales. Las ordalías "consistían en peligrosas pruebas a las que un individuo era sometido, o a la que se sometía él mismo, delante de la comunidad, y cuyo resultado era considerado como un juicio de Dios" (Moron, 1977). En estos casos la conducta suicida, sería mortal o no, dependiendo de la voluntad de Dios.
- **El suicidio como chantaje:** es una forma de conquistar el amor y preocupación de los demás. "Si no volvés conmigo me mato", "Si no me querés me mato" dicen algunas personas. De hecho, en algunos casos, esta significación o función de la conducta suicida es muy clara: por ejemplo, intentos de suicidios provocados con pequeñas dosis de fármacos, pero haciendo creer a los demás haber ingerido grandes cantidades. En estas circunstancias siempre se busca un beneficio secundario, consciente o no, del intento autolítico (Stengel, 1965).
- **El suicidio como huida:** ante una vivencia insoportable el suicida solamente contempla la muerte como la única "solución válida". Sería como

“la puerta falsa” por donde se intenta salir de la situación dolorosa y humillante (Vedrinne 1981).

- **Reunión mágica:** algunas personas lo que intentan con el suicidio no es escapar de este mundo adverso, sino reunirse con su ser querido en el otro. No aguantan la separación y pretenden la fusión con la persona perdida.

Si bien éstos pueden ser descriptos como “Tipos de Suicidio”, en realidad son diversas escenificaciones de la desesperación y la desesperanza consecuente que dan lugar a este tipo de lecturas por aquellos que están encargados de intervenir en la situación.

F. Referencias Bibliográficas

- BERTOLOTE, J. (2004) Prevención del suicidio: ámbitos de intervención. En World Psychiatry –versión en español- (edición especial) 2:3 – Diciembre de 2004 –pp. 147-151
- CASULLO, M., BONÁLDI, P. Y FERNÁNDEZ LIPORACE, M. (2000). Comportamientos suicidas en la adolescencia. Morir antes de la muerte. Buenos Aires. Lugar editorial.
- DÍAZ LOVING, R, Y SÁNCHEZ ARAGÓN, R. (2002) Psicología del Amor, Una visión integral de la relación de pareja, México, Facultad de Psicología, UNAM.
- FROMM, E. (1975) Anatomía de la destructividad humana. Siglo XXI de España editores s.a. Madrid.
- KREITMAN, N. (1977) Parasuicide. New York. Wiley.
- MARIS, R. (1992) The relation of nonfatal suicide attempts to completed suicides. En R. W. Maris, A. L. Berman, J. T. Maltzberger, & R. I. Yufit (Eds.), The Assessment and prediction of suicide (pp 362-380). New York. Guilford Press.
- MARIS, R., BERMAN, A., SILVERMAN, M. Y COL. (2000) Comprehensive textbook of Suicidology. New York London. Guilford Press.
- MARTÍNEZ, C. (2007) Introducción a la Suicidología. Buenos Aires. Lugar Editorial
- ROCAMORA BONILLA, A. (1992) El hombre contra sí mismo. Madrid. Ed. Asetes.
- SHNEIDMAN, E. (1985) Definition of suicide. New York. Wiley.

Clase N° 2: Factores protectores, de riesgo e indicadores

Bibliografía complementaria de consulta

- BERTOLOTE, J. (2004) Prevención del suicidio: ámbitos de intervención. En World Psychiatry –versión en español- (edición especial) 2:3 – Diciembre de 2004 –pp. 147-151.
- CASULLO, M. M., BONALDI, P. Y FERNÁNDEZ LIPORACE, M. (2000). Comportamientos suicidas en la adolescencia. Morir antes de la muerte. Buenos Aires. Lugar editorial.
- MARTÍNEZ, C. (2007) Introducción a la Suicidología. Teoría, Investigación e Intervenciones. Lugar Editorial. (Capítulos: 1 y 2)

A. Prejuicios, preconceptos y mitos relacionados con el suicidio

A continuación trabajaremos algunos de los prejuicios y preconceptos, o mitos, existentes en torno al suicidio. Para ello nos basaremos en escritos de la Dra. María Martina Casullo, el Dr. Pérez Barrero y el Lic. Carlos Martínez.

“Las personas que hablan de suicidio rara vez se suicidan” o “Las personas que se suicidan no dan señales de que actuarán de esa manera”

Estudios realizados sobre el tema ponen de manifiesto que quienes intentan quitarse la vida revelan historias personales con desajuste emocional y conductas poco adaptativas; Maris (1981) hace referencia a las carreras suicidas para describir tal proceso. Las personas que se suicidan dan indicios, advertencias y a menudo hablan de su muerte. Alguien que piensa o habla del suicidio necesita ayuda.

“Los suicidas sólo desean morir y nadie puede sacarlos de esa idea”

Es muy frecuente que las personas con ideación suicida tengan sentimientos ambivalentes respecto a la propia muerte, aunque manifiesten lo contrario.

“Las personas que quieren terminar con sus vidas, finalmente lo logran. No hay forma de modificar esa decisión”

Resultados obtenidos mediante la denominada autopsia psicológica (estudios post mortem) permiten establecer que muchos suicidas presentaban

problemas de depresión, ansiedad, alcoholismo, dependencia de drogas, todas ellas patologías que pueden ser tratadas con eficiencia. En muchos casos la eliminación de los síntomas hace posible que el paciente pueda pensar de otra manera.

“Un intento de suicidio implica que la persona siempre tendrá ideas suicidas”

A menudo las tentativas suicidas se dan en períodos altamente estresantes, que requieren de un trabajo elaborativo de los conflictos que lo provocaron. De la elaboración de los conflictos se sale fortalecido para afrontar nuevos compromisos en la vida.

“Si una persona piensa en suicidarse es debido a que la situación por la que está pasando no permite otra opción”

Investigaciones acerca de las fortalezas yoicas, la resiliencia o los comportamientos humanos ante enfermedades terminales revelan que existe capacidad para mantener un proyecto de vida aún en situaciones altamente estresantes. Las circunstancias que los suicidas connotan como límites son superadas por un amplio sector de la población general.

“Generalmente un hecho intenso de poca importancia lleva a una persona sana a decidir terminar con su vida”

Esta creencia deja de lado la importancia central que tienen las mediaciones cognitivas en la determinación de las estrategias de afrontamiento que se ponen en juego. Diversas investigaciones muestran que las personas con ideaciones o intentos suicidas suelen exhibir una elevada rigidez cognitiva y ausencia de habilidades sociales (Casullo, 2002).

“Solamente las personas que están muy psicóticas se suicidan”

A pesar de que en numerosos casos de intentos o de suicidios concretados se verifica la comorbilidad de diferentes psicopatologías, la mayor parte de ellas no aluden a cuadros psicóticos.

“La tendencia al suicidio es hereditaria. Pasa de una generación a otra”

Esta concepción puede considerarse parcialmente verdadera. Algunos autores (Marusic, Roska & Hughes, 2004) han informado que en alrededor de un 40% de los casos estudiados se encontró que las historias personales incluían la existencia del suicidio de algún miembro de la familia aunque, por otra parte, también se ha podido constatar que muchos casos de intento o de suicidio

concretado no se encontraban asociados con antecedentes familiares (Casullo, Bonaldi & Fernández Liporace, 2000).

“Si se le habla de su deseo de morir a una persona con ideas suicidas o deprimida puede llevarla a concretar el intento de suicidio o consumarlo”

Preguntarle a una persona con ideas de suicidio directamente sobre su deseo de muerte lo alivia, lo saca del aislamiento y le permite hablar de cuestiones que en ese momento lo están mortificando, sin poder encontrarle una salida. Hablar es en sí mismo un remedio y actúa como un freno a la tendencia impulsiva.

Rara vez la idea de suicidio es novedosa para una persona con depresión, y con frecuencia agradecen el tener la oportunidad de hablar acerca de ella. Hay mayor riesgo en evitar el tema pues ello refuerza el sentimiento de vergüenza por pensar en la muerte. El diálogo puede servir para referirse a algún tema conflictivo, ayudar a comprenderlo y pensar en formas de resolverlo.

“Si la persona mejora inmediatamente después de una crisis suicida significa que salió del riesgo”

La mejoría súbita en el medio de una crisis suicida indica, por lo general, que la persona ha tomado su decisión y llevará adelante su planificación letal.

Salir del riesgo significa poder enfrentar nuevos problemas sin que retornen los pensamientos suicidas y puede tomar muchos meses y/o años.

El bienestar está referenciado al cese del debate interno, por lo general intenso y obturante del proceso de pensamiento, sobre la posibilidad de resolver sus problemas con el suicidio. La idea torturante ha cesado, los cálculos para llevar adelante el plan ya están realizados y el tiempo que media hasta la consumación será usado para despedirse de sus vínculos significativos.

“Las personas con conductas autodestructivas buscan llamar la atención”

El llamado de atención es la comunicación de un pedido de ayuda, que espera una respuesta del interlocutor elegido. Frecuentemente ese tipo de interpretación está al servicio de una excusa o pretexto para no ocuparse del tema. Del lado de quien emite el mensaje el “llamado de atención” constituye la única manera posible, en ese momento, de comunicar algo respecto de su malestar en la intención –a veces ilusoria- de que el otro sabrá decodificarlo.

“La mayor parte de los casos de suicidio se dan en gente de bajo nivel social, con pocos recursos económicos”

En las últimas décadas se ha comprobado el aumento de las tasas de suicidio entre los más jóvenes (15 a 24 años) y no necesariamente en quienes se

ubican en los niveles socioeconómicos más bajos. Investigaciones realizadas (Flouri & Buchanan, 2002; Zayas, Lester, Cabassa, & Fortuna, 2005) otorgan mucha importancia a los procesos de aculturación asociados con migraciones así como a la carencia de apoyo afectivo por parte de las figuras parentales y a la presencia de normas familiares muy rígidas relativas a las conductas socialmente aceptables como factores de riesgo.

En la clínica del intento suicida son tan frecuentes las consultas de personas con escasos recursos económicos, como aquellos que se encuentran en niveles más altos de la escala social.

“Quien amenaza con quitarse la vida, generalmente no lo concreta”

Numerosos estudios han permitido constatar que por lo menos dos tercios de los sujetos que intentaron o lograron suicidarse habían comunicado con anticipación sus intenciones al respecto (Murphy, 1985).

TODO COMPORTAMIENTO AUTODESTRUCTIVO (fantasías, manifestaciones, gestos, intentos y parasuicidios en general) ES GRAVE Y PUEDE SER LETAL, POR LO CUAL DEBE TOMÁRSELO MUY SERIAMENTE Y BRINDARLE AYUDA PROFESIONAL LO ANTES POSIBLE

B. Indicadores y grupos de riesgo

Pérez Barrero (2001, 2002) en un relevamiento sobre la literatura suicidológica existente marca la diferencia de concepto -y sus consecuencias operativas- entre indicadores de riesgo y grupos de riesgo.

Los Indicadores de Riesgo Suicida son *individuales*, pues lo que para algunos es un elemento de riesgo, para otros puede no representar problema alguno. Además de individuales son *generacionales*, ya que los factores de riesgo en la niñez pueden no serlo en la adolescencia, la adultez o la vejez. Por otra parte están vinculados al *género*, ya que la mujer tendrá indicadores de riesgo privativos de su condición y así también lo será para el hombre. Por último, están *condicionados culturalmente*, pues los indicadores de riesgo suicida de determinadas culturas pueden no serlo para otras.

Debido a estas características los **INDICADORES DE RIESGO** suicida se pueden calificar como:

- **Individuales**
- **Generacionales**

- **Vinculados al Género**
- **Condicionados culturalmente**

Los Grupos de Riesgo de Suicidio son aquellos conjuntos de personas que por sus características particulares tienen mayores posibilidades de cometer un acto suicida que los que no están incluidos en ellos. Por otra parte, el concepto de grupo de riesgo de suicidio tiene varias ventajas como las que a continuación se relacionan:

- *Su número es limitado, lo cual facilita la detección.*
- *Incluyen las múltiples posibilidades por las cuales una persona puede realizar un acto suicida.*

En la caracterización de los grupos de riesgo Pérez Barrero describe un tipo de grupo cuya vulnerabilidad puede favorecer la aparición y el desarrollo de la ideación suicida.

Tal como está presentado, el estudio de este grupo permite articular los *componentes biológicos, psicológicos y sociales*.

Los grupos de riesgo de suicidio son los siguientes:

Los deprimidos
Los que han intentado el suicidio
Los que tienen ideas suicidas o amenazan con suicidarse
Los sobrevivientes
Los sujetos vulnerables en situación de crisis

Según algunos estudios entre 1% a 2 % de los que intentan el suicidio se suicidan durante el primer año de haber realizado dicha tentativa de autoeliminación y entre el 10% a 20% durante el resto de sus vidas.

- Se considera que los suicidas y *los que intentan el suicidio* son poblaciones diferentes, siendo las características de estos últimos las siguientes:
 - .Pertener al sexo femenino
 - .Ser adolescentes o jóvenes
 - .Los intentos de suicidio adquieren el significado de llamada de atención, socorro o ayuda y pueden tener un componente impulsivo y ambivalente.
 - .Predominio de enfermedades psiquiátricas como los trastornos de la personalidad, la dependencia de sustancias, los trastornos de ansiedad y situacionales.
- Se consideran *sobrevivientes*, aquellas personas muy vinculadas afectivamente a una persona que fallece por suicidio, entre los que se incluyen los familiares, amigos, compañeros e incluso el médico, psiquiatra u otro

terapeuta que la asistía.

El duelo por un suicida presenta determinadas características que lo diferencian del resto de los duelos:

- Intensos sentimientos de pérdida
- Pena y tristeza
- Rabia
- Sentimientos de distanciamiento, ansiedad y estigmatización
- Arrepentimiento
- Miedo
- Culpabilidad

- Los sujetos *vulnerables en situación de crisis* son:
 - Los enfermos mentales no deprimidos, principalmente personas que padecen trastornos mentales esquizofrénicos, alcohólicos y drogadependientes, pacientes con trastornos de ansiedad y de la personalidad, los que padecen trastornos impulsivos, así como de síndromes orgánicos cerebrales.
 - Aquellos individuos que padecen enfermedades físicas terminales, malignas, dolorosas, incapacitantes o discapacitantes que comprometen sustancialmente la calidad de vida.
 - Determinados grupos de individuos como las minorías étnicas, los inmigrantes que no logran adaptarse al país receptor, los desplazados, torturados, víctimas de la violencia en cualquiera de sus manifestaciones.

Cuando estos individuos se encuentran sometidos a una situación conflictiva o a un evento emocionalmente significativo que rebasa sus capacidades de resolución de problemas, pueden emerger las tendencias suicidas.

- Si bien se ha optado en este apartado por incluir el pensamiento de Pérez Barrero, tal cual él lo describe en sus escritos; es importante tener en cuenta que la interacción entre *sujeto en riesgo, grupo de riesgo y factores de riesgo* es una conceptualización propia de la epidemiología. Actualmente estamos trabajando en una articulación científica entre epidemiología, clínica y suicidología. Algunos lineamientos de estos planteos sumamente interesantes y operativos desde lo epistemológico formarán parte del contenido de la Clase N°5.

Factores Genéticos y Neurobiológicos

“En varios estudios se ha relacionado a las conductas suicidas con una disfunción del sistema serotoninérgico central que es independiente del diagnóstico psiquiátrico. Se han hallado niveles bajos de serotonina y metabolitos en el líquido cefalorraquídeo de pacientes suicidados, y

además se ha establecido una relación directa entre los bajos niveles de serotonina con el escaso control de impulsos, la violencia y letalidad del acto suicida. Se piensa que aquellos factores que disminuyan la actividad serotoninérgica, pueden ser relevantes para la conducta suicida, como por ejemplo: factores genéticos (polimorfismos en el gen de la enzima Triptófano Hidroxilasa-TPH, polimorfismos del gen del receptor 5-HT_{2A}) o factores bioquímicos (bajos niveles de proteína transportadora de serotonina (SERT), bajos niveles de proteína MAO en sangre, altos niveles de receptores 5-HT_{1A} y 5-HT_{2A} postsinápticos o bajos niveles de colesterol en sangre).”

(García de Jalón, E. & Peralta, V.)

Por último, cabe mencionar la clasificación que realiza José Bertolote (2004), quien haciendo referencia a la bibliografía relativa a los factores de riesgo para el suicidio y los comportamientos suicidas, se basa en la distinción realizada por Forster y Wu (2002) de *Factores de Riesgo Modificables* y *Factores de Riesgo No Modificables* para la siguiente sistematización.

Factores “fijos”

Sexo
Edad
Raza
Orientación sexual
Intentos previos

Factores potencialmente modificables

Acceso a los medios
Trastornos mentales
Enfermedades médicas
Aislamiento social
Estado civil
Situación laboral
Ansiedad
Desesperanza
Satisfacción vital

C. Indicadores de riesgo suicida: generales, en la familia, en instituciones y formaciones colectivas en niños, en adolescentes, en ancianos

Podemos mencionar como INDICADORES DE RIESGO SUICIDA, teniendo en cuenta las sugerencias de la Organización Mundial de la Salud y la experiencia de más de una década de trabajo ininterrumpido en la temática y en diferentes contextos en Argentina los siguientes:

→ **Indicadores de Riesgo Generales**

- Insomnio crónico
- Intentos previos, propios o de familiares, sobre todo si éstos han sido silenciados
- Fracaso escolar o académico
- Cambios abruptos en personas débiles o inseguras

- Rupturas o quiebres afectivos y/o económicos
- Accidentes reiterados
- Incomunicación o indiferencia familiar
- Enfermedades mentales sin atención o mal atendidas
- Sociopatías: estafadores, delincuentes, homicidas
- Adicciones: ludopatías, alcoholismo, drogadicción, sobre todo en cuadros de abstinencia
- Afeción a las armas
- Marginación social y aislamiento elegido o forzado
- Enfermedades terminales, dolorosas o discapacitantes
- Amenazas masivas a la dignidad personal: abuso sexual, maltrato físico, verbal o psicológico, privación de la libertad
- Desequilibrio en neurotransmisores (neurobiológicos)
- Pobres habilidades para resolver problemas (cognitivos)
- Trastornos en el desarrollo de la sexualidad (desarrollo personal)
- Acceso a armas de fuego (ambientales)
- Desempleo, problemas laborales (psicosociales)

→ **En la familia:**

- Problemas familiares
- Estilos parentales rígidos y autoritarios
- Pérdida de un progenitor
- Antecedentes familiares

→ **En Instituciones y Formaciones Colectivas:**

- Exceso de competitividad
- Individualismo
- Rápido cambio social
- Escaso apoyo social

→ **Indicadores de Riesgo en Adolescentes**

- Depresión y desesperanza
- Decepción y culpa ante la imposibilidad de satisfacer las expectativas parentales
- Antecedentes de suicidio en familiares, amigos y/o compañeros
- Dificultades en la comunicación, tendencia al aislamiento, escasas relaciones interpersonales
- Abuso de sustancias tóxicas
- Autolesiones Deliberadas
- Ideas, fantasías o intentos previos
- Considerar al suicidio como un acto heroico

→ **Indicadores de Riesgo en Niños**

- Tristeza, depresión y aislamiento

- Insomnio. Terrores nocturnos
- Golpearse la cabeza o rascarse compulsivamente hasta lastimarse
- Autolesiones Deliberadas en general
- Actitudes desafiantes y negación del peligro. Exposición permanente a situaciones de riesgo para la vida propia y ajena
- Accidentes domésticos reiterados: quemarse, golpearse, fracturarse, ingerir tóxicos o medicamentos del hogar
- Estar expuesto a situaciones de violencia familiar y/o abuso sexual

D. Factores protectores

Los factores protectores son definidos como aquellas características personales o elementos del ambiente, o la percepción que se tiene sobre ellos, capaces de disminuir los efectos negativos que el proceso de estrés puede tener sobre la salud y el bienestar.

Enfocado el asunto desde esta perspectiva, los factores protectores al aumentar la tolerancia ante los efectos negativos del estrés, disminuirían la vulnerabilidad y la probabilidad de enfermar (Zaldívar Pérez, 2007).

Podemos mencionar como FACTORES PROTECTORES, es decir aquellos que proveen protección frente a la ideación suicida y la múltiple gama de comportamientos autodestructivos – Establecidos por la Organización Mundial de la Salud-, los siguientes:

→ **Patrones familiares**

- Buena relación con los miembros de la familia
- Apoyo de la Familia
- Paternidad comprometida y consistente
- Factores ambientales adecuados

→ **Estilo cognitivo y personalidad**

- Buenas habilidades sociales
- Confianza en sí mismo, en su propia situación y logros
- Sentido de valor personal
- Búsqueda de ayuda cuando surgen dificultades, por ejemplo, en el trabajo escolar
- Búsqueda de consejo cuando hay que tomar decisiones importantes
- Receptividad hacia las experiencias y soluciones de otras personas
- Receptividad hacia conocimientos nuevos
- Habilidad para comunicarse con otras personas
- Tener un objetivo en la vida

→ **Factores culturales y sociodemográficos**

- Integración social (por ejemplo participación en deportes, asociaciones religiosas, clubes y otras actividades)
- Buenas relaciones con sus compañeros
- Sociabilidad con colegas, amigos, vecinos, etc.
- Buenas relaciones con profesores y otros adultos
- Apoyo de personas relevantes. Redes de apoyo psicológico y social
- Valores culturales

Desde una mirada más actual, Casullo (2005) propone cinco categorías de factores o procesos que conforman el **CAPITAL PSÍQUICO** personal en términos de capacidades, habilidades, aptitudes y valores:

→ **Capacidades cognitivas para adquirir y usar formas de conocimientos:**

- Creatividad
- Curiosidad
- Motivación para aprender
- Sabiduría

→ **Capacidades emocionales para desarrollar proyectos, superando obstáculos:**

- Honestidad
- Autoestima
- Persistencia
- Resiliencia

→ **Habilidades cívicas para lograr mejor participación ciudadana:**

- Liderazgo
- Lealtad
- Compromiso
- Prudencia

→ **Capacidades para establecer vínculos interpersonales:**

- Inteligencia emocional
- Amor
- Sentido del humor
- Empatía y altruismo

→ **Sistema de valores como metas que orientan los comportamientos:**

- Sentido de justicia
- Capacidad para perdonar
- Gratitud
- Espiritualidad

E. El modelo “Llanto de dolor” de la Escuela de Oxford: un aporte clínico

A continuación se incluye una traducción extractada del capítulo 5 del *Manual internacional de suicidio e intento suicida* producido por referentes de la Escuela de Oxford sobre el comportamiento suicida como “llanto de dolor”. Si bien este modelo no aporta componentes necesariamente cuantificables se estima pertinente su inclusión por la gran relevancia clínica que el mismo aporta.

Este modelo trata de identificar las condiciones que predisponen a una conducta suicida, sin hacer principal foco en sus consecuencias. Sobre las bases de nuestra revisión de los modelos psicodinámicos, las variables de la personalidad y los factores cognitivos que fueron asociados con la conducta suicida, sugerimos que los eventos puntuales estresantes que preceden a la conducta suicida son aquellos que señalan “derrota”; los procesos psicológicos particulares que incrementan la vulnerabilidad son aquellos que señalan que “no hay escape” (por ejemplo la incapacidad para la resolución de problemas y el déficit en la memoria autobiográfica); y los procesos psicológicos particulares que llevan a que una crisis se convierta en una crisis suicida son aquellos que señalan que “no hay salida”, incrementando la desesperanza a través de, por ejemplo, juicios sesgados acerca del futuro.

(...)

Zilboorg (1937) criticó la postura de ver al instinto de muerte como explicación del suicidio. Él desarrolló las ideas de Freud argumentando que la venganza, el miedo, el rencor y las fantasías de huída son usualmente los disparadores del suicidio. También sugirió que la mayoría de los suicidios son actos impulsivos. Su trabajo amplió la mirada sobre los mecanismos internos para incluir a los factores externos. Menninger (1938) sugirió que los suicidios poseían tres componentes psicológicos: el deseo de matar, el deseo de ser matado y el deseo de morir. Litman (1967) coincidió en que la dinámica subyacente al comportamiento suicida involucra algo más que hostilidad. Sostuvo que los sentimientos de abandono, falta de sostén y desesperanza deben ser tenidos en cuenta, así como los estados emocionales de culpa, furia, ansiedad y dependencia.

(...)

LA CONDUCTA SUICIDA COMO UN LLANTO DE DOLOR

Williams (1907) sugiere entender el comportamiento suicida (siendo el resultado o la vida o la muerte) como un “llanto de dolor”. La conducta suicida es vista como un intento por escapar de una trampa (“vuelo arres-

tado" en términos sociobiológicos), un sentimiento dual de haber sido vencidos, derrotados y a su vez encerrados o atrapados. Esta sensación de haber sido derrotados puede surgir de circunstancias externas (por ejemplo relaciones personales pobres, desempleo, estrés laboral), o de confusiones internas incontrolables. El aspecto importante de ese estrés es que le indican al sujeto que ha fracasado en algún aspecto importante de su vida. Esta derrota activa mecanismos psicobiosociales primitivos (antiguos evolutivamente) (...) De todos modos, para disparar una respuesta de derrota intempestiva en la cual la persona tenderá a darse por vencida, también es necesario que haya una sensación de estar atrapado en la situación: la persona cree que no habrá nada que pueda hacer para escapar de aquellos acontecimientos que le resultan en extremo perturbadores. Por otra parte, la persona cree que existe una ínfima probabilidad de ser rescatada de la situación por otras personas o circunstancias; así la conducta suicida es vista como un "llanto de dolor" que es provocado por una combinación de circunstancias en las cuales la persona se siente derrotada, donde pareciera que no hay posibilidad de escape o rescate alguno, y donde los medios por los cuales una persona puede lastimarse a sí misma están disponibles.

¿Cómo es que este modelo cuenta tanto para la auto-agresión no fatal, como para las conductas suicidas fatales y el suicidio mismo? De acuerdo a esta teoría, una persona es sensible al grado en el cual hay potencial de escape de cualquier situación estresora (o sea, potencial para escapar del estrés exterior o de los propios síntomas de la persona). Cuando el escape está o parece estar bloqueado, entonces se puede observar un rango de respuestas, dentro de las cuales una de ellas es la conducta suicida. En las etapas más tempranas de la secuencia, cuando el potencial de escape es puesto a prueba pero no eliminado, los intentos por escapar estarán caracterizados por altos niveles de actividad, furia y protesta. Esto es análogo a la respuesta temprana ante pérdidas amenazantes que se observa en animales y humanos (Bowlby, 1969, 1973, 1980).

Así, la conducta suicida menos "grave" es un intento por restablecer las vías de escape que siguen al fracaso o al rechazo, representando una "protesta" temprana o fase de reactividad del guión psicobiosocial que sigue al abatimiento y a la impotencia amenazante. Los intentos de suicidio letales y los suicidios llevados a término representan el "llanto de dolor" de una persona que se siente completamente derrotada, sin vías de escape y sin posibilidades de ser rescatada. Las personas que tienen estándares perfeccionistas podrían, por razones que no están por completo claras, dirigirse directamente a esta fase desesperada de la secuencia. El primer intento de sus vidas puede ser muy peligroso y terminar en la muerte.

El modelo del "llanto de dolor" enfatiza el factor "reactivo" en la conducta suicida (la forma en que es provocado por una determinada combinación de circunstancias), más que el factor "comunicacional" (la forma en que algunos lo ven como un grito o pedido de ayuda, por ejemplo).

Como un animal apresado en una trampa que llora de dolor, el llanto está provocado por el hecho de estar atrapado y padeciendo dolor. Sólo secundariamente el llanto es un intento por pedir o atraer ayuda; aunque esto puede ser una consecuencia del incidente, la conducta no está motivada por, ni depende de sus consecuencias. En términos de la teoría del aprendizaje, no es "operante". Por supuesto que es posible que en algunos casos de conducta suicida a repetición la respuesta venga a funcionar como operante; pero parece ser más conveniente y de mayor utilidad hacer foco en aquellos aspectos relativos a la forma de ser de la persona, su forma de pensar (cognición) y su entorno, que preceden y provocan tal conducta.

CONCLUSIONES

Se ha encontrado un cierto número de variables psicológicas asociadas a la conducta suicida: impulsividad, pensamiento dicotomizado, restricción cognitiva, desesperanza, déficit en la resolución de problemas, memoria autobiográfica sobre-generalizada y parcialidad en los juicios futuros. Hemos sugerido que lo importante de estas variables es el rol que juegan en incrementar la probabilidad de que ante ciertos eventos o sucesos se reaccione de forma catastrófica. O sea que nos ayudan a comprender, en primer lugar, qué elementos de las experiencias de vida sean con mayor probabilidad los disparadores de dicho comportamiento (sugerimos que los sucesos de vida que indican derrotas o frustraciones son muy importantes en este punto); en segundo lugar, qué mecanismos contribuyen a la sensación de que no hay salida posible a las consecuencias de esos fracasos (déficits en la memoria que impiden el acceso a estrategias específicas y útiles usadas en el pasado), y por último, los mecanismos que subyacen a la creencia de que no habrá posibilidad de rescate en el futuro.

El modelo del "llanto de dolor" enfatiza los aspectos de la persona y las circunstancias que provocaron el comportamiento en cuestión (las "condiciones disparadoras"), y explícitamente quita el énfasis al factor comunicacional del "llanto por ayuda" que ve esa conducta como determinada por sus consecuencias. El "llanto de dolor" puede ser mostrado primero en su aspecto de "protesta", puesto que una persona se da cuenta de que el potencial de escape se está reduciendo y busca retomar el control. Pero algunos individuos pueden velozmente caer en la fase posterior de desesperanza en la cual el "guión de fracaso" psicobiosocial es provocado por la percepción de un rechazo o pérdida incontrolables, en la que la salida o el rescate son vistos como imposibles. Bajo estas circunstancias la falta de apoyo social y el disponer de motivos letales hacen probable una conducta extrema de auto-agresión. La intensidad de la conducta en todas las fases depende no sólo de la severidad de los sucesos que la han provocado, ni del temperamento (inestabilidad afectiva), ni de la historia de aprendizaje de los sujetos; sino también de la labilidad de los substra-

tos biológicos de la conducta impulsiva y destructiva. Contra estos antecedentes podemos ver cómo el hecho de comprender los mecanismos psicológicos puede crear un puente vital en la investigación de los factores sociales y los factores biológicos para ayudarnos en el camino hacia un conocimiento más profundo de la conducta suicida.

Williams, J. & Pollock, L. (2000)

F. Referencias y Bibliografía

- BERTOLOTE, J. (2004) Prevención del suicidio: ámbitos de intervención. En *World Psychiatry* –versión en español- (edición especial) 2:3 – Diciembre de 2004 –pp. 147-151
- BOWLBY, J. (1969). *Attachment and Loss*, vol 1. Attachment. Nueva York. Basic Books en WILLIAMS, J. & POLLOCK, L. (2000). *The Psychology of Suicidal Behaviour* en Hawton, K. & van Heeringen, K. *The international handbook of suicide and attempted suicide* (Cap. 5). England. John Wiley & Sons Ltd.
- BOWLBY, J. (1973). *Attachment and Loss*, vol2. Separation: Anxiety and Anger. Nueva York en WILLIAMS, J. & POLLOCK, L. (2000) Op. Cit.
- BOWLBY, J. (1980). *Attachment and Loss*, vol 3. Loss: sadness and depression. Nueva York. Basic Books en WILLIAMS, J. & POLLOCK, L. (2000) Op. Cit.
- CASULLO, M. M. (2002). Narraciones de adolescentes con alto riesgo suicida. *Psicodiagnosticar*. 12, 43-52.
- CASULLO, M. M. (2005). El capital Psíquico. Aportes de la Psicología Positiva en *Psicodebate* 6. Psicología, Cultura y sociedad. Psicología y Salud. Colección Psicología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Palermo.
- CASULLO, M. M., BONALDI, P. Y FERNÁNDEZ LIPORACE, M. (2000). Comportamientos suicidas en la adolescencia. *Morir antes de la muerte*. Buenos Aires. Lugar editorial.
- CASULLO, M. M., FERNÁNDEZ LIPORACE, M. & CONTINI DE GONZÁLEZ (2005). “Estudio comparativo sobre adolescentes en riesgo suicida”. *Revista de Investigaciones en Psicología*, Instituto de Investigaciones, Facultad de Psicología, ISSN 0329-5893, Año 10, N° 3, 21-36.
- FERNÁNDEZ LIPORACE, M. & CASULLO, M. M. (2006) Evaluación del riesgo suicida en estudiantes adolescentes de Buenos Aires: Un análisis psicométrico. (inédito)
- FLOURI, E. & BUCHANAN, A. (2002). The protective role of parental involvement in adolescents suicide. *Crisis*, 23(1), 17-22. En CASULLO, M.M., FERNÁNDEZ LIPORACE, M. & CONTINI DE GONZÁLEZ (2005). Op. Cit.
- FORSTER, P. & WU, L. Assesment and treatment of the suicidal patient in an emergency setting en BERTOLOTTE, J. (2004) Prevención del suicidio: ámbitos de intervención. En *World Psychiatry* –versión en español- (edición especial) 2:3 – Diciembre de 2004 –pp. 147-151.
- GARCÍA DE JALÓN, E. & PERALTA, V. Suicidio y riesgo de suicidio. Unidad de Psiquiatría. Hospital Virgen del Camino. Pamplona. <http://www.cfn Navarra.es/salud/anales/textos/vol25/sup3/suple7a.html>
- LITMAN, R.E. (1967) Sigmund Freud on suicide. In E. Schneidman (ed.), *Essays in Self-Destruction*. New York: Science House en WILLIAMS, J. & POLLOCK, L. (2000). Op. Cit.
- MARIS, R. (1981). *Pathways to suicide: A survey of self-destructive behaviors*. Baltimore: John Hopkins University Press. En CASULLO, M.M., FERNÁNDEZ LIPORACE, M. & CONTINI DE GONZÁLEZ (2005). Op. Cit.
- MARTÍNEZ, C. (2007) *Introducción a la Suicidología*. Buenos Aires. Lugar Editorial
- MARUSIC, A., ROSKA, S. & HUGHES, R. (2004). Familial study of suicidal behavior among adolescents in Slovenia. *Crisis*, 25(2), 74 - 77. En CASULLO, M.M., FERNÁNDEZ LIPORACE, M. & CONTINI DE GONZÁLEZ (2005). Op. Cit.
- MENNINGER, K. (1938) *Man Against Himself*. New York: Harcourt, Brace and World en WILLIAMS, J. & POLLOCK, L. (2000). Op. Cit.
- MURPHY, G. (1985). Suicide and attempted suicide. En R. Michels (ed.) *Psychiaty* (pp1-17). Filadelfia: Lippincott. En CASULLO, M.M., FERNÁNDEZ LIPORACE, M. & CONTINI DE GONZÁLEZ (2005). Op. Cit.
- PÉREZ BARRERO, S. A. (2001). *Psicoterapia para aprender a vivir*. Santiago de Cuba. Editorial Oriente
- PÉREZ BARRERO, S. A. (2002). *La adolescencia y el comportamiento suicida*. Cuba. Ediciones Bayamo.

- WILLIAMS, J. & POLLOCK, L. (2000). The Psychology of Suicidal Behaviour en Hawton, K. & van Heeringen, K. The international handbook of suicide and attempted suicide (Cap. 5). England. John Wiley & Sons Ltd.
- WILLIAMS, J. M. G. (1997) Cry of Pain: Understanding Suicide and Self-harm. Harmondsworth: Penguin en WILLIAMS, J. & POLLOCK, L. (2000). Op. Cit.
- ZALDÍVAR PÉREZ, D. F. (2007) <http://saludparalavida.sld.cu/modules.php?name=News&file=article&sid=262>
- ZAYAS, L. H., LESTER, R., CABASSA, L. & FORTUNA, L. (2005). Why do so many latina teens attempt suicide? American Journal of Orthopsychiatry, 75(2), 275 - 287. En CASULLO, M.M., FERNÁNDEZ LI-PORACE, M. & CONTINI DE GONZÁLEZ (2005). Op. Cit.
- ZILBOORG, G. (1937) Considerations on suicide, with particular reference to that of the young. American Journal of Orthopsychiatry. 7,15-.31 en WILLIAMS, J. & POLLOCK, L. (2000). Op. Cit.

Clase N° 3: Evaluación del riesgo suicida: instrumentos, protocolos y ámbitos

Bibliografía complementaria de consulta:

- Paulus, N. (2004). Del concepto de riesgo: Conceptualización del riesgo en Luhmann y Beck. Revista Mad. Nro. 10. Departamento de Antropología. Universidad de Chile.
- MARTÍNEZ, C. (2007) Introducción a la Suicidología. Teoría, Investigación e Intervenciones. Lugar Editorial. (Capítulo 2)

A. Riesgo y vulnerabilidad psíquica

El concepto de **Riesgo** se desarrolló en el siglo XVI con la expansión del comercio marítimo y la necesidad de asegurar la eventual pérdida de un navío expuesto a varios peligros: naufragio, robo o desaparición.

La *Network for Risk Analysis and Management* de Bélgica define el riesgo como una **estimación ponderada** entre la aparición o no, de un futuro daño. Por lo tanto esa **probabilidad** de que ocurra un acontecimiento perjudicial es inherente a cualquier actividad humana, lo que equivale a decir que cualquier humano está expuesto al riesgo.

Dicha ponderación se articula en cuatro fases:

- **identificación,**
- **evaluación,**
- **gestión y**
- **comunicación de los riesgos**

Este concepto es aplicado al ámbito de la **Salud Mental** siendo transitado y desarrollado multidisciplinariamente, tal como el fenómeno que nos proponemos estudiar: el suicidio, y más particularmente el riesgo suicida.

El riesgo entonces es un *valor calculable* cuyos márgenes están conformados por la certidumbre donde el valor que toman todas las variables es conocido, y la incertidumbre, cuando sólo conocemos aproximadamente el valor que tomará una variable, pero desconocemos con qué nivel de probabilidad. Entre ambos bordes el contexto de riesgo se da cuando las variables no toman un único valor sino varios, pero la probabilidad de ocurrencia de esos valores es conocida. Veremos más avanzada la clase cómo se realiza el *Cálculo del Riesgo*.

La adaptación del concepto de Riesgo de las ciencias básicas a las ciencias sociales cuenta entre sus destacados autores a *Ulrich Beck* y *Niklas Luhmann* (Paulus, 2004).

Luhman & Beck en Sociología del Riesgo plantean que

CUANDO SE HACE UNA EVALUACIÓN DE RIESGO, SE TIENE QUE EVALUAR LOS RIESGOS IMPLICADOS EN SU PROPIA CONCEPCIÓN DE RIESGO

Es por eso que debemos detenernos en este punto antes de comenzar a hablar de *Intervención* y de *Evaluación de Riesgo* y comenzaremos por definir los conceptos con los que vamos a trabajar.

La VULNERABILIDAD es de origen genético y producto del aprendizaje.

Es endógena, relativamente resistente al cambio

Es latente en tanto no es siempre observable

Está muy relacionada con situaciones de estrés:

A) Sucesos vitales percibidos como no deseados o negativos.

B) Acumulación de sucesos menores. (Lazarus)

Vulnerabilidad y Riesgo no son sinónimos

RIESGO alude a todas aquellas variables empíricamente asociadas con el aumento de la probabilidad de estructurar una patología o producir un evento.

Conocer dichas variables sirve para predecir tal probabilidad. No nos dice NADA respecto a los mecanismos mediante los cuales se genera esa patología o evento. La noción de riesgo remite a variables correlacionales y descriptivas.

Para algunos autores, el único tratamiento efectivo es el que modifica las situaciones de riesgo (pobreza, marginalidad, violencia familiar).

Los sujetos en riesgo desarrollan una patología si poseen mecanismos o situaciones vulnerables.

Resumimos lo dicho en el siguiente esquema usando la gráfica y conceptualización de Martina Casullo:



Los factores que determinan la vulnerabilidad pueden ser:

- Biológicos / Corporales
- Cognitivos
- Afectivos
- Socio - conductuales

Cognitivos	Afectivos	Conductuales	Biológicos
<p>Ansiedad Disminución del control sobre hechos y situaciones</p>	<p>No capacidad para regulación emocional</p>	<p>Apego inseguro. Evitación social.</p>	<p>Genéticos. Falta de regulación neurológica.</p>
<p>Depresión Autopercepción disfuncional. Atribuciones causales internas, globales y estables de hechos negativos.</p>	<p>Dificultad para controlar afectos</p>	<p>Apego ansioso e inseguro</p>	<p>Aumento de la sensibilidad. Hereditarios</p>

- > Un proceso terapéutico es eficaz si logra revertir el circuito de recurrencia y recuperación, característica del proceso de vulnerabilidad.
- > Si los momentos de recuperación y recurrencia son frecuentes, indican que siguen operando los factores que ubican al sujeto en situación de riesgo.
- > La menor recurrencia de un trastorno puede indicar la disminución de la vulnerabilidad.

Beck (en Paulus, 2004) desarrolla su idea de una “Sociedad del Riesgo” la cual entiende como una fase de la modernidad en la que las amenazas que ha ido produciendo el desarrollo industrial (políticos, ecológicos, e individuales) escapa, crecientemente, del control de las instituciones destinadas a su protección. Esto plantea el problema de la autolimitación de ese desarrollo, así como la tarea de redefinir los estándares (de responsabilidad, seguridad control, limitación de daños y distribución de consecuencias de éstos) establecidos hasta el momento atendiendo a las amenazas potenciales.

En este sentido, Beck caracteriza la “Sociedad del Riesgo” como una sociedad que no está asegurada ya que sus riesgos son incuantificables, incontrolables, indeterminables e inatribuibles.

“El potencial transformador de modernidad empieza a resquebrajarse por los “efectos secundarios latentes” que por una parte generalizan los riesgos para la existencia y, por otra, actualizan lo que era latente. Lo que no vemos ni queremos siempre cambia el mundo clara y amenazadoramente” (Beck, Op. Cit.).

De acuerdo con esta definición es pertinente hablar de un **impacto de condiciones sociales en la subjetividad**, generando una gama singular de *factores de riesgo y de vulnerabilidad*.

El ser humano puesto en un determinado contexto social no puede no hacerse cargo o no vivir de esas normativas sociales. No podemos dejar de lado las condiciones de subjetividad que el contexto social impone, y eso es muy importante a tener en cuenta en nuestro quehacer, conocer las sociedades en las que vamos a evaluar y/o intervenir.

El MOMENTO y el PROCEDIMIENTO con que se decide intervenir en un contexto de riesgo, están íntimamente vinculados a la concepción dominante de riesgo que reside y habita en un profesional, equipo y/o formación institucional. Lo mismo para aquellos equipos y/o instituciones que deciden (implícita o explícitamente) no intervenir. Su explicitación por parte de los responsables favorece la Evaluación de la Implicación.

Sabemos ya que en el caso puntual de la problemática suicida, cada suicidio tiene a su vez, **SU PROCESO DE GESTACIÓN**; entonces, estaremos viendo o analizando *retrospectivamente*, a partir de un hecho consumado, **una historia de riesgo** que se vino dando desde hace tiempo (mucho o poco, de-

pendará del caso) y por falta de intervención anterior o porque las mismas no hayan sido adecuadas, se produjo un suicidio, un intento o varios.

Hay toda una historia de la que tendremos que dar cuenta, por lo cual tendremos que buscar los elementos que den cuenta de esa historia, incluirla y ver cómo a partir de nuestra inclusión podemos **precisar riesgos** para hacer prevención o posvención de ahí en más.

La definición de Beck hace referencia al Riesgo en tanto amenazas de autodestrucción de la vida en la tierra a partir del proceso civilizatorio, de modernización. El riesgo, para este autor, se constituye así como una **categoría conceptual que permite entender daños** -en este caso, que afectan a la naturaleza-. Podemos pensar la analogía en la temática que estamos analizando.

“Los riesgos no se agotan en consecuencias y daños que ya han tenido lugar, sino que contienen esencialmente un *componente futuro*” “El centro de la *conciencia del riesgo* no reside en el presente, sino en el futuro. En la sociedad del riesgo, el pasado pierde la fuerza de determinación para el presente...”

(Beck, Op. Cit.)

Las maneras en que se perciben los riesgos, están sujetas a
Procesos Sociales de Definición.



Se tratará entonces de una **Atribución Causal**, donde la ciencia y la creencia juega un papel de suma importancia.

Se pondrán en juego en dicha conceptualización/atribución diversas **expectativas de daño y amenazas** y deberán ser tenidos en cuenta en cada caso las *características sociales, materiales, locales y temporales*.

Además de ser constituyente en la forma en la cual se percibe el riesgo, el elemento social también es definido a partir de esta relación.

En el contexto de las sociedades caracterizadas por el riesgo, la conciencia de éste determina la realidad.

**LA DIMENSIÓN COGNITIVA
ES UN ELEMENTO ESENCIAL EN EL RIESGO.**

Nos referiremos ahora a las conceptualizaciones de **Luhmann** respecto del Riesgo (en Paulus, 2004).

Según sostiene el autor, tanto la distinción entre **RIESGO / SEGURIDAD** como la distinción **RIESGO / PELIGRO**, *se constituyen de manera asimétrica* ya

que en la sociedad moderna no quedan peligros que puedan ser externamente atribuidos. Exponerse a un peligro constituye un riesgo.

Así visto el riesgo está presente sólo en la medida que las consecuencias son atribuibles a las **decisiones**.

La **ATRIBUCIÓN** es el producto de la **OBSERVACIÓN** del actuar, que indica el punto de vista del observador.

Eventuales daños son imputados al **entorno** → Peligro o bien

a eventuales **decisiones** realizadas en contextos de contingencia.

DECISIÓN: El componente decisional, vinculado íntimamente a la contingencia, adquiere relevancia en la medida que la perspectiva del peligro es postergada por la del riesgo.

*“Sólo se habla de **Riesgo** si y en la medida en que las consecuencias pueden atribuirse a las **decisiones**”. Dado que “Toda decisión puede dar lugar a consecuencias no queridas. Lo único que se puede conseguir cambiando de decisión es variar la distribución de ventajas y desventajas, así como probabilidades e improbabilidades” (Luhmann, Op. Cit.).*

Desde esta perspectiva el riesgo aparece como un aspecto de las decisiones, las cuales son tomadas en un tiempo presente.

Si tomamos las categorías de *probable – improbable* y las hacemos pasar por la variable “tiempo” obtenemos una observación en el presente, una evaluación ex post facto de lo sucedido en el pasado y una previsibilidad hacia el futuro, siempre ligadas (de acuerdo a este autor) a la calidad de decisiones tomadas por una persona, grupo o formación colectiva más amplia y compleja.

Además de ratificar y complementar la posición anterior, sobre la “Sociedad del Riesgo”, esta conceptualización permite establecer parámetros cualitativamente diferenciados en la construcción e implementación de instrumentos de evaluación e intervención, tanto en lo que hace a su pertinencia temporal con respecto a una situación considerada de riesgo como en lo atinente a la amplitud del campo de observación. Habilita la validación de recursos que ofrezcan previsibilidad, como por ejemplo los estudios epidemiológicos de prevalencia e incidencia y los análisis cualitativos de “casos”, que además de orientar en la tarea clínica psicoterapéutica posibilitan la orientación preventiva tanto individual como familiar o comunitaria.

Luhmman al sostener que tanto el esquema riesgo-seguridad como riesgo - peligro son asimétricos, está diciendo lo mismo que Beck, de otra manera: **No está todo asegurado ni es posible que esté todo asegurado**.

Supongamos idealmente que esta disparidad riesgo-seguridad/ riesgo-peligro se juega a favor de la relación riesgo-seguridad, es decir que haya mas seguridades que peligros en relación a los riesgos existentes. No siempre tener

abundancia de seguridades implica una erradicación de la amenaza, por lo tanto

Si hay AMENAZA ———> Hay VULNERABILIDAD

Y

Si hay relación entre AMENAZA y VULNERABILIDAD



Hay relación de RIESGO

Todo este desarrollo acerca de las concepciones de Riesgo nos sirve para ir pensando *por qué tenemos que definir riesgo y evaluar el riesgo de una determinada manera*. Manera por la cual **sepamos lo que estamos evaluando**.

Una vez observado el campo, tenemos que definir cuál es la *Contextuación del Riesgo*, cuáles son los factores predominantes, y ver qué es lo que se va a hacer en ese lugar y cómo lo vamos a evaluar.

Por ejemplo,

¿Es lo mismo evaluar riesgo en una Asociación de Prevención del Suicidio que evaluar riesgo en un Hospital, Sanatorio, Universidad o Comunidad?

En cada caso cambia la demanda. En una institución como la *Asociación Argentina de Prevención del Suicidio*, hablar de riesgo supone hablar de riesgo alto de suicidio. Muy difícilmente si se evalúa riesgo en la Institución se encuentre con riesgo bajo o moderado, por lo tanto, ya cuando se evalúa hay que tener una determinada **conceptualización de riesgo** y determinadas **medidas para atenuarlo**. Es decir, que la disparidad entre el paradigma riesgo – peligro y el paradigma riesgo – seguridad en este punto sea lo menos asimétricos posibles.

B. Cálculo del riesgo

Hablaremos a continuación del **CÁLCULO DEL RIESGO**, concepto que da el *Centro Regional de Información sobre Desastres de Costa Rica* (1998), el cual define, más ampliamente, tres variables ya trabajadas anteriormente:

AMENAZA (A): probabilidad de que un fenómeno, de origen natural o humano, se produzca en un determinado tiempo y espacio. **Peligro** (*potencial*) de que las vidas o bienes materiales humanos sufran un perjuicio

o daño. **Posibilidad** a la que están expuestos los pobladores de un determinado lugar.

VULNERABILIDAD (V): Una sociedad **frágil** es vulnerable. Una sociedad vulnerable es menos capaz de absorber las consecuencias de los desastres de origen natural o humano provocados, ya sea por fenómenos o accidentes frecuentes y de menor magnitud, por uno de gran magnitud, por uno de gran intensidad, o por una acumulación de fenómenos de intensidades variadas. La vulnerabilidad es también la **debilidad, incapacidad o dificultad** para evitar, resistir, sobrevivir y recuperarse, en caso de desastre.

RIESGO (R): Probabilidad de **daños** sociales, ambientales y económicos en un lugar dado y durante un tiempo de exposición determinado. Esquemáticamente hablando, es el resultado de una o varias amenazas en relación a los factores de vulnerabilidad.

$$V < > A = R$$

Como ya vimos, Beck y Luhmann, sostienen que

EL RIESGO ES LA RESULTANTE DE LA RELACIÓN EXISTENTE ENTRE VULNERABILIDAD Y AMENAZA

Toda la línea ecológica de riesgo va en este sentido y es interesante para pensar, sobre todo cuando una de la subescalas de la ISO-30, que es uno de los instrumentos con el que nos vamos a manejar, es *capacidad de afrontamiento*.

Lo que vamos a ver clínicamente es que por lo general el colapso, **la crisis, se desarrolla, en principio, cuando la amenaza es percibida; y segundo, cuando es percibida como mayor que los recursos que se tiene para defenderse de esa amenaza.**

Hay pacientes que vienen haciendo un trabajo desde hace años y que están muy bien, pero hay ciertas representaciones que activan casi automáticamente su esquema de vulnerabilidad entonces, dentro de todo ese contexto de bienestar, aparece algo (por lo general estamos hablando de pacientes pos traumatizados). Todos sabemos lo que cuesta erradicar una representación traumática en una persona, quizás no la erradiquemos nunca, lo que sí podemos hacer es atenuar sus efectos y a veces atenuar sus efectos es llevarla a su mínima expresión entramando vulnerabilidades con resiliencias, en un proceso de aprendizaje conciente.

¿QUÉ ES LO QUE PASA CON LA DESTRUCTIVIDAD Y LA VIOLENCIA EN EL DESPLIEGUE DE LAS CONDUCTAS AUTODESTRUCTIVAS?

La conducta autodestructiva no se erradica porque el interjuego de Eros y Tánatos nos constituye, nos habita permanentemente, es decir, sin Tánatos no hay Eros para la estructura. El trabajo que se intentará realizar, en todo caso, será la diversificación de ese Eros, ir posibilitado su consolidación: *Producir una ampliación del campo simbólico.*

Uno de los indicadores de riesgo de la conducta autodestructiva es el *estrechamiento del campo simbólico*. Cuando se empieza a trabajar produciendo en un proceso terapéutico **ensanchamiento del campo simbólico** existe un mejor pronóstico.

Hay que tener en cuenta que no siempre tener más recursos es sinónimo de bienestar, en general, todos los pacientes viven el reencuentro con sus recursos, después de un proceso traumático, como algo peligroso. Porque esos recursos usados de determinada manera, y articulados de otra manera, son los que la han llevado a esa situación. La *creatividad* es sumamente peligrosa en contextos de vulnerabilidad y es sumamente dañina si el **contexto de aplicación** no es

- **Progresivo**
- **Cuidadoso**
- **Reforzado**
- **Revisado**

UNA NOTA DE ATENCIÓN CON IMPLICACIONES CLÍNICAS: No siempre ir al encuentro de un mayor abordaje simbólico, de un mayor andamiaje simbólico personal, es tranquilizante. Es más, diría que en principio es exactamente lo contrario, es amenazante.

Volviendo a la **Percepción de Amenaza**, *esta es netamente singular*, por lo tanto, en la clínica tenemos que intentar entender y preguntarle a nuestros pacientes o consultantes cómo se constituye esa percepción de amenaza para ellos. Seguramente esa percepción de amenaza va a tener componentes que nos pueden parecer irracionales, y no por eso va a dejar de ser amenazante para esa persona y a tener incidencia en su proceso de construcción del riesgo.

Justamente EVALUAR EL RIESGO es saber

- **QUÉ es amenazante,**
- **POR QUÉ es amenazante**
- **En QUÉ CONTEXTO lo es**

Volviendo sobre el *Modelo Ecológico*, podemos poner como ejemplo un desastre natural como las inundaciones de Tartagal en la provincia de Salta, en Argentina.

Tartagal es una ciudad que está a varios metros por debajo del nivel del río, por lo tanto cuando el río crece se inunda la ciudad, entonces, podemos decir que toda crecienta es amenazante, los sistemas vulnerables están mas en riesgo de desaparecer que

los que no lo son y de acuerdo al tipo de defensa que se establezca, el riesgo es mayor o menor. Si se construye un paredón de dos metros se defiende a la ciudad de la creciente, pero está mucho más defendida una ciudad que está por encima del nivel del río que una que está por debajo con un paredón.

El ser humano se ha preocupado por hacer vivibles ciertos contextos naturales, el tema es cuánta preocupación hay, de manera análoga, para hacer vivibles ciertos **contextos ambientales de relación**. A veces no es tan sencilla de llevar a la vida la analogía que reside en el intelecto, sabemos que posiblemente hay una parte de esa constitución ambiental que si es modificada se modificará también la respuesta de ese ser humano que habita ese ambiente. Por más conductista que sea el planteo, sabemos que ocurre así, si se modifica el estímulo, por lo general se modifica la respuesta. Esa modificación está sujeta a la misma complejidad de las relaciones de conducta: El sistema de relaciones no es ni lineal ni unívoco. Su complejidad operatoria se va a manifestar en el lenguaje, en las articulaciones del Discurso.

Dentro del *Modelo Ecológico*, el riesgo se define como el resultado de la articulación entre amenaza y vulnerabilidad; en lo netamente humano, subjetivo, lo que vamos a ver es que es “percepción de...”

- PERCEPCIÓN DE AMENAZA

- PERCEPCIÓN DE VULNERABILIDAD

En general los seres humanos cuando vemos que la amenaza nos sobrepasa y no podemos defendernos tenemos alguna reacción: pánico, escape, defensa. El no tener esa **capacidad de respuesta** ya es un indicador del vínculo de la persona con el riesgo.

La cuestión de lo destructivo en lo estructural de la sociedad, de los seres humanos, de sus producciones, no es patrimonio de la Psicología, estamos hablando de algo que es una característica inherente a lo humano.

Recordemos, volviendo a Beck, que **no hay definición de riesgo que contemple todos los aspectos del riesgo**. Esto no solamente hay que soportarlo, además hay que poder dar cuenta de esto.

Es importante, tanto en el pensamiento clínico como en el científico, **saber lo que NO se está haciendo**. No se puede explicar todo, pero en función de los instrumentos que se usen, se va a poder saber qué se logra explicar y qué no.

Entonces, de acuerdo a estos autores, **SEGÚN CÓMO CONSTRUYA LA DEFINICIÓN DE RIESGO, YA ESTOY ASUMIENDO UNA CUOTA DE RIESGO -POR LO QUE SE INCLUYE Y POR LO QUE SE DEJA AFUERA- CON LO CUAL ESTOY DICIENDO QUE NO HAY VERDAD ABSOLUTA EN LA EVALUACIÓN DE RIESGO.**

Recordemos lo que afirma José Bertolotte (2004), a lo cual nos hemos referido en la clase anterior,

-> Las intervenciones no son buenas ni malas en sí sino en relación a un contexto

Es importante dar cuenta de lo que se incluye y conocer y justificar lo que deja afuera. En primer lugar, para que no sea amenazante; en segundo lugar, para que la honestidad intelectual sea la que merece cualquier trabajo profesional, pero además, cuando estamos trabajando con personas, para que opere como **ordenador** de las reglas de intercambio vincular que se van a dar en esa interacción.

-> Debemos pensar lo que significa el concepto de riesgo y lo que significa evaluar riesgo en los contextos donde nos movemos habitualmente.

En un contexto donde el riesgo es alto se deben tomar precauciones. Por ejemplo, por nombrar sólo un detalle, si trabajamos con suicidas en pisos altos las ventanas deberán estar cerradas. Porque hay una base de ese paradigma riesgo-peligro que ya se lo conoce, se sabe que va a estar en juego, entonces hay que oponerle ciertas medidas del paradigma riesgo-seguridad, por lo menos dentro de lo que es controlable con esa persona en ese ámbito. En el mismo sentido se podría incluir que con cierta población no haya vidrios en el baño (espejos, etc...) o que si alguien se retira afectado o mal de una reunión comunitaria, algún coordinador lo acompañe, le posibilite una breve entrevista y programe un turno para el día siguiente. Quedarán muchas cosas seguramente afuera de nuestra evaluación de riesgo, pero sí tiene que estar incluido que estamos trabajando con una población de alto riesgo.

Si uno no está dispuesto a esto, sería bueno que no ocupe ese lugar, como si no está dispuesto a poner el cuerpo en una situación de riesgo donde, por ejemplo, los adolescentes se matan, sería bueno que a esa intervención no asista y si no se está dispuesto a atender pacientes que están diciendo que se van a matar y que van a hacer intentos de suicidio durante el tratamiento, sería bueno que no tome esos pacientes.

Es doloroso trabajar con el dolor, es doloroso trabajar con el sufrimiento, y es doloroso reconocer la castración, la imposibilidad, y puede suceder que uno en la propia historia tenga una serie de componentes vitales que lo conmuevan de determinada manera que le impidan intervenir en estos casos.

¿Qué se hace con un caso así? Se deriva realizando un seguimiento de la derivación hasta que el paciente está instalado en otro vínculo terapéutico. Por el propio bien y por el bien del paciente. Si no, estamos generando un daño, porque el otro está produciendo una demanda, un grito, un pedido, que espera ser satisfecho de alguna manera.

Entonces,

- *Debemos cuidar el contexto en el que se va a evaluar para que ecológicamente las amenazas sean tomadas en consideración, sin percibir las como inabordables si se tienen los recursos para hacerlo*

... además, por una cuestión de planteo ético, si se decide intervenir

- *Tiene que tener cierta expectativa en cuanto a las posibilidades de resolución que su intervención aportará en dicha situación, a partir de los conocimientos que posee como profesional y el análisis de la propia implicación.*

Todo esto hay que evaluarlo antes, no después.

C. Evaluación

Evaluar no significa necesariamente propiciar la *evitación* de un acto. Evaluar, significa, entender qué es lo que pasa y por qué. Y entender qué es lo que pasa no nos lleva automáticamente al cambio del comportamiento autodestructivo de esa persona. Nos lo permitirá, si la comunicación es empática y el vínculo se va consolidando con acuerdos parciales y progresivos.

Conducir el proceso de resolución de un problema, implica conocerlo.

Conocer en este caso supone, además de aceptar la existencia de un riesgo, saber cómo está conformado el mismo en sus variables subjetivas, familiares –actuales e históricas- y contextuales, tanto en lo que hace al riesgo en sí como a la potencialidad para que dicha disposición se materialice en una decisión y acción autodestructiva.

Tomar una decisión de incluir a un sujeto en un grupo o en un programa, derivar un consultante a una intervención específica o internar un paciente con riesgo y potencial suicida, hace necesaria la tarea de evaluación por parte del equipo profesional que interviene, que preferentemente deberá ser interdisciplinario.

→*Deben tenerse en cuenta los lineamientos éticos que regulan la práctica profesional en cada uno de nuestros ámbitos de trabajo, siendo responsables de tomar las precauciones y recaudos necesarios, acordes a la problemática que se decidió abordar. Los instrumentos o técnicas que se utilizan al momento de llevar a cabo la evaluación de riesgo y potencial suicida, tal como todas las técnicas, deben ser administrados en forma responsable.*

Antes que nada tenemos que tener en cuenta las implicancias que tiene evaluar de una manera o evaluar de otra.

¿Qué quiere decir EVALUAR?

• EVALUAR SIGNIFICA OTORGARLE UN VALOR A ALGO, VALORAR ALGO O JUSTIPRECIARLO.

Toda evaluación es un proceso mediante el cual, desde un modelo teórico, se intenta comprender un fenómeno concreto, en sus aspectos manifiestos y latentes. Para categorizar, comparar, analizar y contrastar se hace necesaria la utilización de diversos recursos cualitativos y cuantitativos: entrevistas, guías, cuestionarios y/o escalas, entre otros (Casullo, 2004).

Cuando evaluamos riesgo, estamos interviniendo en alguien que está vivo, **CON TODO LO QUE ELLO IMPLICA**, entonces se hace una *evaluación prospectiva*, es decir, qué es lo que puede pasar y cuál puede ser el alcance de nuestras decisiones y métodos.

En primer lugar debemos definir cómo conceptualizaremos el suicidio, o más precisamente, cómo conceptualizaremos "Riesgo Suicida".

-> EVALUAR QUIERE DECIR VALORAR UN DETERMINADO FENÓMENO EN FUNCIÓN DE UNA DETERMINADA CONSTRUCCIÓN TEÓRICA.

Si bien existen varios instrumentos para la medición del riesgo suicida: Inventario de Beck, Escala de Hamilton, Escala de riesgo suicida de Plutchick, Escala de California de riesgo suicida, MAST, SAD PERSONS, entre las más conocidas; algunas miden depresión, adjudicando una correspondencia directa entre depresión y suicidio. Otras son poco precisas indicando actitudes favorecedoras de la conducta suicida pero no su nivel de riesgo (Martínez, 2007).

En Argentina las dos colegas que más han trabajado sistemáticamente sobre el tema son Casullo (Casullo: 1998, 2002; Casullo & Fernández Liporace, 1997; Casullo, Bonaldi & Fernández Liporace, 2000; Casullo, Fernández Liporace & Contini de González, 2005 y Fernández Liporace & Casullo, 2006) y Passalacqua (Passalacqua y otros: 1996, 1997, 1998; Passalacqua, 1999 y Menestrina, Passalacqua y otros, 2001), desarrollando y adaptando instrumentos de evaluación e investigación como la ISO 30 y la Escala ESPA del Rorschach, que permiten identificar población en riesgo, adolescente y adulta respectivamente (Martínez, 2007).

Este curso se va a centrar en la descripción y desarrollo del Inventario de Orientaciones Suicidas -ISO 30- de King y Kowalchuk (1994), adaptado a población adolescente argentina por Casullo (1998) y la Ficha de Evaluación de Riesgo Suicida, confeccionada por la Asociación Argentina de Prevención del Suicidio. Estos dos serán los que trabajaremos a partir de la próxima clase.

Al ocuparnos de qué es lo que pasa en una persona con la vivencia suicida; desde nuestro marco teórico –Suicidológico- se va a tener en cuenta el constructo **CONTINUUM AUTODESTRUCTIVO** que va desde el gesto hasta la consumación. El suicidio tiene una construcción paradójal, no solo destruye, sino que también construye. Construye la destrucción. En la cuestión paradójal, en todo ese continuum autodestructivo se va construyendo la idea, el modo y la intensidad de la destrucción. Se va construyendo la planificación del evento autodestructivo, hay una construcción de la destrucción.

Se trata de un *continuum* que va desde la aparición del sentimiento de desesperanza hasta la realización del intento suicida.

→ Pueden distinguirse por lo menos 3 fases:

- 1) *Ideación suicida* en la que el sujeto piensa en cometer suicidio.
- 2) *Duda o fase de ambivalencia* donde el individuo pasa de la idea a plantearse la posibilidad de pasar a la acción, como solución a sus conflictos. Suele ser variable en la duración y en los individuos impulsivos esta fase puede ser breve o no existir.
- 3) *Decisión*, en la que se constituye el pasaje a la *acción de lo previamente planificado*.

Mientras más **temprana y eficaz** sea la intervención del agente sanitario *mejor pronóstico* tiene el paciente y se producirá la disminución de muertes por esta causa.

El acto suicida tiene varios estadios que van desde la consideración de éste como una opción posible hasta la adopción de la decisión con planes, preparación previa y aparición de calma repentina.

Las **SEÑALES DE PELIGRO** del comportamiento suicida que se deben observar son las siguientes:

- 1) Comportamiento autoagresivo
- 2) Comportamiento pasivo ante frecuentes agresiones del entorno social
- 3) Cambios bruscos en los hábitos de comer y dormir
- 4) Presencia frecuente de desvaloración
- 5) Miedo a la separación
- 6) Cambios súbitos en el estado de ánimo
- 7) Presencia de poco interés hacia el trabajo y hacia la vida en general
- 8) Pérdida o ausencia de amigos
- 9) Pérdidas recientes e importantes: afectivas o de status
- 10) Obsesión con la muerte o pensamientos recurrentes en torno a ella
- 11) Repartir objetos muy queridos
- 12) Realización de testamentos o cartas de despedida
- 13) Presentar sentimientos de desesperanza o desilusión frecuente

- 14) Presencia de deseos de muerte o fantasías de autodestrucción
- 15) Proferir amenazas suicidas a amigos, familiares u otras personas
- 16) Presentar desesperación, sentimientos de culpa y temor a perder el control emocional
- 17) Presentar fantasías de dormirse y no despertar
- 18) Adolescentes con problemas sentimentales y dificultades en su comunicación
- 19) Pérdida de la ilusión por el futuro

La existencia de un número mayor de señales de peligro y/o de factores de riesgo es directamente proporcional al aumento del riesgo suicida.

Estos aspectos son detectables a través del empleo de técnicas para el diagnóstico como:

- la observación (directa e indirecta)
- entrevistas: abiertas, dirigidas y/o semidirigidas
- cuestionarios
- instrumentos/escalas de evaluación, validadas
- encuestas

Estas técnicas exigen para ser eficaces y confiables, algunas condiciones como *precisión y claridad; categorías bien definidas; abordar aspectos principales del problema; privacidad y discreción, y rol activo del agente sanitario en la utilización de ellas.*

Tendremos que tener en cuenta:

- una **escala de letalidad**, que tiene que ver con lo mortal que puede resultar el método a utilizar para intentar matarse
- una **evaluación de potencial**, que tiene que ver con la proximidad del acceso a los métodos que utilice para matarse
- la existencia de un **plan** suicida para hacerlo posible

Letalidad, Potencialidad, Posibilidad de rescate y Riesgo son cuatro elementos para construir una evaluación y tomar una decisión sobre si esa persona está en riesgo o no.

Debe tenerse en cuenta, a su vez, la calidad y consistencia de los recursos con los que cuenta la persona para enfrentar las situaciones conflictivas o dolorosas que se le presentan o que él o ella sienta como tales.

Al momento de seleccionar las **TÉCNICAS DE EVALUACIÓN DE RIESGO SUICIDA** debemos:

- Poder precisar la distribución de riesgo
- Poder precisar las variables con las que se va a trabajar

- Asumir que esa definición de riesgo deja afuera variables que implican un riesgo para nuestra conceptualización e intervención

→ **Todo esto debemos tenerlo en cuenta metodológicamente**

No debemos olvidar que *cuando uno hace una evaluación de riesgo tiene que considerar los riesgos de su propia concepción de riesgo, y en esa concepción de riesgo se debe considerar también el momento en que se decide “entrar” a ese contexto de riesgo.*

La **evaluación** es un instrumento para el desarrollo clínico o investigativo, pero *es un instrumento*. Se evalúa para tomar una decisión, para tomar una determinación, para diseñar una estrategia o elegir una dirección de abordaje del problema, para su entendimiento y posterior resolución. Nosotros evaluamos permanentemente infinidad de situaciones en la vida cotidiana, aunque realmente no siempre seamos concientes de la instrumentación de esa evaluación.

En este caso, la evaluación nos ayudará en el sentido de **generar un nivel de protección** de quien consulta y de nosotros mismos.

Nos servirá para **definir**, entre otras cosas:

- si lo puede atender o no
- de qué manera lo podrá atender
- si es necesaria una internación
- si es posible mantener un tratamiento ambulatorio
- si es un paciente adecuado para instrumentar una internación domiciliaria
- a quién es conveniente llamar
- a quién es conveniente no participar de este tratamiento

Sabremos además cómo está compuesto su riesgo suicida, qué es lo que se puede hacer y qué no, por el momento. Esto será realizado en **una sola entrevista** (de una hora y media o dos horas de duración aproximada), precisamente por la perentoriedad de la problemática que tratamos y el condicionamiento jurídico que tenemos en una intervención de este tipo. En esa misma entrevista hay que tomar una determinación y orientar en lo que va a seguir. Se deberá tener en cuenta la posibilidad de habilitar una infraestructura comunicacional que le permita a la persona, y/o a sus allegados, ponerse en contacto con el profesional o con quien se decida que es la persona o institución pertinente para brindar la ayuda, en caso de que así lo necesite.

Desde el punto de vista jurídico, en este tipo de demanda lo que se exige que el profesional haga es lo que está obligado a hacer o a administrar, según la ley. No se le exige al profesional que salve la vida de quien lo consulta, pero sí, a partir de la toma de conocimiento de la situación de riesgo, se constituye en responsable de la administración de todo su instrumental científico dispo-

nible para el cuidado de la vida y la salud de esa persona que lo consulta. El desconocimiento y/o la desidia en su accionar lo hace pasible de las figuras jurídicas de mala praxis o abandono de persona.

Para estos pacientes, el darles la posibilidad de que llamen en cualquier momento es muy aliviante porque tienen donde drenar ese monto de sufrimiento, tienen ahí la posibilidad de encontrar un interlocutor.

Todas estas son cuestiones propias de la urgencia. Estas intervenciones están teorizadas y sistematizadas, tienen que ver con la intervención en crisis.

Es una intervención riesgosa, exigente, estresante. Es como cualquier intervención que se hace sobre el dolor, hay un punto de empatía con éste y hay un monto de satisfacción con su alivio.

No podemos olvidarnos que estamos trabajando con el dolor psíquico, y que él es aliviado a partir de la presencia efectiva de recursos simbólicos, son operaciones terapéuticas que no producen eficacia en lo inmediato ni automáticamente, pero que van constituyendo un entramado salugénico en la reiteración y el reforzamiento de la presencia simbólica efectiva. Lleva todo un tiempo de elaboración, instalación y reordenamiento de una multiplicidad de variables intrapsíquicas, vinculares y contextuales. Esta es una tarea laboriosa, artesanal, exigente, creativa y también energizante, pero también la responsabilidad es grande y los temores operantes son, no sólo los del paciente sino también los del terapeuta, los cuáles deben ser analizados.

Cuando hablamos de **instrumentos de evaluación validados científicamente** no debemos olvidar que dicha validación es realizada para una población determinada. Por ejemplo, será válida para una determinada franja etaria, para una ubicación sociodemográfica específica, el lenguaje estará adaptado a esa población en particular. Se requiere de todo un proceso de validación científica, siguiendo determinados criterios. Ser muy cuidadosos y rigurosos en este aspecto va a mejorar el nivel de eficacia de nuestras intervenciones.

Una cosa es hablar de criterios clínicos y otra será hablar de criterios científicos.

En cuanto a la propia preservación profesional, la misma pasa por conocer cómo se desarrolla la dinámica del proceso suicida en una persona. Cuando esto nos es conocido lo podemos atender. No puede resolver lo que no se entiende o se pasa por alto.

D. Entrevista de evaluación de riesgo (primera parte)

A continuación introduciremos el tema que se continuará y se abordará con mayor profundidad la próxima clase.

El desarrollo de **una buena relación de empatía** con el consultante resulta

de suma importancia para el inicio de la Entrevista de Evaluación de Riesgo.

Se intentará maximizar los beneficios terapéuticos de la entrevista de evaluación. Por ejemplo, motivándolo a revelar sus pensamientos; a clarificar la naturaleza de su problema; y fundamentalmente se le deberá proporcionar información realista sobre la posibilidad de ayuda.

Se debe desarrollar una actitud de **constante autoevaluación**, y estar preparados para observar la propia conducta y sentimientos en relación al consultante o a las situaciones que plantee. Por ejemplo, si genera fuertes sentimientos en el entrevistador, sean de rabia, angustia, o sobreprotección, es importante entender estos sentimientos y el modo en que pueden influenciar su conducta y toma de decisiones.

Los antecedentes y datos que **otros informantes** puedan aportar son muy valiosos. Por ejemplo, eventos estresantes acontecidos recientemente, características personales que crean conveniente mencionar, o un posible deterioro o cambio comportamental observado en el consultante.

En estas entrevistas las personas pueden sentirse particularmente vulnerables. En primer lugar, el consultante puede sentirse menoscabado o avergonzado por el hecho de solicitar ayuda por este tema. A su vez, puede tratarse de la primera vez que esté poniendo en palabras sus pensamientos y sentimientos más difíciles, dolorosos y estresantes.

Resulta sumamente importante que quien/quienes consultan sienta/n que pueden confiar en el entrevistador. Un modo brusco o indiferente es probable que sea particularmente dañino, dado que puede traer como consecuencia el ocultamiento de importante información clínica, además de dificultar el compromiso del paciente en el proceso de evaluación o su posterior tratamiento.

Se pueden distinguir tres **objetivos** en la entrevista:

- I. Conocer la existencia de *patología psiquiátrica* mediante la exploración psicopatológica o fisiológica, susceptibles de tratamiento
- II. Conocer las *circunstancias y motivaciones* de la conducta suicida (factores estresantes o acontecimientos vitales)
- III. Evaluar los *factores de riesgo/protección* para suicidio a corto y largo plazo

→ Hay que intentar determinar desde cuándo ha aparecido la ideación suicida y comprobar si es **pasiva** (desea no vivir, estar muerto) o **activa** (querer matarse). Si es activa, hay que valorar el grado de desesperanza y la expectativa de muerte, también la persistencia de la ideación suicida y preguntar por la existencia de un plan estructurado de suicidio, los métodos que se pretenden utilizar y la accesibilidad a dichos métodos. También es necesario saber qué *mecanismos de control* tiene el sujeto para no realizarlo, cómo consigue controlar esas ideas suicidas y si están implicadas otras personas en sus pensamientos de muerte.

En muchos casos, dicha evaluación se lleva a cabo cuando el paciente ya

ha realizado un intento. Las características del mismo suelen proporcionar información muy valiosa sobre el verdadero riesgo o intención autolesiva y por ello deben ser analizadas cuidadosamente.

Distinguir entre planes inmediatos y de largo plazo es fundamental. Luego de una evaluación, se requerirá realizar algunas acciones de forma inmediata, como puede ser la decisión de internación, el acompañamiento permanente por parte de familiares y el armado de la “red de sostén”. Otras acciones serán menos urgentes.

El **pronóstico** nunca puede ser realizado con certeza. Aún así, el análisis de ciertos factores podrá indicar un resultado más probable, sea en el corto o largo plazo. Estos hechos pueden ser útiles tanto en el manejo a largo plazo del paciente como en las indicaciones que se realicen tanto a él como a sus familiares.

→ *El Equipo de Salud Mental de Úbeda* (Ruiz Sánchez, 2004) plantea el enfoque de la conducta suicida y su abordaje teniendo en cuenta 3 variables de la personalidad del paciente suicida:

- *La impulsividad*: tendencia a no anticipar adecuadamente la relación actos-consecuencias.
- *La baja capacidad para resolver problemas de tipo emocional y práctico.*
- *La existencia de significados, actitudes y propósitos subjetivos derrotistas o inadecuados.*

A esto se suma la existencia de factores situacionales que se relacionan con dichas variables tales como problemas socioeconómicos, soledad, enfermedad crónica, entre otras.

Postulan que se debe considerar la conducta suicida como un *intento de solución inadecuada a un problema, desde la perspectiva del paciente.*

En cuanto a la **ACTITUD TERAPEUTICA ANTE EL PACIENTE SUICIDA** plantean tres estrategias psicológicas básicas a utilizar de manera progresiva:

1. **FASE INICIAL**: Animar al paciente a expresar sus ideas y sentimientos con una actitud de escucha no crítica (abreacción y escucha empática).
2. **FASE INTERMEDIA**: Proponer y analizar con el paciente las dimensiones de su problema y plantearle posibles alternativas a los mismos, recabando su opinión (análisis del problema y propuesta de alternativas).
3. **FASE FINAL**: Acordar con el paciente y acompañantes un tratamiento, internación o derivación, según el caso, así como acuerdo de contacto: teléfonos y servicios con los que puede contar (compromiso con el paciente y acompañantes).

E. Referencias bibliográficas

- BERTOLOTE, J. (2004). Prevención del suicidio: ámbitos de intervención. En *World Psychiatry* –versión en español- (edición especial) 2:3 – Diciembre de 2004 – 147-151.
- BLANCA CASAS, S. M. & GUILBERT REYES, W. (1998). Identificación de indicadores suicidas en pacientes generales por la enfermera de atención primaria. *Revista Cubana de Enfermería*; 15 (2): 117-23.
- CASULLO, M. M. & FERNÁNDEZ LIPORACE, M. (1997). Investigación sobre riesgo suicida en adolescentes. *Prácticas psicológicas en la escuela, Investigaciones en Psicología*, 2(2): 33 – 41.
- CASULLO, M. M. (1998). Adolescentes en riesgo. Identificación y orientación psicológica. Buenos Aires. Paidós.
- CASULLO, M. M. (2002). Narraciones de adolescentes con alto riesgo suicida. *Psicodiagnosticar*. 12: 43-52.
- CASULLO, M. M. (2004) El diagnóstico psicológico. *Psicología & Psicoanálisis & Salud Colectiva*. 1, 2004. Centro Internacional de Psicología y Psicoanálisis. Chile.
- CASULLO, M. M., BONALDI, P. & FERNÁNDEZ LIPORACE, M. (2000). Comportamientos suicidas en la adolescencia. *Morir antes de la muerte*. Buenos Aires. Lugar Editorial.
- CENTRO REGIONAL DE INFORMACIÓN SOBRE DESASTRES (1998). *Bibliodes: Prevenir Recompensa*. Nro. 28. Comisión Nacional de Prevención de Riesgos y Atención de Emergencias. Glosario. San José, Costa Rica.
- DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL SUR. Universidad de Chile. Diagnóstico y Evaluación psiquiátrica. www.med.uchile.cl/apuntes/archivos/2007/medicina/Diagnostico%20y%20evaluacion%20psiquiatrica.pdf
- FERNÁNDEZ LIPORACE, M. & CASULLO, M. M. (2005, en prensa). Validación factorial de una escala para evaluar riesgo suicida. Aceptado para su publicación. *Revista Iberoamericana de Evaluación Psicológica*.
- FERNÁNDEZ LIPORACE, M. & CASULLO, M. M. (2006) Evaluación del riesgo suicida en estudiantes adolescentes de Buenos Aires: Un análisis psicométrico. (inédito).
- KING, J. Y KOWALVCHUK, B (1994). ISO-30. Inventory of suicide orientation. Minesotta: National Computer Systems.
- MARTÍNEZ, C. (2007) *Introducción a la Suicidología*. Buenos Aires. Lugar Editorial
- MENESTRINA, N., PASSALACQUA, A. y otros (2001) Un estudio acerca del riesgo suicida en niños y adolescentes, con Rorschach. *Anuario de Investigaciones en Psicología* N° IX: 108-116.
- NETWORK FOR RISK ANALYSIS AND MANAGEMENT DE BÉLGICA. www.netram.net/es/concept.html
- ORREGO SIERRA, S. El profesional de enfermería en la atención de urgencias psiquiátricas. <http://tone.udea.edu.co/revista/mar95/Profesional.htm>
- PASSALACQUA, A. (1999) The Rorschach Test in the detection of Suicidal Potential. *Revista Rorschachiana, Yearbook of the International Rorschach Society*, Volumen 23: 1-15.
- PASSALACQUA, A. y otros (1996). Beyond Subjects Response: Detecting Suicidal Inclinations in the Rorschach Inkblot Technique. *Revista Rorschachiana, Yearbook of the International Rorschach Society*, Volumen 21.
- PASSALACQUA, A. y otros (1998) Acerca del Potencial Suicida en Adolescentes: Aproximación a través del Rorschach. *Anuario de Investigaciones en Psicología* N° VI: 358-371.
- PASSALACQUA, A. y otros (1997) Investigación sobre Suicidio y Rorschach: *Investigaciones en Psicología*. Revista del Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología, Año 2, N° 1: 73-87.
- PAULUS, N. (2004). Del concepto de riesgo: Conceptualización del riesgo en Luhmann y Beck. *Revista Mad*. Nro. 10. Departamento de Antropología. Universidad de Chile.
- RUIZ SÁNCHEZ, J. J. (2004). Actuación ante el paciente con conducta suicida. www.cop.es/colegiados/gr00724/SUICIDIO.doc

Clase N° 4: Evaluación del riesgo suicida: instrumentos, protocolo y ámbitos de intervención

Bibliografía complementaria de consulta:

MARTÍNEZ, C. (2007) Introducción a la Suicidología. Teoría, Investigación e Intervenciones. Lugar Editorial. (Capítulo 2)

A. Entrevista de evaluación de riesgo (segunda parte)

En las Instituciones privadas y/o no gubernamentales que se ocupan específicamente del tema se realiza, con aquellas personas que así lo requieren y tras convenirlo en forma telefónica, una entrevista de evaluación de riesgo y potencial suicida y de orientación. Las mismas tienen una duración aproximada de noventa minutos, de la cual el consultante se retira sabiendo su nivel de riesgo y la composición del mismo, con una orientación precisa para él y sus acompañantes sobre las acciones inmediatas y mediatas a realizar, y de acuerdo a su contexto, dónde requerir la atención adecuada. Se puntualiza aquí este tipo de instituciones porque en la primera parte se ha profundizado en el accionar de una Institución Pública, cuyas responsabilidades y obligaciones son otras sobre todo en lo jurídico.

Es condición ineludible que la persona por la cual se pide la entrevista concorra acompañada por su grupo familiar o, en su defecto, por el grupo conviviente, amigos o personas cercanas preocupadas por su situación y con capacidad de tomar decisiones o al menos incentivar a que la orientación se cumpla. Una vez firmado el **Consentimiento Informado** el profesional confecciona la **Ficha de Evaluación de Riesgo**, que luego va a ser complementada con los resultados del Inventario de Orientaciones Suicidas (**ISO 30**), para la estructuración de la orientación.

Entonces, la entrevista se estructura de la siguiente manera:

- Se brinda información al consultante y sus acompañantes de la modalidad y procedimiento de la Entrevista de Evaluación y Orientación
- Se firma el Consentimiento Informado
- Se completa la Ficha de Evaluación de Riesgo y Potencial Suicida (AAPS)
- Se completa la ISO 30
- Se informa los resultados de la evaluación: nivel de riesgo y composición del mismo.

- Se orienta sobre las acciones a realizar (mediatas e inmediatas), y el o los lugares donde requerir la atención adecuada.
- En caso de considerarlo necesario para ser presentado ante otra Institución, se brinda por escrito la orientación y su justificación, teniendo en cuenta las normativas respecto del secreto profesional.

B. Consentimiento informado

La ética en estos casos de intervención/evaluación es la misma que la de cualquier intervención en Salud Mental, con la salvedad de que en **este tipo de casos el profesional está obligado jurídicamente a resguardar la vida de quien consulta.**

Esto no garantiza torcer la voluntad de quien decidió dar fin a su vida, pero *sí responsabiliza en el conocimiento y la instrumentación de todos aquellos recursos científicos disponibles al servicio de la construcción del bienestar de quien consulta.*

El trabajo consiste en transformar el estrechamiento simbólico, producto del deterioro afectivo y la rigidez cognitiva, factores asociados al continuum autodestructivo, en la posibilidad de expresión de las fortalezas dormidas, postergadas o inhibidas que hasta ese momento hicieron que esa vida, vivida de esa manera, careciera de valor o fuese insoportable.

La falta de respeto por la integridad de las personas y el engaño (por ejemplo llevar engañada a la persona a realizar la evaluación) se traducen, muchas veces, en situaciones en las que se expone a los participantes a experiencias dañinas, perjudiciales o indeseables. Las personas pasan, en estos casos por experiencias que pueden ser generadoras de diversos grados de dolor, de miedo, de frustración, sufrimiento, estrés o fracaso.

Se llama **CONSENTIMIENTO INFORMADO** al acto por el cual el paciente autoriza la realización de una Evaluación, de un Tratamiento o acuerda su participación en una investigación.

En el *Código de Neuremberg* (1946) se establecen requisitos de Consentimiento Informado que deben cumplirse toda vez que haya personas que participen como sujetos de investigación, estos mismos deben ser tenidos en cuenta en el momento en que se va a llevar a cabo la *Evaluación de Riesgo Suicida*, así como el inicio de un tratamiento.

Dichos requisitos son los siguientes:

- Deben hacerlo de manera voluntaria
- Deben tener la capacidad legal para decidir su participación y dar su

consentimiento

- Su situación debe ser tal que pueda ser capaz de ejercer una elección libre, sin intervención de cualquier elemento de fuerza, fraude, engaño, coacción u otra forma de constreñimiento o coerción.
- Deben recibir información completa acerca de los objetivos, la modalidad y los fines de la evaluación (conocimiento y comprensión de los mismos).
- Se les debe informar acerca de la validación científica, de los instrumentos a utilizar
- Dicha información debe serles presentada en un lenguaje que les resulte comprensible.

→ En caso que la evaluación sea realizada en un contexto de *investigación*, la persona que acepta participar en dicho proyecto debe ser informada con la mayor claridad posible acerca de la naturaleza, propósito y condiciones de la investigación en la que se le solicita que participe. De igual modo se le debe aclarar de qué naturaleza y qué características tendrá su participación. Una vez que este paso ha sido cumplido, y sólo entonces, se solicita su conformidad, el consentimiento explícito a participar, el cual debe quedar documentado por escrito.

Las tres reglas éticas básicas que rigen la relación terapéutica, así como la investigación con seres humanos –y por extensión a toda relación sanitaria– son la confidencialidad, la veracidad y el consentimiento informado.

El consentimiento informado aparece como un requisito, a la vez *ético y legal*, a ser cumplimentado con el objeto de dejar **constancia expresa** de que tanto uno como otro polo de la relación profesional (terapeuta-paciente o consultante, investigador- participante) emprenderán juntos una acción sobre su psiquismo, de común acuerdo. Se trata de la *co-competencia*, esto es, estando el paciente moralmente capacitado para decidir, sin que medie coacción, y contando con toda la información relevante del caso antes de tomar una decisión.

- Un paciente que es evaluado en su riesgo suicida deberá ser informado, en primer lugar, del resultado de dicha evaluación.
- El profesional debería continuar explicando, en un **lenguaje adecuado, comprensible para el paciente**, la severidad del cuadro y su curso probable, con y sin tratamiento.
- Los pacientes también deben ser informados sobre las alternativas terapéuticas disponibles, es decir, sobre los tratamientos que hayan demostrado su eficacia, de acuerdo al estado del arte.

Consideramos legítimo que el paciente pueda ejercer su derecho a optar por el tipo de tratamiento que prefiera, siempre y cuando conozca los potenciales riesgos y beneficios.

El consentimiento informado en psicoterapia reconoce el derecho del pa-

ciente adulto, como un ser autónomo y libre, a decidir sobre su propia vida pero existe una **excepción a esta situación** que debe ser tomada en cuenta con sumo cuidado:

EN LAS SITUACIONES DE URGENCIA, EN LAS QUE LA DEMORA DEL TRATAMIENTO PUDIERA PONER EN RIESGO LA INTEGRIDAD FÍSICA DEL PACIENTE O DE TERCEROS, TAL COMO LO CONSAGRA LA LEGISLACIÓN CONTEMPORÁNEA SOBRE SALUD MENTAL, LA DECISIÓN DE INTERNACIÓN PUEDE SER IMPLEMENTADA EN FORMA COMPULSIVA.

-> EN CASO DE NO ESTAR CAPACITADO PARA TOMAR DECISIONES, EL CONSENTIMIENTO INFORMADO DEBERÁ SER SOLICITADO A LA PERSONA QUE ESTÉ A CARGO DE LA TUTELA DE LOS DERECHOS DEL PACIENTE. LA MISMA SITUACIÓN SE PRESENTARÁ EN CASO QUE EL CONSULTANTE SEA UN MENOR DE EDAD.

Dar información a los pacientes sobre su estado de salud mental y sobre la terapia se traduce en un beneficio muy importante:

Aumenta la adhesión al tratamiento -> Aumenta la efectividad terapéutica



-> Reduce la tasa de abandono

-> Incrementa su participación y compromiso con el tratamiento

Por último, la psicoeducación de los pacientes y de sus familiares y cónyuges ha demostrado ser sumamente útil en el plano sintomatológico y en el de relación.

El consentimiento informado no implica delegar nuestra responsabilidad profesional en el paciente sino que nos permite ayudarlo a representarse los posibles resultados de la intervención, estimando lo más precisamente posible los costos y beneficios implicados, y fundamentalmente los riesgos, tanto de la intervención como de su ausencia.

A continuación se presentan modelos de consentimiento informado tanto para la evaluación en el contexto clínico como para la participación como sujetos en una investigación.

Consentimiento informado (Investigación)

Aceptación de participación voluntaria en el proyecto de investigación: _____

A cargo de: _____

En: _____

Al firmar este consentimiento acepto participar de manera voluntaria en esta investigación. Se me informó que:

- En cualquier momento puedo desistir de participar y retirarme de la investigación.
- Se resguardará mi identidad como participante y se tomarán los recaudos necesarios para garantizar la confidencialidad de mis datos personales y de mi desempeño.
- Se me brindará toda la información sobre los procedimientos y propósitos de esta investigación antes de mi participación en ella. Esa información podrá ser ampliada una vez concluida mi participación.

Se recomienda que figuren los siguientes datos:

- Firma del participante
- Aclaración
- N° de Documento Nacional de Identidad o documentación semejante
- Lugar y Fecha

Consentimiento informado (Evaluación Clínica)

Por la presente brindo mi consentimiento a ser evaluada/o en forma voluntaria por _____ en lo que respecta al riesgo suicida.

Doy fe de haber sido informada/o sobre la validez y confiabilidad científica de los instrumentos psicotécnicos utilizados para tal fin.

Se recomienda que figuren los siguientes datos:

- Firma del participante
- Aclaración
- N° de Documento Nacional de Identidad o documentación semejante
- Lugar y Fecha

C. Ficha de evaluación de riesgo y potencial suicida (AAPS)

La Ficha de Evaluación de Riesgo y Potencial Suicida orientará la entrevista con el consultante y su/s acompañante/s y deberá ser completada por el profesional a medida que se lleva a cabo la misma.

Se debe evaluar si se considera conveniente o no que el o los acompañantes participen de toda la entrevista o en algún momento particular de la misma.

La Ficha contiene los siguientes datos a consignar por el profesional:

DATOS DE FILIACIÓN

- Nombre Y Apellido
- Sexo
- Edad
- Estado Civil
- Fecha y lugar de Nacimiento
- Domicilio
- Teléfono particular
- Teléfono de un Familiar Significativo
- Estudios cursados
- Ocupación
- Lugar de trabajo
- Forma de contacto

MOTIVO DE CONSULTA

ANTECEDENTES

(de intentos de suicidio, lesiones o conductas autodestructivas)

- Personales
- Familiares
- De otros significativos

COMPOSICIÓN FAMILIAR

PERSONAS CON LAS QUE VIVE

- Se deberá consignar además las características de la modalidad vincular

PERTENECIOGRAMA

El PERTENECIOGRAMA se refiere a los ámbitos de pertenencia de la persona:

educativo, social, laboral, religioso, culturales y otros, si los hubiera.

INDICADORES DE RIESGO

Se indicarán aquellos que se presenten en el consultante y se podrán agregar observaciones al respecto debajo del recuadro.

INDICADORES DE RIESGO GENERALES

- Intentos previos, propios o de familiares, sobre todo si éstos han sido silenciados.
- Insomnio crónico no resuelto.
- Fracaso escolar o académico.
- Cambios abruptos en personas débiles o inseguras.
- Rupturas o quiebres afectivos y/o económicos.
- Accidentes reiterados.
- Incomunicación o indiferencia familiar.
- Enfermedades mentales sin atención o mal atendidas.
- Sociopatías: estafadores, delincuentes, homicidas.
- Adicciones: al juego compulsivo de apuestas, al alcohol, a las drogas, sobre todo en cuadros de abstinencia.
- Afección a las armas.
- Marginación social y aislamiento elegido o forzado.
- Enfermedades terminales (tales como: cáncer o SIDA, entre otras).
- Amenazas masivas a la dignidad personal: abuso sexual, maltrato físico, verbal o psicológico, privación de la libertad.

INDICADORES DE RIESGO EN ADOLESCENTES

- Depresión y desesperanza.
- Decepción y culpa ante la imposibilidad de satisfacer las expectativas paternas.
- Antecedentes de suicidio en familiares, amigos y/o compañeros.
- Dificultades en la comunicación, tendencia al aislamiento, escasas relaciones interpersonales.
- Abuso de sustancias tóxicas.
- Cortes o golpes en el cuerpo.
- Ideas, fantasías o intentos previos.
- Considerar al suicidio como un acto heroico.

INDICADORES DE RIESGO EN NIÑOS

- Tristeza, depresión y aislamiento.
- Insomnio. Terrores nocturnos.

- Golpes en la cabeza o lesiones reiteradas en otras partes del cuerpo.
- Actitudes desafiantes y negación del peligro. Exposición permanente a situaciones de riesgo para la vida propia y ajena.
- Accidentes domésticos reiterados: quemaduras golpes, fracturas, ingesta de tóxicos (lavandina, detergente, perfume, insecticidas) o medicamentos del hogar.
- Exposición a situaciones de violencia familiar y abuso sexual.

PLAN SUICIDA

Se indicarán las especificaciones en cada caso y se consignarán las observaciones que se consideren pertinentes al respecto.

- Mortalidad del método propuesto: revólver, salto, colgarse, ahogarse, cuchillo, veneno, pastillas, aspirina.
- Disponibilidad de medios para el método propuesto.
- Detalles específicos y claridad en la organización del plan.
- Especificidad en el tiempo planeado.
- Planes bizarros.
- Ausencia de planes .
- Otros

RED DE SOSTÉN

Si bien tiende a confundirse con el perteneciograma, es importante tener en cuenta que no todos los espacios a los que estas personas se sienten pertenecientes, son percibidos como sostenedores o contenedores.

Frecuentemente la pertenencia resulta la obtención de una credencial, mientras que una red de sostén está basada en el intercambio de vínculos duraderos y significativos en cuanto a lo afectivo.

TRATAMIENTOS

Se consignará aquí si el consultante se encuentra realizando algún tipo de tratamiento al momento de la entrevista, y se incluirán las observaciones que se crean pertinentes al respecto.

- | | | | |
|--------------------|----|----|----------------|
| - Médico | Sí | No | Observaciones |
| - Psiquiátrico | Sí | No | Observaciones: |
| - Psicoterapéutico | Sí | No | Observaciones: |

Se deberá consignar detalladamente la medicación que está tomando en el momento de la entrevista, dosis, forma de obtención y administración, persona y lugar de guarda de los medicamentos.

ORIENTACIÓN DEL EVALUADOR

De acuerdo a la situación de consulta se pueden incluir elementos de una anamnesis más detallada, sobre todo si se ve que los datos son poco claros o que están incidiendo secretos familiares, ocultamientos deliberados, problemas económico-financieros, amorosos o conflictos con la ley.

El entrevistador debe realizar el **cálculo** adecuado entre el **nivel de riesgo** y la **potencialidad**, que en esta entrevista se visualiza principalmente en la pregunta por el **PLAN SUICIDA**.

A veces un riesgo alto con una potencialidad baja, otorga más tiempo para instrumentar intervenciones progresivas, menos drásticas; por el contrario un riesgo no tan alto y un plan muy elaborado, amerita decisiones de cuidado inmediatas, seguras y eficientes, como por ejemplo la internación, intervención policial o judicial, inclusión o exclusión de algún miembro de la familia, entre las más frecuentes.

D. Inventario de orientaciones suicidas (ISO 30)

Se trata de un protocolo **AUTOADMINISTRABLE**, es decir que el consultante debe completarlo haciendo un círculo en la respuesta que considera más acorde a cómo se ha sentido en los últimos seis meses. Por este motivo la prueba puede ser administrada de forma individual o colectiva.

El inventario está integrado por **30 ítems** que se responden sobre la base de una escala de cuatro opciones:

- 0 → *totalmente en desacuerdo*
- 1 → *en parte en desacuerdo*
- 2 → *en parte de acuerdo*
- 3 → *totalmente de acuerdo*.

Se sugiere la presencia y disposición del entrevistador para aclarar las dudas que se puedan suscitar respecto a la modalidad de respuesta o a las diferentes frases (ítems) que puedan resultar confusas. Puede realizarse el primer ítem junto con el/los consultante/s para asegurarse que han comprendido correctamente cómo completarlo.

El inventario ISO fue diseñado considerando que los intentos suicidas se configuran a partir de un **sistema de creencias** que puede ser evaluado de forma sistemática. Se piensa que el riesgo suicida se conforma progresivamente a partir de determinadas **orientaciones vitales** relacionadas con la presencia de sentimientos de infelicidad que paulatinamente llevan al sujeto a percibir que el quitarse la vida es la única manera posible de desprenderse de la desesperación y el desánimo (Casullo 1998 y Casullo, Bonaldi & Fernández Liporace, 2000).

I S O - 30. (Adaptación Facultad de Psicología - U.B.A.)

Instrucciones: El propósito de este cuestionario es poder tener una idea aproximada de cómo ves ciertas áreas importantes de tu vida. Trató de contestar con la mayor sinceridad, pensando en cómo te sentiste estos últimos seis meses. Ahora lee cuidadosamente cada frase y contestá con sinceridad. Usá una birome o lápiz para circular la respuesta, por ejemplo: 0 1 2 3. Si decidís cambiar una respuesta, tachá con una cruz la respuesta original y circulá la nueva respuesta, por ejemplo: 0, 1, 2 o 3.

Las opciones de respuesta son:

0: totalmente en desacuerdo - 1: en parte en desacuerdo - 2: en parte de acuerdo - 3: totalmente de acuerdo.

1	0	1	2	3	Yo debo ser un señor/a, ya que estoy siempre esperando cosas que no resultan.	16	0	1	2	3	Cuando veo a alguien que logró lo que yo no tengo, siento que es injusto.
2	0	1	2	3	Hay muchas posibilidades para mí de ser feliz en el futuro.	17	0	1	2	3	Aún cuando me siento sin esperanzas, sé que las cosas eventualmente pueden mejorar.
3	0	1	2	3	Generalmente pienso que aún los peores sentimientos desaparecerán.	18	0	1	2	3	Cuando mi vida no transcurre fácilmente estoy dominado por una confusión de sentimientos.
4	0	1	2	3	Ante un fracaso, confío en que las personas con las que me relaciono no perderán las esperanzas en mí.	19	0	1	2	3	Siento como que no pertenezco a ningún lado.
5	0	1	2	3	Aquellas personas con las que me relaciono, no me necesitan en absoluto.	20	0	1	2	3	Pienso en morir como una forma de resolver todos mis problemas.
6	0	1	2	3	Mientras crecía me hicieron creer que la vida podría ser justa. Siento que me mintieron, ya que no es justa en absoluto.	21	0	1	2	3	Solía pensar que podía ser alguien especial, pero ahora veo que no es verdad.
7	0	1	2	3	Mi vida se ha desarrollado mayormente en las direcciones que yo elegí.	22	0	1	2	3	Siento que tengo control sobre mi vida.
8	0	1	2	3	Yo debería ser capaz de hacer que duren los buenos momentos, pero no puedo.	23	0	1	2	3	Cuando tengo emociones fuertes mi cuerpo se siente fuera de control. Domina mi carácter y no puedo pararlo.
9	0	1	2	3	Creo que causo problemas a la gente que está a mi alrededor.	24	0	1	2	3	Cuando fracaso, quiero esconderme, desaparecer.
10	0	1	2	3	Creo que seré incapaz de encontrar suficiente coraje como para enfrentar a la vida.	25	0	1	2	3	Para no sentirse mal o solo/a, pienso que la solución es morir.
11	0	1	2	3	Tengo las cualidades personales que necesito para que me guíen hacia una vida feliz.	26	0	1	2	3	Nadie me amaría si realmente me conociese bien.
12	0	1	2	3	Cuando me pasa algo malo siento que mis esperanzas de una vida mejor son poco reales.	27	0	1	2	3	Es posible que me convierta en la clase de persona que quiero ser.
13	0	1	2	3	Aún cuando estoy muy enojado/a por algo, puedo forzar a mí mismo a pensar claramente, si lo necesito.	28	0	1	2	3	Nunca sentí que estuviera a punto de hacerme pedazos (quebrarme).
14	0	1	2	3	Generalmente creo que las personas que son importantes para mí comprenden mis sentimientos bastante bien.	29	0	1	2	3	Los buenos sentimientos que la gente tiene acerca de mí son un error. Es cuestión de tiempo, los voy a defraudar.
15	0	1	2	3	Para impedir que las cosas empeoren, creo que suicidarse es la solución.	30	0	1	2	3	Si mis cosas empeorasen, creo que me mataría.

Nombre:.....Sexo:.....Edad:.....
 Lugar donde vive:.....
 Lugar donde nació:.....
 Estado Civil:.....
 Nivel de Educación alcanzado:.....
 Trabaja: SI - NO (Tache lo que no corresponde)
 Ocupación:.....

ADOLESCENTES RESPONDER, TAMBIEN:

Colegio/Facultad:.....Año que cursa:.....
 Nivel de Educación adulto a cargo:.....
 Ocupación adulto a cargo:.....

El desarrollo de una Orientación Suicida supone una progresión continua que transcurre por tres etapas:

MIEDO, CRISIS Y RESOLUCIÓN

(King y Kowalchuk, 1994)

- **Miedo:** existen problemas que no se resuelven y frente a los cuales fallan las estrategias de afrontamiento y surgen sentimientos depresivos o actuaciones (acting out).
- **Crisis:** el suicidio surge como una justificación de solución adecuada que intenta resolver sentimientos ambivalentes sobre la muerte.
- **Resolución:** surge el plan suicida o se actúa impulsivamente.

Los autores de esta técnica consideran que el predictor de la conducta suicida es la **IDEACIÓN SUICIDA**, por lo tanto la prueba empírica va a tener dos aspectos a considerar en sus resultados:

El Puntaje Bruto

y

La medición de la **Ideación Suicida**

Los ítems que evalúan tales ideaciones (IS) se denominan **CRÍTICOS** y las respuestas a algunos de ellos deben ser analizadas de manera especial, por su posible significación clínica.

Los **ÍTEMS CRÍTICOS** son seis y llevan los números 5, 10, 15, 20, 25 y 30 en la escala ISO:

- “Aquellas personas con las que me relaciono, no me necesitan en absoluto”
- “Creo que seré incapaz de encontrar suficiente coraje como para enfrentar a la vida”
- “Para impedir que las cosas empeoren, creo que suicidarse es la solución”
- “Pienso en morirme como una forma de resolver todos mis problemas”
- “Para no sentirse mal o solo/a, pienso que la solución es morirse”
- “Si mis cosas empeorasen, creo que me mataría”

→ Se consignan en la grilla de evaluación cuando la persona evaluada les asigna un valor 2 ó 3.

El inventario consta además de otras cuatro subescalas:

- **BAJA AUTOESTIMA (BA)** (Ítems 1, 6, 11, 16, 21 y 26)

- “Yo debo ser un soñador/a, ya que estoy siempre esperando cosas que

no resultan"

- "Mientras crecía me hicieron creer que la vida podría ser justa. Siento que me mintieron, ya que no es justa en absoluto"
- "Tengo las cualidades personales que necesito para que me guíen hacia una vida feliz"
- "Cuando veo a alguien que logró lo que yo no tengo, siento que es injusto"
- "Solía pensar que podía ser alguien especial, pero ahora veo que no es verdad"
- "Nadie me amaría si realmente me conociese bien"

- **DESESPERANZA (D)** (Ítems 2, 7, 12, 17, 22 y 27)

- "Hay muchas posibilidades para mí de ser feliz en el futuro"
- "Mi vida se ha desarrollado mayormente en las direcciones que yo elegí"
- "Cuando me pasa algo malo siento que mis esperanzas de una vida mejor son poco reales"
- "Aún cuando me siento sin esperanzas, sé que las cosas eventualmente pueden mejorar"
- "Siento que tengo control sobre mi vida"
- "Es posible que me convierta en la clase de persona que quiero ser"

- **INCAPACIDAD PARA AFRONTAR EMOCIONES (AF)** (Ítems 3, 8, 13, 18, 23 Y 28)

- "Generalmente pienso que aún los peores sentimientos desaparecerán"
- "Yo debería ser capaz de hacer que duren los buenos momentos, pero no puedo"
- "Aún cuando estoy muy enojado/a por algo, puedo forzarme a mí mismo a pensar claramente, si lo necesito"
- "Cuando mi vida no transcurre fácilmente estoy dominado por una confusión de sentimientos"
- "Cuando tengo emociones fuertes mi cuerpo se siente fuera de control. Domina mi carácter y no puedo pararlo"
- "Nunca sentí que estuviera a punto de hacerme pedazos (quebrarme)"

- **SOLEDAD Y AISLAMIENTO SOCIAL (AIS)**

- "Ante un fracaso, confío en que las personas con las que me relaciono no perderán las esperanzas en mí"
- "Creo que causo problemas a la gente que está a mi alrededor"
- "Generalmente creo que las personas que son importantes para mí comprenden mis sentimientos bastante bien"
- "Siento como que no pertenezco a ningún lado"

- “Cuando fracaso, quiero esconderme, desaparecer”
- “Los buenos sentimientos que la gente tiene acerca de mí son un error. Es cuestión de tiempo, los voy a defraudar”

Cada ítem de la escala Likert tiene cuatro posibilidades de respuesta :

Respuesta	Puntaje
Totalmente en desacuerdo	0
Parcialmente en desacuerdo	1
Parcialmente de acuerdo	2
Totalmente de acuerdo	3

11 de los ítems se puntúan *de forma inversa* (2 – 3 – 4 – 7 – 11 – 13 - 14 – 17 – 22 – 27 – 28), es decir:

Respuesta	Puntaje
Totalmente en desacuerdo	3
Parcialmente en desacuerdo	2
Parcialmente de acuerdo	1
Totalmente de acuerdo	0

CLAVES DE CORRECCIÓN:

- Los puntajes numéricos se suman y se obtiene un **PUNTAJE BRUTO** o directo que posibilita la obtención de un índice global de la Orientación Suicida.

- Las puntuaciones brutas totales tienen un valor mínimo de 0 y uno máximo de 90.

- Baja autoestima: ítems 1, 6, 11, 16, 21, 26
- Desesperanza: ítems 2, 7, 12, 17, 22, 27
- Incapacidad para afrontar emociones: ítems 3, 8, 13, 18, 23, 28
- Soledad y aislamiento social: ítems 4, 9, 14, 19, 24, 29
- Ideación suicida: ítems críticos: 5, 10, 15, 20, 25, 30

• **ÍTEMES DE PUNTUACIÓN DIRECTA (0, 1, 2, 3)** →

1 – 5 – 6 – 8 – 9 – 10 – 12 – 15 – 16 – 18 – 19 – 20 – 21 – 23 – 24 – 25 – 26 – 29 – 30

←

• ÍTEMS DE PUNTUACIÓN INVERSA (3, 2, 1, 0)

2 - 3 - 4 - 7 - 11 - 13 - 14 - 17 - 22 - 27 - 28

RIESGO

- Cuando el puntaje obtenido es de 0 a 29, con menos de tres ítemes críticos puntuando 2 o 3, el riesgo es **BAJO**.
- Si el puntaje bruto resulta entre 30 y 44 y los ítemes críticos con puntaje alto son menos de tres, el riesgo es **MODERADO**.
- Si resulta que el puntaje se sitúa entre 45 y 90 o los ítemes críticos, puntuando 2 o 3, son tres o más de tres, el riesgo es **ALTO**.

Entonces:

CLASIFICACIÓN DEL RIESGO SUICIDA

PUNTAJE BRUTO	Y	ÍTEMS CRÍTICOS	TIPO DE RIESGO
< 30	Y	< 3	BAJO
≥ 30	Y	< 3	MODERADO
45 o más	ó	≥ 3	ALTO

→ **Debe tenerse en cuenta que, aún habiendo obtenido un puntaje bruto bajo, si la persona ha puntuado 3 ítemes críticos o más en 2 ó en 3, el riesgo será ALTO.**

Con el mismo instrumento, en diferentes contextos de aplicación, al servicio de diferentes fines y administrado por operadores con variado nivel de formación, se puede lograr una evaluación adecuada del riesgo suicida, siempre y cuando los responsables de la tarea se lo propongan y estén formados y entrenados para ello.

Asimismo se ratifica que el abordaje directo de la problemática, más que operar como incitante o promovedor de nuevas conductas suicidas, es la condición inicial para un buen planteo preventivo y/o posventivo, atendiendo a los recaudos que cada población y situación amerita y concientizando a todo el equipo de intervención en la consideración de las variables intervinientes en cada crisis.

Cabe destacar que la adolescencia es la franja etaria más disponible, a la vez que más crítica, donde la identificación y prevención del riesgo suicida posibilita acciones eficaces, antes que se desplieguen las actuaciones en cascada que la identificación provoca.

A continuación presentamos una Grilla que puede facilitar la corrección de la ISO 30 para el profesional, permitiendo realizar además el análisis cualitativo de la misma. Generalmente a esta grilla de distribución de puntajes la llamamos también “Mapa de Riesgo” o lo que es lo mismo, cómo está compuesto el riesgo.

2	3	Subescalas							Totales
		Ideación Suicida (IC)	5	10	15	20	25	30	
		Baja Autoestima	1	6	·11	16	21	26	
		Desesperanza	·2	·7	12	·17	·22	·27	
		Incapacidad Afrontamiento	·2	·7	12	·17	·22	·27	
		Soledad Abatimiento Aislamiento Deterioro VS	·3	8	·13	18	23	·28	
Puntaje Bruto									

(· ítems de puntuación inversa)

Ítems Críticos.....(se consideran aquí sólo aquellos que puntuaron 2 ó 3)

Riesgo.....(bajo – moderado – alto)

En las columnas de la izquierda (indicadas con puntaje 2 y 3) deben indicarse los ítems correspondientes a cada subescala que puntuaron 2 ó 3.

- Aquellos ítems que poseen un punto negro a la izquierda puntúan **inverso** (ítems: 2, 3, 4, 7, 11, 13, 14 17, 22, 27, 28), es decir:

—————→
3, 2, 1, 0

- En cambio los ítems que puntúan **directo** (1, 5, 6, 8, 9, 10, 12, 15, 16, 18, 19, 20, 21, 23 24, 25, 26, 29 y 30), se puntúan:

—————→
0, 1, 2, 3

En la *columna de la derecha (Totales)* debe indicarse el puntaje total correspondiente a cada subescala, sumando aún aquellos ítems que puntuaron 1, para así obtener la sumatoria del Puntaje Bruto al final, a partir del cual, y considerándolo conjuntamente con la cantidad de ítems críticos, obtendremos el Nivel de Riesgo de la persona.

IMPORTANTE
LO QUE DEBE CONSIGNARSE AL MOMENTO DE LA CORRECCIÓN ES LA PUNTUACIÓN Y NO LA RESPUESTA DEL ENTREVISTADO.

Otra opción para facilitar el análisis cualitativo de la configuración del Riesgo Suicida es el siguiente cuadro, donde deben indicarse **los números de aquellos ítems** (por subescala) que puntúan 2 ó 3:

Subescalas	2	3
Desesperanza		
Baja autoestima		
Incapacidad para enfrentar emociones		
Soledad y aislamiento social		
Ideación suicida		

E. Un caso clínico

La utilidad del uso de este instrumento en la clínica se muestra en el siguiente ejemplo, que no constituye un hecho aislado:

Se evalúa una paciente de 19 años que consulta por reiterados intentos de suicidio y persistente ideación.

Sociodemográficamente: soltera, secundario terminado, habitante del conurbano bonaerense, con trabajo estable, vive con su madre, la pareja de su madre y su novio. Están pagando la hipoteca de la casa que adquirieron y habitan desde hace un año y medio.

En la primera entrevista, a la que concurre con su madre, se las evalúa por ISO 30 con el siguiente resultado:

	Paciente	Madre
Puntaje bruto	60	30
Ítems críticos	4	5
Riesgo	Alto	Alto

Se interviene mediante terapia de crisis con sesiones individuales, vinculadas, familiares (con familia de origen y ampliada) y tratamiento psicofarmacológico, para la adolescente, manteniéndola con acompañamiento familiar permanente en su domicilio, ya que venía de una mala experiencia en una internación de cuarenta días, sin resultados favorables a la vista. Su madre realiza tratamiento psicoanalítico con otro profesional.

A los pocos meses se realiza el re-test con el siguiente resultado:

	Paciente	Madre
Puntaje bruto	16	26
Ítems críticos	0	1
Riesgo	Bajo	Bajo

La composición cualitativa del riesgo se dio de la siguiente manera en la primera evaluación:

	Paciente		Madre	
	Ítems que puntúan 2	Ítems que puntúan 3	Ítems que puntúan 2	Ítems que puntúan 3
BA	6-16-21-26	11	6	
D	27	7-12-17-22		12
Af	18	3-8-13-28		8
Ais		9-19-24	24	
IS	20-25-30	15	15-20-25-30	10

La composición cualitativa del riesgo en el re-test se dio con la siguiente distribución:

	Paciente		Madre	
	Ítems que puntúan 2	Ítems que puntúan 3	Ítems que puntúan 2	Ítems que puntúan 3
BA			16	
D	7	12	7	12
Af		28	8	18-28
Ais	4			
IS			30*	

(*) El texto del ítem 30 es el siguiente: "Si mis cosas empeorasen, creo que me mataría"

F. El inventario ISO 30 en contextos institucionales y poblacionales

En la Asociación Argentina de Prevención del Suicidio durante el segundo semestre de 2004 se atendieron 51 pacientes manifestando fantasías, ideas y/o tentativas de suicidio, de los cuales el 21% eran adolescentes entre 12 y 19 años. Del total de esa población adolescente, el 50% presentó riesgo alto, el 29%, moderado y el 21% restante, bajo.

Si partimos la misma muestra en adolescentes de 12 a 15 años (12% del total y 43 % de adolescente evaluados), el 66% tiene riesgo alto, el 17% moderado y el otro 17%, riesgo bajo.

La submuestra de 16 a 19 años (16% del total y 57% de adolescentes evaluados), el 37% tiene riesgo alto, el 38% moderado y el 25% restante, bajo riesgo.

Esta evaluación, además de la utilización clínica, ayudó a determinar el perfil de la consulta en nuestra Institución, que está especializada en la problemática y que recibe una demanda de alto riesgo. Esto ayudó a ajustar los programas de capacitación de los profesionales y a diseñar campañas de intervención fuera de la sede institucional, para lograr una detección temprana.

Como esta evaluación se dio en el marco de un aumento de la frecuencia de la consulta adolescente, permitió verificar que el riesgo suicida en el adolescente, además de ser un valor cuantificable tanto epidemiológicamente como individual y familiarmente, es un constructo analizable cualitativamente en su composición, desarrollo y modificación.

Tal como afirman King y Kowalchuk en la fundamentación teórica de su

técnica autoadministrable, la construcción progresiva de la ideación suicida es el producto de un sistema de creencias, que hallan su contexto de inoculación más fecundo en los vínculos familiares y socio-culturales. Al respecto es muy frecuente ver familias enteras evaluadas y tratadas de la manera arriba mencionada con un compromiso persistente en la misma subescala de la ISO.

En cuanto a la consulta institucional por ideación, fantasía o tentativa de suicidio en adolescentes se ve que es menos frecuente en adolescentes tempranos que en adolescentes tardíos, a pesar que los primeros, por lo general muestran índices de mayor riesgo.

El que el 50% de los consultantes adolescentes presenten alto riesgo por ISO 30, y un 79% entre alto y moderado, nos indica que cuando se logra que el adolescente y/o la familia consulte por este tema, es realmente porque hay un proceso autodestructivo en gestación que más temprano que tarde hará su manifestación en acto, generalmente bajo la forma de “escalada” en lo personal y con efecto “cascada” en su ámbito más próximo.

Si bien este estudio presenta de manera resumida la previsibilidad y predictibilidad del riesgo suicida que posibilita la ISO 30, resta mucho trabajo aún en la modelización del comportamiento autodestructivo en general y del adolescente en particular. Se está trabajando en la sistematización de la evaluación de ámbitos y recursos como instrumento cualitativo que complemente el análisis de la composición del riesgo, a la vez que enriquezca la concurrencia e interrelación con otros instrumentos de evaluación, que puedan ser usados en los diferentes espacios institucionales por donde transita el adolescente.

G. La evaluación en atención primaria de la salud según sugerencias de la OMS

La Organización Mundial de la Salud, en el marco de su iniciativa mundial para la Prevención del Suicidio –SUPRE- emitió, a partir del año 2000, una serie de documentos destinados a distintos sectores y actividades profesionales, vinculados a la Prevención del Suicidio.

En el documento destinado a los profesionales de Atención Primaria en Salud (OMS, 2000), se considera estratégica esta intervención ya que:

- por lo general está llevada a cabo por profesionales con un vínculo estrecho y prolongado con la comunidad
- son articuladores de ésta con el sistema médico asistencial
- en muchos casos se constituyen en la fuente de los primeros cuidados sanitarios para la población
- al estar insertos en las pautas culturales del lugar, son conocedores de las redes de sostén y de apoyo psicológico validadas por la población, para paliar la crisis.

Cuando el operador de Atención Primaria en Salud –APS- sospecha la posibilidad de un comportamiento suicida en quien consulta, debe evaluar los siguientes factores:

- Estado mental actual y pensamientos actuales sobre la muerte y el suicidio
- Plan suicida actual: potencialidad en cuanto a método y tiempo previstos
- Sistema de apoyo de la persona

La mejor forma de averiguar si las personas tienen pensamientos suicidas es preguntándolo. Contrario a la creencia popular, hablar del suicidio no siembra la idea en sus mentes, más bien por el contrario, la respuesta es de agradecimiento y les permite mostrarse libres de poder hablar abiertamente acerca de los problemas y la ambivalencia con la que están luchando.

La OMS destina un apartado especial al modo de interrogar a la persona en esta instancia. La actitud del entrevistador debe ser empática, mostrando interés y comprensión. Debe mostrarse con capacidad de poder generar el clima para que quien consulta se sienta comprendido, en condiciones de confiabilidad y confidencialidad para poder expresar sus sentimientos negativos, de soledad e impotencia.

Aún en las situaciones más graves es recomendable no perder de vista que se trata de una conversación, donde urgencia no siempre es sinónimo de prisa. Se puede conversar con alguien de situaciones o temas sumamente urgentes, pero si el diálogo es apresurado, seguramente va a resultar difícil crear el clima para que quien consulta exprese emociones y sensaciones que por lo general son confusas, dolorosas, masivas y ambivalentes.

Si la conversación es apresurada o centrada en el protocolo que se debe completar, es muy probable que el entrevistador pierda datos valiosos a la hora de evaluar el estado de la persona que tiene enfrente.

Una vez generadas las condiciones mencionadas, serían indicadas preguntas tales como:

¿Se siente triste?

¿Siente que nadie se preocupa por Usted?

¿Siente que la vida no tiene sentido?

¿Alguien, en su familia o entre sus amigos más queridos, intentó suicidarse o se suicidó?

¿Usted realizó algún intento de suicidio?

SI SE EVALÚA QUE EXISTE ALGÚN RIESGO DE INTENTO SUICIDA O QUE EL POTENCIAL (MÉTODO Y PLAZO DE REALIZACIÓN) ES ALTO, SE INDICA LA DERIVACIÓN A UN SERVICIO DE PSICOPATOLOGÍA O A UN ESPECIALISTA, ACOMPAÑADO POR ALGÚN FAMILIAR O PERSONA CERCANA, DE SU ENTORNO.

H. La evaluación en el contexto escolar

En su documento destinado a los docentes y demás personal institucional, la OMS (2001) sugiere que el mejor enfoque de la prevención del suicidio en los colegios se basa en **un trabajo en equipo entre maestros, médicos, enfermeras, psicólogos y trabajadores sociales, en estrecha colaboración con las organizaciones de la comunidad.**

Si bien se acepta vulgarmente que es común que el adolescente tenga ideas de suicidio y algunas estadísticas tienden a ratificarlo, por lo general están dispuestos a dialogar con los adultos sobre estos sentimientos. Si no se puede realizar una evaluación como las descritas precedentemente, **es importante tener en cuenta que tales ideas se tornan riesgosas si la alternativa suicida es vista como única salida ante las dificultades o si la misma es considerada como un acto heroico.** En ese caso el interlocutor tendrá que **consultar con otros profesionales y realizar la derivación indicada**, donde se identifiquen por ejemplo los siguientes aspectos.

Identificación de la aflicción:

- cambios abruptos que alteren la cotidianidad del alumno
- falta de interés en las actividades habituales
- descenso general en las calificaciones
- disminución del compromiso con la escuela y con sus compañeros
- comportamiento inadecuado en clase
- ausencias inexplicadas, repetidas o inasistencia sin permiso
- fumar excesivamente, beber o uso inadecuado de drogas
- participación en incidentes violentos con pares o con la autoridad

La presencia aislada de una de las características mencionadas no constituye un riesgo en sí, la presencia de varias de estas conductas amerita una evaluación individual y familiar más detallada.

Evaluación del riesgo de suicidio

Cuando el personal del centro educativo evalúe el riesgo suicida en un alumno, deberá considerar que estos problemas son siempre *multidimensio-*

nales, por lo tanto el abordaje deberá ser interdisciplinario y no sólo considerando los indicadores de riesgo sino también los protectores.

¿QUÉ HACER ANTE UNA SITUACIÓN DE RIESGO?

- 1) Trate de usar su mejor capacidad de escuchar y comunicar.
- 2) Confíe en sus percepciones o hipótesis sobre la posibilidad de que esa persona tenga conductas auto-destructivas.
- 3) Sea directo, hablele con franqueza y sinceridad.
- 4) Pregúntele directamente si ha pensado o está pensando en matarse.
- 5) Bríndele sostén, aliéntelo para que hable sobre lo que piensa y siente.
- 6) Permítale que se exprese libremente, no lo juzgue.
- 7) Manténgase interesado en escuchar, no lo interrumpa.
- 8) Siempre tome muy seriamente las ideas suicidas, si se trata de un menor comuníquesele a un adulto responsable, expresándole que esa es su obligación profesional y que lo hará con el mayor cuidado posible y dentro del marco de lo que hayan acordado, siempre y cuando tal acuerdo no vaya en contra de su cuidado.

¿QUÉ NO HACER?

- 1) No dé consejos, trate de entender los motivos que originan ese estado.
- 2) No discuta con él o ella sobre el suicidio, no entre en debate sobre si es correcto o incorrecto, tampoco discuta sobre sus sentimientos. Escuche sin juzgar.
- 3) No lo ponga en una situación de reto o desafío para mostrarle que es incapaz de hacerlo.
- 4) No permita que le haga jurar que va a mantener el secreto.
- 5) No trate de arreglárselas solo con la situación.

¿QUÉ ES MUY ACONSEJABLE?

- 1) Busque la ayuda de alguna organización especializada.
- 2) En el ámbito escolar busque a un docente, preceptor o decano.
- 3) Fuera de la escuela: hable con los familiares.
- 4) Si ya hubo alguna acción de auto-daño, acuda lo más pronto posible a una guardia hospitalaria.
- 5) Si la persona que intenta suicidarse o se lastima está en algún tratamiento por su salud mental, comuníquesele inmediatamente al profesional responsable de la conducción del mismo.

Se considera importante que el personal institucional no se atemorice frente a las manifestaciones de un posible riesgo suicida, que no quede

atrapado en sus propios prejuicios y preconceptos y que **emprenda la tarea en equipo**. Si hay genuino interés y estudio de las características de las preocupaciones concretas de sus alumnos, ésta es una tarea abordable. La intensidad, profundidad y duración de estos malestares, generalmente otorga tiempo para la reflexión y la elaboración de la evaluación. Hay que evitar que la ideación se convierta en persistente y progresiva y tener en cuenta que una mejoría súbita puede estar indicando el final del período de ambivalencia o discusión interna, para pasar a la etapa de concreción de su plan.

I. La evaluación en el tratamiento médico según sugerencias de la OMS

La O.M.S. (2000) también estableció cómo identificar pacientes con alto riesgo suicida a partir de factores individuales y sociodemográficos clínicamente útiles para la evaluación:

- Trastornos psiquiátricos (generalmente depresión, alcoholismo y trastornos de la personalidad)
- Enfermedad física (terminal, dolorosa o debilitante, SIDA)
- Intentos suicidas previos
- Historia familiar de suicidio
- Estatus de divorcio, viudez o soltería
- Vivir solo (aislado socialmente)
- Desempleo o retiro
- Pérdida sensible en la infancia
- Si el paciente está bajo tratamiento psiquiátrico, el riesgo es más alto en los que han sido dados de alta del hospital, más aún si registran intentos previos.

Resulta útil, también, evaluar los acontecimientos recientes estresantes:

- # Separación marital
- # Pérdida significativa
- # Problemas familiares
- # Cambio en el estatus ocupacional o financiero
- # Rechazo por parte de una persona importante
- # Vergüenza o temor a ser encontrado culpable.

En estos casos el complemento entre una buena entrevista clínica y la aplicación de la evaluación por ISO-30 u otras escalas, ayuda a valorar cuantitativa y cualitativamente el riesgo verificable en un paciente.

Además de las sugerencias y precauciones referidas a los otros grupos profesionales, también válidas para éste, resulta importante considerar la negatividad de este tipo de pacientes por lo cual pueden estar tergiversando las res-

puestas al médico, manifestando deliberadamente sentimientos y emociones que no se condicen exactamente con su realidad vital. La pericia y la empatía del profesional pueden hacer que esa conversación evaluatoria sea fructífera.

Si un paciente está perturbado emocionalmente, con pensamientos suicidas vagos, la oportunidad de comunicar sus pensamientos y sentimientos ante un profesional que demuestre interés puede ser suficiente para aceptar su posicionamiento autodestructivo. Desde esta aceptación se hace posible acordar cómo se va a implementar el tratamiento, su seguimiento, y cómo se va a articular su red de sostén, en base a vínculos reales, disponibles y comprometidos.

Establecer un contrato de “no suicidio” es una técnica útil en la prevención del suicidio, recomendada y utilizada en otros países y que en nuestro medio ha resultado efectiva cuando dicho acuerdo va acompañado de un monitoreo diario y sistemático, hasta que pasa el momento álgido de la crisis, aproximadamente entre 60 y 90 días.

Otras personas cercanas al paciente pueden incluirse al negociar el contrato. La negociación puede promover discusiones sobre varios temas importantes. En la mayoría de los casos, los pacientes respetan las promesas que hacen a su profesional tratante. La contratación es apropiada sólo cuando los pacientes tienen control sobre sus actos.

En ausencia de un trastorno psiquiátrico severo o un intento de suicidio, los profesionales pueden iniciar y disponer tratamiento farmacológico, generalmente con antidepresivos, y terapia psicológica (comportamiento cognitivo). La mayoría de las personas se sienten contenidas al continuar en contacto con el profesional; este contacto deberá organizarse para satisfacer las necesidades terapéuticas.

NOTA DEL AUTOR:

Si bien se trató de dar cuenta fielmente del texto de la OMS que habla específicamente de tratamiento médico, ya está demostrado en muchos países de nuestro continente, que la intervención en crisis y su tratamiento respectivo está a cargo de un equipo, por lo general interdisciplinario, donde la medicación no es la principal herramienta. El abordaje eficaz, que se apoya y desprende de la “Prevención del Suicidio” clásica tiene otros parámetros y recursos ampliamente descriptos en la primera parte de este texto, referida a la “Suicidología Comunitaria”.

J. Referencias bibliográficas

- CASULLO, M. M. (1998). Adolescentes en riesgo. Identificación y orientación psicológica. Paidós. Buenos Aires
- CASULLO, M. M., BONALDI, P. & FERNÁNDEZ LIPORACE, M. (2000). Comportamientos suicidas en la adolescencia. Morir antes de la muerte. Buenos Aires: Lugar.
- KING, J. Y KOWALVCHUK, B (1994). ISO-30. Inventory of suicide orientation. Minesotta: National Computer Systems
- MARTÍNEZ, C. (2007) Introducción a la Suicidología. Teoría, Investigación e Intervenciones. Lugar Editorial.
- OMS. (2000). Prevención del Suicidio: ¿Cómo iniciar un grupo de sobrevivientes?. Ginebra. Departamento de Salud Mental y Toxicomanías. Organización Mundial de la Salud.

- OMS. (2000). Prevención del Suicidio: Un instrumento para médicos generales. Ginebra. Departamento de Salud Mental y Toxicomanías. Organización Mundial de la Salud. Ginebra. Departamento de Salud Mental y Toxicomanías. Organización Mundial de la Salud.
- OMS. (2000). Prevención del Suicidio: Un instrumento para trabajadores de Atención Primaria en Salud. Ginebra. Departamento de Salud Mental y Toxicomanías. Organización Mundial de la Salud.
- OMS. (2001). Prevención del Suicidio: Un instrumento para docentes y demás personal institucional. Ginebra. Departamento de Salud Mental y Toxicomanías. Organización Mundial de la Salud.
- CÓDIGO DE NUREMBERG (1946) www.pcb.ub.es/bioeticaidret/archivos/norm/CodigoNuremberg.pdf

Clase N° 5: Epidemiología para la prevención

Bibliografía complementaria de consulta

- MARTÍNEZ, C. (2007) Introducción a la Suicidología. Teoría, Investigación e Intervenciones. Lugar Editorial. (Capítulos: 1, 3 y 5)

A. Epidemiología

A continuación presentamos un extracto conceptual de los cuatro primeros capítulos de la tercera edición de “Epidemiología”, de Leon Gordis, de gran relevancia para las temáticas abordadas en este curso.

Si bien hemos sostenido reiteradamente que el suicidio no es una enfermedad, del entrecruzamiento epistemológico surge la medicina aportando este recurso que articula *evaluación, intervención y medidas de Salud Pública*. La posibilidad de interrelacionar estas tres instancias, convierten a la epidemiología en un recurso epistemológico y metodológico infaltable a la hora de la evaluación y planificación en Suicidología.

Abordaje epidemiológico de la enfermedad y la intervención

La epidemiología es el estudio de cómo se distribuyen las enfermedades en las poblaciones y los factores que influyen o determinan esta distribución.

La premisa que subyace a la epidemiología es que las enfermedades, los trastornos y la mala salud no se distribuyen de forma aleatoria en una pobla-

ción. En cambio, cada uno de nosotros tiene unas ciertas características que nos predisponen a diferentes enfermedades o nos protegen frente a ellas.

EPIDEMIOLOGÍA = estudio de la distribución y determinantes de los estados o acontecimientos relacionados con la salud en poblaciones específicas y la aplicación de este estudio al control de los problemas sanitarios.

Objetivos de la epidemiología

1. En primer lugar, identificar la etiología o la causa de una enfermedad y los factores de riesgo, es decir, los factores que aumentan el riesgo de una persona de sufrir una enfermedad. Crear una base racional para los programas de prevención. Si podemos identificar los factores etiológicos o causales de la enfermedad y reducir o eliminar la exposición a estos factores, podemos establecer una base para los programas de prevención.
2. Determinar la extensión con que la enfermedad se encuentra en la comunidad. Cuál es el impacto de la enfermedad en la comunidad es esencial para planificar los servicios e instalaciones sanitarias y para formar a los futuros profesionales sanitarios.
3. Estudiar la historia natural en términos cuantitativos y el pronóstico de la enfermedad mientras se obtienen nuevos modos de intervención, para luego poder comparar y verificar su eficacia o no.
4. Evaluar medidas preventivas y terapéuticas y modos de prestación de asistencias sanitarias nuevas y ya existentes.
5. Proporcionar la base para obtener normativas públicas sanitarias y tomar decisiones legislativas respecto a los problemas ambientales.

La principal función de la epidemiología es encontrar una causa para los cambios que tienen lugar a lo largo del tiempo en los problemas sanitarios que se presentan en la comunidad.

Epidemiología y Prevención

Un objetivo importante de la epidemiología es identificar subgrupos de población con un riesgo elevado de enfermedad. Si podemos identificar a estos grupos podremos dirigir esfuerzos preventivos para una detección temprana de la enfermedad. Además seremos capaces de identificar los factores específicos o característicos que les pongan en riesgo elevado y después intentar modificar esos factores.

Características como la edad, el sexo o la "raza", por ejemplo, son *no modificables*, aunque pueden permitirnos identificar los grupos de riesgo alto.

Características como la obesidad, la dieta y otros factores del estilo de vida pueden ser *modificables* en potencia y proporcionar así una oportunidad de

obtener e introducir nuevos programas de prevención dirigidos a reducir o cambiar exposiciones específicas o factores de riesgo.

Es útil distinguir entre *Prevención Primaria* y *Prevención Secundaria*.

- La **Prevención Primaria** se refiere a una acción realizada para prevenir el desarrollo de una enfermedad en una persona que está bien y no tiene la enfermedad en cuestión.

Aunque queremos evitar que la enfermedad se produzca en las poblaciones humanas, carecemos de la información necesaria para poner en marcha una prevención primaria eficaz en muchas enfermedades. A menudo carecemos de los datos biológicos, clínicos y epidemiológicos sobre los que basar un programa de prevención primaria.

- La **Prevención Secundaria** se refiere a la identificación de las personas que ya han sufrido la enfermedad, en un estadio anterior en la historia natural de la enfermedad, mediante estudios de cribado y la intervención precoz.

La razón de la prevención secundaria es que si podemos identificar antes la enfermedad en su historia natural, las medidas de intervención serán más eficaces.

Dos posibles abordajes preventivos son *un abordaje sobre la población* o *un abordaje sobre las personas de riesgo alto*.

En un abordaje sobre la población se aplica una medida preventiva de forma amplia a toda una población.

Está claro que una medida a aplicar a toda una población deberá ser relativamente barata e incruenta.

Los abordajes sobre la población pueden considerarse abordajes de salud pública.

En la mayoría de los casos lo ideal es combinar los dos abordajes.

Epidemiología práctica clínica

La epidemiología es crítica no sólo para la salud pública sino para la práctica clínica. La práctica de la medicina depende de datos poblacionales.

- Diagnóstico
 - Pronóstico
 - Decisiones Terapéuticas
- } Se basan en la población

Abordaje epidemiológico

El razonamiento epidemiológico es un proceso que tiene múltiples pasos.

1. El primer paso es determinar si hay una asociación entre la exposición a

un factor o una característica de una persona y la aparición de la enfermedad en cuestión.

Esto se realiza estudiando las características de los grupos y de los individuos.

Si vemos que hay de hecho una asociación entre la exposición y una enfermedad, ¿ésta es necesariamente una relación causal? No todas las asociaciones son causales.

2. El segundo paso es, por tanto, intentar hacer inferencias adecuadas sobre la posible relación causal a partir de los patrones de las asociaciones que se han encontrado.

Antes de que intentemos interpretar los datos, debemos asegurarnos de que éstos son válidos. Al observarse diferencias o variaciones entre grupos o regiones, si las diferencias son reales entonces nos preguntamos "¿por qué se han producido?" Aquí es donde la epidemiología comienza su investigación.

No siempre es necesario conocer todos los detalles del mecanismo patogénico para ser capaces de hacer prevención. La falta de conocimiento biológico sobre la patogenia no debe ser un obstáculo o una excusa para no poner en marcha servicios preventivos eficaces.

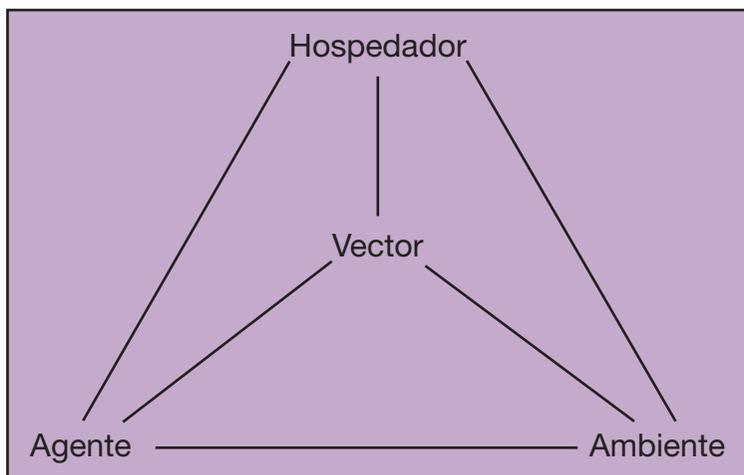
→ Está claro que la prevención no sólo es una parte integral de la salud pública, sino de la práctica clínica. Incluso el tratamiento de la enfermedad tiene un componente preventivo importante.

Siempre que tratamos enfermedades estamos previniendo la muerte, previniendo complicaciones en el paciente o previniendo una constelación de efectos sobre la familia del paciente. Una gran parte de la dicotomía entre tratamiento y prevención es una ilusión. El tratamiento implica una prevención secundaria y terciaria, y esta última denota la prevención de complicaciones tales como la incapacidad.

La epidemiología es una herramienta muy valiosa para conseguir la base lógica sobre la cual planificar y poner en marcha programas de prevención y para dirigir investigaciones clínicas que contribuyan al control de la enfermedad y a la reducción del sufrimiento humano que le acompaña.

Dinámica de la transmisión de la enfermedad

Las enfermedades no surgen del vacío. Se deben a una interacción entre el hospedador (una persona), el agente (p. ej. una bacteria) y el ambiente (p. ej. un suministro de agua contaminada). Casi todas las enfermedades se deben a la interacción entre factores genéticos y ambientales, de manera que el equilibrio exacto difiere en diferentes enfermedades.



La tríada epidemiológica de una enfermedad

Para que tal interacción tenga lugar, el hospedador debe ser susceptible. La susceptibilidad humana está determinada por diferentes factores como el fondo genético y nutricional y las características inmunitarias. El estado inmunitario de un individuo está determinado por muchos factores como la experiencia previa con infecciones naturales y con la vacunación.

Factores que pueden asociarse a un mayor riesgo de enfermedades humanas.

Características del hospedador	Tipos de agentes y ejemplos	Factores ambientales
Edad Sexo Raza Religión Costumbres Ocupación Perfil genético Estado civil Antecedentes familiares Enfermedades previas Estado de inmunidad	Biológicos: Bacterias, virus Químicos: Veneno, alcohol, humo Físicos: Traumatismo, radiación, fuego Nutricionales: Carencia, exceso	Temperatura Humedad Altitud Hacinamiento Hogar Vecindario Agua Leche Alimento Radiación Contaminación Ruido

Endémico, epidémico y pandémico

Endémico: se define como presencia de una enfermedad dentro de una región geográfica dada. También puede referirse a la aparición habitual de una enfermedad dada dentro de tal región.

Epidémico: se define como la aparición en una comunidad o región de un grupo de enfermedades de una naturaleza similar, claramente por encima de la expectativa normal, y procedente de una fuente común o propagada.

Pandémico: se refiere a una epidemia mundial.

Brotos de enfermedad

El brote de la enfermedad puede producirse por:

- *exposición única* (al vehículo común, p. ej. una comida contaminada con un microorganismo)
- *exposiciones múltiples* (periódicas)
- *exposición continua*

El cuadro epidemiológico que se manifiesta depende de si la exposición es única, múltiple o continua.

El grado de enfermedad en una población depende del equilibrio entre el número de personas de esa población que son susceptibles, y por tanto tienen riesgo de sufrir la enfermedad, y el número de personas que no lo son, o inmunes, y por tanto no están en riesgo. Pero el equilibrio suele verse alterado en algún punto entre la inmunidad y la susceptibilidad, y cuando se desplaza hacia la susceptibilidad aumenta la probabilidad de que se produzca un brote.

Exploración de la ocurrencia de la enfermedad

Cuando aparece una enfermedad ha ocurrido por encima de un nivel endémico y deseamos investigar su ocurrencia nos preguntamos:

- *¿Quién fue atacado por la enfermedad?*
Las características de los hospedadores humanos están claramente relacionadas con el riesgo de la enfermedad. Factores como el sexo, la edad y la raza tienen un efecto importante.
- *¿Cuándo apareció la enfermedad?*
Ciertas enfermedades se producen con cierta periodicidad. A menudo la variación anual tiene un patrón estacional. La cuestión del cuándo también se plantea al estudiar tendencias en la incidencia de una enfermedad con el tiempo.

- *¿Dónde surgieron los casos?*

La enfermedad no se distribuye de forma aleatoria en el tiempo ni en el lugar.

→ *El riesgo de la enfermedad depende de estos factores.*

Medidas de la morbilidad

Incidencia

La incidencia de una enfermedad se define como el número de casos nuevos de una enfermedad que se producen durante un período especificado en una población con riesgo de sufrir la enfermedad.

Incidencia por 1000

Número de casos nuevos de una enfermedad que se producen durante un período especificado de tiempo

Número de personas con riesgo de sufrir esa enfermedad durante ese período

————— X 1000

→ *La elección de 1000 es completamente arbitraria.*

El elemento crítico en la definición de la incidencia son los *casos nuevos* de la enfermedad.

Dado que la incidencia es una medida de los acontecimientos (es decir, la transición desde un estado no morbosos a uno enfermo), la incidencia es una *medida del riesgo*. Este riesgo puede verse en cualquier grupo de población, como un grupo de una edad particular, varones o mujeres, un grupo ocupacional o un grupo que se ha expuesto a un cierto agente ambiental.

Para que la incidencia sea significativa, *cualquier individuo incluido en el denominador debe poder formar parte del grupo que se recuerda en el numerador.*

Para que la incidencia sea una medida del riesgo, debemos especificar un período, y debemos saber que se ha seguido a todos los sujetos del grupo representados por el denominador durante todo ese período. La elección del período es arbitraria pero se debe especificar claramente y debe haberse observado a todos los sujetos incluidos en el cálculo (con riesgo) durante todo el período. La incidencia calculada del resultado utilizando un período durante el cual todos los individuos de la población se consideran en riesgo se denomina *incidencia acumulada*, que es una medida del riesgo.

Prevalencia

La prevalencia se define como el número de personas afectadas presente en

la población en un momento especificado dividido por el número de personas en la población en ese momento.

Prevalencia por 1000

Número de casos de una enfermedad presentes en la población en un momento especificado

Número de personas en la población en ese tiempo especificado

————— X 1000

→ *¿Cuál es la diferencia entre incidencia y prevalencia?*

La prevalencia puede verse como un corte de la población en un momento dado en el cual se determina quién tiene la enfermedad y quién no. Pero al hacerlo así, no estamos determinando *cuándo* se produjo la enfermedad.

Cuando estudiamos una comunidad para calcular la prevalencia de una enfermedad, generalmente no tenemos en cuenta la duración de la enfermedad.

Si deseamos medir el riesgo, debemos utilizar la incidencia, porque al contrario que la prevalencia, comprende sólo casos nuevos o acontecimientos y un período especificado durante el cual se produjeron esos acontecimientos.

- **Prevalencia puntual:** es la prevalencia de la enfermedad en un momento dado.
- **Prevalencia de período:** calcula cuántas personas han tenido la enfermedad en un momento dado durante un cierto período. Algunas personas pueden haber presentado la enfermedad y otras pueden haberla tenido antes y fallecido o haberse curado durante ese período. El punto importante es que toda persona representada en el numerador tuvo una enfermedad en algún momento durante el período especificado.

Cuando sólo se habla de Prevalencia, se hace referencia a la prevalencia puntual.

Relación entre la incidencia y la prevalencia

La incidencia es una medida del riesgo y la prevalencia no, porque no tiene en cuenta la duración de la enfermedad. Pero hay una relación importante entre ambas: en una situación en estado estable, en la que las tasas no cambian y la inmigración es igual a la emigración, se aplica la siguiente ecuación:

$$\text{Prevalencia} = \text{Incidencia} \times \text{Duración de la enfermedad}$$

Calidad de vida

La mayoría de las enfermedades tienen un impacto importante sobre los

sujetos afectados que está por encima y más allá de la mortalidad. Enfermedades que pueden no ser mortales pueden asociarse a un sufrimiento e incapacidad considerables. Por esta razón también es importante considerar el impacto de una enfermedad midiendo su efecto sobre la calidad de vida, incluso aunque tales medidas no sean de hecho medidas de la ocurrencia de la enfermedad.

Aunque existe una controversia considerable sobre qué medidas de la calidad de vida son más adecuadas y válidas, existe un acuerdo general en que tales medidas pueden utilizarse razonablemente para planificar programas terapéuticos a corto plazo en grupos de pacientes. A tales pacientes se les puede evaluar durante un período de meses para determinar los efectos del tratamiento sobre la calidad de vida que ellos mismos manifiestan.

Las medidas de la calidad de vida también se utilizan para establecer prioridades en el caso de recursos sanitarios escasos.

La importancia dada por los pacientes a las diferentes medidas de calidad de vida varían según las poblaciones y los diferentes pacientes, con lo cual sigue siendo difícil medirla y obtener límites válidos que sean útiles para poder comparar datos.

Tasas de Mortalidad

La tasa anual de muerte o mortalidad por todas las causas se expresa de la siguiente manera:

$$\text{Mortalidad anual por todas las causas (por 1000 habitantes)} = \frac{\text{N}^\circ \text{ total de muertes por todas las causas en 1 año}}{\text{N}^\circ \text{ de personas en la población en la mitad del año}} \times 1000$$

Para que una tasa tenga sentido, cualquiera en el grupo representado por el denominador debe tener la posibilidad de entrar en el grupo representado por el numerador.

Si estamos interesados, podemos calcular la tasa para un grupo específico, por ejemplo la mortalidad en niños menores de 10 años:

$$\text{Mortalidad anual por todas las causas en niños menores de 10 años (por 1000 habitantes)} =$$

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de muertes por todas las causas en 1 año en niños menores de 10 años}}{\text{N}^\circ \text{ de niños en la población de menores de 10 años de edad en la mitad del año}} \times 1000$$

Cuando se limita la tasa se habla de tasa específica. Entonces se convierte en una tasa de mortalidad específica para la edad. También puede realizarse lo mismo limitando la tasa a mortalidad por una enfermedad específica, etc.

→ También en estos casos debe especificarse el tiempo. El período seleccionado puede ser arbitrario pero debe especificarse con precisión.

Tasa de letalidad

Una tasa de letalidad se calcula de la siguiente manera:

Tasa de letalidad (porcentaje):

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de sujetos que fallecen durante un período de tiempo especificado tras el inicio o diagnóstico de una enfermedad}}{\text{N}^\circ \text{ de individuos con la enfermedad especificada}} \times 100$$

¿Cuál es la diferencia entre la mortalidad y la letalidad?

En la mortalidad el denominador representa toda la población en riesgo de fallecer de la enfermedad, incluidos los que tienen la enfermedad y los que no la tienen (pero que tienen riesgo de padecer la enfermedad), pero en la letalidad el denominador se limita a los que ya tienen la enfermedad. También puede utilizarse para medir cualquier beneficio del nuevo tratamiento: a medida que el tratamiento mejora es de esperar que la letalidad disminuya.

El numerador de una letalidad debería limitarse de forma ideal a muertes por esa enfermedad. Pero no siempre es fácil distinguir entre muertes por esa enfermedad y muertes por otras causas.

(Gordis, 2005)

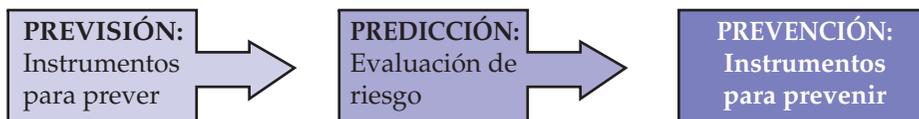
B. Prevención - Posvención

El gran desafío de la Suicidología hoy es la predictibilidad.

SI NO HAY PREDICTIBILIDAD NO PUEDE HABER PREVENCIÓN

La Prevención está basada sobre la Previsión.

Entonces:



EL SUICIDIO ES PREVISIBLE Y PREVENIBLE

El gran desafío hoy de la Suicidología es cómo se generan *elementos de predictibilidad* y además, si dijimos que sus determinantes eran biopsicosocioculturales, los instrumentos van a tener que estar muy asociados al lugar donde se los implemente. Porque no es lo mismo prever una conducta en un contexto, donde los valores están estructurados de determinada manera, a un lugar donde la misma conducta signifique exactamente lo contrario.

Teniendo en cuenta la previsión que la Organización Mundial de la Salud publicó en el *Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud* en 2003, que para el año 2020 habrá un millón y medio de suicidios anuales en el mundo, no podemos pasar por alto el tema de la PREVENCIÓN.

A continuación se presentan diferentes definiciones de **PREVENCIÓN**

<p>Prevención psicoanalítica (<i>Cecilia Moise</i>)</p>	<p>Rescate autorreflexivo, una recuperación conciente que deviene en un intento de no repetir aquellas situaciones que, aunque determinadas inconcientemente, pueden concientizarse para no quedar cristalizadas en la formación de síntomas. La prevención debe permitir dar mayor importancia al presente, debe habilitar para el aquí y el ahora. Compartir soluciones innovadoras, partiendo del estímulo de la propia creatividad.</p> <p><i>Propuesta:</i> lograr que la población en riesgo pueda cooperar en la transformación de una situación generadora de malestar, evitando la cronificación y la violencia que suele producir el sistema asistencial. Evitar que se produzca una situación traumática capaz de desencadenar una patología posterior.</p> <p>Modelo psicoanalítico preventivo. No considera posible prevenir la aparición de una enfermedad o síntoma. Pero sí sostiene que resultan previsibles las consecuencias que una situación específica puede generar en determinado psiquismo. Aporta en la delimitación de las diversas situaciones sociales que originan la aparición de malestar / enfermedad.</p>
---	--

<p>Prevención = Atención Primaria de la salud (<i>Mirta Videla</i>)</p>	<p>Prevenir es ayudar a recuperar lo que está contenido en las formas de enfermar y de curar de una comunidad. Facilitar recursos para el desarrollo de acciones de autocuidado, es desarrollar programas de promoción creados por la misma comunidad, es poner al alcance de los que más lo necesitan la información necesaria que les permita cuidarse y saber a qué tienen derecho. Favorecer el desarrollo de un saber social y una participación conciente y creativa que permita la resolución comunitaria de conflictos.</p>
---	---

<p>Modelos posibles de acciones preventivas (<i>Alicia Stolkiner</i>)</p>	<p>Prevención como desanudamiento de las situaciones problema, no normativizante: Es coherente con la concepción participativa integral en salud. Se basa en marcos conceptuales no positivistas, en los que la construcción del conocimiento es permanente y se da en la acción. Se dirige a facilitar procesos en los cuales se develan y enuncian conflictos y el problema a abordar se considera sintomático. Su objetivo es lograr que las poblaciones afectadas o de riesgo puedan operar en la transformación de situaciones generadoras de malestar, modificando su situación social y tendiendo a desanudar su trabazón sintomático - social. La participación tiende a restituir los lazos de solidaridad social y permitir una posición activa frente a situaciones que, de ser vividas en forma individual y pasiva, potencian su carácter patologizante.</p> <p>Prevención normativa: reconoce sus orígenes en la psico-higiene tradicional (control de las enfermedades infecto contagiosas). Regir científicamente el orden social.</p>
<p>Prevención integral</p>	<p>Centra su interés en el grueso de la población no sintomática, enfocando los esfuerzos en una intervención a mediano y largo plazo sobre los factores de riesgo y los factores protectivos que actúan, respectivamente, propiciando o impidiendo la aparición del fenómeno adictivo (en este caso, aplicado al suicidio). Por esto la acción preventiva se orienta a incentivar fenómenos culturales e interpersonales propicios al afianzamiento de actitudes, valores y estrategias comunicativas que favorezcan la neutralización de los factores de riesgo y la aparición de factores protectivos, recurriendo para ello a metodologías que apoyan el incremento del protagonismo social, el desarrollo personal y grupal, la amistad, la solidaridad, el diálogo y la convivencia. Prevenir es ayudar a mejorar la capacidad de grupos y comunidades para movilizar redes de solidaridad, para diseñar y construir de manera conjunta su futuro, fortaleciendo los valores ciudadanos. La identidad cultural y los recursos para el manejo del conflicto, la prevención debe inscribirse en el campo de la cultura</p>
<p>La prevención del suicidio en la practica (<i>Pierre Moron</i>)</p>	<p>Tres niveles:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. antes de la crisis y la tentativa (prevención primaria o preintervención) 2. durante la crisis suicida (prevención-intervención) 3. después de la crisis (prevención de la reincidencia, post-intervención o prevención terciaria)

<p>Prevención y Posvencción (Casullo)</p>	<p>Primaria: reducir la incidencia de nuevos casos a nivel poblacional o comunitario. Solo ésta puede considerarse estrictamente prevención. Secundaria: ubica los sujetos en riesgo. Terciaria: Rehabilitación. Sólo es posible prevenir las secuelas o consecuencias derivadas. Es posvencción o intervención en crisis. Acciones preventivas: 1. <i>Universal</i>, dirigida a toda la población 2. <i>Selectiva</i>, dirigida a proteger a individuos en riesgo 3. <i>Indicada</i>, dirigida a sujetos con alto riesgo, con signos y síntomas de un trastorno inminente. Ej: orientación a escolares sobre suicidio en escuelas o centros comunitarios.</p>
<p>Asociación Argentina de Prevención del Suicidio - Posvencción-</p>	<p>Para la Asociación Argentina de Prevención del Suicidio, la posvencción consiste en la deconstrucción del proceso destructivo; produciendo la desarticulación y acotamiento de las instancias emblemáticas de la disposición suicida, generando la identificación y desarrollo de las potencialidades vitales que hasta ese momento han permanecido postergadas y erosionadas, rearticulándolas en un nuevo proceso constructivo.</p>

Un aspecto importante de la prevención consiste primero en poder *definir epidemiológicamente* el riesgo, es decir conocer el problema en su magnitud, composición y configuración; luego, en recolectar esos saberes dispersos en la comunidad, procesarlos, sistematizarlos y volverlos a su fuente como saber de la comunidad válido para intervenciones a nivel local.

Hasta aquí tenemos una contextualización interdependiente que muestra la ecología de un intercambio de conocimiento que llega tarde, teniendo en cuenta la cantidad de años potenciales de vida perdidos, con su consecuente costo económico y en capital humano, sobre todo si tenemos en cuenta que las tasas más altas de riesgo se dan entre los adolescentes.

Una vez producido el evento autodestructivo se puede pensar la posvencción como la intervención orientada a brindar insumos para afrontar una pérdida inesperada, tomando conciencia de la crisis, logrando un mejor reconocimiento de los sentimientos de pesar y tristeza, identificando a los sujetos en riesgo y reduciendo los sentimientos de confusión y ansiedad (Casullo, Bonaldi y Fernández Liporace, 2000).

(Martínez, 2007, p. 22)

Autopsia Psicológica

Se trata de un método para dilucidar muertes dudosas, su procedimiento se focaliza en la clarificación de la naturaleza del óbito, desde los aspectos psicológicos.

La misma se ha definido como la reconstrucción de la vida de la persona fallecida, enfatizando aspectos como estilo de vida, personalidad, estrés reciente, enfermedad mental y comunicación de ideas de muerte. La información es recogida a través de entrevistas a personas allegadas y revisión de documentos.

También fue definida como la caracterización retrospectiva de la personalidad y la vida de una persona ya fallecida, utilizando un método indirecto o diferencial, obteniendo información del occiso a través de terceras personas que en vida lo conocieron íntimamente.

En Uruguay se utilizó en la década del 80 para investigar casos inusuales de suicidio.

Se busca **identificar precozmente elementos que permitan diseñar acciones sanitarias oportunas en la prevención del suicidio** y elaborar protocolos de entrevistas para ser utilizadas por los profesionales de la salud en la investigación de los indicadores de riesgo, adaptados a los aspectos más prevalentes en un medio determinado.

Dos objetivos de esta técnica, que destaca B. Ebert en una publicación de 1991 es **que la Autopsia Psicológica permite obtener la información suficiente para evaluar los datos de diversos intentos de suicidio, con el fin de prevenir nuevos intentos en grupos de riesgo y la letalidad de los mismos; y que la misma termina constituyendo un recurso terapéutico para la familia y los amigos del occiso.**

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.

Teniendo en cuenta la definición de POSVENCION, trabajada al inicio de esta clase, se puede pensar la Autopsia Psicológica como un instrumento posventivo para el entorno de la persona suicidada, y preventivo de nuevos eventos en el marco epidemiológico, a nivel comunitario.

Entonces se trata de un instrumento preventivo y posventivo, a la vez que pericial. Y su eficacia y eficiencia son directamente proporcionales a los resguardos de validez y confiabilidad que implemente el equipo de intervención.

(Martínez, 2007, Cap. 5)

C. Construcción - Destrucción

Tanto si hablamos de construcción como de destrucción nos estamos refiriendo a **procesos**. Y si pensamos en términos de **Realidad Intrapsíquica**, podemos pensar la destrucción en términos de **agresión**.

Un biólogo como Hacker (1973) define la **agresión** como la disposición y energía inmanentes al hombre que se expresan en formas individuales y colectivas de autoafirmación, aprendidas y transmitidas socialmente, que pueden llegar a la crueldad.

Si la destrucción es un proceso, como la construcción. Si ese proceso, transmisión o reincidencia se puede interrumpir en un momento dado, eso quiere decir que **hay matices, intensidades y alcances del despliegue de esa inmanencia**.

Entonces se puede hablar de la **Construcción del Proceso Destructivo** como la serie de crisis o tránsitos progresivos que van mojonando un territorio que se va vulnerabilizando hasta su inconsistencia, cuya cartografía muestra el avance del riesgo, permitiendo intervenciones calculadas que capitalicen aquellos enclaves aún no tomados para ser utilizados en un nuevo proceso que se llamará **DECONSTRUCCIÓN**.

En este sentido, la **posvención como deconstrucción del proceso destructivo** consiste en la desarticulación y resguardo de las instancias más enérgicas de esa disposición en conflicto con otras instancias del contexto, tanto interno como externo, para luego ser rearticuladas en un nuevo proceso constructivo con otra dirección y otro sentido.

Si esta dinámica se produce en un contexto clínico, tanto individual, institucional como social, los primeros enclaves a calcular son aquellos que se manifiestan en el **sistema de creencias** y en la **economía distributiva de roles, verdades y ocultamientos**.

Por eso la tarea posventiva se lleva a cabo una vez desplegado el conflicto y consiste en incluir creativamente en la tarea de su resolución los articuladores necesarios para **evitar que el mismo se reproduzca en términos idénticos**.

La **POSVENCIÓN** estaría asegurada cuando la evaluación del desarrollo de los indicadores anuncia que un nuevo conflicto tendrá mayor complejidad y mejores vías de resolución.

De esta manera quedan de lado conceptos como la rehabilitación en tanto recuperación de recursos residuales, la práctica profesional centrada en cierta moralidad cercana al dogmatismo (de cualquier signo), dando lugar a una **previsibilidad calculable** en el marco de una lógica que, para desplegar toda su potencialidad requiere de *parámetros científicos y éticos, claros y rigurosos*.

Desde esta mirada la intervención deja de estar del lado de los efec-

tos de una muerte para pasar a ubicarse en una particular modalidad de abordar los conflictos humanos, antes de que éstos pasen a ser insoportables y la solución, única y final

(Martínez, 2007, p. 22-23)

D. Resumiendo...

El éxito en la prevención de la conducta suicida depende del grado en que se alcancen las cuatro condiciones siguientes:

1. Reunión de información científicamente fiable sobre la conducta suicida, la eficacia de los proyectos de intervención y prevención y sobre las metodologías efectivas para la implementación de tales proyectos en diferentes situaciones socio-económicas y culturales.
2. El perfeccionamiento de los servicios que tratan con personas suicidas o personas con alto riesgo para el suicidio.
3. La provisión efectiva de información y preparación de las organizaciones implicadas y el público en general.
4. La creación de servicios especiales para los grupos de alto riesgo.

PREVENCIÓN PRIMARIA

1. Educación Sanitaria para Profesionales de la Salud y Profesores.
2. Evaluación Diagnóstica.
3. Tratamiento Preciso.
4. Información en los Medios de Comunicación.
5. Programas Específicos para los Grupos de Riesgo.
6. Centros de Apoyo en las Situaciones de Crisis Psicológicas y Sociales.

PREVENCIÓN SECUNDARIA

1. Favorecer mecanismos intrapsíquicos personales y capacidad de afrontamiento para las disfunciones sociales.
2. Intervenir rápida y eficazmente en las manifestaciones agudas.
3. Manejo adecuado de la psicofarmacología y psicoterapias.

PREVENCIÓN Terciaria

Revertir Secuelas de la Enfermedad. Rehabilitación de la Incapacidad.
-> Adecuado seguimiento posterior al alta de tratamiento de la familia y del enfermo en los Cuidados Primarios y por los agentes sociales.

E. Referencias bibliográficas

- CASULLO, M. M. (1998). Adolescentes en riesgo. Identificación y orientación psicológica. Paidós. Buenos Aires.
- CASULLO, M. M., BONALDI, P. & FERNÁNDEZ LIPORACE, M. (2000). Comportamientos suicidas en la adolescencia. Morir antes de la muerte. Buenos Aires: Lugar.
- EBERT, B. (1991). Guide to Conducting a Psychological Autopsy. En K. Anchor. The Handbook of Medical Psychotherapy. 249-256.
- GORDIS, L. (2005) Epidemiología. Tercera Edición. Elsevier España.
- HACKER, F. (1973). Agresión. Barcelona. Ed. Grijalbo.
- MARTÍNEZ, C. (2007) Introducción a la Suicidología. Teoría, Investigación e Intervenciones. Lugar Editorial.
- PASSALACQUA, A. et al. (1997) Investigación sobre Suicidio y Rorschach. En Investigaciones en Psicología. Revista del Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología, Año 2, N° 1, págs 73-87.

PARTE III

Curso: Suicidio adolescente en el ámbito escolar y abordaje institucional de producciones autodestructivas

Clase Nº 1: Comportamientos suicidas en los adolescentes: perspectivas y articulaciones

A. Introducción

Nos disponemos a comenzar un curso de formación en la conceptualización y abordaje de los comportamientos autodestructivos, más prevalentes hoy entre los adolescentes con los cuales convivimos.

Estas manifestaciones, muchas veces magnificadas y otras ocultadas por los medios de comunicación, organismos gubernamentales, funcionarios e instituciones; además de revelar la frecuencia creciente de los eventos, denota al mismo tiempo, en muchos casos, una cierta pereza intelectual y moral en los responsables, que conduce casi inevitablemente a la falta de respuesta social eficaz ante las mismas.

La naturalización, el desinterés o la punición, pretendidamente moralizante de los que deberían dar respuesta, no hace más que excluir aún más a un adolescente, generalmente en "carne viva" en su psiquismo en transforma-

ción y dolido por lo que no entiende, no acepta o no percibe.

Este lado destructivo que estalla como respuesta inadecuada hacia sí y hacia los otros, no es más que el envés de un potencial vital oculto siempre dispuesto a interactuar con aquel que se manifiesta disponible a interpretarlo adecuadamente.

De ese complejo y riquísimo entramado libidinal vamos a tratar de ocuparnos a lo largo de estas cuatro clases teóricas y sus respectivas guías de entrenamiento. La idea es ir construyendo un aporte salugénico, favorecedor de intercambios productivos entre adulto y adolescentes. Generadores de bienestar para ambas partes. Es por eso que el desarrollo conceptual de la teoría va a estar generalmente íntimamente relacionada al concepto de intervención, el de riesgo va estar dependiente del factor protector que lo atenúe o neutralice y la vulnerabilidad implícita en esta etapa de la vida de todo ser humano, va a estar asociada a las estrategias de afrontamiento que le posibiliten atravesar los procesos críticos como desafíos en los cuales es posible construir un aporte.

B. La conducta suicida en el adolescente

Cuando hablamos de **conductas suicidas** no nos referimos sólo al suicidio consumado sino también a la ideación suicida, a las amenazas o a las tentativas. La mayoría de los autores coinciden en considerar estas conductas como un continuo. Desde esta perspectiva jerárquica, la ideación suicida constituye el primer eslabón o nivel de menor gravedad. A continuación, y por orden de severidad, le siguen las amenazas, las tentativas de suicidio, diferenciando entre leves y graves, y finalmente el suicidio consumado.

No obstante, a pesar de que generalmente los deseos de morir y las amenazas anteceden a las tentativas y éstas a su vez preceden en muchos casos a los suicidios consumados, es probable, tal como apuntan algunos de los autores, que este modelo no sea aplicable a todos los casos ya que en algunas personas la conducta suicida podría haber surgido de un modo no jerárquico.

Por otra parte, la *ideación suicida* es un tipo de respuesta o reacción muy habitual durante la infancia y la adolescencia. Tal es la magnitud de su prevalencia en niños y adolescentes que, en algunos países, como por ejemplo Estados Unidos, empiezan a considerarla como algo normal. Y es que ciertamente las cifras que se aportan son muy elevadas.

La gravedad de la ideación suicida reside en su persistencia y/o estabilidad temporal.

C. Perspectiva sociodemográfica

El suicidio en la adolescencia constituye una de las tres primeras causas de

muerte en la mayoría de los países. Diversas investigaciones se han ocupado de averiguar acerca de los factores que los adolescentes ubican como causales de su intención suicida. Según los resultados de varias de ellas, algunos son:

- La inestabilidad familiar por peleas o incomunicación
- La pérdida de un ser querido
- El aislamiento social
- Los sentimientos de soledad y de fracaso
- El estado de desesperación y desesperanza

De lo que se desprende que

En los estudios realizados en adolescentes, se verificó que los suicidios son la consecuencia de una progresiva ruptura de los lazos sociales, de la alienación, el aislamiento y la soledad.

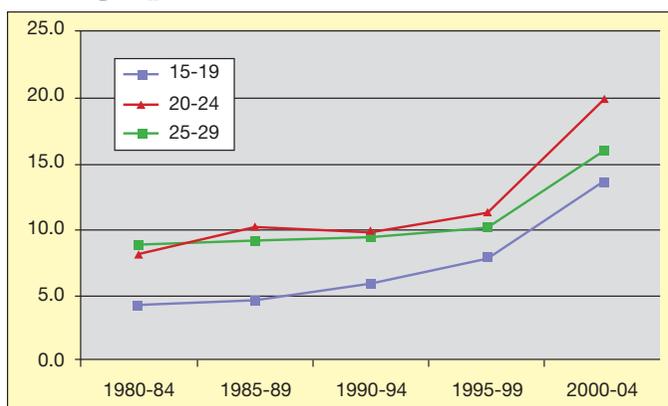
Otros autores sitúan dicha problemática adolescente en función de los cambios propios de dicha etapa evolutiva.

Se observa en estos adolescentes la presencia constante de **sentimientos de depresión, desesperanza y/o desesperación**, que hacen que se sienta incapaz de resolver problemas, quedando en una situación "sin salida", abriéndose la posibilidad del suicidio o el comportamiento autodestructivo en general como resolución o escape.

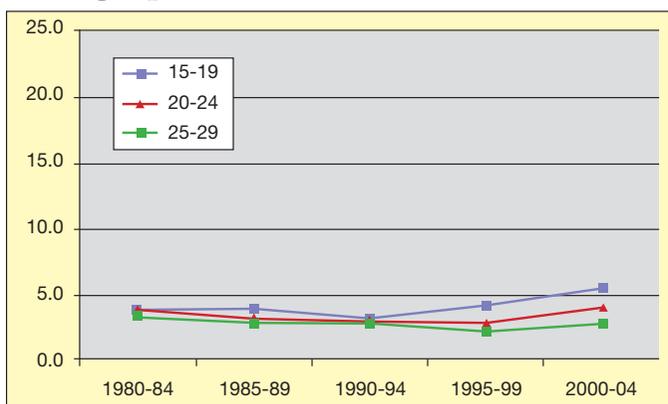
Bonaldi (1998) plantea dicha situación como los efectos de un debilitamiento cada vez mayor de los lazos sociales sufrido por los jóvenes.

En Argentina, según un estudio realizado por Altieri (en Martínez, 2007), que abarca el período 1980-2004, pudo observarse la alta incidencia en la juventud de las muertes violentas en general y del suicidio en este caso particular. En este caso y en los siguientes cuadros el propósito es mostrar una evolución longitudinal consolidada, en el pasaje de siglo, durante 24 años. No hay una pretensión de actualidad estadística, ya que la misma ameritaría otro tipo de estudio.

Tasa de mortalidad por suicidio por 100 mil, VARONES, grupos de edad seleccionados



Tasa de mortalidad por suicidio por 100 mil, MUJERES, grupos de edad seleccionados



En los varones, el grupo de mayor riesgo era el de 20 a 24 años y resulta preocupante el crecimiento progresivo de las tasas de suicidio de los jóvenes de 15 a 19 años. En las mujeres, en cambio, el grupo de mayor riesgo era el de 15 a 19 años y se observan valores similares entre adolescentes y jóvenes adultas. Las tasas de suicidio son sensiblemente inferiores a la de los varones

Preocupa, a su vez, el hecho de que en ambos sexos es llamativo el aumento en la tasa de suicidio de los adolescentes entre 10 y 14 años. Según indica la autora fue el grupo con mayores incrementos del período y el que presenta la menor diferencia por sexo.

De alguna manera, esta ejemplificación, ratifica la importancia de analizar la problemática como proceso histórico-cultural determinada temporalmente, ya sea que este análisis se realice desde lo individual o desde lo social. Lo importante es no perder de vista el marco contextual.

Suicidio como Fenómeno Social

Durkheim plantea el suicidio en tanto fenómeno social, partiendo de la antinomia hombre-sociedad. El autor distingue distintos tipos de suicidios donde, en algunos de ellos, podemos encuadrar muchos de los suicidios llevados a cabo por adolescentes: el suicidio *egoísta*, el *altruista* y el *anómico*.

- El **suicidio egoísta** resulta del fracaso en la integración de la persona en la sociedad, generando en ella malestar y sufrimiento, acrecentando los sentimientos de soledad y abandono que pueden conducirlo al suicidio. *Ejemplo de esto son los suicidios de aquellos jóvenes que, por ejemplo, por haber obtenido bajas calificaciones en la escuela y no poder soportar tal frustración deciden terminar con sus vidas (suicidio típico en los jóvenes japoneses)* (Kornblit, Mendes Diz & Adaszko, 2006).

- El **suicidio altruista** resulta de un predominio de los intereses y necesidades del grupo social por sobre los de la persona, quien en esta “adaptación excesiva” a la sociedad provoca un anulamiento de sus propias demandas y necesidades en función de las de su grupo de pertenencia. *Ejemplo de este tipo de suicidios son los acaecidos tras un episodio que conmueve fuertemente la sensibilidad de algunos jóvenes, particularmente mujeres, identificadas con una figura mediática (Ibid.).*
- El **suicidio anómico** resulta de la ruptura provocada en la dupla hombre-sociedad a partir de cambios que conllevan la pérdida o transformación de las normas y valores sociales generando sentimientos de malestar, de pérdida de identidad y desasosiego. *Tal es el caso de los suicidios en cadena ocurridos en Gobernador Gálvez, provincia de Santa Fe, en 1989 o en la localidad de Las Heras, Provincia de Santa Cruz, donde 12 jóvenes se suicidaron entre 1997 y 1999 (Guerriero, 2005 en Op. Cit.).*

C. Perspectiva sanitaria

Según el Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia, realizado por el Dr. Gustavo Girard y su equipo, desde el Ministerio de Salud de la Nación en Argentina, correspondería más hablar de *adolescencias* que de “*la adolescencia*” como si se tratara de un grupo homogéneo.

Como se mencionó anteriormente, José Bertolote, referente de la Suicidología mundial, plantea que la Suicidología está tan intrínsecamente influida por los factores socioculturales, que **cada lugar debe desarrollar políticas y programas de prevención del suicidio de acuerdo al momento y a las pautas culturales intervinientes** si no se quiere arriesgar a una segura frustración (Bertolote, 2004).

Siguiendo este mismo enfoque, esta perspectiva resalta que es sumamente importante que los programas, intervenciones y acciones que se realicen en los diferentes lugares tengan en cuenta los **aspectos culturales, socioeconómicos y geográficos** en los cuales están insertos.

Por esto resulta de vital importancia conocer datos locales como: población, escolaridad, ocupación, necesidades básicas insatisfechas, fecundidad, entre otros, a los efectos de poder adecuar las estrategias que se implementarán.

En el caso puntual del adolescente, quien particularmente se encuentra en permanente interacción con su núcleo social primario -la familia y la comunidad que lo rodea-, toda estrategia preventiva y posventiva deberá realizarse con un **enfoque participativo, familiar y comunitario, haciendo énfasis en la PREVENCIÓN PRIMORDIAL Y PRIMARIA.**

Prevención primordial significa no sólo la detección temprana y el control de los factores de riesgo, sino el fortalecimiento de la capacidad de desarrollo integral de las personas como mecanismo protector fundamental. Esto implica que en los sistemas formales de servicios de Salud, la capacitación y la investigación deben inscribirse en una concepción sanitaria y social con la participación de la comunidad, especialmente la de los adolescentes y sus familias.

Para ello es necesario tanto la integración de las diferentes disciplinas en los Equipos de Salud cuanto la participación de los diferentes sectores: Desarrollo Humano, Educación, Justicia, Trabajo, Deportes, Medios de Comunicación, Instituciones Religiosas, de la Infancia. Así, la salud integral vista como un elemento inseparable del bienestar y como componente indispensable para el desarrollo, pasa a ser un objetivo de todos.

GLOSARIO DE ESTA PERSPECTIVA

Factor de Riesgo: Característica detectable en individuos o grupos (no es necesariamente el factor causal,) asociada con una mayor probabilidad de sufrir un daño en la salud.

Factores Protectores: Recursos personales o sociales que atenúan o neutralizan el impacto de riesgo.

Resiliencia: La capacidad de un individuo o grupo de surgir fortalecido después de vivir una circunstancia adversa y/o de riesgo.

Atención Integral de la Salud: Esfuerzos organizados de carácter interdisciplinario e intersectorial para ofrecer respuestas adecuadas a las exigencias de una salud integral.

Interdisciplina: Interacción de profesionales de diferentes áreas de lo Estatal que, con un objetivo común y compromiso personal enfocan desde diferentes ópticas un problema complejo.

Estilos de Vida: Integran el comportamiento individual con el contexto cultural que lo modela y determina. Se conforma por aspectos materiales, sociales e ideológicos. Se caracteriza por ciertas manifestaciones de la cultura material como vivienda, alimentación, vestimenta y tecnología. Se manifiesta en determinadas formas y estructuras organizativas, como la familia, los grupos de parentesco, las redes sociales de apoyo, las instituciones o asociaciones políticas o religiosas. Y se expresa en el conjunto de las ideas, valores y creencias que determinan o modelan el proceso salud - enfermedad y las respuestas o comportamientos adaptativos frente a distintos sucesos de la vida.

D. Perspectiva sanitaria

La adolescencia es una de las etapas de transición y transformación por excelencia; el pasaje de la niñez a la adultez constituye un momento clave en el desarrollo vital de toda persona. Es en esta etapa donde se dan cambios de gran relevancia estructural: cognitivos, físicos, psicológicos, ambientales, relacionales, etc. Entre otros, cabe destacar la finalización de la escolaridad, la decisión vocacional y la salida laboral, la elección del partenaire sexual y toda una serie de transformaciones vinculadas a la identidad, a la vez que tienen lugar modificaciones significativas en los diferentes vínculos mantenidos hasta ese momento.

Como en toda crisis, las transformaciones y procesos se suceden -muchas veces- dejando a la persona, en este caso al adolescente, en un estado de vulnerabilidad expuesta, es decir, a merced de situaciones de riesgo tanto en lo referido a su salud física como mental. A su vez se constituye en una posibilidad para dar lugar al cambio y al despliegue de los propios recursos. En la superación de esta transición intervendrán múltiples factores tales como la historia personal y familiar, la maduración psico-física, la situación psico-social, su personalidad y su red socio-afectiva. Las influencias culturales del contexto *ofrecen modelos de roles sociales y ocupacionales a los que se puede aspirar y también proveen o no, de los recursos y medios para alcanzarlos* (Crockett, 1997 en Casullo, 2002).

Las nuevas configuraciones de la economía mundial en general, y del mercado laboral en particular, han producido un incremento de las situaciones de riesgo y marginalidad a la vez que generan cada vez mayores dificultades en lo que hace a la construcción de un proyecto de vida propio, y más aún en las posibilidades de llevarlo a cabo.

Los adolescentes y adultos jóvenes viven mayores situaciones de frustración que los conducen a interesarse por símbolos más superficiales del mundo adulto como el consumo de alcohol y drogas, comportamientos sexuales no protegidos, actividades delictivas. Frente a situaciones frustrantes, una salida posible es la ideación, el intento o la concreción de actos suicidas (Casullo, 2002).

King y Kowalchuk (1994), autores del Inventario sobre Orientaciones Suicidas (ISO-30), el cual se trabaja en el Módulo de Evaluación de Riesgo y Potencial Suicida -Parte Dos de esta publicación-, señalan que entre los adolescentes suicidas se encuentran **distorsiones cognitivas** de importancia:

- Procesamiento irregular de la información
- Rigidez
- Magnificación (exageración de las circunstancias y su implicación)

- Abstracción selectiva (aplicación de un concepto simple al análisis de una situación excluyendo otros)
- Personalización (se asume que la información siempre está referida al sujeto que la procesa)

En un estudio realizado por la doctora Casullo y equipo con estudiantes adolescentes con alto riesgo suicida, se pudieron encontrar características cognitivas significativas:

- **RIGIDEZ.** Incapacidad para recibir información nueva y posiciones extremas frente a la resolución de situaciones problemáticas.
- **INTOLERANCIA** a las situaciones inciertas.
- **POSICIONES EXTREMAS** frente a la resolución de problemas.
- **HIPERGENERALIZACIONES**
- **TENDENCIA AL AISLAMIENTO** (Casullo, 1998)

En el artículo del 2002, la Dra. Casullo y equipo hacen referencia a otros estudios realizados con mujeres adolescentes donde se destacan también las siguientes características:

- Pobres habilidades para resolver problemas
- Tendencia al aislamiento y la soledad
- Marcada incapacidad para pedir ayuda y apoyo afectivo

Dicho estudio ha permitido verificar la presencia de ciertas características en adolescentes con probable riesgo suicida que deben tenerse presentes:

- Rigidez cognitiva para afrontar y resolver situaciones problemáticas
- Limitadas posibilidades para dialogar acerca de temas personales que preocupan
- Presencia de fantasías relacionadas con volver a ser niños, rechazo a vivir la etapa presente y temor a crecer
- Tendencia al aislamiento y prevalencia de sentimientos de soledad
- Control de sentimientos de agresión e impulsividad
- Indicadores de ansiedad y depresión
- Miedo al futuro relacionado con fantasías de muerte

→ También corresponde destacar la presencia de vínculos conflictivos con padres, madres y otras figuras adultas.

E. Perspectiva psico-socio-cultural

El significado del suicidio está estrechamente ligado a la evolución del concepto de muerte en el niño y en el adolescente.

La tendencia a la actuación, ligada por algunos autores a un frecuente malestar ante el propio cuerpo; la necesidad de conocimiento de sí mismo con cierta manipulación de la idea de muerte para superar la angustia metafísica frecuente a esta edad; la necesidad de renuncia al mundo de la infancia, de donde surgen tendencias de tipo depresivas; el acondicionamiento pulsional ligado a la intelectualización y a las racionalizaciones, lo que no quiere decir que la agresividad no tenga necesidad de expresarse, a menudo bajo una forma vuelta contra el sujeto mismo. Son todas características comunes a la adolescencia y su evolución.

(Moron en Lebovici, 1985)

Si bien muchos referentes de la psiquiatría y la psicopatología vigente sitúan la conducta suicida como un síntoma de la depresión y ésta última constituye un *Factor de Riesgo* importante, existen posiciones encontradas, tanto entre los psiquiatras como entre los suicidólogos en general, en cuanto a la asociación del suicidio con la depresión.

Algunos estudios sostienen que la conducta suicida aparece consistentemente asociada con la depresión, mientras que otros sostienen que los adolescentes y niños que manifiestan comportamientos suicidas no poseen muchas veces ni un trastorno depresivo ni aún sintomatología depresiva.

Los diferentes resultados obtenidos en los estudios realizados en torno a esta asociación (suicidio-depresión) dan cuenta de que algunos sujetos pueden desarrollar conductas suicidas en ausencia de sintomatología depresiva. Incluso forma parte de la revisión del DSM-IV la inclusión de una nueva categoría diagnóstica, independiente, que incluya tanto la ideación suicida como las conductas autolesivas, bajo la denominación "*Trastornos suicidas en la niñez y la adolescencia*".

Queda así planteada la necesidad de investigar, pensar y abordar la problemática suicida per se, independientemente de la presencia de una alteración del estado de ánimo u otro trastorno mental.

Características Familiares del Adolescente Suicida

Tanto los niños como los adolescentes que presentan comportamientos autodestructivos (intentos o suicidios consumados, como su expresión más extrema), generalmente provienen de familias fragmentadas y/o disgregadas. Observándose importantes problemas de comunicación donde priman el autoritarismo, la indiferencia o desinterés, la hostilidad, la incomprensión y la falta o el exceso de límites y de atención.

En forma recurrente existen antecedentes familiares de adicciones (alcoholismo, drogadicción), trastornos mentales e intentos de suicidio o comportamientos hétero y auto agresivos-destructivos por parte de otros miembros de la familia. En estos casos, el comportamiento suicida puede ser analizado como una conducta aprendida por imitación de familia o allegados.

Entre las mujeres se manifiesta mayor conflicto con la figura materna mientras que entre los hombres se observa mayor dificultad con la figura paterna. Es frecuente la ausencia de una referencia de este tipo. En ocasiones los conflictos vinculares se extienden también entre los hermanos.

La ausencia de una de las figuras parentales -por muerte, separación o abandono- también es una característica recurrente en estas configuraciones familiares. Varios estudios plantean como característica significativa la falta de soporte familiar.

Características Personales

Teniendo en cuenta la discusión referida en la introducción de este apartado, consideraremos las características planteadas por ambas posturas, ya que la verificación evaluatoria y clínica permite afirmar que ambas son valiosas a la hora de identificar y abordar el suicidio adolescente.

Generalmente los adolescentes que manifiestan comportamientos suicidas son pesimistas, ansiosos, de tonalidad afectiva depresiva (humor triste) y con una fuerte tendencia a la idealización. Frecuentemente presentan dificultades interpersonales en el seno familiar y en el ámbito escolar, no pudiendo comunicar sus sentimientos ni preocupaciones.

Muchas veces estos adolescentes (también los niños) forman parte como víctimas-victimarios de la dinámica del Bullying u Hostigamiento Escolar (tema que se desarrollará en profundidad en la clase N°3 de este curso) y muchos de ellos se muestran retraídos.

Es común el consumo excesivo de alcohol, tabaco y drogas psicoactivas. Algunos de ellos suelen manifestar comportamientos en forma agresiva, violenta e inestable, refiriendo sentimientos de aburrimiento, insatisfacción y menosprecio. Pueden presentar problemas de tipo sexual tales como impotencia, frigidez, insatisfacción, desilusión y/o culpabilidad y angustia frente a manifestaciones homosexuales propias o de conocidos.

Algunos presentan un diagnóstico psiquiátrico a partir de la concreción de un primer intento de suicidio.

Está comprobado que luego de un primer intento de suicidio existe un **riesgo aumentado de repetición**, especialmente durante el primer año posterior al intento.

Algunas de las características significativas halladas entre aquellos que recaen son:

- # **Tendencias depresivas:** aburrimiento permanente, ansiedad, ausencia de dinamismo y de tenacidad
- # **Dificultades escolares graves y trastornos del carácter y del comportamiento** (en algunos casos presencia de diagnóstico psiquiátrico)
- # **Algún miembro de la familia con problemas de alcoholismo**
- # **Relaciones familiares perturbadas**
- # Indiferencia del padre y hostilidad por parte de la madre
- # **Indiferencia por parte de hermanos y/o hermanas.**
- # **La autoridad paterna es considerada por estos sujetos como poco satisfactoria** (por exceso o por defecto)

Drogas y Suicidio

Existen diferentes concepciones acerca de si la drogadicción es o no un equivalente al intento suicida, en tanto conducta autodestructiva. Similar discusión se suscita en lo referente a las Autolesiones Deliberadas (DSH), tema que se abordará en la próxima clase de este curso.

En el Tratado de psiquiatría del niño y el adolescente (Lebovici, 1985) se hace referencia a tres momentos diferentes en la relación toxicomanía - intento de suicidio, los cuales adquirirían una significación particular en cada uno de estos momentos.

1. Cuando el intento de suicidio precede o acompaña al inicio del consumo de drogas. Tienen una misma significación.
2. Segundo período (llamado por los autores "luna de miel"), el toxicómano no intenta suicidarse, la droga parece calmar todas sus necesidades.
3. Toxicomanía y Suicidio aparecen como profundamente dependientes el uno del otro en tanto la una (la toxicomanía) es la evitación de la otra (el suicidio). A su vez mantienen un mismo significado, autodestructivo.

El paso al acto suicida parecería referir un estado anterior de riesgo.

Es esencial que el adolescente pueda hablar del suicidio y sus ideas y confiar en alguien que lo escuche.

Toda tentativa de suicidio o toda expresión de la idea de suicidio constituye una llamada y ofrece la posibilidad de entrar en contacto con el adolescente y realizar una auténtica prevención de la recaída (posvencción).

-> HASTA AQUI SE DA CUENTA DE DISTINTAS PERSPECTIVAS DE CONCEPTUALIZACIÓN SIN ÁNIMO DE AGOTARLAS. INTENTAREMOS RESCATAR SEMEJANZAS Y DIFERENCIAS ENTRE LAS DIVERSAS PERSPECTIVAS PRESENTADAS DE MANERA INTRODUCTORIA,

PARA PASAR A ANALIZAR ALGUNOS ASPECTOS PUNTUALES SIGNIFICATIVOS DEL ACONTECER ADOLESCENTE, DESDE NUESTRA PERSPECTIVA...

G. Articulación de factores de protección y de riesgo

No todas las personas –sean niños, adolescentes, adultos o ancianos– responden de la misma manera frente a situaciones similares. Ante una misma situación o escenario que resulta amenazante, no todos desarrollarán necesariamente una respuesta patológica, indeseable o desadaptativa.

Existen diferentes variables que entran en interjuego determinando el desenlace, según aminoren los efectos nocivos o los acrecienten, pudiéndoles dar un tratamiento adecuado o aumentando el riesgo.

Es en este punto donde una adecuada intervención podrá dar lugar a un reforzamiento de los factores protectores o salugénicos y/o disminuir y neutralizar aquellos factores de riesgo presentes. Las intervenciones podrán hacer foco en algunas de las siguientes variables intervinientes, dependiendo de la articulación que se diseñe o construya, la eficacia en el resultado de la misma:

Algunas de las principales variables a tener en cuenta, son:

- *Características propias*
 - Genéticas
 - Biológicas
 - Psicológicas
- *Características ambientales*
 - Familia
 - Contexto social
- *Y la influencia que sobre ellas pueda ejercer la presencia de factores protectores y de riesgo.*

Antes de continuar con el presente desarrollo consideramos importante precisar algunos conceptos desde esta perspectiva.

La vulnerabilidad alude a una dimensión continua del comportamiento que se mueve desde una adaptación más exitosa al estrés, a una menos exitosa. Vale la pena recordar que es de origen genético y producto del aprendizaje. Es endógena y relativamente resistente al cambio. Los factores que pueden determinar su nivel en una persona están dados por factores genéticos, cognitivos, afectivos, sociales, ambientales y conductuales, entre otros.

No siempre es observable, se mantiene latente; la misma se hace visible cuando frente a sucesos vitales percibidos como estresantes (no de-

seados o negativos) se da una intensificación de la reacción que resulta en conductas desadaptativas.

Una **situación (o indicador) de riesgo** será aquella que comprometa la salud psíquica y el bienestar psicológico de la persona o que le genere sentimientos, conductas o cogniciones patológicas o indeseables. La noción de riesgo alude a todas aquellas variables empíricamente asociadas con el aumento de la probabilidad de estructurar una patología. Los sujetos en riesgo desarrollan una patología si poseen un alto grado de vulnerabilidad.

Conocer dichas variables sirve para predecir tal probabilidad. No nos dice NADA respecto a los mecanismos mediante los cuales se genera esa patología. La noción de riesgo remite a variables correlacionales y descriptivas.

Los **Factores Protectores o Salugénicos** son definidos como aquellas características personales o elementos del ambiente, o la percepción que se tiene sobre ellos, capaces de disminuir los efectos negativos que el proceso de estrés (o distrés) puede tener sobre la salud y el bienestar. Desde esta perspectiva, los factores protectores al aumentar la tolerancia ante los efectos negativos del estrés (o distrés), disminuirían la vulnerabilidad y la probabilidad de enfermar.

Rutter (en Kotliarenco, Cáceres & Fontecilla, 1997) plantea que los Factores Protectores no constituyen en sí mismos experiencias positivas o benéficas. Los mismo pueden incluso no constituir un suceso agradable.

Según refieren Casullo & Fernández Liporace en su estudio sobre Estrategias de Afrontamiento en Adolescentes (2001), existen varios autores, entre los que se encuentra Rutter, que sostienen que *los factores de riesgo y los protectores no deben ser abordados como extremos opuestos de una dimensión única sino en tanto conceptos diferentes. Se trata pues, de variables independientes que afectan directamente algunos comportamientos humanos, pero que, a la vez, pueden tener efectos moderadores sobre la relación existente entre situaciones de riesgo y conductas específicas.*

Entonces:

Vulnerabilidad/Protección → operan indirectamente y tienen efectos sólo en virtud de su interacción con la variable de riesgo por lo cual no deben ser pensados como atributos permanentes; aunque un factor protector puede no constituir una experiencia, sino ser una cualidad o característica individual de la persona. Vulnerabilidad y protección constituyen el polo negativo o positi-

vo de un mismo concepto (Rutter, Op. Cit.).

Ambos polos deben ser pensados en su dinamismo en tanto procesos que acontecen en un momento y circunstancia determinados, los cuales, a su vez, poseen toda una trayectoria.

En cuanto a los **Factores de Riesgo**, algunos autores distinguen entre *Variables de Riesgo Proximales* y *Variables de Riesgo Distales*. Resumimos en el siguiente cuadro algunas de sus puntualizaciones al respecto:

Variables de Riesgo Distales

- No afectan directamente al sujeto
- Actúan a través de mediadores
- Tendrían un efecto sobre algunos de los procesos o comportamientos que ocurren a nivel proximal
- No existe una relación causal con los resultados, sino que resultan probabilísticamente posibles → el nexo entre una *variable distal* y su consecuencia no es inevitable
- Son también llamados *Macrosociales*

En cambio, las **Variables de Riesgo Proximales** interactúan directamente con el sujeto.

Mecanismos mediadores en los procesos de riesgo y protección

Rutter da cuenta de diversos mecanismos de mediación entre variables, que actuarían como predictores en los procesos protectores. A través de un efecto catalizador indirecto de una variable sobre otra, se modificarían los resultados de la interacción de la última con un factor de riesgo.

Este autor destaca cuatro de ellos que resumimos a continuación:

1. Los que reducen el impacto del riesgo, a través de dos maneras:
 - Alterando el significado que éste tiene para el adolescente, es decir, modificando la valoración que esa persona hace de una determinada situación de riesgo mediante la modificación del proceso cognitivo. El ejemplo que utilizan los autores es la inoculación por la exposición controlada a la situación estresante facilitando así una adaptación exitosa.
 - Modificando su participación en la situación de riesgo. Por ejemplo mediante la supervisión del adolescente para evitar su participación en tales situaciones y/o brindándoles retroalimentación acerca de cómo ellos están manejando dicha situación.
2. Los que reducen la probabilidad de las reacciones negativas en cadena, los que se dan luego de haber estado expuesto a la situación de riesgo y que perpetúan los efectos del mismo.

3. **Los que promueven el establecimiento y mantención de la autoestima y autoeficacia.** De éstos, según los autores, las experiencias más relevantes son las relaciones afectivas seguras y armónicas, y el éxito en tareas que son importantes para la persona.
4. **Las experiencias o momentos claves en la vida de una persona, que son capaces de crear oportunidades de desarrollo adaptativo, y que marcan continuidad en la trayectoria vital del individuo**

La importancia de la distinción entre **Variables de Riesgo Distales y Proximales** se hace visible al momento de la **planificación** de una **estrategia de intervención**: para un adecuado planteo de los objetivos, para prever la posible magnitud de su alcance y sus limitaciones. A la vez debe tenerse en cuenta el **Contexto Macrosocial** en el que se lleva a cabo tal intervención. No será lo mismo una intervención que se lleve a cabo en un lugar con elevado Riesgo Distal, por más que exista una menor cantidad de Variables de Riesgo Proximal interactuando, y esto debe ser tenido en cuenta al momento de la planificación, aún cuando no se pueda intervenir a nivel Macrosocial.

Otro concepto de suma importancia a definir y tener en cuenta al momento de elaborar y planificar estrategias de intervención, preventivas y posventivas con adolescentes es el de **Afrontamiento**. Tomaremos la definición que dan Lazarus & Folkman (1986).

Las **Estrategias de Afrontamiento** son aquellos esfuerzos (pensamientos, sentimientos y acciones) orientados a operar con las demandas del entorno, percibido como problemático, independientemente de su resultado. No puede decirse que una estrategia sea mejor o peor para afrontar una determinada circunstancia; tal consideración en cuanto a la adaptatividad de una estrategia podrá realizarse sólo en función del contexto específico en el que se dé la misma.

No debe confundirse afrontamiento con dominio sobre la situación; en muchas circunstancias, donde no puede haber tal dominio, el afrontamiento puede manifestarse como aquellos comportamientos que permitan *tolerar, minimizar, aceptar* o incluso *ignorar* tal estresor.

→ *Entonces, el mejor afrontamiento será el que le permita a la persona modificar su relación con el entorno mejorándolo.*

Existen otras posturas que plantean que las personas, independientemente de la situación puntual a la que se enfrentan, llegarían a establecer formas relativamente estables de afrontamiento.

El **estrés psicológico** está dado por una situación percibida como desbordante por la persona en relación a los propios recursos, donde la misma se siente expuesta a una situación de riesgo, percibida como peligro. Es decir, en dicho proceso interviene una evaluación *cognitiva*.

Tanto cuando hablamos de *estrés* como cuando hablamos de *afrontamiento*,

tenemos que pensar en términos relacionales. En ambas definiciones se tienen en cuenta tanto las características del sujeto como la naturaleza del medio.

En el trabajo citado sobre *Estrés y Procesos Cognitivos*, los autores plantean que para que una situación sea percibida como *amenazante, dañina o desafiante* entrarán en juego las siguientes propiedades:

- *La novedad de la situación*
- *La incertidumbre: del acontecimiento y de su temporalidad*
- *Su inminencia*
- *Su duración*
- *Su ambigüedad*
- *Y su cronología dentro del ciclo vital (en este curso nos centraremos en la etapa adolescente)*

El estrés como tal es inevitable en la vida de toda persona. Lo que nos interesa puntualmente aquí es la forma en que los adolescentes afrontan las situaciones consideradas como estresantes para poder planificar estrategias de intervención acordes a sus necesidades, centrando el interés en aquellas situaciones que ellos perciben como desbordantes. Y, en este sentido, el estudio descriptivo-comparativo realizado por la Dra. Casullo y la Dra. Fernandez Liporace (2001), mencionado anteriormente, constituye un gran aporte. Tal como mencionan las autoras, y como se indicó al inicio de esta clase, no podemos pensar tales estrategias sin **conocer las características culturales específicas de la población donde realizaremos la intervención.**

Tal como destacan las investigadoras, la importancia puntual de esta etapa del desarrollo vital, la adolescencia, es que en ella se desarrollan competencias psicosociales importantes, una de las cuales está relacionada con el afrontamiento.

La *Escala de Afrontamiento para Adolescentes (ACS)* -en la versión castellana editada por TEA en 1997- está integrada por 18 factores. Según tal investigación, en las muestras tomadas en Argentina (Buenos Aires, Tucumán y Patagonia) se lograron situar cuatro factores centrales que explican el 54% de la varianza. A continuación los enumeramos:

Escala de Afrontamiento para Adolescentes (ACS)	Cuatro factores centrales
<ol style="list-style-type: none"> 1. Buscar apoyo social 2. Concentrarse en resolver problemas 3. Esforzarse y tener éxito 4. Preocuparse, atemorizarse 5. Comprometerse en una relación personal de tipo íntimo 6. Buscar pertenencia 7. Ilusionarse 	<p>Factor 1: Esforzarse y buscar distracciones</p> <p>Factor 2: Buscar apoyo en amigos o profesionales</p>

8. No afrontamiento
9. Reducción de la tensión
1. Acción social
2. Ignorar el problema
3. Autoinculparse
4. Reservarlo para sí
5. Buscar apoyo espiritual
6. Fijarse en lo positivo
7. Buscar ayuda profesional
8. Buscar diversiones relajantes
9. Distracción física mediante actividades deportivas

Factor 3:
Alejamiento con características intrapunitivas

Factor 4:
No afrontar el problema e ilusionarse

Acorde con estudios realizados en otras poblaciones –con características socioculturales disímiles-, las autoras hallaron que mujeres y varones no afrontan de la misma manera situaciones que vivencian como estresantes o problemáticas, así como tampoco lo hacen los habitantes de diferentes contextos socioculturales. Concluyen sugiriendo que si *se planifica un programa de atención primaria y educación para la salud, deben tenerse en cuenta objetivos y estrategias diferentes según:*

- # Género
- # Edad (divididos por grupos de edad)
- # Creencias y valores culturales

El Afrontamiento supone siempre una personalidad en acción en situaciones de estrés. No puede considerárselo en forma aislada sino en tanto expresión de un estilo o estructura de personalidad, fruto de una historia individual de aprendizajes y en permanente vinculación con contextos específicos.

(Bolger en Casullo & Fernández Liporace, 2001)

Dentro de los Factores Protectores debemos mencionar la Resiliencia

La resiliencia en psicología ha sido definida por varios autores, tomaremos algunas de ellas extraídas de un trabajo publicado por la Organización Panamericana de la Salud –O.P.S.- (1998) que consideramos pueden enriquecer el desarrollo de esta clase:

- Capacidad del ser humano para hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas e, inclusive, ser transformado por ellas (Grotberg).
- La resiliencia distingue dos componentes: la resistencia frente a la destrucción; es decir, la capacidad de proteger la propia integridad bajo presión; por otra parte, más allá de la resistencia, es la capacidad de

forjar un comportamiento vital positivo pese a circunstancias difíciles (Vanistendael).

- La resiliencia se ha caracterizado como un conjunto de procesos sociales e intrapsíquicos que posibilitan tener una vida “sana” en un medio insano. Estos procesos se realizan a través del tiempo, dando afortunadas combinaciones entre los atributos del niño y su ambiente familiar, social y cultural. Así la resiliencia no puede ser pensada como un atributo con que los niños nacen o que los niños adquieren durante su desarrollo, sino que se trata de un proceso que caracteriza un complejo sistema social, en un momento determinado del tiempo (Rutter).
- Concepto genérico que se refiere a una amplia gama de factores de riesgo y su relación con los resultados de la competencia. Puede ser producto de una conjunción entre los factores ambientales y el temperamento, y un tipo de habilidad cognitiva que tienen algunos niños aún cuando sean muy pequeños (Osborn).

La primer definición corresponde a Edith Grotberg, quien plantea además que los niños toman factores de resiliencia de cuatro fuentes que se visualizan en las expresiones verbales de los sujetos (niños, adolescentes o adultos) con características resilientes:

- **“Yo tengo”** en mi entorno social.
- **“Yo soy”** y **“yo estoy”**, hablan de las fortalezas intrapsíquicas y condiciones personales.
- **“Yo puedo”**, concierne a las habilidades en las relaciones con los otros.

Tengo

Personas alrededor en quienes confío y que me quieren incondicionalmente.

Personas que me ponen límites para que aprenda a evitar los peligros.

Personas que me muestran por medio de su conducta la manera correcta de proceder.

Personas que quieren que aprenda a desenvolverme solo.

Personas que me ayudan cuando estoy enfermo o en peligro, o cuando necesito aprender.

Soy

Alguien por quien los otros sienten aprecio y cariño.

Feliz cuando hago algo bueno para los demás y les demuestro mi afecto.

Respetuoso de mí mismo y del prójimo.

Estoy

Dispuesto a responsabilizarme de mis actos.

Seguro de que todo saldrá bien.

Puedo

Hablar sobre cosas que me asustan o me inquietan.

Buscar la manera de resolver mis problemas.

Controlarme cuando tengo ganas de hacer algo peligroso o que no está bien.

Buscar el momento apropiado para hablar con alguien o actuar.

Encontrar a alguien que me ayude cuando lo necesito.

→ **Entonces, la resiliencia constituye un potencial humano que no puede ser concebido por fuera de la situación específica y puntual de riesgo en la que se la analiza y/o evalúa . Al igual que el afrontamiento, debe ser pensada en su carácter relacional (interactivo y dinámico).**

Los diferentes organismos referentes en salud citados en la presente clase, tanto a nivel nacional como internacional, toman en consideración diferentes Factores Protectores, de acuerdo a la perspectiva desde la cual se posicionan. A continuación presentamos resumidas todos ellos.

Factores Protectores presentes en el Micro Ambiente

- Buen funcionamiento familiar y de sus referentes. Padres competentes.
- Atención, afecto y apoyo emocional.
- Relación cálida con al menos un cuidador primario.
- Ayuda mutua y actitudes solidarias.
- Posibilidad de contar en la adultez con apoyo social del cónyuge, familia u otras figuras.
- Educación para la salud y el autocuidado.
- Buena utilización del tiempo libre, desarrollo de la creatividad y el ingenio, ocio bien programado.

Factores Protectores presentes en el Macro Ambiente

- La participación y el compromiso social.
- Educación formal y no formal.
- Educación para el cuidado del medio ambiente.
- Oportunidad laboral apropiada.
- Acceso a servicios de salud de buena calidad.
- Redes sociales solidarias.
- Respeto a los derechos de cada ciudadano.
- Una legislación adecuada (laboral, educativa, sanitaria y penal).

Algunos autores se ocuparon de especificar las características psicosociales halladas en los **niños y niñas resilientes**:

- Nivel Socio-económico más alto
- Género femenino en el caso de los prepúberes, y género masculino en etapas posteriores de desarrollo
- Ausencia de déficit orgánico
- Temperamento fácil
- Menor edad al momento del trauma
- Ausencia de separaciones o pérdidas tempranas

Características Psicológicas:

- Mayor Coeficiente Intelectual y habilidades de resolución de problemas
- Mejores estilos de afrontamiento
- Motivación al logro autogestionada [task related self efficacy]
- Autonomía y locus de control interno
- Empatía, conocimiento y manejo adecuado de relaciones interpersonales
- Voluntad y capacidad de planificación
- Sentido del humor positivo
- Mayor tendencia al acercamiento
- Mayor autoestima
- Menor tendencia a sentimientos de desesperanza
- Mayor autonomía e independencia
- Capacidad de pensamiento crítico
- Habilidades de afrontamiento que, además de otras ya mencionadas, incluyen orientación hacia las tareas, mejor manejo económico, menor tendencia a la evitación de los problemas, a la vez que menor tendencia al fatalismo

Otros autores utilizan el concepto de “Mandala de la resiliencia”, el cual se compone de las siguientes características:

- Introspección [insight]
- Independencia
- Capacidad de relacionarse (de establecer lazos íntimos y satisfactorios)
- Iniciativa
- Humor
- Creatividad
- Moralidad (capacidad de discriminar entre lo bueno y lo malo y comprometerse con valores)

H. Referencias bibliográficas

- ALTIERI, D. (2007), " Mortalidad por suicidios 1980-2004" en MARTÍNEZ, C. (2007) Introducción a la Suicidología. Buenos Aires. Lugar Editorial.
- BERTOLETE, J. (2004) Prevención del suicidio: ámbitos de intervención. En World Psychiatry –versión en español- (edición especial) 2:3 – Diciembre de 2004 –pp. 147-151.
- BONALDI, P. (1998), "El Suicidio en la Argentina". En MENDEZ DIZ. Y OTROS (comp.). Salud y Población: cuestiones sociales pendientes. Buenos Aires, Ed. Espacio, 1998.
- CASULLO, M. M. & FERNÁNDEZ LIPORACE, M. (2001). Estrategias de afrontamiento en estudiantes adolescentes. Revista de Investigaciones. Facultad de Psicología. UBA. Año 6, (1). 2001.
- CASULLO, M. M. (1998). Adolescentes en riesgo. Identificación y orientación psicológica. Buenos Aires. Paidós.
- CASULLO, M. M. (2002). Narraciones de adolescentes con alto riesgo suicida. Psicodiagnosticar. 12: 43-52.
- CROCKETT, 1997 en CASULLO, M. M. (2002). Narraciones de adolescentes con alto riesgo suicida. Psicodiagnosticar. 12: 43-52.
- KING, J. Y KOWALVCHUK, B (1994). ISO-30. Inventory of suicide orientation. Minesotta: National Computer Systems.
- KORNBLIT, MENDES DIZ & ADASZKO (2006). Salud y enfermedad desde la perspectiva de los jóvenes. Un estudio en jóvenes escolarizados en el nivel medio de todo el país. Instituto de Investigaciones Gino Germani - Universidad de Buenos Aires - Documento de trabajo N° 47.
- KOTLIARENCO, M. A., CÁCERES, I. & FONTECILLA, M. (1997) Estado del arte en Resiliencia. Organización Panamericana de la Salud.
- LAZARUS, R. & FOLKMAN, S. (1986). "Estrés y procesos cognitivos". Cap. 1,4 y 5. Barcelona, Editorial Martínez Roca.
- LEBOVICI S. (1985). Tratado de Psiquiatría del niño y el adolescente. Caps. X y XI. Madrid. Biblioteca Nueva.

Clase N° 2: Autolesiones deliberadas

A. Comportamientos autodestructivos indirectos: autolesiones deliberadas

La **Suicidología** estudia los comportamientos, pensamientos y sentimientos autodestructivos. Se ocupa tanto de los suicidios consumados como de los intentos, la ideación suicida y los comportamientos autodestructivos indirectos (*Indirect Self Destructive Behavior -ISDB-*).

Podemos realizar la siguiente sistematización de las diferentes Escuelas:

- La **Escuela Norteamericana**, centra su estudio no solamente en los suicidios consumados e intentos suicidas, sino también en los **comportamientos autodestructivos, gestos e ideación suicida y parasuicidios**, haciendo especial énfasis en el abuso de sustancias (Martínez, C., 2007).

- En Europa, la **Escuela de Oxford** centra más su atención en las **autolesiones deliberadas, las automutilaciones y un conjunto de comportamientos y actitudes autodestructivas relacionadas** (Maris, 1992).

- En **Latinoamérica** la investigación científica y los desarrollos teóricos en Suicidología son cada vez mayores, lo cual resulta alentador teniendo en cuenta lo que manifiesta José Bertolote, referente de la Organización Mundial de la Salud, en cuanto a la **importancia del conocimiento de los factores socioculturales específicos de cada lugar, para el desarrollo de programas de prevención del suicidio eficaces** (Bertolote, 2004).

Desde **nuestro enfoque** se destaca la tarea suicidológica desde su **compromiso con lo vital**: *“Una disciplina orientada a determinar los factores protectores apropiados para una comunidad en ese momento particular y no sólo a detectar factores de riesgo, promueve una tarea salugénica y preventiva, antes de dar lugar a los dispositivos posventivos y asistenciales”* (Martínez, C., Op. Cit.).

Desarrollos actuales de investigación sobre autolesiones deliberadas en nuestro país apuntan a dar lugar a futuros desarrollos preventivos que comprometan al cuerpo con lo expresivo, lo creativo y lo constructivo, como alternativa vital al proceso autodestructivo.

B. Precisiones conceptuales

Los suicidios y las conductas autodestructivas tienden a compartir algunos rasgos y estados, pero no otros.

Existen diferentes definiciones conceptuales según el enfoque y la orientación de los autores, por lo tanto no existe por el momento una clasificación conceptual acordada universalmente. Aún así pueden precisarse algunos conceptos fundamentales que nos permitirán utilizar un mismo marco conceptual desde donde poder abordar la problemática autolesiva en general.

Los **ISDB** (*Indirect Self Destructive Behavior*) son definidos por Farberow (en Maris, Berman & Silverman, 2000) como aquellos comportamientos autoagresivos en los que *no hay intención suicida ni conciencia o expectativa de suicidio*. Estos comportamientos conforman un continuum lineal o *continuum autodestructivo* (Adam, 1985), aumentando el nivel de riesgo de muerte con cada repetición.

En la literatura estos comportamientos son considerados tanto **síntomas**, que se presentan en pacientes con diferentes cuadros psicopatológicos (depresiones mayores, trastornos borderline de la personalidad, trastornos de pánico y algunos trastornos esquizofrénicos) como así también, se los estudia en tanto **síndromes independientes** (Maris, Berman & Silverman, Op. Cit.).

De hecho, algunos autores adhieren a que se considere los ISDB como categoría diagnóstica independiente en la próxima revisión del *Manual DSM IV*, bajo la denominación "*Auto-Mutilación Repetitiva*", diferenciándola así de las automutilaciones que se desencadenan en otros cuadros psicopatológicos establecidos.

En las personas con ISDB prevalece el foco en el **AQUÍ y AHORA**, en la búsqueda de sensaciones de *placer* y/o de *alivio*. El daño, en estos casos, surge como una forma de *defensa*.

→ **Ignorando algunos importantes matices de clasificación, los Comportamientos Autodestructivos indirectos –ISDB– incluyen:**

- El fumar excesivo
- El alcoholismo
- La práctica de deportes de alto riesgo
- La búsqueda de situaciones estresantes
- Ocupaciones o trabajos peligrosos
- Algunos "desórdenes" alimenticios y sexuales
- El incumplimiento de indicaciones médicas
- El sometimiento a múltiples cirugías
- Las apuestas compulsivas /jugadores compulsivos
- Las enfermedades psicosomáticas
- Las automutilaciones
- La drogadicción
- La propensión o tendencia a sufrir accidentes
- E inclusive el exceso de trabajo crónico

Muchos comportamientos autodestructivos no son manifiestos, explícitos o intencionales. La mayor parte son **parciales, crónicos, de larga duración, e incluso inconcientes**.

Debemos ser muy cuidadosos 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.

Las autolesiones sin clara decisión de suicidio, son llamados también *Parasuicidios o Conductas Parasuicidas*, aunque en esta denominación quedarían también incluidas las sobredosis de sustancias (no así las adicciones crónicas).

Los **Parasuicidios**, entonces, constituyen:

“...una acción o acto no letal en el cual un individuo se autolesiona deliberadamente, se daña o ingiere alguna sustancia en exceso respecto de las dosis prescriptas” (Kreitman, en Maris, Berman & Silverman, Op. Cit.).

“... 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, Bonaldi & Fernández Liporace, 2000).

Las **Autolesiones Deliberadas** (Deliberate Self Harm –DSH), constituyen una de las formas de Comportamientos Autodestructivos Indirectos (ISDB); son definidas como **alteraciones o destrucciones directas y deliberadas del cuerpo sin intención suicida conciente**.

C. Autolesiones deliberadas –dsh–

Las DSH pueden ser extremas, aunque las más comunes, según la literatura, son los **cortes** en las muñecas y las **quemaduras** con cigarrillos en los brazos.

En cuanto a los **piercings**, la acción en estos casos afirmaría el control sobre el propio cuerpo y podría conducir a un estado de conciencia trascendente y realzar la sensación de bienestar.

Maris, Berman y Silverman sostienen que la **función** y la **meta** de estos comportamientos autolesivos es, tanto la *disminución de la tensión u otra afección intensa, como la disminución de la sensación de alienación o el intento de terminar con la disociación*.

La acción de cortarse parece tener **significados** especiales para muchas de

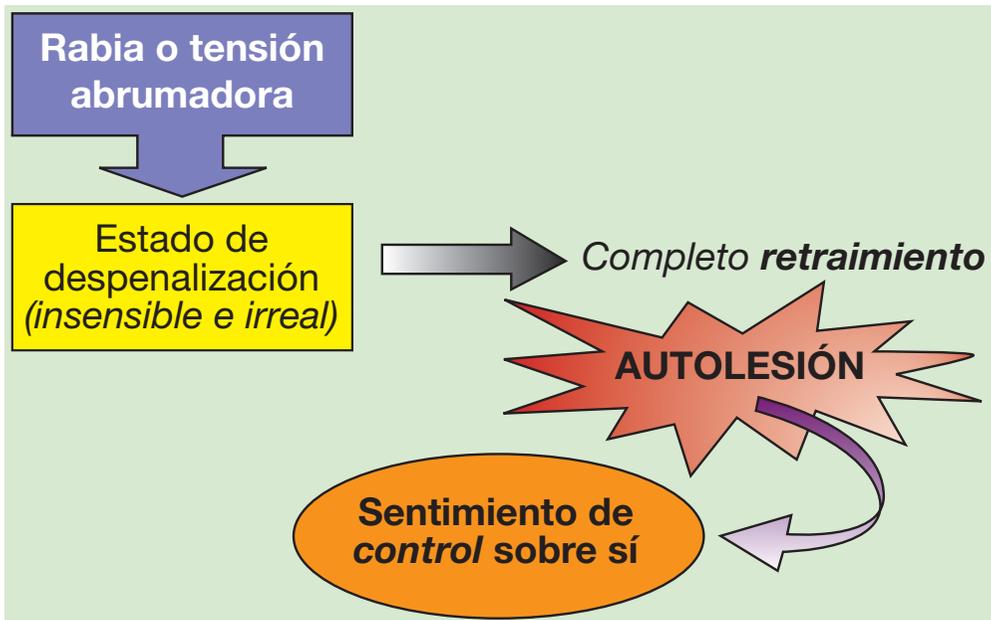
las personas que se autolesionan. Cuando la persona experimenta odio, depresión, frustración, rechazo, abandono y tensión, la idea del corte en el cuerpo puede advenir y, asociada a ella, la **idea de consuelo**.

La **EXPERIENCIA** de **DOLOR** varía:

- Algunas personas describen absoluta o relativa "analgésia".
- Para algunos la experiencia va acompañada de una sensación de alivio, como si se reafirmasen en esa confirmación de la propia capacidad de tener sensaciones físicas, la cual les asegura que aún están vivos.
- Otros describen un sentimiento de autoconfianza ("**empowerment**") cuando se sienten abrumados por el sentimiento de impotencia.

Cuando la rabia o tensión se tornan abrumadoras, hay una transición hacia un **estado de despersonalización**, descrito como **insensible** e **irreal**. La persona se retrae completamente y permanece absorta hasta que el corte en el cuerpo pone fin a ese estado y el individuo siente nuevamente control sobre sí.

DSH: Proceso



El alcance y profundidad de las heridas son generalmente limitados y la persona para cuando sangró lo suficiente.

MUCHOS DE ESTOS COMPORTAMIENTOS SE INICIAN COMO MECANISMOS DE AFRONTAMIENTO Y POR SU REPETICIÓN Y RESULTADOS, ALGUNOS SE VUELVEN HABITUALES Y HASTA ADICTIVOS.

D. Corporalidad y DSH

Desde el marco teórico Fenomenológico, el cuerpo es la primera intencionalidad y es a través del mismo que se *habita el mundo*. El cuerpo es la experiencia primaria del mundo y, tal como afirma Zaner (1964), el ser es siempre corporalidad. Las personas nos movemos constantemente entre los dos polos: “**tener un cuerpo**” y “**ser un cuerpo**”. Merleau Ponty (1957) afirma que este último constituye la conciencia encarnada en cuanto ser-al-mundo.

→ **La corporalidad constituye una estructura permanente del ser y en tanto tal nos permite analizarlo a través de sus realizaciones.**

Tomando la noción de “**cuerpo vivido**” de dicho autor podemos plantear que, en los casos de personas que se autolesionan, podríamos hablar de una *corporalidad restrictiva*, donde sólo a través de la autolesión es posible aliviar sentimientos intensos, expresarse, reapropiarse del propio cuerpo o hasta confirmar la propia existencia, para poder habitar y experimentar el mundo. Quedando así, el sujeto, atrapado en el entramado del *continuum autodestructivo*.

Las autolesiones son modos morbosos de autoayuda; es la búsqueda de liberación de ciertos pensamientos o sensaciones, no con el fin de terminar con la propia vida, sino como la forma hallada para poder continuar con ella.

Se trataría así de una **modalidad restrictiva de existencia**, donde la propia experiencia de vivir se vuelve obstaculizante.

Varias investigaciones han demostrado que el haber sufrido **abusos sexuales y maltratos** constituye un **predictor significativo** de DSH y suicidio, generando un sentimiento de culpabilidad, vergüenza, y sensación permanente de suciedad y odio al cuerpo. En efecto, el ultraje sufrido en edades tempranas produce graves consecuencias, especialmente en los sentimientos respecto al propio cuerpo.

En estas historias de vida, marcadas por la presencia de un “otro” abusivo, se van sedimentando las huellas de esa intromisión en la propia corporalidad, configurándose un estilo de comportamiento que, en lugar de posibilitar la palabra, imprime la marca de la **acción en tanto lesión**.

Precisamente en este punto caben los aportes de la fenomenología de la corporalidad. En tanto el sujeto es inseparable de su cuerpo, posee marcas como modos *familiares* de habitar el mundo y su historia de vida se halla sedimentada en su corporalidad. Es así que se van determinando *qué y cómo* son las cosas y, fundamentalmente, qué experiencia tenemos o podemos tener de ellas.

En muchos casos, como ya se dijo, es referido un cierto **estado de desestabilización** o **despersonalización** al que la autolesión vendría a poner fin. Asociado a este sentimiento es recurrente el temor a “*pasarse del otro lado*”, a

traspasar cierta frontera que podría dejarlos frente a la posibilidad misma de la muerte. Incluso, en algunos casos, la conducta autolesiva se interrumpe recién al ver fluir la sangre, no sintiendo dolor físico sino posteriormente.

La **búsqueda del límite en el propio cuerpo** podría considerarse también una respuesta frente a la presencia excesiva o abusiva de un familiar o persona significativa. Precisamente Le Breton (2002) señala que «... *el cuerpo en tanto encarna al hombre, es la marca del individuo, su frontera, de alguna manera el tope que lo distingue de los otros. Es la huella más tangible del actor en cuanto se distienden los vínculos sociales y la trama simbólica que provee significaciones y valores*»; el cuerpo es «*el lugar y el tiempo del límite, de la separación*».

- **El cuerpo en su ambigüedad, es el lugar del corte, del distanciamiento y la diferenciación, pero al mismo tiempo es quien posibilita el acercamiento y contacto con el otro.**

Como bien dice el autor, el hombre en su existir pone en juego una suma de *gestos eficaces* y, además de las palabras, dirige hacia los otros un conjunto de *rituales corporales que cuentan con la adhesión de éstos...*

¿No podríamos pensar que estas lesiones –consideradas en tanto gestos suicidas-, constituyen **pautas comportamentales y comunicacionales aprendidas** -y eficaces- que ponen en evidencia cierto “estilo” de relacionarse con el mundo y los otros, expresión de la dinámica familiar?

Demetrio Barcia (2000) destaca que en la propia biografía del sujeto se van configurando ciertos *límites del existir*, estableciéndose así conductas o *tipos personales* que se estabilizan como modos de ser. En este sentido, el otro, en tanto *co-autor de la propia existencia* (Rovaletti), aparece facilitando, validando y tornando *habituales* ciertas **modalidades de expresión, comunicación e interrelación subjetiva**, pero en estos casos restrictivas, que se realizan en forma repetitiva, obturando otras posibilidades.

Merleau-Ponty, por su parte, considera al **hábito** como un **saber del cuerpo**, ejemplo de una “inteligencia concreta” o “inteligencia práctica” provisto de un modo de comprensión que no está centrado en la representación. De este modo, el hábito indisolublemente corporal y espiritual, y en estos casos auto-lesivo, reside en el cuerpo como mediador de un mundo que se torna hostil y dolorosamente insoportable.

Estas autolesiones constituyen, de este modo, un **cuerpo hábito**, una **memoria encarnada** –una “memoria hábito” diría Bergson–, que vuelve a actualizarse cada vez que se presentan situaciones críticas, ante las cuales se responde dañando y aliviando a la vez.

La *habitualidad* de las lesiones deviene ahora *adicción*, asociándose en algunos casos a comportamientos alcohólicos o dependientes a sustancias psi-

coactivas.

No debemos olvidar que, el cuerpo en su ambigüedad, es el lugar del corte, del distanciamiento y la diferenciación, pero al mismo tiempo es quien posibilita el acercamiento y el contacto con el otro.

Entonces, desde la perspectiva fenomenológica, la lesión parece inscribirse como “corte” en la *experiencia vivida* del cuerpo, en un doble sentido: **corte en cuanto lesión y corte en cuanto interrupción de esa experiencia**. De este modo, se configura un modo de *ser-en-el-mundo*, por momentos intolerable, desbordante, y absolutamente riesgoso.

Le Breton (2007) afirma que “...*el aprendizaje de las modalidades corporales de la relación del individuo con el mundo no se detiene en la infancia, prosigue durante toda la vida...*”.

Podemos pensar, entonces, la importancia de la **búsqueda de otros usos posibles del cuerpo que posibiliten experiencias de alivio desde lo creativo, lo expresivo y fundamentalmente lo vital**; otros modos que puedan resultar eficaces, de los cuales poder apropiarse e incluso habituarse.

E. Lesión como escritura en el cuerpo

Tal como sostiene Merleau Ponty, es a través del cuerpo como *apertura* que habitamos un mundo, lo intencionamos; pero es también a través de la palabra, como uno de los usos posibles de éste, que nos expresamos y comunicamos con los otros. Cuando esta posibilidad de simbolización falla, en estos casos aparece la lesión como escritura en el cuerpo, como intento de liberación de tensión o búsqueda de sí.

Si, citando a dicho autor, la palabra no traduce un pensamiento sino que lo realiza, si la significación *devora los signos*, **la lesión condensa y realiza el propio modo de existencia del sujeto**.

Si el cuerpo es *f fuente de significados*, “donador de sentidos” a nivel puramente vivido y anterior a cualquier simbolización (o pensamiento conceptual), el yo-cuerpo realiza la existencia y expresa en el comportamiento una significación (Callieri). En estos sujetos con DSH, la existencia se realiza a través de la lesión. El cuerpo, *campo de expresión y de relación*, se realiza en el corte, en la quemadura, en la redundancia de tatuajes y/o piercings como un **comportamiento significativo** y no como una idea que se traduce en el cuerpo. El comportamiento autolesivo, deviene así **realización y expresión de la propia existencia**.

Los cortes surgen, entonces, en determinados momentos como un **único modo de sostenerse ligado a la vida**. Cuando ésta se torna insoportable, el sujeto queda atrapado y no puede sino abandonarse al *continuum autodestructivo*, como único modo de comportamiento posible.

En tanto *uso fallido del cuerpo*, las lesiones pueden llegar hasta el daño permanente o el fin de la propia existencia, poniendo en riesgo la continuidad de la vida.

Sin embargo, no podemos dejar de mencionar que las mismas pueden ser consideradas como **usos corporales temporalmente "exitosos" -o eficaces-**, en tanto viene asociada a esta experiencia, en la mayoría de los casos, una sensación de alivio y de recaptación del propio cuerpo en situaciones de despersonalización.

Algunos autores relacionan este paliativo con la *liberación de endorfinas* que inducirían a su vez a la repetición de la conducta.

En muchos casos la autolesión aparece como un **"descanso del sufrimiento"**, donde la experiencia del vivir se torna insoportable y lo único que permite poner fin o coto a ese padecimiento, al menos temporariamente, es el corte, la quemadura, el golpe y en ciertos casos hasta la amputación, propiciados en el propio cuerpo.

En este sentido se orientan las **clasificaciones propuestas** para los actos autolesivos, tales como el *"Tipo catártico"*, el *"Tipo con propósito terapéutico"* y la *"Automutilación reintegrativa"*, los cuales dan idea de **cierta eficacia para el individuo**. Los autores coinciden en que estas conductas de autoagresión corporal permiten un fluir de las emociones y un alivio del dolor o malestar psíquico intenso, llevándolos a una sensación de bienestar transitoria que antecede a fuertes sentimientos de vergüenza y culpa.

Además, dichas lesiones permiten la reconexión con el propio cuerpo, reestableciendo en cierta forma el **límite** entre lo externo y la propia persona.

H. Lang recurre al **carácter dialéctico de la defensa**, en cuanto se presenta como empobrecimiento pero también es una tentativa de resguardar al sí mismo. El síntoma aparece como ambivalente, es a la vez patológico y al mismo tiempo preserva al sujeto de una infelicidad mayor. Así en el caso de patologías obsesivas, Jaspers habla de "mecanismos contra reguladores" frente a la inseguridad, el miedo y el desorden, y Lang las denomina "conductas de seguridad adicionales" en cuanto permiten mantener el orden a pesar de los propios deseos de destrucción (Rovaletti, 2005).

No podemos hablar en estos casos de un sujeto que *elige* o *decide* comportarse de una determinada manera, sino más precisamente de un sujeto *atrapado en ese modo restrictivo de existencia*.

F. DSH en tanto conducta adictiva

¿Es posible pensar las DSH en tanto conducta adictiva?

Sí, en tanto la adicción es definida como el “*proceso por el cual un comportamiento puede permitir a la vez producir placer y descartar o atenuar una sensación de malestar interno*”, siendo empleada como una imposibilidad repetitiva de controlar este comportamiento y su prosecución, a pesar de conocer sus consecuencias negativas (Bayle, Chignon & Ades, cit. en André, Beavides & Canchy-Girominni, 1996).

Hay aquí una **particular utilización del cuerpo** que constituye no una expresión de la problemática inconsciente sino de una debilidad en la inscripción simbólica del cuerpo. “*El objeto de la adicción sirve de prótesis a una elaboración corporal no alcanzada y permite hacer frente a la interiorización de una imagen pesimizada del cuerpo y evitar así la confrontación a toda representación intolerable*” (Idem.).

En el caso de las **DSH**, en lugar de existir un *objeto externo* que se ingiere o incorpora, o se deja de ingerir (como en el caso de la anorexia), **lo adictivo lo constituye la lesión misma** (el comportamiento lesivo), es decir el corte, la mutilación concretada **en el propio cuerpo**.

La adicción está íntimamente relacionada con el **sentimiento de vacío**, la **pérdida de identidad** y la **angustia**, a los que se intentan borrar implicando para ello al cuerpo en una *búsqueda patológica de estimulaciones*, intentando producir una transformación de las sensaciones y el estado psíquico del sujeto.

G. Análisis de fragmentos discursivos

Tras explorar, detectar y analizar los relatos subjetivos y reflexivos de personas con autolesiones-deliberadas, en el marco de una investigación realizada en nuestro país –próxima a ser publicada-, se pudieron identificar algunos patrones discursivos que pueden ser de utilidad tanto para la identificación, el tratamiento, así como la prevención de la problemática en cuestión.

Para la realización de dicha investigación se utilizaron muestras discursivas provenientes de diversas fuentes, tales como

- Actas de Grupos Sostén
- Fichas de Evaluación de Riesgo y Potencial -tomadas oportunamente en

Entrevistas de Orientación y Evaluación de Riesgo Suicida en la Asociación Argentina de Prevención del Suicidio-

- Foros en Internet y
- Encuesta sobre Autolesiones elaborada para tal fin

La misma toma en cuenta las **experiencias vividas de la corporalidad** y las **representaciones asociadas** a estos eventos autolesivos, identificando aquellos patrones que dan cuenta de ciertos rasgos de esta *corporalidad restrictiva*.

A continuación se muestran algunos de los resultados hallados:

- ◇ Se reitera el **pedido de ayuda** para afrontar de manera diferente (a la autolesión) situaciones de similares características.
- ◇ Existe una **manifestación de alivio** al saber que existen otras personas que conviven con la misma problemática, en contraste con el sentimiento de locura, que se expresa en algunos de los casos analizados. A su vez se observa la predisposición y tendencia a dar consejos a quienes se encuentran en una situación similar a la propia
- ◇ El **sentimiento de vergüenza y arrepentimiento** por autolesionarse y por las consecuentes cicatrices, así como su **ocultamiento** y el **sentimiento posterior de culpabilidad**.
- ◇ En los diversos registros, la autolesión se manifiesta como un **comportamiento adictivo**, en expresiones tales como “no poder parar” o “no poder dejarlo”. Coincidentemente con la bibliografía, muchos se iniciarían como *mecanismos de afrontamiento*, donde el alivio y desahogo se logran con lesiones cada vez más profundas y severas, derivando, en algunos casos, en la consumación de intentos de suicidio (con intención de muerte), también llamados suicidios frustrados.
- ◇ La autolesión aparece como **respuesta** a un “no poder con la vida”, asociada a la idea de “solución”, “alivio”, “desahogo”, “relajamiento” y “placer”; constituyéndose así en un uso temporalmente “exitoso” -o eficaz- del cuerpo.
- ◇ El **sentimiento de temor** frente a las propias consumaciones autolesivas también se reitera en el material analizado, asociándose las mismas a la idea de “debilidad”.
- ◇ La idea de “*superación*” del continuum autolesivo aparece como un “*logro*” a ser obtenido, como un signo de fortaleza y decisión.
- ◇ En tan sólo un caso aparece el **orgullo** por el daño y las cicatrices.
- ◇ La autolesión es referida como un **pedido de ayuda**, un “**llamado de atención**”, frente a la imposibilidad de hacerlo de otra manera, configurándose un estilo de comportamiento que, en lugar de posibilitar la palabra, imprime la marca de la acción en tanto lesión. Se observa una dificultad o falla en la simbolización y expresión de las experiencias.
- ◇ Son referidas como una “**forma de exteriorizar el dolor**” y/o de tener control sobre él, y los propios sentimientos en general; destacándose en-

tre ellos el dolor, la tristeza, la rabia, la frustración y la soledad por sobre el resto; surgiendo así como **“un dolor controlable”**.

- ◇ Las cicatrices en algunos casos son referidas como recordatorios tanto del dolor sufrido como de la solución momentánea, posible de volver a intencionar.
- ◇ Se reitera la representación de un **espacio corporal exterior** (en el cual se padece de un “dolor externo”, referido como tangible y controlable, provocado por la lesión) y un **espacio interno**, donde el dolor se torna abrumador e incontrolable. Cabe destacar que la autolesión emerge como posibilidad de **poseer y controlar el propio cuerpo**.
- ◇ Las **zonas privilegiadas** para consumir la autolesión, en forma de cortes y/o raspaduras, son los **brazos** y los **muslos**. En sólo pocos casos de los estudiados en la citada investigación aparecen los golpes en la cabeza.
- ◇ Se reitera en el material analizado la preocupación por las **oscilaciones en el peso** y la **alteración de las conductas alimenticias**, relacionadas a **problemas estéticos**: falta de apetito, imposibilidad de ingerir alimentos, adelgazamiento o problemas de alimentación en general.
- ◇ Se presenta también la **alteración en los ciclos de sueño**, tales como el insomnio o la imposibilidad de permanecer despierto durante el día.
- ◇ En lo vincular-relacional se manifiestan **dificultades de comunicación y de relación** en el seno familiar, a lo que se añaden las **rupturas y quiebres afectivos** con la pareja.
- ◇ En el **núcleo familiar** se reiteran los **antecedentes** de patología mental como de conductas heteroagresivas y autolesivas -incluyendo intentos y suicidios consumados-.
- ◇ El tema de los **límites** se presenta como un temor a traspasarlos, como una carencia de los mismos desde la crianza, o en referencia a relaciones intersubjetivas actuales, donde se presentan situaciones tanto de simbiosis como de separación, frente a las cuales no se sabe cómo establecer precisamente “límites”.
- ◇ El contexto en el que se consuma la autolesión es de **soledad**. Frente al recurrente sentimiento de incomprensión, los foros aparecen como lugares de contención, compañía y comprensión. Aunque no se poseen datos acerca de su efectividad terapéutica o preventiva.

Como ya dijimos anteriormente, cabe recordar que:

No se trata entonces de un sujeto que elige comportarse de una determinada manera, sino de un sujeto atrapado en ese modo restrictivo de existencia donde la condición principal pareciera ser la inevitabilidad de la conducta autolesiva.

Los autores coinciden en que estas conductas de autoagresión corporal permiten un **fluir de las emociones** y un **alivio del dolor o malestar psíquico intenso**, llevándolos a una **sensación de bienestar transitoria**

que antecede a **fuertes sentimientos de vergüenza y culpa**.

Además, dichas lesiones permiten la **reconexión con el propio cuerpo**, reestableciendo en cierta forma el **límite** entre lo externo y la propia persona.

H. A modo de cierre

El **rol activo** de los educadores y agentes de salud resulta imprescindible en el **habilitar y facilitar** estos *otros usos posibles del cuerpo (y la palabra)*, en la apertura de **espacios colectivos donde la expresión creativa: corporal, oral y/o escrita sean posibles. Habilitar canales de expresión, de orientación, consulta y contención, acordes a los momentos específicos y las necesidades subjetivas**, resulta un desafío en la Prevención y la Posvención de estas conductas. Donde aquellos sentimientos insoportables, situaciones abrumadoras, impotencias, angustias, miedos y demás sentimientos recurrentes puedan devenir en un **discurrir diferente**.

I. Referencias bibliográficas

- ADAM, K. (1985): "Attempted Suicide", *Psychiatric Clinics of North America*, 8:2, 183-201.
- ANDRE, P., BEAVIDES, T. & CANCHY-GIROMINNI, F. (1996): *Corps et psychiatrie*. pp. 79-82, Heures de France.
- BARCIA, D. (2000) "El suicidio como fenómeno humano", *Archivos de Psiquiatría (España)* 2000; 63 (1): 135-151.
- BERTOLOTE, J. (2004) Prevención del suicidio: ámbitos de intervención. En *World Psychiatry –versión en español- (edición especial)* 2:3 – Diciembre de 2004 –pp. 147-151
- CALLIERI, B. (1998): "La perspectiva fenomenológica de la corporalidad y la psicopatología" en M. L. Rovalletti (ed.), *Corporalidad. La problemática del cuerpo en el pensamiento actual*, Buenos Aires, Lugar Editorial.
- CASULLO, M. M., BONALDI, P. & FERNÁNDEZ LIPORACE, M. (2000). *Comportamientos suicidas en la adolescencia. Morir antes de la muerte*. Buenos Aires: Lugar.
- LE BRETON, D. (2002): *La sociología del cuerpo*. Bs. As. Nueva Visión.
- MARIS, R. (1992) The relation of nonfatal suicide attempts to completed suicides. En R. W. Maris, A. L. Berman, J. T. Maltzberger, & R. I. Yufit (Eds.), *The Assessment and prediction of suicide* (pp 362-380). New York. Guilford Press.
- MARIS, R. W., BERMAN, A. L. & SILVERMAN M. M. (2000): *Comprehensive Textbook of Suicidology*. New York, The Guilford Press.
- MARTÍNEZ, C. (2007) *Introducción a la Suicidología. Teoría, Investigación e Intervenciones*. Bs. As. Lugar Editorial.
- MERLEAU PONTY, M. (1957): *Fenomenología de la Percepción*, México, Fondo de Cultura Económica.
- ROVALETTI, M. L. "The objectivization of time in the obsessive world" en A. T. Tymieniecka (ed.), *Annalecta Husserliana, LXXXIV*, Netherlands, Springer, 2005, pp. 265-274.
- ZANER, R. (1964): *The problem of embodiment*, Nijhoff, Der Haag.

Clase N° 3: Hostigamiento escolar (bullying) y suicidio

A. Introducción

El Hostigamiento Escolar, o dinámica del Bullying, es una problemática de larga existencia pero que recién en las últimas décadas se fue haciendo más conocida en el ámbito social en general (con ayuda de los medios de comunicación masiva), y conceptualizada e investigada en el ámbito de la Psicología y la Educación en particular.

Tanto a nivel nacional como internacional son conocidos los eventos ocurridos en torno de esta problemática en el contexto escolar, que terminaron en masacres de alumnos, docentes y autoridades escolares. En Argentina el caso que aún se recuerda, por inaugural y emblemático a la manera de analizador, fue el ocurrido en 2004, en Carmen de Patagones, en la provincia de Chubut, en la Patagonia.

Pero no se trata de hechos aislados sino, muy por el contrario, son comportamientos violentos que ocurren a diario, en muchos casos en forma silenciosa. Es por este motivo que Guillermo Pérez Algorta, psicólogo y profesor universitario uruguayo, que ha investigado y escrito sobre el tema, y cuyos aportes, desarrollados en su capítulo de "Introducción a la Suicidología", forman parte esencial de la presente clase, la denomina "Violencia a bajo ruido" (en Martínez, 2007).

Es de suma importancia el conocimiento de esta problemática, y puntualmente de sus indicadores, para posibilitar llevar a cabo una tarea mancomunada entre padres, maestros, agentes de salud mental y otros adultos en lo que hace a la prevención, identificación y el adecuado abordaje.

B. El hostigamiento escolar o bullying

Tal como se dijo, el Hostigamiento Escolar constituye una forma de violencia. La misma se caracteriza por darse en **forma repetida y duradera en el tiempo sobre uno o varios estudiantes**, quienes son victimizadas, hostigados. Hablamos de violencia en tanto *el perpetrador busca infringir a otra persona un daño y ésta última está motivada en evitar dicha acción* (Anderson & Brushman, 2002).

La violencia surge como respuesta en el ser humano al sentirse involucrado en una situación de peligro. Cuando la misma comienza a constituirse en un patrón de comportamiento frente a estímulos cada vez menos específicos la intervención debe ser amplia en cuanto al espectro institucional y específica en cuanto a la metodología.

Esta modalidad puede escalar en intensidad si se tiene en cuenta el efecto nocivo que genera en la víctima y, peor aún, si se estabiliza en el tiempo.

Puede observarse dicho patrón de conducta en edades muy tempranas – aún pre-escolares-, pero dada la actitud generalmente pasiva de educadores, padres y demás adultos en contacto con el niño, no se le presta la adecuada atención ni se lo llega a identificar a tiempo en muchos casos.

La importancia de la identificación temprana radica en que:

- La agresividad en el niño se cristalizaría a partir de los ocho años.
- Los niños que a esta edad presentan conductas violentas, con regularidad tienen una elevada probabilidad de continuar siendo violentos durante la adolescencia y la vida adulta.
- Su desarrollo puede ser descrito como una *“trayectoria”* o *“carrera antisocial”*, en la que el niño presenta conductas de severo oposicionismo y agresividad en la etapa pre-escolar y escolar.
- Esta carrera antisocial puede incluso llegar a la **delincuencia juvenil**.

Este patrón comportamental se pone de manifiesto bajo **diferentes formas o modalidades**:

- ◇ **Directas**, como peleas, amenazas, agresiones físicas de diversa índole, destrucción material intencional, crueldad y vandalismo;
- ◇ **Indirectas**, como gestos, comentarios irónicos, difusión de chismes o exclusión intencional de un grupo.

*Las acciones de maltrato social buscarían aislar al individuo del grupo, dañando su estatus dentro del mismo e inhibiendo las acciones anti-bullying del colectivo. Esto último se considera una forma de **bullying indirecto**. El hostigamiento puede asumir cualquiera de las formas de maltrato y, en general, incluye varias de estas formas actuando al mismo tiempo (Barg, en Martínez, en prensa).*

Esta dinámica deriva en ciertos casos en la *ideación y/o consumación homicida y/o suicida*, que como ya hemos manifestado en cursos anteriores son evolutivamente análogas y estructuralmente similares.

Cuando hablamos del Hostigamiento Escolar debemos remitirnos, así como en la problemática suicida, a la interacción de **múltiples factores**:

- Comportamiento agresivo de inicio precoz
- Ser víctima de malos tratos o abuso físico y/o sexual
- Exposición a la violencia en el hogar y/o la comunidad
- Factores genéticos
- Exposición a la violencia en medios de difusión
- Uso de drogas
- Presencia de armas de fuego en la casa o acceso facilitado a ellas
- Combinación de factores de estrés socioeconómico en la familia
- Separación matrimonial, divorcio, padre/madre soltero, desempleo, falta de apoyo por parte de la familia y aislamiento social
- Daño cerebral y ciertos trastornos mentales

El rol que tienen en este punto los **medios de comunicación masiva**, reflejando la realidad a la manera en que lo hacen en la actualidad, en un contexto de violencia e impunidad, como el que habitamos hoy en muchas de nuestros lugares de residencia, es de suma importancia dada la cantidad de horas que pasa un niño frente al televisor.

Tal como puede observarse, la gran mayoría de los factores enumerados en el listado anterior coinciden con los factores de riesgo de suicidio trabajados en la primera clase de este curso. Es por ello que ambas problemáticas están estrechamente relacionadas y debemos prestar especial atención al identificar alguna de ellas.

De hecho, fue justamente a partir de suicidios consumados por adolescentes que se comenzó a investigar la dinámica del Hostigamiento Escolar. Particularmente en los países nórdicos: Noruega, Suecia y Finlandia, y posteriormente en Estados Unidos y algunos países de Asia y América Latina.

La presencia de uno o dos de los factores antes mencionados pone al niño en **situación de riesgo** para el desarrollo de conductas violentas hétero y/o auto-agresivas. **A mayor presencia de factores, mayor será el riesgo.**

Existen investigaciones que demuestran la eficacia en la **reducción del riesgo** de manifestar comportamientos violentos, trabajando específicamente en la **eliminación o minimización de los factores de riesgo.**

Ya en este punto son varios los paralelismos que podemos trazar entre la problemática que nos ocupa en la presente clase, el Hostigamiento Escolar, y el Suicidio Adolescente, trabajado en la primera de nuestras clases.

Entre los niños y adolescentes la forma más frecuente en la que se pone de manifiesto la violencia es la “**intimidación**”, “**hostigamiento**” o “**bullying**”, que es definido como un comportamiento que conlleva

1. un ataque o un daño causado intencionalmente,
2. el cual puede ser físico o psicológico,
3. que se da en sucesivas ocasiones (no una sola vez)
4. implicando a los mismos protagonistas
5. generado por el más fuerte hacia el más débil, en el cual se observa un desequilibrio de poder físico, psicológico y social.

Resulta importante tener en cuenta las particularidades de esta dinámica para no confundirla con aquellos comportamientos agresivos aislados (peleas, insultos, entre otros), que se llevan a cabo generalmente entre los niños y adolescentes en el ámbito escolar.

Tal como dijimos en la introducción de esta clase, el Bullying no constituye un hecho aislado en el contexto escolar. Según indican las investigaciones, hasta un 50% de los niños son intimidados en algún momento durante sus años escolares y por lo menos un 10% sería intimidado con regularidad.

El hostigamiento se da tanto en forma física como verbal y es en este punto donde podemos situar las diferencias en que se manifiesta esta problemática en cuanto al género de los niños.

- Entre los **varones** la intimidación se da tanto a niñas como a niños, bajo la forma de amenazas o en forma física. Es decir, los niños y adolescentes hostigan a mujeres y varones por igual.
- Las **mujeres**, en cambio, hostigan generalmente en forma verbal, siendo usualmente una niña su sujeto de agresión.
- Los **niños y adolescentes intimidados** experimentan un **alto sufrimiento**, lo cual interfiere en forma dramática con su desarrollo social y emocional, al igual que con su rendimiento académico. Muchas de las víctimas de intimidación han intentado o llegado a suicidarse, como formas de cortar con la persecución y el castigo. En otras ocasiones han emprendido actos de venganza contra sus hostigadores, con consecuencias nefastas para los propios chicos, sus familias y la comunidad escolar.

Se han realizado varias investigaciones para llegar a establecer el perfil de estos niños hostigados, lográndose identificar algunos rasgos característicos que a continuación se detallan.

Estos niños suelen ser:

- Pasivos
- Temerosos
- Con pocos amigos
- En general son menores que quien/quienes los hostigan, lo que limita su capacidad de responder a los agresores.

Los niños y adolescentes que hostigan cobran fuerza al controlar y dominar a otros y, muchas veces, han sido víctimas de abuso físico o de intimidación. Los hostigadores, también llamados "bullies", pueden estar deprimidos, llenos de rabia, influenciados por acontecimientos que se suceden en la escuela o en su hogar.

Se ha observado que la mayor frecuencia de episodios de hostigamiento se da dentro del ámbito escolar o en las adyacencias de dichas instituciones, por lo que el entrenamiento al personal docente y no docente se vuelve una pieza clave en el intento de abordar este tipo de conductas inapropiadas.

Asimismo es importante sensibilizar a los agentes de salud comunitarios, para que puedan detectar con rapidez niños y adolescentes que puedan estar implicados en esta dinámica, con la finalidad de aportarles las estrategias necesarias para resolver los problemas derivados de la misma.

MEDIOS, VIDEOJUEGOS Y VIOLENCIA

Cuando hablamos de violencia se hace referencia primordialmente a dos grandes tipos de factores que estarían en juego en su origen/**etiología**:

- Factores Biológicos
- Factores Socioculturales

Pese a la gran cantidad de estudios realizados en el campo de la genética y la bioquímica, en este sentido aún no se ha podido determinar su posible etiología.

Se ha prestado particular atención también al papel del *aprendizaje* de este tipo de conductas y, particularmente, a la influencia de los medios masivos de comunicación y los videojuegos violentos.

Muy diversos estudios señalan la relación entre el uso de videojuegos y un aumento de los índices de violencia en la adolescencia.

Se calcula que los niños en Estados Unidos dedican la mayor cantidad de tiempo del día (6.30 horas, aproximadamente) al consumo de los medios de comunicación (incluyendo Internet y los videojuegos), constituyéndose así en la actividad que mayor cantidad de tiempo les insume, después de dormir. Se sabe también que los videojuegos resultan adictivos, insumiendo cada vez mayor cantidad de tiempo con el objetivo de superar los propios récords.

Sabiendo que el **aprendizaje** de los niños se lleva a cabo mediante la **obser-**

vación y la **imitación**, y teniendo en cuenta la no discriminación entre fantasía y realidad en edades tempranas, podemos ya pensar la nocividad y los costos relacionales, afectivos y en su mundo interno en general, que pueden acarrear este tipo de actividades a este nivel.

En la mayoría de los videojuegos violentos el jugador es el agresor, quien será recompensado por aquellos comportamientos violentos que logren el objetivo de herir o directamente eliminar al enemigo –sea cual fuere-. Las imágenes logradas son cada vez más reales y el mensaje que prima es la resolución del conflicto o problema mediante la puesta en marcha de conductas sumamente violentas. De hecho existen videojuegos que consisten en hostigar y agredir a compañeros de clase, claramente mostrando la problemática del Hostigamiento Escolar –Bullying- entre los chicos.

La exposición a la violencia conlleva una sensación subjetiva creciente de:

- *Hostilidad en el medio*
- *Expectativas de que los demás se comportarán de manera agresiva*
- *Desensibilización ante el dolor de otros y*
- *Aumento de la probabilidad de respuesta agresiva ante un estímulo*

A partir de estudios realizados con el objetivo de determinar las **consecuencias físicas y psíquicas** de dicha presentación de violencia, se han podido determinar las siguientes:

- ◇ Aumento del comportamiento agresivo
- ◇ Desensibilización a la violencia
- ◇ Sensación de miedo
- ◇ Depresión
- ◇ Presencia de pesadillas y alteraciones del patrón de sueño

Finalmente, se puede considerar que los niños aprenden a resolver situaciones de forma agresiva, lo cual puede alterar sus estructuras básicas de la personalidad, conduciendo a pensamientos más hostiles hacia el entorno que los rodea y a la alteración de las interacciones sociales.

Ejemplo de esto son también las masacres ocurridas en colegios de Estados Unidos, por emulación a este tipo de videojuegos.

Los tres factores de riesgo identificados en este sentido son:

- 1) Sexo masculino del jugador
- 2) Tiempo pasado frente a la pantalla
- 3) Jugar fuera de las casas

¿CÓMO MINIMIZAR EL RIESGO?

El control del consumo de videojuegos por parte de los niños debe ser rea-

lizado por los padres o tutores. Una prohibición total de jugar a videojuegos no suele ser posible, e incluso se podría considerar perjudicial, ya que algunos de ellos estimulan la creatividad y la coordinación.

Aún así, el tiempo de juego debe ser limitado, ya que los videojuegos no promueven el trabajo de equipo sino la acción autónoma. Asimismo, promueven estilos de vida sedentarios, con hábitos de alimentación pobres y obesidad.

En este sentido se han desarrollado escalas que valoran el contenido del juego, clasificándolo por edades.

Un factor importante en la prevención de violencia en niños y adolescentes lo constituyen:

- La presencia de los padres y educadores como interlocutores válidos
- La facilitación de expresión de sentimientos en el ámbito educativo
- La educación y el ejercicio de la solidaridad relacional en distintos ámbitos
- La expresión de la potencia física y creativa en espacios socialmente pautados y permitidos
- El entrenamiento cognitivo en la creación de diversidad de respuestas frente a los problemas

(García Blanco, et. al., 2005)

C. Investigaciones sobre bullying. Diferentes perspectivas del concepto

Históricamente el hostigamiento entre pares era visto como algo positivo, ya que se lo consideraba una oportunidad que permitía alcanzar el endurecimiento necesario para afrontar los avatares de la vida. Vivir la experiencia de estar sometido a alguien con más poder, otra de las características definitorias de la dinámica, era propiciado por instituciones educativas de prestigio.

El Hostigamiento Escolar como fenómeno sistémico

En un comienzo, el hostigamiento escolar era visto como un fenómeno diádico, conformado sólo por “el hostigador” y “la víctima”. Gracias a la investigación sistemática, como ser observaciones de campo, esta opinión ha ido cambiando, complejizando el fenómeno tras la introducción de otros **actores fundamentales** en el sostenimiento de la dinámica.

Del lado de los **hostigadores** ellos son:

- “Los **secuaces**”, que no inician el hostigamiento pero luego sí toman un rol activo.
- Un grupo de “**sostén**” del hostigador, que si bien no tiene una partici-

pación directa, con su presencia y muchas veces con su aliento, refuerza activamente el comportamiento violento.

Del lado de la **víctima**, también encontramos actores significativos:

- “**Posibles defensores**” que están en total desacuerdo con el hostigador pero no toman acciones al respecto.
- “**Los defensores**”, quienes sí salen en defensa de la víctima
- Un grupo importante de “**espectadores pasivos**”, que presencian los hechos sin llevar a cabo ninguna acción.

En el siguiente apartado detallaremos los diferentes “roles” de esta dinámica con mayor detalle.

Los actores que encarnan estos roles son niños y adolescentes. Por ende aquí se ensayan los primeros comportamientos violentos, los cuales luego serán muy difíciles de erradicar del repertorio de conducta.

Principales Características de Víctimas y Hostigadores

Ya hemos hablado brevemente del perfil de los niños víctimas del hostigamiento escolar. Aquí nos referiremos más detalladamente al tema.

Dentro de lo que se denomina dinámica del bullying, y su mantenimiento y desarrollo en el tiempo, como esbozamos anteriormente, pueden identificarse varios **roles** además de los de *hostigador y víctima*.

Olweus (2003) describe por lo menos **ocho roles** que se dan en la situación de hostigamiento:

- 1) El hostigador
- 2) La víctima
- 3) El secuaz
- 4) El seguidor
- 5) El seguidor pasivo
- 6) El espectador
- 7) El posible defensor
- 8) El defensor

A su vez distingue **dos tipos de víctimas**:

- El de mayor frecuencia es el tipo de **víctima pasiva o sumisa**, que representaría el 80-85 % de todas las situaciones, quienes no reaccionan de forma activa frente a la agresión.
- Por otra parte, se encuentran las **víctimas provocativas**, también denominadas *víctimas agresivas* u *hostigadores-víctimas*, en las cuales algún rasgo de su comportamiento podría explicitar la respuesta de hostigamiento.

El autor citado señala enfáticamente que *la forma de reacción de la clase es totalmente diferente en uno o en otro caso.*

Como características más prevalentes de las **VÍCTIMAS** se pueden destacar las siguientes:

- Suelen ser personas **débiles, inseguras, ansiosas, cautas, sensibles, tímidas, introvertidas y con bajos niveles de autoestima.**
- Generalmente con **escasas redes sociales** dentro de la clase y de la institución.
- Un marcado **sentimiento de incontrolabilidad sobre el ambiente**, lo cual se manifiesta como **impotencia, desesperanza** y niveles de **ansiedad anticipatoria** muy elevadas.
- La experimentación de **miedos intensos**, por ejemplo al ir a la escuela o al participar en actividades grupales.
- **Temores de inadecuación personal y de rechazo** las lleva muchas veces a situaciones de **aislamiento social**. Esto a su vez obtura la posibilidad de desarrollar habilidades sociales-interpersonales efectivas.
- Son **menos populares** que otros y poseen habilidades limitadas para obtener éxito y aceptación.
- Serían sujetos **físicamente más débiles.**
- Estas dificultades se potencian en situaciones de estrés elevado, por ejemplo cuando interactúan con un hostigador. Perciben a los demás como más capaces en el manejo de estas situaciones, lo que alimenta el **crecimiento de un autoconcepto negativo.**
- Poseen un **estilo atribucional interno**, de modo que terminan culpándose a sí mismas por sus problemas sociales, desarrollando manierismos físicos asociados a la depresión y a veces llevan a cabo **acciones autodestructivas**, entre ellas, como ya se dijo, comportamientos suicidas.
- En general se observa la presencia de **familiares** que están sobreinvolucrados en la toma de decisiones y actividades lo cual profundiza su **sensación de ineficacia**. Y son niños o adolescentes que pasan la mayor parte del tiempo dentro de sus casas.
- El comportamiento de los padres suele ser sobreprotector, generando altos niveles de **dependencia y apego.**
- En muchos casos existe un **rasgo físico**, como el usar lentes, ser más gordo, más flaco, tartamudo, o cualquier otro, que los hace diferentes de los otros miembros del grupo o la clase y que es explotado por el hostigador, aunque estas características no funcionarían como causales de dicho comportamiento.

Por su parte, los **HOSTIGADORES** son caracterizados como:

- Chicos **muy reactivos**, que se enojan frente a la mínima provocación y recurren a la **fuerza física** y a las **amenazas verbales** rápidamente, buscando de esta manera **controlar su entorno.**
- Poseen **escasas habilidades (sociales) de negociación** para obtener satisfacción a sus deseos en un marco de integración social pero serían muy habilidosos en producir daño explotando los puntos vulnerables de los

demás.

- Suelen ser **impulsivos y agresivos**.
- Tienen a tener **poca empatía por los problemas de otros**.
- Un **estilo atribucional externo** muy marcado.
- Perciben en forma inapropiada intenciones hostiles en las acciones neutras de los otros.
- En general toman contacto con **grupos agresivos**, viendo en la violencia la única manera de preservar su autoimagen.
- Dan especial relevancia a la **imagen física** para mantener un sentimiento de poder y control.
- Poseerían, sobre todo en el caso de los varones, cierta **superioridad a nivel físico**.
- En ocasiones puede tratarse de **repetidores**, lo cual supondría una diferencia de edad en comparación a los otros alumnos.
- Aunque no puede asociarse el desempeño de este rol con un bajo rendimiento académico, suelen carecer de interés en la escuela.
- Su integración al grupo no sería muy buena, pero sí notoriamente mejor que en el caso de las víctimas.
- Se focalizan en pensamientos agresivos exhibiendo **acciones rígidas y obsesivas**.
- Se considera que provienen de **hogares con más problemas familiares que lo usual**, con carencia de lazos familiares fuertes, donde están expuestos a sufrir **abusos emocionales y físicos**.
- Sus **padres** no suelen ser buenos modelos en cuanto a la resolución constructiva de problemas. Los procedimientos disciplinares en sus casas son inconsistentes, muy poco monitoreados (usualmente los padres no saben dónde ni con quién paran).

*Con el tiempo estos chicos generan **resentimiento y frustración** en el grupo de pares, perdiendo el liderazgo del que alguna vez gozaron, generando una tendencia a un **aislamiento progresivo** que aumenta la probabilidad de encuentro con grupos más problemáticos (conductas delictivas y/o uso de sustancias, entre otros).*

En lo que respecta a las **consecuencias** del desempeño del rol de hostigador, a nivel social, cabe destacar la frecuencia con la que **estas personas encuentran dificultosa su inserción en ámbitos sociales, educativos y laborales**. Muchos, posteriormente, se convertirían en desempleados, abandonarían el sistema educativo o terminarían cometiendo actos ilegales.

Tal como se dijo en el apartado correspondiente a la *Articulación de Factores, de Protección y de Riesgo*, en la Clase N°1 –sobre Suicidio Adolescente–, destacamos aquí la **importancia de dicha articulación** a la hora de pensar la problemática, sea tanto del Suicidio como del Hostigamiento Escolar.

Reiterando entonces lo dicho en aquella primer clase de este curso:

- No todas las personas responderán de la misma manera frente a situaciones similares. Ante una misma situación o escenario que resulta amenazante, no todos desarrollarán necesariamente una respuesta patológica, indeseable o desadaptativa.
- Existen diferentes variables que entran en interjuego determinando el desenlace, según aminoren los efectos nocivos o los acrecienten, pudiéndoles dar un tratamiento adecuado o aumentando el riesgo.
- Es en este punto donde una adecuada intervención podrá dar lugar a un reforzamiento de los factores protectores o salugénicos y/o disminuir y neutralizar aquellos factores de riesgo presentes. Las diferentes intervenciones podrán hacer foco en algunas de las variables intervinientes
- Dependiendo de la articulación que se diseñe o construya, la consecuente eficacia en el resultado de la misma.

Teniendo en cuenta estos puntos de suma importancia podemos afirmar que **los mismos factores identificados como “de riesgo”, al ser adecuadamente detectados, podrán convertirse en factores “de protección”, siempre y cuando se produzcan las intervenciones específicas para el desarrollo de determinadas competencias.**

Actualmente existen enfoques de intervención en este sentido, como los programas de intervención basados en el paradigma del Positive Youth Development (Durlak citado por Barg, Op. Cit.), *en el cual no se busca un abordaje de la patología específica sino la obtención de resultados universales, medibles a través de indicadores cuanti y cualitativos.*

En concreto, se persigue:

- . *un incremento del comportamiento pro-social*
- . *el logro académico*
- . *la inclusión grupal y*
- . *la auto-regulación emocional*

... a la vez que se busca

- . *disminuir el comportamiento agresivo y*
- . *los conflictos con pares.*

*Para hacerlo se parte de **un enfoque sistémico** con un **abordaje multi-nivel en distintos escenarios**, apoyándose en el supuesto de que los cambios en determinado nivel se potencian y sostienen con los realizados en otro.*

*A **nivel individual**, se busca desarrollar*

- . *la auto-conciencia*
- . *el manejo autónomo*

- . la responsabilidad en la toma de decisiones y
- . las habilidades sociales.

A nivel sistémico

- . mejorar las prácticas de aula y el clima educativo
- . la relación familia-escuela
- . las normas del centro de estudios y
- . el vínculo con instituciones significativas para la comunidad.

Al desarrollar este “paraguas” de recursos de los individuos, sus familias y comunidades, se fortalecen los factores de protección que funcionan como agentes de prevención inespecífica para una serie de conductas de riesgo, como el comportamiento agresivo, la conducta suicida y otras (Barg. Op. Cit.).

Cabe recordar aquí también que, aún pudiendo delinear los rasgos generales más salientes que pueden observarse en los diferentes actores (roles) de esta dinámica, para la detección temprana de la misma **debemos analizar con mucha atención cada caso en particular.**

VARIABLES de PERSONALIDAD ASOCIADAS (Realizado a partir de Fuensanta, 2001)

Se han estudiado y logrado determinar, mediante el cuestionario de Eysenck, ciertas variables de personalidad asociadas a cada patrón de conducta implicado en la dinámica del Hostigamiento Escolar:

- El *hostigador* muestra alta tendencia al psicoticismo
- Las *víctimas*, alta tendencia a la introversión y baja autoestima.

Como puede observarse, los individuos de cada lado de la secuencia parecen reunir una serie de características personales que propician el mantenimiento de dicha dinámica.

Como en los últimos años, las aproximaciones explicativas a la agresividad humana han derivado hacia modelos interactivos persona-situación, los cuales incorporan variables personales junto con variables situacionales y de solución de tareas, así como las interacciones potenciales entre este conjunto de variables. El planteamiento actual presenta un **Modelo Explicativo Interactivo Y Complejo.**

Se consideran entonces los elementos

- Biológicos
- De personalidad
- Situacionales y
- De aprendizaje.

En este marco situamos nuestro enfoque, y es por ello que –coincidiendo con la mayoría de los autores trabajados en la presente clase- se incluyen las variables de socialización así como de autoestima.

*Finalmente, cabe mencionar otra característica de interés que la investigación ha puesto de manifiesto, se trata de la configuración de un **CÍRCULO VÍCTIMA-HOSTIGADOR**:*

“Se ha demostrado a nivel de las ciencias sociales que frecuentemente los que sufren procesos intensos de victimización terminan por convertirse en agresores. Esto podría darse en el hostigamiento incluso a través de un eje intergeneracional. Por ejemplo, los chicos que son víctimas de agresión y maltrato por parte de sus padres podrían ser hostigadores en la escuela. O dentro de la misma institución educativa habría chicos que ocupen ambos roles de hostigador/víctima” (Xin Ma, Stewin, Mah, 2001).

Por ende podemos pensar que una de las consecuencias más patológicas del hostigamiento para sus participantes, más allá del impacto directo que tiene sobre ellos, reside en que la misma genera sus propias condiciones de autoperpetuación de la dinámica.

Hostigamiento Escolar y Salud Mental

Desde un punto de vista sanitario, existe pleno consenso en la comunidad científica que ser hostigador, víctima, u hostigador-víctima (“bully-victim”) conlleva un alto riesgo de desarrollar trastornos mentales.

Pese a que se sigue discutiendo sobre si antecedentes psicopatológicos pueden ser los causantes del hostigamiento, o si es el hostigamiento un precursor de problemas psicopatológicos, existen variados estudios que lograron determinar que :

- Los comportamientos psicopatológicos -incluyendo problemas sociales, agresión y problemas de comportamiento externalizantes-, son consecuencia más que causa de las experiencias de hostigamiento.
- La dinámica bullying se asociaría con severos problemas emocionales y de conducta. Para ambos sexos la dinámica bullying y un soporte social defectuoso contribuirían en forma significativa e independiente a tener una mala salud mental.
- Los hostigadores- víctimas (“bully-victims”) puntuarían más alto en comportamientos externalizantes e hiperactividad, y ellos mismos reportarían sentimientos de ineficacia y problemas interpersonales.
- Las víctimas presentarían más comportamientos internalizantes, así como síntomas psicósomáticos y reportarían anhedonia.
- La ansiedad, la depresión y síntomas psicósomáticos serían más frecuentes entre *hostigadores-víctimas* e igual de común entre *hostigadores y víctimas*.

- El uso excesivo de alcohol y otras drogas tendría mayor prevalencia en los *hostigadores*, siguiéndoles los *hostigadores-víctimas*.
- Las *víctimas* serían más ansiosas y los *hostigadores* igual o menos ansiosos que sus pares.
- La dinámica bullying se asociaría con un incremento en síntomas psicósomáticos y especialmente aquellos estudiantes que son definidos como *hostigadores-víctimas* son quienes presentan el mayor número de síntomas psicológicos y psicósomáticos.
- La dinámica bullying no sólo se asocia con síntomas psiquiátricos concurrentes sino que también con futuros síntomas psiquiátricos.

La probabilidad de tener dificultades en la adolescencia se incrementa si el chico se vio envuelto en la dinámica bullying en los años de escuela elemental.

LA DINÁMICA BULLYING DEBE SER VISTA COMO UN INDICADOR DE RIESGO DE VARIOS DESÓRDENES MENTALES EN LA ADOLESCENCIA.

D. Hostigamiento escolar, ideación y comportamientos suicidas

Diversas investigaciones han abordado la asociación *Hostigamiento Escolar e Ideación y Comportamientos Suicidas* dadas las consecuencias ya consabidas que derivan de estas alteraciones.

De hecho, en la actualidad, existe una denominación específica para identificar a aquellos niños y adolescentes víctimas de bullying que llegan a cometer suicidio: los “**Bullycide**”.

A continuación se exponen algunos de los resultados de dichas investigaciones, que consideramos de gran importancia para el abordaje de esta problemática en el ámbito educativo, clínico y social en general.

- Las *víctimas* manifiestan niveles más altos de ideación que las *no-víctimas*.
- Existe un incremento en la ideación suicida tanto en *víctimas* como *hostigadores*.
- Resulta más probable que las víctimas de hostigamiento escolar tengan un intento de suicidio, que aquellos sujetos neutros a la dinámica.
- El incremento en el riesgo de intentos suicidas se ha logrado demostrar tanto en las *víctimas* como en los *hostigadores*.
- Se ha comprobado la asociación entre hostigamiento, depresión, ideación e intentos suicidas.
- Los *hostigadores* presentan un mayor riesgo que las víctimas tanto de ideación como intentos suicidas.

- Tomando en cuenta la variable *género* se han encontrado mayores puntajes en depresión y suicidabilidad en mujeres participantes en la dinámica bullying que en varones.

En conclusión, se puede afirmar que tanto el ser víctimas como el ser hostigadores constituyen potenciales factores de riesgo para el desarrollo de depresión y suicidio en adolescentes.

Si bien en nuestro país no se han llevado a cabo estudios específicos sobre la relación hostigamiento escolar y suicidio, lo que sí se sabe del análisis de muestras no representativas de adolescentes, es que hostigadores, víctimas y hostigadores-víctimas, presentan diferencias significativas en cuanto a la presencia de síntomas depresivos, entre ellos la ideación suicida, respecto de aquellos adolescentes neutros al hostigamiento.

Las víctimas presentan un riesgo mayor que los hostigadores. Los hostigadores-víctimas siguen el mismo patrón, no mostrando diferencias significativas con las víctimas (Pérez Algorta, 2004).

En cuanto a los desarrollos realizados sobre esta temática en nuestra región, cabe destacar el realizado por nuestro colega, Guillermo Pérez Algorta, junto con un equipo de profesionales del Uruguay, conformando en 2006 el **Espacio PsicoEducativo Todo-Bien** quienes han realizado un esfuerzo pionero en esta línea de investigación e intervención logrando, entre otras cosas, la puesta en funcionamiento de una herramienta electrónica de sensibilización, información y discusión en la web. También en Perú encontramos la incansable y sistemática tarea de nuestro colega Carozzo Campos a través del “**Observatorio sobre la Violencia y la Convivencia en la Escuela**”.

Si bien históricamente se han elaborado modelos teóricos señalando que los procesos psicológicos individuales que darían origen tanto a los impulsos agresivos como a la conducta suicida serían los mismos; recientemente, Lubell y Vetter (2006), a partir de la investigación sobre factores de riesgo y factores de protección, han postulado un **modelo de dos etapas para dar cuenta de la relación entre auto y hetero agresión**:

- En una **primera etapa**, distintos estresores y sucesos traumáticos generan las condiciones para el surgimiento de los impulsos agresivos.
- En una **segunda etapa**, factores individuales, familiares y sociales determinan si ese impulso es dirigido contra si mismo, contra los otros o contra ambos.

Aunque no abundan, existen programas de prevención y asistencia para cada una de las problemáticas desarrolladas en el presente aparta-

do. Pero todavía resultan muy escasos aquellos abordajes que busquen intervenir en forma conjunta, pese a la cantidad y diversidad de evidencia empírica a nivel mundial que demuestra la relación entre comportamiento agresivo, particularmente bullying, y conducta suicida.

Por esta razón, coincidimos con lo expuesto por los colegas uruguayos en la necesidad de construir modelos que den cuenta de ambas vertientes del comportamiento agresivo, y que permitan entender dichas conductas en el marco de las trayectorias evolutivas de los sujetos.

E. Sugerencias para la acción

De todos los desarrollos y datos analizados en la presente clase surge como imperativa la **necesidad de crear y establecer programas y políticas escolares tendientes a prevenir e intervenir en situaciones de hostigamiento.**

Tomando los desarrollos y actividades promovidas por los colegas ya mencionados, dedicados al estudio, abordaje y capacitación en la problemática del Hostigamiento Escolar, destacamos las de:

Sensibilización:

- Familiarizarse con la temática.
- Adquirir conocimientos y experiencia mediante la participación de jornadas, charlas u otros.
- Formar a padres y profesores en la detección de signos tempranos de hostigamiento y demás ejes temáticos de la problemática.
- Convencer a los principales actores educativos (equipo directivo, personal docente y no docente, alumnos) que ante esta problemática hay que actuar.

Diagnóstico:

- Análisis de la realidad del centro (por ejemplo mediante la aplicación de cuestionarios) teniendo en cuenta la visión de los actores de la Institución.
- Tratar de responder a interrogantes del tipo de:
 - *¿Hasta que punto está instaurada la problemática?*
 - *¿Cómo afecta la convivencia dentro del Centro?*
 - *¿Cuáles son las formas más recurrentes de hostigamiento?*

Y, por último, aquellas requeridas para...

Fijar acuerdos:

- Formar un equipo representativo de todos los actores institucionales para trabajar en una filosofía y enfoque general sobre el tema, teniendo discusiones y debates regulares.
- Establecer a través del mismo, reglas claras para proceder en la instauración de posibles programas.
- Realizar un análisis situacional del Centro respecto a la temática.

F. Referencias bibliográficas

- ANDERSON, C. & BUSHMAN, B. (2002): "Human aggression". *Annu. Rev. Psychol* 53, 27 – 51.
- BARG, G. en MARTÍNEZ, C. (en prensa): *Desarrollos en Suicidología*. Lugar Editorial.
- FUENSANTA, C. R. (2001): "Variables de personalidad asociadas en la dinámica bullying (agresores versus víctimas) en niños y niñas de 10 a 15 años". *Anales de Psicología, Universidad de Murcia*. Vol. 17, Nº1, 37 – 43.
- GARCÍA BLANCO, et. al., (2005): "Educación en la violencia, influencia de videojuegos o programación violenta en niños y adolescentes". *Interpsiquis, Madrid*. En www.psiquiatria.com/congreso/2005/urgencias_psiq/articulos/19940/
- LUBELL, K.M. Y VETTER, J.B. (2006). *Suicide and youth violence prevention: The promise of an integrated approach*. *Aggression and Violent Behavior*; 11, 167-175.
- MARTÍNEZ, C. (2007) *Introducción a la Suicidología*. Buenos Aires. Lugar Editorial.
- OLWEUS, D. (2003). *A profile of Bullying at school*. *Educational Leadership*, 60 (6), 12-17.
- PÉREZ ALGORTA G. (2004): "Dinámica Bullying y Psicopatología en Adolescentes". *Revista de la Sociedad de Psiquiatría Biológica del Uruguay* 3, 15 – 25.
- XIN MA, STEWIN, L. L. Y MAH, D. L. (2001). *Bullying in school: nature, effects and remedies*. *Research Papers in Education*, 16 (3): 247 – 270.

Clase Nº 4: Dispositivos de intervención para la construcción de una psicología comunitaria

A. Introducción

El concepto de Intervención es tan multifacético como el concepto de suicidio y queda definitivamente connotado y operativizado por el sesgo que se le decida dar desde su definición.

En este sentido y al efecto de este módulo vamos a tomar en cuenta algunos aspectos característicos que posibiliten pensar y realizar la intervención

desde una clara conciencia de qué se quiere realizar y qué se está produciendo cuando un operador calificado, está produciendo una acción sobre un sujeto (individual, grupal o social), en un determinado contexto.

En principio hay cuatro características de la intervención que no se pueden obviar:

1. Es una **ACCIÓN**
2. Se desarrolla en un **LUGAR** específico y diferencialmente connotado
3. Generalmente lo realiza un **EQUIPO**
4. Su función es producir un **CORTE**

Si bien hay bibliografía que marca el destino de la intervención como una manera de volver a un estado previo a la crisis o la enfermedad, la clínica –en todos sus niveles- demuestra que la etapa post intervención, aún siendo crítica, marca un salto cualitativo y prospectivo, a no ser que la misma esté mal conducida o se haya aplicado un criterio equívoco de intervención.

Es por esto que toda intervención, esencialmente en su función de corte, marca una interposición en el devenir del malestar donde la posición interviniente del operador no es neutra y por ende no puede ser ingenua, y mucho menos dogmática.

Para hacer conciente este posicionamiento propongo la reflexión conjunta del equipo sobre tres aspectos previos a la intervención:

1. Análisis de Pertinencia (Debo intervenir? Para qué?)
2. Análisis de Capacidad (Puedo intervenir? Cómo? Dónde?)
3. Análisis de Implicación (Deseo intervenir? Con qué recursos?)

Teniendo en cuenta que un concepto asociado al de la crisis es el de su transitoriedad, se convertirán también en determinantes de la resolución, la planificación de la continuidad y el seguimiento de la intervención.

Intentar definir una clínica comunitaria para el abordaje de las crisis suicidas supone hablar de una intervención encarnada en la crisis y de una clínica tradicional en crisis.

Supone a la vez el manejo de ejes tales como proximidad-distancia, urgencia-pausa, dolor-bienestar, acontecer social-sufrimiento individual, poder-exclusión, vulnerabilización-fortalecimiento, entre otros.

Ante los nuevos enunciados, síntomas, emergentes y condiciones de enunciación se instala una demanda de revisión de los dispositivos tradicionales de atención y acompañamiento, construidos desde un supuesto soporte de poder dogmático de ciertos lugares profesionales.

En definitiva una crisis de este tipo que se manifiesta públicamente, representa el escenario donde se muestra dramáticamente la supremacía de las amenazas por sobre la percepción de recursos, que acontece en un determinado colectivo social.

Una intervención en este escenario requiere de operaciones calculadas en base a los tres términos de la ecuación institucional: universal/instituido, par-

ticular/instituyente y singular/institucionalización.

El, los o algún suicidio viene a quebrar el equilibrio inestable entre la aquiescencia inerte, y a veces inerme, de lo instituido y la potencialidad dinámica del instituyente, abriendo la grieta, por lo general estrecha, para generar las condiciones adecuadas de la institucionalización de algún dispositivo tendiente a la reparación de la trama social.

Lourau (1978) propone un principio de equivalencia que ubique lo estatal y lo institucional, no sólo como objeto de investigación, sino también como instrumento de la misma. Al posicionar estas instancias como analizadores sociales, develadores de verdades y ocultamientos, inclusiones y exclusiones a través de una historia particular, se puede emprender el desafío de la producción de bienestar, construyendo redes sociales contenedoras, como una forma posible de clínica comunitaria.

Con estos mínimos pero fundamentales recaudos operativos estimo que ya podemos estar dispuestos y preparados a encarar esta parte del módulo con el ánimo de que la diversidad de intervenciones aquí expuestas, son sólo una muestra de nuestra experiencia en el tema y que la misma pretende ser una fuente de insumos para provocar la creatividad de los participantes para el diseño de las intervenciones más apropiadas a cada circunstancia que le toque intervenir.

B. La intervención suicidológica preventiva y posventiva

Tomando como referencia a Bertolote (2004) podemos afirmar que las intervenciones para la prevención del suicidio generalmente se enmarcan en las siguientes seis principales medidas:

- La reducción del acceso a los métodos y medios de suicidio.
- El tratamiento de las personas que sufren trastornos mentales.
- El perfeccionamiento de la manera en la que se presenta el suicidio en los medios de comunicación.
- Formación específica del personal sanitario de asistencia primaria.
- Programas escolares
- Uso de líneas telefónicas de orientación disponibles las 24 horas y de centros de crisis.

Coincidimos con el autor en que “dado que el suicidio está influido de manera intrínseca por los factores socioculturales, no hay seguridad de que las medidas que funcionan en un área geográfica vayan a hacerlo también en otra (...) el “trasplante directo” de las políticas y programas de prevención del suicidio sin una consideración plena de todos los factores relacionados va a dar lugar a resultados frustrantes”.

Tal como se vio en la primera clase de este Curso, no podemos hablar científicamente de causas de suicidio; en el abordaje de esta problemática nos referimos entonces a *Factores de Riesgo Asociados*. Los estudios epidemiológicos brindan resultados sobre los factores fijos y sobre otros potencialmente modificables, íntimamente vinculados a condiciones culturales y contextuales, a estudiar en cada caso.

La bibliografía internacional coincide en establecer como **Factores de Riesgo Universales**:

- la edad
- el género
- la raza
- la orientación sexual y
- los intentos previos

Al momento de diseñar una intervención posible debemos entonces recordar que, una variable constituida como factor de riesgo en un lugar, no quiere decir que vaya a serlo de la misma manera en otro colectivo. Para ello debemos realizar la medición apropiada y ajustada al sitio en el que realizaremos dicha intervención. De la misma manera que lo que hoy es válido para un determinado contexto cultural no necesariamente lo consolida como factor fijo en el paso de los años, ya que estamos hablando de productos cognitivos individuales y colectivos que están en permanente movilidad, dada su alta relatividad axiológica.

Podemos definir la **Intervención Suicidológica** de la siguiente manera:

"LA INTERVENCIÓN SUICIDOLÓGICA ES AQUELLA ACCIÓN, O GRUPO DE ACCIONES, PREVENTIVAS, POSVENTIVAS Y ASISTENCIALES, DISEÑADAS Y EJECUTADAS POR UN PROFESIONAL ESPECIALIZADO QUE, BASADO EN LOS CONCEPTOS SUICIDOLÓGICOS, PRODUCE UN CAMBIO SUBJETIVO EN ÉL O LOS SUJETOS DE UNA RED DE PERTENENCIA, CUANDO SE HA PUESTO EN MARCHA EL PROCESO SUICIDA"

C. Intervenciones individuales

Los 10 aspectos a tener en cuenta en la dirección de dicho proceso serán tema de un curso aparte dedicado especialmente a ese tema, donde a partir de material clínico concreto de pacientes tratados y rehabilitados, se irán desplegando los 10 pasos propuestos para la evolución de tratamiento, que hasta ahora y desde hace ya unos cuantos años ha resultado ser eficaz en nuestra práctica clínica.

En virtud de ello y atendiendo a la extensión y objetivo del presente

curso se tomó un tipo de intervención, relativamente novedosa en nuestro País que, como otras, demuestran la importancia de la expresividad como recurso rehabilitatorio en el trato del intento suicida, sobre todo cuando la misma está orientada a construir y reforzar la red de sostén del paciente, de la cual puede empezar a valerse para empezar y/o retomar una circulación simbólica restringida o rota por la emergencia del acto autodestructivo.

D. La escritura terapéutica

A continuación se expone un ejemplo de abordaje clínico individual de la Crisis Suicida utilizando las herramientas del *Cuento Terapéutico*.

Mónica Bruder (2004) define el *Cuento Terapéutico* como todo aquel cuento escrito por un sujeto partiendo de la situación traumática más dolorosa que haya vivido y cuyo conflicto concluye con final “feliz” o positivo.

Es notable cómo lo propuesto por la autora en el mencionado trabajo coincide con el desarrollo del proceso suicida que describen King y Kowalchuk (1994):

Cuento:	Introducción	Conflicto	Resolución
Cond. Suicida:	Miedo	Crisis	Resolución

Esta equivalencia de pasos en los procesos abre toda una gama de posibilidades de investigaciones experimentales con pacientes con ideación o tentativa suicida ya que hay un punto nodal en el que se tocan:

Conflicto / Crisis

y en sus respectivas **Resoluciones** toman caminos opuestos:

- > uno hacia la simbolización
- > el otro hacia el acting

Si bien investigadores de esta temática aluden al proceso de desplazamiento, a la distancia entre el yo narrativo y el personaje o a la relación trauma – narración en tercera persona, hay una dimensión particular a considerar en estos estudios que es el **Estrechamiento Simbólico** con el que acuden a la consulta este tipo de pacientes, que por lo general son traídos por familiares, amigos o compañeros.

Veremos en breve cómo en una exploración realizada con una paciente, la gran connotación autorreferencial que tiñe todo el proceso terapéutico, sobre todo en sus primeras etapas, hace dificultoso en primer lugar la aceptación

de la propuesta de escribir, por considerarla fuera del marco de la urgencia subjetiva; hace casi imposible ese desplazamiento simbólico inherente a la narración por su estado conmocional, duradero en el tiempo.

En una perspectiva longitudinal y aceptando como punto de partida la inclusión de la escritura en el tratamiento con la búsqueda activa de que llegue a ser terapéutica, se estima auspicioso el resultado de la aceptación de dicha técnica y sus producidos como indicador de la evolución del paciente y su contexto en el proceso de rehabilitación en curso.

Otro punto de convergencia conceptual hallado entre *Cuento Terapéutico* y *Proceso Deconstructivo o rehabilitatorio del intento y la ideación suicida* es:

**La implicación de un mañana esperanzado
apoyado en una idea de proyecto a concretar.**

Esto último constituye uno de los principales objetivos de la intervención preventiva o asistencial en conductas autodestructivas, ya que si se tiene en cuenta que la misma es la resultante de una particular ecuación estructural entre eros y tánatos, parte de la resolución de esa ecuación es la reducción de la manifestación tanática a favor del desarrollo de aspectos creativos sanos que se manifiesten en la generación de un proyecto posible de ser llevado a cabo por el paciente.

Así planteado este recurso terapéutico, podría aportar insumos para la **resolución de la conflictiva autodestructiva** punto por punto del planteo teórico que nos ocupa:

- **AUTOESTIMA:** logro de un producto terminado, con final feliz en la narración y en la operación de lograr el cuento.
- **DESESPERANZA:** generación de un proyecto indicativo de un futuro esperanzador.
- **AFRONTAMIENTO:** resolución de las dificultades internas y metodológicas que supone la realización de un producto escrito y la aceptación de su lógica.
- **AISLAMIENTO Y DETERIORO DE LOS VÍNCULOS SOCIALES:** el despliegue simbólico requerido en la construcción de un texto, además de operar elaborativamente en la reconstrucción del lazo lingüístico crea las bases afectivas para el restablecimiento de los lazos vinculares.

El Caso Testigo: ELLA

Ella tiene 21 años. Es la hermana del medio de tres hermanos que hoy cuentan con 26 y 20 años respectivamente. Su padre es sindicalista, su mamá es ama de casa, viven en el Gran Buenos Aires.

Consultan estando Ella internada en un hospital privado de la Ciudad de

Buenos Aires, después de su cuarto intento de suicidio, acontecido durante el mes de diciembre (dos días antes de navidad), arrojándose a las vías ante el paso del tren en un cruce cercano a su casa. Los otros tres intentos los había realizado con pastillas, en el lapso de un año, cada vez con mayor gravedad.

Después de cada intento tuvo su correspondiente internación psiquiátrica, sólo que en esta última estuvo en Terapia Intensiva con coma farmacológico, debido a la importancia de las lesiones físicas.

Después de ser evaluado su riesgo suicida cuantitativa y cualitativamente, y el de toda su familia, en el mes de febrero se la acepta en tratamiento y se la traslada de institución para comenzar con su *proceso de rehabilitación*.

Iniciado ya el tratamiento correspondiente, Ella comienza a ver mejorar su estado físico de forma notoria: le sacan los cuatro tutores que se usaron para que suelden sendas fracturas en una de sus piernas, con lo cual también cesan las infecciones recurrentes que allí se generaban; le colocan los dientes que le faltaban, cesa su amenorrea y sus análisis clínicos dieron bien por primera vez desde el mes de diciembre.

Se podría decir que en ese momento está en curso fundamentalmente su patología psíquica, cuya principal causa ella establece en años de relaciones incestuosas con su hermano menor. El diagnóstico por DSM IV producido por la Institución de origen es: *Síndrome Depresivo Mayor, Trastorno Límite de la Personalidad, Familia Disfuncional*.

En reiteradas oportunidades se le propone que escriba una historieta para la revista de la institución de medio camino en la que habitaba, en cuya confección participa realizando dibujos. Durante un tiempo la negativa a esta invitación fue sistemática.

La exploración

En un día que tenía sesión, Ella recibe a su terapeuta en el pasillo de la Institución manifestando, casi eufórica, que estaba angustiada llevándose ambas manos a su abdomen, el que ha crecido significativamente durante su tiempo de internación.

Ya en el consultorio se le propone que escriba en el papel que se le provee, lo más detalladamente posible, aquello que siente, tanto física como emocionalmente.

El registro textual es el siguiente:

Lista de las cosas que tengo
-me duele la boca del estómago
-siento asco a la comida
-me duele la cabeza
-me siento incómoda en grupo, es como que me ausento a propósito.

A continuación se le pide que, en otra hoja, escriba un relato significativo para ella, con una extensión no menor a diez renglones, siendo la transcrip-

ción textual la siguiente, con excepción del nombre:

“Estaba ahí, yo, recién salida del vientre en los brazos de mi mamá. No entendía nada, por lo tanto lloré hasta que mi mamá me dio de beber el pecho. Luego vino un hombre raro con bigotes, con una nena más grande que yo, ya caminaba y todo. Yo los miraba con cara de desconfianza. Estaba con mamá y no quería despegarme de ella. Entonces el hombre habló: - Hola “Ella”, ¿cómo estás?, y yo lo miraba y no entendía nada de nada. Al pasar el tiempo resultaron ser mi papá y mi hermana.

Terminando el tema, después de tomar la leche me dormí en los brazos del hombre raro con bigotes, que era mi papá”

Al finalizar la escritura, se pregunta cómo era para ella ese final del cuento. “Bueno”, responde.

Después de los catorce minutos que le insumió escribir los exactos diez renglones en la hoja de papel suministrada por su terapeuta, se indaga sobre la sintomatología descrita al comienzo de la sesión.

- Refiere que el dolor en la boca del estómago le dijeron que era una de las manifestaciones de la angustia, que en este caso no cabe duda que es angustia, aunque no sabe muy bien con qué puede estar relacionada. Ese dolor de estómago no tiene nada que ver con el asco a la comida, que es igual que el que tenía en su primera internación, y dice que es lo que hace que actualmente no esté cenando. Ese asco a la comida, es sólo sensación de asco y no está asociada a ninguna idea.
- Con respecto a su incomodidad para con su grupo de compañeros más cercanos en la internación, expresa que ella quería estar en la charla pero que le costaba mucho.

Dadas las particulares características de esta paciente en ese momento de su programa de rehabilitación, se le pide que escriba el cronograma de actividades para el fin de semana, desde que termina la sesión –sábado a las 17 horas- hasta el domingo por la noche. A continuación se presenta dicha información sólo a modo ilustrativo:

17.00 hs – Estoy con mis padres. Salir a pasear
21.00 hs - Llego el Acompañante y estoy con mis compañeros en el comedor
24.00 hs - Irme a dormir
Domingo:
8.00 hs – Levantarme y desayunar
9.30 hs - Ir a la plaza
12.00 hs – Comer
14.00 hs - Salir a pasear con mi Acompañante
17.00 hs - Salir con mis padres
21.00 hs – Irse a dormir

Después de una hora de sesión, al ser interrogada por los síntomas iniciales, refiere que había disminuido el dolor de cabeza y que el dolor de estómago se había transformado en un “revoltijo”, más asociado a la cantidad de mate que ingería por día -actividad que estaba realizando a la llegada de su terapeuta a la Institución- que a la angustia.

Conclusiones

Si bien se realizó una adaptación de la técnica de Cuento Terapéutico, atendiendo a las limitaciones contextuales, la presente exploración permitió llegar a ciertas conclusiones las cuales presentamos a continuación.

- Ella, que hasta ese momento se había negado sistemáticamente a escribir, ante una situación aguda y la propuesta repentina de su terapeuta, acepta escribir. Lo cual, si bien no permitió medir su situación subjetiva pre-test, ofreció un breve inventario de malestares que definían ese momento agudo; también, en vista de los resultados obtenidos en esa intervención, abrió el camino para instalar en su programa de rehabilitación una actividad de escritura terapéutica, vinculada al Taller de Revista del cual participa.
- Permitió a la vez constatar el deterioro de su grafía. Lo que hubiera sido casi imperceptible en el contexto de un tratamiento tradicional.
- Modificó, en una sesión de una hora, dos síntomas físicos descriptos como componentes de su situación aguda: disminuyó el dolor de cabeza y el dolor de estómago se transformó en “revoltijo”, situación también constatable en su cambio de actitud general y en la expresión de su rostro, al final de la sesión.
- Después de la redacción de su texto se le pide un proyecto de actividades para lo que queda de su fin de semana atendiendo a que en los últimos días había pasado largas horas en la cama. Incluye salidas con su Acompañante Terapéutico y sobre todo la participación con sus compañeros, después de la cena en el comedor cantando y bailando; actividad de la que se había retirado hacía aproximadamente unos quince días antes.

*Es decir que, si bien no se pudo realizar una medición sistematizada de la evolución y resultados de la presente exploración, existen manifestaciones convergentes desde distintos aspectos de la paciente que hacen alusión a su **bienestar pos-test**, por lo menos en grado de intención.*

Más allá de la fragilidad científica de los datos obtenidos, esta exploración empírica brinda la posibilidad de planificar la aplicación de esta técnica a pacientes con intento suicida en el marco de su rehabilitación, con diversos objetivos terapéuticos.

E. Intervenciones colectivas

Si bien los psicodinamismos autodestructivos incidentes en los contextos colectivos son los mismos que los que operan en los procesos individuales, no son tratables de igual manera, con el mismo método. Respetando los niveles de análisis, teniendo en cuenta el efecto de amplificación y entramado de las producciones colectivas, se impone una redefinición de las variables a atender prioritariamente en los marcos grupales, institucionales y/o sociales (poblacionales).

Es muy probable que la representación más extendida sobre el suicidio esté asociada a la imagen de un acto

-> *individual,*

-> *intencional*

-> *y con un propósito claro*

Sin embargo cada vez más, y sobre todo después de la primera mitad del siglo pasado, con la estructuración de la Suicidología, a partir de estudios científicos desarrollados por Schneidman y Farberow (1961, 1985); este evento de la vida humana es considerado en toda su **complejidad, multideterminación y evitabilidad**.

Un escenario donde se visualiza la multiplicidad de aspectos incidentes en esta problemática, es justamente en la diversidad de las definiciones de suicidio, que se han ido elaborando a lo largo del tiempo, a medida que se han ido profundizando y haciendo más específicos los estudios empíricos, filosóficos y/o epidemiológicos. Un recorrido sintético y esclarecedor es el que proporciona Rocamora Bonilla (1992).

Aquí a modo de ejemplo se seleccionan sólo tres:

- Se llama suicidio, toda muerte que resulta, mediata o inmediatamente, de un acto positivo o negativo, realizado por la víctima misma, sabiendo que debía producir ese resultado (Durkheim, 1897)
- Todo acto por el que un individuo se causa a sí mismo una lesión, o un daño, con un grado variable de la intención de morir, cualquiera sea el grado de intención letal o de conocimiento del verdadero móvil (OMS, 1976)
- El suicidio es el proceso sistémico de síntesis de la disposición autodestructiva que, más allá del grado de conciencia de quien lo exterioriza, está orientado a comunicar la intención de una resolución al conflicto que le da origen, por medios letales. (Martínez, 2007)

En un breve análisis de estas tres miradas sobre el fenómeno que nos ocupa, se podrá observar por ejemplo **tres sesgos diferentes y pertinentes**:

◇ **Sociológico**

◇ **Sanitario y**

◇ **Clínico**

- Que
 - . En un caso se habla de **muerte**
 - . En otro de **daño o lesión**
 - . Y en el último, de un **proceso**.
- Que a medida que se pretende dar lugar a los estudios más actuales sobre el tema, la variable "intencionalidad" es menos categórica.
- Que ya desde Durkheim es tan suicidio **matarse** como dejarse **morir**.
- Que la Organización Mundial de la Salud no condiciona el **grado de conocimiento** del actuante para considerar un acto como suicidio.
- Que en la última definición, que pretende ser la síntesis de un recorrido teórico-clínico, se incluye la **variable subjetiva** vinculada a la **necesidad de comunicar y de resolver un problema**, vivenciado como sin salida para quien tiene que afrontarlo.

Hay autores, como Estruch y Cardús (1982) que postulan que en realidad el suicidio es concebido como una **solución para quien lo intenta**, y que el verdadero problema sobreviene sobre aquellos que lo sobreviven.

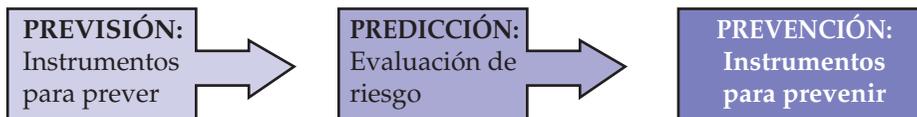
Estas consideraciones preliminares habilitan a considerar el suicidio como un problema mucho más allá de lo individual.

Incluso se podría sostener que una concepción individualista y/o intimista de la problemática, debe ser considerada decididamente como reduccionista.

A modo de introducción del siguiente planteo a desarrollar se postulará:

**SI NO HAY PREDICTIBILIDAD NO PUEDE HABER PREVENCIÓN,
la Prevención está basada sobre la Previsión.**

Entonces repetimos:



**EL SUICIDIO ES PREVISIBLE Y PREVENIBLE,
por lo tanto las muertes por suicidios son evitables.**

Como ya se dijo: intentar definir una **clínica comunitaria** para el abordaje de las crisis suicidas supone hablar de una intervención encarnada en la crisis y de una clínica tradicional en crisis.

Supone a la vez el manejo de determinados ejes, entre otros los siguientes:

- **Proximidad-Distancia**
- **Urgencia-Pausa**

- **Dolor-Bienestar**
- **Acontecer Social - Sufrimiento Individual**
- **Poder – Exclusión**
- **Vulnerabilización – Fortalecimiento**

Ante los nuevos enunciados, síntomas, emergentes y condiciones de enunciación se impone *la revisión de los dispositivos tradicionales de atención y acompañamiento*.

En definitiva una crisis de este tipo que se manifiesta públicamente, representa el escenario donde se muestra dramáticamente la supremacía de las amenazas por sobre la percepción de recursos, que acontece en un determinado colectivo social.

Una intervención en este escenario requiere de operaciones calculadas y evaluadas en su eficacia.

A continuación veremos algunos dispositivos y programas de intervención colectivos.

F. El grupo sostén

Los Grupos Sostén son un dispositivo grupal que, si bien están destinados a adolescentes y adultos con ideas, fantasías y/o tentativas de suicidio, también reciben la consulta de familiares y amigos de personas que se han suicidado y de organizaciones preocupadas por esta problemática.

Los objetivos de estos grupos son:

- Evaluar el riesgo y la potencialidad suicida
- Determinar la fortaleza de los factores vitales del consultante y su entorno
- Asistir a la población en riesgo de intento o de consumir un suicidio
- Generar una red de sostén y prevención para el implicado y su familia
- Orientar a los actores sociales que tratan con población de riesgo

Coordinación:

Estos grupos son coordinados por profesionales -universitarios y no universitarios- especialmente formados en esta tarea.

Dinámica:

Etapa preparatoria

- Se evalúa la pertinencia de este tipo de ayuda para el consultante
- Se realiza un trabajo de orientación para él y su familia
- Se lo asesora sobre otras alternativas para abordar el conflicto

*Si se evalúa que el consultante puede realizar el trabajo de sostén en los grupos, pasa por una **Etapa Intermedia**.*

Etapa Expresiva

Se realiza una primera aproximación de esclarecimiento con uno de los coordinadores, para pasar luego a la tarea semanal con el grupo y sus coordinadores.

Este trabajo se lleva a cabo en **ámbitos comunitarios**.

El Grupo Sostén opera como un **Laboratorio de Convivencia** tendiente a la *reconstrucción del lazo*, siendo su *escenario imaginario* más particularizado el sesgo social de las relaciones que se despliegan en el espacio grupal.

El rol del coordinador de estos grupos comunitarios, lejos de consolidarse en una función interpretativa a la manera de un grupo terapéutico, consiste en dar la palabra a los integrantes, subrayar o puntuar aquellos aspectos favorecedores de la articulación de un discurso grupal y a través de estos recursos expresivos de los integrantes, ir amalgamando la sociabilidad del grupo como un espacio confiable para la manifestación y posterior discusión de las fantasías individuales.

Esta tarea se complementa con la disponibilidad del coordinador y de los miembros del grupo para ser llamados por aquellos integrantes que en el espacio que media entre una reunión y la próxima, se sienten amenazados por sus fantasías e ideaciones.

G. Programa multisectorial de variado alcance (PMVA)

Cuando la demanda a nivel local por alta frecuencia de suicidios implica un **abordaje poblacional y comunitario**, resulta sumamente importante la *progresividad y gradualidad* en la dosificación de la intervención por parte de quien la conduce, sobre todo teniendo en cuenta que los escenarios más frecuentes para este tipo de intervención lo constituyen provincias o municipios.

El **PMVA** se trata de un *Programa Modulado por sectores interactuantes*, usando como técnica de evaluación e identificación el **Inventario de Orientaciones Suicidas –ISO 30–** (Casullo, Bonaldi & Fernández Liporace, 2000), que al tratarse de un cuestionario autoadministrable posibilita una ad-

ministración masiva en muy corto tiempo.

Efectores de este Programa:

- **NIVEL I: Profesionales de la Salud**
Están a cargo de la *evaluación, derivación y/o asistencia* de los pacientes con eventos suicidas.
- **NIVEL II: Profesionales de la Educación**
Son los principales *detectores* de las situaciones de riesgo en el establecimiento educativo y operan como *favorecedores y sostenedores de las acciones de prevención y posvención* en ese contexto.
- **NIVEL III: Agentes Sanitarios**
Son los que están a cargo de la *Prevención Primaria* y de *algunos aspectos de la Secundaria*, ya que por lo general están distribuidos en todo el territorio provincial o municipal. Sus tareas requieren que los funcionarios faciliten los medios para una formación ad-hoc, sencilla, clara y focalizada, destinada a este personal.
- **NIVEL IV: Operadores Telefónicos**
Son los encargados de cumplir con los *turnos de guardia* de la Línea de Atención al Suicida, en el caso que exista previamente.
- **NIVEL V: Relevamiento Epidemiológico y Seguimiento del Programa**
Está a cargo de *equipos interdisciplinarios*, capacitados en la problemática del suicidio, con formación epidemiológica.
Sus objetivos son:
 - *Monitoreo y seguimiento del programa en cada uno de sus niveles*
 - *Incorporación de información adecuada en el diseño de campañas masivas de prevención primaria para la población general*Por ejemplo, antes de instrumentar cualquier campaña de Promoción y/o Prevención, sobre todo si ésta es específica o indicada, deberán ocuparse de tener capacitados los niveles I y II del Programa, ya que son quienes van a recibir la demanda de orientación y asistencia.

Si esta articulación no es tomada en cuenta, el Programa podría revertir en un efecto "boomerang", o simplemente esterilizarse, comprometiendo la eficacia de futuras intervenciones.

H. Programa escolar de identificación, monitoreo y atención del riesgo suicida (PEIMARS)

Con respecto al abordaje institucional en escuelas y establecimientos educativos, en general hay algunos criterios ya establecidos de acuerdo a la delimitación de la forma y a la extensión del campo de intervención.

Son mejor aceptadas, en general, las intervenciones en contextos ampliados como por ejemplo Distritos Escolares o Direcciones Generales de Escuelas, que las intervenciones aisladas por establecimiento.

De esta manera se evita la exposición y estigmatización de una determinada comunidad educativa y se reconoce, por parte de las autoridades, la emergencia de la crisis como la manifestación de un problema que puede afectar o irradiarse a todo su ámbito de incumbencia.

Esta modalidad también tiene incidencia sobre la forma de intervención porque posibilita capacitar al personal docente, analizando su implicación en la resolución de la crisis; de otra manera muchos docentes se ven forzados a intervenir ante el hecho consumado, sin herramientas conceptuales, con el consabido desgaste que a su vez tiene repercusiones en el ámbito de los lazos sociales institucionales.

A continuación se detallan las diferentes etapas del Programa.

a. Etapa de Preparación

- **Duración: 4 horas**
- Jornada de información, diagramación y planificación para docentes, equipos y autoridades escolares.
- Grupos de reflexión sobre normativas OMS para el personal docente.

B. Etapa de Pre-intervención (Identificación)

- **Duración: de acuerdo a la población a evaluar**
- Administración de ISO 30 y Pruebas Complementarias a los grupos asignados al PEIMARS y al grupo control.
- Selección de casos.
- Distribución por grupos de Riesgo: Alto – Moderado – Bajo

C. Etapa de Intervención (Monitoreo y Atención)

- Duración: 10 reuniones
- Una o dos reuniones por semana de Grupo Sostén para alumnos con riesgo Alto y Moderado.
- Paralelamente se pueden instrumentar entrevistas y reuniones para padres, de los chicos en riesgo o por grupo aúlico.

Ejes temáticos de las Reuniones de Grupo Sostén:

- ◇ Mitos y Prejuicios (1 reunión)
- ◇ Indicadores de riesgo y Factores Protectores (1 reunión)
- ◇ Historia Personal de Pertenencia y Participación (2 reuniones)
- ◇ Redes de Apoyo Psicológico y Social (2 reuniones)
- ◇ Autoestima (1 reunión)
- ◇ Estrategias de Afrontamiento (1 reunión)
- ◇ Capital Psíquico y Valor de la Vida (2 reuniones)

Mientras que se desarrolla esta parte del Programa con reuniones de Grupo Sostén, los alumnos que obtuvieron Riesgo Bajo diseñan e instrumentan la Campaña Institucional de sensibilización sobre el Valor de la Vida.

D. Etapa de Post-intervención (Evaluación de Eficacia)

- **Duración: de acuerdo a población a evaluar**
- Administración de ISO-30 y Pruebas Complementarias.
- Misma población y asignación que en Etapa de Pre-intervención.
- Derivación de casos a tratamiento.

E. Etapa de Comunicación y Planificación de seguimiento

- **Duración: 4 horas**
- Jornada con docentes, equipos y autoridades escolares:
- Comunicación de resultados
- Diseño de actividades escolares de seguimiento del Programa
- Afrontamiento de nuevos casos

Los profesionales del Distrito interesados, pueden participar junto con el Equipo de Intervención en las cinco etapas, como forma de capacitarse para poder intervenir cuando finalice el desarrollo del Programa.

I. Programas para el abordaje de la “dinámica Bullying”

La clase pasada hemos desarrollado las especificidades de la *Dinámica Bullying* y su asociación y paralelismos con la problemática suicida infantil y adolescente.

Como bien dijimos, resulta de suma importancia su detección y abordaje temprano.

Hemos ya mencionado los múltiples Factores de Riesgo asociados.

Existen programas específicos de prevención e intervención de la “dinámica bullying”. En el presente apartado nos ocuparemos puntualmente de algunos de sus lineamientos y propuestas de abordaje e intervención.

Si bien la mayor frecuencia de episodios de hostigamiento se da dentro del ámbito escolar o en las adyacencias de dichas instituciones, cabe destacar –nuevamente- la **importancia del trabajo mancomunado y articulado entre padres, maestros, agentes de salud mental y otros adultos e instituciones implicadas**.

Los programas antes mencionados han sido desarrollados y evaluados siguiendo criterios metodológicos científicos de máximo rigor, y han demostrado ser eficaces y fácilmente replicables.

Los programas abarcan

- El **entrenamiento a maestros** en habilidades y técnicas para prevenir e intervenir en situaciones de violencia en el ámbito escolar
- El **entrenamiento a padres** en métodos de disciplina no violenta y promoción de conductas prosociales en sus hijos
- El **entrenamiento a niños** y adolescentes en el adecuado control de sí mismos y la adquisición de estrategias no violentas para la resolución de conflictos interpersonales y habilidades sociales.

Se diferencian tres niveles:

1. **La Institución Educativa y sus diferentes actores:** autoridades, plantel docente y no docente, padres y estudiantes. En este nivel se promueve la construcción y posterior adherencia de todos ellos a un **plan anti-bullying**.

Se lleva a cabo el entrenamiento en la detección de niños y adolescentes implicados en la dinámica y se promueve una postura de alerta frente a las situaciones y sitios que elevan el riesgo de ocurrencia de la dinámica. Se establecen pautas para trabajar con las familias de los niños hostigadores y víctimas y se brinda información a los padres acerca de la “dinámica bullying”, cómo saber y qué hacer si su hijo está involucrado.

Se lleva a cabo la construcción de una política institucional que sea disuasiva de esta dinámica y que la aborde eficazmente. Y, por último, se realiza la correspondiente evaluación del programa a nivel institucional.

2. **El Aula.** Aquí se discute lo que es el rol de hostigador y víctima y se lleva a la práctica la educación **anti-bullying** mediante:

- . El establecimiento de reglas básicas anti-bullying
- . La comprensión de las conductas que son consideradas bullying
- . La Promoción de la empatía con las víctimas
- . Establecimiento de la responsabilidad de las personas que son observadores de la dinámica

- . La Inclusión de los individuos que tienden a ser aislados
 - . La evaluación del programa a nivel del aula
3. **Los niños y adolescentes implicados en la dinámica.** En este nivel se brinda la ayuda necesaria para lograr un buen ajuste al ámbito escolar. Se debe brindar:
- . La ayuda necesaria para el niño víctima: consolidar su seguridad, desarrollo de estrategias de afrontamiento y atención a las secuelas emocionales (pérdida de autoestima, abandono escolar, etc.)
 - . La ayuda necesaria para el niño hostigador: la no tolerancia y sanción de su comportamiento, desarrollar estrategias no violentas de resolución de problemas y el abordaje de las circunstancias personales (rabia, frustración) y familiares (reforzamiento de la violencia, padres ausentes, etc.) y atención a las secuelas emocionales.
 - . La evaluación del programa a nivel individual

Los Programas “Anti-Bullying” han demostrado una reducción de hasta el 50% en el número de incidentes de hostigamiento.

A modo de ejemplo, y continuando con lo desarrollado en la clase anterior, se presentan los aportes realizados por Guillermo Pérez Algorta (2007).

A. Justificación del Programa

¿POR QUÉ ES IMPORTANTE RESPONDER AL HOSTIGAMIENTO?

- El hostigamiento daña.
- Nadie merece ser víctima de hostigamiento.
- Todos tenemos derecho a ser tratados con respeto.
- Los alumnos que son hostigadores necesitan aprender diferentes formas de comportarse.
- La escuela tiene la responsabilidad de responder efectiva y prontamente frente al hostigamiento.

B. Objetivos

- Que todas las autoridades, profesores y personal no docente, alumnos y padres tengan conocimiento de lo que es el hostigamiento.
- Que todas las autoridades, profesores y personal no docente, conozcan las políticas relacionadas al hostigamiento y se actúe de acuerdo a ellas cuando el hostigamiento ocurra.
- Que todos los alumnos y padres sepan cuáles son las políticas escolares en relación al hostigamiento y qué deben hacer si el hostigamiento ocurre.
- Que los alumnos y padres estén seguros de que van a ser contenidos en

- caso de reportar casos de hostigamiento.
- El hostigamiento no va a ser tolerado.

C. Contenidos

- Comunicar claros mensajes de que el hostigamiento no va a ser tolerado y va a ser sancionado con severidad (en el caso de que su centro adhiera a un programa de tolerancia cero).
- Las reglas deben ser claras y específicas en cuanto a las consecuencias.
- Tener un procedimiento que habilite a hablar en forma anónima.
- Generar instancias formativas para las familias sobre el tema.
- Ayudar a tratar las dificultades de socialización que llevan al hostigamiento.
- Una educación contenedora y el entrenamiento en habilidades sociales, resolución de problemas, entrenamiento en empatía y construcción de la autoestima deben ser trabajados en forma sostenida.

D. Estrategias de acción

- Acciones Institucionales
 - Programas de Tolerancia Cero (por ejemplo).
Dado que la mayoría de los hostigamientos en las escuelas ocurren durante los recreos se presenta un ejemplo de Resoluciones en cuanto a recreos y cortes
 - Asegurarse de que se cuenta con una adecuada supervisión de estos espacios.
 - Entrenarse en cómo intervenir temprana, rápida y efectivamente.
 - Intervenir frente a las sospechas (es mejor temprano que tarde).
 - Consistentes respuestas e incondicional apoyo de las víctimas o de las potenciales víctimas se conforma en un mensaje claro de no aceptación del hostigamiento.
 - Los hostigadores potenciales deben saber que siempre se utilizará el poder (autoridades de la escuela, profesores, padres).
 - Los profesores que intervienen deben: imponer consecuencias al hostigador, hablar en nombre de la víctima y modelar una respuesta asertiva, y reportar el incidente al docente responsable y a los padres de los estudiantes implicados.
- Acciones Sobre los Grupos
 - Programas de convivencia (por ejemplo).
- Acciones Sobre los Individuos
 - Intervenciones especiales con las víctimas.
 - Intervenciones especiales con los hostigadores.
- Acciones Sobre el Entorno

Ejemplo de trabajo en cooperación casa-escuela:

- La escuela es responsable de informar a las familias de la magnitud y causas del problema.
- Aumentar la comunicación hasta resolverlos.
- Tener una comunicación abierta sobre el tema.
- Buscar la cooperación y diseñar estrategias para resolver el problema.
- Cuando un padre sospecha que su hijo es hostigador colaborará reforzando conductas cooperativas, estableciendo un buen sistema de control del comportamiento, no aplicando consecuencias violentas o punitivas por sus conductas. Siendo claros de que no se tolera ese comportamiento.

E. Seguimiento y Evaluación de Resultados Obtenidos

- Evaluación y Análisis FODA (Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas).
- Re-planificación o re-programación en caso de ser necesario

Generalmente se requiere de mucho esfuerzo y voluntad real de trabajo en dicho abordaje por parte de las instituciones educativas y los actores implicados para lograr resultados concretos en este sentido. Más allá de las medidas institucionales o a nivel de aula que puedan implementarse se considera de suma importancia la evaluación de la presencia de ideación e intentos suicidas en aquellos chicos que encarnan alguno de los roles de la dinámica. Del mismo modo, en situaciones de consulta clínica, donde el emergente ha sido la presencia de tal ideación o intentos, se sugiere evaluar sistemáticamente si dicho niño y adolescente está jugando alguno de los roles de la dinámica bullying, lo cual permitirá activar una serie de medidas tendientes a minimizar el impacto dañino que dicho fenómeno acarrea en el desarrollo de niños y adolescentes.

J. Capacitación y formación de los efectores

Una vez establecidos

- √ Objetivos
- √ Plazos
- √ Recursos y
- √ Acciones

de un Programa Preventivo y/o Posventivo, se estima conveniente la **diagramación de un Programa de Capacitación** que brinde los elementos conceptuales para la orientación e implementación de las acciones a nivel regional y local.

Así como antes se remarcó la importancia del consenso en la fijación de los lineamientos generales del Programa, en esta etapa ayudaría significativa-

mente la realización participativa de un **FODA** (Cuadro de Fortalezas, Debilidades, Oportunidades y Amenazas), al igual que se estableció en el abordaje de la *Dinámica Bullying*, que posibilite **identificar cartográficamente la existencia y/o ausencia de recursos regionales y locales para el trazado de una estrategia posible, de acuerdo al contexto en el cual va a ser llevada a cabo.**

Resulta de suma importancia que en las intervenciones poblacionales donde se pudo aplicar esta metodología, surgieron reconocimientos de recursos que hasta ese momento no habían sido tenidos en cuenta. Al mismo tiempo emergieron desconfianzas, recelos y dificultades de incumbencias que se intentaron resolver en el transcurso del proceso de Capacitación y Formación, explicitando que la persistencia de esos vallados y exclusiones restaría eficacia al accionar del conjunto, manteniendo inmodificable o acrecentando el padecer de la comunidad de la que ellos mismos forman parte.

La Organización Mundial de la Salud junto al reconocimiento del suicidio como un grave problema de Salud Pública, ha sugerido normas claras del rol de los distintos sectores involucrados en la tarea de prevención (OMS, 2000, 2001) como parte del *SUPRE*, su iniciativa mundial para la prevención del suicidio.

Este conjunto de lineamientos, articulados con los disponibles en las instituciones participantes y las premisas generales del Programa, formarán la materia prima para la confección de un cronograma de capacitación destinado, por lo menos, a los siguientes efectores:

Salud

- Médicos: de atención primaria, emergentólogos, clínicos generales y pediatras, médicos de familia, comunitarios y especialistas
- Psicólogos en todas sus especialidades
- Trabajadores Sociales
- Personal Técnico Auxiliar y de Enfermería

Educación

- Acordando con autoridades nacionales, provinciales y municipales, sobre los programas en vigencia, llevar la capacitación desde los niveles distritales por rama, a los establecimientos educativos en particular.
- Participación de las Universidades con sus respectivos recursos de docencia e investigación.

Fuerzas Armadas y de seguridad

- Con una doble finalidad, por un lado atender a los altos índices de eventos suicidas que acontecen al interior de sus organizaciones y por otro, instruir y entrenar al personal que va a ser requerido por la comunidad en su función de cuidado del orden y la seguridad.

Justicia

- Instrucción a los profesionales forenses para la utilización de la Autopsia Psicológica, no sólo como instrumento pericial, sino como recurso de investigación “ex post facto” para el establecimiento de pautas preventivas específicas.
- Información a jueces y fiscales sobre las posibilidades concretas de evaluación y rehabilitación para personas violentas contra sí y contra terceros.

Iglesia

- Información y capacitación de los miembros del clero acerca de los psicodinamismos propios del proceso autodestructivo, para ser incluidos en su tarea pastoral como forma de colaboración en la detección, orientación y derivación de las personas en riesgo.

Medios de comunicación

- Establecimiento de acuerdos precisos sobre la modalidad y los límites que deben respetarse en la información sobre eventos suicidas, creando clara conciencia sobre la responsabilidad social que compete a este sector en la formación de la sensibilidad social sobre esos acontecimientos.
- Informar y participar a los institutos de formación de periodistas, sobre todo en la formación de periodismo científico, acerca de la existencia y los fundamentos del Programa Local, Regional o Nacional de Prevención del Suicidio.

Comunidad en general

- Promover la formación de redes comunitarias, con grupos de reflexión y orientación, sistemáticos, coordinados por profesionales y voluntarios entrenados en la evaluación, identificación y derivación de las personas en riesgo a los recursos sanitarios locales.
- Diseñar lineamientos para la instrumentación de campañas de información y sensibilización como tareas de atención primaria de la salud, que facilite la detección de grupos de riesgo, como primera medida de pre-

vención general inespecífica.

- Revisar los programas de formación de los voluntarios telefónicos, actualizando sus contenidos y adecuando sus intervenciones a una participación activa y protagónica en el conocimiento y cumplimiento de las normas de este Programa. Promover en aquellos voluntarios que se sientan motivados y estén capacitados, la extensión de su labor telefónica a tareas de promoción y prevención comunitaria.

Desde un basamento científico para una programación de la prevención a nivel local, regional o nacional, es deseable tener en cuenta algunas premisas ya estudiadas en otras partes del mundo. Esbozamos a continuación algunos ejemplos de las mismas:

- ◇ Diferenciación de estudios sobre mortalidad por suicidio de los destinados a establecer prevalencia e impacto del riesgo suicida por existencia de factores de riesgo e intentos.
- ◇ Realización de estudios por asignación aleatoria y grupo control.
- ◇ Diferenciación de factores de riesgo, fijos y variables.
- ◇ Diseño de estudios incluyendo en las variables, la incidencia tanto de factores de riesgo como de factores protectores.
- ◇ Cálculo del Riesgo Atribuible en la Población, determinando la variación de la tasa de mortalidad ante la eliminación concreta de un factor concreto que se presume como causal de suicidio.
- ◇ Fundamentación del diseño de las intervenciones en los resultados de los estudios exploratorios.
- ◇ Revisión y análisis de los estudios que arrojen resultados negativos o no esperados con miras a diseñar intervenciones posibles de ser aplicadas a toda la población.
- ◇ Precisión de los objetivos específicos y de los indicadores de éxito en la evaluación de la eficacia de las intervenciones.

K. Ejemplo de intervención poblacional

A modo de ejemplo presentamos una intervención realizada a partir de la solicitud de la Secretaría de Salud y Acción Social de un municipio ubicado dentro de la Provincia de Buenos Aires, a unos 500 kilómetros de la Capital Federal (C.A.B.A.).

Dicha intervención se llevó a cabo en una de las seis localidades comprendidas por dicho municipio, donde en el último año se habían conocido dos suicidios consumados por adolescentes y uno en el año anterior; además de la preocupación creciente por eventos autodestructivos e ideación suicida en niños y adolescentes de dicha comunidad.

Una primera instancia de la intervención la constituyeron las **primeras comunicaciones** establecidas entre el Equipo de intervención de la Asociación Argentina de Prevención del Suicidio y la Institución Estatal de la cual surgía la demanda de intervención.

Estos primeros contactos ya formaron parte de la intervención. Es allí donde el Equipo toma conocimiento *–indirectamente, en una primera instancia–*, entre otras cosas de:

- La población general con la que trabajará
- La población objetivo de intervención
- Sus posibles interlocutores locales
- Las características del lugar –geográficas, económicas, sociales, etc.–
- Las acciones realizadas previamente para el abordaje de la problemática –en caso que haya habido alguna–

A su vez se delimitan en forma conjunta:

- Los objetivos de la intervención
- Los alcances y limitaciones que tendrá la misma.

En este caso, inicialmente las comunicaciones fueron establecidas por correo electrónico, necesitándose luego, para mayor precisión y entendimiento, un contacto más directo con los interlocutores vía telefónica.

En dicha comunidad se presentaba la preocupación, como en muchas localidades de la Argentina, por las insuficientes posibilidades laborales a futuro y las actividades que realizan los niños y adolescentes fuera del ámbito escolar, además del creciente abandono de la escuela.

Las propuestas, generalmente escasas y limitadas, no convocaban al grueso de la población, quedando gran parte de ellos expuestos a situaciones de riesgo (entre las cuales están el consumo de alcohol y drogas), con pocos ámbitos de recreación diferenciados para adultos, adolescentes y niños.

La frase que repetían las autoridades locales era *“los chicos no quieren hacer nada”*.

Presentaremos algunas particularidades de dicha Intervención, sabiendo que quedarán por fuera muchas otras que exceden la posibilidad de detallarlas debidamente en el contexto de esta clase.

Tras extensas comunicaciones se logró establecer la **Población Objetivo** de la intervención, que estaría constituida por los adolescentes de la comunidad, los cuales serían convocados en un espacio recreativo, fuera del escolar, común a todos. Por otra parte, se establecieron los **Objetivos Generales y Particulares** de la misma.

Se diseñó entonces un programa ad-hoc de *JORNADAS de EVALUACIÓN del RIESGO SUICIDA ADOLESCENTE y CAPACITACIÓN en PREVENCIÓN y POSVENCIÓN del SUICIDIO* a llevarse a cabo en dos días con la intervención en la localidad de un Equipo Profesional especializado y entrenado a tal fin.

Dichas Jornadas incluyeron, entre otras, las siguientes actividades:

- REUNIÓN de COORDINACIÓN con las autoridades locales
- REUNIÓN con el EQUIPO LOCAL e INICIO de la CAPACITACIÓN
- TALLER “El Valor de la Vida” y EVALUACIÓN del Riesgo Suicida con ISO-30 de ADOLESCENTES de Escuela Secundaria Básica (-ESB-) y la misma actividad con ADOLESCENTES de Polimodal y de Escuela Nocturna.
- La evaluación de los resultados y planificación por parte del Equipo AAPS
- ESPACIO PSICOEDUCATIVO para: PROFESIONALES de la SALUD Y ATENCIÓN PRIMARIA, ONG’S, EDUCADORES, OPERADORES SOCIALES Y FUNCIONARIOS
- REUNIÓN con EQUIPO LOCAL para la revisión de resultados y la conformación de estrategias de abordaje
- ESPACIO para PADRES y ORGANIZACIONES de la COMUNIDAD bajo la premisa: “EL SUICIDIO ES PREVISIBLE Y PREVENIBLE”
- REUNIÓN CON MEDIOS de COMUNICACIÓN sobre NORMATIVAS de la ORGANIZACIÓN MUNDIAL de la SALUD
- Y un CIERRE de las JORNADAS con la pintada de un gran mural colectivo con los Niños y Adolescentes de dicha comunidad, bajo el lema “Valorá tu Vida” (elegido por ellos mismos).

L. Referencias bibliográficas

- BERTOLOTTE, J. (2004). Forum: Prevención del Suicidio en el Mundo. *World Psychiatry* (Ed. Esp.) 2:3. Diciembre 2004.
- BRUDER, M. (2004). Implicancias del cuento terapéutico en el bienestar psicológico y sus correlatos. Tesis doctoral. Universidad de Palermo. Buenos Aires. Argentina.
- CASULLO, M. M., Bonaldi, P. & Fernández Liporace, M. (2000). Comportamientos suicidas en la adolescencia. Morir antes de la muerte. Buenos Aires. Lugar Editorial.
- DURKHEIM, E. (1987). *El Suicidio*. México, Coyoacán, 2000.
- ESTRUCH, J., CARDÚS, S. (1982). *Los Suicidios*. Barcelona. Editorial Herder
- FARBEROW, N. Y SHNEIDMAN, E. (1961) *The cry for help*. New York. Mc Graw Hill.
- KING, J. Y KOWALVCHUK, B (1994). ISO-30. Inventory of suicide orientation. Minesotta: National Computer Systems.
- LOURAU, R. (1978). *El estado y el inconciente*. Barcelona. Editorial Kairós.
- MARTÍNEZ, C. (2007) *Introducción a la Suicidología*. Buenos Aires. Lugar Editorial.
- OMS (2000). *Prevención del Suicidio: ¿Cómo iniciar un grupo de sobrevivientes?* Ginebra. Departamento de Salud Mental y Toxicomanías, Organización Mundial de la Salud.
- OMS (2000). *Prevención del Suicidio: Un instrumento para médicos generales*. Ginebra. Departamento de Salud Mental y Toxicomanías, Organización Mundial de la Salud.
- OMS (2000). *Prevención del Suicidio: Un instrumento para trabajadores de Atención Primaria en Salud*. Ginebra. Departamento de Salud Mental y Toxicomanías, Organización Mundial de la Salud.
- OMS (2001). *Prevención del Suicidio: Un instrumento para docentes y demás personal institucional*. Ginebra. Departamento de Salud Mental y

Toxicomanías, Organización Mundial de la Salud.

ROCAMORA BONILLA, A. (1992) El hombre contra sí mismo. Madrid. Ed. Asetes.

SHNEIDMAN, E. (1985). Definition of suicide. New York. Wiley

Acerca del Autor



CARLOS MARTÍNEZ es Licenciado en Psicología de la Universidad de Buenos Aires. Ejerció la docencia universitaria en las cátedras de Psicología Institucional y Psicología Política de la UBA y como profesor titular de Introducción a la Suicidología en la Universidad de Palermo - Buenos Aires. En 2010 fue Profesor del Primer Diplomado Internacional En Suicidología: “Prevención Del Suicidio En Niños Y Adolescentes”, en la Ciudad de Medellín – Colombia; organizado por la Fundación Universitaria Luis Amigó, en conjunto con la Asociación Argentina De Prevención Del Suicidio. Actualmente dicta un Seminario sobre “La Consultoría Psicosocial” en la Universidad Tecnológica Nacional - Sede Río Gallegos - Santa Cruz - Argentina.

Fue Presidente de la Asociación Argentina de Prevención del Suicidio desde su fundación y por sucesivos períodos. Presidió múltiples eventos nacionales y regionales vinculados a la temática y lo nombran asesor científico del Capítulo de Suicidología de la Asociación de Psiquiatras Argentinos.

Publicó múltiples artículos en revistas científicas y capítulos en libros nacionales, latinoamericanos y europeos. En 2007 publica su primer libro “Introducción a la Suicidología” Ed. Lugar - Buenos Aires.

Integró el Consejo de Expertos del Ministerio de Salud de la Nación en Argentina desde donde se produjeron documentos normativos para la prevención y asistencia del intento suicida adolescente y otros aspectos de la práctica profesional relacionadas con el abordaje de la problemática del suicidio.

Asesoró y elaboró guías de trabajo psicosocial en el abordaje de las crisis suicidas para organizaciones gubernamentales y no gubernamentales de diversos países lo que permitió su inclusión como consultor en documentos recientes de la Organización Mundial de la Salud sobre el tema.

En 2012 reconocimiento de la OMS e International Association for Suicide Prevention a su trayectoria y en 2013 se extiende el mismo al Centro de Intervención en Crisis y Rehabilitación Psicosocial – Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Cruz, como Primer Centro Público, Específico e Integral de la República Argentina en Prevención del Suicidio.

ISBN: 978-607-96454-8-9



9 786079 645489