



TFI

Trabajo de integración Final

“Cuando el dolor pone en movimiento”

**Intervención Suicidológica Poblacional en San Cristóbal
Pcia de Santa Fe**

Carrera: Psicología Clínica

Autor: *Lilia Susana Maisonave*

Tutor: Lic. Carlos Martínez

CAPÍTULO 1

1. INTRODUCCIÓN

La pasantía correspondiente a la práctica profesional de la carrera de psicología clínica fue realizada en una asociación vinculada con la temática elegida-

La práctica profesional se cumplió en el transcurso de seis meses, período en el cual se realizaron diferentes actividades como concurrencia a diferentes cursos sobre Suicidología; Situación en Crisis e intervención comunitaria; Conocimiento y manejo de la *Escala ISO30*.

Se realizó también la observación presencial de casos de intervenciones individuales y familiares con pacientes con riesgo suicida en sesiones que tenían como finalidad la Evaluación de Riesgo y Potencial Suicida. Del mismo modo se realizó durante un período de tres meses la observación y aprendizaje de la atención telefónica, con su subsiguiente llenado de ficha y concertación de entrevista. Luego de ese tiempo de adiestramiento la atención telefónica era compartida con el personal experimentado.

Otra de las tareas que se realizó durante la práctica fue una intervención de Suicidológica comunitaria.

La misma se realizó en la localidad de *San Cristóbal, Provincia de Santa Fe*. Se trató de una intervención de campo cuyo principal objetivo fue evaluar el riesgo suicida de la población adolescente que había sido golpeada duramente con una ola creciente de suicidios que venían aconteciendo desde los últimos tres años. El último y más emblemático motivó la demanda de ayuda profesional desde los jóvenes compañeros de la última víctima, un grupo de padres, profesores, una ONG y funcionarios municipales.

Esta intervención fue evaluando el riesgo suicida de trescientos adolescentes.

El instrumento utilizado fue La Escala de Riesgo Suicida ISO30.

El abordaje de este trabajo es descriptivo y dentro del marco de la Suicidología, disciplina que tiene como objeto de estudio el suicidio y sus manifestaciones.

CAPÍTULO 2

2. MARCO TEÓRICO

Según el filósofo Alberto Camus, no hay más que un problema filosófico verdaderamente serio: el suicidio. Juzgar que la vida vale o no vale la pena de ser vivida es responder a la pregunta fundamental de la filosofía.

A finales del siglo pasado, el sociólogo Emile Durkheim (1897) propuso un modelo de análisis que originó numerosas investigaciones sobre el tema.

Durkheim considera que el suicidio puede comprenderse en términos de la fuerza o la debilidad de una sociedad para contener el comportamiento individual.

Este sociólogo del siglo XIX. Identificó cuatro tipos básicos de comportamiento suicida:

Egoísta: los sujetos no logran establecer buenos vínculos psicosociales.

Altruista: las personas concretan identificaciones grupales y elaboran idealizaciones tan fuertes, que no dudan en realizar sacrificios (como quitarse la vida) para poner de manifiesto esas lealtades.

Anómico: existe en el sujeto una imposibilidad global de afrontar de manera racional, las situaciones de crisis que aparecen de forma repentina y perturbadora.

Fatalista: Es fruto del control y la regulación social excesivo percibido por el sujeto como inhibidores de su libertad para actuar de forma autónoma.

Cualquiera de estos tipos básicos que describe Durkheim, son representados en los últimos tiempos con una tendencia alarmante hacia recrudecimiento del problema.

Mas allá de los motivos que pueden ocasionar la toma de una decisión terminal, es importante analizar también como se comporta un presunto suicida, cuáles son los indicios a los que hay que prestar atención, cuales son los desencadenantes, cuales los factores protectores, que tipo de trastorno, personalidad o patología son las mas proclives a tomar la decisión de acabar con la propia vida.

En suma, cuales son los acontecimientos vitales que pueden llevar a una persona a no poder resistir la vida y optar por la muerte por mano propia.

2.1. Definición y subtipos de suicidio.

Se denomina suicidio a 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).

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

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).

En la institución elegida se considera que el suicidio es un proceso complejo multideterminado. Una manera de vivir que va construyendo un enigma mortal, por condensación, sobre un marco representacional existente. Un proceso que va más allá del acto, rompiendo la concepción del hecho consumado (Martínez, 2003).

El suicidio es un hecho multideterminado que conlleva en su estructura procesos *bio-psico-socioculturales*.

- **BIO:** El suicidio puede ser comprendido dentro del marco de una enfermedad, como depresión esquizofrenia, trastorno bipolar, trastorno de ansiedad o trastorno de control de los impulsos.
- **PSICO:** Una conducta suicida puede deberse también a lo que infieren ciertas emociones, sentimientos o cualquier otra manifestación psicológica por la que esté atravesando una persona.
- **SOCIO:** Una familia disfuncional, el “moobing” en el trabajo, “bulling” en el colegio, epidemias de suicidios, pactos y rituales entre amigos o amantes pueden consumir un suicidio.
- **CULTURAL:** El suicidio es valorado de diferentes maneras según la cultura, no es igual en nuestra cultura occidental que en la oriental donde es considerado como una salida honrosa o un sacrificio heroico.

La determinación bio-psico-socio-cultural del suicidio, está hoy generalizada en la literatura suicidológica. Algunos autores suman factores existenciales y espirituales, además de los genéticos y socio ambientales.

El suicidio no es un acto impulsivo (aunque en muy pocos casos puede darse bajo determinadas condiciones), sino un acto pensado, discurrido, analizado y programado.

El suicidio es la consecuencia de una multiplicidad de factores, no responde solamente a algún síntoma específico.

El suicidio no es considerado una patología. En el DSM IV, no figura el suicidio como una patología, ni como un desorden emocional ni un trastorno de personalidad, lo que si se puede considerar es que tanto un desorden emocional, un trastorno de personalidad o una patología puede ser la causa de un suicidio.

Es además un proceso, un continuum que atraviesa diferentes etapas.

Este proceso tiene una estructura y según en que lugar del proceso se encuentre el afectado se determinará la gravedad de la situación.

Adams (1985) propone el concepto continuum autodestructivo para dar cuenta de un proceso que puede terminar en suicidio. La primera etapa connotada por las fantasías se llama ideación suicida, las crisis suicidas serían la expresión de un cálculo de salida, mientras la tentativa de suicidio constituye el aviso denunciante. El suicidio frustrado correspondería a un período de prueba y error y el suicidio consumado representaría la condensación del proceso suicida.

El Doctor Héctor Basile, (2008) en su tratado sobre suicidio adolescente amplía este concepto y lo llama proceso suicida.

2.2. Proceso suicida.

2.1.1. Ideación suicida: Manifestación consciente sobre pensar o desear morir.

Esta idea aparece generalmente de manera esporádica y bajo circunstancias aptas, se transforma en una idea inquietante y obsesiva sobre la propia muerte, a veces imaginando un Plan o Método concreto para realizarla.

2.1.2. Amenaza suicida o parasuicidio: Expresión de la intención, sin pasar al acto.

El propósito es más o menos conciente para obtener un beneficio, como protesta, venganza u oposición, imaginando o esperando provocar una respuesta en los demás. Es en este punto donde se ancla uno de los mayores mitos sobre el suicidio, es muy riesgoso creer que si lo anuncia no será concretado.

Los parasuicidios, son actos mediante los cuales el presunto suicida trata de llamar la atención sobre sus intenciones. Generalmente se trata de auto agresiones, cortes en los miembros, sobre todo en los brazos. Estos intentos son mayormente realizados por mujeres, mientras que los hombres realizan conductas de alto riesgo como picadas de automóviles o motos, el juego de la "ruleta Rusa", juego con armas, sobreingesta de alcohol o drogas, "Cócteles Mortales", que son compuestos de anfetaminas, antidepresivos, derivados de la cocaína, etc.

2.1.3. Plan suicida: Proyecto concreto, que incluye: cómo (con qué medio), cuándo y dónde realizarlo.

En este proceso suicida cuando la persona está elaborando un plan o ya lo tiene, ya sea del lugar y el medio de cómo va a quitarse la vida es un indicio de enorme peligrosidad, pues a esta altura la idea ha tomado vuelo por sí sola y las amenazas comienzan a cristalizarse a través del plan elaborado.

2.1.4. Crisis suicida: Crisis aguda en la que se vivencia que la muerte.

En este punto la muerte es la única salida posible. Significa que el suicidio ya está en curso. En este punto se vivencia la propia muerte, el dolor infligido hacia los seres significativos y las consecuencias que tendrá el acto entre sus seres queridos.

2.1.5, Intento de suicidio: Comportamiento autodestructivo que fracasa en el logro de quitarse la vida.

Esto se debe a que en general es muy difícil poder llevar una estadística sobre los mismos, ya que al ser el suicidio un acto penado por la ley, generalmente estos intentos son disfrazados de accidentes por los allegados al suicida, incluso por las autoridades hospitalarias.

2.1.6. Acto suicida: Comportamiento deliberado de quitarse la vida, con éxito fatal.

Aunque la diferencia es sutil, el método elegido para quitarse la vida suele ser el suicidio por ahorcamiento y armas de fuego entre los hombres, y la ingesta de pastillas y exposición al gas entre las mujeres. Existen además conductas observables de autodestrucción y de autolesión que son llamada conductas suicidas o conductas destructivas que pueden llevar al suicidio consumado a largo o mediano plazo.

2.3. Mortalidad por suicidios en el mundo.

El suicidio es un problema de salud pública muy importante pero en gran medida prevenible, que provoca casi la mitad de todas las muertes violentas y se traduce en casi un millón de víctimas al año, además de unos costos económicos cifrados en miles de millones de dólares, según ha señalado la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Las estimaciones realizadas indican que en 2020 las víctimas podrían ascender a 1,5 millones.

A escala global, el suicidio representa el 1,4% de la carga mundial de morbilidad, pero las pérdidas van mucho más allá. En la Región del Pacífico Occidental representa el 2,5% de todas las pérdidas económicas debidas a enfermedades. En la mayoría de países de Europa, el número anual de suicidios supera al de víctimas de accidentes de tránsito. En 2001 los suicidios registrados en todo el mundo superaron la cifra de muertes por homicidio (500.000) y por guerras (230.000).

Entre los países que informan sobre la incidencia de suicidios, las tasas más altas se dan en Europa del Este, y las más bajas sobre todo en América Latina, los países musulmanes y algunos países asiáticos. Se dispone de poca información sobre el suicidio en los países africanos.

Las tasas tienden a aumentar con la edad, pero recientemente se ha registrado en todo el mundo un aumento alarmante de los comportamientos suicidas entre los jóvenes de 15 a 25 años. Exceptuando las zonas rurales de China, se suicidan más hombres que mujeres, aunque en la mayoría de lugares los intentos de suicidio son más frecuentes entre las mujeres.

En los primeros años del siglo XXI, más de cinco millones de personas en el mundo tomaron la decisión de acabar con sus vidas a través del suicidio, según informa la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2006).

En el mundo, el suicidio provoca casi la mitad (49%) de todas las muertes causadas por lesiones intencionales y está cerca de un millón de muertes anuales, según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Según el Informe Mundial sobre la violencia y la salud (OMS, 2002) en el año 2000, murieron en el mundo a causa del suicidio unas 815.000 personas, con una tasa global de suicidios de cerca de 14.5 por 100,000 habitantes. Para el año 2006, la OMS publicó que la tasa de suicidio global era de 16.0 por 100,000 y estimaba que, aproximadamente, en el mundo hay una muerte por suicidio cada 40 segundos y un intento de suicidio cada 3 segundos.

Para el año 2001 los suicidios registrados en todo el mundo superaron la cifra conjunta de muertes por homicidio (500.000) y por guerras (230.000). Las estimaciones realizadas por la Organización Panamericana de Salud (OPS) y la OMS, indican que para el año 2020 la cifra podría crecer a 1.5 millones de suicidios (oms), lo que representa un incremento del 50%.

Sin embargo, su peso entre las personas de 15 a 44 años de edad es mucho mayor, ya que se ubicó para el 2002 como la cuarta causa de muerte y la sexta causa de mala salud (OMS, 2002)

Cuatro años después, en 2006, la iniciativa de la OMS para la Prevención del Suicidio (SUPRE) indicó que el suicidio, pasó al tercer lugar como causa principal de muerte en el mundo entre personas de 15 a 44 años, de ambos géneros (OPS, 2006).

Los datos del conjunto de países que tienen registros sobre suicidio muestran una constante: en todos los lugares se suicidan más hombres que mujeres, con excepción de algunas zonas rurales de China donde la tasa femenina es ligeramente superior a la masculina, alcanzando el valor máximo para mujeres: 18.8 por 100,000 personas.

En cambio, las tasas de comportamiento suicida no mortal tienden a ser de dos a tres veces más frecuentes en las mujeres que en los hombres, a excepción de Finlandia (OMS, 2002).

Desde 1950 a 2000, las tasas de suicidios han aumentado en todo el mundo, pero este aumento es contundente en el caso de los varones

La OMS calcula que por cada muerte auto inflingida se producen entre 10 y 20 Intentos fallidos de suicidio, que se traducen en lesiones, hospitalizaciones y traumas emocionales y mentales.(OMS, 2002; OPS 2006).

La muerte hay sido siempre el gran enigma y el mayor temor del ser humano, por que es este precisamente el único ser viviente que tiene conciencia de su finitud.

El temor de dejar de existir ha dado lugar a un sinnúmero de explicaciones y creencias que van desde lo sobrenatural hasta lo pseudo científico.

Existe una vasta bibliografía sobre el problema existencial que la muerte provoca en el ser humano.

Si bien es cierto que la muerte es inevitable, a pesar de los esfuerzos de la ciencia por prolongar la vida, no es menos cierto que esta condición hace que la misma pueda ser aceptada como parte de la vida.

¿Que pasa entonces cuando la muerte se produce por mano propia?.

¿Que hace que una persona decida poner fin a su vida?.

Existe una variedad importante de razones, pero todas ellas apuntan a poner fin a un sufrimiento insoportable.

La decisión ocupa el lugar de la resolución de un problema considerado irresoluble salvo por la propia muerte.

2.4. Suicidios en Argentina.

En la Argentina la mortalidad por suicidio presentó un importante incremento en las últimas décadas, algo que algunos especialistas asocian con la existencia de una crisis de valores. Si bien las defunciones por suicidio representaron antes de 1980 el 1% del total de muertes entre los jóvenes (15 a 29) años, esta proporción más que se triplicó, pasando al 4% en 1980 y al 14% en el 2004, y junto con el resto de las causas externas (homicidios y accidentes), el suicidio representó para este grupo etéreo uno de los principales motivos de defunción, alcanzando el 60% de las muertes.

Entre 1980 y 2004 se registraron según las estadísticas vitales, 59.000 muertes por suicidios; el 76% correspondió a varones y el 24% a jóvenes entre 15 y 24 años.

Según la Asociación Argentina de Prevención del Suicidio, la tasa de suicidio en la Argentina es de 8,2 por cada 100.000 personas. Las únicas estadísticas disponibles son de 2005; antes de 2000, la tasa era de 6,7 y en 2004, de 8,4; pero 2001 marcó sin duda un quiebre de la tendencia.

La proporción de suicidios sobre el total de muertes entre los hombres fue tres veces mayor que entre las mujeres.

2.5. El suicidio y la adolescencia.

La adolescencia es una de las etapas más críticas del ciclo vital y es precisamente en esta etapa donde se registran el mayor índice de suicidios e intentos de suicidios.

Como sostiene Casullo (2000), la etapa evolutiva designada como “adolescencia” (13 a 18 años) supone, desde una perspectiva cognitiva, que el sujeto está en posesión de habilidades que lo capacitan para las operaciones formales del pensamiento. En el reconocimiento de la posibilidad de “no ser” la realidad psíquica incorpora tanto lo permanente como lo transitorio.

Morirse es en esta etapa del ciclo vital, una metáfora potente en situaciones transicionales; el lenguaje cotidiano alude a ello, tanto para referirse a sensaciones afectivas intensas (“me muero de ganas”), como de soledad y frustración (“me muero de aburrimiento”).

Kastenbaun (1986) reafirma la validez de la expresión “muero, luego existo” para esta etapa del desarrollo.

La reconstrucción de la identidad, en la adolescencia, incorpora las posibilidades de fracasos, pérdidas, catástrofes y muerte.

Según **Diekstra** (1995) los términos *suicidio* y *suicida*, se emplean para referirse a las conductas elegidas que tienen como meta provocar la muerte propia en el corto plazo.

Sin embargo no todos los comportamientos a los que se alude con dichos términos han sido motivados por una decisión conciente de morir, muchas veces ni siquiera pretenden originar un daño personal sino simplemente expresar y comunicar sentimientos de desesperación, desesperanza o enojo.

2.6. El suicidio de los adolescentes en Argentina.

La adolescencia es una etapa crítica en muchos sentidos, donde se produce una de las mayores crisis vitales del ser humano y es precisamente en esa etapa donde se producen la mayor cantidad de suicidios e intentos de suicidio

Uno de los pocos estudios científicos realizados en nuestro país en el año 2005, fue el *Estudio comparativo sobre Adolescentes en riesgo suicida*: realizado por Casullo, M; Fernández Liporace, M y Contini de González, F en la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires – Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas.

Este estudio incluyó a 1297 varones y mujeres de 12 a 20 años en distintas provincias, que respondieron un cuestionario sobre factores de riesgo de pensamiento y

comportamiento suicida, como la desesperanza, la baja autoestima, la incapacidad de enfrentar emociones, la soledad y el abatimiento.

Según los resultados obtenidos, se estima que el 25% de los suicidios ocurre entre los 15 y los 25 años. Se comprobó, además, que el 11% de los adolescentes argentinos pensó o intentó suicidarse.

El dilema adolescente que se desarrolla entre la niñez y su paso a la adultez hace recurrir muchas veces a la drástica y trágica decisión de quitarse la vida, frente a problemas que con el transcurso del tiempo y con la maduración suficiente pueden ser resueltos de muchas otras maneras.

Como escribe la Dra. Diana Cohen. (2007) en su libro "Por mano Propia", la problemática del suicidio adolescente es una de las mayores preocupaciones de la Salud Pública en los países occidentales. La asociación entre la depresión, característica de la adolescencia y el suicidio parece ser un cóctel poderoso: los datos epidemiológicos muestran que si bien la tasa de suicidios es más elevada entre los varones, las tentativas de suicidio son más elevadas entre las mujeres.

Con respecto a las conductas de riesgo en los adolescentes, la sicopatología mas frecuente entre los varones en la ideación o intento suicida es la depresión y la esquizofrenia, mientras que entre las mujeres ese lugar es ocupado por el trastorno de ansiedad y el trastorno límite de la personalidad, siendo el trastorno bipolar el que manifiesta la singularidad de que el acto suicida se produce mas en la etapa de manía que en la de depresión.

La devastación emocional que produce un suicidio entre los allegados a la persona fallecida implica desde preguntas sin respuestas, hasta impotencia y culpa.

¿Que pasa cuando cuándo una población es golpeada por una serie de suicidios en un tiempo relativamente corto?

Esa devastación individual alcanza a toda una población que empieza a hacerse preguntas y busca respuestas.

El suicidio de los niños y de los adolescentes es una *tragedia* que afecta no sólo al individuo, sino a la *familia, a los padres, y a la comunidad* en la cual vivió el joven.

Es considerado a menudo como un *fracaso personal* por los padres, amigos, maestros, médicos y psicólogos, que se reprochan a sí mismos -muchas veces infundadamente- el no haber percibido *las señales de alerta*.

También es visto como un *fracaso* por la *comunidad*, pues actúa como señal vívida que a menudo la *sociedad moderna* no procura un entorno sano, nutriente, contenedor en el cual los niños y adolescentes puedan crecer y desarrollarse.

En las semanas previas el joven puede presentar *signos depresivos*: retraimiento, cambios en el humor, con incomunicación y pérdida de la seguridad en sí mismo y de la autoestima, disminución del rendimiento escolar, pérdida de la iniciativa, llantos repentinos, pérdida del apetito y disminución de la actividad psicomotriz. A veces -y esto es muy frecuente en niños y adolescentes- predominan la irritabilidad y la conducta impulsiva, enmascarando la depresión subyacente.

De allí la importancia de identificar el riesgo suicida en una población para poder instrumentar las medidas en caso que así lo indique.

2.7. Factores De Riesgo.

Son fundamentalmente de dos tipos: generales y específicos de adolescentes.

2.7.1. 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 o a las drogas.

- Cuadros de abstinencia.
- Afición 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.

2.7.2. 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. 2.7.3. Señales indirectas.

- Cambios en los hábitos de dormir y de comer.
- Retraimiento de sus amigos, de su familia o de sus actividades habituales.
- Comportamientos rebeldes, actitudes violentas.
- Escaparse de la casa (actuaciones o acting outs).
- Abandono fuera de lo común en su apariencia personal.
- Cambios pronunciados en su personalidad.
- Aburrimiento persistente, dificultad para concentrarse.
- Deterioro en la calidad de su trabajo escolar.
- Quejas somáticas frecuentes.
- Pérdida de interés en cosas que antes les parecían divertidas.
- Tendencia a la queja permanente.
- Apatía exacerbada, indiferencia.
- Desinterés por el orden y la limpieza, y por objetos por los cuales antes se veían entusiasmados.
- Donación de objetos estimados.

2.7.4. Señales directas

- Ideación suicida concreta y pensamientos de muerte.
- Comunicaciones escritas o verbales que describen intencionalidad y a veces el plan suicida.

Una vez que un adolescente vulnerable ante una situación traumática inicia una crisis que potencialmente puede desencadenar una tentativa de suicidio, es necesario actuar con rapidez y asumir una postura muy directiva, para salvar su riesgo de vida y evitar cualquier otro tipo de conducta que desencadene una auto-agresión.

2.7.5. Factores de riesgo etiológico subyacente

- Antecedentes familiares: la probabilidad de que los adolescentes que han consumado el suicidio tengan un familiar de primer grado que también se suicidó es de dos hasta cuatro veces superior que para sujetos control.
- Abuso físico y/o sexual: a menudo el suicidio suele verse entre los niños o jóvenes abusados física o sexualmente como una única salida a este flagelo.
- Psicopatología preexistente, en especial la esquizofrenia y el trastorno bipolar, en cuyo caso el suicidio es consumado no durante la depresión sino durante la manía.
- Psicofármacos prescritos sobre todo en adolescentes y niños, dados que algunos antidepresivos advierten sobre la posibilidad de inducir a fantasías suicidas

Del mismo modo que se ha podido identificar los diferentes factores de riesgo que influyen en la determinación de quitarse la vida en una persona que está atravesada por uno o varios de ellos, se ha podido detectar los factores protectores que actúan como red de contención en los momentos de crisis.

Algunos de estos factores son los familiares, el estilo cognitivo y personalidad, y los factores culturales y socio demográficos.

2.8. Factores Protectores

2.8.1. Patrones familiares

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

2.8.2. Estilo cognitivo y personalidad

- Búsqueda de ayuda cuando surgen dificultades, por ejemplo en el trabajo escolar.
- Búsqueda de consejo cuando hay que elegir opciones importantes.
- Receptividad hacia las experiencias y soluciones de otras personas.
- Receptividad hacia conocimientos nuevos.

2.8.3. Factores culturales y sociodemográficos

- Integración social, por ejemplo participación en deportes, asociaciones religiosas, clubes y otras actividades
- Buenas relaciones con sus compañeros
- Buenas relaciones con sus profesores y otros adultos
- Apoyo de personas relevantes.

2.9. El rol participante de la comunidad en la prevención del suicidio

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:

2.9.1. 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.

2.9.2. 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.

2.9.3. 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.

2.9.4. 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.

2.9.5. 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.

2.9.6. 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 Nacional de Prevención del Suicidio.

2.9.7. Comunidad en general

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 prevención 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 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.

En una intervención Suicidológica a estos grupos se los conoce como *grupos sostén*, y son los que contienen a la población en riesgo después de efectuada dicha intervención.

2.10. Intervenir

Es fundamental tener en cuenta que una intervención suicidológica debe tener como objetivo prevenir el suicidio mas que evitar el acto en si.

Es necesario aclarar que el suicidio no es una enfermedad sino una consecuencia de muchos factores intervinientes y es precisamente que actuando sobre esos factores se puede prevenir. La prevención sólo es posible con la participación de la familia y toda la comunidad factor fundamental es el conocimiento y la aceptación.

Ahora bien, ¿de que hablamos cuando nos referimos a una intervención suicidológica?

La Intervención Suicidológica es aquella acción o grupo de acciones, preventivas, y/o asistenciales, diseñadas y ejecutadas por un profesional o un equipo de profesionales especializados en la temática. Dichos profesionales, basándose en los conceptos

aportados por la suicidología, producen un cambio subjetivo en aquellas personas que pertenecen a una misma red de implicancia, cuando se ha puesto en marcha el proceso suicida.

Existen varios modos de intervenir y diferentes escenarios de intervención

2.10.1. Modelos de intervención

- individual
- familiar
- grupal
- institucional
- comunitaria

2.10.2. Escenarios de la intervención

- Consultorio
- Grupo áulico
- Comunidad educativa (Directivos, Docentes, Padres y alumnos)
- Distrito Escolar
- ONG's, Organizaciones, Instituciones
- Grupos Sociales
- Barrio, Municipio, Provincia
- Programa Nacional de Prevención del Suicidio

2.11. Ejes fundamentales de una intervención Suicidológica

Existen tres ejes fundamentales que sostienen una intervención Suicidológica:

- La Suicidología
- La Intervención en crisis
- La Intervención institucional.

A continuación se describen cada uno de estos ejes que dan marco y estructura a una intervención Suicidológica en una comunidad afectada.

2.11.1. Suicidología

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. () Shneidman, E. (1985) Definition of suicide. New York. Wiley.*

El suicidio ha significado desde siempre una de las grandes incógnitas del ser humano, este ha sido abordado tímidamente por la antropología, la sociología y la psicología.

La disciplina científica que se ha ocupado en profundidad del suicidio es la Suicidología. 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.

La Suicidología pertenece a la Psicología, por lo que esta definición la abarca en todo su sentido, al margen de haber sido esta la primera que definió la disciplina.

Entre sus principales sistematizadores, encontramos EE.UU, en la década del 70, a Shneidman, E y Farberow, N (1973).

Como dice el único latinoamericano 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.

Basándose en esta premisa es que en la institución elegida, se define a 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.

Para Rutz (2004) es tan pertinente el recorrido de este campo desde la clínica, como desde la Salud Pública, como desde una Asociación dedicada al estudio de la problemática. Si bien unos y otros van haciendo énfasis en diversas aristas del nudo epistemológico, nadie desconoce la dispar incidencia de factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales, sin excluir los existenciales y espirituales. En lo que todos coinciden es en el abordaje mensurable y verificable del tema, es decir que la Suicidología plantea el estudio científico del acto suicida y de sus factores intervinientes y dependientes. Rutz, J. (2004).

La Suicidología se centra en la calidad de vida de la población, no sólo trabaja para evitar la muerte. Es una disciplina orientada a determinar los factores protectores apropiados para una comunidad en un momento particular y no sólo detecta factores de riesgo, sino

que promueve una tarea salugénica y preventiva, antes de dar lugar a los dispositivos posventivos y asistenciales.

Es imprescindible, en este tema, tener una teoría de las crisis para su abordaje y resolución, al mismo tiempo que es sumamente necesario que el profesional sepa instrumentar campañas de sensibilización comunitaria, evaluaciones poblacionales y capacitaciones accesibles a distintos niveles de operadores para que ésta sea una tarea que lo comprometa permanentemente con lo vital, ahorre recursos públicos y resguarde la salud psico-física de quienes intervienen.

2.11.2. Intervención en crisis

Cuando se interviene en una comunidad que se ha visto sacudida por una continuidad de suicidios, se interviene en una comunidad en crisis, es por eso que es de vital importancia considerar los postulados básicos de esta disciplina.

El concepto de intervención en crisis según Slaikeu, K. (1988) es el método de ayuda dirigido a auxiliar a una persona y/o familia o grupo para que puedan enfrentar un suceso traumático de modo que la probabilidad de efectos negativos (daño físico y psicológico, estigmas emocionales) se aminore y se incremente la probabilidad de crecimiento (nuevas habilidades, opciones y perspectiva de vida).

Intervenir en una crisis significa introducirse de manera activa en la situación vital de la persona que la está experimentando y ayudarla a movilizar sus propios recursos para superar el problema y recuperar el equilibrio emocional.

Slaikeu, K. (1995) refiere que la intervención en crisis empezó a ser estudiada sistemáticamente a partir de un gran incendio acontecido en 1942 donde murieron casi 500 personas, en EEUU. Desde entonces, la intervención en crisis se consideró imprescindible en cualquier sistema comunitario completo de salud mental.

La teoría de la crisis así elaborada recibió cuatro influencias teóricas:

- la teoría de Darwin de la lucha por la supervivencia, para la cual el ser vivo tiene mecanismos adaptativos para sobrevivir,
- las teorías de autores como Rogers y Maslow sobre la autorrealización y crecimiento del hombre,
- la teoría de Ericsson de las etapas de la vida, donde en cada una hay una crisis para resolver, y
- datos empíricos de observaciones en personas que atravesaron crisis importantes: desastres, enfermedades, muertes familiares, etc.

La intervención en crisis puede entenderse como una estrategia de prevención primaria, de secundaria o terciaria.

- *Prevención primaria*: intervenciones antes que las crisis ocurran, y las estrategias son por ejemplo la educación pública, la instrucción para desenvolverse lo mejor posible en situaciones críticas, etc.
- *Prevención secundaria*: la intervención ocurre inmediatamente después de la crisis, y sus dos estrategias básicas son la primera ayuda psicológica, y luego la terapia en crisis.
- *Prevención terciaria*: dura años después del suceso crítico. Psicoterapia a largo plazo, reentrenamiento, medicación, rehabilitación, etc.

¿Quiénes atienden en las crisis? En el primer término padres, policía, clero, abogados, médicos, enfermeras, asistentes sociales y docentes. En segundo lugar psicólogos, psiquiatras, asistentes sociales, asesores pastorales o escolares y enfermeras psiquiátricas,

¿Dónde? En el primer orden en ambientes comunitarios como casa, escuela, trabajo, como también líneas telefónicas de urgencia, y en el segundo orden clínicas, instituciones e iglesias.

2.11.3. La intervención institucional

El presente trabajo se trata de una intervención que se desarrolla en una población específica e institucional u organizacional. Esta intervención se realizó en el marco de instituciones escolares, con la colaboración de Instituciones gubernamentales como la Municipalidad, y organizaciones sin fines de lucro (ONG).

Cuando se trata de una intervención poblacional es inevitable tener que trabajar con las Instituciones, tal como gubernamentales, escolares, eclesíásticas y ONG.

La Intervención suicidológica en el caso de San Cristóbal mediada por las instituciones gubernamentales, como la municipalidad, las instituciones escolares como la escuelas donde se realizaron los talleres, la ONG “*Trébol*”, que fue una de las principales protagonistas en la iniciativa de la intervención en la población.

Si bien es cierto que algunas instituciones como la de Salud, representada por el director del Hospital, solo figuraron como observadores y que la ausencia de profesionales de la salud mental fue significativa, esto también deja su marca en como ciertas instituciones se sienten invadidas ante una intervención y se niegan a participar o simplemente se colocan desde el lugar de espectadores.

Ahora bien, pero, ¿que se entiende por intervención?

Según Guattari (1987) en el lenguaje corriente esta palabra es sinónimo de mediación, de ayuda, apoyo y cooperación pero también en otros contextos es sinónimo de intromisión, de injerencia e intrusión.

La Psicología Clínica distingue a este acto como mediador por el cual el psicólogo establece entre el mismo y el sujeto, cierto tipo de relaciones humanas que pueden inducir a una dinámica que tiene ya un efecto terapéutico en la conducta.

Para la Psicología Social, y mas particularmente para la Psicosociología, la intervención se convierte en un procedimiento clínico aplicado a las comunidades mas o menos grandes, que dependiendo del enfoque teórico con que se las aborde se diferenciarán en grupos, organizaciones o instituciones.

El caso de la Intervención en San Cristóbal abarca tanto al grupo, identificado por los adolescentes en riesgo, como a las organizaciones e instituciones que han demandado la intervención.

El objetivo de esta práctica es el conocimiento de las situaciones estudiadas, pero lo es todavía más la dinámica de evolución y cambio que pueda derivarse de ella. Luego de la descripción de las disciplinas que sustentan una intervención suicidológica, se procede a describir el trabajo de campo realizado en la ciudad de San Cristóbal.

De esta manera se hace tangible la descripción sobre una intervención poblacional comunitaria y suicidológica.

CAPÍTULO 3

3. Método

3.1. *Diseño de investigación*

Tipo de estudio y diseño a utilizar:

Descriptivo, transversal

Delimitación geográfica y temporal:

Escuela ;

Público reunido en el festival “*Por la vida*”

3.2. *Delimitación de participantes*

Los participantes de este trabajo son por un lado el grupo de psicólogos y ayudantes que viajó a la provincia de Santa Fe para realizar la intervención comunitaria, y por el otro lado la población de San Cristóbal, compuesta por los demandantes de dicha intervención, como padres, profesores y alumnos de colegios secundarios.

También se cuenta como principales actores los adolescentes que participaron en las jornadas de prevención del suicidio durante tres días de actividad intensiva.

3.3. *Universo*

Estudiantes secundarios y adolescentes en general.

3.4. *Muestra*

300 adolescentes, (270 protocolos útiles)

3.5. Método de recolección de datos

- **Técnicas o instrumentos: ISO30**

INVENTARIO DE ORIENTACIONES SUICIDAS ISO-30.

Adaptación de María Martina Casullo (1998)

En nuestro país la Dra. Martina Casullo y la Dra. Alicia Pasalacqua, desarrollaron instrumentos de investigación como la ISO30 y la Escala Espá del Rorschach, que permiten identificar población de riesgo.

El instrumento que se utilizó en la intervención de San Cristóbal fue el inventario ISO30, de King y Kowalchuk (1998), validado para la Argentina por la Dra. Martina Casullo en el año 2000.

El inventario ISO 30 fue diseñado considerando que los intentos suicidas se configuran a partir de un sistema de creencias que puede ser evaluado sistemáticamente.

El mismo está integrado por 30 ítems que se responden sobre la base de una escala de cuatro opciones que van desde totalmente de acuerdo hasta totalmente en desacuerdo.

Permite evaluar:

- Desesperanza
- Baja Autoestima
- Incapacidad para afrontar emociones
- Aislamiento social
- Ideación suicida

Los 30 ítems de la escala de riesgo suicida permiten identificar los factores de riesgo de un potencial suicida. Esta escala puede ser utilizada indistintamente con un paciente en particular, dentro del marco del consultorio como en una intervención comunitaria

Debido a la simplicidad de la administración, completar la escala no lleva más de 20 minutos. Es por ese motivo que la utilidad que tiene esta herramienta para evaluar grandes poblaciones es hasta el momento insustituible

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 a partir de determinadas orientaciones vitales relacionadas con la presencia de sentimientos de infelicidad que progresivamente llevan al sujeto a percibir que el quitarse la vida es la única manera posible de desprenderse de la desesperación y el desánimo.

El inventario puede ser administrado en forma individual o colectiva y 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). Once de los ítems se puntúan en forma inversa. Las respuestas numéricas 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.

El desarrollo de una *orientación suicida* supone una progresión continua que transcurre por tres etapas: *Miedo, Crisis y Resolución*.

- 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.

Dado que la ideación suicida es un buen predictor de la conducta suicida, se otorga especial importancia a las ideaciones suicidas al evaluar las respuestas dadas por un sujeto. Los ítems que evalúan tales ideaciones 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 ISO30. Es importante tenerlos en cuenta cuando la persona evaluada les asigna un valor de 2 ó 3.

Esta prueba permite evaluar:

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

Estudios realizados permitieron determinar su validez concurrente así como su confiabilidad (consistencia interna y test-retest).

Clasificación del riesgo suicida

Si el puntaje bruto es menor a 30 y la cantidad de ítems críticos es menor a 3, el tipo de *riesgo es bajo*.

Si el puntaje bruto es igual o mayor a 30, y la cantidad de ítems críticos sigue siendo menor que 3, se considera *riesgo moderado*.

Mientras que si el puntaje bruto es mayor que 45 o más o la cantidad de ítems críticos son igual o mayor que tres, es considerado como *riesgo alto*.

Independientemente del puntaje bruto, si los ítems críticos son mas de 3 el riesgo es alto

Clave de corrección

Los ítems: 1, 5, 6, 8, 9, 10, 12, 15, 16, 18, 19 20, 21, 23 24, 25, 26, 29 y 30 tienen puntuación directa, o sea: 0, 1, 2 y 3.

Los ítems: 2, 3, 4, 7, 11, 13, 14 17, 22, 27, 28 tienen puntuación inversa, o sea: 3, 2, 1, 0

Como anexo N° 1, se incluye el protocolo del Inventario de Orientaciones Suicidas ISO30 El otro método que se utilizó para la obtención de resultados, fue la Observación participante y la crónica de intervención

Esta metodología sirvió para tener un panorama sobre el estado emocional en situación de crisis que estaban atravesando los adolescentes y la población en general de San Cristóbal.

Debido a la extensión de esta observación, descripta según fecha y horarios, se adjunta como anexo N° 2, bajo el título *"Crónica de Intervención"*.

CAPÍTULO 4

4. Objetivos

4.1. Objetivo General

Describir una intervención suicidológica comunitaria sobre prevención del suicidio en la ciudad de San Cristóbal, provincia de Santa Fe.

4.2. Objetivos Específicos

- Describir el tipo de población sobre la que se realizó la intervención
- Describir los pasos seguidos en dicha intervención
- Analizar el cambio producido en la población después de la intervención

CAPÍTULO 5

5. Descripción

5.1. Población

La población sobre la que se efectuó la intervención suicidológica estaba compuesta por jóvenes estudiantes secundarios.

La muestra total fue de 300 participantes conformando una muestra de 240 protocolos útiles para la medición, conformando una muestra de 77 varones (32,1%) y 163 mujeres (67,9%) con las siguientes observaciones y resultados.

A continuación se presentan los cuadros explicativos de la muestra según lugar de nacimiento, lugar de residencia, educación, estado civil, educación en curso y ocupación

Tabla 1

5.1.1. Distribución según lugar de nacimiento

	Frecuencia	%
Provincia De Bs.As.	2	,8
Resto País	234	97,5
No contesta	4	1,7
Total	240	100,0

Tabla 2

5.1.2. Distribución según lugar de Residencia

	Frecuencia	%
No Contesta	3	1,3
Esa ciudad	237	98,8
Total	240	100,0

Tabla 3

5.1.3. Distribución según educación adulto a cargo

Tabla 4

5.1.4. Distribución según estado civil

	Frecuencia	%
Soltero	229	95,4
Casado	3	1,3
En Pareja	4	1,7
No contesta	4	1,7
Total	240	100,0

Tabla 5

5.1.5. Distribución por situación laboral

	Frecuencia	%
Si	35	14,6
	Frecuencia	%
Analfabeto	3	1,3
Primario Incompleto	232	96,7
Primario Completo	2	,8
Universitario	3	1,3
Completo		
Total	240	100,0

Tabla 6

5.1.6. Distribución por ocupación

	Frecuencia	%
Albañil, Doméstica, Peón, Obrero, etc.	2	,8
Estudiante	199	82,9
Estudia y Trabaja	35	14,6
No contesta	4	1,7
Total	240	100,0

5.2. Estado de la Situación crítica

La intervención suicidológica comunitaria en la localidad de San Cristóbal estuvo dirigida de manera excluyente a un grupo de adolescentes que estaba atravesando una situación de gran estrés debido al suicidio de un compañero de estudio.

Esta situación vino a poner en relieve una realidad que ya venía aconteciendo desde hacía al menos tres años atrás, cuya seguidilla de suicidios conmovía a toda la sociedad pero que, hasta este último suceso, no se había revelado como una situación en crisis con todas las características que esta tiene.

Entendiendo a la intervención en crisis como una estrategia de intervención primaria y considerando que la misma vendría a actuar dentro de la prevención de suicidios en la población, en el caso de la intervención en San Cristóbal -como en todas las intervenciones de este tipo- se trató de una post-vencción, es decir, se actuó después de ocurrido el hecho pero con el objetivo de prevenir hechos futuros.

Mediante talleres y charlas de educación y concientización se pudo llegar a despejar las dudas y confusiones que tenía la población participante, en particular el grupo de adolescentes afectados, sobre el suicidio y sus consecuencias en el medio.

En cuanto a la prevención secundaria se actuó inmediatamente y directamente sobre la crisis en la institución afectada, conteniendo a los alumnos en los mismos talleres que sirvieron como puente para poder lograr la descarga emotiva de los adolescente, su contención por parte de los especialistas y puesta en marcha de aprendizajes de afrontamiento para eventuales crisis posteriores.

Resaltando a la intervención en crisis como prevención terciaria, se puede destacar la formación de los grupos sostén una vez identificados los adolescentes en riesgo suicida moderado o alto mediante la administración y posterior procesamiento de la escala de medición ISO 30.

La situación en la población al comenzar la intervención era de una gran desorganización y caos, y fue preciso poner en claro las diferentes responsabilidades de los diferentes actores para poder darle un marco de organización a la intervención.

De esa manera se convocó a la población a participar tanto en las jornadas de intervención como en el trabajo a largo plazo con los jóvenes en riesgo.

La convocatoria tuvo la respuesta positiva solo de un reducido grupo de padres profesores y alumnos que se comprometieron a participar desde diferentes roles, notándose la marcada ausencia de los agente de la salud pública como de la salud mental de esta comunidad.

No obstante, con la organización de estos grupos de colaboradores la intervención se pudo realizar con éxito.

La programación de las actividades a realizarse fueros seguidas desde el siguiente modelo.

5.3. Intervención

Como la intervención en San Cristóbal era comunitaria e institucional, se implementó el “Programa Escolar de identificación, monitoreo y atención del riesgo suicida”, (P.E.I.M.A.R.S).

Este programa de intervención incluye en sus cinco etapas los principios de la suicidología; la intervención en crisis y la intervención institucional que sustentan la intervención Suicidológica.

La intervención en San Cristóbal solo demandó el cumplimiento de tres de estas cinco etapas, no habiendo sido necesarias las últimas dos debido a la falta de demanda de la población ante el cese de suicidios post-intervención.

5.3.1. Etapa1: Preparación

Jornada de información, diagramación y planificación para docentes, equipos y autoridades escolares.

Ante la demanda de la Secretaría de Acción Social de la Municipalidad de San Cristóbal Provincia de Santa Fe y una ONG de la misma ciudad, se realizó el diseño de una Intervención Psicosocial consistente en: una *Campaña de Prevención del Suicidio y las Jornadas por la Vida*, realizadas a los quince días de comenzada la primera.

La primera parte de la Campaña fue llevada a cabo por adolescentes de diferentes escuelas de la zona y otros no escolarizados, quienes, se ocuparon de la organización de las actividades a realizarse en las Jornadas por la Vida (pintada de murales, pasacalles, escritura de canciones y poesías, grupos de música, entre otras iniciativas) y de su difusión en la comunidad.

El Equipo estuvo conformado por dos profesionales y dos asistentes técnicos, estudiantes avanzados de Psicología.

5.3.2. Etapa2: Pre-intervención (Identificación)

Administración de ISO30 y Pruebas Complementarias

Selección de casos

Distribución por grupos de Riesgo: Alto – Moderado – Bajo

La intervención en San Cristóbal contó con dos escenarios fundamentales.

El primero fue en una Escuela donde el Equipo de intervención tuvo que lidiar con una profunda crisis y resistencia entre los alumnos a la intervención, quienes esgrimían el argumento que la llegada del equipo interviniente se había producido demasiado tarde, que no quería recrudecer el dolor a través de los recuerdos y que era precisamente lo que el equipo estaba promoviendo.

Ante esa situación de crisis se vio la necesidad de desplegar por parte de los profesionales las herramientas necesarias para su contención y tratamiento.

Durante esta intervención en la institución escolar se desarrollaron diversos talleres para permitir que afloren los temas relacionados a la crisis que se estaba desarrollado y a la vez proveer las herramientas para afrontarla.

Los talleres también sirvieron como marco para la primera toma del inventario de riesgo suicida, ISO30, entre los alumnos. Los protocolos contabilizados sumaron 170.

El segundo escenario de intervención se realizó el día siguiente en un festival organizado por los alumnos que participaban de la campaña en *la plazoleta del Ferrocarril*, lugar donde los jóvenes de esa comunidad acostumbran a reunirse cotidianamente.

En el marco de este festival donde se realizaron pintadas de graffiti y murales alusivos que servían para plasmar el sentimiento de los autores con respecto a la situación, se organizó una charla popular donde participaron integrantes de diferentes escuelas como el público en general.

El objetivo de esta charla fue el debate sobre el suicidio, los mitos y falsas creencias que existen alrededor de el, también permitió la expresión de dolor de los jóvenes como la preocupación de los mayores.

Durante la realización de este festival y como temario principal se evaluó con las ISO30 alrededor de 150 adolescentes que no habían participado de la evaluación anterior, de este modo se pudo cubrir tanto el resto de las escuelas no evaluadas, como a los jóvenes no escolarizados.

Al finalizar la jornada se podía contar con cerca de 300 protocolos de la escala de riesgo para ser procesados durante toda la noche de manera que al día siguiente se tuvieran los resultados. De los 300 protocolos, fueron validados 240.

5.3.3.1. Evaluación poblacional con el instrumento ISO30

Resultados ISO30

A continuación se presentan los datos descriptivos de los resultados obtenidos a partir de la aplicación de la Escala de Evaluación de Riesgo Suicida (ISO-30) en la muestra de adolescentes de la ciudad de San Cristóbal (n=240)

Tabla 1

5.3.3.2. Distribución de riesgo suicida según puntuación total e ideación suicida (ítems críticos)

Riesgo	Mujeres		Varones		Total	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%
Riesgo por						
Puntuación						
Bajo	74	45.4	36	46.8	110	45.8
Moderado	67	41.1	28	36.4	95	39.6
Alto	22	13.5	13	16.9	35	14.6
Total	163	100	77	100	240	100
Riesgo por Ideación						
Suicida	Casos	%	Casos	%	Casos	%
Ausente	120	73.6	58	75.3	178	74.2
Presente	43	26.4	19	24.7	62	25.8
Total	163	100	77	100	240	100
Riesgo por						
Ambos Criterios	Casos	%	Casos	%	Casos	%
Ausente	119	73.0	54	70.1	173	72.1
Presente	44	27.0	23	29.9	67	27.9
Total	163	100	77	100	240	100

Tabla 2

5.3.3.3. Medias por sexo para puntaje total y cada subescala

	Mujeres		Varones		Muestra total	
	X	S	X	S	x	s
PJE. BRUTO	32,57	12.71	32.25	12.52	32.47	12.62
DESESPERANZA	5.77	2,75	5.35	2.80	5.63	2.77
BAJA	7.37	3,32	7.43	4.06	7.39	3.57
AUTOESTIMA INCAPACIDAD	9.21	325	9.40	2.88	9.27	3.13
AFRONTAR EMOCIONES SOLEDAD	5.60	3,70	5.21	3.74	5.48	3.71
AISLAMIENTO SOCIAL IDEACION	4.62	4.45	4.86	4.28	4.70	4.39
SUICIDA						

Una vez obtenidos los resultados se procedió a la formación de los grupos sostén que están destinados a adolescentes y adultos con ideas, fantasías y/o tentativas de suicidio, También consultan a familiares y amigos de personas que se han suicidado y 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 intentar suicidio o consumarlo
- Generar una red de sostén para el implicado y su familia
- Orientar a los actores sociales que tratan con población de riesgo.

El grupo sostén opera como un laboratorio de convivencia tendiente a la reconstrucción del lazo, siendo su escenario imaginario mas particularizado el sesgo social de las relaciones que se despliegan en el espacio grupal. Martínez (2007).

Los Grupos Sostén de la intervención `poblacional en San Cristóbal fueron conformados de acuerdo al riesgo suicida: bajo, moderado o alto.

La identificación de la población con riesgo suicida resultó relativamente sencilla dado que una de las consignas de los protocolos de las ISO30, es la identificación con nombre, apellido e institución escolar donde concurre el adolescente evaluado, lo que permite identificar y derivar según el nivel de riesgo al Grupo Sostén correspondiente.

Estos grupos fueron formados por agentes voluntarios como padres, profesores, alumnos secundarios y diferentes actores de la comunidad que participaron junto con el Equipo de

Intervención en las tres de las cinco etapas, como forma de capacitarse para poder intervenir cuando finalice el desarrollo del Programa.

5.3.3. Etapa3: Intervención (Monitoreo y Atención)

Reuniones –frecuencia semanal- de Grupos Sostén para Altos y Moderados

Ejes temáticos de las Reuniones:

- *Mitos y Prejuicios*
- *Factores de riesgo y Factores Protectores*
- *Historia Personal de Pertenencia y Participación*
- *Redes de Apoyo Psicológico y Social*
- *Autoestima*
- *Estrategias de Afrontamiento*
- *Capital Psíquico y Valor de la Vida*
- *Campaña Institucional de sensibilización sobre el Valor de la Vida*

Las reuniones con los grupos de riesgo moderado y alto se programaron desde la culminación de la intervención hasta la fecha en las instalaciones de la ONG “Trébol”, sita en las inmediaciones de la plazoleta de la Estación, donde se realizó el festival.

El seguimiento y formación de los coordinadores de grupos se comenzó a monitorear desde Buenos Aires vía Internet o de manera telefónica. Esta misma vía fue utilizada para el envío del material necesario para las sucesivas reuniones de los grupos sostén.

Durante estas reuniones se trabaja sobre el material enviado y que se corresponde en su mayoría a lo anteriormente mencionado como ejes temáticos para grupos sostén.

CAPÍTULO 6

6. Antes y después de la intervención Suicidológica en San Cristóbal

Uno de los objetivos del presente trabajo es describir el cambio producido luego de la intervención suicidológica en San Cristóbal.

Es necesario mencionar que las únicas estadísticas sobre las que se basó esta intervención fueron las proporcionadas por la jefatura de policía de la ciudad, datos que pueden resultar poco confiables si se quiere intervenir desde una investigación rigurosa.

Si bien es cierto que durante la intervención se pudo medir de acuerdo a los parámetros que exige un instrumento validado y confiable como el utilizado durante las jornadas de intervención, no es menos cierto que esos resultados han sido utilizados solamente para la formación de los grupos de seguimiento de los adolescentes en riesgo.

La intervención Suicidológica en la ciudad de San Cristóbal puede considerarse exitosa, dado que según las nuevas estadísticas policiales que abarcan el segundo semestre del año 2006, todo el año 2007 y el primer trimestre del año 2008, no contabilizan mas que un solo caso en el 2006, acontecido en la ciudad. Por ese motivo se puede deducir que no ha sido demandada por parte de las autoridades locales la segunda parte de la intervención que consistiría en los pasos 4 y 5 anteriormente detallados.

Sería esta la mejor manera de demostrar empíricamente el descenso de los casos de suicidios, sin embargo solo se cuenta con los cuadros comparativos proporcionados por la policía de San Cristóbal , como así también el constante seguimiento sobre los grupos que quedaron funcionando en la ciudad y que no han denunciado ningún caso nuevo.

En cuanto a la información proporcionada por la policía cabe destacar que se ha tomado para esta descripción los datos recogidos tanto en la ciudad como en el Departamento, discriminados por edad, por intentos de suicidios y suicidios consumados

6.1. Cuadros estadísticos

Datos período 2004 / 1er Trimestre 2008

Provistos por la Policía Departamental

Procesados y Analizados - Abril 2008

Según el análisis comparativo de la problemática, incluyendo los intentos de suicidio y los suicidios consumados, tanto en la ciudad con una población de 15.000 habitantes como en el departamento con 65.000 habitantes se infiere que en el año 2004 el total intentos de suicidio fueron 16, mientras que los suicidios consumados sumaron 12, en el año 2005, los intentos sumaron 20 mientras los suicidios consumados ascendieron a 15. Si se considera el primer trimestre del año 2006, hasta la fecha de la intervención suicidológica, los intentos ya sumaban 3 casos mientras que ya se había consumado un suicidio en la ciudad.

Cuadro 1

6.1.1. Análisis Histórico comparativo de la problemática (Is/Sc)

AÑO	2004		2005		2006 prim. Trim.	
INTENTO / CONSUMACION	IS	SC	IS	SC	IS	SC
CIUDAD (15.000 hab.)	4	3	4	2	3	1
TASA X 100.000 h	26,67	20,00	26,67	13,33	20,00	6,67
DEPTO (65.000 hab.)	12	9	17	13	7	4
TASA X 100.000 h	18,46	13,85	26,15	20,00	10,77	6,15

Cuadro 2

6.1.2. Intentos de suicidio

AÑO	2004	2005	2006 prim. Trim.
CIUDAD (15.000 hab.)	4	4	3
TASA X 100.000 h	26,67	26,67	20,00
DEPTO (65.000 hab.)	12	17	7
TASA X 100.000 h	18,46	26,15	10,77

*Cuadro 3***6.1.3. Suicidios consumados**

	2004	2005	2006 prim. Trim.
CIUDAD (15.000 hab.)	3	2	1
TASA X 100.000 h	20,00	13,33	6,67
DEPTO (65.000 hab.)	9	13	4
TASA X 100.000 h	13,85	20,00	6,15

6.1.4. Cuadros comparativos antes y después de la intervención

Uno de los objetivos del presente trabajo es describir el cambio producido luego de la intervención suicidológica en San Cristóbal.

Esta intervención fue realizada cuando solo se contaba con los datos del primer trimestre. Se ha tomado para esta descripción los datos recogidos por la jefatura de policía de la ciudad de San Cristóbal que corresponden tanto a la ciudad como al departamento, Estos datos se discriminan por edad, por intentos de suicidios y suicidios consumados

La práctica seguida para esta descripción es la de agregar a los cuadros anteriores, el resto del año 2006, el año 2007 completo mas el primer trimestre del 2008.

De esta manera se puede apreciar el comportamiento de las estadísticas antes y después de la intervención

*Cuadro 1***6.1.5. Intentos de suicidio por edad y año en el Departamento**

	2004	2005	2006	2007	p.t. 2008
11 A 20	1	3	3	4	1
21 A 30	4	3	3	4	2
31 A 40	1	2		3	1
41 A 50	1	2	1	1	
51 A 60	3	4			
61 A 70	2	1			
+ DE 71		2			
TOTAL DE CASOS	12	17	7	12	4
TASA X 100.000 h	18,46	26,15	10,77	18,46	6,15

Análisis de los datos

En el caso de los intentos de suicidio, en el departamento se muestra una tendencia en las franjas de entre 11 a 20 y la siguiente de 21 a 30, después del año 2006, siendo esta superada por las cifras del año 2005.

*Cuadro 2***6.1.6. Suicidios consumados por edad y año en el Departamento**

	2004	2005	2006	2007	p.t. 2008
11 A 20	1	1	2		1
21 A 30	2	3	2	2	1
31 A 40				3	
41 A 50	1	2		1	1
51 A 60	3	4		2	1
61 A 70	2	1			
+ DE 71		2		2	
TOTAL DE CASOS	9	13	4	10	4
TASA X 100.000 h	13,85	20,00	6,15	15,38	6,15

*Cuadro 3***6.1.7. Intentos de suicidio por edad año en la ciudad**

	2004	2005	2006	2007	p.t. 2008
11 A 20	2		1		1
21 A 30	2	2	1	3	1
31 A 40		2		1	
41 A 50			1	1	
51 A 60					
61 A 70					
+ DE 71		1			
TOTAL DE CASOS	4	5	3	5	2
TASA X 100.000 h	26,67	33,33	20,00	7,69	3,08

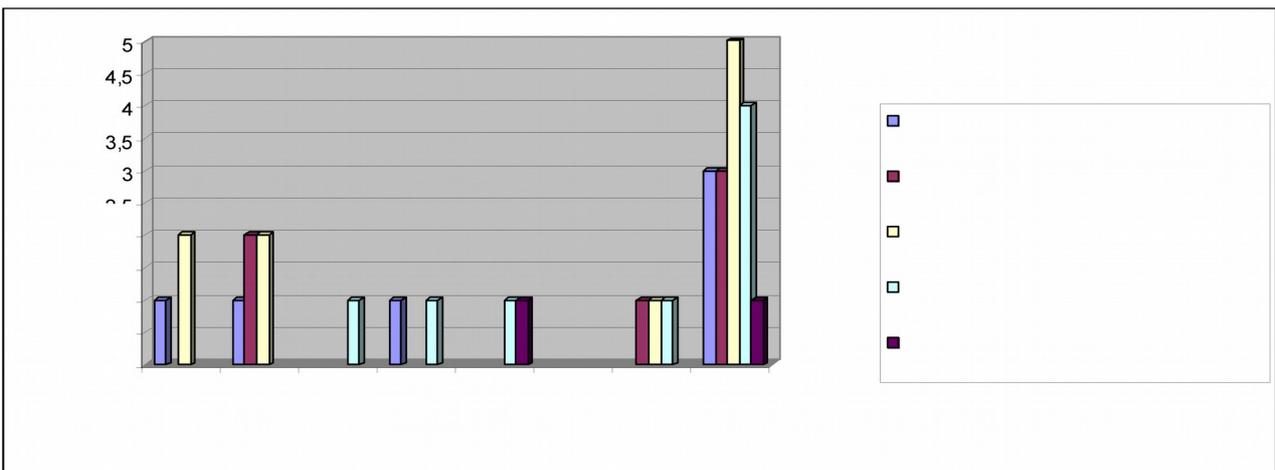
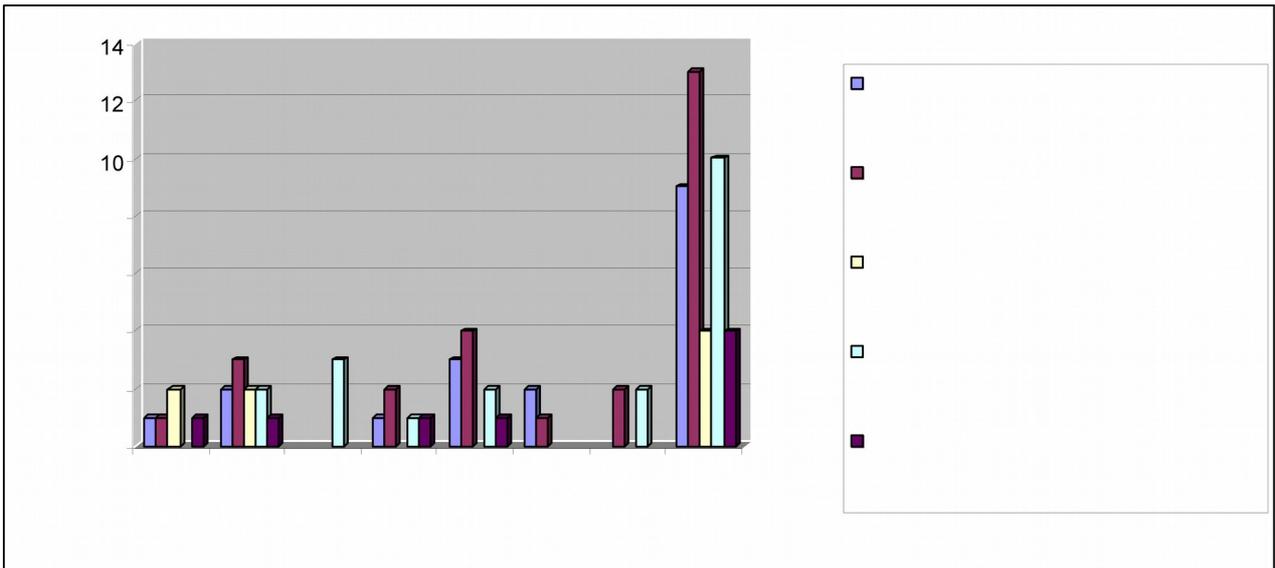
En el caso de la ciudad vemos un ligero incremento en los intentos de suicidio a partir del año 2007, poniéndose a la par del año 2005 con la misma cantidad de casos en total. Este incremento se ve engrosado en la franja siguiente de la tratada en la intervención suicidológica del 2006, es la que corresponde a las edades de entre 21 y 30 años.

*Cuadro 4***6.1.8. Suicidios consumados por edad y año en la ciudad**

	2004	2005	2006	2007	2008 PT
11 A 20	1		2		
21 A 30	1	2	2		
31 A 40				1	
41 A 50	1			1	
51 A 60				1	1
61 A 70					
+ DE 71		1	1	1	
TOTAL DE CASOS	3	3	5	4	1
TASA X 100.000 h	20,00	20,00	33,33	6,15	1,54

Cuadros 4 y 5

6.1.9. Histogramas comparativos



Observando los cuadros comparativos desde los años 2004 hasta el primer trimestre del 2006, y teniendo en cuenta estos datos en los histogramas referidos se puede inferir una conclusión bastante optimista sobre la intervención en San Cristóbal.

El grupo de adolescentes a quienes fue dirigida la intervención no ha vuelto a registrar ningún otro caso.

Quizás entonces se puede empezar a trabajar las conclusiones.

CAPÍTULO 7

7. CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

El programa de identificación de riesgo suicida P.E.I.M.A.R.S, cuenta con cinco etapas como ya se mencionó anteriormente, las etapas que se describen a continuación son las que no se efectuaron a la falta de demanda de la población.

Para un contraste realmente científico de la intervención es muy importante realizar todas las etapas. Aunque esto no se ha realizado, la fluida comunicación que existe con los efectores del programa ya puesto en marcha, y debido a la eficacia de la intervención, se está manejando con los datos enviados por los representantes de los Grupos Sostén, quienes no han reportado ningún suicidio adolescente desde la intervención suicidológica en el 2006.

De cualquier manera está previsto, dentro de un programa de capacitación en intervenciones comunitarias realizar el resto del programa durante el mes de diciembre del 2008 o marzo del 2009, para darle un cierre definitivo a la intervención suicidológica en San Cristóbal

A continuación y a manera informativa se presenta el resto del programa a realizar en las fechas ya mencionadas

Etapas 4: Post-intervención (Evaluación de Eficacia)

Duración: de acuerdo a población a evaluar

Administración de ISO30 y Pruebas Complementarias

Misma población que en Etapa 2

Derivación de casos a tratamiento

Etapas 5: 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.

Si bien se puede observar que la cantidad de intentos de suicidio han seguido manifestándose, estos son muy difíciles de comprobar como ya se ha podido definir en toda la literatura existente sobre los mismos.

Lo que resulta casi imposible ocultar o encubrir por el desenlace fatal, son los suicidios consumados.

Analizando los datos pre y pos-intervención recogidos por la policía de San Cristóbal se puede observar a simple vista que los suicidios adolescentes en la ciudad se detuvieron de manera abrupta después de la intervención.

Lo que resulta significativo en este análisis es que sea la población más afectada tanto en intentos como en suicidios consumados la población rural dentro del grupo etéreo que abarca los desde los 20 a 40 años, población por la cual no fue demandada intervención alguna, siendo que esta supera significativamente a la que sí se interesó en una intervención suicidológica de manera perentoria.

Es bastante notorio, si nos remitimos a la crónica de intervención (Anexo 2) que esta franja etérea, compuesta por adolescentes entre 11 y 20 años es la más sensible a la hora de realizar un mapa de sensaciones y emociones que provocan este tipo de crisis.

Es la que más explicitó su dolor ante la pérdida de un compañero de manera tan trágica como es un suicidio, más aún, es a través de este caso que se ponen en movimiento ellos mismos para movilizar a sus mayores y lograr así poner el foco en la problemática, llamando la atención al resto de la población.

Es también muy cierto que es el grupo que se puede identificar con mayor facilidad, a la vez que también el trabajo con ellos se facilita por el solo hecho de tener a todo el grupo reunido en las escuelas, dado que la mayoría de los jóvenes encuestados para la muestra son estudiantes secundarios de diferentes establecimientos de la ciudad. Pero... ¿Que pasa con el grupo de 21 a 30 años?, ¿Cuál es la situación de la población Rural?....

Como ya se venía observando desde las primeras tablas con los primeros datos, este grupo que es el que sigue según edad, no ha participado de las jornadas, ni de las tomas de las ISO30.

Este grupo está disperso entre el campo y la ciudad, entre las oficinas públicas, los hogares, las pocas fábricas del departamento, y el extenso ámbito rural. Es precisamente este el grupo que se ve claramente en los cuadros estadísticos como el más afectado por los suicidios consumados.

Dado que esta población se dispersa según la tarea o trabajo que le incumbe a cada uno de sus integrantes, existe una gran dificultad para poder testear el riesgo o potencial suicida de la misma. Del mismo modo resulta muy complejo poder hacer una campaña de prevención dado que no es posible ubicarla en un lugar específico como lo es con los adolescentes en la escuela.

Sería de gran valor poder transmitir esta inquietud a la población para concientizarla sobre este problema. Del mismo modo, sería muy importante idear e implementar una campaña de prevención que llegue hasta el más alejado punto del departamento.'

Esto podría realizarse con la colaboración de los medios de comunicación. La radio al menos, que como se sabe, suele estar encendida en cualquier lugar y el canal de Televisión propio con que cuenta San Cristóbal.

Quedaría esta iniciativa para una posterior investigación o intervención.

En conclusión se puede considerar que la Intervención en San Cristóbal resultó exitosa, pues no ha vuelto a ensombrecer las aulas ningún nuevo suicidio.

Ahora bien... ¿Qué está pasando mas allá de las luces de la ciudad?.....

Actualmente existe el Programa Nacional de Prevención del Suicidio que está considerando la propuesta de la Subcomisión de Redacción del Programa de la Mesa Nacional de Prevención del Suicidio.

La Mesa Nacional debe fijar, una vez consensuados los objetivos y establecidos los plazos generales del Programa:

- Líneas de acción prioritarias a desarrollar.
- Etapas en que se subdividirá la instrumentación del Programa.
- Formas de organización de los recursos profesionales, económicos, legales y comunitarios, para la instrumentación de la prevención general, indirecta y directa.
- Modalidad e instrumentos para la detección de población de riesgo suicida (alto y moderado).
- Recursos para el abordaje de los grupos de riesgo detectados y para los grupos vulnerables.
- Modalidad e instrumentos de evaluación del accionar profesional y de la evolución de las acciones asistenciales y posventivas.
- Creación de la Base de Datos del Programa Nacional de Prevención del Suicidio.
- Un sistema de control y ajuste del Programa, basado en la medición periódica de la eficacia del mismo.

Este programa es de vital importancia y de ponerse en marcha se podrían abordar este tipo de poblaciones que en la actualidad resulta casi imposible por la falta de programas globales e integradores como este.

La experiencia de trabajo de campo supone el contacto íntimo con la realidad que está sufriendo una población junto a sus diferentes estratos sociales y sus diferentes actores. En la intervención de San Cristóbal se ha utilizado entre otros métodos ya descritos la herramienta estadística llamada ISO30, sería bueno considerar en futuras intervenciones la utilización de otra escala como la de Bienestar Psicológico. Tal vez de esa manera junto a las estadísticas que sugieran riesgo alto de suicidio se pueda tener una impresión del bienestar psicológico de toda la población.

La idea es tener una aproximación sobre cuales pueden ser los problemas que están llevando a la población a la medida extrema del suicidio.

No necesariamente una escala de Bienestar Psicológico tiene que ser consecuente con la escala ISO30.

Es posible que este experimento pueda resultar sorprendente o cuanto menos innovador, suponiendo que en la toma de la escala ISO30 se registren muchos casos de alto riesgo suicida, mientras la escala de bienestar psicológico sea positiva; o a la inversa, tener un bienestar psicológico negativo en la población con un bajo riesgo de suicida.

Esto daría lugar a otras investigaciones poblacionales.

Un dato a tener en cuenta debido a los últimos acontecimientos por todos conocidos con respecto a la situación de los trabajadores rurales, y teniendo en cuenta en base a las estadísticas que marcan una franca tendencia al aumento de suicidios entre la población campesina.

No se debe olvidar que el campo ha convocado en los últimos años el regreso de muchos jóvenes y adolescentes entre sus filas debido a la alta rentabilidad, si aún así se puede observar que es un grupo claramente marcado por la autoeliminación y los intentos de suicidios, se puede colegir que la motivación no pasaba al menos hasta estas últimas estadísticas por problemas económicos.

Vale bien preguntarse, que puede pasar de ahora en mas, si la problemática no se resuelve de manera favorable al sector rural.

El tiempo lo dirá....

BIBLIOGRAFÍA

- Adam, K. (1985). *Attempted Suicide*. Psychiatric Clinics of North América. 8:2.pp. 183-201
- Rutz, W. (2004); Wasserman, D. (2004) en Martínez, C. (2007). *Introducción a la Suicidología*. Buenos Aires: Lugar
- Casullo, M; Fernández Liporace, M; Contini de González, N. (2005) “Estudio Comparativo Sobre Adolescentes En Riesgo Suicida”, *Revista de Investigaciones en Psicología*. Instituto de Investigaciones, Facultad de Psicología, Año 10, Nº 3, 21-36 Universidad de Buenos Aires –
- Casullo, M. (2000) *Comportamientos suicidas en la Adolescencia Argentina*: Lugar
- Camus, A *El mito de Sísifo*, cap, Un razonamiento absurdo (Ed. Lozada, Buenos Aires, 2004)
- *Basile,H. (2008), Prevención del suicidio adolescente*. Buenos Aires (Biblioteca virtual de Psicopatología) - www.psicoadolescencia.com.ar/. rescatado el 07/05/2008
-
- Cohen Agrest,D (2007) *Por mano propia. Estudio sobre las prácticas suicidas*. Buenos Aires: Fondo de la Cultura Económica, 2007
- Diekstra, R. (1995). En Casullo, M. (2000) *Comportamientos suicidas en la Adolescencia*. Argentina: Lugar
- Durkheim, E. (1897). *El Suicidio*. Buenos Aires: Gorla 2004
- Guattari, F. et al (1987) *Intervención institucional*. México: Ed Plaza y Valdéz. 1987
- Hernández, D. *Talleres de valorización de la vida para adolescentes escolarizados: Intervenciones*. www.suicidología.com
- Kastenbaun, R. (1986) en Casullo, M. (2000) *Comportamientos suicidas en la Adolescencia*. Argentina: Lugar
- King, J. y Kowalchuck, B. (1994). *ISO 30. Inventory of Suicide Orientation*. Minnessota. Nacional Computer Sistem
- Martínez, C. (2007). *Introducción a la Suicidología*. Buenos Aires: Lugar
- Passalaqua, A. y otros (1998). “Investigación sobre suicidio y Rorschach: *Investigaciones en Psicología* . *Revista del Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología, año 2, Nº 1*

- Programa Escolar De Identificación, Monitoreo Y Atención Del Riesgo Suicida: Organización Mundial de la salud OMS (2002) Informe Mundial sobre la violencia y la salud (OMS, 2002)
- OPS, *Organización Panamericana de la Salud* (2006).
- *Programa Nacional de Prevención del suicidio*: [www. suicidología.com](http://www.suicidología.com) (2008)
- Shneiderman, E. (1985) *Definition of suicide*. New York: Wiley.
- Slaikeu, K . (1995). *Intervención en Crisis*. México: El Manual Moderno.

Anexo1

Se incluye protocolo tipo de ISO30

Anexo2

Crónica de una intervención suicidológica

SAN CRISTÓBAL (Pcia De Santa Fe)

Esta es una ciudad de 15.000 habitantes que queda en el norte Santafesino a unos 700 Km. de La Capital Federal. Su población está constituida por familias rurales en su mayoría. La actividad se despliega entre esas tareas del campo como así también las que desempeñan algunos de sus habitantes en la municipalidad, escuelas, el hospital zonal, la parroquia y el pequeño centro comercial.

Cuenta con cuatro escuelas secundarias, que se rigen por la categoría poli modal, siendo obligatoria su asistencia hasta el 8° grado que correspondería al 3° año del secundario.

Esta ciudad fue una próspera población hasta los mediados de los años 90, cuya principal actividad se desarrollaba de manera floreciente gracias al ferrocarril que la atravesaba, siendo éste una de las más importantes fuentes de ingreso para muchas familias de la zona.

Cuando a nivel Nacional se dispuso el cierre de las redes viales de muchas localidades, San Cristóbal se vio directamente afectado, dejando esta medida a más de 1000 familias sin trabajo.

La actitud de los pobladores ante tamaño efecto fue una tímida protesta ante las autoridades, de las cuales no obtuvieron respuestas, quedando todo en la nada, como si nada hubiera pasado. Los obreros aceptaron sus indemnizaciones, el poblado se lleno de pequeños emprendimientos como quioscos, casas de comidas, tiendas, locutorio que con el tiempo fueron desapareciendo junto con los sueños y recursos de sus propietarios.

La queja se quedó puertas adentro, en cada hogar donde había golpeado la puerta este infortunio y en los oídos de estos jóvenes que ahora levantan la voz para convocar a la Asociación por que sus amigos se están matando, por que están doloridos, por que están desorientados, y no saben que hacer.

Han pasado 45 días desde que una muerte dijo basta con la quietud y la abulia.

Se llamaba L y tenía solo 15 años. Nadie ni sus mejores amigos pudieron darse cuenta que él ya no quería seguir viviendo. Esta muerte sacudió al pueblo de su letargo y aunque ya se habían suicidado seis jóvenes desde el 2004 y las cifras iban en aumento, L se convirtió en la consigna para decir basta y pedir ayuda.

La asociación recibió primero un llamado, como tanteando el terreno, luego otro y otro más; mas adelante fue la concertación de una entrevista, hasta que un día tocaron el timbre .

SAN CRISTÓBAL. 22-30. hs.

El equipo de intervención arribaron a la ciudad de San Cristóbal.

En la municipalidad, en la sala de conferencias estaban aguardando al grupo, algunas de las fuerzas vivas locales. Estas estaban integradas por la Directora de acción Social de la municipalidad, por integrantes de una ONG llamada Convivencia: Una Asistente Social, el Director del hospital zonal, una Médica que se desempeña en el mismo hospital, profesores secundarios y 10 alumnos de distintas escuelas, que habían organizado la campaña publicitaria del programa de intervención llamada "Nunca Quise".

Esta reunión había sido concertada con anterioridad, para coordinar las tareas a realizar durante los días siguientes, y a modo de información sobre la campaña que se venía realizando desde hacía 15 días con la consigna antes mencionada.

Los primeros en hablar fueron los jóvenes que se explayaron en cuanto a la campaña que ellos habían planeado y que se hizo efectiva, contando con el apoyo de los medios de comunicación como el diario "El Litoral", el Canal 4 de Televisión de San Cristóbal, El Boliche, carteles callejeros, afiches, pasacalles, propalación, pasacalles, etc. Todo con la misma consigna que disparaba la curiosidad y la fantasía de los lugareños, especialmente los jóvenes y adolescentes .Frasas como..."Será algún novio" o ..."Tal vez es un chico que se quiere matar" fueron recogidas por los jóvenes organizadores desde la calle o los lugares públicos.

Luego de comentada esta campaña, se hizo referencia a los problemas que estaban teniendo los adolescentes de distintos establecimientos escolares, como la Escuela Agro-Técnica cuyas autoridades no estaban de acuerdo con que sus alumnos participaran de las jornadas, motivo por el cuál los jóvenes estaban muy enojados pues ellos tenían

mucho interés en la misma.

También se mencionó a la Escuela Religiosa Santo Domingo, la que estaba representada por algunas jóvenes estudiantes de la misma en cuyo relato explicaron que existía en esa escuela un grupo de estudiantes que se auto agredían quemándose los brazos y otras partes del cuerpo con cigarrillos y que era muy difícil de acceder a ellos pues pertenecían a una especie de pandilla marginal con conductas agresivas.

Los padres y profesores que se encontraban en la reunión se sumaron también a la voz de los chicos manifestando sus preocupaciones por estas conductas de los jóvenes y proponían que se organizaran charlas y talleres públicos y en las escuelas.

Entre las distintas opiniones y reflexiones de todos los presentes surgió una pregunta que resumió toda la confusión reinante como vivo reflejo del pedido de ayuda de toda una comunidad.

¿Que hacemos?...

La Lic. I tomó la palabra y comenzó a transmitir como se llevará a cabo esta jornada de 48 horas. Leyó el cronograma de Actividades que consistía en una intervención en una Escuela , durante la mañana desde las 9 hs. hasta las 12 h, con talleres, toma de las ISO y VVA (Valor de la Vida Adolescente) y debate. A continuación y a partir de las 14 hs. se realizaría un festival en la Plazoleta Principal, donde los estudiantes tendrían la oportunidad de plasmar en las paredes a través de la pinturas de murales todo aquello que querían transmitir en alusión a la vida y a la problemática del suicidio que les afligía, se leerían frases, poesías y letras de canciones alusivas así como también material escrito por los mismos chicos. Se realizaría un debate en torno al valor de la vida. Mientras se desplegaba esta actividad, se estarían tomando a todos los presentes las ISO y La encuesta VVA, para ser procesadas junto a las ya antes tomadas en la Escuela en la mañana, durante toda la noche, para obtener un resultado al día siguiente la actividad comenzaría a las 14 horas en la misma Plazoleta, con escritura de graffiti, descripción de los murales realizados, y la actuación de una banda musical. Según la programación a primeras horas de la tarde ya estarían los resultados de las bases de datos que darían como resultado la identificación de los jóvenes, que según el riesgo (Alto, Moderado o Bajo), serían convocados a los diferentes grupos de atención. Estos grupos quedarían integrados por voluntarios de la comunidad y fuerzas vivas durante esta jornada intensiva, trabajando a la par de los Psicólogos y técnicos especialistas en la temática del suicidio y su prevención que fueron convocados

Luego de leído el cronograma de actividades y entregados los folletos que fueron impresos especialmente para ser repartidos entre los asistentes a la jornada, comenzó la

convocatoria de trabajo.

El Lic. C explicó que antes de comenzar cualquier tarea, para que esta pueda realizarse con éxito y lograr el objetivo esperado es imprescindible contar con la participación de gente comprometida. Explicó además que esta es una tarea a largo plazo, que los suicidios van a seguir ocurriendo, pues esa es la tendencia que se evidencia según los estudios efectuados sobre la población; Que cualquier esfuerzo es en vano si no se mantiene en el tiempo, con el compromiso de toda la comunidad. Prometió dejar capacitado a tres grupos de trabajo y a efectuar una tutoría permanente desde Buenos Aires, así como material de información y capacitación, (Capacitación a distancia).

Se pide gente para trabajar en los grupos de riesgo, como Psicopedagogos, Trabajadores Sociales, médicos, Maestros y Profesores, Operadores Sanitarios, Psicólogos y Padres.

La respuesta a esta convocatoria no es la esperada: El Director del Hospital y su esposa (Ambos médicos, se encuentran renuentes a aceptar el compromiso; Los dos Psicólogos que trabajan en la Ciudad, uno en forma privada y el otro en el Hospital no aceptaron ni siquiera asistir a las reuniones; Los operadores Sanitarios están recién empezando a entrenarse en el Hospital, y el director del mismo no cree que estén listos todavía.

La situación es bastante tensa, ninguno de los profesionales con los que se pensaba contar, quieren comprometerse, ni los médicos que según palabras textuales "Están pero no están", ni los psicólogos que brillan por su ausencia, solo están dispuestos a trabajar los Trabajadores Sociales, algunos profesores, algunos padres preocupados y los chicos.

La convocatoria no estaba dando los resultados esperados... Hay confusión con respecto a esta temática. ¿Pueden comprometerse?, ¿Pueden hacer un seguimiento?

Ante esas dudas, el Lic. C. plantea, que lo más importante es el compromiso de verdad, que no es necesario que las personas que lleven a cabo este programa sean profesionales, sino que estén realmente comprometidas.

En el transcurso de esa reunión quedaron algunas personas a cargo de la puesta en función del programa, estas serían capacitadas durante esos dos días intensivos de trabajo, y se mantenía la esperanza que durante esas jornadas se fueran sumando más

.9 hs

Escuela .

En la Agenda del Equipo de intervención figuraba esta escuela para realizar la primera intervención. La Escuela cuenta con una población estudiantil con características muy particulares. A ella concurren chicos de bajo nivel socioeconómico, existe una sobre edad en los alumnos, en el poli modal, se puede encontrar cursando los últimos años, a jóvenes de más de 20 años, esta escuela se caracteriza por tener una población conflictiva, con chicos con problemas de violencia, adicciones, delincuencia, etc.

Otra de las particularidades que tiene esta escuela, y por la cual el equipo estaba allí, por lo que había sido convocado, es que en ella estaban cursando los últimos tres adolescentes que se habían suicidado en los últimos 5 años : A de 18 ; S de 17 ; y L de 15 años . El último suicidio, ocurrido hacía apenas un mes atrás, era el de L.

Según el cronograma que se debía efectuar en esa escuela, correspondía, luego de la recepción de las autoridades y los alumnos que habían organizado la misma, separar a los alumnos que estaban aguardando en el patio central, en dos grupos. El primero fue formado por todos los chicos menores de 15 años (15 años inclusive) y el segundo por los mayores. Con el grupo de los menores trabajaría la Lic. I., y en el de los mayores el Lic. C. Además en cada uno de los grupos fueron integradas las personas que el día anterior se ofrecieron como agentes para ser capacitados en la tarea a realizar una vez que el equipo se marchara de San Cristóbal. Estas personas se fueron sumando durante la jornada realizada por los profesionales junto a los alumnos.

Los chicos estaban sentados en el piso del patio central, callados, expectantes... se escuchaba de cuando en cuando alguna risita tímida o algún murmullo ininteligible.

La mirada de algunos era de curiosidad, la de otros de desconfianza y desafío.

Las primeras palabras fueron directamente al nudo del problema.

¿Ustedes saben por que estamos acá?...

Si... por el suicidio de L y los otros chicos.

¿Y... ustedes que piensan sobre esto?

L se mató hace un mes...

Se busca...., se pregunta por algún amigo de L, los chicos no quieren hablar. Dice uno desde un rincón, " No quiero hablar de eso, hace mucho mal", otro se acopla desde el fondo del grupo" para que vinieron, para que están acá, para remover todo, nosotros no queremos volver a hablar de eso". Los discursos se sobreponen, mientras algunos piden por el silencio, por no recordar, por no revivir lo que pasó. Acompañando a sus alumnos,

el director del establecimiento, los observa en silencio, asintiendo con sus gestos ante las intervenciones doloridas de esos chicos. Se notaba en su semblante una elocuente preocupación por el giro que había tomado la charla, desaprobando tácitamente nuestra intervención.

Algunos padres, profesores y alumnos, mas lejanos a la tragedia, los incitan a hablar, dicen que hablar les ayudará a ellos y a todos para superar lo que pasó, también puede ayudar a algún amigo que esté pasando un mal momento.

¿Como se hace para seguir viviendo, después de esto?...

El Lic. C. plantea esta consigna para comenzar a trabajar en grupos de aproximadamente 15 o 20 alumnos la temática del afrontamiento, delimitando las fortalezas y debilidades de cada uno de los integrantes y de los grupos en general.

Antes de comenzar la tarea, aclara algunos puntos principales que guiarían la misma a que sea realizada con la mayor cooperación de parte de los chicos., el profesional las denominó "REGLAS DE ORO" y las consignas fueron las siguientes:

Nadie está obligado a decir ni hacer lo que no quiere.

Las planillas que ese van a entregar para realizar las encuestas del Valor de la Vida Adolescente, y el Inventario de orientación suicida, no es obligatorio llenarlas, lo harán quienes quieran hacerlas. Se les informa que estas son nominales y cual es el objetivo de las mismas.

Otra de las reglas de oro consiste en llamar a las cosas por su nombre, a la sinceridad y a la espontaneidad.

La actividad comenzó a desarrollarse como estaba previsto: se separaron los grupos, cada cual tenía una actividad diferente previamente programada. Se trabajo con afiches, donde los chicos separaban en dos columnas las debilidades y fortalezas de cada uno. Estos afiches fuero luego expuestos, leídos y discutidos en general, llegando a la conclusión que muchas de las debilidades y fortalezas que en un principio eran individuales, coincidían con las debilidades y fortalezas grupales, de la población.

Como corolario de la tarea, los grupos debían reunirse en un salón para explicar al resto sobre el trabajo que se había realizado, de esta manera se podría introducir la charla que abarcaría el total de la temática que se venía a tratar, mientras esa charla se desarrollaba, los alumnos que querían contestarían el inventario y la encuesta para luego ser evaluados informáticamente, obteniendo una primera aproximación de la magnitud del problema, basándose en el resultado de las evaluaciones.

A medida que se desarrolla la charlas presidida por el Lic. C., el debate entre los chicos se hace cada vez mas acalorado. Algunos opinan que los adolescentes cuentan con la

fuerza que los adultos no tienen para denunciar lo que está pasando en la comunidad, se sienten capacitados y con ganas de hacer algo para que esa realidad cambie. Entre sus palabras se escucha el reclamo hacia los mayores, por la falta de apoyo y compromiso.

La discusión sobre la tarea de los afiches da lugar al descubrimiento de las debilidades y fortalezas de esa sociedad, alrededor de las cuales empieza a tomar el rumbo de la charla, cada vez más comprometida y más espontánea de los chicos y los adultos que comparten el lugar.

Se habla de la muerte. Se le pone nombre y apellido a la muerte. Se habla desde el dolor, desde la impotencia, desde el miedo y la estigmatización. Se nombra al amigo que no está, que decidió morir, de la culpa, de las preguntas que le harían; El por que sin respuesta o el por que de las tantas respuestas. Y las dudas y las preguntas.

Entre los afiches que cuelgan en el pizarrón y en las paredes, se encuentra uno especial, diferente, con otra consigna, con otro nombre, el nombre del amigo muerto. El nombre de L. Este afiche fue confeccionado por los cuatro amigos de L, que se oponían a la tarea, que no podían ni querían expresar con palabras tal sufrimiento, aquellos a los que le parecía absurdo el volver hacia atrás a remover aquella experiencia.

Era un afiche color amarillo, sobre el cual los cuatro amigos habían dejado escritos sus mensajes llenos de dolor. Todas aquellas palabras que no podían salir de sus gargantas, se habían hecho un lugar desde el lápiz y el marcador, estampando despedidas, promesas, preguntas, respuestas.

Pero llegó el momento de hablar esas palabras no dichas, ese dolor acumulado, la rabia, la impotencia. Los cuatro estaban en el fondo del salón, callados serios, abrumados...conteniéndose. Las palabras llegaron a la boca y descargaron la bronca y el dolor. *“¿Para que vinieron?!... Por que no vinieron antes, ahora ya es tarde. Esto solo sirve para hacer mas daño. ¡L ya no está!! ¡No deberíamos estar acá, no deberíamos haber venido!..”*

Y también llegaron las lágrimas.

En el momento en que salían enojados del salón, Llegaba la Lic. I con su grupo, y sus brazos fueron a desagotar su pena, cuatro adolescentes, cuatro niños asustados, doloridos y desconcertados fueron sostenidos en silencio y consolados. Luego se fueron.

Todo este acontecimiento sirvió para que los adultos se dieran cuenta del compromiso que debían adoptar con sus jóvenes. Se escucho la autocrítica del centro de estudiantes, Que no hicieron bien las cosas, hasta que fue demasiado tarde.

A partir de entonces algo empezó a cambiar en San Cristóbal, algo empezó a gestarse y a madurar: El compromiso de los adultos.

Escuela S.

El equipo fue convocado para concurrir a la Escuela S, donde habían detectado a dos jovencitas con ideaciones suicidas. Estas chicas habían sido amigas de L, ambas presentaban dificultades curriculares y sociales. Habían cambiado sus hábitos y la manera de vestirse, pertenecían a un grupo marginal que estaba involucrado con las drogas y actos delictivos llamado "Los del Bajo", tenían problemas con la policía. La madre de una de ellas había leído en su diario íntimo sobre sus ideas suicidas, lo cual se lo comentó a la preceptora del colegio. Esta enterada de la presencia del Equipo , se contacta con el mismo para pedir una intervención.

En el momento que el grupo llega al colegio, se encuentra que estas dos chicas en cuestión habían faltado a clase, por lo que no se podía hacer nada por ellas.

Festival En La Plazoleta. 16. 30 hs.

A partir de las 14-30 hs., empezaron a llegar los alumnos de diferentes escuelas a la plazoleta, se dedicaron a seguir pintando los murales alusivos a las jornadas, que habían comenzado los días anteriores.

El entusiasmo era general, había un movimiento inusual en la ciudad.

A las 14-30 estaba previsto comenzar con el festival que había sido organizado por los diferentes grupos de estudiantes, del cual participarían 4 escuelas y la escuela S.

La actividad comenzó a la hora prevista.

Las escuelas a través de sus representantes tenían como tarea la recopilación de frases, poesías, canciones y cartas que hablaran sobre las distintas problemáticas de los adolescentes y el suicidio en especial

La consigna también incluía el leer este material y discutirlo con los profesionales encargados de dirigir la actividad

Esta actividad sirvió como disparador para poder expresar todas las dudas, sentimientos y emociones que tenían los chicos sobre el tema del suicidio.

Esta actividad y debate fue conducido por la licenciada Iglesias.

A continuación. Y a modo de ejemplo se transcriben algunas de las demandas, dudas, creencias y preocupaciones de los jóvenes.

"El suicidio es una cobardía, la vida vale más que hacer eso"

"Todo problema tiene una solución, hay que encontrarla"-

"¿Y si no la encontrás?"

"¿Uds. piensan que los adolescentes son la oveja negra?"-

"No. Creo que somos lo que estamos llevando todo adelante"-

¿Que es todo?"

"El futuro, el mundo, la sociedad".

"Los que se suicidan son los que son tímidos, por que no tienen amigos. Hay que ayudarlos"

"Hablándoles pueden sacar cosas para que no los envenenen, para que no quede la bronca adentro"

Lic. I. ¡"Acá son todos amigos?"

"No"

"Vivir acá es un total despelote"

Lic. I"¿Hay violencia?"

"¡Si, Si, Si!!!!...(a coro)

Lic. I. "¿Discriminación?"

"Chicos que pegan a otros chicos".

Mientras se desarrollaba esta actividad, todos los chicos que estaban dispuestos, podían responder las encuestas del Valor de la Vida Adolescente y la ISO 30. Esta convocatoria fue aceptada masivamente, al punto de que fueron encuestado cerca de 300 jóvenes durante esa jornada.

Esta actividad duró aproximadamente hasta las 18-30 hs. cuando daba comienzo el baile y las funciones de Karaoké, conducida por los mismos chicos organizadores.

Paralelamente y en otro lugar de la ciudad, previamente estipulado, según el cronograma de actividades, en (...), se realizó una charla informativa para padres y comunidad en general, dirigida por el Lic. C., donde se puso en conocimiento a la concurrencia sobre el estado de emergencia poblacional con respecto al crecimiento de los índices de suicidio que venía aconteciendo de manera continua en los últimos años.

Mediante un documento audiovisual se mostró durante esa reunión estos datos recopilados por la Policía y el Hospital.

Esta charla tuvo como objetivo concientizar a la población, informarla y a la vez comprometerla con la problemática, a tal punto de poder lograr que cada poblador sea un informante de cualquier conducta de riesgo que pudiera observar y comunicarla al coordinador de los grupos de trabajo para tomar las medidas que correspondan

Cena De Trabajo. 22.hs.

El Equipo junto a los representantes de las distintas fuerzas de la comunidad de San Cristóbal, se reunió en un restaurante céntrico, con el objeto de organizar los equipos de trabajo que quedarían a cargo del tratamiento de la emergencia comunitaria, continuando con el programa de intervención.

El conjunto había quedado conformado por quienes se habían comprometido desde un primer momento. Como era de esperar, ni el hospital, con el director y sus operadores sanitarios, como tampoco los profesionales psicólogos se acercaron a ofrecer sus servicios.

El compromiso llegó de un grupo de padres y profesores que durante toda la jornada estuvieron trabajando junto a los especialistas.

Los grupos de intervención quedaron conformados para tratar los tres niveles de atención clasificados luego de la evaluación de las ISO30.

La organización de esta tarea se dispuso durante la cena, acordando quienes serían los responsables de cada nivel y quien los coordinaría para su mejor funcionamiento.

El Lic. C. y la Lic. I informaron sobre la tarea que deberían realizar, del material que se les entregaría y como debían utilizarlo.

También se especificó cual sería el rol del coordinador de los grupos y la modalidad de tratamiento de acuerdo al riesgo de cada sector, se explicó como hacer para comprometer a la comunidad ofreciéndoles el compromiso de un seguimiento permanente desde Buenos Aires en su capacitación.

Mientras todo esto acontecía, en un pequeño centro informático, improvisado en la vieja estación de trenes, se preparaba para procesar las ISO 30 , durante toda la noche, para tener el resultado a primeras horas de la mañana y poder de esa manera identificar a los jóvenes en riesgo y distribuirlos en los diferentes grupos.

. 9 hs

Desayuno De Trabajo

El Equipo junto al coordinador y los encargados de los grupos de intervención se reunieron en el mismo restaurante de la noche anterior en un desayuno de trabajo. Para

analizar en conjunto el resultado del procesamiento de los inventarios de riesgo suicida, sobre los cuales se había trabajado hasta ese momento habiendo alcanzado el objetivo de tener discriminados a los jóvenes que no tenían riesgo, los que lo tenían moderadamente y los de alto riesgo.

A partir de ese momento se distribuyó el personal que estaría a cargo de cada uno de los grupos como así también las modalidades de intervención según el riesgo.

Se puso en conocimiento sobre la utilización de la ficha de evaluación de riesgo, las fichas de atención telefónica y la técnica de las ISO 30, que serían abordadas en profundidad con un seguimiento a distancia .

Casa De La Cultura. 10. hs

Conferencia.

Esta conferencia se realizó en la Casa de la Cultura de la Localidad de San Cristóbal, con la presencia del Intendente Municipal, Concejales Municipales y el director del Hospital, se encontraban también algunos operadores sanitarios, identificados con credenciales, operadores sociales y comunitarios, Representantes de las ONG de la ciudad, Autoridades Escolares, profesores, maestros, y la prensa en general.

El canal 4 de san Cristóbal y la radio local, entrevistaron a los Lic. Martínez e Iglesias sobre la actividad realizada, para sus programas de los días lunes y martes que se emitirían a partir de las 12 del mediodía.

La temática propuesta para esta conferencia fue sobre “El Análisis de la Problemática del Suicidio en San Cristóbal” y estuvo dirigida por el Lic. C.

A medida que ingresaban diferentes representantes de las fuerzas vivas de la comunidad y el público en general, se les fue entregando todos los folletos que estaban previstos para la ocasión: La revista (...), El periódico “El otro” como así también un Tríptico que había sido elaborado especialmente para esta intervención. Este tríptico de fácil comprensión también fue distribuido durante las jornadas en la Plazoleta a todo participante o curioso que se acercaba al lugar. El mismo cuenta con información básica e indispensable para detectar Factores de riesgo generales, conocer los prejuicios y preconceptos relacionados al suicidio y cuales son los riesgos en la adolescencia, niñez y adultez. Este tríptico sirve también como una guía entre lo que se debe hacer y no en casos de riesgo suicida y el título del mismo es “**¿Que sabemos sobre suicidio?**”

Apertura De La Conferencia

Para esta conferencia se había programado informar a la comunidad con datos estadísticos sobre la problemática del suicidio en San Cristóbal, estos datos habían sido recabados por la policía y que serían procesados en Buenos Aires para mayor exactitud, pero estos debían poner en conocimiento a la población sobre la emergencia de la intervención comunitaria que se estaba realizando, como a la vez la necesidad del compromiso real de todas las fuerzas vivas y de la población para atacar este grave problema.

A medida que se mostraban los datos, los participantes comenzaron a contar anécdotas, a hacer preguntas, a interesarse cada vez más sobre lo que estaba ocurriendo.

Con la proyección de un documento en Power Point, se informó sobre la *Sucidología*, ciencia que se ocupa de la detección, atención y prevención del suicidio. También se proyectaron diferentes investigaciones sobre “La Urgencia Social sobre el Suicidio” del CONICET y los datos epidemiológicos de San Cristóbal que mostró una significativa tendencia de crecimiento de Marzo a Marzo .

De acuerdo al análisis de los datos recopilados durante la jornada de intervención se informó a los presentes que los grupos de intervención se habían formado con la participación de 10 voluntarios, en su mayoría pertenecientes a la municipalidad y que estos grupos se dividirían la tarea en tres equipos de atención comunitaria de acuerdo al nivel de riesgo:

- 1º) Grupo de riesgo bajo: 40%
- 2º) grupo de riesgo moderado: 25%
- 3º) Grupo de riesgo alto (...)

Al finalizar la conferencia se abrió un debate público en el que se aclararon dudas y se plantearon las diferentes opciones de tratamiento a la emergencia. La consigna que estuvo presente durante toda jornada fue la del compromiso de todas las fuerzas vivas de la comunidad, y de toda la población en general.” *Involucrarse y comprometerse es la única llave de éxito de todo este trabajo*”. Estas fueron las palabras finales del Lic. C.

Final De Las Jornadas Por La Vida - 14 Hs.

Desde muy temprano se podía observar grupos de jovencitos con sus equipos de mate bajo el brazo, cargando pinturas y pinceles, escuchando “La cumbia Santafesina”, rumbo a la plazoleta.

El intendente había dispuesto que algunas paredes a su alrededor y otras cercanas a la estación de trenes, estuvieran disponibles para que los jóvenes plasmaran en sus pinturas, todo lo que quisieran manifestar, como parte de la actividad organizada para este evento.

La actividad del día estaba prevista para las 14 hs, pero desde la mañana temprano se los vio trabajar con entusiasmo

Esta actividad, fue dirigida por los dos especialistas, mientras el resto del equipo conversaba con los jóvenes, tomaba notas de la actividad y repartía los folletos.

A las 15 hs. se comenzó con la recorrida de los murales, dejando que cada una de las escuelas representadas por sus jóvenes artistas explicara sus obras. Esta actividad fue aprovechada para que mediante la descripción y explicación de sus trabajos se pusiera de manifiesto los sentimientos de los adolescentes sobre lo que estaba pasando en su comunidad. Se les entregó, también, aerosoles de diferentes colores, para que espontáneamente, estamparan sus graffiti en las paredes. Estos aerosoles no solo fueron utilizados por los chicos, algunos adultos que los acompañaban también dejaron impresas sus emociones en los muros.

Al mediar la tarde, cuando ya se había concluido con éxito la labor prevista, el equipo de intervención tenía programado la conformación de los grupos de riesgo entre los presentes, para convocarlos a las reuniones pertinentes durante la semana. Si bien estaban presentes los diez voluntario junto al coordinado de los grupos, el número de jóvenes que quedaban en la plazoleta no era lo suficientemente populoso como para que los jóvenes identificados de acuerdo al riesgo pasaran desapercibidos para el resto, situación que podía resultar negativa a la hora de la convocatoria, por lo que se dispuso postergar para otra ocasión la formación de los grupos. Esta tarea la tendrían que desplegar los integrantes de los grupos de intervención por sus propios medios, ya que el equipo terminaba esa tarde con lo previsto y regresaba a Buenos Aires. Se convino entre todos que esta clasificación y convocatoria a los jóvenes en riesgo se canalizaría a través de las escuelas a las que concurrían.

De esta manera se dio por concluida esta intervención en San Cristóbal. La despedida fue emotiva y calurosa. Quedaron amigos en contacto, **más amigos en el camino.**

CAPÍTULO 1.....	2
1. INTRODUCCIÓN.....	2
CAPÍTULO 2.....	3
2. MARCO TEÓRICO.....	3
2.1. Definición y subtipos de suicidio.....	4
2.2. Proceso suicida.....	5
2.1.1. <i>Ideación suicida: Manifestación consciente sobre pensar o desear morirse.</i>	5
2.1.2. <i>Amenaza suicida o parasuicidio: Expresión de la intención, sin pasar al acto.</i>	5
2.1.3. <i>Plan suicida: Proyecto concreto, que incluye: cómo (con qué medio), cuándo y dónde realizarlo.</i>	6
2.1.4. <i>Crisis suicida: Crisis aguda en la que se vivencia que la muerte.</i>	6
2.1.5. <i>Intento de suicidio: Comportamiento autodestructivo que fracasa en el logro de quitarse la vida.</i>	6
2.1.6. <i>Acto suicida: Comportamiento deliberado de quitarse la vida, con éxito fatal.</i>	6
2.3. Mortalidad por suicidios en el mundo.....	7
2.4. Suicidios en Argentina.....	9
2.5. El suicidio y la adolescencia.....	10
2.6. El suicidio de los adolescentes en Argentina.....	10
2.7. Factores De Riesgo.....	12
2.7.1. <i>Indicadores de riesgo Generales</i>	12
2.7.2. <i>Indicadores de riesgo en adolescentes.</i>	13
2.7.3. <i>Señales indirectas.</i>	13
2.7.4. <i>Señales directas</i>	14
2.7.5. <i>Factores de riesgo etiológico subyacente</i>	14
2.8. Factores Protectores.....	15
2.8.1. <i>Patrones familiares</i>	15
2.8.2. <i>Estilo cognitivo y personalidad</i>	15
2.8.3. <i>Factores culturales y sociodemográficos.</i>	15
2.9. El rol participante de la comunidad en la prevención del suicidio.....	15
2.9.1. <i>Salud</i>	16
2.9.2. <i>Educación</i>	16
2.9.3. <i>Fuerzas Armadas y de seguridad</i>	16
2.9.4. <i>Justicia</i>	16
2.9.5. <i>Iglesia</i>	16
2.9.6. <i>Medios de comunicación</i>	17
2.9.7. <i>Comunidad en general</i>	17
2.10. Intervenir.....	17
2.10.1. <i>Modelos de intervención</i>	18
2.10.2. <i>Escenarios de la intervención</i>	18
2.11. Ejes fundamentales de una intervención Suicidológica.....	18
2.11.1. <i>Suicidología</i>	19
2.11.2. <i>Intervención en crisis</i>	20
2.11.3. <i>La intervención institucional</i>	21
CAPÍTULO 3.....	23
3. Método.....	23
3.1. Diseño de investigación.....	23
3.2. Delimitación de participantes.....	23
3.3. Universo.....	23
3.4. Muestra.....	23
3.5. Método de recolección de datos.....	24

	65
CAPÍTULO 4.....	27
4. Objetivos.....	27
4.1. Objetivo General.....	27
4.2. Objetivos Específicos.....	27
CAPÍTULO 5.....	28
5. Descripción.....	28
5.1. Población.....	28
5.1.1. <i>Distribución según lugar de nacimiento</i>	28
5.1.2. <i>Distribución según lugar de Residencia</i>	28
5.1.3. <i>Distribución según educación adulto a cargo</i>	29
5.1.4. <i>Distribución según estado civil</i>	29
5.1.5. <i>Distribución por situación laboral</i>	29
5.1.6. <i>Distribución por ocupación</i>	30
5.2. Estado de la Situación crítica.....	30
5.3. Intervención.....	31
5.3.1. <i>Etapal: Preparación</i>	32
5.3.2. <i>Etapal2: Pre-intervención (Identificación)</i>	32
5.3.3.1. <i>Evaluación poblacional con el instrumento ISO30</i>	34
5.3.3.2. <i>Distribución de riesgo suicida según puntuación total e ideación suicida (ítems críticos)</i>	34
5.3.3.3. <i>Medias por sexo para puntaje total y cada subescala</i>	35
5.3.3. <i>Etapal3: Intervención (Monitoreo y Atención)</i>	36
CAPÍTULO 6.....	38
6. Antes y después de la intervención Suicidológica en San Cristóbal.....	38
6.1. Cuadros estadísticos.....	39
6.1.1. <i>Análisis Histórico comparativo de la problemática (Is/Sc)</i>	39
6.1.2. <i>Intentos de suicidio</i>	39
6.1.3. <i>Suicidios consumados</i>	40
6.1.4. <i>Cuadros comparativos antes y después de la intervención</i>	40
6.1.5. <i>Intentos de suicidio por edad y año en el Departamento</i>	41
6.1.6. <i>Suicidios consumados por edad y año en el Departamento</i>	41
6.1.7. <i>Intentos de suicidio por edad año en la ciudad</i>	42
6.1.8. <i>Suicidios consumados por edad y año en la ciudad</i>	42
6.1.9. <i>Histogramas comparativos</i>	43
CAPÍTULO 7.....	44
7. CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN.....	44
BIBLIOGRAFÍA.....	48
Anexo1.....	50
Anexo2.....	50