



Argentina
Presidencia

Ministerio
de Desarrollo Social

Ministerio
de Educación

Ministerio
de Salud

Ministerio
de Seguridad



Argentina
Presidencia

Abordaje intersectorial de la problemática del suicidio y de las autolesiones

MESA DE TRABAJO INTERSECTORIAL 2021



Autoridades:

Presidente de la Nación

Dr. Alberto Ángel Fernández

Ministerio de Desarrollo Social

Lic. Daniel Fernando Arroyo

Ministerio de Educación

Dr. Nicolás Alfredo Trotta

Ministra de Salud

Dra. Carla Vizzotti

Ministerio de Seguridad

Dra. Sabina Andrea Frederic



Autores

Este documento fue elaborado por la Mesa Nacional Intersectorial para el Abordaje Socio-comunitario de la Problemática del Suicidio en población general con foco en adolescencias y juventudes conformada por:

Ministerio de Desarrollo Social

Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia

Dr. Gabriel Lerner

Subsecretario de Derechos para la Niñez, Adolescencia y Familia

Lic. Mariano Francisco Alberto Luongo

Dirección Nacional para Adolescentes Infractores a la Ley Penal

Dr. Gloria Bonatto

Equipo técnico

Lic. Pedro A. Tiscar

Dirección Nacional de Promoción y Protección Integral de Derechos

Lic. Alejandra Shanaham

Línea de Promoción de la Autonomía y el Protagonismo Adolescente

Lic. Daniela Carro

Lic. Laura Salinas

Lic. Andrea Del Giorgio

Lic. Fabiana Cantero

Lic. Nancy Medel

Lic. Luis Vallone

Lic. Fernando A. Cerrutti



Ministerio de Educación

Subsecretaría de Educación Social y Cultural

Lic. Laura Sirotzky

Dirección de Educación para los Derechos Humanos, Género y Educación Sexual Integral

Directora: Mg. María Celeste Adamoli

Programa de Prevención y Cuidados en el Ámbito Educativo

Coordinadora: Mg. Natalia Laura González

Equipo Técnico

Lic. Miguel Ángel Marelli

Mg. María Gabriela Tarantino

Subsecretaría de Gestión Educativa y Calidad

Lic. María Verónica Piovani

Coordinación de Educación en Contextos de Privación de Libertad

Prof. Pablo Javier Alonso

Equipo Técnico

Lic. Victoria Paulesu



Ministerio de Salud

Secretaría de Acceso a la Salud

Dra. Carla Vizzotti

Subsecretaría de Estrategias Sanitarias

Dr. Alejandro Costa

Dirección Nacional de Abordaje por Cursos de Vida

Dr. Marcelo Bellone

Dirección de Adolescencias y Juventudes

Dr. Juan Carlos Escobar

Equipo técnico Violencias y Lesiones:

Lic. Mariana Vazquez

Dra. Alexia Nowotny

Mg. José Eduardo Gonzalez

Lic. Maia Gosiker

Dirección de Personas Adultas y Mayores

Dra. Adriana Capuano

Equipo técnico

Lic. Ana Clara Prizze

Lic. Adriana Rísoli

Secretaría de Calidad en Salud

Dr. Arnaldo Darío Medina

Subsecretaría de Gestión de Servicios e Institutos

Dr. Alejandro Federico Collia

Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones



Dr. Hugo Barrionuevo

Equipo técnico

Lic. Badano Florencia

Lic. Demasi Andrea

Lic. Gutiérrez María Laura

Lic. Irisarri Guadalupe

Lic. Sola Miriam

Programa de Salud en Contextos de Encierro

Equipo técnico

Dr. Guido Sintas

Lic. Lucía Deluca

Agradecemos el aporte de la Dirección de Estadísticas e Información de Salud

Director Carlos Guevel

Equipo técnico:

Adrián Santoro



Ministerio de Seguridad de la Nación

Unidad Gabinete de Asesores

Lic. Cecilia Rodriguez

Dirección Nacional de Estadística Criminal

Dra. Ángela Oyhandy

Dirección de Relevamiento y Análisis de la información

Lic. Victoria Lucero

Equipo técnico:

Lic. Mauro Rossetto

Lic. Cecilia Samanes

Subsecretaría de Formación y Carrera

Dra. Karina Gabriela Mouzzo

Dirección Nacional de Formación y Entrenamiento

Dra. Alina Ríos

Dirección Nacional de Ingreso y Carrera

Lic. María Soledad Mangiavillano

Equipo técnico:

Lic. María Laura Hissa

Lic. Gregoria Alarcón

Lic. Leticia Barril

Subsecretaría de Derechos, Bienestar y Género

Dra. Sabrina Calandrón

Dirección Nacional de Bienestar Policial



Dr. Santiago Galar

Dirección de Políticas de Promoción y Protección de Derechos

Dra. Elea Maglia

Coordinación de Promoción de Derechos Sociales

Lic. Mariano Copo

Equipo técnico:

Lic. Karina Orlando

Este documento contó con el apoyo técnico de

UNICEF Argentina.

Representante Luisa Brumana

Representante adjunta Olga Isaza

Especialista en Salud Fernando Zyngman

Revisión del documento Luciana Lirman

Diva Moreno (asesora Unicef)

Edición, compilación y redacción del documento: Agustina Sulleiro



ÍNDICE DOCUMENTO

“Abordaje intersectorial de la problemática del suicidio y de las autolesiones”

MESA DE TRABAJO INTERSECTORIAL 2020

INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO 1: EL SUICIDIO COMO PROBLEMA PÚBLICO

1.1. El suicidio como problema de salud pública

1.2. El suicidio como problema público en Argentina

CAPÍTULO 2: CARACTERIZACIÓN DE LA PROBLEMÁTICA DEL SUICIDIO

2.1. Algunas definiciones conceptuales

- El suicidio como una manifestación de la problemática de las violencias
- Violencia autoinfligida con intención suicida
- Violencia autoinfligida sin intención suicida
- Semejanzas y diferencias entre la violencia con y sin intención suicida: problemas en torno a la noción de intencionalidad

2.2. Multidimensionalidad y complejidad: el suicidio como acto individual y como problema social-comunitario

2.3. Enfoque de riesgo y perspectiva de vulnerabilidad

- Prevención y enfoque de riesgo
- Promoción de la salud y perspectiva de vulnerabilidad



2.4. Modelo ecológico para comprender las violencias

CAPÍTULO 3: ABORDAJE INTEGRAL Y COMUNITARIO DE LA PROBLEMÁTICA DEL SUICIDIO DESDE UN ENFOQUE DE DERECHOS

3.1. Modelo de abordaje comunitario

3.2. El sujeto de derechos y la subjetivación de derechos

- Niñas/os y adolescentes sujetos de derechos

3.3. Intersectorialidad

3.4. Corresponsabilidad

3.5. Mesas de Trabajo Intersectoriales

CAPÍTULO 4: PARTICULARIDADES DEL ABORDAJE DESDE LOS DISTINTOS SECTORES INTERVINIENTES

4.1. Circuito de intervención integral

- Prevención del suicidio y promoción de la salud
- Atención
- Seguimiento
- Posvención

4.2. Salud

4.3. Educación

4.4. Áreas de Niñez y Adolescencia y organismos locales de Promoción y Protección de Derechos de Niñas/os y Adolescentes

4.5. Seguridad



CAPÍTULO 5: PARTICULARIDADES DE LA PROBLEMÁTICA DEL SUICIDIO EN DETERMINADOS GRUPOS POBLACIONALES

5.1. Adolescentes

- La adolescencia como etapa vital
- Las adolescencias y la violencia autoinfligida

5.2. Personas mayores

- Aproximación a una mirada integral de la vejez
- El suicidio en personas mayores
- Orientaciones para el abordaje

5.3. Personas en contextos de encierro

- Personas privadas de libertad
- Muertes bajo custodia del Estado
- Algunas conclusiones preliminares: estado de situación (o situación del Estado)

5.4. Personal de las Fuerzas Policiales y de Seguridad

- Las Fuerzas como ocupación de alto riesgo
- El suicidio y las Fuerzas
- La verticalidad y horizontalidad en el abordaje integral y estratégico del suicidio: una tarea de todos
- El rol de las/os jefas/es en la prevención del suicidio y la promoción del bienestar
- Barreras en la búsqueda de ayuda dentro de la cultura institucional policial

CAPÍTULO 6: REGISTROS ADMINISTRATIVOS DE SUICIDIO Y SUS DIFICULTADES

6.1. Sistemas de registros

6.2. Dificultades y debilidades

6.3. Capacidades instaladas

6.4. Aproximaciones para la mejora y nuevos desafíos



ANEXO 1: RECOMENDACIONES PARA LA CONFORMACIÓN DE UNA MESA DE TRABAJO INTERSECTORIAL

ANEXO 2: ¿CÓMO HABLAR DEL SUICIDIO EN LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN?

ANEXO 3: DESARMANDO PREJUICIOS: DECONSTRUIR PARA CONSTRUIR

ANEXO 4: PAUTAS PARA EVITAR EL USO INAPROPIADO DE DIAGNÓSTICOS, MEDICAMENTOS U OTROS TRATAMIENTOS A PARTIR DE PROBLEMÁTICAS DEL ÁMBITO ESCOLAR

ANEXO 5: SITUACIONES DILEMÁTICAS PARA ANALIZAR



Introducción

El suicidio es un fenómeno multicausal y complejo del que se ha demostrado su carácter psicosocial, lo que nos impide reducirlo a instancias privadas o individuales. Es un fenómeno de gran magnitud a nivel mundial y en nuestro país, siendo capaz de generar no solo la pérdida evitable de una vida, sino un alto impacto emocional para las familias y la comunidad. En tanto resulta difícil medir los alcances de esta problemática a nivel individual y colectivo. El silenciamiento y la no elaboración de estos padecimientos producen un daño en la trama social y afectiva de las personas. Aunque a nivel general los números de casos pueden resultar bajos, a nivel local puede tener un impacto significativo.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), ya desde el año 1966 viene planteando a la prevención como principal estrategia para su abordaje y disminución. A la vez, este fenómeno se inscribe dentro del grupo de las violencias, sumándole a la complejidad que de por sí ya tienen estas, el carácter autoinfligido mostrando el interjuego entre la voluntad y representaciones sociales de la muerte. El contexto sociocultural define las representaciones y los mitos que circulan en una comunidad, con las que se afronta la interpelación que esta produce: horror, vergüenza, culpabilidad, siendo además el mutismo o la paralización las secuelas típicas que se actualizan.

Todo ello pone en evidencia el desafío del Estado a la hora de articular las diversas respuestas de sus instituciones con la comunidad, proveer herramientas y recursos a fin de garantizar los derechos de los ciudadanos, principalmente a la vida y a la salud. Es preciso que estas respuestas sean intersectoriales e interdisciplinarias desde una perspectiva de corresponsabilidad en la cual el carácter integral considere los distintos niveles de los factores individuales y contextuales. Ninguna de las instituciones puede dar una respuesta integral y eficiente si actúa por sí misma y de manera aislada.

Para llevar adelante este trabajo en conjunto desde la diversidad de actores es preciso llegar a acuerdos respecto a la conceptualización del fenómeno y a los modos de abordaje desde sus generalidades hasta las particularidades que surjan en cada situación. Partiendo de un modelo de abordaje comunitario y que entiende que los procesos de salud - enfermedad - atención - cuidado se producen en el ámbito territorial, por

lo que el despliegue y fortalecimiento de redes solo es posible a partir de la participación y planificación efectiva de la comunidad.

En nuestro país, la promulgación de Ley Nacional de Prevención del Suicidio N° 27.130 constituyó la consolidación dentro de las políticas públicas de esta problemática, posicionando a nuestro país como pionero en contar con un marco legal para este tema. Esta ley tiene como objeto la disminución de la incidencia y prevalencia del suicidio, a través de la prevención, asistencia y posvención. La norma declara de interés nacional “la atención biopsicosocial, la investigación científica y epidemiológica, la capacitación profesional en la detección y atención de las personas en riesgo de suicidio y la asistencia a las familias de víctimas del suicidio”. Además en su artículo 4 inciso a establece la necesidad de un abordaje coordinado, interdisciplinario e interinstitucional de esta problemática.

En este sentido, desde 2017 se conformó una mesa de trabajo interministerial integrada por los Ministerios de Salud y Desarrollo Social, a la que con el tiempo se sumaron los Ministerios de Seguridad, Educación y la Defensoría del Pueblo de la Nación. Ya a comienzos de 2019, en el marco de la Comisión Nacional Interministerial de Políticas Públicas en Salud Mental y Adicciones (CONISMA), se creó la Mesa Nacional Intersectorial para el abordaje socio-comunitario de la problemática del suicidio en población general con foco en la adolescencia y juventudes. La misma tiene entre sus objetivos brindar herramientas y apoyo a las jurisdicciones y sus municipios para que desarrollen y/o fortalezcan espacios de concertación, como mesas de gestión intersectoriales, a fin de generar acuerdos respecto a la conceptualización del fenómeno y a estrategias de abordaje, evitando la superposición o fragmentación de acciones, partiendo de un modelo comunitario.

Por último, el objetivo de este documento es que sirva de herramienta e insumo para orientar y alentar el trabajo intersectorial y comunitario, ya sea en los niveles provinciales como locales, expresando la diversidad de perspectivas, pero aunándolas en un criterio común a la hora de dar respuesta a esta acuciante problemática que atraviesa a nuestras comunidades.

Invitamos así a los distintos niveles jurisdiccionales y a la comunidad en su conjunto a sumarse y acompañarnos en esta tarea.



CAPÍTULO 1: EL SUICIDIO COMO PROBLEMA PÚBLICO

1.1. El suicidio como problema de salud pública

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

Siguiendo esta línea, el suicidio es considerado un grave problema de salud que debe ser priorizado en la **agenda pública** en función de los siguientes criterios:

- **Magnitud: descripción de la situación epidemiológica.** La Organización Mundial de la Salud estima que en el mundo ocurren 800.000 muertes por suicidio cada año, y por cada suicidio se cometen aún más intentos de suicidio. Esta cantidad es mayor que la correspondiente a todas las muertes debidas a guerras y homicidios. En Argentina, según datos del [Ministerio de Salud de la Nación](#)¹, en el año 2018 se registraron un total de 3322 muertes por suicidio, representando el 17,06

¹ Fuente de consulta: <http://www.deis.msal.gov.ar/index.php/estadisticas-vitales/>



%² del total de muertes por causas externas, volviéndose así la segunda causa de muerte violenta, después de siniestros viales. Del total de suicidios ocurridos en el 2018 el 81% se dio en varones y el 19% en mujeres. A la vez, dicha problemática afecta a grupos vulnerables como adolescentes, jóvenes y adultos mayores.

- **Impacto.** Un evento de suicidio afecta enormemente no sólo a quien ha muerto sino también a las personas que conforman su entorno significativo -familiares, grupos de pares y comunidad- a través de varias generaciones. Desde un enfoque más agregado, dado que esta problemática afecta a jóvenes y adultas/os en edad productiva, su ocurrencia produce además graves perjuicios a la economía doméstica y a la productividad de la sociedad en su conjunto (DNSMyA, 2014:6). Así, puesto que el suicidio impacta en los planos individual, familiar, comunitario y social, cada dimensión debe recibir una atención y abordaje específicos;
- **Evitabilidad.** El suicidio es un grave problema de salud pública que puede prevenirse, por lo que requiere políticas públicas que atiendan su abordaje. Si se establecen con claridad los factores que inciden en la determinación y el sostenimiento de un problema, será más posible y eficaz redireccionar los recursos públicos y movilizar el esfuerzo de la sociedad en su conjunto para su abordaje y superación (DNSMyA, 2014:5);
- **Barreras de acceso al derecho a la salud y brechas existentes en el proceso de atención.** La [Declaración Universal de los Derechos Humanos](#) define el derecho a la salud como un derecho humano básico y fundamental, que debe ser garantizado por las diversas instituciones del poder público (OMS 2017). Sin embargo, el acceso a este derecho resulta muchas veces vulnerado por barreras que surgen en la implementación y reproducción de diversas prácticas de los actores sociales involucrados (escuelas, servicios de salud, servicios de protección, fuerzas de seguridad, actores comunitarios, etc.). Algunas de ellas se relacionan con la falta de capacitación en la temática del suicidio y las autolesiones o también con la insuficiencia de recursos disponibles (UNICEF, 2019). Asimismo, sobre el suicidio y las autolesiones pesan históricamente la estigmatización y la discriminación, que generan diversos prejuicios a su alrededor, orientando muchas veces estas prácticas. Esto incrementa la vulnerabilidad en las víctimas, colocándolas en un lugar de mayor riesgo (OMS 2016). La discriminación puede hacer que estas personas no busquen ayuda profesional y no tengan contacto con los servicios de salud, o bien que no se integren de nuevo en su vida social después de haber recibido tratamiento, empeorando así su situación (DNSMyA, 2014:6).

En virtud de estos criterios, el Estado reconoce que la relevancia del suicidio no queda reducida al espacio privado -individuos, familias o pequeños grupos-, sino que es un fenómeno transversal que trasciende al

² Para más detalle ver capítulo 6. Gráfico 1. Comparación de las principales causas de muertes. República Argentina. Serie histórica 2005-2018.

conjunto de la sociedad. Cabe aclarar que el suicidio está comprendido dentro del grupo de las violencias como el grupo de las violencias autoinfligidas.³

Asimismo, y en virtud de la complejidad del suicidio en términos de su multidimensionalidad,⁴ se comprende que éste **no es un problema exclusivamente sanitario, sino que requiere del aporte y la articulación de todos los actores que confrontan esa realidad. En este sentido, y en línea con la normativa vigente,⁵ el Estado debe implementar políticas públicas que garanticen un abordaje intersectorial, integral y comunitario:** “El enfoque de salud pública a cualquier problema es interdisciplinario y se basa en datos científicos (...) También hace hincapié en la acción colectiva. Ha demostrado una y otra vez que las iniciativas de cooperación de sectores tan diversos como los de la salud, la educación, los servicios sociales, la justicia y la política, son necesarias para resolver problemas que por lo general se consideran netamente “médicos”. Cada sector tiene un papel importante que desempeñar al abordar el problema de la violencia y, conjuntamente, las estrategias adoptadas por cada uno tienen el potencial de producir reducciones importantes de la violencia” (OPS/OMS, 2003:4).

1.2. La problemática del suicidio en Argentina

El suicidio en Argentina cuenta con una larga trayectoria como problema público, que se remonta a finales del siglo XIX y que, en los últimos treinta años, ha cobrado cada vez más relevancia al instalarse como preocupación en la población y en diversas instituciones.

Durante la década del 90, se comenzó a desplegar un proceso de visibilización y percepción social del fenómeno del suicidio impulsado por los medios de comunicación, que realizaron una novedosa cobertura del suicidio como problema social haciendo foco en cómo afectaba la problemática a ciertas poblaciones: ex combatientes de Malvinas, adultas/os mayores, adolescentes y jóvenes.

Asimismo, a partir del año 2005 se fue posicionando el enfoque de expertos en suicidología quienes, recuperando la perspectiva preventivista propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP, por sus siglas en inglés), promovieron la inclusión del suicidio en la agenda pública presentando diversos análisis que mostraron un cambio en el perfil de la problemática.

³ ver el “Capítulo 2.1. El suicidio como una manifestación de la problemática de las violencias”

⁴ Ver el “Capítulo 2: Caracterización de la problemática del suicidio” de la presente publicación.

⁵ Ver el recuadro “Marco normativo nacional”, en el apartado “1.2. El suicidio como problema público en Argentina” del presente capítulo.



En este sentido, durante el milenio del 2000 fue mostrando un incremento que vio su punto más alto en el año 2003 con una tasa de 8.7 cada 100.000 habitantes. A la vez se comenzó a comprobar un incremento en las edades de adolescentes y jóvenes en edades comprendidas entre 15 a 24 años. Este diagnóstico de la situación epidemiológica sumado al alto impacto de los eventos de suicidio de adolescentes y jóvenes de pequeñas comunidades generaron una mayor visibilización del suicidio como un importante problema de salud.

Al mismo tiempo, el reconocimiento de que estos procesos se dieron en diferentes lugares del territorio nacional implicó una federalización del problema: distintos actores se apropiaron del tema, con sus propias lecturas y abordajes, y comenzaron a articular con el Estado nacional.

Así, la progresiva inclusión del problema del suicidio en las agendas públicas de los distintos niveles jurisdiccionales -municipal, provincial y nacional-, junto a su priorización en las agendas de organismos internacionales -como UNICEF y OMS-, habilitó el despliegue de un proceso de formulación e implementación de diversas iniciativas de intervención.

A continuación se presenta un breve recorrido por el marco normativo y las políticas públicas implementadas a escala nacional para su abordaje.

MARCO NORMATIVO NACIONAL

(2005) **Ley Nacional 26.061 de Promoción y Protección Integral de Derechos de Niñas/os y Adolescentes**

- ✓ Reconoce a las/os niñas/os y adolescentes (NNyA) como *sujetos de derechos* (Artículos 1º, 2º, 3º, Título II);



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

(2010) **10 de Septiembre Día Nacional para la Prevención del Suicidio**

- ✓ Fue declarado por la Cámara de Diputados de la Nación en adhesión a la iniciativa promovida desde el año 2003 por la OMS, que establece dicha fecha como Día Mundial para la Prevención del Suicidio.⁶

(2010) **Ley Nacional 26.657 de Salud Mental**

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

(2015) **Convención Interamericana de protección de los derechos humanos de las personas mayores.**

⁶ La Rioja, Tierra del Fuego, Neuquén y La Pampa declararon de interés provincial el Día Mundial para la Prevención del Suicidio,



- ✓ La Convención Interamericana de Protección de Derechos Humanos de las Personas Mayores pone de manifiesto que la persona mayor tiene los mismos derechos humanos y libertades fundamentales que otras personas, reconociendo que la persona, a medida que envejece, debe seguir disfrutando de una vida plena, independiente y autónoma, con salud, seguridad, integración y participación activa en las esferas económica, social, cultural y política de sus sociedades. Reconoce las valiosas contribuciones actuales y potenciales de la persona mayor al bienestar común, a la identidad cultural, a la diversidad de sus comunidades, al desarrollo humano, social y económico y a la erradicación de la pobreza. Se propone activamente la incorporación de la perspectiva de género en todas las políticas y programas dirigidos a hacer efectivos los derechos de la persona mayor y destaca la necesidad de eliminar toda forma de discriminación.

(2015) **Ley Nacional 27.130 de Prevención del Suicidio**⁷

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

⁷ Desde su sanción a la actualidad, 17 provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) adhirieron a la Ley Nacional 27.130. Asimismo, La Rioja, Entre Ríos, Misiones, Salta y CABA asignan partidas presupuestarias para su implementación.



para la atención del paciente con intento de suicidio un *equipo interdisciplinario* conformado en los términos de la dicha ley (Artículo 9°).

POLÍTICAS PÚBLICAS NACIONALES POR SECTOR

Salud

- ✓ (2007) Se conforma el primer comité de expertos para la creación de un subprograma de prevención del suicidio.
- ✓ (2010) Comienza a implementarse la Ley Nacional 26.657 de Salud Mental.
- ✓ (2010) Se publican los primeros materiales oficiales del Ministerio sobre la problemática de suicidio.
- ✓ (2012) La Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (DNSMyA) publica el material "Comunicación Responsable: Recomendaciones para el tratamiento de temas de salud mental en los medios" (DNSMyA, 2018).
- ✓ (2012) Se conforma un comité para la elaboración y publicación de los "Lineamientos para atención de intentos de suicidio en adolescentes" (DNSMyA, PNSIA, 2012).
- ✓ (2012) El Plan SUMAR extiende su cobertura a jóvenes e incluye como prestación la atención a intentos de suicidio tanto en seguimiento como en urgencia.
- ✓ (2014) La DNSMyA publica el material "Abordaje de la problemática del suicidio en el primer nivel de atención para equipos territoriales de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. Modelo Comunitario de Atención. Problemática priorizada: suicidio" (DNSMyA, 2014).
- ✓ (2015) La DNSMyA y el Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia (PNSIA) son consultados en la redacción de la Ley Nacional 27.130 de Prevención del Suicidio.
- ✓ (2016) El PNSIA publica el material "Situación de salud de las y los adolescentes en la Argentina" (PNSIA, UNICEF, 2016), donde se destaca al suicidio como uno de los principales problemas de salud en la adolescencia.
- ✓ (2017) El PNSIA publica el material "Abordaje de la Morbimortalidad Adolescente por Causas Externas (MMACE). Paquete de herramientas para el circuito de información. Lineamientos para la intervención integral. Sistematización de experiencias" (PNSIA, 2017).



- ✓ (2018) Se organizan las primeras reuniones de la Mesa Nacional Intersectorial para el abordaje sociocomunitario de la problemática de Suicidio .

Educación

- ✓ (2004) Se crea el Observatorio Argentino de Violencias en las Escuelas.
- ✓ (2014) Se publica la “Guía Federal de Orientaciones para la Intervención Educativa en Situaciones Complejas Relacionadas con la Vida Escolar” -según Resolución N° 217 del Consejo Federal de Educación-, que destina una sección a abordaje del problema del suicidio en las escuelas (Ministerio de Educación de la Nación, 2014a,b).
- ✓ (2015) Se publica el material “Acerca de la problemática del suicidio de adolescentes y jóvenes. Un enfoque para su abordaje desde el campo de la educación” (Ministerio de Educación de la Nación, 2015).
- ✓ (2017) Se lanza la Línea 0800-222-1197, un dispositivo telefónico gratuito de convivencia escolar que recibe consultas y brinda orientación ante situaciones vinculadas a la problemática del suicidio.
- ✓ (2017) Se organizan las “Conferencias sobre el abordaje en la escuela de problemáticas del suicidio adolescente”, dirigidas a directores de nivel y equipos de orientación escolar de las distintas jurisdicciones con la modalidad de videoconferencia.

Seguridad

- ✓ (2013) Se publica la Resolución 506/2013, que establece las pautas para la intervención de los Cuerpos Policiales y Fuerzas de Seguridad con el objeto de preservar la seguridad en situaciones que involucran a personas con presunto padecimiento mental o en situación de consumo problemático de sustancias en riesgo inminente para sí o para terceros.⁸
- ✓ (2016) A partir de la publicación de la Resolución 103/2016, se conforma un Comité Técnico para el Abordaje Integral de Suicidio, que incluye acciones de prevención, asistencia, posvención y vigilancia epidemiológica del suicidio en las Fuerzas de Seguridad.

Desarrollo Social

- ✓ (2016) La Subsecretaría de Juventud lanza el Programa Hablemos de Todo, que incluye al suicidio como uno de sus ejes de trabajo.

⁸ Recuperada de <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/resoluci%C3%B3n-506-2013-216049/texto>



- ✓ (2017) La Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia (SENNAF) comienza a implementar intervenciones de fortalecimiento de mesas intersectoriales locales y capacitaciones a referentes sociocomunitarios para el abordaje de la problemática del suicidio.

Justicia

- ✓ (2008) Se implementa el Programa Nacional de Entrega Voluntaria de Armas de Fuego, con el objetivo de reducir la morbimortalidad asociada al uso de armas de fuego en situaciones de suicidio y homicidio.
- ✓ (2012) A través de la Resolución 493/2012 se crea el Programa de Prevención del Suicidio para Personas Privadas de su Libertad.

Bibliografía

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

DNSMyA (2018) *Comunicación responsable. Recomendaciones para el tratamiento de temas de salud mental en medios*. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación. Recuperado de http://www.msal.gob.ar/images/stories/ryc/graficos/0000000799cnt-2018_recomendaciones-tratamiento-salud-mental-en-los-medios.pdf



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

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

Ministerio de Educación de la Nación (2014a) *Guía Federal de Orientaciones para la Intervención Educativa en Situaciones Complejas Relacionadas con la Vida Escolar 1*. Recuperado de https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/guia_de_orientaciones_1.pdf

Ministerio de Educación de la Nación (2014b) *Guía Federal de Orientaciones para la Intervención Educativa en Situaciones Complejas Relacionadas con la Vida Escolar 2*. Recuperado de https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/guia_de_orientaciones_situaciones_complejas_2.pdf

Ministerio de Educación de la Nación (2015) *Acerca de la problemática del suicidio de adolescentes y jóvenes. Un enfoque para su abordaje desde el campo de la educación*. Recuperado de <https://www.educ.ar/recursos/127063/acerca-de-la-problematica-del-suicidio-de-adolescentes-y-jovenes-un-enfoque-para-su-abordaje-desde-el-campo-de-la-educacion>

OPS/OMS (2016) *Prevención de la conducta suicida*. Recuperado de <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/31167/9789275319192-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

OEA (2015), *Convención Interamericana de protección de los derechos humanos de las personas mayores*.

OMS (2017) *La salud es un derecho humano fundamental*. Recuperado de <https://www.who.int/mediacentre/news/statements/fundamental-human-right/es/>

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

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

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

UNICEF (2019) *El suicidio en la adolescencia. Situación en la Argentina* UNICEF. Recuperado de https://www.unicef.org/argentina/media/6326/file/Suicidio_adolescencia.pdf

UNICEF (2019) *El suicidio en la adolescencia en Argentina. Recomendaciones de política pública* UNICEF.



CAPÍTULO 2: CONCEPTUALIZACIONES RESPECTO DEL SUICIDIO Y A LAS AUTOLESIONES.

2.1. Algunas definiciones conceptuales

El suicidio como una manifestación de la problemática de las violencias

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la **violencia** como “el uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones” (OPS/OMS, 2003:5).

Esta definición comprende **múltiples situaciones**, tanto la violencia interpersonal como el comportamiento suicida y los conflictos armados; abarca una **amplia gama de eventos** que van más allá del acto físico, como el acoso, las amenazas e intimidaciones; e incluye un **amplio repertorio de consecuencias posibles**, que se expresan en la morbilidad y la mortalidad⁹ por homicidios, suicidios y otras lesiones, aunque también existen otras numerosísimas consecuencias del comportamiento violento que suelen ser menos notorias, como los daños psíquicos, privaciones y deficiencias del desarrollo.

Es necesario comprender a la violencia como una manifestación humana que se desarrolla en el seno de la vida social, sucede en diversos ámbitos e involucra a múltiples actores: es una conducta racional, una opción desarrollada, aprendida y ejercida en las relaciones individuales e institucionales. No necesariamente se inscribe como una situación disfuncional o al margen del sistema, sino que muchas veces es funcional a este, reproduciéndose en prácticas de la comunidad. No es un hecho natural, sino que como construcción social posee una historicidad, heterogeneidad e intencionalidad. Al tratarse de una construcción humana es factible de prevenir, modificar y evitar (Minayo, 1994).

Tal variedad de manifestaciones, que comprometen el bienestar de los individuos, las familias y las comunidades, dificulta una delimitación del fenómeno que no caiga en reduccionismos, puesto que la violencia adquiere nuevas formas en espacios cada vez más complejos: “Lo esencial a propósito de la violencia como fenómeno social es que solo existe bajo una gran multiplicidad de formas. Hay acciones de diferentes grados de violencia que suponen manifestaciones cualitativas distintas de la misma” (Hobsbawm, 1978:295-296). Por esta razón resulta conveniente hablar de **violencias**, dando cuenta así de la heterogeneidad y complejidad del fenómeno.

Uno de los posibles criterios que propone la OMS para su clasificación es según el autor del acto violento (OPS/OMS, 2003:6):

- **Violencia autoinfligida:** infligida por una persona a sí misma;

⁹ **Mortalidad:** estos datos indican el número de defunciones por lugar, intervalo de tiempo y causa. Los datos de mortalidad de la OMS reflejan las defunciones recogidas en los sistemas nacionales de registro civil, con las causas básicas de defunción codificadas por las autoridades nacionales.

Morbilidad: Cantidad de personas que enferman en un lugar y un período de tiempo determinados en relación con el total de la población.

Fuente: Organización Mundial de la Salud, Link: <https://www.who.int/topics/mortality/es/>

- **Violencia interpersonal:** infligida por otro individuo o un número pequeño de individuos;
- **Violencia colectiva:** infligida por grupos más grandes, como el Estado, contingentes políticos organizados, tropas irregulares y organizaciones terroristas.

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

Dentro de este concepto se pueden distinguir dos grandes campos de fenómenos: la **violencia autoinfligida con y sin intención suicida**.

Violencia autoinfligida con intención suicida

Está **asociada a una ideación suicida franca** y abarca un amplio espectro que puede ir “desde la ideación suicida, la elaboración de un plan, la obtención de los medios para hacerlo, hasta la posible consumación del acto. Si bien no pueden asociarse de manera lineal y consecutiva, es fundamental considerar el riesgo que cada una de estas manifestaciones conlleva más allá de la intencionalidad supuesta” (DNSMyA, PNSIA, 2012:7).

Estas son las manifestaciones más comunes de la autolesión con intención suicida.

- **Ideación suicida:** “Refiere a pensamientos acerca de suicidarse, con diversos grados de intensidad y elaboración. En la bibliografía, el término se refiere también al sentimiento de estar cansado de la vida, la creencia de que no vale la pena vivir y el deseo de no despertar del sueño. Si bien estos sentimientos -o ideaciones- diferentes expresan distintos grados de gravedad, no existe necesariamente una continuidad entre ellos” (OPS/OMS, 2003:201).
- **Intento de suicidio:** Alude a toda acción autoinfligida con el propósito de generarse un daño potencialmente letal, actual y/o referido por la persona y/o referente/acompañante (DNSMyA, PNSIA, 2012:7). El registro de que el individuo intentó suicidarse, al menos en algún grado, puede ser explícito o inferido de la conducta o las circunstancias en que sucedió la misma.
- **Suicidio consumado:** “Es el acto deliberado de quitarse la vida” (OMS, 2010). Se constituye como el acto de máxima expresión de violencia de un sujeto contra sí mismo que da por resultado su propia muerte.

Violencia autoinfligida sin intención suicida

Supone a un sujeto que inflige **violencia contra sí mismo con la expectativa de que la lesión conllevará un daño físico leve o moderado y no la muerte**. La ausencia de intención suicida puede ser expresada por el sujeto, o bien puede inferirse de la realización repetida de comportamientos que sabe -o ha aprendido- que es probable que no tengan como resultado la muerte.

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

La funcionalidad referida de las autolesiones sin intención suicida es variada, por ejemplo: autorregulación emocional, interrupción de estados emocionales de vacío o intenso dolor psíquico, deseo de pertenecer a grupos de pares que realizan estas conductas como modo de agrupamiento, entre otras. A riesgo de generalizar, se puede afirmar que la afectación corporal suele estar orientada a producir un efecto de descarga: aliviar una tensión psíquica-emocional ante la dificultad o imposibilidad de expresarla de otra manera. Las autolesiones no suicidas se configuran, así, como un intento del sujeto de localizar el dolor en una zona del cuerpo.

Por otra parte, existe cierto tipo de conductas autolesivas que no tienen una intencionalidad racional de causarse un daño o producirse la muerte, pero llevan al sujeto de manera inconsciente a exponerse a situaciones donde puede lesionarse o, incluso, poner en grave riesgo su vida. La suicidología¹⁰ define a este tipo de autolesiones como **parasuicidios**: “Comprenden conductas variadas que incluyen desde gestos e intentos manipuladores hasta intentos fallidos de terminar con la vida propia. Se hace referencia a actos deliberados que no tienen un final fatal pero que provocan daños en el propio sujeto que los ejecuta; dichos actos deben ser poco habituales. Así, por ejemplo, el alcoholismo crónico o las adicciones graves no se ubican en este rubro” (Casullo, 2005:147)¹¹.

¹⁰ El abordaje del problema del suicidio obtuvo gran relevancia a partir del surgimiento de la suicidología como disciplina o rama del saber. Su génesis se sitúa en Estados Unidos en la década de 1960, y sus principales precursores fueron los psicólogos Edwin Shneidman y Norman Farberow. Hasta ese momento, si bien el suicidio ya era un tema científico y se alejaba de las concepciones populares y religiosas, se establecía una fuerte asociación entre la psicosis y el suicidio y, a la vez, no había un estudio claro del fenómeno con una metodología consistente. La suicidología planteó un cambio de enfoque centrándose principalmente en la prevención del fenómeno, y propuso herramientas de intervención específicas. A partir de este enfoque preventivo surgieron conceptos como ideación suicida, posvención, intento de suicidio, personalidad suicida, parasuicidio, etc., que tuvieron cada vez más peso en las diversas caracterizaciones del fenómeno.

¹¹ "En un primer momento los intentos de suicidio se consideraban meramente como intentos fallidos, sin embargo muchas veces dichos 'intentos' no están dirigidos a quitarse la vida. Por este motivo se introdujo el término autolesión, que se refería al comportamiento sin aludir a las motivaciones. Pero este concepto era insuficiente, era necesario otro concepto que diera cuenta de la frecuente relación que aparecía en muchos pacientes entre intentos de suicidio previos a un suicidio consumado, pues todo apuntaba claramente a la intencionalidad mortal de los intentos previos. Por ello en 1969 Kreitman introdujo el término parasuicidio para referirse a todas aquellas conductas suicidas que no tenían un desenlace fatal, con independencia del grado de letalidad de las

Las autolesiones deliberadas en el cuerpo suelen ser frecuentes en la adolescencia y no implican necesariamente un riesgo de suicidio. No obstante, **no deben minimizarse** ya que a través de ellas se exponen situaciones de vulnerabilidad, malestares físicos y emocionales que requieren de abordajes oportunos e integrales (DNSMyA, PNSIA, 2012).

Semejanzas y diferencias entre la violencia con y sin intención suicida: problemas en torno a la noción de intencionalidad

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

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

Ahora bien, **la noción de intencionalidad es un aspecto sumamente complejo**. Según la OMS (2010), el suicidio es “el acto *deliberado* de quitarse la vida”; definición que, en relación a la intencionalidad, está alineada con la conceptualización de violencia que propone este organismo, en tanto “uso *intencional* de la fuerza o el poder físico, de hecho o como amenaza”.

Sin embargo, la OMS en el año 1986 definía al suicidio como “todo hecho por el que un individuo se causa a sí mismo una lesión, *cualquiera sea el grado de intención letal* y de conocimiento del verdadero móvil”. El corrimiento de “*cualquiera sea el grado de intención letal*” -que permitía incluir los suicidios en los que la deliberación del sujeto sobre el acto no es plenamente consciente- por la priorización de lo deliberado del acto abre una serie de cuestionamientos, que la propia OMS refiere: “Sin duda, en cualquier definición de suicidio la intención de morir es un elemento clave. No obstante, a menudo es sumamente difícil reconstruir los pensamientos de las personas que se suicidan, a menos que hayan expuesto sus intenciones con claridad antes de su muerte o hayan dejado una nota de suicidio. No todos los que sobreviven a un acto

mismas. Obviamente se trata de un concepto amplio que abarca desde conductas autolesivas de baja intencionalidad suicida, hasta conductas de alta letalidad que por cualquier motivo no han tenido un desenlace fatal (lo que tradicionalmente se ha descrito como suicidio frustrado). Es importante señalar que algunos autores utilizan el término intento de suicidio y parasuicidio indistintamente, esto es, como sinónimos”

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352004000300002 Lozano Serrano, C., Huertas Patón, A., Martínez Pastor, C., Ezquiaga Terrazas, E., García-Camba de la Muela, E., & Rodríguez Salvanés, F. (2004). “Estudio descriptivo del parasuicidio en las urgencias psiquiátricas”. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, (91), 11-22. Recuperado en 14 de abril de 2020, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352004000300002&lng=es&tling=es.

suicida se habían propuesto vivir ni todas las muertes por suicidio han sido planificadas. Por lo tanto, puede ser problemático establecer una correlación entre la intención y el resultado” (OPS/OMS, 2003:201).

En este marco, “existe un espectro de muertes violentas en las que es muy difícil establecer si han sido intencionales o no intencionales: accidentes de automóvil, caídas, ahogamientos, sobredosis de drogas legales o ilegales. Muchas muertes caracterizadas como no intencionales o accidentales se encuentran en un terreno indeterminado” (Korinfeld, 2017:213).

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

2.2. Multidimensionalidad y complejidad: el suicidio como acto individual y como problema social-comunitario

En el imaginario social¹² el suicidio tiende a ser pensado como un acto individual. Sin embargo, tanto por su alcance e impacto en lo colectivo como porque lo social, cultural y contextual interjuegan en su consecución, se lo dimensiona como un **problema social y comunitario**.

Desde esta perspectiva, si bien los padecimientos mentales suelen ser uno de los factores considerados, el suicidio no se comprende como una entidad psicopatológica en sí misma ni se reduce a un padecimiento mental: “La asociación socialmente naturalizada entre padecimientos mentales severos y suicidio tiende a invisibilizar la relación dinámica entre el contexto social y esta problemática” (DNSMyA, 2014:18).

En este sentido, se entiende que el suicidio no responde linealmente a una única causa, sino que es un **fenómeno multicausal en el que interactúan factores del orden individual, familiar, social y comunitario**: “Ningún factor es suficiente para explicar por qué se suicida una persona; el comportamiento suicida es un fenómeno complejo que se ve afectado por varios factores interrelacionados: personales, sociales, psicológicos, culturales, biológicos y ambientales” (OMS, 2014:11).

Esta multicausalidad determina, entonces, la **complejidad** del fenómeno y, por lo tanto, la necesidad de **abordarlo de manera integral**, considerando todas las dimensiones y sus interrelaciones. Es posible afirmar, entonces, que el suicidio tiene un **aspecto privado**, referido al derecho a la intimidad y el respeto a la situación que vive el grupo familiar y de referencia; y, en simultáneo, un **aspecto social**, que alude tanto a los factores contextuales que inciden en su ocurrencia como al impacto y el alcance que tiene el suicidio de una persona en su comunidad: “Esto implica que el abordaje del suicidio, aún cuando se reconozca como acto

¹² Se entiende por imaginario social a las matrices de sentido que permiten comprender, dar forma a la experiencia, incorporarla y comprenderla dentro de lo conocido. Su función es la de permitir percibir, explicar e intervenir sobre referencias semejantes de percepción (espaciales, temporales, geográficas, históricas, culturales, religiosas, etc.), de explicación (marcos lógicos, emocionales, sentimentales, biográficos, etc.) y de intervención (estrategias, programas, políticas, tácticas, aprendizajes, etc.). Randazzo, F. (2012) “Los imaginarios sociales como herramienta”, Imagonautas, N° 2, vol. 2, pp. 77-96

singular, deberá realizarse desde una perspectiva comunitaria, contemplando el plano grupal y social” (DNSMyA, 2014:18).

2.3. Enfoque de riesgo y perspectiva de vulnerabilidad

Prevención y enfoque de riesgo

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

La prevención de la enfermedad se utiliza a veces como término complementario de la promoción de la salud. Sin embargo, pese a que se suele producir una superposición del contenido y de las estrategias, la prevención de la enfermedad se define como una actividad distinta: es la **acción que generalmente emana del sector sanitario, y que considera a los individuos y las poblaciones como expuestos a factores de riesgo identificables** que están a menudo asociados a diferentes comportamientos de riesgo (OMS, 1998).

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

Sin embargo, las ventajas de este enfoque presentan sus limitaciones al llevarlas a la práctica, principalmente cuando se confunde la categoría de riesgo individual como concepto práctico en la clínica y la categoría de riesgo poblacional como concepto epidemiológico en sentido estricto que identifica potenciales casos. Esta confusión suele llevar a poner en relieve una perspectiva individual y voluntarista que **invisibiliza los determinantes sociales¹³ de la salud**. Lo que puede llevar a que se produzcan procesos de estigmatización de determinados individuos o grupos: “La retórica del riesgo puede servir de vehículo para

¹³ Para la OMS, los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas. Recuperado de https://www.who.int/topics/social_determinants/es/



reforzar contenidos morales y conservadores” (Almeida Filho et al, 2009). Un ejemplo de esto es la estigmatización y discriminación que sufrió la comunidad LGTB cuando se comenzaba a conocer sobre la epidemia de HIV (Almeida Filho et al, 2009).

Teniendo en cuenta la complejidad de la problemática del suicidio -en términos de su multidimensionalidad-, es posible afirmar que “**detectar indicadores no garantiza ningún tipo de prevención específica**, la mayoría son indicadores que comparte un conjunto de problemáticas y padecimientos subjetivos que no se

dirigen al trágico desenlace que implica el suicidio o su tentativa y, por el contrario, puede generar un contexto persecutorio y estigmatizante” (Ministerio de Educación de la Nación, 2015:26).

En este sentido, **la linealidad explicativa del enfoque de riesgo resulta pobre para abordar problemáticas complejas**, donde los determinantes sociales de la salud tienen un peso central.

Promoción de la salud y perspectiva de vulnerabilidad

A diferencia del riesgo como categoría -que aísla analíticamente factores para determinar su potencia causal-, la **perspectiva de la vulnerabilidad** pretende analizar **escenarios complejos**, en los que interactúan múltiples dimensiones de manera dinámica y variable, determinando un fenómeno multicausal. Mientras que el enfoque de riesgo provee un conocimiento probabilístico, basado en la ocurrencia o no de los fenómenos, la perspectiva de la vulnerabilidad sugiere **la consideración de los diversos eventos y contextos que rodean a una situación, a partir de la construcción de una síntesis entre las dimensiones** intervinientes, lo que permite desarrollar una comprensión prospectiva y holística de los eventos a estudiar.

Asimismo, esta perspectiva habilita a analizar los efectos de las intervenciones en términos de construcción de vulnerabilidades: “La epidemiología nos puede mostrar quién, dónde y cuándo está, o podría estar, más involucrado en situaciones de riesgo para la salud. Pero para poder entender por qué y trazar caminos para intervenir sobre ese proceso también resultan necesarios saberes mediadores, síntesis en las cuales los aspectos políticos, éticos, culturales y psicoafectivos puedan mostrarse en la concreitud de su complejidad social” (Almeida Filho et al 2009:338).

En esta línea, la vulnerabilidad¹⁴ no se explica únicamente por el comportamiento de la persona o del grupo de pertenencia, sino que incluye **dimensiones colectivas y contextuales** relacionadas con la aparición y desarrollo de un determinado problema de salud. Así, los análisis de vulnerabilidad no prescinden de los abordajes epidemiológicos de riesgo sino que los amplían y los ponen en contexto: “Las situaciones de vulnerabilidad social constituyen el resultado del debilitamiento o ruptura de la red de relaciones familiares, comunitarias y sociales, de la fragilidad institucional y de la precarización e inestabilidad laboral. Podemos concluir que **cualquier situación que atente contra derechos humanos fundamentales configura una**

¹⁴ La vulnerabilidad, en tanto concepto, presenta tres características claves: es multidimensional (frente a una misma situación, un aspecto de ésta puede volvernos vulnerables y, a la vez, puede protegernos a partir de otro sus aspecto); no es unitaria (sí / no) sino gradual; no es estable sino dinámica (los grados de vulnerabilidad cambian a lo largo del tiempo).

situación de vulnerabilidad y por ende de riesgo para personas, grupos y comunidades” (DNSMyA, 2014:18).

La perspectiva de la vulnerabilidad permite, de este modo, repensar los factores de riesgo como variables no determinadas a priori, sino a trabajar: supone el desafío de caracterizar los aspectos de los procesos subjetivos que, en un contexto sociohistórico y comunitario determinado, pueden convertirse en vulnerabilidades.

Puede afirmarse, entonces, que el concepto de vulnerabilidad tiene afinidad con el **enfoque integral de promoción de la salud**. Desde esta perspectiva, la **salud** es considerada no como un estado abstracto a alcanzar -la ausencia de enfermedad o dolencia- sino como un medio para llegar a un fin: un recurso que permite a las personas llevar una vida individual, social y económicamente productiva. Se trata de un

concepto positivo de salud, que acentúa los recursos sociales y personales así como las aptitudes físicas. En esta línea, y de acuerdo con el concepto de salud como **derecho humano fundamental**, se pone de manifiesto la estrecha relación que existe entre la salud y las condiciones sociales y económicas, el entorno físico y los estilos de vida individuales: estos vínculos constituyen la clave para una comprensión holística de la salud, que es primordial en la definición de la promoción de la salud (OMS, 1998:10).

Esta apuesta por una **comprensión holística de la salud** coincide con la propuesta de la perspectiva de la vulnerabilidad: analizar escenarios complejos y construir una síntesis entre los diversos factores -individuales, colectivos y contextuales- que intervienen en la aparición y el desarrollo de un determinado problema de salud. Siguiendo esta línea, la vulnerabilidad se convierte en un concepto clave en tanto herramienta técnica para identificar los problemas de salud prevalentes en una comunidad. Al mismo tiempo, la promoción de la salud se posiciona como el enfoque recomendable para el diseño y la implementación de abordajes integrales de problemáticas complejas: “La promoción de la salud constituye un **proceso político y social global** que abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual. La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas **incrementar su control sobre los determinantes de la salud** y en consecuencia, mejorarla. La **participación** es esencial para sostener la acción en materia de promoción de la salud” (OMS, 1998:10).

De esta manera, mientras que la prevención hace eje en la enfermedad -y, por ello, es una acción que generalmente emana del sector sanitario-, la promoción hace eje en la salud, configurándose así como una práctica más integral, cuyo anclaje no está direccionado hacia alguna afección en particular sino hacia el conjunto de los componentes de la vida que generan salud.

En este sentido, la promoción es una categoría integradora que propone una nueva perspectiva a las prácticas de salud: se corre de lo estrictamente médico-asistencial para priorizar la producción de **conocimientos interdisciplinarios y de una multiplicidad de saberes**, junto con la implementación de **abordajes intersectoriales y en red**. Así, incluye una **amplia gama de intervenciones comunitarias**,

resultado del proceso de articulación, coordinación y participación protagónica de diversos actores: “Una visión integral de la salud supone que todos los sistemas y estructuras que rigen las condiciones sociales y económicas, al igual que el entorno físico, deben tener en cuenta las implicaciones y el impacto de sus actividades en la salud y el bienestar individual y colectivo” (OMS, 1998:10).

Siguiendo este enfoque, **el abordaje de la problemática del suicidio desde la perspectiva de vulnerabilidad y con enfoque en la promoción integral de la salud supone la construcción de modelos explicativos complejos y dinámicos del fenómeno, que vinculen los determinantes de la salud y sus interrelaciones e integren la noción de riesgo con la de vulnerabilidad:** “Los comportamientos suicidas son complejos. Hay múltiples factores contribuyentes y vías causales, y existe una gama de opciones para prevenirlos. Generalmente, ninguna causa o situación estresante es suficiente para explicar un acto suicida. Con mayor frecuencia, varios factores de riesgo actúan acumulativamente para aumentar la vulnerabilidad de un individuo al comportamiento suicida. Al mismo tiempo, la presencia de factores de riesgo no necesariamente conduce a un comportamiento suicida; por ejemplo, no todos los que padecen un trastorno mental se suicidan” (OPS/OMS, 2014:30).

Se trata, entonces, de sustituir la visión reduccionista del riesgo individual por una mirada integral de las situaciones de vulnerabilidad. Así, **la promoción de la salud se perfila como una estrategia clave** para garantizar un abordaje integral de la problemática en cuestión.

Suicidios en relación al Género

El mayor porcentaje de intentos graves y suicidios consumados corresponden al género masculino: del total de 3322 muertes por suicidio registradas en el año 2018 el 81,21% corresponden al sexo masculino.

Para reflexionar sobre estas diferencias en los datos es necesario considerar las disparidades que se dan en el proceso de socialización en cada género.¹⁵ Si bien no existe una identidad esencialista y universal de lo femenino y lo masculino, sino múltiples y singulares formas histórico-culturales de actuar, pensar y sentirnos, diversos estudios sobre la relación entre las formas de vivir la sexualidad y la salud mental muestran el papel coercitivo que tienen los discursos y las prácticas sustentadas en la organización social patriarcal (Barroso Martínez, 2019). Ya Durkheim relaciona suicidio y género en su estudio clásico *El suicidio*, planteando que en los varones los factores de riesgo se relacionaban con la esfera pública -como ambiciones no realizadas o pérdidas en los negocios- y en las mujeres, con las cuestiones domésticas e interpersonales -como amores no correspondidos o asuntos vinculados al pudor. Tal clasificación se corresponde con los roles estereotipados de género, que ubican al varón inserto en el mundo público y a la mujer, replegada en lo privado, íntimo y emocional (Tondo, 2014).

¹⁵ El aprendizaje de la masculinidad y la femineidad se establece mediante el proceso de socialización como un constituyente diferencial de la subjetividad de los seres humanos; por lo cual las expectativas, valores, cualidades y roles asumidos y sancionados socialmente inciden en la forma en que se definen y vivencian los problemas vinculados al propio cuerpo, a las relaciones interpersonales y a la búsqueda de apoyo emocional en determinados contextos (Butler, 1999).

Existe una relación importante entre algunas causas de suicidio y las obligaciones que impone la masculinidad, entendida como un constructo social que les indica a los hombres el rol que se espera de ellos en la sociedad. Es así como la imposibilidad de los varones de cumplir con la función de proveedores y el sentimiento de desamparo al que se enfrentan cuando son cuestionados por pedir ayuda o demostrar sus emociones, son factores que influyen en la conducta suicida. A esto se le suma la escasa interacción de los varones con el sistema de salud, el cual tampoco diseña políticas o estrategias que los incluya para promocionar el cuidado de su salud.

En cuanto a las mujeres, muchas veces se encuentra como factor asociado el haber sido víctima de abuso o violencia sexual, eventos más prevalente en la población femenina. Otro factor influyente es el sometimiento de las mujeres ante estereotipos culturales arraigados de belleza. La importancia de la imagen corporal como una preocupación fundamental en las mujeres propiciaría que los sentimientos de insatisfacción que genera puedan constituir una de las razones para la ideación suicida, entendiendo el significado de la imagen corporal femenina como una construcción social en un contexto culturalmente determinado (Barroso Martínez, 2019).

Asimismo, la normatividad que impone el modelo hegemónico de género binario excluye la asunción de orientaciones e identidades sexuales diversas y distintas a la heteronormativa, lo que ubica a los sujetos en una situación vulnerable, siendo víctima de discriminación en contextos no inclusivos. Las poblaciones de personas lesbianas, gays, bisexuales, trans, intergénero y queer (LGBTIQ+) han mostrado una destacada prevalencia en esta problemática. Esta población se ve afectada por el estigma y la discriminación, encontrándose la persona expuesta a un entorno social hostil caracterizado por el rechazo y la exclusión. Esto contribuye a generar problemas tales como depresión, abuso de sustancias, aislamiento social y conflicto con los pares, lo cual incrementa las situaciones de vulnerabilidad que exponen a las personas LGBTIQ+ al suicidio.

El análisis de la problemática del suicidio desde una perspectiva de género exige comprender la subjetividad de cada sujeto en el marco de los contextos que atraviesan los procesos diferenciales de socialización relacionados con lo femenino y lo masculino no como categorías esencialistas y determinadas, sino como construcciones sociales contextualizadas culturalmente y vividas de manera singular que exceden a un modelo heteronormativo binario.

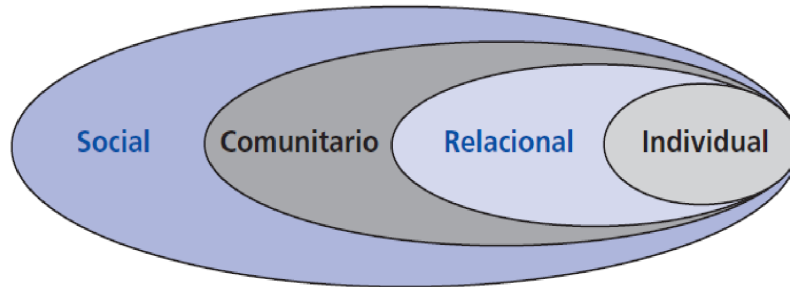
2.4. Modelo ecológico para comprender las violencias

Ante la imposibilidad de reducir la violencia a un carácter unívoco o unidimensional, se requiere de un análisis que considere los distintos **niveles de factores individuales y contextuales que conforman la red explicativa** del problema: “La violencia es el resultado de la acción recíproca y compleja de factores individuales, relacionales, sociales, culturales y ambientales. Comprender la forma en que estos factores están vinculados con la violencia es uno de los pasos importantes en el enfoque de salud pública para prevenir la violencia” (OPS/OMS, 2003:13).

Existen diversas **herramientas** que permiten explorar, identificar y aproximarse a una comprensión de las complejas interacciones entre los múltiples factores. Siguiendo las recomendaciones de la OMS, se prioriza el **modelo ecológico**, que se organiza en cuatro niveles:



Modelo ecológico para comprender la violencia



Fuente: OPS/OMS, 2003:14

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

De esta manera, el modelo ecológico permite identificar y analizar las interacciones entre los distintos **determinantes de la salud**, en tanto conjunto de factores singulares, particulares, sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos o de las poblaciones.



En función de la complejidad del fenómeno del suicidio, resulta necesario avanzar en la identificación y el análisis de las **conexiones y asociaciones entre la violencia autoinfligida y otras violencias** ya que, en sus distintas manifestaciones, se combinan dimensiones asociadas al **contexto macrosocial** -desigualdad, criminalidad, crisis de valores institucionales, fractura de los lazos familiares y comunitarios, entre otras-; dimensiones vinculadas al **medio microsocia**l -violencia familiar, maltrato infantil, abuso sexual, exclusión del sistema educativo, acceso a las armas de fuego, aceptación social de las conductas violentas, entre otras-; y dimensiones referidas a las **características personales y actitudinales de los individuos** -como creencias y valores que apoyan la agresión, las escasas habilidades para la resolución de conflictos y el consumo problemático de sustancias psicoactivas (Vázquez, 2002). En estas cadenas de violencias hay también responsabilidad del Estado, no sólo por las situaciones de violencia institucional ejercida por agencias estatales, sino también en toda situación en la que no se garanticen los derechos humanos básicos.

En esta línea, es posible complementar el modelo ecológico con la siguiente figura:

Figura 1.
Principales factores de riesgo de suicidio alineados con las intervenciones pertinentes*



En suma, el modelo ecológico se perfila como una herramienta clave¹⁶ para elaborar, de manera comunitaria y participativa, un análisis integral de la situación de salud, en tanto ayuda a esclarecer las distintas causas de las violencias y sus complejas interacciones y, al mismo tiempo, pone de manifiesto la necesidad de actuar en varios niveles a la vez, priorizando así un **abordaje interdisciplinario, intersectorial y comunitario**.

Bibliografía

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

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

DE SOUZA MINAYO, M.C. "Investigacao em Violencia e Saúde: Uma Tentativa Interdisciplinar". Mimeo. Rio de Janeiro, 1991.

DE SOUZA MINAYO, M.C. "A Violencia Social sob a Perspectiva da Saúde Pública". En Cuaderno Saúde Pública No. 10 (07-18). Río de Janeiro, 1994.

DE SOUZA MINAYO, MARÍA CECILIA. "Violencia, Derechos Humanos y Salud" en Ciencias Sociales y Salud, Ed. HUCITEC-ABRASCO, San Pablo 1997.

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

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

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

Hobsbawm, E. (1978) *Revolución industrial y revuelta agraria*. El Capitán Swing. Siglo XXI editores.

Korinfeld, D. (2017) "Situaciones de suicidio en la escuela. Acompañamiento y corresponsabilidad". *Voces de la Educación*. P. 209-219. Recuperado de <https://www.revista.vocesdelaeducacion.com.mx/index.php/voces/article/view/79/70>

¹⁶ Entre otras herramientas posibles, como el árbol de problemas, el diagrama de espina de pescado o el Análisis de Causa Raíz (ACR).



Lozano Serrano, C., Huertas Patón, A., Martínez Pastor, C., Ezquiaga Terrazas, E., García-Camba de la Muela, E., & Rodríguez Salvanés, F. (2004). "Estudio descriptivo del parasuicidio en las urgencias psiquiátricas". *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, (91), 11-22. Recuperado en 14 de abril de 2020, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352004000300002&lng=es&tlng=es.

Ministerio de Educación de la Nación (2015) *Acerca de la problemática del suicidio de adolescentes y jóvenes. Un enfoque para su abordaje desde el campo de la educación*. Recuperado de <https://www.educ.ar/recursos/127063/acerca-de-la-problematica-del-suicidio-de-adolescentes-y-jovenes-un-e-nfoque-para-su-abordaje-desde-el-campo-de-la-educacion>

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

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

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

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

Randazzo, F. (2012) "Los imaginarios sociales como herramienta", *Imagonautas*, N° 2, vol. 2, pp. 77-96 Universidad de Santiago de Compostela

Tondo, L. (2014) "Brief history of suicide in Western Cultures". En P. R. Stephen H. Koslow, A. *Concise Guide to Understanding Suicide: Epidemiology, Pathophysiology and Prevention*. P. 3-12. Cambridge: Cambridge University Press.

Vázquez, M. (2002) "Ser joven Ser varón Ser pobre. La Mortalidad por causas violentas en los adolescentes del conurbano bonaerense". En libro: *Jornadas Gino Germani*. IIFCS, Instituto de Investigaciones Gino Germani, Buenos Aires, Argentina. P. 16. Recuperado de <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/argentina/germani/vazquez.rtf>



CAPÍTULO 3: ABORDAJE INTEGRAL Y COMUNITARIO DE LA PROBLEMÁTICA DEL SUICIDIO DESDE UN ENFOQUE DE DERECHOS

3.1. Modelo de abordaje comunitario

Tal como se desarrolló a lo largo del capítulo anterior, el suicidio es un problema complejo y, por lo tanto, requiere de un abordaje integral que considere las dimensiones individual, familiar, social y comunitaria.

La **integralidad** del abordaje se asienta en tres pilares, que se relacionan desde la sinergia y complementariedad:

- Un enfoque amplio de la salud -entendida como bienestar bio-psico-social- y de la salud mental -en tanto proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos-;
- Una perspectiva que reconoce la complejidad y multicausalidad del fenómeno de la violencia en general, y de la violencia autoinfligida en particular;
- Una estrategia de sistematización del circuito de intervención: proceso que integra las acciones de prevención y promoción de salud - atención - seguimiento y continuidad de los cuidados - posintervención.

En esta línea, se prioriza la implementación del **modelo de abordaje comunitario**: un modelo que asume que los procesos de salud - enfermedad - atención - cuidado se producen en el **ámbito territorial**, donde los colectivos sociales desarrollan su vida cotidiana, y sólo son comprensibles, consecuentemente, si se los contextualiza.

Se apunta, entonces, al despliegue y fortalecimiento de **redes de articulación intersectorial** que, a partir de la **participación y planificación comunitaria**, construyan una perspectiva y un conjunto de criterios en común; coordinen objetivos, acciones y recursos; promuevan el acceso a todas las instituciones de la comunidad; y produzcan información confiable y de calidad: “El desarrollo de un Modelo de Abordaje Comunitario conlleva la implementación de una Red de Salud Mental con Base en la Comunidad, integrada con los servicios de salud general y con articulación intersectorial. Este modelo se prescribe para los tres subsectores del sistema de salud e implica el desarrollo de diferentes efectores articulados en red: equipos de salud mental interdisciplinarios en los centros de salud del primer nivel de atención, servicios de salud mental en los hospitales generales, sanatorios y policlínicos (con atención ambulatoria, abordaje de las urgencias las 24 horas, interconsulta e internación), centros de día comunitarios, hospitales de día y de noche, diferentes modalidades de dispositivos para la inclusión sociolaboral y dispositivos habitacionales con diferentes niveles de apoyos, dispositivos de arte y salud mental, entre otros” (DNSMyA, 2018:9).

En este marco se comprende que **la problemática del suicidio es competencia del sector salud pero no exclusiva de él**, por lo que las acciones deben ser múltiples y coordinadas, desde un **enfoque de derechos y con eje en la interdisciplina, la articulación intersectorial y la corresponsabilidad**.

En definitiva, se trata de pensar colectivamente, desde la proximidad territorial, las estrategias, metodologías y recursos necesarios para garantizar un abordaje integral que se ajuste a la realidad de la comunidad: “La problemática del suicidio no es sólo un problema médico-sanitario, su abordaje requiere del aporte de todos los actores que confrontan esa realidad, y cada uno de ellos contribuye con un saber parcial. La red es el espacio fundamental de construcción de ese saber que permite prevenir y operar” (Ministerio de Educación de la Nación, 2015:27).

3.2. El sujeto de derechos y la subjetivación de los derechos

El modelo de abordaje basado en la comunidad parte de la **presunción de la capacidad** de todas las personas y de su posibilidad de rehabilitación psicosocial; se funda en el respeto y la promoción de los **derechos humanos** y propicia acciones para garantizar su ejercicio efectivo; y apunta a **superar procesos de estigmatización y exclusión social** (DNSMyA, 2018:10).

Ahora bien, el acceso al ejercicio de derechos implica la vigencia de leyes que los consagren, la implementación de políticas públicas que los garanticen, y el establecimiento de prioridades presupuestarias que los efectivicen y universalicen. Así, la apropiación individual de la subjetivación de los derechos requiere de políticas y prácticas de construcción colectiva que reconozcan a las personas como sujetos de derechos.

En este sentido, si bien el marco normativo vigente¹⁷ relativo al abordaje de la problemática del suicidio se encuadra en un enfoque de derechos, aún persisten **barreras de acceso al ejercicio del derecho a la salud integral y brechas existentes en el proceso de atención.**

Por esta razón, resulta fundamental que todos los actores y sectores involucrados en el abordaje de la problemática trabajen de manera participativa y coordinada en la sistematización y consolidación de circuitos de intervención integral que, en cada una de sus acciones, garanticen procesos de promoción, ejercicio y restitución de derechos.

Niñas/os y adolescentes sujetos de derechos

En el caso particular de niñas/os y adolescentes (NNyA), la subjetivación de los derechos requiere del sostén de la reconstrucción social de la niñez y la adolescencia y su relación con la familia, la sociedad civil y el Estado. En este sentido, las/os NNyA deberán dejar de ser definidos a partir de su incapacidad jurídica. En esta tarea, las políticas de infancia y adolescencia tienen un papel decisivo a la hora de exigir el derecho a tener derechos: realidad no garantizada tan sólo por la mera existencia de la ley.

El ejercicio de los derechos de estas poblaciones confronta con tensiones dilemáticas y situaciones complejas que requieren ser contempladas en sus aristas y contrastes, desde una posición capaz de problematizar el análisis de las respuestas a producir, en lugar de la simplificación que proponen las soluciones genéricas: estas soluciones-receta suelen no sólo desoír la participación de los sujetos en la determinación de sus asuntos sino que, además, tienden a revulnerear los derechos de las/os NNyA.

Cuando se trata de violencia autoinfligida, el criterio del **interés superior del niño**¹⁸ asume plena relevancia para la toma de decisiones estratégicas, como principio, derecho y norma de procedimiento: se debe considerar la interdependencia de los derechos que asisten a las/os NNyA y, con ello, se deriva la necesidad de una protección efectiva e integral. Así, toda situación de vulneración, amenaza o restricción de derechos debe evaluarse en la perspectiva de los efectos que producen sobre el conjunto de derechos protegidos. En esta línea, el criterio de **interés superior del niño se articula de manera interdependiente con el criterio de autonomía progresiva y los derechos a ser oído, a la participación, al consentimiento informado y a la confidencialidad.**

¹⁷ Ley Nacional 27.130 de Prevención del Suicidio; Ley Nacional 26.057 de Salud Mental; Ley Nacional 26.529 de Derechos del Paciente, Historia Clínica y Consentimiento Informado; Ley Nacional 22.431 de Sistema de Protección Integral de las Personas con Discapacidad.

¹⁸ Según la Ley Nacional 26.061 de Promoción y Protección Integral de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes (artículo 3º), se entiende por interés superior de la niña, niño y adolescente a “la máxima satisfacción, integral y simultánea de los derechos y garantías reconocidos en esta ley. Debiéndose respetar: a) Su condición de sujeto de derecho; b) El derecho de las niñas, niños y adolescentes a ser oídos y que su opinión sea tenida en cuenta; c) El respeto al pleno desarrollo personal de sus derechos en su medio familiar, social y cultural; d) Su edad, grado de madurez, capacidad de discernimiento y demás condiciones personales; e) El equilibrio entre los derechos y garantías de las niñas, niños y adolescentes y las exigencias del bien común; f) Su centro de vida. Se entiende por centro de vida el lugar donde las niñas, niños y adolescentes hubiesen transcurrido en condiciones legítimas la mayor parte de su existencia (...) Cuando exista conflicto entre los derechos e intereses de las niñas, niños y adolescentes frente a otros derechos e intereses igualmente legítimos, prevalecerán los primeros”.

Asimismo, la **Ley Nacional 26.061 de Protección Integral de los Derechos de NNyA** considera a las conductas autolesivas, intentos de suicidio o suicidios consumados de NNyA como situaciones de grave vulneración de derechos. Debido a ello, el fortalecimiento, apoyo y/o consolidación de las **mesas de trabajo intersectoriales** (MTI) es potestad de cumplimiento de ésta que, en su artículo 4°, refiere: “Las políticas públicas de la niñez y adolescencia se elaborarán de acuerdo a las siguientes pautas: a) Fortalecimiento del rol de la familia en la efectivización de los derechos de las niñas, niños y adolescentes; b) Descentralización de los organismos de aplicación y de los planes y programas específicos de las distintas políticas de protección de derechos, a fin de garantizar mayor autonomía, agilidad y eficacia; c) Gestión asociada de los organismos de gobierno en sus distintos niveles en coordinación con la sociedad civil, con capacitación y fiscalización permanente; d) Promoción de redes intersectoriales locales”.

3.3. Intersectorialidad

La complejidad de la problemática del suicidio -dada su multidimensionalidad- determina que ninguna de las instituciones puede dar una respuesta integral y eficiente si actúa por sí misma, de manera aislada.

En consecuencia, la articulación interinstitucional e intersectorial se destaca como una estrategia prioritaria para el diseño y la implementación de abordajes integrales, teniendo en cuenta las posibilidades, los alcances y los límites de las prácticas de cada campo institucional.

La intersectorialidad implica, entonces, la **participación activa y coordinada** de los distintos actores y sectores -públicos, privados y de la sociedad civil- en la construcción de respuestas consensuadas.

En el proceso de construcción de redes existen diferentes **niveles de vínculos**: una secuencia en donde cada nivel sirve de apoyo al siguiente. Si bien los límites entre éstos son mucho más complejos en la práctica, su esquematización constituye un aporte para pensar, organizar y monitorear los grados de profundidad de una red. Estos niveles son (Rovere, 2006:48-51):

- **Reconocimiento:** se comienza a aceptar que el otro existe, se hace presente, se lo reconoce como interlocutor válido y, por lo tanto, sus contribuciones empiezan a ser tomadas en cuenta;
- **Conocimiento:** una vez que el otro es reconocido como par, se visualiza el interés y la necesidad de conocer al otro, saber quién es y cómo ve el mundo;
- **Colaboración:** a partir del interés y del conocimiento, empiezan a existir algunas circunstancias y eventos que conducen a trabajar con el otro (co-laborar), generando herramientas y espacios de diálogo que facilitan la circulación de información y la coordinación de las intervenciones. Sin bien no son articulaciones organizadas o sistemáticas sino espontáneas, estos mecanismos de colaboración estructuran una serie de vínculos de reciprocidad;
- **Cooperación:** se parte del supuesto de que existe un problema común, por lo tanto hay una co-problematización, y se despliega una forma más sistemática y estable de operación conjunta. Esto permite establecer prioridades, optimizar los recursos y programas existentes, y evitar la superposición y/o fragmentación de intervenciones;



- **Asociación:** la actividad se profundiza en alguna forma de contrato o acuerdo que implique compartir recursos, planes y presupuestos de financiamiento, para garantizar la continuidad en el funcionamiento de la red intersectorial.

3.4. Corresponsabilidad

El abordaje integral, interdisciplinario, intersectorial y comunitario de la problemática del suicidio implica, además, trabajar desde la corresponsabilidad para cumplir con los objetivos de **garantizar y restituir derechos**.

La corresponsabilidad implica no sólo que cada uno de los actores garantice los caminos formales para la satisfacción de derechos, sino también un sustancial compromiso ético para no abandonar al sujeto en el proceso. Es por ello que se piensa a **la red como un marco de construcción de relaciones de corresponsabilidad** -es decir, como práctica de asunción de responsabilidades compartidas-, en lugar de la simple derivación y recepción “de casos” entre profesionales y/o instituciones.

La corresponsabilidad implica, así, que cada una de las partes asume su rol específico e indelegable en procura del restablecimiento de las condiciones de cuidado y calidad de vida más adecuadas para cada sujeto. Para ello, es de suma relevancia la **identificación de los actores intervinientes y su participación en la sistematización de los circuitos de abordaje**, garantizando de este modo la intervención corresponsable del Estado, la comunidad y las familias.

Si bien el trabajo intersectorial y corresponsable es fundamental, la práctica necesariamente presenta dificultades. Frente a la complejidad de la problemática y sus múltiples variables, se abre un marco con un alto margen de incertidumbre sobre el que, además, intervienen actores con diferentes perspectivas, en ocasiones contrapuestas. Un **enfoque que ordene y trascienda las diferencias** debe buscar, siempre, la satisfacción plena y simultánea de todos los derechos.

Asimismo, para enfrentar estos problemas es imprescindible una política de **formación permanente** acompañada por espacios de supervisión y reflexión crítica sobre las prácticas que involucren a todos los actores. También es importante el análisis de los contenidos que se trabajan con los equipos; no basta con recomendar listados de textos o normativas si no hay una adecuación de los contenidos a la realidades de cada comunidad y cada institución y un acompañamiento en forma de capacitaciones.

Dada la alta incidencia de la problemática de la violencia autoinfligida en **adolescentes y jóvenes**,¹⁹ la corresponsabilidad toma especial relevancia cuando se trata de estas poblaciones: son situaciones que deben ser analizadas a partir de identificar qué derechos se encuentran vulnerados y qué políticas públicas y efectores tienen la responsabilidad de intervenir para restituirlos, con el objetivo de construir una respuesta integral en el marco del **Sistema de Promoción y Protección Integral de Derechos de NNyA**. En esta línea la Ley Nacional 27.130 de Prevención del Suicidio le solicita, en su artículo 12°, a los servicios locales de Promoción y Protección de Derechos y a la Secretaría Nacional de Niñez Adolescencia y Familia la

¹⁹ Ver el apartado “5.1. Adolescentes”, en el “Capítulo 5: Poblaciones afectadas” de la presente publicación.

implementación de medidas de protección integral de derechos; siguiendo las ideas antes planteadas, estas medidas deben diseñarse e implementarse siguiendo el principio de corresponsabilidad.

3.5. Mesas de Trabajo Intersectoriales

Para el abordaje integral, interdisciplinario, intersectorial, comunitario y corresponsable de la problemática del suicidio, se recomienda como una **estrategia prioritaria** la conformación y el fortalecimiento de una Mesa de Trabajo Intersectorial (MTI), enmarcada en lo dispuesto por la Ley Nacional 27.130 de Prevención del Suicidio.²⁰

Las Mesas de Trabajo Intersectoriales (MTI) son espacios: de participación estratégica de los distintos actores comprometidos en el desarrollo de políticas públicas orientadas a actuar sobre los determinantes de la salud; de discusión y reflexión sobre las necesidades que tiene la comunidad y las soluciones posibles que darán lugar a distintas acciones; de construcción de procesos necesarios para el conocimiento y el bienestar de la comunidad; de intercambio productivo entre los distintos sectores que conforman el territorio; de gestión para implementar políticas públicas; de organización para conocer los recursos de la comunidad y lograr verdaderos cambios en los factores que condicionan negativamente la salud local.

Comprender la esencialidad de la MTI es considerar que la **participación activa** en la gestión de políticas públicas, en la toma de decisiones y en la construcción de las agendas políticas es fundamental para el desarrollo y el bienestar de la comunidad (Anigstein, 2007).

Siguiendo esta línea, las MTI se configuran como instancias de trabajo sistemático e intersectorial que, en tanto disponen de conocimiento local, permiten avanzar en la caracterización de los fenómenos y desarrollar estrategias y abordajes integrales, facilitando los canales de comunicación entre los servicios y la comunidad.²¹

Bibliografía

Anigstein, C. (2007) “Modalidades de participación ciudadana en salud”. Recuperado de http://www.isalud.com/htm/pdf/revista_isalud/octubre07/paginas/26.html

DNSMyA (2018) *Recomendaciones para la Red Integrada de Salud Mental con Base en la Comunidad. Conceptualizaciones sobre Salud Mental Infante Juvenil*. Buenos Aires: Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación. Recuperado de http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001404cnt-2019-02_recomendaciones-conceptualizaciones-salud-mental-infante-juvenil.pdf

²⁰ Ver el recuadro “Marco normativo nacional”, en el “Capítulo 1: El suicidio como problema público” de la presente publicación.

²¹ Ver el “Anexo 1: Recomendaciones para la conformación de una Mesa de Trabajo Intersectorial” de la presente publicación.



Ministerio de Educación de la Nación (2015) *Acerca de la problemática del suicidio de adolescentes y jóvenes. Un enfoque para su abordaje desde el campo de la educación*. Recuperado de <https://www.educ.ar/recursos/127063/acerca-de-la-problematica-del-suicidio-de-adolescentes-y-jovenes-un-enfoque-para-su-abordaje-desde-el-campo-de-la-educacion>

Rovere, M. (2006) *Redes en Salud: los Grupos, las Instituciones, la Comunidad*. Segunda Edición corregida y aumentada. El Ágora, Secretaría de Salud de la Municipalidad de Rosario, Instituto de la Salud “Juan Lazarte”.

CAPÍTULO 4: PARTICULARIDADES DEL ABORDAJE DESDE LOS DISTINTOS SECTORES INTERVINIENTES

Definir un abordaje único del suicidio que sea apropiado en forma general y descontextualizado de la comunidad de referencia sería reduccionista: la complejidad y multidimensionalidad de la problemática demandan de un análisis que considere cómo lo social, lo cultural y lo histórico se entrelazan en una trama subjetiva, en un tiempo y espacio determinados. Por lo tanto, las respuestas a construir deben ser complejas y singulares.

Teniendo esto en consideración, en el presente capítulo se desarrollan las particularidades del abordaje del suicidio desde diferentes sectores intervinientes,²² que se proponen como un insumo **para que cada comunidad se lo apropie y adapte**.

El **trabajo interdisciplinario, intersectorial, coordinado y corresponsable**²³ de los diversos actores permite unificar criterios de actuación y garantizar abordajes integrales y oportunos: la red sociosanitaria da lugar a la optimización del sistema de alerta y respuesta²⁴ y asegura el sostenimiento de las acciones a corto, mediano y largo plazo.

En esta línea, se prioriza la **estrategia de sistematización del circuito de intervención**: proceso que integra las acciones de promoción de la salud y prevención del suicidio, atención, seguimiento y posvención. Los circuitos de intervención deberán integrar criterios generales para todos los sectores involucrados pero dejando lugar a las especificidades de cada uno de estos.

Dichas intervenciones son implementadas por los equipos locales en función del diagnóstico de situación y los recursos disponibles. Al mismo tiempo, se espera que los niveles centrales -nacional y jurisdiccionales- desarrollen acciones de capacitación, asistencia técnica y monitoreo para el acompañamiento y desarrollo de las acciones locales. La ideación suicida y las conductas autolesivas no constituyen un delito tipificado por el Código Penal Argentino, por lo tanto **no corresponde la denuncia ante las autoridades judiciales o policiales ni la adopción de medidas de encierro**. Al ser considerada una situación de vulneración o amenaza grave de derechos, se debe articular sin demoras con el **efector de salud** más cercano. En caso de niñas/os y adolescentes (NNyA), dicho efector está obligado a dar intervención formal al **organismo local**

²² Ver también el "Anexo 2: ¿Cómo hablar del suicidio en los medios de comunicación?" de la presente publicación.

²³ Ver el "Capítulo 3: Abordaje integral y comunitario desde un enfoque de derechos" de la presente publicación.

²⁴ "El objetivo general del mecanismo de alerta temprana y respuesta es detectar y controlar rápidamente eventos agudos de salud pública de cualquier origen [...]. Procura aumentar la sensibilidad para la detección, la calidad de la evaluación de riesgos y la oportunidad y eficacia de la respuesta a los riesgos para la salud pública agudos, a modo de reducir al mínimo las consecuencias negativas para la salud de la población afectada" (OPS/OMS, 2015:11). "Una función eficaz de alerta temprana garantiza una respuesta rápida a los eventos agudos de salud pública de todos los orígenes, y por ende la mitigación del impacto en la salud pública. Esto requiere mayor coordinación y la colaboración estrecha con todos los interesados directos dentro y fuera del sector de la salud" (OPS/OMS, 2015:9).

de **Promoción y Protección de Derechos de NNyA**, con el objetivo de garantizar las medidas de protección integral que se evalúen pertinentes (PNSIA, 2018).

4.1. Circuito de intervención integral

Promoción de la salud y prevención del suicidio²⁵

Es importante remarcar que, tal como afirma la OMS (OPS/OMS, 2016), el suicidio es potencialmente prevenible. Sin embargo, el concepto de prevención tiene diferentes interpretaciones.

La prevención desde el modelo bio-médico designa al conjunto de actos y medidas que se ponen en marcha para reducir la aparición de los riesgos ligados a enfermedades o a ciertos comportamientos nocivos para la salud. Abarca medidas destinadas a prevenir la aparición de la enfermedad y a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida -prevención primaria, secundaria y terciaria.

En línea con el modelo bio-médico, el **enfoque preventivista** instala la concepción de “riesgo” como elemento asociado a la enfermedad, y permite establecer predicciones sobre su eventual ocurrencia asociando la presencia de ciertos factores en grupos poblacionales específicos. Sin embargo, no se trata de una relación directa entre causa y efecto a nivel individual, sino de una determinada **probabilidad**. De este modo, este enfoque permite determinar **factores de riesgo** -entendidos como cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión- y, a su vez, determinar **factores protectores** -entendidos como cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que disminuya su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión.

A diferencia del riesgo como categoría -que aísla analíticamente factores para determinar su potencia causal-, la **perspectiva de la vulnerabilidad** pretende analizar escenarios complejos, en los que interactúan múltiples dimensiones de manera dinámica y variable, determinando un fenómeno con distinto grado de causalidad. En esta línea, las vulnerabilidades no se explican únicamente por el comportamiento de la persona o del grupo de pertenencia, sino que también se incluyen dimensiones colectivas y contextuales relacionadas con la aparición y desarrollo de un determinado problema de salud.

Así, los análisis de vulnerabilidad no prescinden de los abordajes epidemiológicos de riesgo sino que los amplía y los pone en contexto. Se trata de **sustituir la visión reduccionista del riesgo individual por una mirada integral de las situaciones de vulnerabilidad**.

En este marco, la **promoción de la salud** se perfila como una estrategia clave. La prevención de la enfermedad se utiliza a veces como término complementario de la promoción de la salud; sin embargo, pese a que se suele producir una superposición de contenidos y estrategias, son acciones distintas: mientras que la prevención hace eje en la enfermedad -y, por ello, es una acción específica que generalmente emana del sector sanitario-, la promoción hace eje en la salud, configurándose así como una práctica más integral cuyo anclaje no está direccionado hacia alguna afección en particular sino hacia el conjunto de los componentes

²⁵ Ver el apartado “2.3. Enfoque de riesgo y perspectiva de vulnerabilidad”, en el “Capítulo 2: Caracterización del fenómeno del suicidio” de la presente publicación.

de la vida que generan salud. De este modo, la promoción involucra distinto tipo de **acciones inespecíficas desarrolladas por diversos actores, a partir de la producción de conocimientos interdisciplinarios y la implementación de abordajes intersectoriales y en red, orientados al bienestar y al cuidado en general.**

Considerando la complejidad de la problemática del suicidio -en términos de su multidimensionalidad-, su abordaje integral desde la perspectiva de la vulnerabilidad y con enfoque en la promoción de la salud supone la construcción de modelos explicativos complejos y dinámicos del fenómeno.²⁶ Estos modelos buscan integrar la noción de riesgo con la de vulnerabilidad y vincular los niveles de determinantes y sus interrelaciones. De ahí, la necesidad de intervenir en varios niveles a la vez, a partir de la articulación, coordinación y participación protagónica de diversos actores dentro y fuera del sector de la salud.

Atención

“El **modelo de atención comunitario** se caracteriza por la apertura e integración de las prácticas institucionales a las redes de servicios socio-sanitarias con base territorial con el objetivo de promover y garantizar el proceso de inclusión social. Comprende el desarrollo y/o fortalecimiento de servicios comunitarios sustitutivos del modelo asilar, la coordinación con recursos humanos no convencionales durante el proceso de atención e inclusión social, y la adopción de prácticas de salud acordes con el respeto y garantía de los Derechos Humanos” (DNSMyA, 2014:10).

En esta línea, se comprende que **el proceso de atención incluye la atención en la urgencia, aunque no se reduce exclusivamente a ella.** Podemos definir a la urgencia como un emergente del estado de malestar. No es un acontecimiento aislado del proceso de atención sino parte del proceso de salud-enfermedad, en el que la persona debe ser asistida de manera integral en el ámbito socio-sanitario y acompañada en un seguimiento para evitar la recurrencia. El desarrollo de las redes de abordaje como resultado de la estrategia de Atención Primaria de la Salud²⁷ facilita la viabilización de la respuesta a la situación de urgencia y la continuidad de cuidados comunitarios (DNSMyA, 2014:13).

Así, este modelo implica la **articulación en red de diferentes efectores de salud**: equipos y/o servicios de salud mental, medicina general, enfermería, servicio social, adolescencia, pediatría, etc., en centros de salud del primer nivel de atención, hospitales generales, sanatorios y policlínicos -con atención ambulatoria, abordaje de las urgencias las 24 horas, interconsulta e internación-, centros de día comunitarios, hospitales de día y de noche, diferentes modalidades de dispositivos para la inclusión sociolaboral y dispositivos habitacionales con diferentes niveles de apoyos, dispositivos de arte y salud mental, entre otros (DNSMyA, 2018).

Al mismo tiempo, este modelo supone un abordaje en el cual la estrategia es pensada y llevada a cabo de manera intersectorial, priorizando una atención en conjunto y teniendo en cuenta las necesidades

²⁶ Ver el apartado “2.4. Modelo ecológico para comprender las violencias”, en el “Capítulo 2: Caracterización del fenómeno del suicidio” de la presente publicación.

²⁷ Más información sobre la estrategia de Atención Primaria de la Salud en el apartado “4.1. Salud” del presente capítulo.

particulares de cada persona y de su entorno. Esto es fundamental para un acompañamiento efectivo en el momento de salida de la urgencia y en el seguimiento posterior.

Por otra parte, teniendo en cuenta que existen espacios que carecen de medios adecuados y suficientes para el abordaje de estas problemáticas, se tiene que considerar el desafío de adaptar los recursos no convencionales para dar continuidad a la atención, lo que implica una necesidad de una articulación de mayor complejidad.

Seguimiento

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

Se trata de diseñar e implementar intervenciones que no vulnere la intimidad, que no sean invasivas, pero que hagan efectivo el **acompañamiento del sujeto y de su entorno a corto y mediano plazo, a partir de una proximidad que genere confianza**. En esta línea, y especialmente cuando se trata de NNyA, el seguimiento integral también implica evaluar e identificar signos de vulnerabilidad en las personas de la red inmediata, situaciones de violencias, carencias o desvalimientos del entorno familiar, para intervenir de manera oportuna articulando con aquellos efectores que puedan garantizar un abordaje específico y adecuado.

En suma, si las estrategias de intervención no incluyen acciones de seguimiento, considerando plazos y manteniendo un registro, el **abordaje interdisciplinario, intersectorial e integral**²⁸ queda limitado o impedido: "Comprender a las personas y el contexto en que viven no sólo es importante para ofrecer una respuesta integral y centrada en la persona, sino que también condiciona la continuidad de la atención (...). La preocupación por los resultados obliga a aplicar un enfoque sistemático y coherente a la gestión del problema del paciente, hasta que éste se resuelva o el riesgo que justifica el seguimiento haya desaparecido" (OMS, 2008:52).

Posvención

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

En este marco, se puede pensar a la posvención como "la intervención orientada a brindar insumos para afrontar una pérdida afectiva inesperada, tomando conciencia de la crisis, logrando un mejor reconocimiento de los sentimientos de pesar y tristeza, identificando a los sujetos en riesgo de estructurar un cuadro

²⁸ Ver el "Capítulo 3: Abordaje integral y comunitario desde un enfoque de derechos" de la presente publicación.

psicopatológico y reduciendo los sentimientos de confusión y ansiedad” (Casullo et al, 2000, citado en Martínez, 2017:19-20).

Se entiende a la posvención, entonces, como un dispositivo que permite repensar, acompañar y diagramar acciones, junto con las/os involucradas/os, sobre los efectos posibles que produce un suicidio en un medio determinado -escuela, club, ámbito de trabajo, comunidad, etc.

De este modo, las intervenciones de posvención apuntan a **reestructurar y fortalecer los lazos afectivos** conmovidos por la pérdida y, al mismo tiempo, permiten realizar un **diagnóstico de situación e identificar signos de mayor vulnerabilidad en la red inmediata**, para intervenir de manera oportuna articulando con aquellos efectores que puedan garantizar un abordaje específico y adecuado.

En este sentido, la posvención realizada como dispositivo preventivo en salud mental y sociocomunitaria es considerada como una **estrategia de prevención**, ya que problematiza el tabú del silencio dando lugar a que emerjan pensamientos y sentimientos vinculados al suicidio en un marco profesional de privacidad, y permite reorganizar la red social, fortalecer vínculos y restablecer relaciones a partir de la pérdida. Asimismo, permite evaluar e identificar signos de vulnerabilidad en la red inmediata, e intervenir de manera oportuna articulando con aquellos efectores que puedan garantizar un abordaje específico y adecuado.

4.2. Salud

El presente apartado se propone sensibilizar y aportar herramientas a los equipos de salud para propiciar que todas las acciones de prevención y promoción de la salud, así como las consultas de cualquier especialidad **se transformen en una oportunidad para la detección de la problemática del suicidio, y se pongan en marcha sistemas de alerta y respuesta**²⁹ **enmarcados en la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS).**

A diferencia de la imagen clásica del sistema de salud, que supone una pirámide con el hospital distrital en la cúspide y una serie de centros de salud que remiten a la autoridad superior, un sistema de salud organizado en torno a la estrategia de APS requiere de un **abordaje transversal a todos los niveles del sistema de salud, orientado a promover el nivel de salud y bienestar más alto posible de las personas, las familias y las comunidades**, dando respuesta a las necesidades de salud de la población y garantizando el ejercicio pleno del **derecho a la salud integral** a partir del **acceso universal a servicios que promuevan la equidad y la cobertura efectiva.**

En este sentido, si bien incluye el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos, la APS hace especialmente **foco en la promoción y prevención primaria, partiendo de una concepción integral de la salud**, en tanto “estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 1948)³⁰. La salud es entendida, entonces, como un **proceso dinámico**

²⁹ Ver nota al pie N° 3.

³⁰ La cita procede del Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, que fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados (Official Records of the World Health Organization, N° 2, p. 100), y que entró en vigor el 7 de abril de

de construcción colectiva, en el que intervienen múltiples factores sociales, medio-ambientales, biológicos y del sistema de salud, así como la historia, la geografía, la cultura, la economía y la política en la que están inmersos el individuo, su familia y su comunidad, a los que se denomina “**determinantes de la salud**” (Breihl, 1989). En este sentido, la determinación del proceso salud-enfermedad-atención-cuidados se produce en el ámbito de lo social y, consecuentemente, sólo es comprensible si se lo contextualiza.

Este enfoque multidimensional requiere, entonces, de **la interdisciplina, la intersectorialidad y la participación comunitaria** -articulación del sistema sanitario con áreas públicas, privadas y no gubernamentales vinculadas a empleo y trabajo, educación, vivienda, producción, entre otras- para promover el derecho a la salud y garantizar el diseño y la implementación de abordajes integrales.³¹

En esta línea, la Organización Mundial de la Salud lanzó, en el año 1999, el programa SUPRE (*Suicide Prevention* - Prevención del Suicidio): una iniciativa mundial para la prevención y reducción de la mortalidad por suicidio que prioriza el abordaje integral, interdisciplinario e intersectorial y, para ello, propone una serie de instrumentos destinados a efectores sanitarios y no sanitarios, con enfoque en la estrategia de APS.³²

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

Por estas razones, la estrategia de APS implica un posicionamiento estratégico de los equipos del primer nivel, al desplegar una **función de mediación entre la comunidad y los demás efectores** -sanitarios y no sanitarios-, a partir de un trabajo de **coordinación que transforma efectivamente la pirámide de la atención en una red**, donde las relaciones entre el equipo de salud y los demás servicios e instituciones ya no están basadas únicamente en una jerarquía verticalista y en la derivación hacia arriba, sino en la **coordinación y cooperación**³³ (OMS, 2008:58).

1948. La definición no ha sido modificada desde 1948. Recuperado de <https://www.who.int/es/about/who-we-are/frequently-asked-questions>

³¹ Ver el “Capítulo 3: Abordaje integral y comunitario desde un enfoque de derechos” de la presente publicación.

³² Más información en https://www.who.int/mental_health/publications/suicide_prevention/es/

³³ Ver el apartado “3.3. Intersectorialidad”, en el “Capítulo 3: Abordaje integral y comunitario desde un enfoque de derechos” de la presente publicación.

Siguiendo esta perspectiva, se plantea el desafío de crear nuevos esquemas de detección, recepción y resolución de demandas, que estén a la altura de lo que la época plantea: la complejidad de las problemáticas emergentes exige **abordajes multidimensionales** y, en este sentido, la función de mediación y coordinación de los servicios de atención primaria se extiende no sólo hacia adentro del sistema sanitario sino también a la **articulación con otras instituciones y organizaciones públicas, privadas y de la comunidad**: “La función de coordinación constituye el marco institucional para fomentar la movilización en todos los sectores y garantizar así la salud de las comunidades locales. No se trata de un valor añadido optativo, sino de una parte esencial de la misión de los equipos de atención primaria” (OMS, 2008:59).

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

En línea con este enfoque, se presentan a continuación orientaciones para la intervención integral desde el sector Salud enmarcadas en la estrategia de APS.

Orientaciones para la intervención

PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DEL SUICIDIO (ANTES)

- ✓ Promover prácticas y abordajes integrales orientados al **fortalecimiento del lazo social** garantizando el acceso al ejercicio de **derechos**, en línea con el marco normativo vigente³⁴
- ✓ Promover el desarrollo de **políticas locales** para la prevención y abordaje integral del suicidio.
- ✓ **Sistematizar el circuito de intervención integral**: consolidar una coordinación de servicios y efectores y acordar un **conjunto de criterios** comunes para garantizar la integralidad del abordaje, teniendo en cuenta las posibilidades, los alcances y los límites de las prácticas de cada campo institucional.

³⁴ Ley Nacional 26.657 de Salud Mental; Ley Nacional 27.130 de Prevención del Suicidio; y Ley Nacional 26.061 de Promoción y Protección Integral de Derechos de Niñas/os y Adolescentes. Ver el apartado “Marco normativo nacional”, en el “Capítulo 2: El suicidio como problema público” de la presente publicación.



- ✓ **Fortalecer las redes locales que nucleen tanto áreas estratégicas del sistema de salud como de otros sectores**, para el armado e implementación de un sistema de alerta temprana y respuesta y el sostenimiento de estrategias de corto, mediano y largo plazo en el marco de la corresponsabilidad.³⁵
- ✓ **Sensibilizar** a los efectores de salud y a la comunidad en general sobre el fenómeno del suicidio; trabajar en la deconstrucción de **mitos y prejuicios**³⁶ en torno a la problemática, que promueven la estigmatización de personas y grupos y operan como barrera de acceso al ejercicio del derecho a la salud integral.
- ✓ **Capacitar a los equipos del primer nivel de atención** para construir respuestas integrales a la problemática del suicidio priorizando la **estrategia de APS**.
- ✓ **Identificar posibles situaciones de vulnerabilidad** aprovechando el encuentro de las/os usuarias/os con el sistema de salud (teniendo en cuenta que estos no siempre las expresan de manera directa), y articular con los actores que correspondan para implementar abordajes integrales y oportunos.
- ✓ Garantizar el acceso a la **asistencia con tratamientos eficaces** para personas con padecimientos de salud mental desde un marco de derechos, de acuerdo a la normativa vigente.
- ✓ Capacitar a las distintas instituciones intervinientes -sanitarias y de otros sectores- para que realicen **intervenciones efectivas en situaciones de crisis**.
- ✓ Garantizar el **seguimiento**, acompañamiento y apoyo a la persona, su entorno y comunidad luego de un intento de suicidio, e implementar estrategias de **posvención** en ámbitos afectados por un suicidio.
- ✓ Restringir el acceso a los medios para cometer suicidio.
- ✓ Trabajar en articulación con los medios de comunicación para promover **buenas prácticas en el tratamiento mediático** de la problemática del suicidio.³⁷

³⁵ Ver los apartados “3.3. Intersectorialidad”, “3.4. Corresponsabilidad” y “3.5. Mesas de Trabajo Intersectoriales”, en el “Capítulo 3: Abordaje integral y comunitario desde un enfoque de derechos” de la presente publicación.

³⁶ Ver el “Anexo 3: Desarmando prejuicios: deconstruir para construir” de la presente publicación.

³⁷ Ver el “Anexo 2: ¿Cómo hablar del suicidio en los medios de comunicación” de la presente publicación.



- ✓ Desarrollar sistemas de **registro** con datos de calidad sobre el evento.

En especial con población adolescente:

- ✓ Capacitar al personal de salud en la **perspectiva de derechos en general**, e implementar intervenciones de **promoción de la salud integral**, que generen condiciones para la enunciación de los problemas y que habiliten, a partir de una escucha activa, el despliegue de procesos de construcción de **confianza entre pares y con adultos/as referentes**, para que acompañen las trayectorias de vida de los/as adolescentes y, al mismo tiempo, puedan anticiparse e intervenir de manera oportuna ante situaciones que impacten negativamente en su salud.

Se trata de propuestas que, a través de distintas modalidades -escritas y/o habladas, artísticas y/o lúdicas-, **promuevan la reflexión y la expresión, el conocimiento y reconocimiento de una/o misma/o y de las/os otras/os, y la construcción de sentidos de pertenencia y lazos de solidaridad**. Dichas propuestas no necesariamente tienen que confrontar a las/os adolescentes con el tema del suicidio y la muerte: la perspectiva de la promoción de la salud integral habilita a abordar esta problemática específica a partir de **diversos contenidos**, tales como violencias, autocuidado y cuidado de las/os otras/os, proyectos de vida, educación para la salud, educación sexual integral, perspectivas de género y masculinidades, violencia en el noviazgo, acoso escolar, consumos problemáticos de sustancias psicoactivas, seguridad vial, entre otros.

En este marco y en línea con la normativa vigente, es fundamental garantizar el **derecho a la participación** de las/os adolescentes en el diseño y la implementación de intervenciones y políticas.

- ✓ Consolidar una **red de articulación intersectorial**³⁸, tanto para diseñar e implementar intervenciones de promoción de la salud como para intervenir de manera temprana y oportuna ante la detección de una situación de vulnerabilidad y garantizar su abordaje integral.

³⁸ Los Ministerios de Educación y de Salud de la Nación impulsan, desde el año 2015, la estrategia de Asesorías de Salud Integral en Escuelas Secundarias: espacios que funcionan como nexo entre ambos sectores favoreciendo el acceso de las/os adolescentes al sistema de salud. Se implementa con la designación de un profesional de la salud que asiste a la escuela para dar respuestas a las diversas complejidades que implican las situaciones por las que atraviesan los/as adolescentes, desde una perspectiva integral -contrarrestando la fragmentación intra e intersectorial- y evitando las miradas reduccionistas, estigmatizantes y patologizantes. Las Asesorías en Salud Integral en Escuelas Secundarias constituyen un espacio de consulta, orientación y/o derivación centrado en las necesidades y los problemas cotidianos de los/as adolescentes vinculados a la salud integral. (PNSIA, UNICEF, 2018)



ATENCIÓN (DURANTE)

- ✓ Garantizar la **privacidad, intimidad y el resguardo de la confidencialidad** en la asistencia.
- ✓ Brindar el tiempo necesario para establecer una **relación de confianza, garantizar una escucha activa y libre de sanción moral, no desestimar los relatos y utilizar un lenguaje sencillo y claro.**
- ✓ Garantizar una **atención integral, integrada, apropiada, de calidad y sostenida a lo largo del tiempo, tanto para la persona como para su familia y entorno.**
- ✓ **Preguntar abiertamente y sin rodeos sobre el suicidio o ideas suicidas.**
Contrariamente a lo establecido en la creencia popular, hablar del suicidio no provoca actos de autolesión. Por el contrario, permite hablar acerca de los problemas y la ambivalencia con la que estén luchando, percibiendo que pueden ser ayudados/as y, en muchos casos, aliviando al menos momentáneamente la tensión psíquica. **El riesgo es justamente que estas ideas permanezcan ocultas** (DNSMyA, PNSIA, 2012).

Estrategias de intervención en la urgencia

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

Durante la evaluación se debe priorizar: examen físico completo; probables signos de abuso sexual y/o maltrato; pesquisa de signos físicos de ingestión y/o abuso de sustancias psicoactivas u otras sustancias tóxicas; embarazo; estado de conciencia y evaluación del estado psíquico global.³⁹

³⁹ Más información en DNSMyA, PNSIA (2012).

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

- ✓ **Evaluación situacional:** está indicada en todas las situaciones en las que una persona haya realizado un intento de suicidio, haya expresado ideas o intenciones suicidas, o cuando sus acciones lo sugieren aunque lo niegue.

Consideraciones clínicas que orientan la intervención:⁴⁰ letalidad del método; planificación del acto; circunstancias en la que se concretó el plan; grado de impulsividad; actitud y afecto posterior al intento; estado psíquico al momento de la consulta; intoxicación o consumo agudo de alcohol y/u otras sustancias psicoactivas; acción autolesiva repetida e intentos previos; presencia de problemática de salud mental previa; antecedentes de tratamiento de salud mental; evento y/o situación estresante desencadenante del acto o ideación -posibilidad de abuso, acoso u otra/s vulneración/es de derechos-; existencia de patología orgánica grave, crónica y/o terminal; vulnerabilidades asociadas al contexto socio familiar; construcción del género⁴¹; factores de protección -a nivel individual, relacional, comunitario y social.⁴²

- ✓ **Nunca dejar sola a la persona e identificar posibles referentes vinculares** que pudieran resultar tranquilizadores/as y colaborar durante el proceso de atención y seguimiento.
- ✓ **No denunciar a la policía ni adoptar medidas de encierro** ante un intento de suicidio.
- ✓ **No dejar elementos potencialmente peligrosos** al alcance; evitar cercanías a puertas y ventanas.

⁴⁰ Refiere a los criterios que se utilizan para definir las intervenciones, incluyendo la posibilidad de una internación.

⁴¹ El mayor porcentaje de intentos graves y suicidios consumados corresponden al género masculino. Existe una relación importante entre algunas causas de suicidio y las obligaciones que impone el modelo de masculinidad hegemónico, entendido como un constructo social que le indica a los hombres el rol que se espera de ellos en la sociedad. El no poder cumplir con la función de proveedores, o el sentimiento de desamparo al que los jóvenes varones se enfrentan al tener más problemas para pedir ayuda o demostrar sus emociones, son factores que influyen en la conducta suicida. Asimismo, las poblaciones de personas lesbianas, gays, bisexuales, trans, intergénero y queer (LGBTIQ+) han mostrado una prevalencia en esta problemática. Estas poblaciones se ven afectadas por el estigma y la discriminación, quedando expuestas a un entorno social hostil caracterizado por el rechazo y la exclusión. Esto contribuye a generar problemas tales como depresión, abuso de sustancias, aislamiento social y conflicto con los pares, lo cual puede incrementar los factores de riesgo de suicidio de jóvenes y adolescentes LGBTIQ+.

⁴² Más información en DNSMyA, PNSIA (2012).



Estrategias terapéuticas inmediatas

- ✓ **Internación o permanencia en Guardia o sala del hospital polivalente para observación:** evaluación por profesional de Salud Mental en un lapso no mayor a las 48 horas -dependiendo de la accesibilidad a la consulta con especialista.⁴³
- ✓ **Alta institucional y tratamiento ambulatorio de Salud Mental:** se podrá considerar cuando se verifiquen todos o algunos de los siguientes ítems: la acción autolesiva es de bajo grado de agresión; ideación de poca consistencia; el contexto familiar se evalúa como continente y los/as referentes vinculares presentan una actitud de compromiso para adoptar medidas de cuidado; la persona se muestra de acuerdo con la necesidad de continuar el tratamiento y puede garantizarse el seguimiento.
- ✓ Es fundamental garantizar un **acompañamiento permanente** -no sólo derivar a especialista de Salud Mental-, y trabajar en **corresponsabilidad** con otros sectores.

SEGUIMIENTO (DESPUÉS)

- ✓ Consensuar el **alta a partir de una intervención interdisciplinaria** de los servicios implicados en la atención -Salud Mental, Medicina General, Servicio Social, Adolescencia, Pediatría, entre otros según el caso.

Esta intervención debe incluir una **propuesta de plan terapéutico integral**, que contemple aspectos orgánicos, psicológicos y sociales, a desarrollarse en un centro de salud cercano al domicilio de la persona.
- ✓ **Garantizar, junto con el alta, la asignación de un turno para Salud Mental dentro de los siete días subsiguientes**, especificando fecha y hora del turno y nombre del/a profesional.
- ✓ **Mantener un contacto regular inicialmente con mayor frecuencia** -diario o semanal- durante los dos primeros meses, continuando el seguimiento mientras persista el riesgo de

⁴³ De acuerdo a la Ley Nacional 26.657 de Salud Mental: “La internación es considerada como un recurso terapéutico de carácter restrictivo, y sólo puede llevarse a cabo cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones realizables en su entorno familiar, comunitario o social (...)” (Artículo 14º); “La internación debe ser lo más breve posible, en función de criterios terapéuticos interdisciplinarios” (Artículo 15º); ver también artículos 16º, 20º, 21º y 25º.



autolesión o suicidio, y reduciéndolo -cada dos o cuatro semanas- a medida que la persona mejore durante un lapso de dos años (OPS/OMS, 2018).

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

- ✓ Implementar estrategias de **búsqueda activa y derivación oportuna**: intervenciones de articulación entre los servicios de atención primaria de la salud, agentes sociosanitarios en terreno y otros actores de la comunidad (escuelas, clubes, ámbitos de trabajo, etc.) para fortalecer el acompañamiento del sujeto y su red inmediata, el seguimiento de derivaciones, el monitoreo del cumplimiento del plan terapéutico y la implementación de intervenciones para mejorar la adherencia al tratamiento.
- ✓ Promover y fortalecer una **red de referentes de los distintos servicios y niveles de atención** implicados -proceso de referencia y contrareferencia.
- ✓ En el caso de NNyA, promover el **acompañamiento de un/a referente** adulto/a significativo/a durante todo el proceso.

POSVENCIÓN (DESPUÉS)

- ✓ Implementar intervenciones destinadas a **reducir el impacto del hecho, garantizando la orientación, contención y acompañamiento de familiares, grupos de pares y la comunidad** en general en la tramitación del dolor y el trabajo del duelo.
- ✓ Determinar los mejores modos de acompañar a la comunidad y el entorno afectado en **la tramitación colectiva y la producción de sentidos y de significaciones** alrededor de lo acontecido, **considerando el tiempo necesario** para estos procesos y promoviendo el **fortalecimiento del lazo social**, desde una **mirada integral y con un enfoque de derechos**.
- ✓ Articular acciones entre diversos sectores de la comunidad. Consolidar una **red intersectorial local** que nucleee tanto áreas estratégicas del sistema de salud como del resto de los sectores intervinientes.



- ✓ Considerar intervenir **a partir de las 48 a 72 horas posteriores** al evento -a fin de resguardar la privacidad de la familia para la elaboración del duelo- y en un plazo de **hasta dos meses, y mantener un seguimiento por dos años** (OPS/OMS, 2016).
- ✓ Diseñar e implementar **dispositivos de contención y asistencia flexibles** a las necesidades, demandas y realidades singulares de cada sujeto, grupo y comunidad.
- ✓ Implementar **dispositivos individuales y grupales** que garanticen una **escucha activa** e incluyan la **focalización de los recursos psíquicos, grupales y sociales**.
- ✓ Promover **actividades expresivas** escritas y/o habladas, artísticas y/o lúdicas, **sin caer en estereotipos vitalistas**. No plantear propuestas que silencien u obturen la palabra.
- ✓ Trabajar con los **grupos de pertenencia y contextos** -educativo, laboral, recreativo, etc.- afectados por la muerte, abordando la problemática desde un **enfoque comunitario**.
- ✓ Realizar un **diagnóstico de situación e identificar signos de mayor vulnerabilidad en la red inmediata** para intervenir de manera oportuna, articulando con aquellos efectores que puedan garantizar un abordaje específico, adecuado e integral.
- ✓ Servirse de la **autopsia verbal/psicológica** como estrategia de análisis y tratante.
- ✓ **Evitar la búsqueda de una causalidad unívoca** y la morbosidad o espectacularidad alrededor del hecho. **No responsabilizar al contexto familiar o comunitario** por el acontecimiento de un suicidio.
- ✓ **Evitar procesos de sobreintervención, revictimización y vulneración de derechos**.

4.3. Educación

La problemática de las violencias se despliega en las escuelas tanto por lo que acontece “dentro” de ellas como por todo aquello que ocurre “por fuera” y que de algún modo, directo o indirecto, las implica y afecta. En este sentido, es relevante establecer la diferencia entre lo que se denomina habitualmente violencia escolar y violencia en la escuela. La **violencia escolar** refiere a aquellos mecanismos institucionales que se constituyen en prácticas violentas y/o acentúan situaciones de violencia social; es decir, se trata de la violencia que se produce en el marco de los vínculos propios de la institución en el ejercicio por parte de los actores de los roles que allí tienen alumnas/os, docentes, personal no docente, directivas/os. En cambio, la **violencia en la escuela** refiere a hechos que tienen a la escuela como escenario, en

los cuales la institución actúa como caja de resonancia del contexto social en el que está inserta⁴⁴ (Ministerio de Educación de la Nación, 2010:10).

Dada la complejidad de la problemática de las violencias -en términos de su multidimensionalidad-, se requiere de abordajes integrales y corresponsables, en los que **el sistema educativo tiene funciones indelegables**. Sin embargo, “en ocasiones, las respuestas que se han venido dando a las diversas situaciones conflictivas que se presentan en las escuelas no tienen en cuenta los problemas sociales y culturales que hoy nos enfrentan a nuevos desafíos. Por ello, resulta fundamental revisar las prácticas pedagógicas y acompañar las trayectorias de los y las estudiantes para intervenir de una manera integral y humanizadora en la realidad escolar y comunitaria” (Ministerio de Educación de la Nación, 2014a:5).

En este marco, el Ministerio de Educación de la Nación publicó la *Guía Federal de Orientaciones para la Intervención Educativa en Situaciones Complejas Relacionadas con la Vida Escolar 1 y 2* (2018a,b)⁴⁵, que brinda herramientas para el abordaje de problemáticas complejas que pueden ocurrir en la escuela o fuera de ella, pero que se terminan presentando en el escenario escolar. En dicha *Guía Federal* se plantea el siguiente enfoque: “Estamos convencidos de que una mirada atenta de las personas adultas posibilita la intervención temprana y evita la escalada de los conflictos y su posible agravamiento. La negación del conflicto es tan perjudicial como su no resolución. Es igual de importante trabajar con los estudiantes, a través de la reflexión sobre casos concretos y el debate de argumentos racionales, la construcción de una perspectiva ética sobre la violencia en todas sus formas. Debe existir un correlato entre la ampliación y efectivización de derechos, con la educación para el ejercicio de esos derechos, poniendo énfasis en las responsabilidades y obligaciones que conllevan” (Ministerio de Educación de la Nación, 2014a:8).

Esta perspectiva le reconoce a la comunidad educativa una capacidad y potencialidad claves para aportar a la disminución de las violencias y, en esta línea, se destaca el **impacto positivo de la intervención docente en la regulación de los vínculos entre las/os alumnas/os**: “Cuando los docentes intervienen en los problemas de convivencia entre alumnos, disminuye sensiblemente la cantidad de episodios de violencia visualizados o sufridos por los estudiantes. Es tal la disminución que es posible concluir que la intervención docente es uno de los factores que mayor incidencia tienen en la percepción de los actores en relación con el problema” (Ministerio de Educación de la Nación, 2010:27).

Es posible, entonces, abordar la problemática de las violencias en el espacio escolar a partir del trabajo centrado en el **fortalecimiento de climas y prácticas institucionales que promuevan la construcción de sentidos de pertenencia y el despliegue de vínculos saludables**, a partir del reconocimiento de las/os otras/os y de las diferencias, del

⁴⁴ También es posible distinguir la violencia “en, de y hacia” la escuela. Se entiende por violencia “en” la escuela a cuando ésta, si bien tiene lugar en el interior del establecimiento, no está vinculada necesariamente con la esencia propia del sistema escolar. Cuando sí lo está se habla de violencia “de” la escuela o violencia institucional, en tanto refiere a aquellos episodios producidos por la misma institución sobre las/os alumnas/os. En cambio, la violencia “hacia” la escuela está constituida por los actos dirigidos sobre el establecimiento escolar (Kaplan, 2006).

⁴⁵ La *Guía Federal de Orientaciones para la Intervención Educativa en Situaciones Complejas Relacionadas con la Vida Escolar 1 y 2* fue aprobada por Resolución n° 217 del Consejo Federal de Educación el 15 de abril de 2014.

fortalecimiento de los lazos de solidaridad, y de la garantía de **los derechos** de todos los actores del sistema educativo, con la consideración primordial de las/os niñas/os y adolescentes (NNyA) como **sujetos de derecho**.

Así, las instituciones sociales -entre ellas, particularmente la escuela- tienen un trabajo fundamental y fundante para realizar con NNyA: sostener, acompañar, escuchar, hacer lugar, permitir el despliegue de proyectos vitales. A la vez, la escuela debe establecer los límites necesarios para ayudar a las/os NNyA a constituirse y vivir junto a otras/os.

Desde esta perspectiva se prioriza la estrategia de **promoción de la salud** en la escuela, en tanto estrategia que permite pensar, entre otras cosas, en la consolidación de espacios seguros y saludables para todas/os las/os que las habitan; en el desarrollo de habilidades para la vida; en la promoción del acceso a los servicios de salud y promoción social a través de la construcción de redes con otras instituciones; en el empoderamiento de todos los integrantes de la comunidad educativa involucrados en los procesos de toma de decisiones y construcción de ciudadanía.

Al mismo tiempo y gracias al contacto cotidiano con las/os NNyA, **una mirada atenta de la comunidad educativa posibilita detectar alertas tempranas, es decir, identificar -incluso antes que otras instituciones- situaciones de vulnerabilidad, permitiendo intervenir de manera oportuna al activar la red de respuestas institucionales necesarias**: “Es posible que la escuela sea un espacio donde niños, niñas, jóvenes y personas adultas expresen, de los modos más diversos, sus padecimientos, mediante situaciones de autoagresión, que pueden derivar en el intento de suicidio o el suicidio. Ante esta posibilidad se torna indispensable generar condiciones para que la escuela ayude a desarrollar en chicos y chicas el sentido del cuidado de sí mismos y de los otros, con el propósito de atender situaciones singulares de alto sufrimiento psíquico, entre ellas, el suicidio adolescente. Dicha atención requiere el trabajo de los equipos de orientación escolar o interdisciplinarios para el acompañamiento, orientación y asesoramiento de las escuelas en general, tanto a personal directivo como docente, estudiantes y sus familias, ante situaciones específicas” (Ministerio de Educación de la Nación, 2014b:21-22).

La protección de la vida de NNyA es un tema de interés público y, por ende, el daño autoinfligido protagonizado por esta población trasciende el plano de la vida privada. El marco normativo nacional que regula las políticas y prácticas en materia de derechos de NNyA⁴⁶, al mismo tiempo que las/os reconoce como ciudadanas/os sujetos de derecho⁴⁷, impone obligaciones especiales a todos los actores -las familias, la comunidad y el Estado- para garantizar el acceso pleno y efectivo de esos derechos; en otras palabras, somos todas/os corresponsables en el sostenimiento de intervenciones y abordajes que apunten a la restitución de los derechos amenazados y/o vulnerados.⁴⁸

⁴⁶ Convención Internacional de los Derechos del Niño, con rango constitucional; Ley Nacional 26.061 de Protección Integral de Derechos de NNyA; Ley Nacional 26.206 de Educación Nacional.

⁴⁷ La Convención Internacional de los Derechos del Niño define a las/os NNyA como seres humanos completos, portadores y destinatarios de derechos: el reconocimiento de sus derechos no deriva de su madurez emocional ni intelectual, sino de su condición de persona.

⁴⁸ Al tratarse de situaciones de violencia en la escuela, los derechos que se ponen en juego son múltiples: derecho a la vida, a la salud integral, a vivir sin violencia, a la información, a la participación, a una educación de calidad, a la identidad, a la dignidad, entre otros.



En este marco, la escuela se constituye como parte fundamental del **Sistema de Promoción y Protección Integral de Derechos (SPPID) de NNyA, en corresponsabilidad con otros actores y sectores públicos, privados y comunitarios:** “Creemos importante reconocer que es mucho lo que se hace en las escuelas en función de la construcción de una mejor convivencia y de la protección y promoción de derechos de niñas, niños y adolescentes pero, al mismo tiempo, debemos asumir que la escuela no puede hacer todo sola” (Ministerio de Educación de la Nación, 2014b:5).

La escuela también tiene que velar por las condiciones laborales de las/os adultas/os que estudien, transiten o trabajen en la institución. Como institución relevante de la comunidad, tiene que generar estrategias para la prevención, abordaje y seguimiento de situaciones de violencia que puedan aparecer, incluyendo a las vinculadas al suicidio, no sólo en los NNyA, sino en todos los actores de la comunidad.

En definitiva, el abordaje integral de la problemática de las violencias en general, y del suicidio en particular, implica la construcción de respuestas consensuadas a partir de un trabajo interdisciplinario e intersectorial en el marco de la asunción de responsabilidades compartidas, y no como prácticas de derivación y recepción de casos. Al mismo tiempo, el enfoque de derechos implica, entre otras cuestiones fundamentales, garantizar la **participación** de todos los actores, incluidas/os las/os NNyA, en el diseño y la implementación de los abordajes.

Por tal motivo, es importante continuar impulsando **redes inter e intra institucionales**, a fin de fortalecer la escuela en tanto ámbito de educación y socialización de NNyA, para generar relaciones de confianza y de pertenencia, así como también para identificar situaciones conflictivas, de violencias y/o de vulnerabilidad, y garantizar abordajes integrales.

Orientaciones para la intervención

PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DEL SUICIDIO (ANTES)

Entre la diversidad de situaciones vitales correlacionadas con los comportamientos de daño autoinfligido, es posible señalar vínculos afectivos frágiles, baja expectativa respecto del futuro y una depreciación del valor personal. Por ende, **la posibilidad de imaginar escenarios de realización de proyectos, darle sentido de la vida y actuar en el marco de una red de**



vínculos son algunos de los elementos que, habiendo sido reconocidos como factores preventivos, se encuentran en el terreno sobre el cual la escuela debe intervenir.

En línea con la normativa vigente, resulta fundamental insistir en el reconocimiento de los/as **NNyA como ciudadanos/as sujetos plenos de derechos**: en tanto actores estratégicos en el desarrollo de la sociedad y con capacidades para intervenir protagónicamente en su presente, las/os NNyA deben tener garantizado el acceso al ejercicio del **derecho a la participación en el diseño y la implementación de intervenciones y políticas**.

A continuación se presenta una serie de puntos que deben ser considerados no aisladamente, sino en articulación con los distintos criterios y recomendaciones:

- ✓ Promover **climas, prácticas y espacios institucionales que favorezcan el diálogo y la circulación de la palabra, expresiones y deseos** de los/as NNyA, donde encuentren una **disposición a la escucha** y la posibilidad de plantear los problemas a personas adultas referentes, rompiendo el círculo de silencio que niega los conflictos y construyendo respuestas colectivas ante éstos.
- ✓ Diseñar e implementar **propuestas y actividades expresivas escritas y/o habladas, artísticas y/o lúdicas, en las que se pueden abordar diversos contenidos** tales como violencias, autocuidado y autoestima, proyectos de vida, educación para la salud, perspectivas de género, violencia en el noviazgo, acoso escolar, consumos problemáticos de sustancias psicoactivas, seguridad vial, entre otros.
- ✓ Fortalecer espacios de **decisiones conjuntas** en la comunidad educativa y desarrollar una **autoridad democrática**, entendida como aquella construida a partir del diálogo, el reconocimiento de la/el otra/o y una asimetría entre personas adultas y jóvenes, que posibilita asumir el rol desde una posición de responsabilidad y cuidado (Ministerio de Educación de la Nación, 2014a:8).
- ✓ Visualizar y **atender situaciones de vulnerabilidad** de NNyA, analizarlas situacionalmente y, en caso de corresponder, realizar las **interconsultas y articulaciones necesarias con servicios de salud y otros organismos e instituciones, asumiendo una práctica corresponsable** para el el diseño y la implementación de una estrategia de intervención articulada e integral.
- ✓ Propiciar la construcción de un **conjunto de criterios generales para el abordaje de la problemática del suicidio**, que seguramente sea extensible a otras situaciones. Se recomienda no diseñar protocolos excesivamente rígidos, sino definir lineamientos que sean flexibles y orientadores.



- ✓ Diseñar un **dispositivo de emergencia**, conformado por la Dirección y dos o tres integrantes de la institución que, ante una situación emergente, se constituyan como equipo de conducción y coordinación de las acciones. Se recomienda que este equipo disponga de un tercero externo a la institución -individual o equipo- que funcione como contención, acompañamiento y **supervisión** de la marcha de la crisis.
- ✓ **Sensibilizar y capacitar a la comunidad educativa** -más específicamente, a directivas/os, docentes, preceptoras/es y tutoras/es- acerca de la problemática de las violencias en general, y del suicidio en particular; **socializar el conjunto de criterios generales** para su abordaje; y **brindar herramientas** tanto para percibir señales tempranas y actuar preventivamente, como para propiciar un marco de trabajo que tienda a integrar a las/os NNyA y a los adultos de la comunidad educativa a una **red de lazos significativos** que pueda contenerlas/os y acompañarlas/os en sus proyectos vitales

La divulgación dentro del sistema educativo sobre la problemática del suicidio es una acción imperativa. Asimismo, se recomienda construir y/o fortalecer los dispositivos de intervención y acompañamiento a educadoras/es, directivas/os y equipos técnicos.

- ✓ Promover espacios de **diálogo permanente con las familias y demás actores** de la comunidad; y compartir e intercambiar entre las/os adultas/os de la institución el conjunto de criterios generales para el abordaje de la problemática del suicidio.
- ✓ Comprender que hay situaciones complejas que requieren del diseño y la implementación de abordajes en conjunto con otras/os profesionales e instituciones. Por eso, formar parte de una **red interinstitucional local** es clave para construir respuestas integrales y comunitarias.

Se recomienda **relevar y mapear los organismos, instituciones y organizaciones** con las que se debe articular, y trabajar en **acuerdos interinstitucionales e intersectoriales** para garantizar la implementación y el sostenimiento de abordajes integrales. Asimismo, una problemática compleja como el suicidio requiere de un trabajo en red con los **organismos nacionales** que abordan temáticas específicas y que deben fortalecer el funcionamiento de los Sistemas de Promoción y Protección de Derechos de NNyA en los distintos niveles de gobierno de cada jurisdicción del país.



ATENCIÓN (DURANTE)

- ✓ Dar **inmediata intervención** -frente a la posibilidad de que se presente un intento de suicidio o un suicidio consumado en una escuela- **al servicio de salud, a la autoridad de aplicación local de la Ley Nacional 26.061 y a la familia o adulta/o responsable.**
- ✓ Centralizar la intervención a partir de la **puesta en marcha del dispositivo de emergencia**, y diseñar un plan de acción dinámico y flexible en función de los criterios previamente establecidos.

Resulta clave **evitar acciones que no estén enmarcadas en las orientaciones generales**: la superposición de intervenciones fragmentadas, heterogéneas y/o contradictorias trae mayor confusión, profundiza el malestar y genera procesos de revictimización y revulneración de derechos. Es por ello que se debe **trabajar en corresponsabilidad** con los organismos, instituciones y organizaciones que conforman el Sistema de Promoción y Protección de Derechos (SPPID) de NNyA local, con el objetivo de coordinar líneas de acción e implementar abordajes colectivos e integrales.

- ✓ **Evitar minimizar, negar o relativizar la veracidad del relato** de un/a NNyA: hacerlo no sólo no respeta la Convención de los Derechos del Niño, sino que además genera en ella/él la convicción de que no vale la pena acudir a un/a adulto/a. De igual manera, su subjetividad será gravemente afectada si la persona adulta no puede resguardar la privacidad de su relato y lo comparte indiscriminadamente y de manera innecesaria con otros actores. Ambas situaciones pueden ser consideradas revictimizantes.

POSVENCIÓN y SEGUIMIENTO (DESPUÉS)

- ✓ **No se debe ignorar la situación** con la idea de que el impacto se disolverá de manera "natural", sin dejar secuelas, efectos y consecuencias del trauma vivido por la comunidad.
- ✓ **Convocar a especialistas para hablar del tema puede formar parte de las estrategias de intervención en red** que se plantean los actores de la comunidad educativa. Ahora bien, creer que su sola intervención es suficiente -como respuesta única y superadora de lo acontecido- resulta en otro modo de negación.



- ✓ Desarrollar **políticas de cuidado y acompañamiento al conjunto de la comunidad educativa**, poniendo en el centro de la escena el valor de la palabra a fin de que tanto las/os adultas/os como el estudiantado puedan expresar los sentimientos que la situación les provoca, en el lenguaje y con el medio que crean más adecuado.

En este sentido, se recomienda considerar diversos modos de acompañamiento a **amigas/os, pareja/s, compañeras/os y familiares**, a través de dispositivos grupales y/o individuales. También se debe acompañar en forma inmediata a las/os **docentes, directivos y personal no docente** para contener los desbordes de angustia, ya que son quienes están en contacto directo con las/os amigas/os, compañeras/os y familiares: todas/os las/os docentes deben contar con espacios para hablar y poder compartir lo que están viviendo.

- ✓ **Determinar quiénes son las personas adultas responsables de coordinar los distintos dispositivos** de acompañamiento. En el caso de los espacios destinados a docentes, directivos o personal no docente, es preferible que estén a cargo de profesionales externos a la institución.
- ✓ **Identificar signos de mayor vulnerabilidad en la red inmediata.** Los espacios de contención y acompañamiento se posicionan, al mismo tiempo, como ámbitos privilegiados para tal fin, permitiendo intervenir de manera oportuna y garantizar el seguimiento de estas situaciones.
- ✓ **Evitar juicios moralizantes o que tiendan a la idealización** respecto de la conducta de la/el NNyA que se suicidó o que intentó hacerlo. También se recomienda **no concentrarse en mensajes y discursos vitalistas** hacia las/os alumnas/os, al modo de *“hay que querer la vida”*. Ellas/os ya lo saben, se sienten subestimados y perciben las actitudes excesivamente defensivas de las/os adultos.
- ✓ **No concentrarse ni enfatizar en la búsqueda de causas y sentidos.** Embarcarse en una dimensión retrospectiva genera una actitud detectivesca que aleja de las vías para la elaboración del hecho.

El discurso pedagógico y el mismo funcionamiento institucional trabajan para el crecimiento y desarrollo de las/os NNyA desde la confianza en la racionalidad, el conocimiento y el saber ligado a la voluntad como ejes de la formación. Todo ello hace considerablemente difícil “aprehender”, “atrapar”, encontrarle alguna racionalidad a un comportamiento que rige por una lógica subjetiva muy poco transparente: “Ponemos en cuestión, entonces, cierta ‘compulsión para la inteligibilidad’, es decir, la necesidad

imperiosa y perentoria de buscar una causa al acto o tentativa suicida porque puede oscurecer un campo que requiere un acompañamiento sereno y desprejuiciado a todos los actores. Es cierto que a veces es difícil aceptar que hay momentos en los que es indispensable operar aún sin comprender” (Ministerio de Educación de la Nación, 2015:13).

- ✓ Evaluar los **tiempos necesarios para volver a las rutinas** escolares, teniendo en cuenta las particularidades de los diferentes integrantes de la escuela.
- ✓ **No instalar de modo sistemático el tema en la agenda institucional:** acompañar el proceso es sostener la tensión entre memoria y olvido, procurando la adecuada recuperación de la tarea educativa como eje de la vida cotidiana institucional.
- ✓ **No promover espacios a modo de altares permanentes** en memoria de la/el compañera/o fallecida/o. Si surgen espontáneamente, acompañar el proceso propiciando la idea de su transitoriedad.
- ✓ Trabajar, en todos los casos, en **articulación con los servicios de salud y demás actores del SPPID de NNYA local** para la implementación de abordajes integrales, solicitando la inmediata intervención de los distintos efectores en función de la evaluación que se desprenda de cada situación, y operando a partir de un **criterio corresponsabilizante**.

4.4. Áreas de Niñez y Adolescencia y organismos locales de Promoción y Protección de Derechos de Niñas/os y Adolescentes

El marco normativo vigente en la Argentina promueve la construcción de herramientas subjetivas e identitarias con las que las/os niñas/os y adolescentes (NNyA) puedan representarse y ejercer los derechos que las/os asisten. Desde el Estado, las políticas públicas propician la **participación en pos del desarrollo de una autonomía progresiva para la construcción del propio proyecto de vida**, favoreciendo el acceso a la educación y la postergación tanto del acceso al empleo como del ejercicio de la maternidad-paternidad.

Sin embargo, aún existen tendencias a la **estigmatización** de las/os adolescentes y jóvenes. La superación de estos problemas, y de su **exclusión** en la toma de decisiones sobre asuntos concernientes a su vida individual y colectiva, siguen siendo un desafío para las políticas públicas. Para las/os adolescentes pertenecientes a clases sociales precarizadas, estos problemas se agudizan profundizando la vulnerabilidad a la **violencia institucional del Estado** en sus diferentes modalidades -obstáculos y/o violencia en el acceso al sistema de salud, violencia policial, expulsión escolar, entre otras.

Esta lectura de la situación de la población adolescente es necesaria para entender **el carácter multidimensional del suicidio y la perspectiva sociocomunitaria** que su abordaje requiere. A su vez,

resulta fundamental considerar la desconexión -divisada desde el sistema de salud- entre los procesos de detección y atención: muchos de los suicidios de adolescentes se consuman sin que las situaciones de vulnerabilidad se hayan podido detectar a tiempo para intervenir de manera oportuna e integral.

Esto debe ser abordado de manera prioritaria, lo que obliga a **repensar las acciones estratégicas del Sistema de Promoción y Protección de Derechos de NNyA en el marco de la corresponsabilidad**. Cuando la/el adolescente no cuenta con información suficiente para identificar lo que le ocurre o, percibiéndolo, no tiene un apoyo suficiente con el que elaborar una respuesta distinta al suicidio, el Sistema de Promoción y Protección de Derechos debe construir los dispositivos y herramientas para intervenir preventivamente en la restitución de derechos vulnerados: cuando se trata de NNyA, el intento de suicidio y el suicidio consumado representan una grave vulneración de derechos.

Entender el carácter multidimensional de esta problemática implica dejar de visualizarla sólo como un problema de salud: su fuerte arraigo en los lazos sociales y en el devenir de estos, otorga a todas las personas que rodean a las/os adolescentes el decisivo y valioso lugar para alojar, identificar aquello que las/os hace sufrir y acompañarlas/os en la búsqueda de nuevas respuestas.

En ese sentido, las áreas provinciales de Niñez y Adolescencia, junto a sus organismos locales de Promoción y Protección de Derechos de NNyA, necesitan examinar su **rol indelegable** en la construcción de respuestas ante el problema del suicidio. Muchas provincias han logrado tomar este lugar de modo cabal; en otras aún

se presentan dificultades tanto en la identificación y caracterización del fenómeno como para la construcción de abordajes articulados intersectorialmente.

Hay que remarcar que en el caso de un intento de suicidio es obligatoria la comunicación, no denuncia, la autoridad administrativa de protección de derechos del niño que corresponda en el ámbito local (Ley Nacional 27.130, art.12), y que, sin embargo, habitualmente se notifica en primera instancia y/o únicamente a las áreas de salud y a las fuerzas de seguridad.

En este marco, recuperando la noción de **corresponsabilidad** del Sistema de Promoción y Protección y de Derechos de NNyA, se desarrolla a continuación una serie de orientaciones para la intervención desde las Áreas de Niñez y Adolescencia y los organismos locales de Promoción y Protección de Derechos de NNyA.

Orientaciones para la intervención

PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DEL SUICIDIO (ANTES)

- ✓ Promover, a través de programas y actividades de difusión, el **ejercicio efectivo de los derechos de NNyA**.



- ✓ Diseñar, promover y consolidar **espacios de participación**, a fin de garantizar la **inclusión** de NNyA, fomentar la creación de **proyectos participativos** y promover procesos de construcción de **proyectos de vida**.
- ✓ Desarrollar espacios de **concertación intersectorial** que permitan la **sistematización de los circuitos de información** -detección, registro y análisis- **y de intervención** -prevención del suicidio y promoción de la salud, atención, seguimiento y posvención- en el abordaje integral del problema del suicidio, priorizando la **perspectiva de derechos de NNyA**.

En relación con el circuito de información: frente a las dificultades para la construcción de información confiable sobre intentos de suicidio y suicidios consumados, las áreas de Niñez y Adolescencia tienen un lugar de seguimiento para garantizar el registro por su valor de orientación para las acciones y políticas futuras. El Registro Único Nominal de la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia (SENNAF) está en construcción y podría ser una herramienta muy útil para colaborar en el seguimiento, evitando la superposición o el vacío de acciones. La SENNAF tiene un rol importante en la visibilización de la temática en la comunidad; a su vez, como organismo rector de políticas de promoción y protección de derechos, la información que reciba será derivada a los organismos que se ocupan de relevar los datos estadísticos en esta materia.

En relación con el circuito de intervención: se promueve la construcción, en forma conjunta con los actores sociocomunitarios, de conocimientos y herramientas de intervención con el objetivo de unificar los criterios de actuación y garantizar respuestas articuladas, oportunas e integrales.

- ✓ **Sensibilizar y capacitar en detección y abordaje integral de la problemática del suicidio** a equipos y actores sociocomunitarios que integran diferentes dispositivos del Sistema de Promoción y Protección de Derechos de NNyA y que mantienen contacto cotidiano con adolescentes.

Dentro de las herramientas para el abordaje se encuentran la deconstrucción de mitos y prejuicios⁴⁹ sobre el problema y el aporte de estrategias de encuadre y procedimiento pensadas desde la máxima satisfacción del ejercicio de los derechos a la participación, a la confidencialidad, a ser oídos y al desarrollo de la autonomía progresiva.

⁴⁹ Ver el "Anexo 3: Desarmando prejuicios: deconstruir para construir" de la presente publicación.



- ✓ Las intervenciones de **posvención** -que requieren la articulación intersectorial y la presencia de las áreas de Niñez y Adolescencia- constituyen una estrategia de prevención de nuevos episodios, reconstruyendo los lazos entre pares y la autoestima individual y grupal.

ATENCIÓN (DURANTE)

- ✓ Al ser considerada una situación de vulneración o amenaza grave de derechos, el **efector de salud está obligado a dar intervención formal al organismo local de Promoción y Protección de Derechos de NNyA**, con el objetivo de garantizar las medidas de protección integral que se evalúen pertinentes.

Aunque la tendencia ha sido pensar la atención como incumbencia exclusiva del sector Salud, las áreas de Niñez y Adolescencia y los organismos locales de Promoción y Protección de Derechos de NNyA también tienen responsabilidades.

- ✓ Brindar **herramientas prácticas a los actores sociocomunitarios** a fin de que puedan trabajar intersectorialmente para garantizar la atención adecuada del sistema de salud y la corresponsabilidad de la familia y de la comunidad.
- ✓ Identificar **criterios de urgencia** para garantizar el acceso a la atención oportuna y adecuada.

SEGUIMIENTO (DESPUÉS)

- ✓ **Garantizar la continuidad de la atención y los cuidados de la persona y su red inmediata por un período de hasta dos años.** Una vez concluida la urgencia o luego de la evaluación de indicios de una situación de vulnerabilidad y/o riesgo -sumando los criterios del sector Salud para este ítem-, la respuesta integral implica que las áreas de Niñez y Adolescencia y los organismos locales de Promoción y Protección de Derechos de NNyA deben acompañar, evaluar y garantizar el seguimiento integral.



- ✓ Identificar los grupos de pertenencia y contextos -educativo, laboral, recreativo, etc.- para **evaluar a las/os afectados** y, en caso de que corresponda, **garantizar abordajes intersectoriales y corresponsables**.
- ✓ Contribuir a la **identificación de los referentes responsables de los sectores** que integran el Sistema de Promoción y Protección de Derechos de NNyA y que, en forma conjunta y continua, llevarán adelante el seguimiento adecuado resguardando la intimidad y cuidando la confianza de los vínculos.

POSVENCIÓN (DESPUÉS)

- ✓ **Buscar el modo de intervención -a partir de una articulación corresponsable con los demás sectores intervinientes- que mejor se adapte al estilo de la comunidad afectada**, para que los sentidos vitales puedan ser recreados individualmente y en comunidad.
- ✓ **Evitar la ausencia de respuesta y las propuestas que silencien lo acontecido. Evitar también procesos de sobreintervención** -superposición de acciones-, que puede producir una nueva vulneración de derechos.
- ✓ **Promover actividades expresivas** escritas y/o habladas, artísticas y/o lúdicas, **sin caer en estereotipos vitalistas** que rechazan la elaboración del dolor.
- ✓ Orientar la tarea **evitando la búsqueda de causas unívocas o descripciones morbosas o espectaculares** como responsables del hecho.
- ✓ Identificar los grupos de pertenencia y contextos -educativo, laboral, recreativo, etc.-, **evaluar a las/os afectados y garantizar abordajes integrales e intersectoriales**, en caso de que correspondan.

4.5. Seguridad

Durante largo tiempo, las tareas policiales fueron concebidas con el fin exclusivo de intervenir en el delito: las Fuerzas Policiales y de Seguridad intervenían en conflictos que no configuraban delito, pero las acciones



quedaban en el plano informal y dependían de la voluntad, formas de pensar y el carácter de cada funcionaria/o o grupo interviniente.

Sin embargo, desde la **perspectiva de la seguridad ciudadana** se concibe a la intervención policial de una manera más amplia, habilitando a realizar intervenciones en seguridad en situaciones que no configuran delito. En esta línea, **las tareas policiales -principalmente, los policiamientos en proximidad- pueden y deben intervenir, desde su aporte profesional, al trabajo intersectorial que realiza el Estado para garantizar el acceso al derecho a la salud en situaciones de padecimiento mental. Desde este marco, entonces, se aborda la problemática del suicidio desde el sector Seguridad.**

Para ello es necesario tener en claro que el objetivo de la intervención es que la persona, su grupo familiar y la comunidad que están padeciendo tengan la posibilidad de ser asistidas/os y acompañadas/os en un proceso que permita elaborar lo vivido para poder mejorar esa situación problemática.

Desde esta perspectiva, la **Resolución 506 del Ministerio de Seguridad de la Nación**⁵⁰ -vigente desde el año 2013- establece cómo deben intervenir las Fuerzas Policiales y de Seguridad en problemáticas de salud mental. Recuperando sus principales lineamientos, se presenta a continuación una serie de pautas para la intervención en situaciones vinculadas con el problema del suicidio desde el sector Seguridad.

Orientaciones para la intervención

PREVENCIÓN DEL SUICIDIO (ANTES)

Las Fuerzas Policiales y de Seguridad -junto con el personal de Bomberos, Emergencia y otras/os socorristas de primera línea- forman parte del grupo de los **primeros interventores**: con frecuencia, la primera agencia estatal solicitada por llamadas al 911 o por pedido de ayuda de quienes están padeciendo la situación, son las/os policías que se encuentran patrullando, de

⁵⁰ Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/resoluci%C3%B3n-506-2013-216049>



consigna o en la comisaría si está cerca de la situación. En este marco, los primeros interventores pueden hacer importantes contribuciones a la prevención del suicidio en las siguientes formas:

✓ **Conocer la legislación y sistematizar el circuito de intervención a partir de la articulación corresponsable con los diferentes sectores y actores locales intervinientes:**

Los primeros interventores a menudo se frustran debido a los obstáculos que se presentan al momento de articular con el sistema de salud y/u otros organismos del Estado. Esta frustración puede provocar una inacción en las situaciones que se vuelven repetitivas.

Por esta razón, se recomienda conocer en detalle tanto la normativa vigente en la materia -en especial, la Resolución 506 del Ministerio de Seguridad de la Nación y la Ley Nacional 26.657 de Salud Mental- como los recursos disponibles y el funcionamiento del sistema local de Salud Mental, y trabajar previamente en instrucción con las/os funcionarias/os para poder intervenir con calma en este tipo de circunstancias que pueden provocar mucho estrés.

Al mismo tiempo, la articulación previa con las demás áreas intervinientes en estas situaciones permite consensuar y unificar criterios de actuación, lo que posibilita realizar intervenciones más eficaces y seguras a partir de la coordinación y cooperación interinstitucional. En este sentido, si en alguna intervención se presentan dificultades, es necesario gestionar encuentros intersectoriales que permitan realizar acuerdos para intervenciones posteriores.

✓ **Sensibilizar y capacitar en el abordaje de la problemática:**

Es fundamental trabajar con los grupos de trabajo policial y en formación inicial sobre los mitos y prejuicios,⁵¹ las sensaciones y las dificultades que se presentan en relación con la problemática del suicidio, como también las estrategias y herramientas para su abordaje.

Se recomienda realizar ejercicios a partir del estudio de casos y simulaciones que las/os enfrenen con situaciones ficticias de intentos de suicidio y suicidios consumados: estas dinámicas de trabajo habilitan espacios de reflexión para que el personal no actúe compulsivamente al momento de intervenir, y permiten que las/os instructoras/es y docentes desarrollen una práctica del uso de la palabra como un nivel fundamental en el uso racional y progresivo de la fuerza.

⁵¹ Ver el “Anexo 3: Desarmando prejuicios: deconstruir para construir” de la presente publicación.



ATENCIÓN (DURANTE)

Ante un intento de suicidio

Frente a una situación de urgencia en salud mental es necesario estar alertas a la posibilidad de un acto suicida, así como también a la posibilidad de representar un peligro para otras/os. En este marco es importante:

- ✓ **Permanecer calmadas/os** para poder tomar las decisiones correctas en una situación dominada por el estrés emocional y la ansiedad.
- ✓ **Verificar los signos vitales** de la persona después del intento suicida y aplicar **resucitación**, según sea apropiado.
- ✓ Establecer **contacto inmediato con los servicios sanitarios de Emergencia y Salud Mental** -si es posible-, recalcando la situación de urgencia que se presenta.

Las conductas autolesivas no constituyen un delito tipificado por el Código Penal Argentino, por lo tanto **no corresponde la denuncia ante las autoridades judiciales. Sin embargo, si el personal interviniente reconoce indicadores que ponen en cuestión que sea un intento suicidio, es fundamental que se realicen las comunicaciones judiciales.**

- ✓ **Despejar la escena, proporcionar espacio físico**, realizar una **evaluación de seguridad** de la situación presentada y **mantener la seguridad propia y la de otras personas** que puedan estar presentes.
- ✓ **Trabajar en todo momento desde la palabra**: es primordial brindar contención a partir de la conversación y con una actitud gestual **no amenazante ni culpabilizante.**

Acercarse abruptamente sin comunicarse ni explicar la conducta policial puede provocar un pasaje al acto ante la sensación de una encerrona. Por esta razón es muy importante **asegurarse de que la persona tenga el espacio adecuado para no sentirse privada de la libertad y transmitir constantemente que la presencia policial tiene el objetivo de contención** para que la persona pueda encontrarse con las/os profesionales de la salud, quienes la ayudarán a superar el padecimiento de manera progresiva.



Un importante elemento que se debe considerar es la culpa que la persona puede sentir a causa de los conflictos que puede estar experimentando. En este contexto, las/os profesionales que realizan la intervención deben tener cuidado con lo que dicen con el fin de evitar que se sienta aún más culpable.

En este sentido, se debe: **evitar las afirmaciones acusatorias; evitar sermonear, argüir, resolver problemas y dar consejos; no criticar la conducta de la persona o desaprobando lo que escucharon y enfrentaron; y nunca suponer que las ideas o gestos suicidas son llamados de atención inofensivos.**

Es fundamental transmitir una **actitud de interés y entendimiento e involucrar a la persona animándola a hablar mediante preguntas abiertas** -por ejemplo: “¿Cómo se siente?”-, y **no a modo de interrogatorio**. Desde este momento en adelante es la persona quien guiará la comunicación y dará las claves con respecto a cómo entenderla y ayudarla.

- ✓ Si la evaluación de riesgo conlleva una acción en la que se usa la **fuerza física** es fundamental que, cuando la tensión baje, se le pueda **explicar a quien padece o a las personas que la/o acompañan la necesidad del uso de estas medidas con el objetivo de posibilitar el acceso a los efectores de salud.**
- ✓ **Controlar y/o eliminar el acceso a los medios letales de autodestrucción** -especialmente armas de fuego y sustancias tóxicas tales como grandes suministros de medicamentos psicotrópicos o pesticidas- constituye una importante estrategia de prevención que está disponible para las/os policías, bomberas/os y otras/os socorristas de primera línea.

En las comunidades donde se ha restringido el acceso a los revólveres se verifica una reducción de las tasas de suicidio, por lo que se recomienda implementar estrategias en este sentido, especialmente en situaciones que involucran violencia doméstica ya que éstas pueden escalar a escenarios de suicidio u homicidio-suicidio. En estas situaciones, si el personal policial ha sido desplazado es necesario que, una vez que baje el nivel de conflicto, intente tomar conocimiento del acceso a armas de fuego en el lugar.

Las Fuerzas Policiales y de Seguridad también están en posición de colaborar en la limitación al acceso a otros medios letales -tales como medicamentos, pesticidas u otras sustancias tóxicas-, ayudando a los miembros de la familia de personas en situación de alta vulnerabilidad y/o riesgo a entender la importancia de recoger y guardar estas sustancias, y asegurando que los medicamentos potencialmente letales estén disponibles sólo en pequeñas cantidades, entre otras estrategias.



Cuando se está a la espera de la ambulancia, la/el funcionaria/o que contiene a la familia y/o allegadas/os puede aprovechar este momento de conversación para **indicarles las medidas de precaución**.

- ✓ Redactar las **actas de constancia** de la intervención de seguridad cuando ésta finalice y, si se dispone de información útil para el sistema de salud, es importante enviar una copia para facilitar el trabajo con la comunidad.

Si la persona que intentó suicidarse está inconsciente o gravemente lesionada, las personas presentes también pueden ser una fuente valiosa de información -por ejemplo, medicamentos ingeridos o antecedentes de intentos de suicidio.

Asimismo, en muchas situaciones es importante identificar el tipo de medicamentos o sustancias tóxicas usadas en el intento y determinar la cantidad ingerida. Por esta razón es beneficioso llevar las píldoras no usadas y frascos vacíos al centro de asistencia de Emergencia para que el personal pueda verificar las sustancias ingeridas.

Ante un suicidio consumado

Si la situación es un suicidio presuntamente consumado, es necesario que la/el funcionaria/o más capacitada/o en primeros auxilios **constate si hay signos vitales para realizar las maniobras de reanimación**. En el caso de que haya fallecida/o:

- ✓ **Contactar al servicio sanitario de Emergencia para que corrobore la defunción.** En las localidades en las que no hay servicio médico de guardia, convocar a la/el médica/o de la Fuerza de Seguridad que intervino, o solicitar a otra Fuerza si no tiene en la zona.

El suicidio no constituye un delito tipificado por el Código Penal Argentino, por lo tanto **no corresponde la denuncia ante las autoridades judiciales. Sin embargo, si el personal interviniente reconoce indicadores que ponen en cuestión que sea un suicidio, es fundamental que se realicen las comunicaciones judiciales.**

- ✓ **Despejar el espacio** donde se efectuó el suicidio.
- ✓ **Establecer contacto y brindar contención a las personas que se encuentren en el lugar**, preguntarles si quieren llamar a alguien para que las/os acompañe en la situación y, en caso de que no sean familiares, establecer los vínculos con la/el fallecida/o a fin de convocar a su familia.



Es importante que las/os familiares y allegadas/os reciban la **atención y apoyo adecuados**; pueden sentirse culpables por no haber podido reconocer el sufrimiento en el pasado o por no haber ayudado a la persona. Por esta razón es importante que accedan a la **información disponible sobre los organismos** que las/os pueden acompañar. Siempre es útil referirlas/os a un servicio de asistencia en Salud Mental -si aceptan-, y dejarles la información del efector por escrito además de comunicársela verbalmente. En el caso de que las personas allegadas entren en crisis, se debe llamar al servicio sanitario de Emergencia.

- ✓ Redactar las **actas de constancia** de la intervención de seguridad cuando ésta finalice y, si se dispone de información útil para el sistema de salud, es importante enviar una copia para facilitar el trabajo con la comunidad.

POSVENCIÓN (DESPUÉS)

- ✓ **Reflexionar sobre la intervención** en casos de intentos de suicidio o suicidio consumado, con el objetivo de **cuidar al personal interviniente y las prácticas policiales posteriores**.

Es fundamental que el personal pueda conversar sobre la intervención y que se evalúen los efectos que pudieron haberse producido en las/os funcionarias/os, a fin de elaborar la situación de estrés y, en caso de considerarse necesario, contactarse con el área de la Fuerza de Seguridad que se ocupa del bienestar del personal. También se puede buscar atención en el sistema de salud, si lo considera más cómodo.

Bibliografía

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

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



DNSMyA (2018) *Recomendaciones para la Red Integrada de Salud Mental con Base en la Comunidad. Conceptualizaciones sobre Salud Mental Infanto Juvenil*. Buenos Aires: Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación. Recuperado de http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001404cnt-2019-02_recomendaciones-conceptualizaciones-salud-mental-infanto-juvenil.pdf

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

OMS (2008) *Informe sobre la salud en el mundo 2008: La atención primaria de salud, más necesaria que nunca*. Recuperado de http://www.who.int/whr/2008/08_report_es.pdf

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

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

4.2. Salud

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

DNSMyA (2018) “Desarmando prejuicios: Deconstruir para construir”. En DNSMyA (2018) *Comunicación responsable. Recomendaciones para el tratamiento de temas de salud mental en medios*. Ministerio de Salud de la Nación. P.19-20. Recuperado de http://www.msal.gob.ar/images/stories/ryc/graficos/0000000799cnt-2018_recomendaciones-tratamiento-salud-mental-en-los-medios.pdf

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

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

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

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



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

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

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

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

4.3. Educación

Kaplan, C. (comp.) (2006) *Violencias en plural: sociología de las violencias en la escuela*. Buenos Aires: Miño y Dávila.

Ministerio de Educación de la Nación (2010) *Relevamiento cualitativo sobre violencia en las escuelas desde la mirada de los alumnos*. Observatorio Argentino de Violencia en las Escuelas. Recuperado de <https://infanciayjuventudsc.files.wordpress.com/2013/10/one2010.pdf>

Ministerio de Educación de la Nación (2014a) *Guía Federal de Orientaciones para la Intervención Educativa en Situaciones Complejas Relacionadas con la Vida Escolar 1*. Recuperado de https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/guia_de_orientaciones_1.pdf

Ministerio de Educación de la Nación (2014b) *Guía Federal de Orientaciones para la Intervención Educativa en Situaciones Complejas Relacionadas con la Vida Escolar 2*. Recuperado de https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/guia_de_orientaciones_situaciones_complejas_2.pdf

Ministerio de Educación de la Nación (2015) *Acerca de la problemática del suicidio de adolescentes y jóvenes. Un enfoque para su abordaje desde el campo de la educación*. Recuperado de <https://www.educ.ar/recursos/127063/acerca-de-la-problematica-del-suicidio-de-adolescentes-y-jovenes-un-e-nfoque-para-su-abordaje-desde-el-campo-de-la-educacion>

4.5. Seguridad

Ministerio de Seguridad de la Nación (2013) Resolución 506/13 Recuperado de <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/resoluci%C3%B3n-506-2013-216049>

CAPÍTULO 5: PARTICULARIDADES DE LA PROBLEMÁTICA DEL SUICIDIO EN DETERMINADAS POBLACIONES

El presente capítulo propone hacer foco en cómo se despliega la problemática del suicidio en determinadas poblaciones: adolescentes, personas mayores⁵², personas en contextos de encierro y personal de las Fuerzas Policiales y de Seguridad.

El criterio de selección de estos grupos para profundizar el análisis responde a la conformación de la Mesa Nacional Intersectorial para el abordaje de la problemática del Suicidio, autora de la presente publicación. Dado que los diversos actores públicos que la conforman tienen dentro de sus competencias el abordaje de la problemática en dichas poblaciones, se consensuó hacer este recorte con el conocimiento de que es necesario avanzar en la inclusión al análisis de otras poblaciones, tales como personal de salud, personas LGBTIQ+, pueblos originarios, etc.

5.1. Adolescentes

La adolescencia como etapa vital

Existen diversas conceptualizaciones respecto a la adolescencia. Así como el Código Civil y Comercial la define como el período comprendido entre los 13 a los 18 años de edad -momento en el que se adquiere la mayoría de edad-, la Organización Mundial de la Salud define a la adolescencia como la etapa de la vida comprendida entre los 10 y los 19 años de edad⁵³, en la que tiene lugar el empuje de crecimiento puberal y el desarrollo de las características sexuales secundarias, así como la adquisición de **nuevas habilidades sociales, cognitivas y emocionales**. Esta fase vital se caracteriza, así, por un **ritmo acelerado de**

⁵² CIPDDHHPM-2015- Convención Interamericana de Protección de Derechos Humanos de las Personas Mayores (Personas Mayores -nominación establecida a partir de los 60 años de edad)

⁵³ “La adolescencia es un concepto relativamente moderno, que se define como una fase específica del curso de vida. Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), la adolescencia está comprendida entre los 10 y los 19 años, y puede dividirse en temprana, que comprende los 10 a los 14 años, y tardía de los 15 a los 19 años” (PNSIA, 2016:8). Cada franja etaria muestra distintos perfiles epidemiológicos y, a la vez, implican diversas estrategias de abordaje.

múltiples cambios, incluidos la madurez sexual y reproductiva y la adquisición gradual de la capacidad para asumir comportamientos y funciones de adultos, que implican nuevas obligaciones y exigen nuevos conocimientos teóricos y prácticos (UNICEF, 2014:41).

La adolescencia es un período de **profundas transformaciones subjetivas** y cambios importantes en la forma de ver al mundo y de verse a sí misma/o. Las certezas de la infancia van cayendo y las/os adolescentes se ven enfrentadas/os a tareas de reestructuración en relación a su identidad, su sexualidad y sus vínculos.

Ahora bien, las características propias de esta etapa vital no son universales ni estáticas, sino que varían según el contexto socio-histórico y comunitario en el que los/as adolescentes viven y se socializan, su pertenencia de clase, su identidad de género y étnica, entre otros factores.

Puede afirmarse entonces que **las/os adolescentes no conforman un grupo homogéneo**: existen distintas posibilidades de ser y, por lo tanto, diversas necesidades en función de la ubicación social de los sujetos en sus contextos. Así, es posible hablar de **adolescencias, en plural**: rastrear los itinerarios y trayectorias de los/as adolescentes, comprendiendo sus marcos socio-históricos, sus diferencias e inequidades, habilita a comprender -y abordar- sus especificidades en el presente.

Sin embargo, no todas las conceptualizaciones de esta etapa vital comparten esta perspectiva: aún en la actualidad conviven diversas miradas, y es importante reconocerlas puesto que guían las políticas e intervenciones destinadas a esta población.

Las **perspectivas tradicionales** entienden a la adolescencia como un **período de transición y preparación para la adultez**. Desde esta mirada, las/os adolescentes son consideradas/os como *niños/as grandes* o *adultos/as en formación*, el centro está puesto en la adultez **-enfoque adultocéntrico-** y, por lo tanto, el valor está puesto en el futuro: “La juventud sería pensada como un tiempo vacío o de espera sólo evaluable positivamente en función de la asunción de roles propiamente de adulto” (Casal et al, 2006:24-25).

La percepción de las/os adolescentes como personas *incapaces, inmaduras e incompletas* implica que el modelo del **rol de la/el adulta/o está ligado al saber y cumple la función de eje ordenador de la preparación** de las/os adolescentes. De este modo el enfoque adultocéntrico, por un lado, **niega a las/os adolescentes como sujetos sociales** -al pensarlas/os como “promesa de futuro”-, y su invisibilización conlleva la implementación de **intervenciones indiferenciadas y universales**. Al mismo tiempo, cuando las adolescencias irrumpen o alteran el orden social, pasan de ser invisibilizadas a ser **visibilizadas negativamente**, percibiéndolas como una fase *problemática* asociada al *desborde* y los *conflictos*: una “amenaza del presente” que, por lo tanto, tiene que ser **tutelada**.⁵⁴ Esta perspectiva conlleva, entonces, la implementación de **intervenciones focalizadas que apuntan a reducir el “riesgo”, y el modelo del rol de la/el adulta/o está ligado al control** (Krauskopf, 2005).

Frente a este enfoque adultocéntrico y tutelar, que refuerza una mirada reduccionista y estigmatizante de las adolescencias, el paradigma de promoción y protección integral de derechos de niños/as y

⁵⁴ El paradigma tutelar concibe a los/as niños/as y adolescentes “incapaces” de hacerse cargo de sus propios asuntos, por lo que ordena a las personas adultas “capaces” que tomen decisiones en su nombre, ya sean sus progenitores o el Estado, sustituyendo su voluntad. Ley Nacional 10.903 de Patronato de Menores (“Ley Agote”), sancionada en el año 1919 y vigente hasta 2005.

adolescentes (NNyA) -consagrado en el marco normativo vigente⁵⁵ reconoce a estas poblaciones como ciudadanas/os sujetos plenos de derechos y, en tanto actores estratégicos en el desarrollo de la sociedad, deben tener garantizado el acceso al ejercicio del derecho a la participación: “El saber no está sólo del lado de los adultos. Está de ambos lados. Eso implica que la relación tradicional, en la que el adulto preparaba al joven para ser lo que él había alcanzado y que hacía de los adolescentes sujetos carentes de derechos y del reconocimiento de sus capacidades, se ha modificado” (Krauskopf, 2000:12).

Siguiendo esta línea, resulta fundamental **garantizar la participación de las/os adolescentes** en el diseño y la implementación de políticas y estrategias integrales para dicha población, reconociéndolas/os como sujetos de derechos situados en contextos sociohistóricos específicos, con capacidades para intervenir protagónicamente en su presente.

Al mismo tiempo, el paradigma de promoción y protección de derechos impone **obligaciones especiales a todos los actores -familias, comunidad y Estado- para garantizar el acceso pleno y efectivo al ejercicio de esos derechos**. En otras palabras, en tanto actores del **Sistema de Promoción y Protección Integral de Derechos de NNyA**, somos todos/as corresponsables de promover, proteger, garantizar y restituir los derechos de estas poblaciones.

PERSPECTIVA DE LA(S) ADOLESCENCIA(S)		ROL DE LA/EL ADULTA/O	POLÍTICAS E INTERVENCIONES
Enfoque adultocéntrico: adolescentes como personas incapaces, incompletas, en transición a la adultez.	Etapa de preparación	Ligado al saber	Indiferenciadas, universales. Adolescentes como sujetos pasivos (beneficiarios) de servicios y programas.
	Etapa de riesgo	Ligado al control	Focalizadas. Adolescentes como sujetos pasivos (beneficiarios) de servicios y programas.

⁵⁵ Convención Internacional de los Derechos del Niño, ratificada por la Argentina en el año 1990 e incorporada a la Constitución Nacional en 1994. Ley Nacional 26.061 de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes, en vigencia desde el año 2005.

<p>Paradigma de promoción y protección integral de derechos: adolescentes como ciudadanas/os sujetos de derechos.</p>	<p>Etapa de crecimiento y desarrollo social</p>	<p>Ligado al fomento y acompañamiento en el desarrollo de las/os adolescentes, reconociéndolas/os.</p> <p>como sujetos de derechos.</p> <p>Nuevas relaciones intergeneracionales.</p>	<p>Integrales, intersectoriales, participativas y corresponsables.</p> <p>Adolescentes como actores estratégicos.</p>
<p>Elaboración propia en base a Krauskopf (2005)</p>			

Las adolescencias y la violencia autoinfligida

Descripción de la situación epidemiológica

Según la Organización Mundial de la Salud, las tasas de suicidio siguen en aumento en los últimos cincuenta años, y ese incremento ha sido más marcado entre adolescentes y jóvenes.

En Argentina, según los datos oficiales de la Dirección de Estadísticas e Información en Salud (DEIS), en el año 2018 se registraron 942 defunciones por suicidio en población adolescente y joven, observándose que los casos se incrementan conforme aumenta la edad: 57 casos entre los 10 y 14 años, 397 casos entre los 15 y 19 años, 488 casos entre los 20 y 24 años. A partir de los 15 años también comienza a presentarse una mayor carga de mortalidad entre los varones, situación que se sostiene hasta las edades más avanzadas.

Se observa una mayor tasa de suicidio entre las/os adolescentes con menores niveles de educación (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2019): El suicidio en la adolescencia. Situación en la Argentina.). Existe una relación directa entre pobreza y las dificultades para avanzar en el sistema educativo, situación de inequidad que se convierte en un *factor de vulnerabilidad* sobre el cual se podrían llevar adelante acciones de prevención (Educación y desigualdad social, Ministerio de Educación, disponible en www.bnm.me.gov.ar/giga1/documentos/EL005384.pdf).

La franja de 15 a 24 años es la que más se ve afectada en muertes por causas externas,⁵⁶ presentan el porcentaje más alto en suicidios y en muertes por agresión. En todos los indicadores que se toman como causas externas esta franja etaria aparece con los índices más altos.

Según el Ministerio de Salud de la Nación, el suicidio es la segunda causa principal de mortalidad en la adolescencia, luego de las lesiones no intencionales consignadas como accidentes; la tercera causa son las muertes por violencia interpersonal. (Situación de salud de las y los adolescentes en la Argentina. Ministerio de Salud, 2016).

Aportes para la comprensión del problema

Tal como fue desarrollado en el apartado anterior, la adolescencia es una etapa vital caracterizada por ritmo acelerado de múltiples cambios subjetivos, que conlleva un duelo por la pérdida del cuerpo e identidad infantiles y la reconfiguración de las relaciones con el mundo adulto.

Entonces, si bien **es posible que en esta etapa se presenten con frecuencia ideas de muerte** vinculadas a un *dejar de ser* -en tanto abandono de la identidad infantil-, “este modo de atravesar el crecimiento, **lejos de constituir una característica “natural” de la adolescencia, o un destino familiar ya prefijado, o una**

psicopatología sólo tratable en forma individual, está acompañado por un contexto social que lo hace posible o no” (Ministerio de Educación de la Nación, 2014:22). En otras palabras: “Tener ocasionalmente pensamientos suicidas no es anormal. Éstos son parte de un proceso normal de desarrollo en la infancia y adolescencia al tratar de elucidar los problemas existenciales cuando se trata de comprender el sentido de la vida y la muerte. Las encuestas realizadas muestran que más de la mitad de los jóvenes que cursan estudios superiores secundarios informan que tuvieron pensamientos suicidas. Los jóvenes necesitan discutir estos asuntos con los adultos. Los pensamientos suicidas se vuelven anormales en los niños y adolescentes cuando la realización de estos pensamientos parece ser la única salida para sus dificultades. Existe entonces un serio riesgo de suicidio o intento de suicidio” (OMS, 2001:1-2).

En este marco, y considerando la complejidad del problema de la violencia autoinfligida⁵⁷ -en términos de su multidimensionalidad-, su análisis requiere integrar los distintos niveles de factores que conforman la red explicativa del problema. Desde esta perspectiva es posible comprender que **la adolescencia no constituye una variable determinada a priori en términos de riesgo, sino que es preciso identificar los aspectos propios de la etapa vital que pueden convertirse en vulnerabilidades en un contexto sociohistórico y**

⁵⁶Según la OMS, las causas externas (CE) son eventos y circunstancias del ambiente identificados como la causa de la lesión. De acuerdo a la Clasificación Internacional de Lesiones se conoce como lesión aquella que sucede cuando el cuerpo está expuesto a un nivel inaceptable (demasiado alto o bajo) de energía o sustancias (mecánicas, físicas, eléctricas, térmicas o químicas) ocasionando morbilidad, mortalidad y gasto de recursos. Dentro de esta clasificación se incluye a las lesiones no intencionales (antes denominadas “accidentales”), las lesiones intencionales (suicidios y homicidios), y aquellas de intención no determinada. Abordaje de la Morbimortalidad Adolescente por Causas Externas (PNSIA - Ministerio de Salud, 2017) <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001078cnt-guia-causas-externas.pdf>

⁵⁷ Ver el “Capítulo 2: Caracterización del problema del suicidio” de la presente publicación.

comunitario determinado: “Hay que tener en cuenta que la multicausalidad y complejidad de una situación de suicidio implica considerar que **no existen tipologías** que indiquen o permitan identificar a un sujeto como “potencial suicida”: no hay una relación directa entre un joven aislado, replegado o “depresivo”, como para dar algunos ejemplos, y el suicidio.” (Dirección General de Cultura y Educación de la Provincia de Buenos Aires, 2017:40) Por esta razón es preciso comprender que el hecho de “detectar indicadores no garantiza ningún tipo de prevención específica. La mayoría de los indicadores comparten un conjunto de problemáticas y padecimientos subjetivos que no se dirigen al trágico desenlace que implica el suicidio o su tentativa y, por el contrario, pueden generar un contexto persecutorio y estigmatizante” (Ministerio de Educación de la Nación, 2015:26).

Se trata, entonces, de sustituir la visión reduccionista del riesgo individual por la perspectiva más abarcativa de las vulnerabilidades,⁵⁸ construyendo **modelos explicativos complejos que den cuenta de la relación entre los múltiples factores individuales y contextuales** que inciden en el fenómeno de la violencia autoinfligida en la adolescencia.

Desde una perspectiva sociológica se puede comprender que el valor y el/los sentido/s de la vida humana no son naturales, sino socialmente construidos y aprendidos. En esta línea, **las exigencias de la sociedad de consumo -que promueve la satisfacción individual a partir de prácticas regidas por la inmediatez, la instantaneidad y la globalización de las experiencias-⁵⁹ y la progresiva fragmentación y desigualdad social -con el consecuente debilitamiento del lazo social- impactan de manera insoslayable en el proceso de reconfiguración identitaria propio de las adolescencias:** “Los imperativos del mercado calan

muy hondo en la adolescencia, generando distintas consecuencias en una identidad que se está forjando. La identidad es un trayecto, un estar haciéndose en el oficio de aprender a vivir en sociedades donde hay dificultades para vivir bien, a pesar de que esto último aparezca como una exigencia de época desde los medios masivos de comunicación” (Dirección General de Cultura y Educación de la Provincia de Buenos Aires, 2017:19).

Ahora bien, ante un presente caracterizado por la fragilidad de los sentidos constituidos, la progresiva desigualdad social y el debilitamiento de los lazos sociales, **las conductas autolesivas suicidas en la adolescencia pueden ser leídas a partir de una dificultad de los sujetos de constituirse con relación a un sentido:** “En esta línea se trata de búsquedas desesperadas, extremas, en las que algunos jóvenes, cada quien desde su singularidad, ponen en juego su existencia procurando descubrir o alcanzar razones para vivir” (Ministerio de Educación de la Nación, 2015:15). En otras palabras: “Si existe en los jóvenes una débil integración social al grupo, podemos suponer que ha disminuido el respeto que los jóvenes tienen por la vida.

⁵⁸ Ver el apartado “2.3. Enfoque de riesgo y perspectiva de vulnerabilidad”, en el “Capítulo 2: Caracterización del problema del suicidio” de la presente publicación.

⁵⁹ A esta sociedad globalizada actual, Zygmunt Bauman la describe como líquida: un término que funciona como metáfora de una sociedad caracterizada por la levedad, la inconstancia, la movilidad y la continua transformación. En este contexto se presenta en las personas un sentimiento de inestabilidad y precariedad asociado a la desaparición de puntos fijos de referencia en los cuales poner confianza de estabilidad. Las relaciones humanas se van convirtiendo en bienes de consumo; el otro se va convirtiendo en un objeto de consumo, desubjetivado (Modernidad líquida, Zygmunt Bauman. Ed. Fondo de Cultura Económica).

De esta manera el debilitamiento del grupo y por ende, de la capacidad de socializar sus miembros en un conjunto de valores básicos, va asociado a una desvalorización de la vida que se expresa no sólo en una mayor predisposición al suicidio sino, también, en la mayor exposición a situaciones riesgosas o de peligro reconocido” (Bonaldi, 2000:82).

Asimismo, y dado que en las distintas manifestaciones de las violencias se combinan dimensiones asociadas a características personales y actitudinales de los individuos, al medio microsociedad y al contexto macrosociedad, resulta necesario avanzar en la identificación y el análisis de las **conexiones y asociaciones entre la violencia autoinfligida y otras violencias**: “Violencias de diferente orden pueden estar ligadas como eslabones de una cadena que conecta la calle y la casa, la esfera pública y el espacio familiar. Las dificultades para y en la convivencia, el aumento y visibilización de la violencia denominada social (violencia interpersonal, violencias entre grupos, violencia en las parejas jóvenes, abuso sexual y maltrato) y situaciones de violencia criminal erosionan la confianza y la seguridad que requieren los niños y adolescentes para su tarea de crecimiento⁶⁰ (...) Si sumamos todos los frentes de violencia a los que están sometidos los jóvenes, **se desvanece la imagen de los jóvenes como violentos para considerar entonces cómo los jóvenes son violentados** (...) Es indudable que vivir en condiciones de violencia crónica, para cualquier comunidad, afecta la salud psíquica y física de sus habitantes, y no es difícil anticipar sus efectos particularmente perniciosos sobre la subjetividad de los adolescentes. A muchos de ellos **la fragilidad del lazo social, es decir del sostén, los deja desamparados y arrojados a la intemperie**” (Ministerio de Educación de la Nación, 2015:15).

En suma, los cortes y autolesiones deliberadas en el cuerpo suelen ser frecuentes en la adolescencia y no implican necesariamente un riesgo de suicidio. Asimismo, la ideación suicida es un tipo de respuesta o reacción habitual en esta franja etaria; su gravedad reside en la persistencia y/o estabilidad temporal. No obstante, no debe minimizarse ninguna manifestación de violencia autoinfligida ya que, a través de ellas, las/os adolescentes exponen situaciones de vulnerabilidad, malestares físicos y emocionales que requieren de abordajes integrales y oportunos (DNSMyA, PNSIA, 2012:8).

Orientaciones para el abordaje integral

Al tratarse de violencia autoinfligida en la adolescencia, el criterio del **interés superior del niño** asume plena relevancia como principio, derecho y norma de procedimiento: estas situaciones deben analizarse a partir considerar la interdependencia de los derechos que asisten a las/os adolescentes; identificar qué derechos

⁶⁰ En esta cadena de violencias hay también responsabilidad del Estado, no sólo por las situaciones de violencia institucional ejercida por agencias estatales, sino también por los efectos que produce en las/os adolescentes toda distorsión de los roles y funciones de las/os adultos y sus instituciones.

se encuentran vulnerados y qué efectos se producen sobre el conjunto de derechos protegidos; y garantizar el acceso a las políticas públicas y efectores que tienen la responsabilidad de intervenir para restituirlos.⁶¹

Es de destacar que el artículo 12 de la Ley Nacional de Prevención del Suicidio N° 27.130 establece que “en el caso de tratarse de un niño, niña o adolescente, **es obligatoria la comunicación, no denuncia**, a la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia o la autoridad administrativa de protección de derechos del niño que corresponda en el ámbito local, a los efectos de solicitar medidas de protección integral de derechos que se estimen convenientes”⁶².

De este modo, la complejidad de la problemática demanda **construir abordajes integrales y comunitarios en el marco del Sistema de Promoción y Protección Integral de Derechos de NNyA, a partir de una práctica colectiva, en el ámbito territorial**, desde “una perspectiva que hace hincapié en “situar” los problemas, contextualizarlos, “leerlos” en una trama donde lo cultural, lo histórico y lo social se entrelazan para hacer de cada institución algo singular, por lo que las respuestas a construir deben ser también complejas y singulares” (Ministerio de Educación de la Nación, 2015:8).⁶³

Siguiendo esta perspectiva, los diversos actores en contacto con las/os adolescentes tienen el desafío -y la responsabilidad- de **fortalecer vínculos y espacios que alojen los itinerarios y trayectorias singulares de los/as adolescentes, sus historias personales y las de las comunidades, para dar lugar al despliegue, acompañamiento y sostenimiento de proyectos vitales**.

Al mismo tiempo, ante situaciones de violencia autoinfligida dichos actores tienen la obligación de construir respuestas oportunas e integrales a partir del fortalecimiento de una **red de sostén y cuidados** que sea capaz de implementar **estrategias de corto, mediano y largo plazo**.

⁶¹ Ver el apartado “3.2. El sujeto de derechos y la subjetivación de los derechos”, en el “Capítulo 3: Abordaje integral y comunitario de la problemática del suicidio desde un enfoque de derechos” de la presente publicación.

⁶² El resaltado es nuestro.

⁶³ Para profundizar más sobre las particularidades de las intervenciones recomendamos ver el “Capítulo 4: Particularidades del abordaje desde los distintos sectores intervinientes”.

Para tal fin, **resulta imprescindible coordinar acciones en red⁶⁴ a partir de un trabajo interdisciplinario,⁶⁵ intersectorial⁶⁶ y corresponsable⁶⁷, sistematizando los circuitos de intervención**

integral⁶⁸ y garantizando el ejercicio del derecho a la participación de las/os adolescentes en los procesos de toma de decisiones.

5.2. Personas mayores⁶⁹

Aproximación a una mirada integral de la vejez⁷⁰

La vejez es un constructo social y cultural, sobre qué significa ser viejo y envejecer, que influye en el imaginario colectivo, según la época y la sociedad. Es un proceso que “da cuenta del entrecruzamiento particular y subjetivo de cada ser humano y su propia historia.”⁷¹. Por eso no podemos hablar de una vejez sino de vejezes.

La edad se ha considerado en todas las culturas más en su aspecto cuantitativo, cronológico y biológico. En muchas culturas el envejecer es la época más óptima para ejercer las funciones más elevadas. En otras, se considera como una decadencia, surgiendo los mitos y estereotipos afectando a la identidad social y personal de las personas mayores. Existen estereotipos importantes que reflejan prejuicios negativos hacia las

⁶⁴ Ver el apartado “3.5. Mesas de Trabajo Intersectoriales”, en el “Capítulo 3: Abordaje integral y comunitario de la problemática del suicidio desde un enfoque de derechos” de la presente publicación.

⁶⁵ La interdisciplina es el abordaje de una problemática desde distintas disciplinas que, en su interacción, producen un nuevo conocimiento sobre la situación planteada. Esto supone la integración de teorías, metodologías, instrumentos, experiencias y saberes profesionales y técnicos de diversos campos disciplinarios.

⁶⁶ Ver el apartado “3.3. Intersectorialidad”, en el “Capítulo 3: Abordaje integral y comunitario de la problemática del suicidio desde un enfoque de derechos” de la presente publicación.

⁶⁷ Ver el apartado “3.4. Corresponsabilidad”, en el “Capítulo 3: Abordaje integral y comunitario de la problemática del suicidio desde un enfoque de derechos” de la presente publicación.

⁶⁸ Ver el “Capítulo 4: particularidades del abordaje desde los distintos sectores intervinientes” de la presente publicación.

⁶⁹ “Persona mayor”: Convención Interamericana de Protección de derechos Humanos de las personas mayores Art 2 definiciones: es aquella de 60 años o más, salvo que la ley interna determine una edad base menor o mayor, siempre que esta no sea superior a los 65 años. Este concepto incluye, entre otros, el de persona adulta mayor.

⁷⁰ Redactado en base a DNSMyA (2014) “4.3.B- En adultos mayores”. En *Abordaje de la problemática del suicidio en el primer nivel de atención para equipos territoriales de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. Modelo Comunitario de Atención. Problemática priorizada: suicidio*. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación.

⁷¹ Alvarez, María del Pilar “El concepto de Vejez”. En: *Envejecimiento y vejez. Nuevos aportes*. Editorial Atuel, Buenos Aires, 1998 (pp.16)

personas mayores, Según Palmore Según Palmore (1980, citado en Salvarezza, 1994) vejez como sinónimo de Enfermedad- Impotencia -Fealdad- Declive mental-Aislamiento-Pobreza- Depresión.

Para Leopoldo Salvarezza (1988) el más peligroso de todos los prejuicios es el que equipara viejo con enfermo. Butler (1973, citado en Salvarezza, 1988) identificó un fenómeno de actitudes negativas que acuñó con el término viejismo (ageism) que contempla el conjunto de prejuicios, estereotipos y discriminaciones que se aplican a los viejos simplemente en razón de la acumulación de cierto número de cumpleaños. La OMS (2010) lo define como “la discriminación por motivos de edad que abarca los estereotipos y la discriminación contra personas o grupos de personas debido a su edad, que perpetúan estas creencias estereotipadas”.

Esta visión prejuiciosa de la vejez elimina las oportunidades de salud, participación y seguridad a las que las personas mayores tienen derecho, siendo necesario e imperioso incluir una **mirada integral para promover la máxima autonomía personal e interpersonal posible**, haciéndolas/os partícipes en las comunidades y en los procesos de toma de decisiones. Reconociendo a las personas mayores como sujetos de derecho y favoreciendo al empoderamiento de los mismos.

El envejecimiento es un proceso que resulta del entrecruzamiento de condiciones biológicas, el estilo de vida y las decisiones individuales, el acceso a los servicios de salud y el contexto social, político, económico sociocultural y ambiental en el que dicho proceso se produce.

Desde esta perspectiva, una **mirada integral de la vejez** implica conjugar una **conceptualización biológica de la edad** -dado que no se pueden desestimar los cambios psicofísicos que se experimentan durante esta etapa de la vida- con una **conceptualización sociocultural de la vejez**, en tanto ésta permite dar cuenta de una conjunción de factores, entre los que se incluyen: la longevidad en un momento y en un lugar dados, la función que la sociedad atribuye a las personas de acuerdo con esa longevidad y el conjunto de actitudes y conductas sociales que se consideran adecuadas para una determinada edad cronológica (Martínez et al, 2008).

Sin embargo, a la hora de evaluar la salud de las personas mayores, **las/os profesionales de la salud conocen muy poco sobre los problemas específicos de esta población**: no es inusual que se achaquen las dolencias a la edad, sin prestarles mayor atención (UNFPA, 2003). Asimismo, la **biomedicalización del envejecimiento** -interpretación del proceso de envejecimiento como un problema y desde una óptica exclusivamente médica y centrada en enfermedades- produce y mantiene el **prejuicio de la vejez asociada a la enfermedad**; prejuicio que, a su vez, se encadena con **la percepción de la vejez en sí misma como problema, y de esta población como pasiva, depresiva, asexuada y necesitada de atención y cuidados constantes**.

En esta línea, la Organización Mundial de la Salud define al **envejecimiento activo** como “el proceso de optimización de oportunidades para el bienestar físico, social y mental en el transcurso de la vida con objeto de ampliar la esperanza de vida sana, la productividad y la calidad de vida en la vejez” (OMS, 2002).

Este enfoque implica, entonces, que los diversos actores de la sociedad instrumenten acciones concretas con el objetivo de **transformar la percepción negativa y prejuiciosa del envejecimiento** y, al mismo tiempo, **garantizar condiciones de vida digna** a las personas mayores a partir de la implementación de **abordajes integrales que tengan en cuenta los problemas específicos de esta población**. En ese sentido promover entonces, una representación más positiva de la vejez, con posibilidades, con experiencias y riquezas, que pueden ser puestas a disposición de la sociedad y que es de inestimable valor.

La Convención Interamericana de Protección de Derechos Humanos de las Personas Mayores pone de manifiesto que la persona mayor tiene los mismos derechos humanos y libertades fundamentales que otras personas, reconociendo que la persona, a medida que envejece, debe seguir disfrutando de una vida plena, independiente y autónoma, con salud, seguridad, integración y participación activa en las esferas económica, social, cultural y política de sus sociedades. Reconoce las valiosas contribuciones actuales y potenciales de la persona mayor al bienestar común, a la identidad cultural, a la diversidad de sus comunidades, al desarrollo humano, social y económico y a la erradicación de la pobreza. Se propone activamente la incorporación de la perspectiva de género en todas las políticas y programas dirigidos a hacer efectivos los derechos de la persona mayor y destaca la necesidad de eliminar toda forma de discriminación.

Desde la perspectiva gerontológica, en la vejez se trata de velar por el disfrute pleno de esta etapa de la vida, permitiéndole gozar a las personas mayores de todos sus derechos como persona, con respeto a su dignidad e historia de vida, así como su lugar en la sociedad.

En los últimos 30 años el tema de la vejez ha tenido diferentes escenarios y desarrollo podemos mencionar las Asambleas Mundiales sobre el Envejecimiento realizadas en Viena –1988- y Madrid –2002. El Plan de Acción de la Organización Panamericana de la Salud sobre la salud de las personas mayores, incluido el envejecimiento activo y saludable (2009), la Carta de San José sobre los derechos de las personas mayores de América Latina y el Caribe (2012), los cuales han realizado aportes para el desarrollo de políticas que prioricen el fomento de la salud y el bienestar en la vejez.

En el año 2015 la Convención Interamericana Sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, en la cual los Estados Parte de la convención decididos a incorporar y dar prioridad al tema del envejecimiento en las políticas públicas, y entre otros derechos expresa en su Art. 19 - que *“la persona mayor tiene derecho a su salud física y mental, sin ningún tipo de discriminación”*. Compromete entonces a los Estados Parte entre otras cosas a diseñar e implementar políticas públicas intersectoriales de salud orientadas a una atención integral, a fin de propiciar el disfrute del más alto nivel de bienestar, físico, mental y social; a asegurar la atención preferencial y el acceso universal, equitativo y oportuno en los servicios integrales de salud de calidad, a formular, implementar, fortalecer y evaluar políticas públicas, planes y estrategias para fomentar un envejecimiento activo y saludable.

El suicidio en personas mayores

Las conductas suicidas en esta población tienen mayor letalidad que en otros grupos etarios ya que, en general, suelen ser físicamente menos resistentes, utilizan métodos más letales, los intentos son más planificados y determinados y suelen tomar más precauciones para no ser descubiertos.

Resulta de un valor social significativo que una persona mayor determine su muerte, dado que siguiendo a Salvarezza podemos decir que la muerte como hecho social está determinado por las características y circunstancias individuales y por el concepto que tenga la sociedad en ese momento y en ese lugar.

Recuperando lo desarrollado en el apartado anterior, el suicidio de una persona mayor podría pensarse como una **respuesta frente a una representación social negativa de la vejez**, que pone a esta población en situación de vulnerabilidad.

En esta línea, una mirada integral tanto de la vejez como del suicidio habilita a analizar esta problemática en relación con los siguientes factores:

- **La dificultad para acceder a las distintas prestaciones** que necesitan, por ausencia o deficiencia de recursos en su comunidad de pertenencia:
- **La situación de aislamiento frente a crisis y/o pérdidas y de exclusión del ritmo de vida** lo que puede llevar a un deterioro del estado de bienestar bio-psico-social y marcar el comienzo de graves empeoramientos de su salud.
- **Los estereotipos y los roles de género.** La alteración del rol social asignado al varón como activo y proveedor: En las culturas donde dichos ideales de masculinidad son cruciales en la percepción de

uno mismo, el envejecimiento puede convertirse en un proceso especialmente negativo e incluso psicológicamente debilitante.

El anuario de la Dirección de Estadísticas e Indicadores en Salud consigna que en el año 2018 se produjeron en Argentina 599 suicidios en personas mayores (60 años y más), cifra que indica que cada día 1,6 personas mayores han decidido y concretado terminar con su vida. La distribución de las defunciones según sexo fue 75 en mujeres y 524 en varones dando como resultado un índice de masculinidad del 14%, concordante con los estudios nacionales e internacionales que reflejan que la mayoría de los suicidios ocurren en los varones.

La Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, en el período 2007-2015, demostró que el grupo de edad de 80 años y más registró las tasas de suicidios más altas con respecto a los otros grupos de edad.

En esa misma línea, un estudio que analizó las tendencias de suicidios en personas mayores en los años 1997 y 2007 (Risoli – Prizze) demostró que las tasas de suicidios en varones mayores de 65 años se incrementaban a medida que aumentaba la edad, en tanto que las de las mujeres permanecían estables en los diferentes grupos.

Estos datos podrían ser analizados desde la perspectiva de género, preguntándonos si obedecen a características y a representaciones sociales de género que aquellos varones que se suicidaron, pudieran haberse encontrado sin sostén afectivo, de pareja, social o familiar. Y si el comportamiento en las mujeres se debe a que las mujeres tienen asignado el rol del cuidado de sí y del otro,

adquiriendo de esta forma una mayor capacidad de respuesta ante situaciones de crisis, que conservan en esta etapa del curso vital.

- La **depresión**, la ansiedad y el suicidio se hacen cada vez más frecuentes a medida que el hombre envejece (UNFPA, 2003). Sin embargo es preciso aclarar que las representaciones sociales negativas de la vejez pueden considerar a la depresión como una consecuencia del envejecimiento. En el grupo de las personas mayores, si bien la depresión es frecuente, es multifactorial y puede estar solapada con alteraciones del sueño (insomnio, hipersomnias), del apetito, dolor o molestias físicas, disminución de la atención y de la concentración, quejas somáticas, también como alteraciones de la conducta y descuido del aspecto personal. Hay un pensamiento depresivo donde la persona tiene una visión negativa de la vida, sentimientos de culpa, autorreproches.
- Algunas/os investigadoras/es sostienen que las tasas de suicidio se elevan en momentos de **crisis económica**, afectando principalmente a hombres adultos y mayores, mientras que en los períodos de mayor estabilidad el suicidio afecta de un modo más regular tanto a hombres como mujeres, jóvenes como adultas/os. (Carbonell Camós, s.f.) Esta lectura permitiría pensar que el aumento de la tasas de suicidio al final de la década de los '90 en la Argentina puede estar relacionado con el impacto de políticas neoliberales que profundizaron situaciones de desigualdad, dejando a la vejez por fuera de la seguridad social y sin decisiones políticas que promovieran su integración social.

Orientaciones para el abordaje

El problema del suicidio se considera de importancia en la **atención primaria de la salud**, destacándose las siguientes acciones:

- **Promover posibilidades de transformación social** sobre las prácticas y creencias que recaen sobre las/os personas mayores;
- **Fomentar la integración** de las personas mayores a la comunidad, haciéndolas/os partícipes en actividades recreativas y culturales desde un enfoque de promoción de la salud integral⁷² y como sujetos de derechos, respetando su independencia y autonomía⁷³

⁷² Ver el apartado "Promoción de la salud y perspectiva de vulnerabilidad", en el "Capítulo 1: Caracterización de la problemática del suicidio" de la presente publicación.

⁷³ CIPDDHHPM Artículo 7 Derecho a la independencia y a la autonomía. Que la persona mayor tenga acceso progresivamente a una variedad de servicios de asistencia domiciliaria, residencial y otros servicios de apoyo de la comunidad, incluida la asistencia personal que sea necesaria para facilitar su existencia y su inclusión en la comunidad, y para evitar su aislamiento o separación de ésta.



- **Garantizar cuidados de larga duración**⁷⁴, cuando se evalúen necesarios. Los cuidados de larga duración son el sistema de actividades llevadas a cabo por cuidadores informales -familiares, amigas/os o vecinas/os-, profesionales -sanitarios, sociales u otros- o ambos, para conseguir que una persona que no es totalmente capaz de cuidar de sí misma mantenga la mejor calidad de vida posible, de acuerdo con sus preferencias individuales, y con el mayor grado posible de independencia, autonomía, participación, realización personal y dignidad humana. (OMS, Milbank Memorial Fund, 2000) La necesidad que tiene una persona mayor de recibir cuidados de larga duración está determinada por el deterioro de las capacidades funcionales físicas, mentales y/o cognitivas. Aunque la tendencia general es que se produzca una pérdida progresiva de la capacidad a medida que aumenta la edad, no todos los deterioros o pérdidas no son irreversibles: algunas personas mayores pueden recuperarse de las pérdidas y volver a disfrutar de las capacidades funcionales perdidas. Por consiguiente, la duración y el tipo de cuidados que se necesitan son, con frecuencia, indeterminados y requieren respuestas adaptadas a cada situación.
- **Promover la atención y seguimiento de las personas mayores que tuvieron intentos de suicidios** a partir del registro del evento, y aplicando una guía de atención para que los equipos de salud que revisten asistencia a las personas mayores puedan contar con el mismo para el tratamiento de ellas mismas y su entorno afectivo.
- **Brindar herramientas elaboradas intersectorialmente para el abordaje integral en la prevención del suicidio en personas mayores**, destinadas a la población en general y también a los equipos de salud (agentes sanitarios, enfermeras/os, cuidadoras/es, trabajadoras/es sociales, médicas/os etc). Y para instituciones de cuidados y alojamiento de personas mayores (centros de día, centros de jubilados, geriátricos, hogares públicos y privados, etc).

5.3. Personas privadas de la libertad

El suicidio -resultado de una trama de procesos individuales, sociales, políticos, económicos, entre otros- es un fenómeno por demás complejo cuando sucede en contextos de encierro, que **interpela a los profesionales de los Sistemas de Protección de Derechos en tanto actores de un Estado que, por acción u omisión, está ahí al momento en que sucede.**

En este sentido, el suicidio en contextos de encierro se encuadra en el concepto de **muerdes bajo custodia del Estado**, ya que éste comprende a todas aquellas muertes que ocurren bajo la tutela del Estado en los

⁷⁴CIPDDHHPM Artículo 12 Derechos de la persona mayor que recibe servicios de cuidado a largo plazo a un sistema integral de cuidados que provea la protección y promoción de la salud, cobertura de servicios sociales, seguridad alimentaria y nutricional, agua, vestuario y vivienda; promoviendo que la persona mayor pueda decidir permanecer en su hogar y mantener su independencia y autonomía.



establecimientos punitivos estatales, siendo las personas privadas de libertad las custodiadas por los servicios penitenciarios de las unidades.

En otras palabras, este concepto comprende al fallecimiento de toda persona que, por decisión de la agencia de justicia penal, se encontraba privada de su libertad -preventivamente o mediando una condena en su contra- bajo custodia del Servicio Penitenciario Federal en cualquiera de sus establecimientos penitenciarios en el caso de los adultos/os; o, en el caso de adolescentes, en establecimientos penales juveniles de privación de libertad pertenecientes a los organismos provinciales de Promoción y Protección de Derechos de Niñas/os y Adolescentes.⁷⁵ Es importante aclarar que los fallecimientos que se producen durante traslados o en hospitales públicos donde hubieran sido derivadas/os también se consideran dentro de la categoría muertes bajo custodia (CPM, 2017).

En este marco, las muertes bajo custodia del Estado se clasifican en suicidios, homicidios, accidentes, enfermedades, muertes súbitas y muertes dudosas violentas y no violentas. Sin embargo, una de las mayores dificultades para pensar esta problemática es la falta de datos certeros que den cuenta del estado de situación.

Por un lado, **la información disponible es escasa**. Puede señalarse como ejemplo el *Informe anual 2018. El sistema de la crueldad XII. Sobre lugares de encierro, políticas de seguridad y niñez en la provincia de Buenos Aires* del la Comisión Provincial por la Memoria (CPM, 2018). Este informe no presenta una cifra completa al no contar con información oficial ya que “por primera vez el Ministerio de Justicia no informó la cantidad de personas fallecidas” (CPM, 2018:23). Asimismo, **las muertes en las cárceles muchas veces son informadas como suicidios -o, también, como resultado de accidentes o de peleas entre internas/os**.

Estas dificultades obligan a leer las estadísticas con cierta cautela. Teniendo esto en cuenta, se presenta a continuación una breve caracterización de la población privada de libertad para, luego, hacer foco en la información disponible sobre el fenómeno de las muertes bajo custodia del Estado.

Personas privadas de libertad

En la Argentina hay 308 unidades de detención: la jurisdicción que más cárceles tiene es el Servicio Penitenciario de la Provincia de Buenos Aires con 62, luego se encuentra el Servicio Penitenciario Federal con 32 unidades y, por último, el resto del país con 214 (SNEEP, 2018).

Según los datos del Sistema Nacional de Estadística sobre Ejecución de la Pena (SNEEP), “al 31 de diciembre de 2018, había en la República Argentina 94.883 personas privadas de libertad en unidades de

⁷⁵ Con excepción de algunas provincias: en Misiones dependencia institucional es mixta (Ministerio de Gobierno y del Ministerio de Desarrollo Social); en Santiago del Estero también es mixta (Ministerio de Desarrollo Social y del Ministerio de Justicia); en Corrientes y San Luis, los órgano responsables dependen de las áreas de Seguridad; y en Córdoba, Santa Fe y Salta dependen de áreas de justicia y/o derechos humanos. SENAF-DINAI (2019) *Relevamiento Nacional de Dispositivos Penales Juveniles y su Población, Año 2019*.

detención. Si a esta población le sumamos las 8.326 personas privadas de libertad en dependencias policiales o de fuerzas de seguridad informado por dichas instituciones, la cifra alcanza los 103.209. La provincia de Buenos Aires es la que más personas presas tiene en sus unidades de detención, alcanzando el 45% del total⁷⁶ (SNEEP, 2018).

Al 31 de diciembre de 2018, hay 4363 mujeres detenidas en unidades penitenciarias, produciéndose un aumento del 21% con relación al año anterior. Respecto a las mujeres que viven con sus hijos, la cifra decreció un 7%, contabilizando 162 casos.

En términos generales, la población penitenciaria tiene una destacada presencia de jóvenes, de varones, de nacionalidad argentina y con un bajo nivel de escolarización. El 95% de los detenidos al 31 de diciembre de 2018 eran varones, el 94% eran argentinos, el 67% tenía estudios primarios o inferiores al momento de ingresar al establecimiento, y el 60% tenía menos de 35 años de edad.

Durante el año 2018 la población privada de la libertad tuvo un incremento del 11% en relación al período anterior, pero del 74% en relación al año 2008 y del 131% en relación al año 2001.

En el año 2018, el 53,4% de las personas privadas de libertad tenían condena, mientras el resto se encontraba detenido sin tener condena, es decir, con prisión preventiva.

Alrededor del 22% de las personas privadas de libertad participaron en algún programa de capacitación laboral dentro de la institución durante el año 2018; mientras que alrededor de la mitad de la población penitenciaria participó en un programa de educación.

En lo que refiere a población adolescente⁷⁷ y joven, las últimas estadísticas a nivel nacional son del año 2019 y muestran un total de 1054 detenidas/os en dispositivos penales juveniles en todo el país. Del total de

adolescentes y jóvenes de entre 13 y 26 años, el 97,5% son varones y el 2,5%, mujeres. De esta totalidad, el 3,7% tenía menos de 16 años, el 62,2% tenía entre 16 y 17 años al momento de su detención y el 33,7% de 18 a 26 años (SENAF-DINAI, 2019).

En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, las estadísticas registradas muestran un total de 245 adolescentes detenidas/os, de los cuales 122 estuvieron privados de su libertad en el Centro de Admisión y Derivación

⁷⁶ Estos datos no incluyen a las personas que no se encuentran en las unidades, como por ejemplo las que están bajo el monitoreo electrónico. En los dispositivos de monitoreo electrónico del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación se encuentran 1987 personas bajo este régimen; en la Provincia de Buenos Aires, 1922; y en prisión domiciliaria 756 (SNEEP, 2018).

⁷⁷ Debe aclararse que las/os adolescentes menores de edad son punibles de los 16 a los 18 años; sin embargo, se registran medidas de privación de libertad para adolescentes no punibles, esto es, menores de 16 años. Por otra parte, de manera excepcional, los juzgados intervinientes pueden disponer que una/un adolescente que esté cumpliendo una medida penal y alcance la mayoría de edad continúe privada/o de la libertad en dispositivos para jóvenes adultas/os pertenecientes a la órbita de los organismos provinciales de Promoción y Protección de Derechos de Niñas/os y Adolescentes.

(CAD)⁷⁸ por más de 24 horas, para luego ser egresados con su familia (45,1%), ser derivados a una Comunidad terapéutica (36,9%), o ser trasladados a una Residencia Socioeducativa (18%); mientras que 123 de los/as detenidos/as luego de pasar por el CAD fueron trasladados a un Centro de Régimen Cerrado (CRC). De estos/as 123, 114 (93%) son varones y 9 (7%) son mujeres. El 40,7% de las jóvenes en CRC tenía 16 años al momento de su detención; y el 59,3%, 17 años (BGD, 2018).

Estos números muestran que **las personas privadas de la libertad son mayoritariamente jóvenes, varones, pertenecientes a sectores ligados a poblaciones vulnerables y con dificultades para el acceso a la educación.** Esto no significa que el delito esté necesariamente vinculado a estos sectores -en cuyo caso quedarían por fuera los delitos “de cuello blanco”: aquellos cometidos por personas con importante poder adquisitivo y altos niveles educativos-, sino que responde más bien a la **selectividad del sistema penal, que encierra a personas que, justamente por pertenecer a poblaciones en situación de vulnerabilidad, tienen menos acceso a la justicia y, por lo tanto, a su propia defensa.**

Muertes bajo custodia del Estado⁷⁹

En el período 2010-2017 fallecieron 346 personas que se encontraban alojadas en establecimientos penitenciarios del Sistema Penitenciario Federal (SPF). Es importante señalar que el 58% de las muertes durante ese período se produjeron en los Complejos Penitenciarios Federales I y IV (Ezeiza), II (Marcos Paz) y Complejo Penitenciario CABA (Devoto), lo que resulta proporcional a la cantidad de personas detenidas que alojan dichos establecimientos (PPN, 2019).

Durante el año 2017 se registraron 41 muertes, diecinueve de ellas violentas. El fenómeno con mayor nivel de gravedad y visibilidad durante el año 2017 han sido los diez casos de ahorcamiento en el Complejo Penitenciario Federal I de Ezeiza -que superan ampliamente su media anual de 2,8 para el período 2009-2016 (PPN, 2018).

Las franjas etarias más jóvenes nuclea la mayor cantidad de muertes violentas, con 130 casos de víctimas menores de 34 años de las 173 registradas en el período 2009-2017. El 59% de las muertes ocurridas en ese período se concentra en los establecimientos especialmente conflictivos o donde suele ser más dificultoso el acceso a derechos como salud, alimentación, trabajo o educación (PPN, 2019).

En lo que hace a la distribución según género, el 96% de las personas fallecidas entre 2010-2017 corresponde al género masculino (332 de las 346 muertes totales).

⁷⁸ Los Centros de Admisión y Derivación son dispositivos especializado del Sistema Penal Juvenil, de rápida evaluación y derivación, destinado a adolescentes de hasta 17 años de edad inclusive que resulten aprehendidos/os por Fuerzas de Seguridad por la presunta comisión de un delito. El plazo máximo de permanencia de las/os adolescentes en el Dispositivo es de 12 horas; luego de este lapso debe producirse el egreso o derivación indicada por la autoridad judicial competente.

⁷⁹ Las muertes bajo custodia del Estado se clasifican en: suicidios, homicidios, accidentes, enfermedades, muertes súbitas y muertes dudosas violentas y no violentas.

Entre las 18 muertes de mujeres ocurridas en el período 2009-2017, el 67% era menor de 34 años y el 89% se encontraba acusada de delitos contra la propiedad o tráfico de drogas de baja escala. Esto habilita a pensar en la función de las instituciones judiciales en la criminalización de mujeres jóvenes y el recrudecimiento de prácticas de gestión de su encierro sumamente violentas, agresiones físicas y medicalización psiquiátrica exacerbada.

La edad promedio de las personas fallecidas durante 2017 fue de 43 años; y 4 de cada 10 fallecidas/os en cárceles federales tenía menos de 41 años (PPN, 2019).

Es preciso destacar que en los últimos años se evidencia un crecimiento de la población encarcelada en establecimientos penitenciarios federales, cuya variación fue mayor del 14% para el período 2015-2017. Si bien no es posible establecer una correlación directa entre la variación de la población encarcelada y los fallecimientos, se puede observar que, durante 2017, ambas variables han sufrido un importante crecimiento. Esto significa que durante ese año **el incremento de muertes ocurrió en un contexto de intensificación del crecimiento de la población encarcelada**, período en el que se registró una situación de sobrepoblación que se sostiene hasta la actualidad. **Estas condiciones podrían propiciar escenarios de mayor conflictividad entre las personas detenidas, así como situaciones extremas y problemáticas que posiblemente generen mayores padecimientos y también redunden en un mayor déficit en la asistencia en salud integral.**

En cuanto a la situación procesal, 30 de las 42 personas fallecidas (71%) en el período de referencia se encontraban sin condena firme, cifra por encima del promedio general de procesados en la población en SPF, que se ubicaba en el 59% del total para diciembre de 2017 (PPN, 2019).

Es importante destacar que en muchos casos puede haber signos de alarma que permiten a los profesionales de la salud actuar preventivamente, como haber iniciado previamente medidas de fuerza extremas -huelga de hambre o ingesta de elementos no consumibles, autolesiones o incendios-, ser víctima de agresiones físicas cometidas previamente por personal penitenciario, encontrarse aisladas al momento de su ahorcamiento o solicitar medidas de resguardo.

Algunas conclusiones preliminares: estado de situación (o situación del Estado)

Al analizar las situaciones que atraviesan las personas que intentan y/o consuman un suicidio en contextos de encierro, es fundamental **pensar en clave de vulnerabilidades multidimensionales y avanzar en un trabajo de restitución integral de los múltiples derechos vulnerados.**

Tal como muestran los datos presentados, dichas condiciones de vulneración son comunes en los contextos de privación de libertad y, “lejos de ser el reflejo de la violencia carcelaria, se presentan como la expresión de la violencia que despliega el sistema penal: personal penitenciario y agentes del poder judicial, por acción u omisión, se complementan para sostener el sistema de la crueldad” (CPM, 2019:144).

Las situaciones anteriormente descritas evidencian que **los padecimientos suelen agudizarse en el encierro.** En este sentido, las principales razones que manifiestan quienes se autolesionan en estos

contextos son “la angustia ante problemas personales o familiares, la afectación del vínculo familiar por la distancia de su lugar de detención y la constante solicitud de traslado que no es escuchada por los funcionarios penitenciarios o judiciales” (CPM, 2019:143). Asimismo, se observa una “íntima relación entre muertes por ahorcamiento y diversas vulneraciones de derechos en el encierro, como por ejemplo, poco refuerzo en las intervenciones ante la vivencia de situaciones traumáticas (problemas familiares, resoluciones

judiciales adversas, persistencia o agravamiento de las adicciones), reiteración de casos de ahorcamiento como medida de fuerza extrema ante un reclamo persistentemente desoído por el servicio penitenciario (el acceso a un teléfono, el ingreso de un familiar, suspensión de aislamiento o pedido de traslado a algún establecimiento cercano a su hogar) y el vínculo entre ahorcamientos en prisión, altos niveles de aislamiento y agresiones físicas” (PPN, 2018).

De este modo, es posible pensar que las situaciones vinculadas a la problemática del suicidio en los dispositivos carcelarios “funcionan como **puntos de una escala de reclamos** en los que el cuerpo de la persona detenida actúa como soporte y que se materializan por la desatención y el abandono al que son sometidas las personas detenidas” (CPM, 2019:139).

Ahora bien, **las respuestas que suelen implementarse en los dispositivos carcelarios ante estas situaciones de violencia autoinfligida son perjudiciales, o ni siquiera existen**. Por ejemplo, en el caso de la Provincia de Buenos Aires, “en relación a las medidas dispuestas informadas, para el 61% de las víctimas no se informan las medidas dispuestas ante la comisión de una autolesión. La medida más informada, con un 16.3% (177 víctimas) es el aislamiento, lo cual resulta sumamente preocupante por el impacto negativo en términos físicos y psíquicos que tiene (...) **El aislamiento constituye un agravante de por sí de las condiciones de detención, lo que lo vuelve aún más grave en el caso de personas con afectación de su salud mental, que se han autolesionado como una medida desesperada**” (CPM, 2019:143).

Llegado a este punto del análisis es posible pensar que las deficiencias en la información disponible sobre las muertes bajo custodia del Estado operan como una forma de **esconder las situaciones de extrema violencia** ejercida directamente sobre las personas privadas de libertad.

Las violencias son parte constitutiva de los dispositivos de privación de libertad: el cumplimiento de la pena por un delito cometido -aunque el 53,4% tienen condena firme y el resto de las personas privadas de la libertad permanecen en el encierro esperando un juicio que dictamine su inocencia o culpabilidad (SNEEP, 2018)- implica un castigo que va más allá de la cantidad de años de encierro que el juez disponga por la aplicación de la ley. El castigo se paga también con las prácticas que la cárcel despliega como institución creada para tal fin; prácticas que son violentas -aunque no impliquen necesariamente el uso de la fuerza- y que conllevan importantes dosis de padecimiento: la demora o falta de atención de problemáticas de salud, la dificultad en la comunicación o visita de familiares, los traslados de penal que provocan una nueva situación de ingreso en otra unidad y la pérdida de estudios y/o trabajo, la disposición del aislamiento ante situaciones de autolesión, por nombrar algunas de estas prácticas.

En esta maquinaria estatal punitiva que encarcela a cada vez más personas -y a cada vez más jóvenes convenientemente estereotipadas/os para que ingresen en la lógica carcelaria-, **los suicidios no escapan a esta lógica donde vivir -y sobrevivir- es, literalmente, una misión por demás dificultosa**.

Sin embargo, al poner el énfasis en la “decisión individual” de quien se suicida, subyace la idea de que el Estado no se considera responsable por estas muertes. Por el contrario, **los suicidios no son actos meramente individuales: son el resultado -en mayor o menor grado- de un Estado que está y, a la vez, no está, un Estado de por sí contradictorio que, en los contextos de encierro, resulta por demás paradójico.** Es el Estado el que dictamina el ingreso de las personas a las instituciones de encierro; es el Estado el que está obligado a garantizar sus derechos y velar por las correctas condiciones de detención; y, al mismo tiempo, es el Estado el que, por acción u omisión, vulnera estos derechos agudizando los padecimientos de las personas privadas de libertad.

En esta línea, es posible pensar esta problemática en clave de **violencia institucional**: “La violencia institucional refiere a la violencia que ejercen “las instituciones” o que se ejerce a su interior, y en tal sentido, dicha enunciación no especifica necesariamente el carácter público o privado. En un sentido literal del término, se hace referencia a la violencia que llevan a cabo aquellos que ejercen el poder en una institución determinada y en desmedro del resto (sean subordinados, subalternos, empleados, pacientes, alumnos, clientes, etcétera)” (Guemureman et al, 2017:19).

Así, en el concepto de violencia institucional se incluyen dos grupos diferenciados de acciones: aquellas derivadas de la asimetría de poder y, por lo tanto, del abuso de poder en una diversidad de instituciones tales como hospitales -públicos y privados-, escuelas -públicas y privadas-, empresas, etc.; y, por otro lado, un segundo grupo de acciones que refiere a la **violencia que ejercen las fuerzas de seguridad o custodia**: “Los actores del segundo grupo conforman un conglomerado de actores públicos estatales, a quienes se ha delegado el ejercicio del monopolio de la violencia física legítima, pero con alcances bien definidos, por lo que el “exceso” del uso de la violencia y de la fuerza torna ilegítimo el ejercicio, y el abuso se torna en flagrante violación de los derechos humanos. Estos hechos son habitualmente subsumidos bajo el concepto de violencia institucional, cuando en verdad son **violencias públicas estatales y punitivas**” (Guemureman et al, 2017:20).

Las muertes en contextos de encierro se inscriben, entonces, como resultado del despliegue de diversas formas de ejercicio del poder y la violencia que convergen en los establecimientos carcelarios y que, en sus formas extremas, ocasionan letalidad. Dicha producción de muertes, aún con sus variantes y especificidades, se encuentra vinculada -por vía directa o indirecta- a **prácticas específicas y patrones estructurales de violencia estatal punitiva**. Si, además, se tiene en cuenta que en nuestro país las unidades penitenciarias de adultos/os y los establecimientos de privación de libertad de adolescentes dependen de los Estados nacionales y provinciales, **las corresponsabilidades alcanzan a muchos y diversos estamentos estatales.**

En este contexto complejo, **los equipos de intervención deben pensarse y re-pensarse como actores sociales y profesionales encargados de la protección y restitución de derechos**: resulta fundamental entonces rescatar algo del vínculo en lugares donde la palabra y el apoyo están fragmentados, donde la contención es algo que se desconoce y donde, justamente, esta falta de contención profundiza la tristeza y el abandono.

En síntesis, la función de las/os profesionales requiere encontrar una forma de trabajo que las/os acerque más a esa/e otra/o dolorosamente violentada/o, **implementando dispositivos que no estén ligados al “castigo” sino a la contención y al mejoramiento de las condiciones de detención.**

A lo largo de esta publicación se ha desarrollado la importancia del **abordaje interdisciplinario, intersectorial y corresponsable** de la problemática de suicidio.⁸⁰ Sin embargo, este enfoque de trabajo se torna arduo cuando se trata de contextos de encierro, dadas las dificultades para el acceso de los Sistemas de Promoción y Protección de Derechos a los dispositivos penales: la experiencia muestra que los equipos de Educación y Salud encuentran múltiples obstáculos para el abordaje de diferentes vulneraciones de derechos en estos contextos.

Es responsabilidad del Estado impulsar políticas que desarmen estas lógicas. Por ello, es fundamental que los diferentes actores generen, desde sus áreas específicas, **herramientas y estrategias para que las instituciones de privación de libertad empiecen a ser más porosas**, creando puentes desde dentro y fuera de las cárceles de adultas/os y centros de detención de adolescentes, y permitiendo el **acceso fluido de los organismos que deben garantizar los derechos de las/os detenidas/os**. En simultáneo, es necesario avanzar en la permanente **capacitación del personal** de las instituciones de privación de libertad y el **monitoreo de organismos tanto del Estado como de la sociedad civil**, con el **compromiso político** de las autoridades de los diferentes órganos estatales a fin de que cese la vulneración de derechos en los contextos de encierro.

5.4. El suicidio en las Fuerzas Policiales y de Seguridad Federales

A la hora de abordar la problemática del suicidio en las Fuerzas Policiales y de Seguridad Federales es fundamental tener en cuenta dos cuestiones. Por un lado, que estas Fuerzas son heterogéneas entre sí: no son iguales las funciones de un/a gendarme, un/a prefecto/a, un/a policía federal o un/a policía de seguridad aeroportuaria. Asimismo, cada una de estas instituciones también es heterogénea a su interior: hay distintos tipos de tareas, modos de llevarlas a cabo y territorios de intervención. De esto se desprende que los niveles de estrés a los que se exponen estos/as agentes policiales y de seguridad van a variar en función de estas diferencias. Por otro lado, a pesar de que una de las características distintivas de las Fuerzas Policiales y de Seguridad sea la habilitación para portar y, en determinadas circunstancias, utilizar armas de fuego, ello no anula la existencia de puntos en común con otras profesiones o ámbitos no institucionales. Esto decanta en el hecho de que recomendaciones útiles en otras profesiones pueden y suelen ser adaptadas a este tipo de ámbito profesional.

⁸⁰ Ver el “Capítulo 3: Abordaje integral y comunitario de la problemática del suicidio desde un enfoque de derechos” de la presente publicación.

El trabajo de estos agentes policiales y de seguridad implica, en términos generales, una alta carga emocional, importantes niveles de estrés y responsabilidad. Los/as agentes experimentan, en carne propia o a partir de terceros, situaciones que requieren de cierta preparación emocional que evite prejuicios tanto en el ámbito laboral como en el extralaboral.

Si bien prima la idea de que la profesión es riesgosa para la vida de estos funcionarios/as, las situaciones que atentan contra la integridad física de los policías suceden, en mayor medida, cuando se encuentran fuera del horario laboral. Esto queda demostrado con el hecho de que la mayor parte de los enfrentamientos armados y muertes de policías o funcionarios/as de las fuerzas de seguridad se circunscriben en sus horas francas, cuando son víctimas de robos, cerca de sus domicilios, en general en el ámbito del Área Metropolitana de Buenos Aires. Esto no niega que el trabajo policial no implique altos niveles de estrés sino, por el contrario, que las situaciones generadoras de estrés son diversas y complejas.

A la alta carga emocional y la exposición a intensas situaciones de estrés se suma el acceso facilitado a medios letales, considerando que se trata de trabajadores/as que, en su mayoría, portan armamento reglamentario. Los datos estadísticos producidos por las fuerzas dan cuenta de que el suicidio se encuentra, junto a los accidentes de tránsito, entre las principales causas de muerte violenta de policías y funcionarios de seguridad.

En términos generales, las situaciones generadoras de estrés en los/as integrantes de las Fuerzas Policiales y de Seguridad, algunas de ellas potencialmente traumáticas, pueden englobarse en los siguientes puntos:

Estos/as agentes, en su gran mayoría, poseen “estado policial”. Esto implica que se encuentran obligados a intervenir, no necesariamente armados, ante situaciones que lo ameriten, en todo momento y lugar. En función de esto, los/as agentes manifiestan estar en constante estado de alerta, sea en sus horas laborales o de descanso, lo que decanta en una sensación de desconfianza hacia el otro no policía y de estado de estrés en caso de observar situaciones potencialmente problemáticas.

Los/as policías y funcionarios/as de seguridad enfrentan situaciones estresantes cuando consideran que su integridad física está en peligro. Si se encuentran trabajando, estas situaciones se adecuarán a la heterogeneidad anteriormente mencionada: habrá, por ejemplo, territorios peligrosos y seguros y situaciones consideradas riesgosas y seguras. Cuando no están trabajando, acorde a lo mencionado anteriormente, suelen vivenciar situaciones estresantes cuando son víctimas o testigos de robo o agresiones. Cabe destacar que, aunque la cantidad de situaciones concretas en las cuales la vida de estos agentes corre peligro puedan ser pocas a lo largo de sus carreras, la posibilidad de que esto suceda suele ser causal de estrés. Las trayectorias profesionales están marcadas no solo por las experiencias propias sino por la de camaradas conocidos/as o desconocidos/as. De esta manera, la fuente de estrés puede radicar en ejercer una profesión en la cual existe la posibilidad de perder la vida.

Los/as agentes policiales y de seguridad enfrentan situaciones estresantes al ser testigos de la muerte y el dolor de ciudadanos/as a partir de su intervención profesional ante muertes violentas, accidentes de tránsito, violencia de género. Allí la auto-responsabilización por cesar el dolor de terceros, la posibilidad de no poder disociar la vida personal con la de estas personas víctima de dolor o violencia, producen estrés y angustia.

Las condiciones de trabajo pueden ser factores de estrés. La sobrecarga de tareas, las complejas y largas jornadas de trabajo, los cambios de destino que implican desarraigo, los problemas financieros, los conflictos familiares y los estados de depresión tras el retiro, constituyen en sí mismos fuentes de estrés que deben ser abordadas diariamente por dichas/os funcionarias/os.

Este tipo de situaciones pueden precipitar el desarrollo de cuadros como estrés o estrés postraumático, problemas de ansiedad, depresión, reacciones desadaptativas y generar como respuesta reacciones violentas, problemáticas asociadas al consumo problemático de sustancias u otros comportamientos que afectan áreas vitales e interfieren en el normal desempeño de sus tareas.

Si bien el estudio de la problemática del suicidio en Fuerzas Policiales y de Seguridad en la Argentina está en pleno desarrollo, se puede partir de la idea de que los efectos de las características detalladas de este grupo profesional se potencian sinérgicamente, promoviendo un mayor estado de vulnerabilidad en sus miembros. De esta manera, frente a circunstancias límite o altamente estresantes, los efectivos podrían encontrar dificultades para hacer frente a las demandas extremas de la profesión, pudiendo surgir conductas autolíticas o tentativas de suicidio cuando los recursos personales y emocionales se encuentran agotados u obstaculizados.

La evaluación de la estimación de riesgo suicida forma parte del repertorio de acciones en el abordaje preventivo del suicidio. Esto implica la correcta diferenciación entre factores de riesgo, que aumentan la probabilidad de que este tipo de eventos ocurran, y las circunstancias precipitantes, que son las situaciones que sirven como disparadores de tales conductas. Se ha identificado una serie de circunstancias o situaciones presentes alrededor de los eventos asociados a la problemática del suicidio en las fuerzas policiales y de seguridad, muchas de las cuales se repiten en las fuerzas de diferentes regiones y países. En Argentina, algunas de las más frecuentes observadas fueron problemas maritales o de parejas, violencia intrafamiliar, diagnósticos de enfermedades terminales o degenerativas y situaciones de deudas financieras

contraídas por los/as efectivos policiales y de seguridad. Cabe destacar que, dado que ninguno de estos ítems está directamente relacionado a la labor profesional, queda pendiente analizar si la portación de armas se convierte en un facilitante, o no, para el suicidio en este tipo de profesionales. De esto se desprenderá la posibilidad de conocer la existencia de una especificidad al respecto en este ámbito laboral.

La verticalidad y horizontalidad en el abordaje integral y estratégico del suicidio: una tarea compartida

Desde el año 2016 el Ministerio de Seguridad asumió el compromiso de elaborar un Plan Integral de Abordaje del Suicidio. En esta línea, la Resolución 103/16 del Ministerio de Seguridad se dictó con el propósito de establecer la conformación de un Comité Técnico para el Abordaje Integral de Suicidio, encargado de diseñar e implementar acciones de prevención, asistencia, posvención y vigilancia epidemiológica de la problemática al interior de las Fuerzas Policiales y de Seguridad.

Este Comité, integrado por un equipo interdisciplinario de profesionales especializados/as en salud mental de las cuatro Fuerzas Federales y de la cartera de Seguridad, promueve el trabajo coordinado intersectorial entre el organismo y diferentes áreas de bienestar: estrategia clave para el éxito de cualquier medida adoptada.

Siguiendo las directrices de la Ley Nacional 27.130 de Prevención del Suicidio, el Comité establece como estrategia central la implicancia de diferentes actores dentro de estas instituciones -jefas/es, instructoras/es, docentes, profesionales de la salud y camaradas. Cada actor ocupa lugares clave que podrían constituirse en recursos valiosos para la prevención y el abordaje de la problemática. En este sentido, se diseñan y desarrollan capacitaciones y talleres de sensibilización sobre prevención de suicidio en los diferentes institutos y escuelas de formación, como así también en determinados cuerpos operativos.

En la misma línea se dictó la Resolución 705/19 sobre el Plan de Prevención de Riesgos en la Salud del Personal de las Fuerzas Federales, que tiene entre sus componentes el Programa de Promoción de la Salud Mental y Manejo de Estrés.

El rol de las/os jefas/es en la prevención del suicidio y la promoción del bienestar

Las Fuerzas Policiales y de Seguridad se organizan en un organigrama conformado por dependencias de distinto rango. A medida que el nivel de la dependencia asciende también el grado jerárquico de la persona que está a cargo de ella. El/la jefe/a de la dependencia es quien organiza el trabajo de las personas a su cargo, tiene la potestad de tomar decisiones en materia de recursos humanos, entre otras cuestiones. Estos/as jefes/as son quienes tienen trato cotidiano con los/las policías y funcionarios/as de seguridad, por lo que resulta fundamental trabajar con ellos/as para que puedan no solo generar espacios de trabajo saludables, sino también detectar posibles conductas autolesivas.

Lo mencionado se sustenta en la idea de que para que el funcionamiento de un equipo de trabajo sea adecuado y provechoso se requiere un estado de salud y bienestar en cada integrante del grupo que permita la expresión y el despliegue de sus capacidades para cumplir los objetivos de cada desafío. Entonces, lo que hacen los jefes/as para preservar la salud y el bienestar de un individuo perteneciente a un grupo repercute en el conjunto de sus integrantes y se retroalimenta como símbolo de confianza y protección.

Por este motivo, el rol de las/os jefas/es e instructoras/es resulta de capital importancia en la prevención del suicidio dentro de estas instituciones: la proximidad, el trato asiduo con su grupo, la capacidad para evaluar el tenor de las tareas que asignan y el conocimiento de la/el subalterna/o que facilita la rutina de un trabajo permiten detectar situaciones de vulnerabilidad y/o riesgo y promover abordajes específicos e integrales.

Barreras en la búsqueda de ayuda dentro de la profesión

Si bien las fuerzas policiales y de seguridad cuentan con recursos sanitarios a disposición de las/os agentes policiales y de seguridad, el acceso a ellos estará supeditado a diversas variables.

La sobrecarga de trabajo de los efectores de salud mental que no sólo están abocados a la problemática del suicidio sino a otras tantas tareas.

Las distancias geográficas entre el policía o agente de seguridad y el efector de salud pueden ser grandes, ante lo cual, la atención puede no ser instantánea o no ser personal sino telefónica.

La desconfianza por parte de los agentes de consultar con los efectores de Salud Mental por las consecuencias que ello pueda acarrear en sus vidas laborales. Un informe psicológico o psiquiátrico podría

implicar la quita del armamento y con ello la imposibilidad de percibir dinero en concepto de plus por operatividad o por servicio adicional, puede desencadenar en una licencia que afecte los ascensos o incluso la propia continuidad en la institución. Este tipo de situaciones, generadas en pos de cuidar al personal policial pero que puede desencadenar perjuicios, por sobre todas las cosas, económicos, condicionan la percepción y vínculo de las/os agentes con los servicios de salud dentro de la institución. Las mismas contribuyen a todo tipo de miedos y ansiedades y constituyen verdaderas barreras en la promoción de la salud y prevención de enfermedades.

Las exigencias emocionales y actitudinales en el marco de la cual se enfatiza la fuerza, el autocontrol y el sentido de invulnerabilidad puede disuadir a los efectivos de seguridad de la necesidad de pedir ayuda. Este tipo de representaciones refleja en mucho los valores promovidos en el marco de la profesión.

Estas barreras y obstáculos deben ser analizados y sorteados a partir del diseño e implementación de estrategias y políticas públicas adecuadas para este grupo profesional, con el propósito de prevenir y abordar el problema del suicidio en este tipo de instituciones.

Bibliografía

5.1. Adolescentes

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

Casal, J. García, M., Merino, R., Quesada, M. (2006) "Aportaciones teóricas y metodológicas a las sociología de la juventud desde la perspectiva de la transición". En Revista Papers de Sociología. Universidad Autónoma de Barcelona. N° 79.

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

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

Krauskopf, D. (2000) "Participación social y desarrollo en la adolescencia". 2a. ed. Enero. San José de Costa Rica: Fondo de Población de las Naciones Unidas. Recuperado de <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Participaci%C3%B3n%20Social%20y%20Adolescencia%20Dina%20Krauskopf.PDF>



Krauskopf, D. (2005) "Desafíos en la construcción e implementación de las políticas de juventud en América Latina". En *Revista Nueva Sociedad*. NUSO N° 200. Noviembre - Diciembre. Recuperado de <https://nuso.org/articulo/desafios-en-la-construccion-e-implementacion-de-las-politicas-de-juventud-en-america-latina/>

Ministerio de Educación de la Nación (2014) *Guía federal de orientaciones para la intervención educativa en situaciones complejas relacionadas con la vida escolar 2*. Recuperado de https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/guia_de_orientaciones_situaciones_complejas_2.pdf

Ministerio de Educación de la Nación (2015) *Acerca de la problemática del suicidio de adolescentes y jóvenes. Un enfoque para su abordaje desde el campo de la educación*. Recuperado de <https://www.educ.ar/recursos/127063/acerca-de-la-problematica-del-suicidio-de-adolescentes-y-jovenes-un-enfoque-para-su-abordaje-desde-el-campo-de-la-educacion>

OMS (2001) "Prevención del suicidio. Un instrumento para docentes y demás personal institucional". *Trastornos Mentales y Cerebrales*. Departamento de Salud Mental y Toxicomanías. Ginebra. Recuperado de https://www.who.int/mental_health/media/en/63.pdf?ua=1

UNICEF (2014) *Observaciones Generales del Comité de los Derechos del Niño*. Recuperado de <https://www.unicef.org/ecuador/UNICEF-ObservacionesGeneralesDelComiteDeLosDerechosDelNino-WEB.pdf>

UNICEF (2019) *El suicidio en la adolescencia. Situación en la Argentina*. Buenos Aires: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Recuperado de <https://www.unicef.org/argentina/informes/el-suicidio-en-la-adolescencia>

5.2. Personas mayores

Carbonell Camós, E. (s.f.) "Tiempo y suicidio". En *Gazeta de antropología*. N° 23.007. Montreal: Universidad de Québec.

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

IMSERSO (2011). *Libro Blanco sobre envejecimiento activo*. Madrid, España.

Martínez, M. R., Morgante, M. G., Remorini, C. (2008) "¿Por qué los viejos? Reflexiones desde una etnografía de la vejez". En *Revista Argentina De Sociología*. Año 6 N° 10. ISSN 1667-9261.

OEA (2015), *Convención Interamericana de protección de los derechos humanos de las personas mayores*.

OMS (2002) *Active ageing: a policy framework*. Geneva: World Health Organization.

OMS (2002) Envejecimiento Activo: un marco político. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*; 37(S2):74 - 105. España. Recuperado de: https://ccp.ucr.ac.cr/bvp/pdf/vejez/oms_envejecimiento_activo.pdf

OMS, Milbank Memorial Fund (2000). *Consenso internacional sobre los programas de cuidados de larga duración para las personas mayores*. (Este documento no es una publicación oficial de la Organización Mundial de la Salud, y ésta se reserva todos los derechos. No obstante, el documento puede libremente estudiarse, resumirse, reproducirse y traducirse, en parte o en su totalidad, pero no para su venta ni para ningún fin comercial).

Risoli, A., & Prizze, A. (Mayo de 2010). *Suicidios en la Vejez en Argentina en el período 1997-2007*. En S. Raggi (Presidencia), *Trauma, historia y subjetividad*. Presentación llevada a cabo en el V Congreso Argentino de Salud Mental, Buenos Aires, Argentina.

Salvarezza, L. (1994). "Vejez, medicina y prejuicios". Área 3. Cuadernos de Temas Grupales e Institucionales, (1). Recuperado de: <http://www.area3.org.es/Uploads/a3-1b-vejez-L.Salvarezza.pdf>

Salvarezza, L. (1988). *Psicogeriatría, teoría y clínica*. Buenos Aires: Paidós

Salvarezza, L. (ed.) (1998). *La Vejez. Una mirada gerontológica actual*. Buenos Aires: Paidós

UNFPA (2003) *Salud Sexual y Reproductiva de la Mujer Adulta Mayor; un campo por explorar y evidenciar*. Equipo de Apoyo Técnico para Latinoamérica y el Caribe. Versión Final. Abril.

5.3. Personas en contextos de encierro

BGD (2018) Menores internados a disposición de Juzgados Nacionales de Menores y Tribunales Orales de Menores en Centros de régimen cerrado. Año 2018. Recuperado de <https://www.csjn.gov.ar/bgd/verMultimedia?data=2926>

CPM (2018) *Informe anual 2017. El sistema de la crueldad XI. Sobre lugares de encierro y políticas de seguridad en la provincia de Buenos Aires*. La Plata: Comisión Provincial por la memoria. Recuperado de http://www.comisionporlamemoria.org/archivos/cct/informesanuales/Informe_2017.pdf

CPM (2018) *Informe anual 2018. El sistema de la crueldad XII. Sobre lugares de encierro, políticas de seguridad y niñez en la provincia de Buenos Aires*. La Plata: Comisión Provincial por la Memoria. Recuperado de http://www.comisionporlamemoria.org/archivos/cct/informesanuales/Informe_2018.pdf

CPM (2019) *Informe anual 2019: el sistema de la crueldad XIII. Sobre lugares de encierro, políticas de seguridad, salud mental y niñez en la provincia de Buenos Aires*. La Plata: Comisión Provincial por la



Memoria. Recuperado de http://www.comisionporlamemoria.org/archivos/cct/informesanuales/Informe_2019.pdf

Guemureman, S., Otamendi, A., Zajac, J., Sander, J., Bianchi, E. "Violencias y Violencias estatales: hacia un ejercicio de conceptualización". En *Revista Ensamble*. N° 7. Año 4. Primavera. Recuperado de <http://www.revistaensambles.com.ar/ojs-2.4.1/index.php/ensambles/article/view/87>

PPN (2018) *Informe anual 2017: la situación de los derechos humanos en las cárceles federales de la Argentina*. 1a ed adaptada. Buenos Aires: Procuración Penitenciaria de la Nación. Recuperado de <http://www.pensamientopenal.com.ar/system/files/2018/07/miscelaneas46786.pdf>

PPN (2019) *Informe anual 2018: la situación de los derechos humanos en las cárceles federales de la Argentina*. 1a ed. Buenos Aires: Procuración Penitenciaria de la Nación. Recuperado de <https://ppn.gov.ar/pdf/publicaciones/Informe-anual-2018.pdf>

SENAF-DINAI (2019) *Relevamiento Nacional de Dispositivos Penales Juveniles y su Población, Año 2019*.

SNEEP (2018) "Informe Ejecutivo SNEEP 2018". Sistema Nacional de Estadística sobre Ejecución de la Pena. Dirección Nacional de Política Criminal en materia de Justicia y Legislación Penal. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Recuperado de https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/informe_ejecutivo_sneep_2018.pdf

CAPÍTULO 6: REGISTROS ADMINISTRATIVOS DE SUICIDIO Y SUS DIFICULTADES

Según los códigos de la décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), **la morbilidad y la mortalidad por suicidio se clasifican como lesiones intencionales autoinfligidas dentro de la categoría de causas externas, y los dos eventos característicos son los intentos de suicidio y los suicidios consumados.**

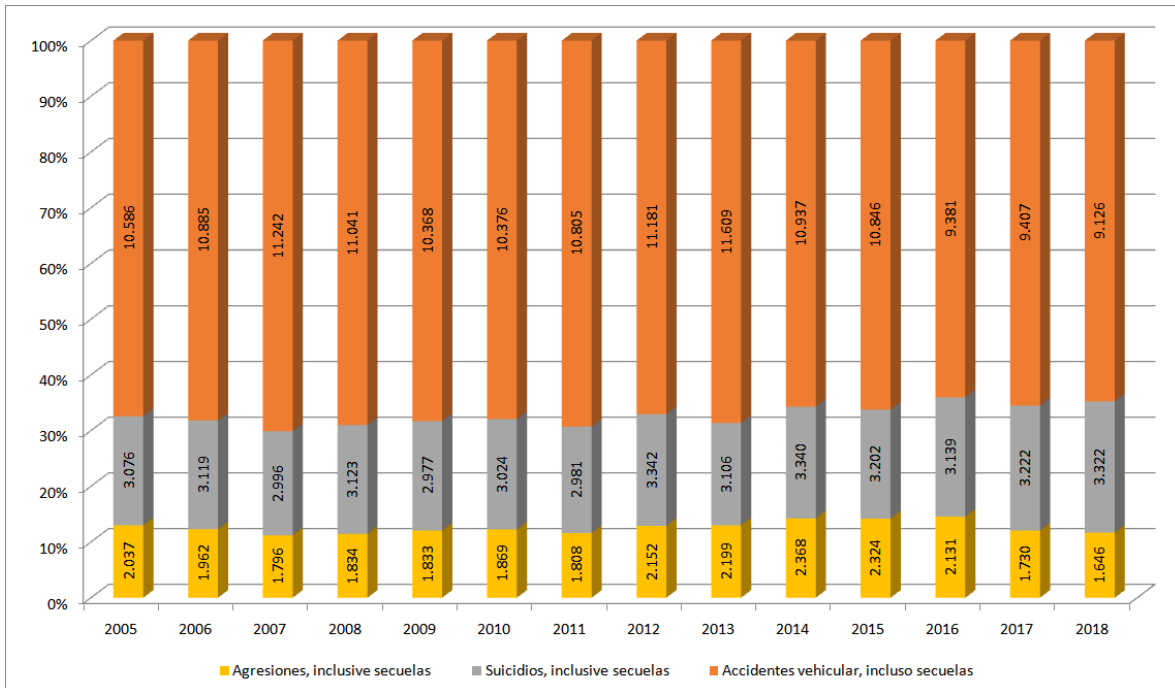
Las causas externas expresan, en gran medida, el impacto de las situaciones de violencia en términos de morbilidad y mortalidad, en tanto son eventos y circunstancias del ambiente identificados como la causa de una lesión y en los que la muerte no es el resultado de una enfermedad, sino que directamente es provocada por una lesión traumática o una intoxicación. Según la Clasificación Internacional de Lesiones de



Causa Externa, se entiende como **lesión** el evento que sucede cuando el cuerpo está expuesto a un nivel inaceptable -demasiado alto o bajo- de energía o sustancias -mecánicas, físicas, eléctricas, térmicas o químicas- que ocasiona morbilidad o mortalidad. Dentro de esta clasificación se incluyen las lesiones no intencionales -antes denominadas “accidentales”-, las lesiones intencionales -suicidios y homicidios- y las de intención no determinada. (Holder, Peden, Krug et al., 2001)

En la Argentina, dentro del grupo de causas externas, la primera causa de morbimortalidad son las lesiones no intencionales -principalmente, resultado de siniestros viales-; la segunda son las lesiones intencionales autoinfligidas -suicidio-; y la tercera, las lesiones intencionales infligidas por terceros/os -homicidios. Sin embargo, **conocer el tipo de causa externa que causó la lesión no siempre es tarea sencilla**: estas muertes no suelen ocurrir en instituciones médicas y cuentan con una instancia judicial. Si las causales de muerte no están clarificadas, será la Justicia -a través de su cuerpo médico forense- la que determine esa causal.

**CAUSAS EXTERNAS. Comparación de las principales causas de muertes.
República Argentina. Serie histórica 2005-2018.**



Fuente: Sistema de Estadísticas de Salud. Dirección de Estadísticas e Información de Salud de Nación.

En este marco, se establecen **dos circuitos de información de lesiones por causas externas**:⁸¹ el de **morbilidad**, ligado a los registros hospitalarios -especialmente el de egresos-, y el de **mortalidad**, ligado al registro del evento “muerte”.

El registro de morbilidad por lesiones intencionales autoinfligidas es complejo. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que por cada muerte autoinfligida se producen entre diez y veinte intentos fallidos de suicidio, que se traducen en lesiones, hospitalizaciones y traumas emocionales y mentales. Sin

embargo, no todos los intentos de suicidio llegan a un efector sanitario ni todos implican una internación, no siempre se tiene un criterio claro sobre cómo determinar si se trata de un intento o no y, además, hay otros

⁸¹ Se entiende por circuito de información al proceso que integra las acciones de detección de un evento de morbilidad / mortalidad por causas externas, su registro y análisis. PNSIA (2017)

procesos implicados -como la ideación suicida, por ejemplo-, por lo que **no se cuenta con buenos registros de morbilidad**.

Para una aproximación se pueden tomar algunos indicadores, como motivo de consulta, historias clínicas de seguimiento o egresos hospitalarios; sin embargo, egresos hospitalarios tiene un claro sesgo y un importante subregistro, dado que las instituciones de salud dependientes de universidades nacionales así como los subsectores de obras sociales y medicina privada no los reportan. Un intento por mejorar el registro de morbilidad es el Programa Sumar, que inscribe las prestaciones de intento de suicidio en adolescentes, su seguimiento y su urgencia; sin embargo, cuenta con poca implementación y facturación por parte de las provincias. También, en nuestro país, contamos con el Sistema de Vigilancia de Lesiones que está conformado por un conjunto de Unidades Centinelas localizadas en diferentes Provincias de la Argentina ubicadas mayormente en guardias de hospitales como también en servicios de emergencia. Cada una de estas unidades provee de manera continua información, con un alto nivel de detalle, de los aspectos más relevantes de las lesiones por causas externas.

En relación con la mortalidad por lesiones intencionales autoinfligidas, los eventos están claramente ligados con los suicidios consumados y los registros administrativos a escala nacional cuentan con dos fuentes de datos oficiales sobre personas fallecidas: el **Sistema Estadístico de Salud (SES)**, que recaba todas las defunciones -incluidas las debidas a lesiones autoinfligidas- y es gestionado por la Dirección de Estadísticas e Información en Salud (DEIS) del Ministerio de Salud de la Nación⁸² y el **Sistema Nacional de Información Criminal (SNIC)**, que se nutre de fuente policial de suicidios consumados y es competencia de la Dirección Nacional de Estadística Criminal (DNEC) del Ministerio de Seguridad de la Nación⁸³.

A continuación, se describen los sistemas oficiales de registros, sus debilidades y sus capacidades instaladas -que implican oportunidades de mejoras- y, por último, se plantean algunas conclusiones preliminares y se proponen estrategias necesarias para contar con información de calidad que permita ajustar los planes y programas de abordaje⁸⁴.

6.1. Sistemas de registros

⁸² La Dirección de Estadísticas e Información en Salud (DEIS) depende de la Dirección Nacional de Sistemas de Información en Salud de la Secretaría de Coberturas y Recursos de Salud, Subsecretaría de Coberturas Públicas Sanitarias del Ministerio de Salud y Desarrollo Social, Ministerio de Salud de la Nación. <http://www.deis.msal.gov.ar/index.php/ses-sistema-estadistico-de-salud/>

⁸³ La Dirección Nacional de Estadística Criminal depende de la Jefatura de Gabinete del Ministerio de Seguridad de la Nación. <https://estadisticascriminales.minseg.gob.ar>

⁸⁴ Es importante destacar que muchos estudios sobre la temática establecen otras fuentes, herramientas de recolección de datos y bases de datos no oficiales como referencia: sistemas de vigilancia de lesiones - unidades centinelas, observatorios de suicidio, encuestas, estadísticas y encuestas complementarias (drogas, socio-económicas, delito, etc.), big data. Se sugiere consultar el origen de los datos antes de su utilización.



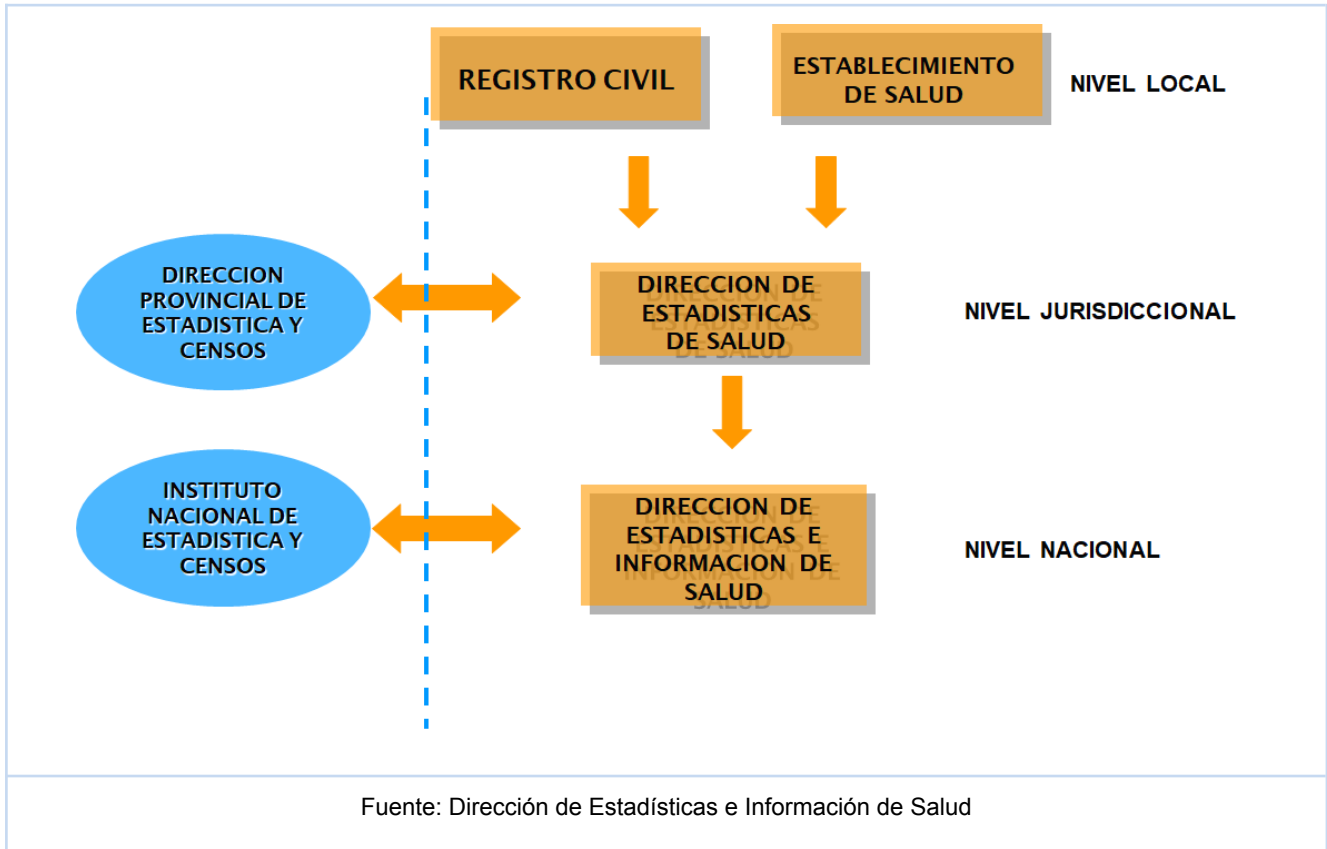
La **Dirección de Estadísticas e Información de Salud (DEIS)** -Ministerio de Salud de la Nación- consolida la información de Estadísticas Vitales de Argentina que producen las 24 jurisdicciones. El soporte de dicha información se denomina **Informe Estadístico de Defunción (IED)**.

La obtención de los datos supone el cumplimiento de las siguientes **etapas**:

- **A nivel local:** los establecimientos y el personal de salud o del sistema judicial certifican los hechos y captan los datos básicos en los instrumentos de recolección de datos normatizados. Los registros civiles y sus delegaciones inscriben y registran legalmente los hechos vitales. A ellos compete, además, la transmisión de los datos al nivel jurisdiccional;
- **A nivel jurisdiccional:**⁸⁵ las unidades de Estadísticas Vitales y de Salud realizan la recepción, el control, la codificación, el ingreso y la elaboración de los datos, suministrando anualmente los archivos al nivel nacional;
- **A nivel nacional:** la Dirección de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) es la encargada de elaborar las estadísticas sobre hechos vitales para el total del país. También interviene en la normatización de todos los procesos que hacen a la producción de información. Asimismo publica y difunde información de interés nacional, teniendo en cuenta recomendaciones internacionales.

ETAPAS DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

⁸⁵ Cada provincia y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.



La información estadística sobre **defunciones por lesiones intencionales autoinfligidas** que publica la DEIS proviene del IED y contabiliza todas aquellas muertes en las cuales la/el médica/o certificante indicó dicha causa, por lo que quedó establecida en algún **código del rango X60-X84 o Y870 de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, Décima Revisión (CIE-10)**.

La CIE-10 constituye un agrupamiento sistemático y ordenado de diagnósticos, categorías o grupos, según diferentes criterios. En el caso de las causas externas, este ordenamiento se presenta a través de la intencionalidad que causó las lesiones. Sin embargo, no es la única propiedad a través de la cual puede describirse a una defunción por causas externas a través de los códigos de la clasificación; por ejemplo, las muertes también se clasifican por lugar de ocurrencia y mecanismo de la lesión. En este sentido, **lo que habitualmente se denomina “defunciones por suicidios” sería el conjunto de muertes por causas externas cuya intencionalidad fue determinada como autoinfligida.**

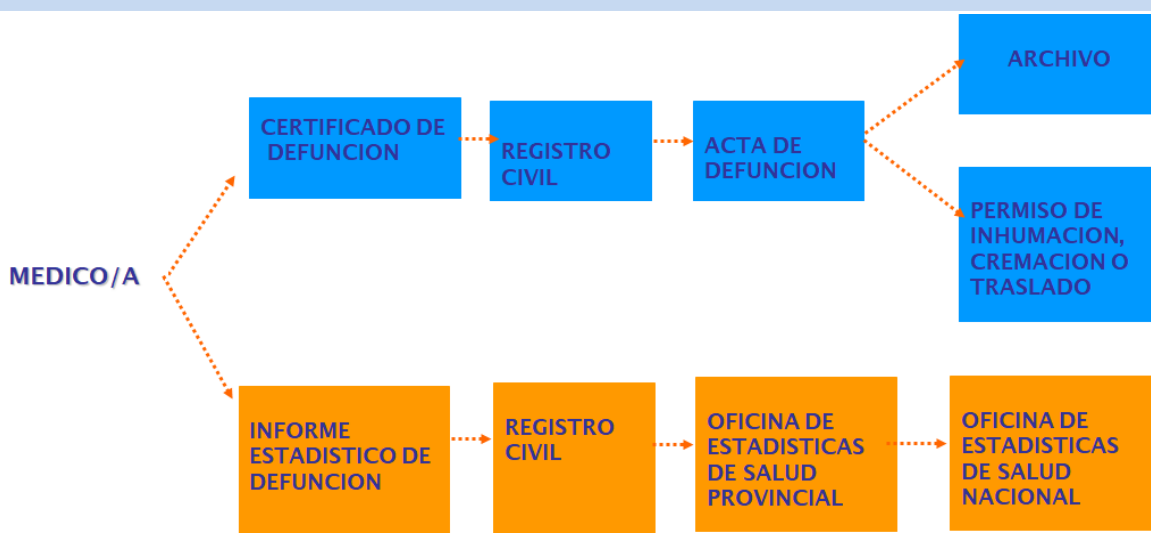
El Sistema Estadístico de Salud registra con una alta amplitud territorial dado que **su fuente de datos es recogida mediante el Informe Estadístico de Defunción en forma conjunta con el Certificado de**

Defunción -en tanto instrumento de valor legal-, a partir de los cuales se elaboran los informes estadísticos

para cada defunción ocurrida en el territorio, independientemente del lugar de fallecimiento (establecimiento de salud público o privado, domicilio particular, vía pública, etc.). En el informe se consigna la causa de defunción según el modelo internacional de Certificación Médica de la Causa de Muerte.

Cabe destacar que un conjunto considerable de defunciones por causas externas presenta **deficiencias en el registro del apartado de “causa de muerte” en el IED** por parte de la/el médica/o, por lo que finalmente se clasifican como **“eventos de intención no determinada”**: categoría residual de la CIE-10 que representa todas aquellas muertes de las que se conoce su origen en una causa externa pero se desconoce la intencionalidad de la misma.⁸⁶

FLUJOGRAMA DE INFORMACIÓN DE LAS DEFUNCIONES



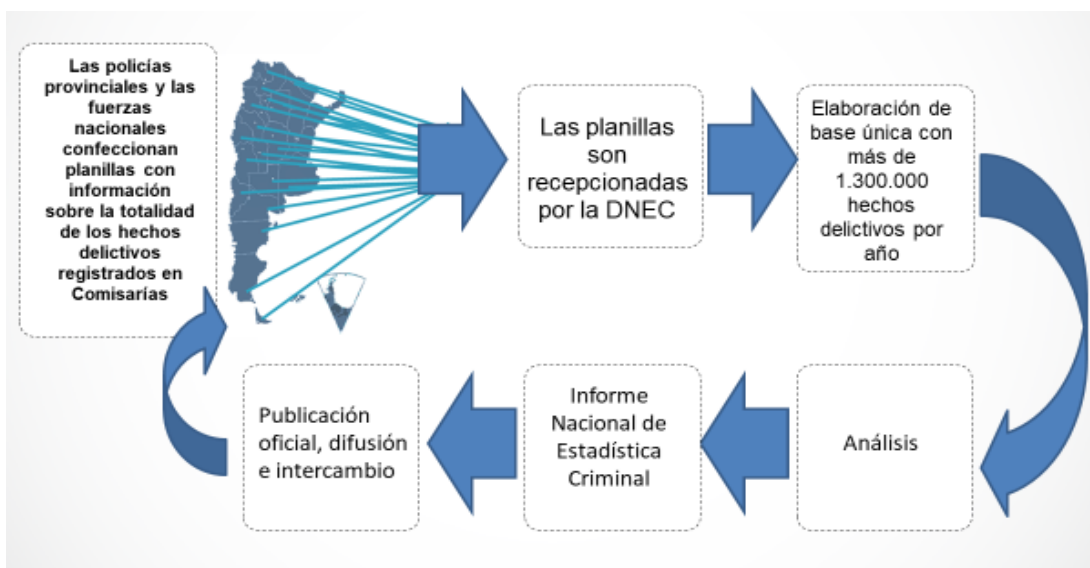
Fuente: Dirección de Estadísticas e Información de Salud

Por su parte, el **Sistema Nacional de Información Criminal (SNIC)** -Dirección Nacional de Estadística Criminal (DNEC), Ministerio de Seguridad de la Nación- tiene como competencia recolectar, registrar y consolidar la información sobre hechos presuntamente delictuosos registrados por las Fuerzas Policiales

⁸⁶ Se considera de utilidad revisar los materiales que publica la DEIS con recomendaciones para el correcto registro de los Informes Estadísticos de Defunción. Ver <http://www.deis.msal.gov.ar/index.php/correcto-llenado-del-certificado-de-defuncion/>

jurisdiccionales, las Fuerzas Federales de Seguridad y otras entidades oficiales de recepción de denuncias en todo el ámbito del territorio de la República Argentina, con el objetivo de realizar el análisis oportuno de la información estadística criminal y publicar los datos oficiales del país.

SISTEMA NACIONAL DE INFORMACIÓN CRIMINAL



Fuente: Dirección Nacional de Estadística Criminal.

El **suicidio** -en tanto conducta que atenta contra la propia vida- **no comporta un delito**; de hecho, es considerado un problema de salud pública antes que una cuestión de carácter penal. Sin embargo, los suicidios constituyen uno de los tipos de muerte por causas externas -“no naturales”- y, por tanto, son parte del campo de interés y preocupación en materia de seguridad al momento de cotejar estos datos con los otros tipos de muertes “no naturales”, como los homicidios dolosos y las muertes en accidentes viales.

Es importante tener presente que **la fuente principal del SNIC son los datos policiales** -como primeros interventores- por lo que, en el caso de muertes violentas, se registran los hechos consumados.

El SNIC se compone de un total de cinco módulos:

- SNIC-Total de hechos delictuosos;

- Sistema de Alerta Temprana (SAT) de Delitos contra la Propiedad;
- SAT-Homicidios Dolosos;
- SAT-Muertes en Accidentes Viales;
- **SAT-Suicidios.**

Los archivos SAT registran cada una de las muertes ocurridas con información detallada sobre una serie de indicadores básicos referidos a las circunstancias del hecho y de la víctima.

Para el caso de suicidios, dicho módulo registra datos de manera desagregada en relación al contexto, personas involucradas y modalidades utilizadas, que posibilitan cierto análisis cualitativo de la información. Las **dimensiones recabadas** hasta el momento son:

- **Variables del hecho:** año, mes, jurisdicción, departamento, sumario, día y hora.
- **Variables de la persona:** edad y sexo de la víctima; edad y sexo de testigo en caso que hubiera.
- **Variables contextuales:** tipo de modalidad, motivo que origina el registro del hecho y lugar.

6.2. Dificultades y debilidades

La causa más importante de **subregistro de información en el SNIC** es que **la fuente de datos es policial**, por lo que sólo registra datos recogidos en su intervención cuando, ante situaciones de suicidio consumado, son llamados por una/un familiar o vecina/o, o son notificados a través de llamados al 911.

Otra dificultad está relacionada con la **imposibilidad, en algunos hechos, de contar con evidencia** que denote que se trata de un suicidio *a prima facie* y, por lo tanto, ingresen al sistema como “muerte dudosa”, escapando así a la contabilización en esta tipología. De esta misma forma pasa con casos caratulados en principio como homicidios y que, en la investigación posterior, se determinan como suicidios.

También puede ocurrir que la persona resulte gravemente lesionada en un intento de suicidio y fallezca con posterioridad: si las **policías no hacen seguimiento** del caso, ese deceso no se registra.

Asimismo, la **calidad** de los datos puede ser mejorada, ya sea a partir de mayor desagregación de datos en nuevas variables y categorías que permitan mejores análisis; o bien, en el reporte de los mismos, bajando la cantidad de hechos registrados en categorías residuales como “otros/sin determinar”.

La principal dificultad identificada en las **estadísticas de salud** sobre suicidio es la calidad de la certificación de la causa de muerte, lo que determina un **nivel elevado de “eventos de intención no determinada”**. Bajo el supuesto de que en dicha categoría se clasifican suicidios que no han sido certificados como tales,

puede sospecharse que tanto la cantidad informada de defunciones como la tasa de mortalidad por lesiones autoinfligidas podrían estar subestimadas.

En virtud de la descripción anterior es importante aclarar que **la información debería ser contrastada con datos producidos con otras fuentes, como estrategia de consolidación de las distintas agencias**. Se describen a continuación algunas capacidades instaladas que contienen estrategias para la mejora.

6.3. Capacidades instaladas

Desde el sector de Seguridad resulta fundamental identificar y analizar las dificultades en la registración de datos de muertes violentas; a nivel internacional, la estadística de salud es una de las fuentes que se utiliza para corroborar y validar la información provista por organismos de seguridad, en cuanto a delitos contra las personas. En particular para el Estudio Global de Homicidios, la Oficina de Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito considera como datos secundarios a los que provienen de la Organización Mundial de la Salud.

Esto permitió, en el caso del SNIC, dejar capacidades instaladas en la gestión de la información criminal.

En este contexto, la entonces Subsecretaría de Estadística Criminal⁸⁷ (SEC, Ministerio de Seguridad de Nación) promovió **acuerdos de colaboración** con la Dirección de Estadísticas e Información de Salud (DEIS, Ministerio de Salud de la Nación) en materia de mortalidad por causas externas -incluidas las muertes por lesiones intencionales autoinfligidas, es decir, suicidios-, con el objetivo de validar la fuente de información del SNIC.

Dichos acuerdos se materializaron a través de la firma, en agosto de 2019, de **dos Convenios Marco de Colaboración Técnica** entre el Ministerio de Seguridad y la Secretaría de Gobierno de Salud de la Nación -actual Ministerio de Salud de la Nación. Ambos convenios tienen como objetivo el **intercambio de información sobre causas de muertes** para llevar a cabo un trabajo de contrastación de datos, validación de información e identificación de los casos de sub-registración. Las categorías de cada sistema que se contrastan específicamente son los registros de defunciones por causas externas de mortalidad de la DEIS y los datos de homicidios y suicidios del SNIC, para lo que se realiza un intercambio de las bases de datos anonimizadas.

Por otro lado, una **mejor y mayor interacción con los actores** responsables de la carga de información de cada jurisdicción, permitió un estrechamiento en las relaciones que redundó en una mejora en el tiempo de envío y recepción de datos, que facilita el análisis pertinente.

Otra de las estrategias para la mejora en la calidad del dato supone el **agregado de nuevas dimensiones, variables y categorías** a fin de mejorar el análisis cualitativo de los hechos consumados. Para ello se está desarrollando en el ámbito del SNIC, un proyecto que contempla: incluir las coordenadas geográficas, con el objetivo de mapear exactamente los lugares; características de la víctima como nacionalidad, situación

⁸⁷ A partir del 10 de diciembre de 2019, la entonces Subsecretaría de Estadística Criminal pasó a ser la Dirección Nacional de Estadística Criminal, en función de la nueva estructura administrativa.

laboral o condición social; y respecto al contexto del hecho, se sumarán categorías para identificar modalidades y tipo de lugar. En el mismo sentido se promueve la mejora en la registración a partir de la disminución en la cantidad de datos “sin determinar” en cada una de las variables.

Estas mejoras optimizarán el control de datos entre SNIC-SAT y la DEIS. Es importante tener en cuenta que la DEIS registra con mayor amplitud territorial (en relación con el SNIC), dado que su fuente de datos son estadísticas recogidas mediante el Informe Estadístico de Defunción en conjunto con el Certificado de Defunción para cada muerte ocurrida en el territorio, independientemente del lugar de fallecimiento. En el informe se consigna la causa de defunción según el modelo internacional de Certificación Médica de la Causa de Muerte.

Asimismo, la documentación de la identificación de los problemas hallados en ambos registros, deja instalada una práctica de control mucho más profunda y sistemática en cada una de las muertes por suicidio.

La DEIS brinda asistencia técnica a profesionales y técnicos que se desempeñan en los diferentes niveles del sistema. A lo largo del año se desarrollan actividades de capacitación presenciales y virtuales sobre llenado del IED, certificación y codificación de causas de muerte. Además, se dispone de material impreso y virtual sobre estas temáticas.

6.4. Aproximaciones para la mejora y nuevos desafíos

Al comparar los datos publicados por ambas instituciones sobre la cantidad de víctimas de suicidios se comprueba que, en ambas fuentes de información -de salud y criminal-, se conserva una trazabilidad similar en la serie histórica, es decir que **las dificultades en los registros administrativos se mantienen a lo largo de los años.**

En función de las dificultades identificadas y a partir del diálogo entre diversos actores y agencias estatales -como la DEIS, la DNEC y Fuerzas Policiales y de Seguridad federales y provinciales-, se observa la **necesidad de contar con registros que permitan obtener información de la historia vital** de las personas involucradas en situaciones de morbimortalidad por lesiones intencionales autoinfligidas. De esta forma, en vez de analizar hitos aislados de la persona, se obtendrían los datos del proceso de morbilidad y mortalidad que permitirían contar con información vital única por cada individuo y asociar las diferentes causales del ingreso al sistema de salud.

El fortalecimiento de los registros administrativos con el aporte de los diferentes actores, además de salud y estadística criminal, permitirá obtener datos empíricos de calidad para la evaluación de los planes nacionales y programas específicos con el objetivo de ajustar las estrategias a desarrollar para el abordaje integral del problema del suicidio.

Bibliografía



Holder, Peden, Krug et al. (2001) Injury Surveillance Guidelines. Published in conjunction with the Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, USA, by the World Health Organization. Recuperado de http://www.who.int/violence_injury_prevention/index.html

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

ANEXOS

ANEXO 1: RECOMENDACIONES PARA LA CONFORMACIÓN DE UNA MESA DE TRABAJO INTERSECTORIAL

A continuación, se presenta una serie de ejes metodológicos con el objetivo de orientar el trabajo en la conformación y el fortalecimiento de una Mesa de Trabajo Intersectorial (MTI).

La puesta en funcionamiento de instancias de articulación intersectorial es una estrategia ampliamente desarrollada -tanto a nivel nacional, provincial, municipal y comunal- para distintas temáticas vinculadas con problemáticas socio-sanitarias. En este sentido, frente a la necesidad de constituir una MTI es aconsejable revisar la existencia de mesas que probablemente ya estén en funcionamiento en el territorio, con el propósito de sumar el tema de interés a dicho espacio y, así, optimizar los recursos.

Objetivos de una MTI

Objetivo general

- Desarrollar un espacio intersectorial y/o interministerial con el fin de trabajar de manera conjunta en un territorio determinado (provincial, municipal o comunal) en la problemática del suicidio en la población en general o con foco en una población determinada (niñez, adolescencia, juventud, adultas/os, adultas/os mayores).

Objetivos específicos

- Promover la sensibilización de la comunidad;
- Apoyar, participar y/o desarrollar acciones y estrategias que se implementen en los ámbitos provinciales y/o locales referidas al abordaje de la problemática;
- Contribuir al armado y la sistematización de los circuitos locales de prevención, detección e intervención para garantizar el abordaje integral;
- Impulsar la formación del recurso socio-sanitario y los distintos actores involucrados en la temática en el abordaje de eventos relacionados con el suicidio en función de la normativa vigente;
- Favorecer un adecuado registro de la información que sirva de insumo para el análisis y la toma de decisiones.

Posibles acciones

- Favorecer el fortalecimiento de las funciones específicas de cada sector para optimizar los recursos disponibles para el abordaje de la problemática en el marco de la corresponsabilidad;
- Promover la articulación con otros actores sociales involucrados en la temática, como organizaciones de la sociedad civil y medios de comunicación, entre otros;
- Aportar a la unificación de criterios y la coordinación de acciones para la consolidación de circuitos locales de intervención (prevención, atención, seguimiento y posvención) e información (detección, registro y análisis epidemiológico);
- Promover la consolidación de redes de asistencia que favorezcan la optimización del sistema de alerta y respuesta y la referencia y contrarreferencia;
- Colaborar en el diseño y la implementación de iniciativas provinciales y/o locales brindando acompañamiento, asesoramiento técnico y recursos;
- Reseñar y sistematizar las acciones realizadas a escala provincial y/o local;
- Identificar, reseñar y sistematizar buenas prácticas provinciales y/o locales en el abordaje de la problemática para promover su replicación;
- Contribuir a la coordinación e implementación de capacitaciones para la transmisión y el intercambio interdisciplinario de conocimientos teórico-prácticos para el abordaje integral de la problemática priorizando y fortaleciendo el recurso local;
- Generar y fortalecer espacios de reflexión tales como foros, jornadas de debate e intercambio, etc., y/o estrategias de comunicación hacia la comunidad en general.

Actores integrantes⁸⁸

Representantes de los siguientes sectores a nivel provincial⁸⁹

- Salud;
- Desarrollo Social;
- Educación;

⁸⁸ La lista de actores no es exhaustiva, sino que debe adecuarse a las realidades locales.

⁸⁹ Teniendo en cuenta la diversidad de organigramas y denominaciones en las diferentes jurisdicciones del país, se recomienda la participación de sectores representativos de las áreas mencionadas.

- Justicia;
- Seguridad;
- Defensoría del Público de Comunicación Audiovisual;
- Organizaciones sociales de la comunidad, organizaciones no gubernamentales, gremios, etc.

A nivel municipal

- Responsables de las distintas áreas municipales (por ejemplo, Secretaría de Salud del Municipio);
- Responsables de organismos estatales (nacionales y provinciales) pertinentes (por ejemplo, Órgano de Revisión Local de la Ley de Salud Mental);
- Organizaciones sociales comunitarias y organizaciones no gubernamentales (por ejemplo, sociedades de fomento, clubes, etc.);
- Responsables directos de servicios públicos en el territorio (escuelas, fuerzas de seguridad, desarrollo social e infancia, centros de salud y hospitales, etc.);
- Representantes de universidades o institutos de investigación
- Representantes de empresas o asociaciones empresariales;
- Representantes de medios de comunicación.
- Otros actores y/o sectores de acuerdo a la especificidad local

Dinámicas de funcionamiento

Este espacio de trabajo supone el reconocimiento de la diversidad de aportes y, en consecuencia, la necesaria delimitación de roles y responsabilidades de cada uno de los participantes en la implementación de acciones.

¿Cómo realizar una convocatoria?

En el momento de planificar una reunión de una MTI, es fundamental realizar una buena convocatoria que posibilite una concurrencia satisfactoria y efectiva para lograr los objetivos. La convocatoria se desarrolla en dos momentos:

- Momento preparatorio: actividad, objetivo, dinámica, lugar, horario, resultados.

- Momento de lanzamiento de la convocatoria: es necesario identificar las características del encuentro y, a la vez, confeccionar una invitación: tener en cuenta los puntos del “Momento preparatorio” para definir claramente cómo va a realizarse la reunión de información y reflexión. Por ejemplo: ¿Quién invita? ¿Cuál es la actividad a la que están invitando? ¿Cuál es el objetivo del encuentro? ¿Cuándo y a qué hora se realizará? ¿Dónde se realizará? ¿Cuánto tiempo durará la actividad? ¿Por qué es importante contar con su presencia?

También es fundamental definir los canales de difusión:

- Personalizados: llamados telefónicos; correo electrónico personalizado; comunicaciones personalizadas a través aplicaciones de mensajería (WhatsApp, otras);
- Masivos: gacetillas de prensa a medios y periodistas gráficos, radiales y televisivos; publicidad en redes sociales y medios gráficos, radiales y televisivos locales; material de difusión en vía pública (gráfica);
- Mixtos: tarjetas de invitación con la agenda de actividades.

¿Cómo llevar a cabo la primera reunión de conformación de una MTI?

En esta primera reunión se da lugar a la firma del Acta de conformación de la Mesa por los distintos sectores que integrarán la misma. Se sugiere para esta reunión:

- Una dinámica de presentación de los presentes;
- Presentación de agenda de reunión con objetivos;
- Socialización de información con actualización en relación al trabajo que viene llevando cada área (identificando, al mismo tiempo, los cuellos de botella u obstáculos en el abordaje de la temática);
- Debate sobre temas a tratar en la próxima reunión;
- Suscripción del Acta de Conformación de la MTI.

Para garantizar la continuidad de las reuniones es necesario tener en cuenta que, al inicio de la siguiente reunión, se comience con la lectura de los temas tratados en la anterior y, a su vez, se realice la rendición de los actores que se comprometieron a llevar a cabo alguna acción.

¿Cómo lograr la sustentabilidad de una MTI?

La sustentabilidad de la Mesa puede verse dificultada por: falta de tiempo y/o de espacio para las reuniones; falta de compromiso; rotación de los representantes de los sectores; cambios de gestión; débil agenda de trabajo; demoras en lograr avances y/o concretar acciones; siempre son las mismas personas en todos los temas; delegación de todas las acciones en las mismas personas o en único sector (Salud, por ejemplo); etc.

Asimismo, la sustentabilidad de la Mesa se ve favorecida por: creación de canales de comunicación activos; pertenencia a un espacio de diálogo y discusión; construcción de un liderazgo compartido; construcción de un espacio de análisis y planificación. En este sentido, se recomienda:

- Organizar y optimizar el trabajo teniendo en claro cuáles son los objetivos propuestos y quiénes son los responsables de la implementación de cada acción;
- Informar los logros alcanzados y analizar los obstáculos y dificultades en la implementación de acciones;
- Priorizar abordajes integrales, interdisciplinarios, intersectoriales, comunitarios y corresponsables, haciendo eje en los sentidos de solidaridad y bien común.

Posible marco de acción

- **Construcción de Recursero y Hoja de Ruta:**

Son instrumentos imprescindibles para orientar a los equipos interdisciplinarios en el proceso decisorio y en el abordaje, de acuerdo a la especificidad y complejidad de cada caso. Es importante comprender que el Recursero de un territorio es parte de un sistema dinámico. Por tal motivo, debe realizarse un monitoreo y actualización de información con cierta periodicidad.

- **Estrategia comunicacional:**

La comunicación es una herramienta clave para coordinar el trabajo de una MTI, en tanto permite definir prioridades y estrategias de acción y alcanzar los objetivos planteados por la mesa. En tal sentido, se recomienda implementar estrategias de:

- Comunicación interna: tiene como prioridad dar cohesión y fortalecer los intercambios al interior de la MTI. Es necesario realizar un seguimiento exhaustivo de las reuniones a través de un instrumento de registro (Actas) que permita la visualización de las estrategias de intervención propuestas y de su evolución a largo plazo;
- Comunicación externa: centra su accionar en las vinculaciones con aquellas instituciones y/o personas que, aunque no formen parte de la MTI, se las considera interlocutoras válidas para lograr los objetivos propuestos.

- **Capacitaciones:**

El diseño y la implementación de capacitaciones y actividades de formación para diversos actores en contacto con la temática a abordar se perfilan como estrategias clave para la visibilización de la problemática y la sensibilización de los equipos y de la comunidad en general.

Puesto que son una instancia de intercambio y transferencia de conocimientos y experiencias, las capacitaciones se constituyen como un espacio fundamental para la unificación de criterios, la coordinación de acciones y el armado de redes

Las/os destinatarios/as convocadas/os y los contenidos a trabajar en dichas instancias varían de acuerdo a la evaluación que se realice en la MTI.

- **Prevención y/o promoción:**

Una vez que la MTI haya adquirido reconocimiento en la comunidad y establecido su dinámica de funcionamiento, podrá realizar campañas de prevención y/o promoción de salud y/o de derechos. Las mismas tendrán diferentes fines: promocionar la existencia de la MTI; sensibilizar a la ciudadanía en relación a la problemática; informar sobre los recursos existentes para su abordaje; etc.

ANEXO 2: ¿CÓMO HABLAR DEL SUICIDIO EN LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN?⁹⁰

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

En este sentido, si bien el suicidio es un tema es de interés periodístico y los medios de comunicación tienen derecho a informar al respecto, es importante tener en cuenta que existe evidencia suficiente para sugerir que **algunas formas de cobertura periodística están asociadas con un aumento estadísticamente significativo de estas conductas.**

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

⁹⁰ Redactado en base a DNSMyA (2018) "Capítulo II. Suicidio: ¿Cómo hablar en los medios?" en DNSMyA (2018) *Comunicación Responsable: Recomendaciones para el tratamiento de temas de salud mental en los medios*. Ministerio de Salud de la Nación. P. 18-26. Recuperado de http://www.msal.gov.ar/images/stories/ryc/graficos/0000000799cnt-2018_recomendaciones-tratamiento-salud-mental-en-los-medios.pdf; y OMS (2000) "Prevención del suicidio. Un instrumento para profesionales de los medios de comunicación". Trastornos Mentales y Cerebrales. Departamento de Salud Mental y Toxicomanías. Ginebra. Recuperado de https://www.who.int/mental_health/media/media_spanish.pdf



En cambio, informar sobre el suicidio en los medios de comunicación puede colaborar en la prevención de la problemática si se realiza de manera apropiada, exacta y potencialmente útil. En este marco, se recomiendan los siguientes **lineamientos básicos para una comunicación responsable**:

SÍ	NO
<p>Presentar sólo datos relevantes.</p> <p>Resaltar las alternativas al suicidio, difundir indicadores/señales de alarma y proporcionar información sobre líneas de ayuda y recursos comunitarios.</p> <p>Tener siempre en cuenta el impacto del tratamiento periodístico sobre las familias y otros sobrevivientes, en términos del sufrimiento y el estigma.</p>	<p>No publicar cartas suicidas, fotografías de la víctima ni de la escena del suicidio.</p> <p>No realizar descripciones detalladas del método utilizado, ni ilustrar con imágenes reales o ficcionadas.</p> <p>No referirse al suicidio como un hecho exitoso, como una solución o respuesta entendible que una persona encuentra ante problemas o cambios sociales.</p> <p>No indicar culpas ni culpables, no dar razones simplistas ni resumir la causa de suicidio a un solo factor: las causas de suicidio son complejas y multidimensionales.</p> <p>No realizar una cobertura repetitiva y continua del hecho.</p> <p>Respecto a la comunicación del suicidio de una celebridad (artística, política, deportiva, etc.), evitar una cobertura sensacionalista y no presentarlo como un caso típico, ya que perpetúa la información errónea sobre el problema.</p>
<p>Interpretar las estadísticas cuidadosa y correctamente.</p> <p>Usar fuentes auténticas y confiables.</p> <p>Trabajar estrechamente con las autoridades de Salud y los organismos de Promoción y Protección de Derechos de Niñas/os y Adolescentes.</p>	<p>Evitar las generalizaciones basadas en cifras pequeñas ya que requieren particular atención.</p> <p>No utilizar expresiones tales como “epidemia de suicidios” y “el lugar con mayor tasa de suicidios en el mundo”.</p> <p>No realizar comentarios espontáneos que, muchas veces, refuerzan los prejuicios y estigmas sobre el tema.⁹¹</p>
<p>En medios gráficos y digitales, publicar la información en las páginas interiores.</p> <p>En medios audiovisuales, utilizar zócalos, gráficos o leyendas con datos informativos.</p>	<p>En medios gráficos y digitales, no publicar la información en la tapa o el home del sitio web.</p> <p>En medios audiovisuales, evitar el uso de recursos sonoros que generen un marco de dramatismo, y no realizar</p>

⁹¹ Ver el “Anexo 3: Desarmando prejuicios: deconstruir para construir” de la presente publicación.

dramatizaciones de un hecho suicida para ilustrar una información.

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

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

Haciendo agenda

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

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

ANEXO 3: DESARMANDO PREJUICIOS: DECONSTRUIR PARA CONSTRUIR⁹²

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

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

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

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

MITO

REALIDAD

⁹² Redactado en base a DNSMyA (2018) "Desarmando prejuicios: Deconstruir para construir". En *Comunicación responsable. Recomendaciones para el tratamiento de temas de salud mental en medios*. Ministerio de Salud de la Nación. Recuperado de http://www.msal.gob.ar/images/stories/ryc/graficos/0000000799cnt-2018_recomendaciones-tratamiento-salud-mental-en-los-medios.pdf; y OPS/OMS (2014) *Prevención del suicidio: un imperativo global*. Recuperado de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/136083/9789275318508_spa.pdf%20?sequence=1



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



	comportamiento futuro, sigue estando en situación de riesgo. Es necesario garantizar un seguimiento centrado en la persona.
No todos los suicidios pueden prevenirse.	Si bien esto tiene un punto de verdad, la mayoría de los casos se pueden prevenir realizando intervenciones adecuadas.
Una vez que una persona es "suicida" lo es para siempre.	La estigmatización es uno de los graves problemas que afectan a las personas que realizaron un intento de suicidio, o que tuvieron alguna ideación, aislándolas aún más y aumentando su vulnerabilidad. Se aconseja no usar etiquetas como "suicida" y pensar la problemática como algo transitorio que está atravesando el sujeto, garantizándole la posibilidad de una mejoría.

ANEXO 4: PAUTAS PARA EVITAR EL USO INAPROPIADO DE DIAGNÓSTICOS, MEDICAMENTOS U OTROS TRATAMIENTOS A PARTIR DE PROBLEMÁTICAS DEL ÁMBITO ESCOLAR⁹³

Dirigidas a agentes del sistema de salud, equipos de orientación, gabinetes psicopedagógicos, docentes y comunidad educativa en general.

1. Problemas en el rendimiento o en el comportamiento escolar no equivalen necesariamente a un diagnóstico.

Los diagnósticos efectuados sobre la base exclusiva de falta de adecuación del niño, niña o adolescente (NNyA) a las demandas, valores o expectativas de la institución escolar o familiar, ya sea respecto del comportamiento o del logro de objetivos pedagógicos, no se adecuan a las normativas vigentes, ni a ningún proceso diagnóstico de carácter científico, constituyendo por lo tanto una práctica improcedente.

2. No se debe reducir la complejidad de un problema a una única perspectiva.

⁹³ Extraído de Ministerio de Educación de la Nación (2015) *Acerca de la problemática del suicidio de adolescentes y jóvenes. Un enfoque para su abordaje desde el campo de la educación*. P. 37-39. Recuperado de <https://www.educ.ar/recursos/127063/acerca-de-la-problematica-del-suicidio-de-adolescentes-y-jovenes-un-enfoque-para-su-abordaje-desde-el-campo-de-la-educacion>

El reduccionismo biologicista, o de cualquier otra índole, de una problemática que se expresa a través de la conducta, conduce a abordajes que son dañinos para la salud integral y el desarrollo del NNyA.

3. Un diagnóstico sintomático puede ocultar problemáticas como abuso, violencia, conflictos, duelos, entre otros.

En muchos casos un diagnóstico sintomático puede estar encubriendo problemáticas complejas (por ejemplo, violencias, abusos, conflictos interpersonales, duelos, etc.). Muchas veces, al hacerse foco solamente en el NNyA, se pierde de vista el hecho necesario de tomar en cuenta unidades de análisis más amplias para analizar cada problemática particular, incluyendo al grupo familiar, la institución educativa, el contexto social, etc.

4. La escuela debe trabajar en red con otros recursos.

La escuela debe servirse de ayuda y apoyo más precisos para acompañar a los NNyA en problemáticas que no hacen al terreno escolar pero se manifiestan en él (abusos, violencias, consumos, problemas familiares, entre otros). Así, es preciso diferenciar dificultades que se generan en lo escolar por su propia condición, de dificultades que se manifiestan allí pero que no son generadas por la escuela.

5. Un diagnóstico puede resultar estigmatizante.

La finalidad de un diagnóstico es favorecer abordajes pertinentes que posibiliten una mejor salud y una mayor inclusión social. Un diagnóstico en NNyA nunca es sinónimo de irreversibilidad e irrecuperabilidad, ni puede ser utilizado como una etiqueta, ya que al favorecer el estigma perjudica la salud y genera exclusión.

6. Es preciso generar espacios de escucha.

Las problemáticas del ámbito escolar suelen ser la manifestación de conflictos que no pueden ser expresados o puestos en palabra por el NNyA, por lo que es prioritario generar espacios de escucha por parte de los adultos referentes, que no sean obturados por preconceptos relacionados con distintos diagnósticos, respetando la intimidad y la confidencialidad. La escucha requiere generar dispositivos individuales y/o grupales adecuados para la emergencia de la palabra. En dichos espacios corresponde al adulto facilitar la expresión del NNyA construyendo con ellos/as aquello que se busca decir y comprender. Esto implica también acompañar y colaborar en enfrentar las consecuencias de lo que de esos espacios surja. Teniendo en cuenta que la posibilidad de escuchar a otro se facilita con la experiencia de ser escuchado, alentamos la promoción de dispositivos que propicien el intercambio entre los docentes sobre su práctica.

7. Evitar nomenclaturas homogeneizantes.

La simplificación en la lectura de situaciones a través de nomenclaturas o clasificaciones simplistas y homogeneizantes, tales como “bullying” y otras categorías, no es correcta. Debería complejizarse realizando diagnósticos situacionales que habiliten prácticas integrales.

8. Los NNyA son sujetos en desarrollo.

Los diagnósticos de salud mental en NNyA son siempre presuntivos y transitorios. Establecer diagnósticos definitivos o promover certificaciones de discapacidad a partir de meras dificultades en el aprendizaje o de relaciones en el ámbito escolar no es adecuado, ya que no existe ninguna base científica para proceder de esa forma, además de desconocer que los NNyA son sujetos en desarrollo.

9. Miramiento por la Interculturalidad.

Aquellas conductas o actitudes que pueden estar dando cuenta de características culturales del NNyA no deben considerarse como síntomas o rasgos patológicos, por cuanto la constitución de la subjetividad y de los distintos modos de aprender y relacionarse con los demás están atravesadas por las identidades culturales de los niños y sus grupos familiares. A la inversa, tampoco debe presuponerse que en todos.

El reduccionismo biologicista, o de cualquier otra índole, de una problemática que se expresa a través de la conducta, conduce a abordajes que son dañinos para la salud integral y el desarrollo, existe ninguna base científica para proceder de esa forma, además de desconocer que los NNyA son sujetos en desarrollo.

ANEXO 5: ANÁLISIS DE SITUACIONES DILEMÁTICAS

Preguntas orientadoras para el análisis de las situaciones dilemáticas

La propuesta de este apartado consiste en ofrecer a los espacios de concertación, preguntas y orientaciones que les permitan construir desde lo local, con sus propios recursos y realidades, las estrategias de intervención en la detección, atención, seguimiento y posvención.

Los casos aquí presentados, han sido reconstruidos a partir de eventos reales recopilados en Argentina (la identidad de los involucrados ha sido resguardada). En los mismos se ha intentado extraer las coordenadas más frecuentes de situaciones dilemáticas de la cotidianeidad.

Para su análisis, proponemos algunas preguntas guía que permiten abrir el debate y orientar la construcción de respuestas y estrategias tendientes a la intervención eficaz y la promoción, protección y restitución de derechos.

Se plantean estas situaciones para que sean analizadas en pequeños grupos, en el marco de espacios de capacitación y con vistas a reforzar el accionar de las mesas intersectoriales para el abordaje comunitario del suicidio. Las encontrará organizadas según se quiera realizar, el momento de la promoción, prevención, la atención, el seguimiento y la posvención. El ejercicio de análisis de situaciones que proponemos a los equipos y las comunidades, tiende a visualizar el interjuego entre los factores predisponentes y desencadenantes, para mostrar la multicausalidad y evitar reducir a un solo responsable la causa del suicidio

Para enriquecer el debate y la reflexión sobre los casos es importante tener en cuenta los siguientes ejes generales:

- ¿Qué actores intervienen en cada caso y cuáles otros -sin estar mencionados- deberían estar presentes? (actores de la comunidad/seguridad, profesionales de la salud, docentes, vecinos, amigos, familiares, etc.)? [ver cap. Corresponsabilidad].
- ¿Qué factores de riesgo/vulnerabilidad y/o qué derechos vulnerados identifican en cada situación?
- ¿Qué acciones consideran que fueron acertadas en cada caso y cuáles no? ¿De qué otras formas hubiesen abordado la situación en los casos resueltos?
- ¿Conocen si existen circuitos, protocolos, guías o materiales de orientación para intervenir en estas situaciones? ¿Están interiorizado/as con sus contenidos? ¿Han podido poner en práctica alguno de ellos?
- ¿Qué acciones preventivas les parece que se podrían implementar en su comunidad a partir de las situaciones y casos propuestos?

Orientaciones propuestas para el abordaje posible en cada situación

A partir de las situaciones planteadas habrá siempre algunos puntos básicos que será indispensable tener presentes a la hora de construir la respuesta:

- Es fundamental reconsiderar cómo se realizó la primera escucha, qué actores intervinieron y en qué escenarios. El análisis de estos escenarios buscará ampliar las coordenadas de la corresponsabilidad de los actores, evitando las respuestas fragmentarias y automáticas.
- Las intervenciones requerirán considerar los diferentes niveles que plantea el modelo ecológico y el modelo de la OMS, como así también las distintas instancias que describen los lineamientos de abordaje de la problemática -descritas en el presente documento- (Prevención-Atención-Seguimiento-Posvención).



SITUACIONES DILEMÁTICAS

Adolescentes

Situación 1:

En una ciudad se logra socorrer a un joven de 16 años que realizó una tentativa de suicidio, al querer arrojarlo de un puente. Interviene la policía y es llevado al centro de salud donde se lo estabiliza y queda internado por 5 días. Se cita a la familia y se lo contiene. Se lo deriva a un tratamiento con un especialista en salud mental. El joven sufría hostigamiento en su escuela e inclusive por su familia por su supuesta orientación sexual. Durante el primer mes asiste a las entrevistas con el psicólogo y al segundo mes deja de asistir. Luego de 4 meses de esto, es encontrado muerto ahorcado en su habitación.

Conceptos: vulnerabilidad, atención en la urgencia, posvención, corresponsabilidad, acoso, seguimiento, riesgo, sistema de salud.

Ver apartados 4.1, 4.2, 4.3, 4.4 y 5.1.

Preguntas orientadoras:

1. ¿Qué intervenciones de seguimiento y posvención pueden realizarse frente a esta situación y en qué ámbitos está indicada?
2. ¿Cuáles son los actores prioritarios que deberían participar en dicha intervención?
3. ¿Con qué actores e instituciones se debería articular en esa situación?
4. ¿Qué otras problemáticas, además del suicidio, plantea la situación?

Situación 2:

En una pequeña localidad del interior del país llegan al hospital varios chicos con autolesiones en los brazos, a veces con dibujos. En otras oportunidades luego de haberse arrojado de una moto en marcha o de altas alturas. Todos con heridas leves. Llama la atención que todos son jóvenes entre 14 y 16 años. Mantienen una postura desinteresada sobre el acto en la entrevista con el psicólogo, están muy pendientes del celular y en breve se quieren retirar. Estos eventos se presentan con cierta regularidad. A los 3 meses es convocado el psicólogo del hospital a la escuela ya que se conoció en la institución que existía un grupo de chat entre los alumnos en el que se presentaban desafíos a los jóvenes con distinto grado de riesgo y los jóvenes lo tenían que fotografiar y enviar para comprobar que cumplían con el desafío. Uno de esos desafíos consistía justamente en ser atendidos en la guardia del hospital.

Conceptos: vulnerabilidad, parasuicidios, corresponsabilidad, salud comunitaria, políticas, riesgo, sistema de salud.

Ver apartados 4.1, 4.2, 4.3, y 5.1.

Preguntas orientadoras:

1. ¿Qué intervenciones de promoción y atención pueden realizarse frente a esta situación y en qué ámbitos está indicada?
2. ¿Cuáles son los actores prioritarios que deberían participar en dicha intervención?
3. ¿Con qué actores e instituciones se debería articular en esa situación?
4. ¿Qué otras problemáticas, además del suicidio, plantea la situación?

Situación 3:

Unas chicas le cuentan a su profesora que leyeron una carta de Lara, su compañera de división, sobre su idea de quitarse la vida. A su vez, Lara les había contado hace tiempo, que fue abusada por un vecino amigo de la familia y que éste la seguía amenazando con decirle a su familia que mantenían una relación si ella lo denunciaba. La profesora informa a la directora de la escuela y esta cita a Lara. La adolescente niega los hechos en la conversación que mantiene con la directora, entonces esta decide llamar a los padres para una cita al día siguiente. Esa misma noche Lara se quita la vida.

Conceptos: adolescencia, abuso sexual, prevención, detección, suicidio, escuela, confidencialidad, derechos.

Ver apartados 4.1, 4.3 y 5.1.

Preguntas orientadoras:

1. De acuerdo a la secuencia descripta ¿qué otros pasos podrían pensarse para obtener información adecuada que permita evaluar la situación?

2. ¿Qué dificultades presentan las intervenciones realizadas? ¿Qué hubiera hecho ud en el lugar de la directora? El ejemplo nos mete de lleno en el problema de la Autoridad institucional y el ejercicio de derechos en la cotidianidad entre adolescentes y adultos.
3. ¿Qué estrategias diseñaría/n y con quién/es las llevaría/n adelante frente a la detección del riesgo?
4. ¿Qué otras cuestiones, decisiones, acciones, deberían tenerse en cuenta para un abordaje integral en el caso descrito?
5. ¿Qué derechos considera que están en juego y cuáles de ellos entran en conflicto?

Situación 4:

Pablo le comenta al profe del Club, que Gabriel -un compañero- no está viniendo y que además está bastante aislado de todos lados y no está participando del whatsapp. Lo vio hace unos días y lo notó distinto, raro, como apagado. Dice que le preguntó si le pasaba algo, pero no dijo nada.

Conceptos: prevención, adolescencia, ámbitos comunitarios, nuevas tecnologías

Ver apartados 4.1, 4.4 y 5.1.

Preguntas orientadoras:

1. ¿Consideran algún riesgo en esta situación? Si es así ¿cuáles?
2. ¿Qué podría hacer el profe por Gabriel en esta situación, no siendo ni psicólogo, ni médico?
3. ¿Qué responsabilidad específica tiene Pablo?
4. ¿Cuál/cuáles serían las acciones a por parte de los diferentes actores intervinientes?

Situación 5:

Agustín, de 14 años, se suicidó durante el receso escolar de verano. Una tía del joven, cuya hija concurre a la escuela, pide algún tipo de acción con los compañeros y docentes, ya que no solo no se trató el tema con la población total de la escuela, sino que además los compañeros se encuentran angustiados y sin saber qué hacer.

El hermano de Agustín, Francisco, dos años mayor, sigue concurriendo a la escuela y presenta a partir de esa situación, conductas conflictivas y de violencia; se encontraba muy enojado y sin palabras para hablar de lo sucedido.

Al indagar un poco sobre la historia reciente de Agustín, surge que tres meses antes, la escuela le había dado el pase a otra, y que dos meses después, esa otra institución ya no lo acepta volviendo el pase a la

escuela original. Como no querían tenerlo en sus aulas, se arbitró un sistema de atención escolar excepcional de una vez a la semana de asistencia.

Los compañeros de Agustín relatan que era un “pibe difícil”. Tenía conflictos en su casa, con sus compañeros de la escuela, del club y el barrio. Creaba situaciones y mentía sobre escenas presentándose como víctima. Además, la trabajadora social de la escuela refiere que después de un episodio de violencia con su mamá, lo suspendieron de las actividades del club.

Conceptos: suicidio, escuela, situaciones de conflicto, ámbito comunitario, posvención

Ver apartados 4.1, 4.3 y 5.1.

Preguntas orientadoras

1. ¿Qué actores deberían intervenir? ¿Cómo les parece que deberían proceder luego de enterarse del suicidio de un adolescente?
2. ¿A qué actores se debería convocar para abordar la situación de suicidio?
3. ¿A quiénes debería prestar especial atención? ¿Cómo determinar el grupo afectado por el evento? ¿Qué prioridades habría que establecer?
4. ¿De qué manera abordaría el tema con los alumnos, los docentes y los padres?
5. ¿Cómo y quiénes harían el seguimiento? ¿Con qué afectados en especial?

Situación 6:

La mamá de una adolescente de 13 años se comunica con la línea telefónica de recepción y derivación de situaciones conflictivas de convivencia escolar y relata que su hija es víctima de acoso por parte de un compañero de la escuela. El maltrato tuvo lugar tanto en el espacio escolar como a través de las redes sociales. Luego de varios meses de constante acoso y falta de contención y acompañamiento por parte de la escuela, según el relato de la mamá, la adolescente intentó una madrugada cortarse las venas con una máquina de afeitarse.

Cuando le informaron al director de la escuela, éste minimizó la situación y centró la responsabilidad en la adolescente. Después de estos sucesos la adolescente no volvió a concurrir a la escuela.

Conceptos: intento de suicidio, acoso escolar, vulnerabilidad, comunidad educativa, corresponsabilidad, cyberbullying, promoción y restitución de derechos.

Ver apartados 4.1, 4.3 y 5.1.

Preguntas orientadoras:

1. ¿Cómo interviene la escuela frente a la situación de acoso que vive la adolescente?
1. ¿Qué papel podría tener la escuela en la intervención? ¿qué actores deberían intervenir a nivel intrainstitucional?
2. ¿Con qué actores se debería articular?
3. ¿Cuáles fueron los derechos vulnerados en esta situación?
4. ¿Cómo podría la escuela trabajar la promoción y restitución de derechos ante esta problemática?
5. ¿Cómo se podría trabajar con la familia

Fuerzas policiales y de seguridad

Situación 7:

Llegan dos policías por aviso del 911 a una avenida poco transitada. Un transeúnte solicitó la emergencia policial debido a la existencia de una situación de violencia en la que un hombre grita y zamarrea a una mujer. Cuando el personal de seguridad se acerca, el hombre la suelta y se aleja unos metros, ella alcanza a correr hacia la vereda de enfrente. Tres de los policías se acercan y cuando están a cinco metros del hombre, éste saca un arma y la apoya en su propia sien. Empieza a llorar y a gritar que se va a matar. Cuando unos de los policías avanza un paso, vuelve a gritar: “¡se acercan y me mato!”.

Conceptos: intento de suicidio, violencia, primeros interventores, situación de urgencia, vía pública

Ver apartados 4.1 y 4.5

Preguntas orientadoras:

1. ¿Cuál es la primera acción a realizar?
2. ¿Qué no se debe hacer?
3. ¿A quién se le puede pedir colaboración en el momento de la intervención de urgencia? ¿Y posteriormente?
4. ¿Qué diferencia hay entre que haya uno, dos o tres agentes policiales? ¿Cómo actuar en cada caso?
5. ¿Qué protocolos de actuación conocen para este tipo de situaciones?

Situación 8:

En una dependencia policial trabajan dos compañeros que se han hecho amigos en el último año. Uno de ellos se divorció hace 6 meses y hace tiempo se encuentra atravesando una crisis personal muy fuerte. Comenzó a beber diariamente y en horarios no habituales para sus costumbres. Su compañero nota que, cuando vuelve de su franco, llega a la dependencia desprolijo, poco aseado, distraído, como si estuviera ausente, le da consejos, lo invita a cenar a su casa. Durante la última semana ha crecido su preocupación ya que le escucha decir repetidamente que “ya nada vale la pena”. Dice que no tiene ganas de vivir, que no le encuentra sentido a su vida. Su amigo decide contarle a su superior para que lo ayude.

Conceptos: señales de alarma, ámbito laboral, responsabilidad institucional, relaciones interpersonales

Ver apartados 4.1, 4.5 y 5.4.

Preguntas orientadoras:

1. ¿Qué protocolos de actuación conocen para estas situaciones dentro de las fuerzas de seguridad o policiales?
2. ¿Cómo piensan que se debería intervenir en estos casos? ¿Cuál es la primera medida que se debe tomar?
3. ¿Por qué creen que el compañero se tomó tanto tiempo para comunicárselo a su superior?
4. ¿Cuáles son las barreras para comunicar este tipo de situaciones a nivel institucional?

Situación 9:

El día lunes se establece un corredor escolar debido al aumento de hurtos en el horario de la salida de la escuela, por lo que hay un policía en la esquina y otra cercana a la puerta del establecimiento educativo. Cuando comienza a salir el alumnado se le acerca a la policía una profesora de música y comienzan a charlar, como es costumbre. La profesora le comenta a la policía que está angustiada porque no sabe a quién recurrir por una situación que ya viene de hace varios meses. Cree que hay una alumna que está deprimida pero piensa que si se acerca a preguntarle es peor porque no tienen vínculo de confianza. Sabe por otras alumnas que se ha cortado varias veces en las piernas hace tiempo. Hoy la vio más retraída que de costumbre y le dice a la mujer policía sí puede intervenir ella.

Conceptos: escuela, fuerzas de seguridad, señales de alarma.

Ver apartados 4.1, 4.3, 4.5 y 5.1.

Preguntas orientadoras:

1. ¿Cuáles son las posibilidades, responsabilidades y limitaciones del accionar de los adultos e instituciones intervinientes?
2. ¿A qué otros actores institucionales se deben convocar?

3. ¿Considera que es una situación de urgencia? ¿Por qué?

Personas adultas privadas de libertad

Situación 10:

A mediados de año, en el anexo femenino de la Unidad XX se suicidó una mujer pronta a recibir la libertad. Según sus compañeras, ella manifestaba estar mal y angustiada pero no recibía la atención psicológica que requería. Una tarde estaban en el pabellón tomando mate y ella se fue para la celda. Para las compañeras eso era natural ya que solía escuchar música en la cucheta. A la hora del recuento (es el momento en que cuentan a las personas privadas de la libertad, no salía de la celda y una de sus compañeras entró a buscarla. La encontró colgada, pero aún con vida. La bajaron con dificultad, llamaron a sanidad que tardó en llegar, y también, según lo manifestado por internas y personal penitenciario, quien estaba a cargo no supo efectuar maniobras de RCP y sólo le frotaba el pecho. Entonces, la encargada le hizo maniobras de reanimación. Luego la trasladaron al hospital, pero falleció en el camino.

Conceptos: contextos de encierro, suicidio, señales de alarma, corresponsabilidad, responsabilidad institucional, atención en la urgencia

Ver apartados 4.1 y 5.3.

Preguntas orientadoras:

1. ¿Qué tipo de intervención se podría haber realizado?
2. ¿Qué instancias de contención creen que pudieron haber fallado en la prevención?
3. ¿Cómo deberían haber actuado los profesionales que se encontraron con el cuerpo de la mujer?
4. ¿Qué herramientas tienen los profesionales de la salud para abordar estas problemáticas?

Personas adultas y mayores

Situación 11:

Roberto concurre al centro de jubilados una vez al mes en búsqueda del bolsón de alimentos que entrega PAMI. Claudia, encargada del Centro, lo nota triste, por lo que se acerca a él y le pregunta cómo van las cosas. Roberto le cuenta que hace un año falleció su esposa, que uno de sus hijos vive en el interior, por lo que no lo ve seguido. También refiere que tiene una hija que vive en la misma cuadra, a dos casas de por medio, pero que después de una discusión han dejado de frecuentarse y ya no ve a sus nietos. Roberto dice que no le encuentra sentido a la vida y que si muriera nadie lo notaría. Claudia se queda pensando en qué puede hacer para ayudarlo.



Conceptos: prevención, alerta temprana, vulnerabilidad, factores de riesgo, duelos, personas mayores, género, masculinidades.

Ver apartados: 2.3, 3.3, 3.4, 4.1, 4.2, 5.2

Preguntas orientadoras:

1. ¿Cómo podría intervenir la encargada? ¿A qué espacios se podría consultar para asesorarse?
2. ¿Qué factores de riesgo y vulnerabilidades se identifican en la situación?
3. ¿Cuáles son las vulnerabilidades específicas que presentan los varones en este grupo etario?
4. ¿Con qué actores se podría articular ante esta situación?

¿Con qué redes de apoyo a personas mayores cuenta la comunidad (formales e informales)?

Situación 12:

Silvio, de 53 años, concurre a una consulta cardiológica en el centro de salud del barrio. Hace rato que siente un dolor en el pecho y su esposa le sacó el turno porque le preocupa. El cardiólogo identifica que el dolor comenzó luego de que Silvio quedara desempleado. A partir de ello ha comenzado una ingesta mayor de alcohol. Entre llanto cuenta que hace unos meses atrás había pensado junto a su esposa en ingerir veneno para ratas ya que no ven que su situación vaya a mejorar y hay días que no tienen para comer. Pensar en su hijo es lo que los hizo desistir, pero siente que no hay un futuro.

Conceptos: prevención, atención, vulnerabilidades, riesgo, alerta temprana, protección de derechos

Ver apartados 2.3, 2.4, 3.3, 3.

Preguntas orientadoras:

1. ¿Cómo podría intervenir el cardiólogo frente a esta situación? como y que debería preguntar?
2. ¿Con qué actores se podría articular ante esta situación?
3. ¿Qué factores de riesgo y vulnerabilidades se identifican en la situación?
4. Identifique los espacios/ dispositivos/ instituciones que podrían abordar esta situación
5. ¿Con qué recursos humanos y con qué formación cuentan los trabajadores del primer nivel de atención para abordar estas situaciones?

Situación 13:

Desde hace unos meses Marcela está preocupada por su vecina y amiga, Carmen de 25 años. Desde que empezó a salir con José no se ven con la misma frecuencia que antes, y la nota irritable y poco paciente con

sus dos hijos de 3 y 6 años, que son de una pareja anterior. También dejó de ir al gimnasio. Hay veces que la cruza por el barrio y la ve absorta en sus pensamientos, como un “zombie”. Marcela le preguntó por unos moretones que le vio en los brazos y Carmen respondió con evasivas. Marcela recuerda que la mamá de Carmen se suicidó cuando ésta era pequeña y que Carmen ha tenido un intento de suicidio hace tiempo.

Conceptos: violencias, corresponsabilidad, informar y denunciar, recursos comunitarios, prevención

Ver apartados 2.3, 2.4, 3.5, 3.4

Preguntas orientadoras:

6. ¿Cómo podría intervenir la vecina frente a esta situación? A qué espacios se podría consultar para asesorarse?
7. ¿Qué factores de riesgo y vulnerabilidades se identifican en la situación?
8. ¿Con qué actores se podría articular ante esta situación?
9. Identifique los espacios/ dispositivos/ instituciones que intervienen en la problemática de violencia de género en su jurisdicción/ comunidad
10. Suponiendo que Marcela se acerca a la mesa que trabaja la problemática de suicidio. La mesa conoce algún protocolo de intervención?

Registro y medios de comunicación

Situación 14:

En un municipio de alrededor de 15.000 habitantes se comienzan a dar una serie de suicidios. Los eventos son relevados por periódicos provinciales y nacionales que afirman que en el último año hubo 27 decesos por suicidio, principalmente entre jóvenes de ambos sexos. El intendente de la localidad reúne a un equipo y pide verificar si este dato es verídico ya que en las noticias no presentan ninguna fuente oficial. También pide que reúnan todos los datos posibles de los suicidios acontecidos en la localidad.

Conceptos: Registro de morbimortalidad, corresponsabilidad, intersectorialidad, visibilización de la problemática, diagnóstico participativo, medios de comunicación.

Ver apartados 3.1, 3.3, 3.4, 4.1, 4.2 6.1, 6.2, 6.3, 6.4, anexo 2.

Preguntas orientadoras:

1. ¿Con qué actores se debería articular para verificar el número de decesos desde una fuente oficial?
2. ¿Cuáles son los problemas que se presentan en los registros epidemiológicos y cuáles pueden llegar a surgir?

3. ¿Cómo se podría armar un diagnóstico participativo comunitario? (problemas y recursos disponibles)
4. ¿Cómo se podría articular con los medios de comunicación en cuanto al trato mediático de esta problemática?

Suicidio adolescente en contexto de encierro

Situación 15:

Un adolescente de 16 años es detenido por la policía y alojado en un Centro de Admisión y Derivación alrededor de las 21 horas. Debe permanecer ahí toda la noche hasta que el juzgado de menores de turno resuelva su situación. Un operador del equipo lo entrevista luego de la cena y antes de que se vaya a dormir. En la entrevista identifica que está, además de asustado, particularmente angustiado.

Cuando termina la entrevista el adolescente se va a acostar y el operador conversa con el equipo de intervención de la institución. Deciden reforzar las recorridas nocturnas por los dormitorios. El mismo operador que entrevistó al adolescente hace el primer recorrido a los 10 minutos de tomada esta decisión. Cuando pasa por el dormitorio lo encuentra intentando ahorcarse con una sábana. Le pide inmediatamente al personal de seguridad de guardia que abra la reja del dormitorio y entre los dos logran sacarle la sábana del cuello. Luego lo sacan de la habitación y lo llevan a la enfermería para que lo revisen. La enfermera de guardia no encuentra signos de riesgo por lo que no se pide la intervención del servicio de emergencia médica.

Luego, mientras otro operador se queda conteniendo al adolescente, conversando y realizando algunas actividades para que se distienda, el resto del equipo, por un lado, contiene al operador que intervino y, por otro, le comunica la situación al director de la institución, al juzgado interviniente y a la familia del adolescente. El joven puede dormirse un poco más tarde y se siguen haciendo recorridos frecuentes por los dormitorios. Al otro día el juzgado dispone que cumpla una medida penal en territorio y el equipo que trabajará con él es informado de este episodio.

Conceptos: contextos de encierro, adolescentes, prevención, posvención, intento de suicidio

Ver apartados 4.1, 4.4, 5.1 y 5.3.

Preguntas orientadoras:

1. En base a los datos consignados en el caso ¿Qué información relevante no fue aportada y en qué instancia debería ser relevada?
2. En referencia a lo que surgió en la entrevista ¿Qué otras alternativas de respuesta se podrían haber dado?
3. En base a la información suministrada ¿qué medidas tomaría en cuenta para que la continuidad de la intervención se realice en base a los criterios especificados en el capítulo de corresponsabilidad?

2. TRABAJO EN TALLER

En este apartado se brindan algunos elementos básicos para desarrollar un taller de planificación orientado al abordaje del suicidio en una comunidad, ya sea a partir de la identificación de un evento en particular o bien con el objetivo de trabajar en la prevención de este tipo de situaciones en una población determinada, convocando a los distintos actores involucrados.

Algunas consideraciones básicas sobre la metodología de trabajo en taller⁹⁴

El taller es una metodología adecuada para abordar intersectorialmente la problemática del suicidio en una comunidad, ya que su propósito principal es reflexionar grupalmente y de manera sistemática sobre los conocimientos, valores, actitudes y prácticas que se tienen sobre determinada problemática, y que se expresan en la vida diaria de los individuos.

El punto de partida de un taller es lo que los y las participantes hacen, saben, viven y sienten; es decir, su realidad, su práctica. Este espacio permite la construcción colectiva de aprendizajes, ya que se estimula la reflexión y búsqueda de alternativas de soluciones de las problemáticas que afectan la calidad de vida individual o colectiva.

Un taller es una experiencia de trabajo:

- **Activa**, porque los integrantes participan aportando sus experiencias y argumentos
- **Creativa**, porque las experiencias, los elementos conceptuales, la reflexión y las discusiones grupales ayudan a generar nuevos puntos de vista y soluciones mejores que las existentes en el momento de iniciación.
- **Colectiva**, porque el intercambio, hablar y escuchar, dar y recibir, argumentar y contra argumentar, defender posiciones y buscar consensos es propio de un taller.
- **Vivencial**, porque la materia prima son las experiencias propias, y los productos son planes de trabajo que influyen en la vida de quienes participan. En un taller no se puede ser neutral o simple espectador.
- **Concreta**, porque el cierre debe orientarse a establecer un compromiso grupal de ejecutar acciones. Un taller debe desembocar en planes de trabajo o por lo menos, en tareas realizables a corto y mediano plazo.

⁹⁴ Adaptado de “Preparación y ejecución de talleres de capacitación, una guía práctica” M. Exposito Verdejo et.al. Proyecto Comunicación y Didáctica, Centro Cultural Poveda, Rep. Dominicana http://www.centropoveda.org/IMG/pdf/Prep_Talleres_Capacitacion.pdf

- **Sistemática**, porque se debe ser preciso y claro al registrar los puntos de vista de los integrantes del grupo, así como los desacuerdos y los compromisos alcanzados. También deben cumplirse las pautas acordadas y respetar los tiempos.
- **Puntual**, porque en un proceso institucional el taller es un momento especial y específico de reflexión, sistematización y planificación. No debe confundirse como un sustituto de estos mismos procesos en el desarrollo diario del trabajo.

Finalmente, es importante tener en cuenta las siguientes preguntas, en base a las cuales se planificará el taller:

1. ¿Para qué? Los objetivos y el contexto en el cual se desarrollará el taller
2. ¿Quiénes? El grupo participante y las personas que coordinen la actividad
3. ¿Qué? Contenidos.
4. ¿Cómo? Métodos y técnicas.
5. ¿Con qué? Medios de apoyo.
6. ¿Cuándo? Fechas y tiempo disponible.
7. ¿Dónde? Lugar.

A continuación, y a modo de ejemplo, se presenta una experiencia de trabajo en taller para abordar la problemática de suicidio en una comunidad:

Experiencia de Trabajo en Taller coordinado por el equipo de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones:

En un relevamiento comunitario e institucional realizado desde un equipo municipal en una ciudad del interior del país, se mantuvieron reuniones con referentes comunitarios: coordinadores del polideportivo, coordinadores del Programa Juventud y Deporte, autoridades escolares municipales y vecinos. En ellas, manifestaron su preocupación por las y los adolescentes, refiriendo situaciones de consumo de sustancias y algunos casos de suicidio.

Como estrategia para implementar un trabajo conjunto con dichos referentes orientado al abordaje de estas problemáticas, la DNSMyA realizó un Encuentro Participativo en el Polideportivo Municipal. Acudieron la

Directora de la Escuela Provincial y del Centro Cultural, el Coordinador del Programa Juventud y Adolescencia, la psicóloga social de la Comisaría de la Mujer, la coordinadora y trabajadores de Desarrollo Social del Municipio y algunos vecinos.

Desde lo metodológico, se planificó una dinámica de taller con diferentes momentos:

Caldeamiento: para generar un clima de confianza y un buen ambiente de trabajo se utilizó una técnica de presentación y animación, a fin de promover la participación al máximo y crear un ambiente fraterno. Como se trataba de gente que se conocía, la propuesta consistió en guiarnos para ir saludándonos con diferentes partes del cuerpo al ritmo de la música.

Primera consigna grupal: se propuso que cada actor, como representante de determinada institución o área de la comunidad, represente mediante un dibujo su función para con los adolescentes y luego la socialice en el espacio del plenario.

Plenario: cada participante mostró su producción gráfica, explicando lo que quiso representar. A partir de este momento se pudo reflexionar y socializar colectivamente las representaciones y funciones reales de los efectores locales.

Segunda consigna grupal: a partir de lo que surgió en el plenario, se propuso a los participantes que discutan de qué forma se podría armar una red para los jóvenes a partir de las funciones mencionadas. Como resultado del debate se concluyó que uno de los factores asociados a las problemáticas de los adolescentes es la dificultad para establecer vínculos entre jóvenes y adultos. En este marco se propuso la organización de un campamento para las y los jóvenes y sus familias. Es así que un tiempo reducido, se pudo identificar un problema y factores relacionados, y planificar una estrategia de intervención (el campamento) considerando en qué lugar se realizaría el evento, qué actividades se iban a desarrollar, qué actores cumplirían cada función, etc. Incluso lograron visualizarse en la actividad a desarrollar.

Cierre del Taller: Se enfatizó la importancia de partir de las necesidades sentidas de la comunidad, planificar intervenciones acordes a la causa del conflicto, visibilizar los recursos comunitarios y poder utilizarlos en consecuencia. Se hizo referencia a las redes comunitarias, en tanto son las que se hallan presentes en los procesos de organización comunal. "Las mismas se caracterizan por ser un entramado complejo de relaciones, conformadas por diversidad de actores, entre los cuales se da un movimiento e intercambio constante de informaciones y mediaciones organizadas y establecidas en pro de un fin común: el desarrollo,

fortalecimiento y alcance de metas específicas, de una comunidad en un contexto particular” (Montero, 2006: 182)⁹⁵.

Hacia el final del encuentro, pudieron establecer una nueva fecha de reunión para continuar implementando el proyecto. Esto evidencia la promoción de la autogestión en la intervención ya que se abrió la posibilidad de continuar con este modo de trabajo, aun cuando el equipo de salud mental se haya retirado. Es decir, al producir y controlar las circunstancias y los cambios en su comunidad, es que dichos cambios ya no son señalados desde fuera por expertos o profesionales, sino que los sujetos se transforman en actores sociales constructores de su propia realidad y del mejoramiento de su calidad de vida. Aquí radica la importancia de promover la autogestión en un abordaje de salud, que la comunidad pueda apropiarse de sus recursos, conocer sus obstáculos, crear herramientas para la solución de los problemas que la afectan.

Las consignas propuestas en esta experiencia nos dan una clave posible de reflexión: en ellas se procura trabajar con “las representaciones y funciones” de los participantes, “y a partir de la singularidad de lo producido”, la elaboración conjunta de una acción posible. Según Oesterheld, “... no hay héroe sino colectivo...”.

Ver apartados 4.1, 4.2, 4.3, 4.4 y 5.5.

3. IDENTIFICACIÓN Y ANÁLISIS DE BUENAS PRÁCTICAS

La identificación y análisis de buenas prácticas puede ser una herramienta de muchas utilidad a la hora de trabajar intersectorialmente sobre el problema del suicidio, ya que permite conocer distintas estrategias de abordaje de esta problemática en una comunidad, aprender de esas experiencias y aprovechar aquellas iniciativas que han dado buenos resultados, a fin de replicarlas en otras situaciones similares.

¿Qué se entiende como buena práctica?⁹⁶

⁹⁵ Políticas Públicas en Salud Mental: enfoques, estrategias y con base territorial (2015), Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación.

⁹⁶ Adaptado de PNSIA (2017) Abordaje de la MMACE. Paquete de herramientas para el circuito de información. Lineamientos para la intervención integral. Sistematización de experiencias. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación. <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001078cnt-guia-causas-externas.pdf>

Una buena práctica es una experiencia o intervención que se guía por principios, objetivos y procedimientos apropiados o pautas aconsejables que se adecuan a una determinada perspectiva normativa o a un parámetro consensuado; y cuya

implementación arroja resultados positivos, siendo eficaz y útil en un contexto concreto. De esta manera, se contribuye al afrontamiento, regulación, mejora o solución de problemas y/o dificultades que se presentan en el trabajo diario de las

personas en los ámbitos clínicos, de la gestión, y satisfacción usuaria, entre otros. (OPS/OMS, 2010)

Estas experiencias pueden servir de modelo para profesionales u organizaciones, en tanto permiten aprovechar los conocimientos y aprendizajes de otros, aplicándolos y adaptándolos a contextos similares, a fin de replicar los logros obtenidos.

Algunos criterios básicos para la identificación y análisis de buenas prácticas:

- relación o integración a la actividad esencial de las instituciones involucradas;
- inclusión de mecanismos efectivos de colaboración o alianzas estratégicas entre distintos sectores;
- abordaje multifactorial;
- respuesta a necesidades específicas y claramente identificadas;
- aplicación de recursos para el desarrollo de capacidades que permitan abordar la problemática;
- basada en evidencias;
- continuidad en el tiempo;
- innovación en su diseño y aplicación;
- sencillez y claridad;
- sistematización y evaluación de procesos y resultados;
- retroalimentación y reorientación de las acciones;
- capacidad de replicación de la experiencia en una situación distinta pero con condiciones similares.

La propuesta para el trabajo grupal consiste en identificar y analizar las estrategias de abordaje que se han desarrollado en sus propios ámbitos de referencia y que pueden reconocerse bajo los criterios de buenas prácticas. A continuación y a modo de ejemplo, se describe una experiencia de intervención local en la que se incluyen algunos de los criterios mencionados anteriormente.

La Salud Mental en el Territorio

A raíz de una interconsulta dirigida al Equipo de Salud Mental nacional por parte del área de asesoramiento, asistencia técnica y gestión de recursos sociales del Tren Sanitario, entrevistamos a una señora mayor muy angustiada -incentivada para la consulta por una de sus hijas, la cual expresó preocupación por su madre- que manifestaba la intención de quitarse la vida, habiendo intentado suicidarse muchos años atrás ante la muerte de una hija. Por tal motivo, se la invitó a hablar sobre lo que le aconteció, respetando sus tiempos y brindándole un trato respetuoso y receptivo. La señora refería disminución del apetito y podía apreciarse cierto descuido personal; asimismo, mencionaba encontrarse sin trabajo, ya que había abandonado su último empleo cuando su jefe intentó abusar de ella

A colación de esto, recordamos lo que circulaba como representación por esa zona: “una alta tasa de suicidio en adolescentes y en adultos mayores”, que sin contar con datos estadísticos que lo avalaran, era lo percibido -y temido- por la comunidad. Nos interrogamos sobre cómo intervenir, siendo que la consulta emerge el día previo a la retirada del Tren.

Considerando los aspectos vinculares y en particular la red de apoyo socio- familiar que pudimos indagar, apuntamos a que la señora logre un acercamiento orientado a la comprensión de su circunstancia actual y el motivo que desencadenó su estado crítico, rescatando los aspectos sanos y tendiendo a promover su posterior autonomía y autovalimiento. De esta forma, se consensuaron estrategias en base a las propuestas que hiciera y a lo que podría brindar el efector local⁹⁷.

Luego, se orientó a la hija sugiriendo pautas e indicaciones para el acompañamiento durante este período hasta tanto pudiera revertirse su situación crítica.

Nos contactamos con el efector local a través de la jefa de Salud Mental del Hospital General, con quien nos habíamos reunido previamente en el marco del relevamiento comunitario local para la articulación de estrategias a seguir.

Nos comunicamos con la consultante para efectuar la derivación al Servicio de Salud Mental del Hospital. Le informamos que “la estarían esperando” para la primera entrevista. Madre e hija se mostraron muy agradecidas con nuestra mínima intervención.

Para realizar el seguimiento posterior de la intervención, a la semana siguiente, desde el nivel central nos contactamos con la jefa del Servicio de Salud mental del Hospital, quien confirmó que la señora había concurrido a la entrevista. Asimismo, nos comunicamos con la señora quien refirió haber recibido una atención muy satisfactoria en el Hospital, sorprendida de “cómo cambió la atención ahí...”, y que iba a concurrir a las sesiones de psicología, mencionando además que tenía como proyecto armar un emprendimiento laboral en su casa con su madre muy mayor.

A fin de realizar una caracterización contextual del caso bajo análisis, se obtuvo información a través de entrevistas realizadas a informantes (ej: autoridades locales). El pueblo en el que residía la consultante era principalmente agrícola y había escasas posibilidades de organizar proyectos personales por fuera de las actividades agrarias, sobre todo para adultos mayores y adolescentes.

⁹⁷ Lineamientos para la Atención de la Urgencia en Salud Mental (2013), Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación.



En este caso, puede decirse que el equipo funcionó como facilitador del acceso a un servicio, por un lado, y del ejercicio de un derecho, por otro. En ese sentido, similar a la tarea que puede realizar un efector de salud del primer nivel, derivando a la paciente a consultorios externos para un tratamiento ambulatorio.

Dicho abordaje requiere el previo conocimiento de la red local. Es importante subrayar que en cada semana de comisión el equipo realiza un diagnóstico situacional-operativo, que toma la forma de un cronograma de actividades. Los insumos de este diagnóstico son las necesidades y recursos identificados en las primeras reuniones con referentes institucionales, el contacto con los efectores de salud y salud mental local, las entrevistas con miembros clave de la comunidad, y también reportes de nuestros compañeros médicos, técnicos, administrativos.

Ver apartados 4.1 y 4.2.



Argentina
Presidencia

Ministerio
de Desarrollo Social

Ministerio
de Educación

Ministerio
de Salud

Ministerio
de Seguridad



Argentina Presidencia