



FUNDACIÓN H. A.
BARCELÓ
FACULTAD DE MEDICINA



TRABAJO INTEGRADOR FINAL

CARRERA: LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

DIRECTOR/A DE LA CARRERA:

Dra. Gala Filippis

NOMBRE Y APELLIDO DEL AUTOR:

Camila Nazarena Manrique

TÍTULO DEL TRABAJO:

Influencia del contexto rural en la conducta suicida de usuarios en la ciudad de Chilecito-La Rioja

SEDE:

La Rioja

DIRECTOR/A DE TIF:

Lic. Viviana Stirnemann

FECHA DE PRESENTACIÓN:

Diciembre 2025

Sede Buenos Aires
Av. Las Heras 1907
Tel./Fax: (011) 4800 0200
☎ (011) 1565193479

Sede La Rioja
Benjamín Matienzo 3177
Tel./Fax: (0380) 4422090 / 4438698
☎ (0380) 154811437

Sede Santo Tomé
Centeno 710
Tel./Fax: (03756) 421622
☎ (03756) 15401364



**LICENCIATURA EN PSICOLOGIA DEL INSTITUTO UNIVERSITARIO DE CIENCIAS DE
LA SALUD
FUNDACIÓN H. A. BARCELÓ**

PAGINA DE APROBACION

EVALUACION DEL TRABAJO FINAL DE INVESTIGACION

Clasificación:.....

**DEFENSA ORAL DEL TRABABO FINAL DE
INVESTIGACION**

Clasificación:.....

TRIBUNAL EXAMINADOR

.....

Sede Buenos Aires
Av. Las Heras 1907
Tel./Fax: (011) 4800 0200
☎ (011) 1565193479
informesba@barcelo.edu.ar

Sede La Rioja
Benjamin Matienzo 3177
Tel./Fax: (0380) 4422090
☎ (0380) 154811437
informeslr@barcelo.edu.ar

Sede Santo Tomé
Centeno 710
Tel./Fax: (03756) 421622
☎ (03756) 15401364
informesst@barcelo.edu.ar

Oficina Posadas
Félix de Azara y Córdoba,
local 12, galería "El Paseo"
Tel.: (0376) 4440521
posadas@barcelo.edu.ar

Agradecimientos

A mi mamá por confiar en mi aun en los momentos en que yo misma no podía,
gracias por ayudarme a cumplir este sueño y sostenerme cuando la vida se pone
cuesta arriba.

A mi padrastro por su amor, apoyo y confianza en mi.

A mis tíos y padrinos por su amor y motivación.

A mi abuela que me acompaña desde el cielo, quien me motivó a estudiar y buscar
lo que me haga feliz, espero que estes orgullosa viejita.

A mis amigos de toda la vida, que estuvieron presentes desde que esto era un
sueño y hoy es realidad, gracias por acompañar con su amor y palabras de aliento,
Mili, Santi, Valen, Mailen, Abril, Mauro, Carmela y Marysol.

A los amigos que me dio la universidad quienes fueron luz en el camino, deseo que
la vida profesional nos siga encontrando, Vale, Santi, Lu, Paula, Concep y Luz.

A mi asesora, Lic. Viviana Stirnemann, quien apoyó este proyecto y estuvo presente
durante todo el proceso, gracias por su paciencia, profesionalismo y conocimientos.

Al equipo de Zona Sanitaria III, por su calidez, interés en la temática y por abrirme
las puertas para realizar mi proyecto.

A cada persona que pasó por mi vida y aportó su granito de arena que me llevó
hasta acá.

Tabla de contenido

Introducción:	3
Contextualización	4
Planteamiento del Problema:	5
Justificación:	5
Objetivo General:	5
Objetivos Específicos:	6
Preguntas de Investigación	6
Antecedentes	6
Marco Teórico:	7
1. Suicidio	7
2. Conductas suicidas	8
2.1. Ideación Suicida	9
2.2. Crisis Suicida	9
2.3. Plan Suicida	9
2.4. Comunicación Relacionada al Suicidio	10
2.5. Intento de Suicidio	10
2.6. Muerte por Suicidio	10
2.7. Conductas Autolesivas sin Intencionalidad Suicida (Casis)	10
3. Factores de riesgo	11
3.1. Factores de riesgo inmodificables	11
3.2. Factores de riesgo modificables	13
4. Factores protectores	14
4.1. Factores protectores individuales	14
4.2. Factores protectores ambientales	15
5. Usuarios	15
6. Salud Mental Comunitaria	16
7. Enfoque territorial y ruralidad	17
7.1. Accesibilidad	17
7.2. Ruralidad	18
8. Datos epidemiológicos	20
Diseño Metodológico	21
Tipo de Investigación	22

Unidad de Análisis	22
Muestra	22
Variables	23
Técnica de Recolección de Datos	24
Consideraciones Éticas.	26
Resultados	26
Entrevistas Estructuradas a Usuarios	26
Entrevistas Semiestructuradas a Profesionales del Servicio de Salud Mental	37
Análisis de Resultados	41
Conclusión	47
Referencias	50
Anexos	52
Entrevistas semiestructuradas a profesionales.	52
Modelo de entrevistas:	52
Entrevista estructurada a usuarios	70
Modelo de entrevista:	70
Autorización publicación TIF	74

Introducción:

El siguiente trabajo se propone indagar sobre los factores que influyen en las conductas suicidas sobre la población rural situada en la ciudad de Chilecito, provincia de La Rioja. Siguiendo las indicaciones del INDEC se define población rural a aquella que cuenta con menos de 2.000 habitantes, basándonos en este criterio se delimitó a la población de Chilecito que pertenece a los distritos de Malligasta, Tilimuqui, Guanchin, Santa Florentina y Miranda como nuestra muestra objetivo para la investigación.

Según datos del Ministerio de Salud de la Nación, la tasa de suicidio en la provincia de La Rioja ha mostrado oscilaciones preocupantes en los últimos años, destacándose en particular las zonas del interior provincial, donde el acceso a servicios especializados es limitado o inexistente. La población rural presenta desafíos específicos para el abordaje integral de la salud mental, marcados por barreras geográficas, escasez de recursos, dificultades en la accesibilidad, y la persistente estigmatización en torno a las problemáticas psíquicas.

Si bien existen antecedentes de investigaciones en torno a la problemática a nivel Nacional, no se han encontrado estudios que se centren en la población rural del departamento de Chilecito, por lo que la presente investigación busca aportar evidencia empírica que contribuya al diseño de estrategias de promoción y prevención de la salud mental adaptadas a las particularidades del contexto rural riojano.

Este trabajo se inscribe en una perspectiva de salud pública con enfoque territorial y en derechos, tal como lo promueve la Ley Nacional de Salud Mental N.º 26.657, que establece que el Estado debe garantizar el acceso equitativo a servicios de salud mental, con una mirada integral, interdisciplinaria, y respetuosa de los derechos humanos. En línea con esta normativa, resulta indispensable visibilizar las

condiciones de vida en zonas rurales y su impacto en la salud mental de sus habitantes.

Contextualización

Con el objetivo de recolectar los datos necesarios para llevar a cabo la investigación, se recurrió al servicio de salud mental de Zona Sanitaria III ubicado en el departamento de Chilecito, La Rioja, Argentina. Zona Sanitaria III abarca los departamentos de Chilecito y Famatina, administra todos los dispositivos de salud pública de los departamentos, que incluye 7 hospitales (Hospital Seccional Nonogasta, Hospital Seccional Dr. Víctor A. Pedernera – Vichigasta, Hospital Distrital José Florencio Ríos – Pituil, Hospital Distrital Campanas, Hospital Seccional Sañogasta, Hospital Dr. Ramon Carrillo y Hospital Eleazar Herrera Motta) y 24 Centros de Atención Primaria de la Salud.

Todos los distritos que forman parte de la investigación cuentan con CAPS conformados por sus agentes sanitarios y ocasionalmente reciben visitas de médicos especialistas, no de psicólogos u otro profesional de salud mental. Tilimuqui cuenta con una población de 300 habitantes aproximadamente y está a 10 km de Chilecito, Santa Florentina tiene 130 habitantes aproximadamente y se encuentra a 6 km de Chilecito, Malligasta tiene 1600 habitantes y está a 9 km, Miranda tiene 170 habitantes y se encuentra a 8 km del hospital seccional de Sañogasta donde concurre un psicólogo y a 34 km de Chilecito, Guanchin tiene 280 habitantes y se encuentra a 20 km de Chilecito.

Planteamiento del Problema:

¿Cómo se manifiesta la conducta suicida en personas que residen en zonas rurales del departamento Chilecito y que particularidades surgen en relación a su contexto sociocultural y territorial?

Justificación:

El interés por la temática surge de la necesidad de comprender las particularidades del acceso de la población rural a los servicios de salud mental y de explorar la posible relación entre vivir en una zona rural y la vulnerabilidad ante conductas suicidas. Entendemos por conducta suicida a toda conducta autodestructiva con al menos alguna intención de terminar con la propia vida.

Se parte de la hipótesis de que el contexto rural puede implicar condiciones de mayor vulnerabilidad psicosocial y barreras de acceso al sistema de salud que pueden profundizar la emergencia de cuadros clínicos asociados a la conducta suicida, tales como el aislamiento, la falta de dispositivos territoriales de contención, la escasez de profesionales especializados y los factores culturales.

Este trabajo por lo tanto propone una aproximación a la problemática del suicidio con foco en el contexto rural desde un enfoque comunitario, entendiendo su complejidad y dejando un antecedente para futuras investigaciones que aborden esta temática.

Objetivo General:

Indagar como se manifiesta la conducta suicida en población rural a partir de las percepciones de profesionales de la salud mental y de usuarios provenientes de zonas rurales que consultan en dispositivos pertenecientes a la Zona Sanitaria III del departamento de Chilecito

Objetivos Específicos:

- Explorar las percepciones de los profesionales de salud mental sobre los motivos de consulta más frecuentes en usuarios rurales.
- Indagar, según los profesionales, la presencia de padecimientos mentales y factores de riesgo para conducta suicida en la población rural que consulta en el servicio.
- Describir las manifestaciones de conducta suicida en población rural según las experiencias relatadas por profesionales y usuarios.
- Reconocer, a partir del relato de los usuarios, las condiciones de acceso y barreras que enfrentan para utilizar los servicios de salud mental

Preguntas de Investigación

- ¿Qué motivos de consulta refieren los profesionales de salud mental como más frecuentes en los usuarios provenientes de zonas rurales?
- ¿Qué padecimientos mentales consideran los profesionales que se presentan con mayor frecuencia en los usuarios rurales que consultan en el servicio?
- ¿Qué manifestaciones de conducta suicida son identificadas por profesionales y usuarios en el contexto rural?
- ¿Qué barreras de acceso y condiciones refieren los usuarios rurales en relación con la atención en salud mental?

Antecedentes

Con respecto a la temática a abordar y teniendo en cuenta las dos variables a considerar (la población rural y la conducta suicida) se encontraron dos investigaciones que resultan de interés:

- **Suicidio en la población rural: Análisis de la dimensión sociocultural en los municipios de Yarumal y La Unión (Antioquia). (2013):** Un estudio realizado por Andrea Lissett Pérez quien analiza en profundidad cómo factores socioculturales, económicos y políticos configuran un entorno de vulnerabilidad para el suicidio en zonas rurales de Colombia, particularmente en los municipios de Yarumal y La Unión. La autora identifica variables estructurales como la violencia, la pobreza y el deterioro del sector agropecuario como elementos clave que inciden en la conducta suicida de los pobladores rurales.
- **Geografías del suicidio en Argentina: un estudio ecológico espacial durante los períodos 1999-2003 y 2008-2012. (2020):** Esta investigación es realizada por Carlos Marcelo Leveau y Marcio Alazraqui y fue publicada por la Revista de Salud Pública de la Universidad Nacional de Colombia. Los hallazgos de este estudio refuerzan la hipótesis de que las áreas rurales presentan un mayor riesgo de suicidio en comparación con las urbanas, los autores se lo atribuyen al fenómeno de la fragmentación social.

Marco Teórico:

1. Suicidio

Diversos autores han abordado esta temática aportando distintos puntos de vista, pero hay un consenso general en percibir al suicidio como un fenómeno que incluye tres componentes: 1) la muerte de la persona; 2) que haya sido autoinfligida y 3) la intencionalidad de quitarse la vida.

La Organización Mundial de la Salud, [OMS], define al suicidio como “el acto deliberado de quitarse la vida iniciado y realizado por la persona en pleno conocimiento o con la expectativa de un resultado fatal”, a su vez es definido como

un fenómeno multifactorial que incluye factores sociales, culturales, biológicos, psicológicos y ambientales presentes a lo largo de la vida.

Es necesario reconocer que el suicidio constituye una de las principales causas de muerte a nivel mundial, con un profundo impacto individual, familiar, comunitario y social. Según datos de la OMS, más de 727.000 personas mueren por suicidio cada año, lo que lo convierte en una tragedia global que afecta a todas las regiones y clases sociales. Esta cifra no incluye a las personas que presentan intento de suicidio o conductas autolesivas, lo cual agrava aún más la dimensión del problema.

Resulta indispensable entender que el suicidio no tiene una causa única, sino que responde a la interacción de múltiples factores sociales, culturales, biológicos, psicológicos y ambientales a lo largo de la vida. Estos factores que configuran la multicausalidad serán abordados en profundidad más adelante en el trabajo, pero resulta de interés destacar que el intento de suicidio previo constituye el predictor individual más importante de la muerte por suicidio, esto sugiere la necesidad de implementar estrategias de seguimiento y atención continua a personas que hayan expresado alguna forma de conducta suicida.

2. Conductas suicidas

El término de conductas suicidas, permite definir al suicidio como un proceso que abarca desde la ideación suicida hasta la muerte por suicidio incluyendo sus diversas manifestaciones.

La definición más acertada para los fines de este trabajo es la aportada por el autor Julio Giner (1972): “dentro de la conducta suicida no sólo hay que atender la consumación del suicidio, sino también esa gran cantidad de matices autoagresivos, que, sin llegar a producir la muerte, muestran un enorme interés psicosociológico”.

2.1. *Ideación Suicida*

La ideación suicida constituye la aparición de pensamientos y sentimientos recurrentes cuyo contenido se relaciona con la intencionalidad de acabar con la propia vida, puede estar acompañada o no por un plan suicida o por fantasías sobre el propio suicidio. Se contempla la muerte como una posible solución a su problemática, pero todavía se aleja del hecho en sí. Puede darse:

Ideación suicida pasiva: “Se refiere al deseo de la persona de que algo o alguien ocasione su propia muerte, no ha pensado ni tiene intención de hacer algo activamente para llegar a ese resultado. La ideación suicida pasiva puede tornarse activa en cualquier momento” (Gagliesi & Rodante, 2024, pp. 65-66)

Ideación suicida activa: “Se refiere al deseo de la persona de ocasionarse la propia muerte, el rol activo es clave, por ejemplo: “quiero quitarme la vida”, “tengo ideas de suicidio”, “estoy pensando en matarme”.” (Gagliesi & Rodante, 2024, p. 65)

2.2. *Crisis Suicida*

En esta etapa se contempla la muerte como posible solución a la situación conflictiva, predominan y se activan los impulsos de muerte. Comienza a idearse el plan suicida y la persona le da respuesta a tres preguntas ¿Cómo? ¿Dónde? Y ¿Cuándo? Cuanto más concretas sean las respuestas a esas preguntas más alto será el riesgo suicida. (Rocamora, 2013)

2.3. *Plan Suicida*

Se habla de plan suicida cuando la persona posee la idea de un plan de acción con intención de quitarse la vida y la posible preparación para concretarlo. Podemos diferenciar entre plan inespecífico cuando la persona ha pensado en el método, pero no ideo cuando lo hará, donde, ni como, y plan específico si la persona ha comenzado a elaborar o ya elaboro los detalles de su suicidio. (Gagliesi & Rodante, 2024)

2.4. Comunicación Relacionada al Suicidio

Los autores Gagliesi y Rodante (2024) la definen como: Cualquier acto de expresar, transmitir, o dar a conocer pensamientos o deseos asociados al suicidio, se trata de una conducta verbal o no verbal exteriorizada que se puede interpretar como comunicación o sugerencia de que la persona podría realizar una conducta suicida en un futuro cercano. Podría ser pasiva (sentarse en una cornisa, mirar al vacío) o activa (dejar una carta, escribir en redes). (p. 74)

La comunicación suicida implica algún grado de ideación suicida y la disposición de transmitir la idea a otra persona, pero se debe indagar la existencia de intención suicida, ya que puede estar presente, ser indeterminada o no existir. (Gómez, 2018)

2.5. Intento de Suicidio

Conducta potencialmente autolesiva con un resultado no mortal y en la que existe evidencia de que la persona intentaba con algún grado de intención provocar la propia muerte. Si hay cierta intención o deseo de morir asociado a la conducta se la considera intento de suicidio. (Gagliesi & Rodante, 2024)

2.6. Muerte por Suicidio

Se produjo la muerte y hay evidencia explícita o implícita de que la lesión fue autoinfligida y hubo intención de terminar con la propia vida

2.7. Conductas Autolesivas sin Intencionalidad Suicida (Casis)

Son conductas de autodaño en la superficie del cuerpo que no tienen como fin terminar con la propia vida, sino que poseen múltiples funciones, la que más frecuentemente se presenta es la de funcionar como mecanismo regulatorio de un estado emocional o cognitivo negativo. En menor medida estas conductas también se

utilizan como una forma de influencia interpersonal, de búsqueda de sensaciones intensas, o de autocastigo, entre otras.

Se ha identificado a las autolesiones como uno de los predictores más importantes del intento de suicidio, debiéndose tener en cuenta que es más relevante la gravedad del daño provocado y los métodos utilizados, que la frecuencia con la que surgen los episodios de CASIS.

Ejemplos de CASIS podrían ser: cortes en distintas partes del cuerpo, morderse, pellizcarse, rasguñarse, golpearse, quemarse, etc.

3. Factores de riesgo

Para lograr una buena clasificación de los factores de riesgo (FR) se tomará lo planteado por los autores García, Giner y Saiz en su libro “Suicidio y psiquiatría. Recomendaciones preventivas y de manejo del comportamiento suicida” (2011), quienes dividen los FR en dos grupos: los factores de riesgo inmodificables y los factores de riesgo modificables. El primer grupo no está relacionado con un factor situacional sino que más bien implica características del propio sujeto o del medio en el que se inserta, estos FR se caracterizan por mantenerse estables en el tiempo y si es que sufren modificaciones estas no tienen que ver con un impacto clínico; Los FR modificables, por otro lado, son aquellos que se relacionan con factores sociales, psicológicos y psicopatológicos que son plausibles de modificarse por medio de intervenciones clínicas o comunitarias.

3.1. Factores de riesgo inmodificables

3.1.1. Heredabilidad.

Refiere al riesgo que se incrementa al tener familiares de primer grado que hayan cometido suicidio o alguna conducta suicida, diversas

investigaciones apuntan a la existencia de factores genéticos que influyen en la vulnerabilidad o predisposición a la conducta suicida

3.1.2. Sexo.

La mayoría de las investigaciones han arrojado como resultado que la tasa de suicidios es mayor en hombres que en mujeres, sin embargo, las mujeres suelen tener una tasa mayor a los hombres en intentos de suicidio

3.1.3. Edad.

La tasa de suicidio aumenta con la edad, los principales grupos de riesgo son los adultos jóvenes y la tercera edad.

3.1.4. Estado Civil.

La viudez y el divorcio incrementan el riesgo de conducta suicida, sobre todo en hombres

3.1.5. Situación laboral y económica.

Se relaciona al desempleo y a las dificultades que conlleva, como los problemas económicos y de pareja, con un incremento en el riesgo de conducta suicida

3.1.6. Apoyo social.

El apoyo social constituye un factor protector para el suicidio, y en contraparte el aislamiento social confiere un mayor riesgo para la conducta suicida, sobre todo para la muerte por suicidio.

3.1.7. Conducta suicida previa.

El antecedente de intento de suicidio en la historia de vida del sujeto incrementa 40 veces el riesgo de muerte por suicidio

3.2. Factores de riesgo modificables

3.2.1. Trastorno mental.

El suicidio mantiene una fuerte relación con los trastornos mentales, mientras más diagnósticos posea un sujeto, mayor será el riesgo de suicidio.

3.2.2. Trastornos afectivos.

Entre los trastornos afectivos que se relacionan con un mayor riesgo de suicidio encontramos el trastorno depresivo mayor, el trastorno bipolar y la distimia.

3.2.3. Abuso de sustancias.

El trastorno por uso de sustancias, especialmente el alcoholismo, se relaciona con frecuencia con el suicidio tanto como factor de riesgo y como precipitante de una conducta suicida. El riesgo aumenta más cuando el uso de sustancias viene acompañado de trastornos afectivos como la depresión

3.2.4. Trastornos de personalidad.

Este FR es muy llamativo ya que los trastornos de personalidad pueden influir en la conducta suicida de diversas formas: predisponiendo al sujeto a trastornos mentales como la depresión o el alcoholismo, llevando a problemas en las relaciones interpersonales o el apoyo

social, precipitando acontecimientos vitales indeseables o perjudicando la capacidad del sujeto de afrontar un trastorno físico o psíquico.

3.2.5. Otros trastornos mentales.

Entre otros trastornos mentales que configuran un factor de riesgo encontramos el trastorno por déficit de atención, los trastornos de la conducta alimenticia y padecer un trastorno adaptativo.

3.2.6. Salud física.

Padecer una enfermedad física incrementa el riesgo de conducta suicida, especialmente cuando viene acompañada de discapacidad o dolor crónico. Dentro de este grupo de enfermedades encontramos el cáncer, VIH, esclerosis múltiple, insuficiencia renal, lupus, etc.

3.2.7. Rasgos de la personalidad.

Dentro de los rasgos de la personalidad, se ha encontrado que la impulsividad y agresividad son las que más se relacionan con la conducta suicida. Otros rasgos de la personalidad que se han asociado a la conducta suicida son la desesperanza, el pensamiento dicotómico, la rigidez cognitiva y el déficit de resolución de problemas.

4. Factores protectores

Para clasificar a los factores protectores de conducta suicida se retomará lo planteado por los autores García, Giner y Saiz (2011) quienes los dividen en dos grupos: Los propios del individuo (individuales) y los propios del entorno (ambientales).

4.1. Factores protectores individuales

En este grupo se puede incluir:

- Las actitudes, valores y normas introyectadas por el sujeto en contra del suicidio.
- Las habilidades sociales, el manejo de la ira y la capacidad de resolución de problemas
- Creencias religiosas que desapruében el suicidio
- Presencia de esperanza y optimismo
- Temor al dolor y a las conductas de riesgo
- Alta autoestima y resiliencia
- Autocontrol de la impulsividad

4.2. Factores protectores ambientales

En este grupo se incluye:

- Existencia de una red social y familiar que se preocupe por los demás
- La participación activa en la comunidad en que el sujeto se inserta
- Accesibilidad a dispositivos de salud
- Restricción de acceso a medios letales
- Percepción de apoyo social

5. Usuarios

El término Usuarios que se contempla es el que brinda la Ley Nacional de Salud Mental 26.657. Su uso refiere a las personas que acceden a los servicios de salud mental reconociéndose como sujetos de derecho con plena capacidad y dignidad.

Hablar de “usuarios” y no “pacientes” refleja el rol activo que ejerce el sujeto en su propio proceso de atención, pudiendo tomar decisiones sobre su tratamiento dentro de sus posibilidades.

6. Salud Mental Comunitaria

Resulta de interés el enfoque de la salud mental comunitaria y particularmente de la psicología comunitaria porque permite ver a los sujetos como agentes activos de cambio de su contexto, busca empoderar a la comunidad y que obtenga el control sobre los procesos que la afectan.

“Lo comunitario incluye el rol activo de la comunidad, su participación. Y no sólo como invitada, o como espectadora aceptada o receptora de beneficios, sino como agente activo con voz, voto y veto”. (Montero, 2004, p.31).

Desde un punto de vista de salud mental comunitaria se percibe a la problemática del suicidio como multicausal y multifactorial, que requerirá intervenciones más allá del nivel individual. Estas intervenciones deben hacer énfasis en las fortalezas y capacidades que la comunidad posee, tomando en cuenta el contexto en el que se ve inserta, en este caso la población de los distritos rurales. En línea con un análisis multicausal de la problemática, resulta relevante nombrar el concepto de los Determinantes Sociales de la Salud definidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020) como “las condiciones en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, así como su acceso al poder, el dinero y los recursos”, estas condiciones, que varían entre los distintos grupos sociales, influyen de manera significativa en el acceso a la salud y generan desigualdades e inequidades. A menor posición socioeconómica de una persona, menor son sus posibilidades de salud, tanto física como mental.

Si hablamos del contexto rural, los determinantes sociales de la salud adquieren características particulares vinculadas a las condiciones habitacionales, las oportunidades laborales y educativas y los recursos con los que cuentan. Estas diferencias estructurales con respecto al contexto urbano, profundizan la inequidad y

demandan un abordaje desde un enfoque comunitario y territorial, tanto desde el sector público como privado, orientados a mejorar las condiciones de salud de la población.

La Ley Nacional de Salud Mental (26.657) promueve un enfoque comunitario desde la concepción de la salud mental: “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.”. En línea con la promoción del enfoque comunitario, el Plan Nacional de Salud Mental y Consumos Problemáticos 2023-2027 (Ministerio de Salud, 2023) promueve un abordaje territorial de la salud mental, entendiéndola como fundamental para la salud integral de las personas. Dentro de las propuestas de aplicación a la Ley de Salud Mental, este plan propone fortalecer la red de servicios de salud, priorizar la accesibilidad, la continuidad de tratamientos y la participación activa de cada miembro de la sociedad. Se reconoce el rol fundamental de un enfoque territorial entendido como la articulación entre los servicios de salud y las diversas realidades de cada contexto, desde una perspectiva que atienda su complejidad y promueva la equidad.

7. Enfoque territorial y ruralidad

7.1. Accesibilidad

La doctora en psicología Sabrina Logiovine ha estudiado la relación de la psicología con la ruralidad exhaustivamente, en el artículo “*Psicología y salud rural: aportes desde la psicología comunitaria para pensar las barreras en el acceso al sistema de salud en una población rural*” presentado en el Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología (2015) planteo la idea de la accesibilidad como un concepto relacional, en el cual tanto los usuarios como los

servicios de salud son los constructores de acceso, en un vínculo que se construye mutuamente.

Existe un consenso en determinar 4 dimensiones del acceso a los servicios de salud:

Económica: Disponibilidad económica de los usuarios para los gastos en salud, donde se incluye a la compra de medicamentos, las consultas o el costo del traslado

Geográfica: Distribución geográfica de los servicios de salud y la distancia y tiempo que le toma a un usuario trasladarse de su domicilio a los centros de salud, se incluye a las características del traslado, como ser el estado de los caminos, disponibilidad de movilidad, uso del transporte público, etc.

Administrativa e institucional: Aquí se incluye las trabas burocráticas que surgen de los servicios de salud, como los horarios de atención y la asignación de turno. Esta dimensión además incluye las características de los recursos humanos y técnicos.

Psicosocial Cultural: Tiene que ver con las prácticas de salud desarrolladas por los integrantes de distintas comunidades y grupos socioculturales, considerando las representaciones sociales en torno a los procesos de salud, enfermedad y atención. Asimismo, contempla los sistemas de creencias, conocimientos y saberes vinculados al cuidado de la salud, tanto desde la experiencia de los usuarios como desde la formación y práctica de los profesionales.

7.2. Ruralidad

Anteriormente se definió a la población rural como aquella que habita en centros poblados con menos de 2.000 habitantes, esta es la definición que utilizan los organismos estadísticos como el INDEC para diferenciar la población rural de la población urbana.

En las últimas décadas en América Latina se han observado varios cambios en las áreas rurales como consecuencia de decisiones políticas y cambios económicos,

estos cambios tienen que ver sobre todo con el trabajo agrario que ha traído beneficios para algunos sectores de explotación agrícola y ganadera, pero a su vez ha perjudicado a otros sectores rurales como la agricultura familiar. Como consecuencia de estos cambios se ha evidenciado un empobrecimiento económico de la población rural, comparada con la población urbana en los últimos años.

Durante la exposición de *“Psicología y Ruralidades: aportes sobre salud, educación, género y desarrollo rural”* La autora Logiovine (2017) plantea lo siguiente:

La Agricultura Familiar mayormente quedó subsumida en una situación de marginalidad y vulnerabilidad social, agudizando las precarias condiciones de vida: alto nivel de informalidad y precariedad en el empleo, creciente desocupación que obliga a la migración hacia los centros urbanos, malas condiciones socio habitacionales, acceso limitado a los servicios básicos de luz y agua potable, amplias barreras de acceso a los servicios básicos de salud, ausencia de centros de educación formal, justicia, entre otros. (p.5)

A raíz de este contexto han emergido nuevas situaciones, nuevos sujetos y nuevas intervenciones posibles en el área rural que deberían ser pensadas teniendo en cuenta la complejidad del escenario

La psicología como ciencia ha tenido un sesgo intrapsíquico y urbanocentrico, donde se ha perdido la mirada de lo rural con sus especificidades geográficas, económicas y culturales. Con el fin de superar estas limitaciones y desarrollar una psicología orientada al área rural, la autora Sabrina Logiovine (2017) propone utilizar un encuadre basado en la psicología comunitaria, con el fin de percibir a los sujetos como participantes necesarios y activos en el cambio social y en la construcción de su realidad

8. Datos epidemiológicos

Durante el año 2023 se registraron 4.197 suicidios en el país, arrojando una tasa de 9,8 suicidios cada 100.000 habitantes mayores a 5 años. Debido al persistente aumento en los casos durante los últimos 3 años, pasó a ser la principal causa de muerte violenta en el país para el año 2023, representando el 38,1% de las mismas. (Ministerio de Seguridad Nacional, 2024)

En cuanto a la provincia de La Rioja, el informe sobre suicidios arrojó como resultado que durante el año 2023 se cometieron 54 suicidios, dando una tasa de 14,4 suicidios por cada 100.000 habitantes.

Siguiendo la información brindada por este informe, el departamento de Chilecito presenta una tasa mayor a 14,5 suicidios por cada 100.000 habitantes, lo cual representa un porcentaje muy elevado por sobre la tasa nacional que se encuentra en 9,8.

En cuanto al sexo de las víctimas por suicidio, el informe de suicidios del Ministerio de Seguridad Nacional arrojó que durante el año 2023 se suicidaron 3.273 personas de sexo masculino, que equivale al 78% del total y 867 personas de sexo femenino que equivale a un 20,7%, el restante 1,4% representa 57 casos en los que no se dispone información del sexo. Estas estadísticas se mantienen a lo largo de los años, dando un total de 78,7% de casos de sexo masculino entre los años 2017-2023 y un 20,6% de casos femeninos en el mismo periodo de tiempo.

Cuando anteriormente se habló de los factores de riesgo inmodificables tomados desde García, Giner y Saiz, los grupos etarios de mayor riesgo fueron adultos jóvenes y la tercera edad, y el riesgo incrementaba con la edad. Los datos estadísticos de Argentina concuerdan con los jóvenes adultos como un grupo de riesgo ya que declaran que las franjas etarias con mayor frecuencia de suicidio son de 20 a 34 años,

sin embargo, la información disiente en cuanto al aumento de riesgo con la edad, ya que la tendencia va disminuyendo a partir de los 35 años.

En el año 2020 los investigadores Leveau y Alazraqui publicaron un estudio sobre la distribución geográfica y el rol de los factores sociodemográficos sobre la mortalidad por suicidio en Argentina durante los periodos de 1999-2003 y 2008-2012. Esta investigación arrojó como resultado que los departamentos con una baja densidad poblacional presentan un mayor riesgo de suicidio. Además de la baja densidad poblacional se hipotetizo sobre otros factores inherentes a la población rural que podrían incidir en el mayor riesgo de suicidio, como ser:

composicionales (características de los individuos, como la estructura demográfica, tipos de empleo, categoría ocupacional), **contextuales** (características propias de las áreas rurales, como la concentración de la tierra, bajo acceso a servicios básicos, sequía e inundaciones) y **colectivos** (valores, normas y tradiciones propias de las áreas rurales, como el uso de armas de fuego). (Leveau & Alazraqui, 2020)

Diseño Metodológico

El enfoque que siguió el trabajo de investigación se trata de un enfoque cualitativo, que permite “reconstruir” la realidad tal y como la observan los participantes de un sistema, es decir sin manipulación ni estimulación.

De esta manera se aproximó al fenómeno de las conductas suicidas en población rural, reconstruyendo la diversidad de realidades que se presentan e intentando detallarlas e interpretarlas en el ambiente natural donde surgen, teniendo en cuenta el contexto e individualidad.

Tipo de Investigación

El tipo de diseño metodológico que se utilizó fue el exploratorio-descriptivo.

El alcance exploratorio se utiliza para examinar un fenómeno del cual se tiene poca información o no se ha abordado antes, en el caso de esta investigación se trabajará sobre las variables de conducta suicida y población rural en un contexto donde no se ha estudiado antes y desde una perspectiva psicológica.

El alcance descriptivo permite describir fenómenos, situaciones, contextos y eventos, detallando cómo se manifiestan, sus propiedades y características. En este caso, se buscará describir cómo influye el contexto rural en la conducta suicida de una población definida y en un contexto particular.

Unidad de Análisis

Se utilizaron dos unidades de análisis para llevar a cabo la investigación:

- Profesionales de la salud mental pertenecientes a Zona Sanitaria III, quienes serán entrevistados para indagar sobre los motivos de consulta más frecuentes, la presencia de trastornos mentales y la manifestación de conducta suicida en usuarios rurales.
- Usuarios de zonas rurales que han concurrido a los servicios de Zona Sanitaria III quienes serán entrevistados con el fin de explorar su percepción acerca de las barreras y condiciones de acceso a los servicios de salud mental y las manifestaciones de conducta suicida.

Muestra

Para llevar a cabo la investigación se utilizó un tipo de muestreo no probabilístico, recurriendo a las muestras intencionales, donde los elementos de la muestra fueron

seleccionados siguiendo ciertos criterios que los convierten en relevantes para la investigación, a saber:

Criterios de Inclusión Para Usuarios:

- Residir en zonas rurales del departamento de Chilecito (Malligasta, Tilimuqui, Guanchin, Santa Florentina y Miranda)

Criterios de Exclusión Para Usuarios:

- Usuarios que residan en zonas consideradas urbanas

La muestra constó de 20 usuarios, 10 de sexo femenino y 10 de sexo masculino, 4 usuarios fueron seleccionados de cada distrito, 2 de cada género. Se siguió la lógica del enfoque cualitativo que no pretende generalizar los resultados sino enriquecer o profundizar en la información. Para seleccionar los elementos de la muestra se contó con previa autorización de los servicios de salud mental de Zona Sanitaria III y asesoramiento de los agentes sanitarios pertenecientes a cada distrito quienes conocen a la comunidad y están en constante contacto.

Criterio de Inclusión Para Profesionales:

- Ser profesional de la salud mental
- Brindar sus servicios en los dispositivos pertenecientes a Zona Sanitaria III

El tamaño de la muestra de profesionales fue de tres psicólogos.

Variables

Operacionalización de las variables

Variable	Dimensiones	Indicadores	Técnica de recolección
Factores de riesgo	Modificables	Presencia de trastornos mentales, trastornos de la	Entrevista a profesionales

		personalidad, trastornos afectivos, abuso de sustancia, salud física, rasgos de la personalidad	
	Inmodificables	Edad, sexo, apoyo social, situación laboral y económica, heredabilidad	Entrevista a usuarios – Entrevista a profesionales
Presencia de conducta suicida	Presencia autopercebida	Ideación, intentos, CASIS, otras manifestaciones	Entrevista a usuarios
	Percepción comunitaria	Comunicación suicida, conocimiento de casos	Entrevista a usuarios
	Percibida por profesionales	Manifestaciones de conducta suicida, activa o pasiva	Entrevista a profesionales
Accesibilidad a los servicios de salud	Acceso efectivo	Asistencia a servicios de salud mental, conocimiento de los servicios	Entrevista a usuarios – Entrevista a profesionales
	Barreras	Económicas, geográficas, administrativas e institucionales, psicosociales y culturales,	Entrevista a usuarios – Entrevista a profesionales
Padecimientos mentales	Diagnósticos	Motivos de consulta, diagnósticos aproximativos	Entrevista a profesionales
	Conflictos autopercebidos	Conflictos emocionales, búsqueda de ayuda	Entrevista a usuarios

Técnica de Recolección de Datos

Con el fin de recolectar datos se utilizaron entrevistas semiestructuradas a profesionales y entrevistas estructuradas dirigidas a los usuarios de zonas rurales.

Los modelos de las entrevistas se encuentran en el anexo del documento, fueron elaborados en base al marco teórico que sustenta la investigación teniendo en cuenta los objetivos de la misma. Las guías fueron revisadas y corregidas antes de llegar a su versión final por la docente asesora y por la profesional referente de la institución donde se realizó la recolección de datos, esto con el fin de garantizar su validez, competencia y coherencia con los objetivos.

Entrevista Semiestructurada

Este método de recolección de datos será reservado para los profesionales de la salud mental, con el fin de comprender su perspectiva acerca de la problemática.

“La entrevista como técnica se basa en las respuestas directas que los actores sociales dan al investigador en una situación de interacción comunicativa”. (Yuni y Urbano, 2006)

La entrevista semiestructurada parte de una guía de temas y preguntas relacionadas con la temática de estudio que permite llevar un hilo y al mismo tiempo posibilita que los participantes se expresen en sus respuestas y emerjan temas de interés que se relacionen con la temática.

Entrevista Estructurada

El siguiente método será utilizado con los usuarios provenientes de zonas rurales con el fin de indagar sobre su percepción en cuanto al acceso a la salud mental, y factores de riesgo y protectores para conducta suicida

“Guía con preguntas preestablecidas, tomando forma de un cuestionario que debe ser planteado por el entrevistador y respondido verbalmente por el entrevistado.” (Yuni y Urbano, 2006)

Consideraciones Éticas.

La presente investigación se regirá por los principios éticos fundamentales de respeto, confidencialidad, consentimiento informado y resguardo de la identidad de los participantes en conformidad con la Ley Nacional de Salud Mental (26.657).

Para llevar a cabo la recolección de datos se solicitó autorización a la dirección de Zona Sanitaria III, para poder acceder a las entrevistas con los usuarios y a las entrevistas con los profesionales del servicio de salud mental. Se garantizó la confidencialidad de los participantes, así como el resguardo de sus datos personales y el tratamiento ético y responsable de cualquier dato que sea brindado por la institución.

Se recurrió al consentimiento informado para los participantes asegurando que comprendan los objetivos de la investigación, su alcance y la naturaleza voluntaria de su participación.

Se garantiza el trato con responsabilidad y sensibilidad de los datos obtenidos de la investigación con fines académicos y científicos, que contribuyan al desarrollo de conocimientos que sean relevantes para el contexto y aporten un antecedente para el estudio de las conductas suicidas en la población rural.

Resultados

Entrevistas Estructuradas a Usuarios

Con el fin de desplegar y ordenar los datos que fueron obtenidos, se diseñó una matriz cualitativa que agrupa las respuestas de las principales preguntas que se realizaron a los 20 usuarios. Se presenta a continuación:

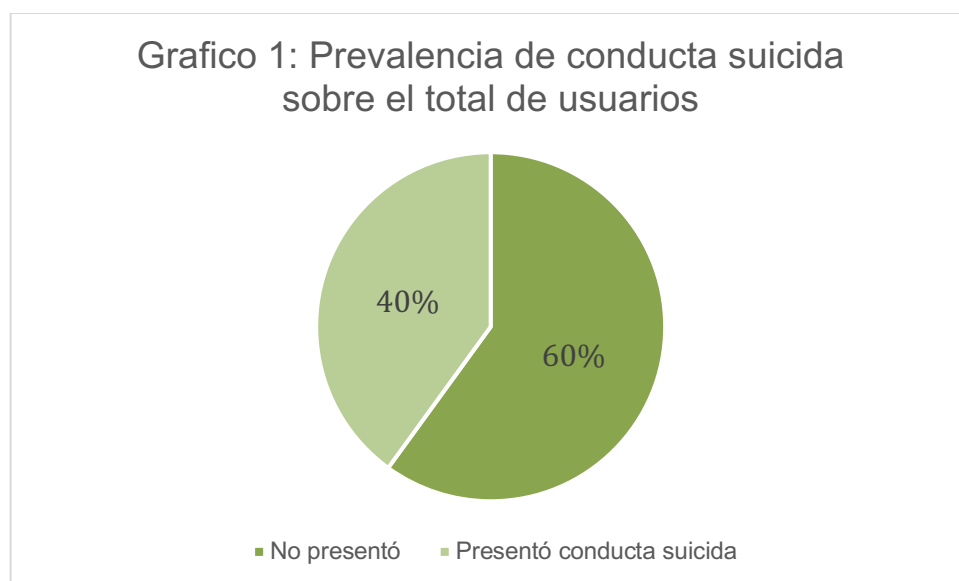
Usuario	Edad	Genero	Distrito	Estado civil	Grupo conviviente	Conocimiento sobre los servicios de salud mental
U #1	24	Varon	Tilimuqui	En pareja	Pareja	Desconoce
U #2	16	Mujer	Tilimuqui	En pareja	Pareja	Desconoce
U #3	49	Mujer	Tilimuqui	En pareja	Hijos y nietos	Desconoce
U #4	27	Varon	Tilimuqui	Soltero	Hermana y madre	Desconoce
U #5	46	Varon	Santa Florentina	En pareja	Hijo	Desconoce
U #6	52	Mujer	Santa Florentina	En pareja	Pareja y sobrinos	Desconoce
U #7	20	Varon	Santa Florentina	Soltero	Padre	Desconoce
U #8	46	Mujer	Santa Florentina	Separada	Hijos	Desconoce
U #9	39	Mujer	Malligasta	Casada	Marido e hijos	Desconoce
U #10	22	Varon	Malligasta	En pareja	Padre y pareja	Desconoce
U #11	31	Mujer	Malligasta	Soltero	Padres	Conoce. Hospital de Chilecito, Zona Sanitaria y particular
U #12	60	Varon	Malligasta	Soltero	Solo	Desconoce
U #13	36	Mujer	Miranda	Soltera	Madre y hermana	Conoce. Hospital de Sañogasta
U #14	50	Varon	Miranda	Casado	Esposa	Desconoce
U #15	42	Varon	Miranda	Soltero	Hijo	Conoce. Particular
U #16	37	Mujer	Miranda	Soltera	Madre, hijos y sobrinos	Conoce. Hospital de Sañogasta y particular
U #17	35	Mujer	Guanchin	En pareja	Pareja e hijos	Conoce. Hospital de Chilecito, Zona Sanitaria
U #18	46	Mujer	Guanchin	Soltera	Hijos	Desconoce
U #19	60	Varon	Guanchin	Casado	Esposa e hijos	Desconoce
U #20	17	Varon	Guanchin	En pareja	Padres	Desconoce

Usuario	Asistencia a servicios de salud mental	Medios de movilidad	Consideracion sobre accesibilidad (¿Qué dificultad aparece?)	Conflictos emocionales (presento/no presentó) si presentó (¿buscó ayuda?)
U #1	Nunca asistió	Propios, auto y moto	Facil	Presentó, no busco ayuda
U #2	Nunca asistió	No cuenta, familiares o transporte publico	Facil	Presentó, no busco ayuda
U #3	Nunca asistió	No cuenta, transporte publico o ambulancia	Difícil	Presentó, buscó ayuda en el CAPS
U #4	Asistió, psicología privado	No cuenta, transporte publico	Difícil, distancia	Presentó, buscó tratamiento psicologico
U #5	Asistió, psicología privado	Propios, auto y moto	Facil	Presentó, buscó tratamiento psicologico
U #6	Nunca asistió	No cuenta, transporte publico	Difícil, falta de profesionales en el distrito y medios de transporte	No presentó
U #7	Asistió, varios tratamientos en centro de adicciones	Propios, moto	Difícil, falta de profesionales en el distrito y situacion economica	Presentó, buscó ayuda en Zona Sanitaria III
U #8	Nunca asistió	Propios, moto	Difícil, medios de transporte	No presentó
U #9	Nunca asistió	No cuenta, camina al CAPS	Difícil, falta de servicios	No presentó
U #10	Nunca asistió	Propios, moto	Facil	Presentó, buscó ayuda con amigos
U #11	Asistió, psicología privado	Propios, auto	Difícil, falta de profesionales en el distrito	Presentó, buscó tratamiento psicologico y en familiares
U #12	Nunca asistió	No cuenta, familiares o ambulancia	Facil	Presentó, no busco ayuda
U #13	Nunca asistió	No cuenta, camina al CAPS	Difícil, falta de servicios y medios de transporte	Presentó, buscó ayuda con amigos y familiares
U #14	Nunca asistió	Propios, auto y moto	Facil	Presentó, no busco ayuda
U #15	Nunca asistió	Propios, auto	Difícil, falta de servicios y distancia	Presentó, buscó ayuda con amigos
U #16	Asistio, psicología hospital Sañogasta	Propios, moto	Difícil, falta de servicios y profesionales en el distrito	Presentó, buscó tratamiento psicologico
U #17	Asistió, psicología	No cuenta, transporte publico o ambulancia	Facil	No presentó
U #18	Nunca asistió	No cuenta, transporte publico o ambulancia	Difícil, distancia	No presentó
U #19	Nunca asistió	No cuenta, transporte publico o ambulancia	Facil	No presentó
U #20	Asistio, psicopedagogia	Propios, moto	Facil	Presentó, buscó ayuda con amigos y familiares

Usuario	Presencia de conducta suicida (presento/no presente) si presentó (¿buscó ayuda)	Percepcion comunitaria sobre suicidio	Redes de apoyo
U #1	No presentó	Conoce personas que expresaron comunicación suicida	Percepcion positiva
U #2	Presento, ideacion o CASIS. No lo habló con nadie	No conoce	Percepcion positiva
U #3	Presento, ideacion. No lo habló con nadie	No conoce	Percepcion neutral
U #4	Presento, intento de suicidio. Lo habló con un profesional	Conoce personas que cometieron suicidio	Percepcion neutral
U #5	No presentó	No conoce	Percepcion positiva
U #6	Presento, ideacion. No lo habló con nadie	No conoce	Percepcion positiva
U #7	No presentó	No conoce	Percepcion positiva
U #8	No presentó	No conoce	Percepcion neutral
U #9	Presento, ideacion. No lo habló con nadie	No conoce	Sin datos
U #10	No presentó	Conoce personas que expresaron comunicación suicida	Percepcion positiva
U #11	No presentó	Conoce personas que cometieron suicidio	Percepcion positiva
U #12	No presentó	Conoce personas que cometieron suicidio	Percepcion positiva
U #13	No presentó	Conoce personas que cometieron suicidio y que expresaron comunicación suicida	Percepcion positiva
U #14	No presentó	Conoce personas que cometieron suicidio	Percepcion positiva
U #15	Presento, ideacion. No lo habló con nadie	Conoce personas que cometieron suicidio y que expresaron comunicación suicida	Percepcion positiva
U #16	Presento, ideación. Lo hablo con un amigo	Conoce personas que cometieron suicidio y que expresaron comunicación suicida	Percepcion positiva
U #17	No presentó	Conoce personas que expresaron comunicación suicida	Percepcion positiva
U #18	No presentó	No conoce	Percepcion positiva
U #19	No presentó	No conoce	Percepcion positiva
U #20	Presento, ideación. Lo hablo con un amigo	No conoce	Percepcion positiva

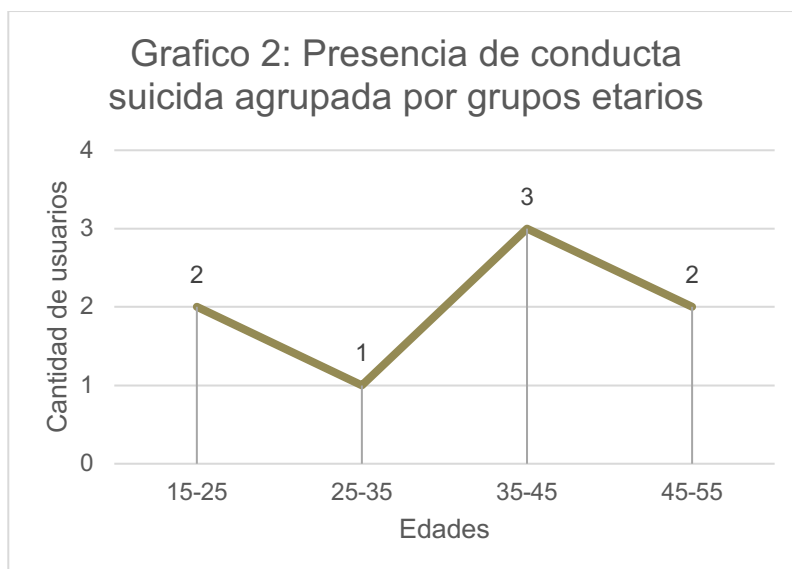
Los siguientes graficos de elaboracion propia, buscan mostrar las tendencias de las respuestas para posteriormente realizar un analisis acerca de los resultados obtenidos en la investigacion que permita responder a los objetivos planteados. Tratandose de una investigacion de tipo cualitativa, estos resultados no son generalizables, sino que muestran una tendencia que se da sobre una muestra especifica de 20 usuarios de 5 distritos diferentes de la ciudad de Chilecito.

Gráfico 1: Prevalencia de conducta suicida sobre el total de usuarios



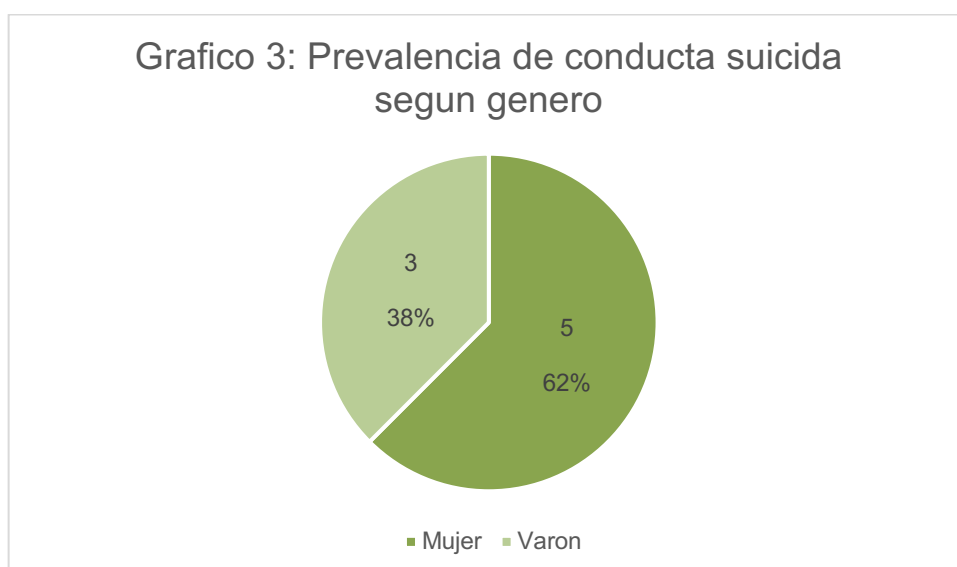
El grafico representa la prevalencia de conducta suicida sobre el total de usuarios, el 60% (12 usuarios) no presentaron conducta suicida a lo largo de su vida, mientras que el 40% (8 usuarios) presentaron algún tipo de conducta suicida.

Gráfico 2: Presencia de conducta suicida agrupada por grupos etarios



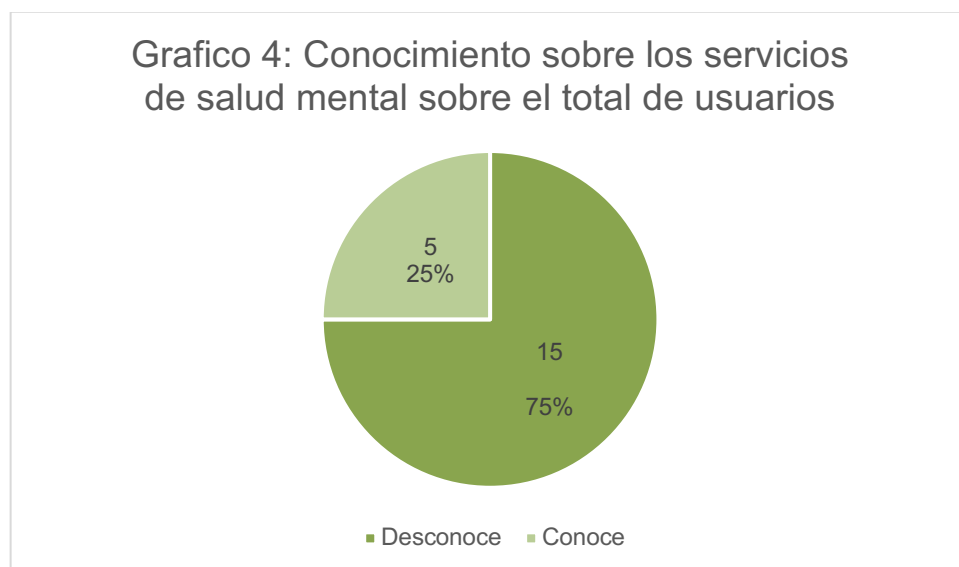
En este grafico se distribuyen la cantidad de personas que presentaron conducta suicida agrupados en grupos etarios que van desde los 15 a los 55 años, en grupos distribuidos de 10 en 10. El grupo que más presentó fue el de los 35 a 45 años, con un total de 3 usuarios que dieron respuestas positivas ante la presencia de conducta suicida. Esta información concuerda con lo aportado por García, Giner y Saiz en cuanto al aumento de conducta suicida con la edad.

Gráfico 3: Prevalencia de conducta suicida al momento de la investigación según genero



Este grafico representa la distribución de las respuestas positivas para conducta suicida según el género autopercebido, como se observa predominan las mujeres por sobre los varones

Gráfico 4: Conocimiento sobre los servicios de salud mental sobre el total de usuarios



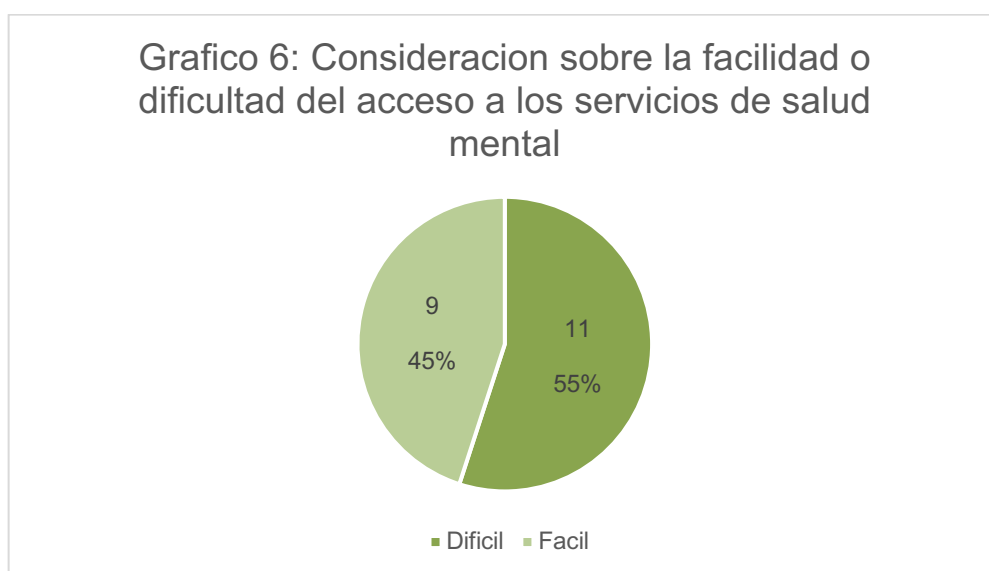
Un 75% de los usuarios desconoce los servicios de salud mental con los que cuenta el departamento de Chilecito, lo que constituye una importante barrera para la accesibilidad a los mismos.

Gráfico 5: Asistencia a diversos servicios de salud mental sobre el total de usuarios



Con respecto a la asistencia a servicios de salud mental, un 65% nunca asistió y un 35% de los usuarios si, de los cuales 5 asistieron a psicología, 1 a psicopedagogía y 1 a varios tratamientos en un centro de adicciones.

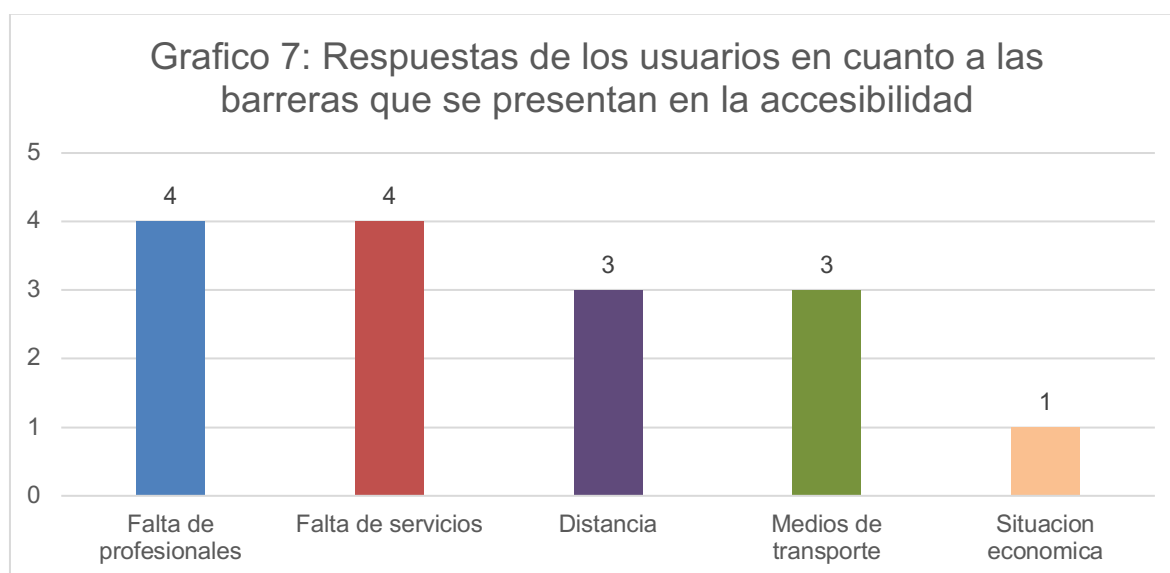
Gráfico 6: Consideración sobre la facilidad o dificultad del acceso a los servicios de salud mental desde su distrito



Un 55% de los usuarios consideran que la accesibilidad a los servicios de salud mental desde su distrito de residencia se ve dificultada por diversos motivos, mientras que el restante 45% consideran que es fácil el acceso. Las respuestas de los usuarios

no parecen condicionadas por los medios de movilidad con los que cuentan ya que la distribución de las respuestas fue bastante pareja entre usuarios con medios de movilidad propio y usuarios que dependían de otros medios.

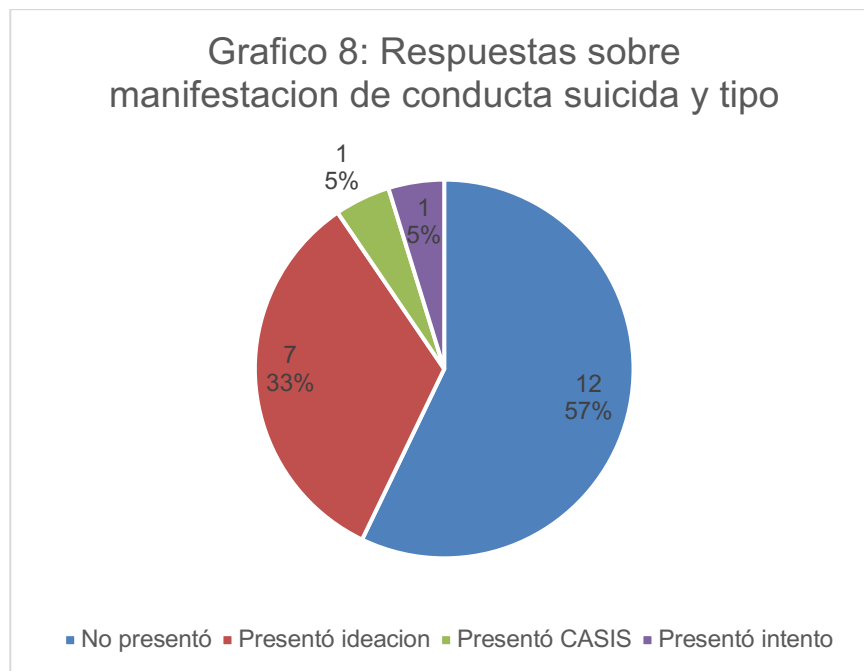
Gráfico 7: Total de respuestas que brindaron los usuarios en cuanto a las barreras que se presentan para la accesibilidad a los servicios de salud mental



Por medio de este grafico se representó la distribución de los motivos de dificultad que las personas consideraban que se presentaba al momento de acceder a los servicios de salud mental desde su distrito. Se observa que la mayoría considera a la falta de profesionales y la falta de servicios como el principal motivo, esto concuerda con la dimensión de accesibilidad “administrativa e institucional” planteada por la autora Logiovine al momento de hablar sobre la accesibilidad a los servicios de salud por parte de la población rural. Las segundas barreras que se le presentan a los usuarios son la distancia y los medios de transporte, lo que también concuerda con la dimensión “geográfica” planteada por Logiovine. Por último, se presentó la situación económica como una barrera para el acceso a los servicios de salud, lo que también

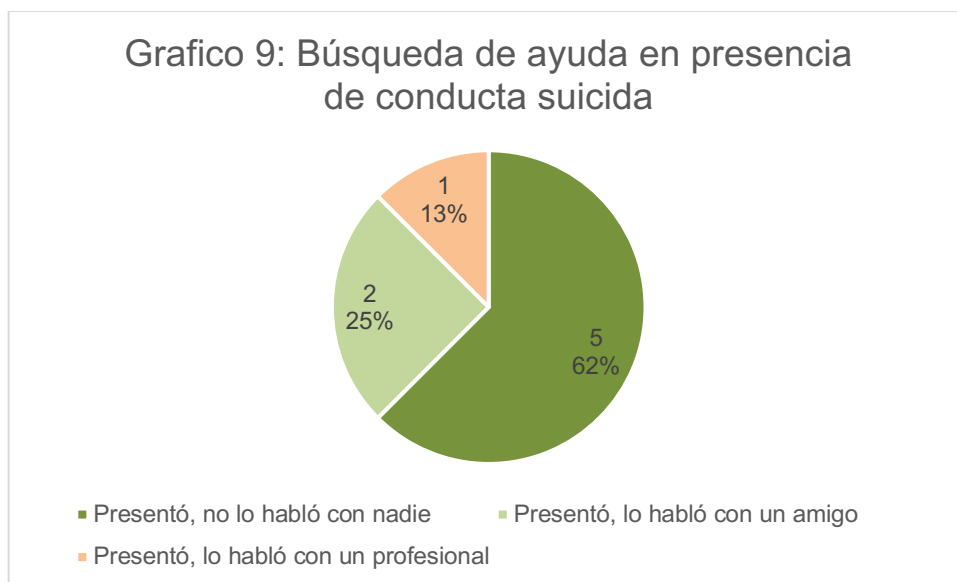
apoya a la teoría de las dimensiones de Logiovine concordando con la dimensión “económica”.

Gráfico 8: Respuestas brindadas por los usuarios en cuanto a la propia manifestación de conducta suicida



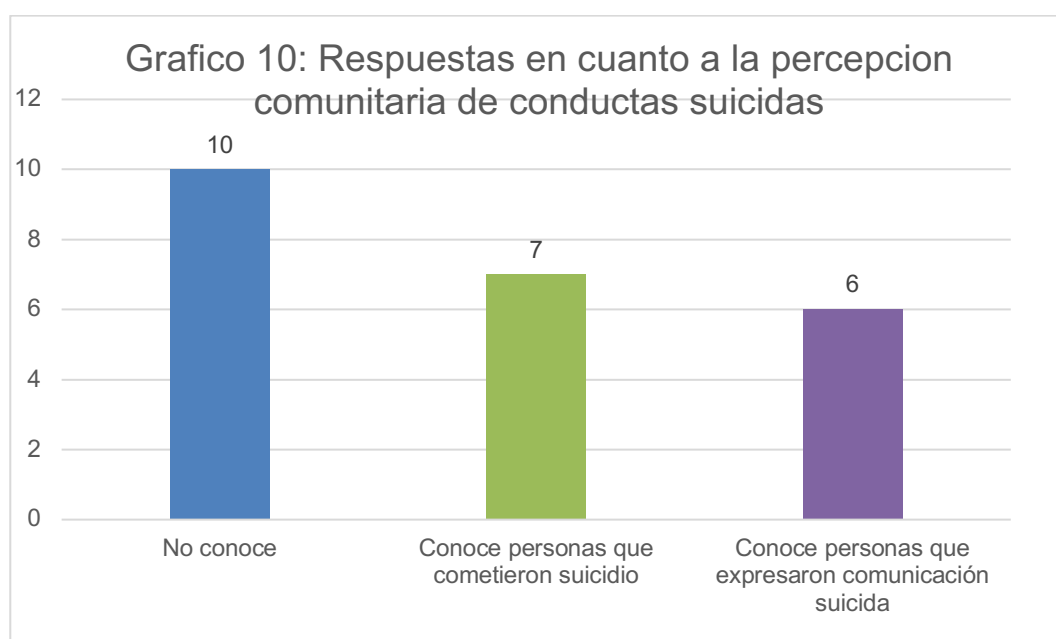
Este grafico representa la distribución que tuvieron las respuestas en cuanto a la propia presencia de conducta suicida en los usuarios. El 57% no presentó conducta suicida a lo largo de su vida, mientras que el 43% si presentó, de los cuales el 33% presentó ideación suicida, el 5% presentó CASIS y el otro 5% presentó intento de suicidio.

Gráfico 9: Búsqueda de ayuda en presencia de conducta suicida



En lo que respecta a la búsqueda de ayuda ante la conducta suicida, 5 usuarios no habían comentado con nadie lo que estaban pasando, 2 usuarios habían tenido charlas sobre el tema con algún amigo o conocido y solo 1 usuario había hablado con un profesional quien coincide con el usuario que presentó intento de suicidio.

Gráfico 10: Total de respuestas que brindaron los usuarios en cuanto a la percepción comunitaria de conductas suicidas



El grafico 10 representa la totalidad de respuestas brindadas por los usuarios en cuanto a la percepción de conductas suicidas en personas de su distrito de residencia. Del total de usuarios, 10 respondieron que no conocen personas que tengan o hayan tenido algún tipo de conducta suicida. Los 10 usuarios restantes respondieron que conocen personas que presentaron conducta suicida, 7 respuestas fueron que conocían personas que cometieron suicidio y 6 respuestas fueron sobre conocer personas que expresaron comunicación suicida.

Un dato relevante que arrojaron las respuestas sobre conocer personas que cometieron suicidio es que todos fueron de género masculino, lo que refuerza la teoría de que el género masculino posee una tasa mayor de suicidios consumados por sobre el género femenino.

Entrevistas Semiestructuradas a Profesionales del Servicio de Salud Mental

Para registrar los resultados que arrojaron las entrevistas a los profesionales, se decidió emplear una matriz cualitativa, agrupando el contenido generado en categorías de similar significado o concepto.

Categorías:

- Motivos de consulta y padecimientos mentales
- Factores de riesgo
- Manifestaciones de conducta suicida
- Barreras contextuales para la accesibilidad
- Barreras personales para la accesibilidad

Categorías	Descripción de resultados	Citas de profesionales
------------	---------------------------	------------------------

Motivos de consulta y padecimientos mentales	Los tres profesionales coincidieron en que los motivos de consulta más frecuentes en usuarios rurales están vinculados a trastornos del estado del ánimo (depresión y ansiedad), consumo problemático de sustancias y conflictos familiares.	<i>“Algunos episodios depresivos, trastornos de ansiedad”</i> (Profesional 1) <i>“Ansiedad, depresión, algunas cuestiones de abuso... problemas de aprendizaje, autismo...suicidio, ideación suicida”</i> (Profesional 2) <i>“Trastornos depresivos, problemas de conducta en menores, cuadros de ansiedad, trastornos de la conducta alimentaria, episodios de angustia y situaciones vinculadas a consumos problemáticos”</i> (Profesional 3)
Factores de riesgo	Los profesionales mencionan factores de riesgo que hablan de la multicausalidad de la conducta suicida, aparecen factores individuales y contextuales. Entre ellos: Heredabilidad, consumo problemático, aislamiento, falta de oportunidades y la situación laboral y económica	<i>“La falta de información en primera instancia...muchas veces se ven bastante aislados”</i> (Profesional 1) <i>“La anomia, no tienen muchas cosas para hacer...se suma la adicción al alcohol, a muchas sustancias”</i> (Profesional 2). <i>“Son múltiples y complejos...la heredabilidad, en algunos casos existen antecedentes familiares... por la edad, se presentan más en adolescentes y en personas entre los 30, 35 o</i>

		<i>40 por ahí... los conflictos económicos... hay mucho trabajo precarizado... también el consumo problemático de sustancias... estos casos son asociados muchas veces a trastornos afectivos, trastornos de ansiedad y episodios de desesperanza". (Profesional 3)</i>
Manifestaciones de conducta suicida	Predomina sobre todo la ideación suicida, también se manifiestan las conductas autolesivas con o sin intención suicida, la comunicación suicida y los intentos de suicidio. Suelen manifestarse de forma verbal o conductual y de manera activa.	<i>"Ideación suicida mucho, directa e indirecta, intentos de suicidios...autolesiones, muchas CASIS" (Profesional 1)</i> <i>"Ideación, mucha ideación suicida o bueno te dicen me voy a matar, ya no tengo ganas de vivir, para qué seguir viviendo... mucho cutter, muchos cortes y otros tipos de conducta" (Profesional 2)</i> <i>"Ideación suicida, planificación, comunicación del deseo de morir, intentos de suicidio e incluso casos de suicidios consumados... manifestaciones a través de verbalizaciones directas o indirectas...También se manifiesta por medio de conductas, las pasivas por ahí van más por el lado del abandono de actividades, aislamiento y descuido</i>

		<i>personal... activas ahí se ve la preparación de medios para el intento, las conductas de riesgo deliberadas y las conductas autolesivas". (Profesional 3)</i>
Barreras contextuales para la accesibilidad	Los profesionales destacan dentro de las barreras contextuales el aislamiento, la distancia geográfica, los medios de transporte, la situación económica, la falta de servicios especializados y la falta de profesionales.	<i>"Creo que es por una cuestión de movilidad y que las personas que tengo de zonas rurales también tienen que coincidir justo con los horarios del colectivo"</i> (Profesional 1) <i>"La movilidad, la accesibilidad también como a los horarios...supongo que eso también implica por el tema de los gastos en el colectivo"</i> (Profesional 1) <i>"Todas, económicas, sociales, contextuales, culturales, todo tipo de barreras, diría la lejura, eso es una barrera, la distancia... yo creo que la mayor barrera es la distancia, las distancias y los recursos, hay pocos recursos humanos" (Profesionales 2)</i> <i>"Las dificultades geográficas, por ahí las grandes distancias hasta los centros urbanos y la escasa disponibilidad de transporte..."</i>

		<i>factores económicos... la disponibilidad reducida de recursos humanos especializados en las zonas rurales” (Profesional 3)</i>
Barreras personales para la accesibilidad	Dentro de las barreras personales se presentan los estigmas, mitos y la falta de información acerca de la salud mental y las consultas psicológicas.	<i>“En tema de estigmas, también el estigma a la salud mental y que los psicólogos es de locos” (Profesional 1)</i> <i>“Tienen una visión de la salud física, no de la salud mental...no entiende que es la salud mental, no la tiene representada, la salud para ellos es física” (Profesional 2)</i> <i>“Persiste cierto estigma asociado a la consulta psicológica o psiquiátrica en comunidades pequeñas” (Profesional 3)</i>

Análisis de Resultados

Al indagar sobre los motivos de consulta y padecimientos mentales en la población rural que concurre a Zona Sanitaria III, predominan principalmente los trastornos afectivos como ansiedad, depresión, desesperanza y angustia. En segundo lugar, los profesionales reportan motivos vinculados al abuso sexual, conductas suicidas, trastornos de la conducta alimentaria y consumo problemático de sustancias, también varía el motivo de consulta según la edad del usuario, ya que en menores de edad también se consulta por problemas de aprendizaje, problemas de conducta y trastorno del espectro autista.

Particularmente al analizar el contexto rural y los factores de riesgo, se considera esencial el aislamiento geográfico y social, junto con la falta de oportunidades dentro de los distritos, muchas personas viven solas, con vecinos alejados y con escasa posibilidad de contacto diario lo que puede generar la sensación de falta de apoyo social, que constituye un factor de riesgo inmodificable para conducta suicida.

Otros factores de riesgo inmodificables que fueron reportados por los profesionales fueron la heredabilidad (antecedentes familiares) y la edad (especialmente adolescentes y adultos). Dentro de los factores de riesgo modificables, se reportó el consumo problemático de diversas sustancias y los trastornos mentales y afectivos, sobre todo depresión, ansiedad y desesperanza.

Otros elementos han sido reportados tanto como factor de riesgo como barrera al acceso, se trata de la desinformación y la situación laboral y económica, desinformación que va acompañada de estigmas y mitos sobre el acceso a los servicios de salud mental, y la situación laboral y económica que en muchos casos limitan la posibilidad de comenzar o sostener un tratamiento.

Con respecto a las manifestaciones de conducta suicida, los resultados muestran que predomina la ideación por sobre el resto de las manifestaciones posibles, tanto en las respuestas brindadas por usuarios como por profesionales, le siguen la comunicación suicida, las conductas autolesivas, e intentos de suicidio. Podríamos relacionar esta prevalencia de ideación con las barreras psicosociales culturales descritas por Logiovine, debido a que la ideación se refiere a la aparición de pensamientos e ideas en torno al suicidio, puede que estas permanezcan en el plano de lo privado y no lleguen a transformarse en un pedido de ayuda o atención. Esta incapacidad de buscar ayuda puede deberse a los estigmas que la comunidad ha creado en torno a

la salud mental y al suicidio, los que han manifestado los usuarios en frases como *“me va a decir si estoy loco?” “eso, no, yo nunca” “esas cosas no”*. Estas representaciones sociales que la comunidad ha ido creando, dificultan la posibilidad de manifestar el malestar y buscar apoyo comunitario, transformando a la ideación como la conducta suicida más frecuente y a la vez más invisibilizada.

Dentro de las respuestas de los usuarios, uno relató un intento de suicidio, se trata de un joven de 27 años quien tuvo un intento en su adolescencia: *“Tenia entre 13 o 15 años, había tomado la decisión así que agarre el caballo, la soga y me fui al campo. Me colgué y el caballo mordió la soga y me caí, por eso estoy acá”*. Este testimonio evidencia la relación que puede existir entre la conducta suicida y el contexto rural, el joven tuvo acceso a medios letales y el aislamiento geográfico que le posibilitaron llevar a cabo su conducta. Al momento de seleccionar a este usuario como muestra para la investigación no se tenía la información sobre este intento de suicidio, fue seleccionado por sugerencia del agente sanitario ya que al momento de la entrevista su grupo familiar estaba pasando por situaciones difíciles.

Otro de los usuarios manifestó la presencia de autolesiones, se trata de una joven de 16 años quien hace poco tiempo había sufrido la muerte de su hijo neonato y se encontraba al momento de la entrevista en una situación de gran vulnerabilidad.

El resto de los casos que presentaron conducta suicida fue de tipo ideación suicida, algunas respuestas fueron simplemente afirmativas para haber presentado pensamientos de muerte o desesperanza y en otros casos expresaron además factores protectores individuales y ambientales que habían empleado frente a esta manifestación, los cuales fueron descriptos en el marco teórico, como la familia, grupo de amigos, la esperanza y optimismo y las creencias religiosas.

En lo que respecta a la percepción comunitaria por parte de los usuarios, casi la mitad conoce una persona que cometió suicidio o ha expresado comunicación suicida. Sobre las personas que cometieron suicidio, todos informaron que fueron personas de género masculino, lo que coincide con la información aportada por García, Giner y Saiz y los registros del Ministerio de Seguridad Nacional de Argentina, donde se reporta una mayor prevalencia de suicidios consumados en varones. Acerca de la comunicación suicida de la que fueron receptores, los usuarios plantearon que este develamiento fue realizado mientras se mantenía una charla con la persona en cuestión y mayormente fue expresado por amigos o conocidos.

Al momento de realizar las entrevistas a los usuarios del distrito Miranda hacia dos semanas había ocurrido el suicidio de un joven de la comunidad por lo que las respuestas sobre la percepción comunitaria giraron en torno a este hecho, los usuarios se mostraron consternados ya que todos conocían al joven, ninguno observó signos que les hicieran pensar en conducta suicida y no manifestó aparentemente comunicación suicida. Además del suicidio de este joven, los usuarios manifestaron al menos dos casos más que habían ocurrido en Miranda en años anteriores, también relataron situaciones donde fueron receptores de comunicación suicida por parte de amigos o conocidos.

La percepción comunitaria de los usuarios con respecto al suicidio nos permite pensar a la comunidad desde su rol activo en el cambio y no como simple espectadora, tal como lo plantea Montero (2004). Nos encontramos con una comunidad rural con características particulares (como el aislamiento geográfico, la falta de recursos, posibilidades de trabajo y educación limitadas y marcados estigmas y representaciones sociales en torno a la salud mental y suicidio) que se ve movilizada

por una temática que aún es considerada taboo por muchos actores, lo que dificulta su visibilización y la toma de acciones. En el relato de los usuarios de Miranda se evidencia el rol activo de la comunidad, preguntándose por alertas de conducta suicida y compartiendo experiencias donde fueron receptores de comunicación suicida, lo que permite pensar en los usuarios como actores en el cambio requerido para la prevención del suicidio.

Acerca de las condiciones de acceso y barreras, se observa un desconocimiento generalizado de los servicios de salud mental con los que cuenta Chilecito. La mayoría de los usuarios nunca ha asistido a un espacio de este tipo, la misma información es brindada por los profesionales quienes manifiestan que los usuarios rurales desconocen sobre los servicios de salud mental y aún más sobre la salud mental en general ya que poseen una visión desde el modelo médico-hegemónico. Además de desconocer los servicios disponibles, alrededor de la temática de salud mental se mantienen estigmas y prejuicios que aumentan aún más las barreras existentes, durante las entrevistas se manifestaron expresiones como “¿para qué sirven estas cosas?”, “el psicólogo es de locos”, “me van a decir si estoy loco o no”, evidenciando estas creencias arraigadas que desalientan la búsqueda de ayuda. Recordemos que la idea de accesibilidad ha sido descrita como un concepto relacional en el que tanto usuarios como servicios construyen mutuamente sus condiciones, en el caso de los usuarios rurales estos estigmas y prejuicios están limitando sus posibilidades de acceso a los servicios de salud mental, que coinciden con la dimensión psicosocial-cultural descrita por Logiovine (2015) en donde las prácticas y creencias que desarrolla la comunidad alrededor de la salud se convierten en una barrera para acceder a la salud.

La falta recursos materiales y humanos es una de las mayores barreras reportadas por usuarios y profesionales al momento de acceder a los servicios de salud mental desde un distrito, el personal de salud mental de Zona Sanitaria III es el único de atención pública que recorre distritos y CAPS, por su parte el servicio de salud mental del Hospital Eleazar Herrera Motta solo se nuclea en las instalaciones del hospital. Los profesionales de salud mental con los que cuenta Zona Sanitaria III son 6 para abarcar una población de 60.000 habitantes, 4 son psicólogos, una trabajadora social y una psicopedagoga, durante las entrevistas reportaron experiencias donde no tenían un espacio físico para atender pacientes y se improvisaba en algún rincón de los CAPS a los que asistían.

Los agentes sanitarios y usuarios de los distritos reportaron trabas burocráticas que existen al momento de conseguir un turno para salud mental, en la mayoría de casos los agentes funcionan como un facilitador de acceso ya que tienen la capacidad de solicitar turno para los usuarios que así lo requieran desde el CAPS, pero en ocasiones se suele pedir que el usuario vaya personalmente a sacar turno lo que le exige un gasto de recursos y tiempo al tener que movilizarse hasta Chilecito.

Esta falta de recursos y trabas burocráticas constituyen una barrera para acceder a la salud mental que coincide con la dimensión administrativa e institucional definida por Logiovine (2015), donde engloba los recursos materiales y humanos, trabas burocráticas, la asignación de turnos y horarios.

Ninguno de los distritos que fueron estudiados cuentan con un servicio especializado ni con personal que recurra ocasionalmente por lo que se ven obligados a asistir a servicios que se encuentran en Chilecito o en otros distritos más cercanos como Sañogasta o Nonogasta, lo que implica movilización, gasto económico y dificultades

horarias. Esto se agrava más si pensamos en los usuarios que no cuentan con medios de transporte propio y dependen de familiares o del transporte público, en los distritos de Malligasta, Miranda, Tilimuqui y Santa Florentina el transporte pasa de lunes a sábado en diversos horarios que muchas veces no le permiten a los usuarios llegar a tiempo a las consultas o a sacar turno con especialistas en el hospital Eleazar Herrera Motta o en CAPS Barrio Evita (Zona Sanitaria III), además de los horarios, el recorrido del colectivo no suele llegar a estos lugares claves y los usuarios deben llegar por otros medios hasta estos puntos. Cuando hablamos de Guanchin, las barreras son incluso mayores en el caso de los medios de movilidad, el transporte público que va hasta Chilecito solo realiza el recorrido tres veces a la semana los días lunes, miércoles y viernes, con solo un horario disponible para ida (9:10 hs) y un horario de vuelta (13:30).

La distancia y distribución geográfica de los servicios constituye una barrera primordial para el acceso a la salud mental de los usuarios rurales, coincidente con la barrera Geográfica definida por Logiovine (2015). A su vez el no contar con servicios especializados en su lugar de residencia y la necesidad de trasladarse a otro distrito para acceder a la atención constituye una barrera Económica (Logiovine, 2015) que puede imposibilitar la demanda y el sostener un tratamiento.

Conclusión

El trabajo de investigación permitió conocer a una determinada población proveniente de distritos rurales, como se manifiesta en ellos la conducta suicida, de qué forma es la accesibilidad a los servicios de salud mental y que barreras se les presentan. Se demostró que la población rural cuenta con particularidades que condicionan las manifestaciones de conducta suicida y su búsqueda de ayuda en servicios de salud

mental, cuentan con una serie de estigmas y creencias que rodean a la salud mental, reforzadas por la desinformación, las limitaciones geográficas, problemas económicos y laborales y el aislamiento tanto físico como social que es percibido por los miembros de la comunidad.

Los factores de riesgo descritos para conducta suicida son generales para población rural y urbana, pero las particularidades de la población rural hacen importante su análisis por separado. Sería un gran aporte poder realizar una investigación cuantitativa tomando una muestra más amplia de usuarios rurales que permita generalizar los resultados y aportar una mirada distinta a la temática que fue abordada.

A continuación se responderán las preguntas que guiaron la investigación:

En cuanto a los motivos de consulta referidos por los profesionales se encuentran los trastornos afectivos como depresión y ansiedad, conducta suicida y consumo problemático. Estos tres motivos configuran factores de riesgo para conducta suicida, los antecedentes incrementan el riesgo de muerte por suicidio 40 veces según lo descrito por García, Giner y Saiz, los trastornos afectivos y el consumo problemático constituyen factores de riesgo modificables, es decir que podrían modificarse a lo largo del tiempo.

Además de los padecimientos mentales y factores de riesgo que fueron descritos en el párrafo anterior, encontramos una gran variedad que nos habla de la complejidad de la población y multicausalidad de la conducta suicida. Se vislumbraron problemas familiares, situación laboral y económica precaria, percepción negativa de apoyo social, sexo, heredabilidad, edad y otros trastornos como TEA y TCA.

Particularmente en la población estudiada la manifestación de conducta suicida se daba sobre todo con la ideación suicida, seguida por comunicación suicida, conductas autolesivas con o sin intención suicida, intentos de suicidio y muerte por suicidio. Predominó el género femenino en la aparición de conductas, pero al reportar muerte por suicidio predominó por amplia mayoría el género masculino incluido el único intento de suicidio que surgió de las entrevistas con usuarios, esta información coincide con lo aportado por el marco teórico.

La población rural presenta una amplia gama de barreras al acceso de servicios de salud mental que coinciden con las dimensiones descritas por la autora Sabrina Logiovine. Dentro de la dimensión económica encontramos el costo del traslado a los centros de atención pública, y la dificultad para costear un tratamiento privado. Sobre la dimensión geográfica podemos decir que se configura de las distancias, los horarios asignados a los turnos, la disponibilidad de medios propios de movilidad y los horarios disponibles en el transporte público. La dimensión administrativa e institucional se refleja en la falta de servicios en los distritos y la falta de profesionales en general, el acceso a turnos es difícil en muchos casos por la burocracia y trabas administrativas. Las representaciones sociales que los usuarios emplean en torno a la salud mental se presenta como una barrera al estar rodeada de estigmas y creencias negativas, lo que configura la dimensión psicosocial cultural de acceso a los servicios de salud.

La actual forma de manejar el acceso a la salud mental de los usuarios rurales atenta contra el principio de abordaje que plantea la Ley 26.657, el cual debe ser interdisciplinario e intersectorial, cientos de usuarios quedan por fuera al no implementarse políticas que promuevan la prevención y los lazos sociales en lugar de

centrarse en el asistencialismo y urbanocentrismo. El modelo asistencial no es suficiente cuando hablamos de prevención de conducta suicida, se necesita trabajar comunitariamente con un enfoque territorial debido a la complejidad del fenómeno y su multicausalidad.

Finalmente se destaca el rol de toda la comunidad para propiciar el acceso de los usuarios al sistema de salud y prevenir la conducta suicida, cada actor aporta una parte en lo que respecta a la accesibilidad como un concepto relacional, desde los usuarios, agentes sanitarios, directivos de los servicios de salud y profesionales. En línea con esta percepción se podrían implementar estrategias centradas en el trabajo interdisciplinario y territorial, como la formación de los agentes sanitarios en PAP (primeros auxilios psicológicos) entendiendo que ellos son la primera línea de contacto con la comunidad, también la movilización de recursos humanos a los distritos rurales para realizar trabajo en prevención con la comunidad y dar a conocer los servicios de salud mental con los que cuenta Chilecito, además se podría pensar en políticas públicas que reconozcan la emergencia en la problemática del suicidio y se centren en la prevención y detección temprana de factores de vulnerabilidad.

Referencias

- Gagliesi, P., & Rodante, D. (2024). *Entrevista con Consultantes con Conductas Suicidas*. Tres Olas.
- García, J. B., Giner Ubago, J., & Saiz Ruiz, J. (2011). *Suicidio y psiquiatría Recomendaciones preventivas y de manejo del comportamiento suicida* (F. E. de Psiquiatría y Salud Mental, Ed.). Triacastela.

- Giner, J., Seoane, J., & Jiménez, R. (1972). Diferentes constelaciones dentro de la conducta suicida. *Revista de psicología, psiquiatría y ciencias afines*, 7(2), 123–134.
- Gómez, A., Silva, H., & Amon, R. (2018). *El Suicidio Teoría y clínica*. Mediterráneo Ltda.
- Hernández Sampieri, R., Collado Fernández, C., & Baptista Lucio, M. del P. (2006). *Metodología de la investigación*. McGraw-Hill Companies.
- Leveau, C. M., & Alazraqui, M. (2020). Geografías del suicidio en Argentina: un estudio ecológico espacial durante los periodos 1999-2003 y 2008-2012. *Revista de Salud Pública*, 22(1), 14–26.
- Ley 26.657 de 2010. Derecho a la Protección de la Salud Mental. 2 de diciembre de 2010. D.O. No. 32.649
- Logiovine, S. (2015). *Psicología y salud rural: aportes desde la psicología comunitaria para pensar las barreras en el acceso al sistema de salud en una población rural*. VII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXII Jornadas de Investigación XI Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Logiovine, S., Rotman, J., & Bianqui, V. (2017). *Psicología y Ruralidades: aportes sobre salud, educación, género y desarrollo rural*. XXXI Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología. Asociación Latinoamericana de Sociología, Montevideo.
- Martínez, C. (2017). *Suicidología Comunitaria para América Latina*. ALFEPSI.

- Ministerio de Seguridad Nacional. (2024). *Sistema de Alerta Temprana: Informe Suicidios (2017-2023)*. https://cloud-snic.minseg.gob.ar/Informes/SAT/SAT%20SS/Informe_Suicidios_2023.pdf
- Montero, M. (2004). *Introducción a la psicología comunitaria. Desarrollo, conceptos y procesos*. Paidós.
- Organización Mundial de la Salud: OMS. (6 de mayo de 2025). *Determinantes sociales de la salud*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/social-determinants-of-health>
- Organización Mundial de la Salud: OMS. (25 de marzo de 2025). *Suicidio*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- Resolución 1997 de 2023 [Ministerio de Salud de la Nación]. Plan Nacional de Salud Mental 2023-2027. 12 de septiembre de 2023
- Rocamora Bonilla, A. (2013). *Intervención en Crisis en las Conductas Suicidas*. Desclée De Brouwer, S.A.
- Yuni, J., Urbano, C. (2006). *Técnicas para investigar: recursos metodológicos para la preparación de proyectos de investigación. Volumen 2*. Brujas.

Anexos

Entrevistas semiestructuradas a profesionales.

Modelo de entrevistas:

Datos del profesional

- Profesión: _____
- Tiempo de trabajo en el servicio: _____

Guion (preguntas abiertas):

1. **Motivos de consulta**

- ¿Cuáles son, en su experiencia, los motivos de consulta más frecuentes en usuarios provenientes de zonas rurales?
- ¿Observa alguna diferencia con la población urbana en cuanto a los motivos de consulta?

2. **Diagnósticos y trastornos mentales**

- ¿Surgen diagnósticos realizados con anterioridad en la población rural que atiende?
- En caso de que si, ¿Cuáles se dan con mayor frecuencia según su percepción?
- En caso de que no, ¿Se intenta arribar a un diagnóstico aproximativo?

3. **Factores de riesgo y contexto rural**

- Desde su mirada profesional, ¿cuáles son los principales factores de riesgo para conducta suicida que observa en estos usuarios? (*edad, heredabilidad, situación laboral y económica, conducta suicida previa, trastorno mental, trastorno afectivo, abuso de sustancias, trastorno de la personalidad, enfermedades físicas*)
- ¿Considera que el contexto rural podría influir negativamente en la salud mental? ¿Por qué?

4. **Conducta suicida**

- ¿Ha identificado conducta suicida en pacientes rurales durante una intervención? En caso de ser así ¿Cuál? (*ideación, plan, comunicación, intento, CASIS*)
- ¿Cómo suelen manifestarse? (*verbalizaciones, conductas, de manera pasiva o activa, etc.*)
- ¿Qué estrategias considera eficaces en el abordaje de la conducta suicida? ¿De manera individual o comunitaria?

5. **Acceso y barreras**

- Según su percepción ¿Qué barreras enfrentan los usuarios rurales para acceder a los servicios de salud mental?

A continuación se transcriben las entrevistas que fueron realizadas a los 3 profesionales del servicio de salud mental de Zona Sanitaria III

Datos del profesional:

- Identificación: **Profesional 1**
- Profesión: Psicóloga
- Tiempo de trabajo en el servicio: 9 meses

Según tu experiencia, ¿cuáles son los motivos de consulta más frecuente en usuarios que vienen de zonas rurales? O sea, estas poblaciones con menos de 2000 habitantes.

Algunos episodios depresivos, trastornos de ansiedad, es lo que me ha tocado atender en este último tiempo en ese tipo de población.

¿Notas alguna diferencia en la población urbana en cuanto a estos motivos de consulta?

Sí, en la población urbana tengo muchas consultas de adolescentes o adultos jóvenes con ideación, intentos, antecedentes de intentos de suicidio y autolesiones.

¿Se ve más acá?

Sí, bastante, sobre todo entre los 14, 15 a los 25 años. Es la franja que más motivo de consulta hay en esas temáticas y la franja que yo más atiendo.

¿Vos sentís que hay más demanda de las poblaciones urbanas que de la rural?

Acá en el CAPS de Barrio Evita sí, tenemos más demanda de población urbana, sobre todo de los barrios alrededores de acá. Pero también creo que es por una cuestión de movilidad y que las personas que tengo de zonas rurales también tienen que coincidir justo con los horarios del colectivo, no siempre pueden asistir.

Para vos, ¿cuáles son los principales factores de riesgo para conducta suicida en estos usuarios rurales?

Qué complicado, supongo que la falta de información en primera instancia y en segundo lugar, la posibilidad de aferrarse a los factores protectores y el tejer esas redes de contención. Generalmente también son personas que tienen vecinos muy alejados, entonces no hay posibilidad del contacto directo y de poder crear amistades y muchas veces se ven bastante aislados, que es un factor de riesgo, sí, principalmente eso y también esto de la falta de habilidades y de información supongo que también se pone en juego el tema de los niveles educativos. Y quizás en tema de estigmas, también el estigma a la salud mental y que los psicólogos es de locos, ¿no? Un mito super viejo, pero que en algunas personas está muy arraigado, incluso en las zonas urbanas también se ven esos mitos en la población adolescente, que es lo que yo más atiendo, está como bastante aferrado ese mito.

Y uno pensaría que es como lo contrario, ¿no? Que los adolescentes vienen como más deconstruidos.

Tal cual, sí. Y hemos hecho en cuanto a nuestro rol comunitario atendiendo principalmente la atención primaria, hemos hecho grupo de habilidades en algunas escuelas y nos ha pasado esto de que no sabían qué es el psicólogo o qué es la salud mental, cuándo tengo que asistir a un psicólogo, cómo tengo que pedir ayuda. Entonces, sí, pareciera que está más naturalizado, pero en ciertos lugares hay como bastante presente el estigma o el mito de que la salud mental o los psicólogos son para locos.

¿Consideras que el contexto rural podría influir negativamente en la salud mental?

No, considero que no, mmm influir, uy no sé. A ver que lo pienso quizás la dificultad para acceder a los centros de salud más completos, sí, desde ese lugar sí, vuelvo de nuevo a lo mismo, de la movilidad, de la distancia, si bien hay CAPS en diferentes distritos, pero hay muchos distritos que no cuentan con todo el equipo completo como si tenes en lo urbano, específicamente hablando de acá del CAPS de barrio Evita que tenemos todos los profesionales, bueno del área de psicopedagogía justamente la única que tenemos está acá.

¿Y no hay más nadie más en Chilecito?

No. Entonces me parece que sí, teniendo en cuenta esto, la distribución de que no hay profesionales para poder atender en los CAPS de los distritos y también la dificultad de movilidad en la población rural para el CAPS de barrio de Evita, que es como el nuclear.

¿El CAPS Evita es acá en zona sanitaria?

Si

¿Qué estrategias consideras eficaces en el abordaje de la conducta suicida?

Si son de manera individual o comunitaria.

Las estrategias comunitarias ayudan un montón. Es más, estamos apuntando a eso, porque la prevención justamente yo creo que es nuestro faro y es a donde tenemos que llegar porque llega un momento en que el asistencialismo deja de ser suficiente. Entonces sí, tenemos que emplear más un rol preventivo, de prevención y

promoción de la salud mental. Y estrategias en cuanto al consultorio la escucha activa, el validar, el ser empáticos y el poder construir habilidades que muchos de estos consultantes con ese tipo de motivos no las tienen.

Y cuando decís habilidades ¿qué tipo de habilidades te referís?

Habilidades de regulación emocional, de tolerancia al malestar, de efectividad interpersonal, sobre todo porque en las edades que me han llegado con esos motivos de consulta no tienen ninguna de estas habilidades, entonces se ven bastante desbordados ante una emoción y generalmente vienen de ambientes muy invalidantes y hay que hacer un trabajo muy grande de psicoeducación y de empezar de nuevo, ¿no? A tejer esas redes de protección y la habilidad esencial de pedir ayuda, que no está. Es como bueno, bancatela solo, soporta, aguante como puedas y no. A los adolescentes les cuesta pedir ayuda, les cuesta hablar, les cuesta hablar con sus padres, les cuesta hablar entre ellos. Entonces es fundamental nuestro rol en cuanto a la psicoeducación y que lo vamos a conseguir con la prevención. Como digo, llega un momento en que el consultorio deja de ser suficiente, no llegas a dar respuesta a todo el mundo y con lo que implica el tiempo de un tratamiento, ¿no? son seguramente entre mínimo, 6 meses o 1 año en el que vas a estar con una persona que ocupa un lugar en la agenda. Así que sí, acá actualmente estamos trabajando mucho con las actividades extramuros que es como el salir de los consultorios y estamos haciendo muchas actividades en escuelas, en la comunidad. Entonces, eso es muy importante y también para que se conozca que existe un equipo de salud mental y que está acá en el CAPS de barrio de evita y que es gratuito. Somos muy poquitos profesionales, necesitamos más gente.

¿Cuántos son ustedes?

Nosotros acá somos cuatro psicólogos, una psicopedagoga y una trabajadora social, dos de nosotros cuatro están en los distritos. Bastante poco la estadística de los profesionales en cuanto a la demanda en salud mental. Así que sí, necesitamos más gente definitivamente y de varios, ¿no? O sea, no solo nosotros como psicólogos, sino también psicopedagogos, terapistas

¿Y ese es un problema de que los profesionales no quieren trabajar acá o el presupuesto no da para contratar más gente?

Me parece que es un tema de presupuesto. No sabría darte esa información al 100% pero sí, creo que es un tema de presupuesto, creo que hay muchos trabajadores y trabajadoras como precarizadas, entonces si no hay posibilidad como de ajustar esas cosas, obviamente no se puede contratar a alguien. Así que sí, es un tema que nos excede, es más grande en realidad.

Alguna vez presenciaste conducta suicida en una intervención?

Si ideación suicida mucho directa e indirecta, intentos de suicidios, o sea, consultantes con antecedentes de intentos varios y autolesiones, muchas CASIS, las famosas CASIS.

¿Suelen manifestarse como verbalizaciones, como conductas, de manera pasiva, activa?

Generalmente o sea, el motivo de consulta suelen ser esos y de adolescentes generalmente vienen derivados, entonces ya hay una primera instancia en donde pasaron ya sea por una guardia del hospital o por alguna escuela que ha anotado la

conducta y vienen derivados. Pero sí, generalmente esos suelen ser los motivos de consulta y entonces está la verbalización y trabajamos sobre la conducta.

Según tu percepción, ¿qué barreras enfrenta los usuarios rurales para acceder a los servicios de salud mental?

La movilidad, la accesibilidad también como a los horarios, diferentes horarios y también la información, saber del todo dónde asistir, cómo, de qué manera. O que quizás sepan que tienen que tener una continuidad, quizás a diferencia de no sé, de un médico clínico que venís una vez y después vuelves en 6 meses, que esto tiene una continuidad entonces al menos una vez a la semana o cada 15 días tenes que acceder, tenes que venir al CAPS a consulta y supongo que eso también implica por el tema de los gastos en el colectivo, de tener que venirse de allá a acá. Esas creo que son las principales causas

Datos del profesional:

- Identificación: **Profesional 2**
- Profesión: Psicólogo
- Tiempo de trabajo en el servicio: 5 años

¿Cuáles son en tu opinión o en tu experiencia los motivos de consulta más frecuente de los usuarios que vienen de zonas rurales?

Ansiedad, depresión, algunas cuestiones de abuso, no algunas, muchas, intrafamiliares, en las escuelas, problemas de aprendizaje, autismo, en ese orden. Depresión, suicidio, ideación suicida.

¿Vos en qué distritos trabajabas?

Los lunes en Sañogasta, martes Pituil y Chañarmuyo, miércoles Famatina y los jueves en Vichigasta. Los primeros años también trabajé en Campana que cubría Santa Cruz, La Cuadra y Potrerillo

¿Observas alguna diferencia entre la población rural y la urbana con los motivos de consulta?

Sí. Pero sobre todo en la demanda, porque se demandan otras cosas, acá por lo menos en la ciudad la gente tiene como una idea más o menos de lo que es la ansiedad, lo que es la depresión, tiene una idea por arriba, más o menos manejan unos términos, en cambio en la ruralidad no. En las zonas rurales es más complejo y aparte la gente hay muchas cosas que no sabe, y no tiene por qué saberlas tampoco, no tiene acceso a mucha información.

¿Y son más reacios para vos en cuanto al psicólogo y eso?

No tanto, no. Hay lugares, Pituil es un lugar donde la gente es reacia, es donde la gente no asiste por lo general. Pero Chañarmuyo que queda a 11 km, que es mucho más chiquito, la gente va de manera regular. Pero obviamente no tienen acceso a mucha información ahí como que se dificulta.

¿Cuándo vos decís esto de que no tienen acceso a información es sobre la disponibilidad del servicio?

Exactamente o sobre el conocimiento sobre algún tipo de enfermedades, que la gente en las zonas urbanas sí sabe por lo menos cuáles son algunos síntomas de depresión, de ansiedad o por lo menos los puede pseudo-diagnosticar, pero más o menos vienen con algo, en cambio en las zonas rurales no.

Cuando atiendes a población rural, ¿Vienen con diagnósticos ya hechos o no?

La mayoría no, es la primera vez o vienen algunos pacientes que son recurrentes con profesionales que ya los atendieron. Así que Bueno, uno se va a la historia, al HCI, ahí están los informes de los profesionales que los vieron antes. Y también más allá del diagnóstico la gente del pueblo se conoce, entonces *“este tiene esquizofrenia, este está medio loquito, este tuvo una situación de un intento de suicidio hace 4 años”* entonces como que tienen un cartel, están como estigmatizados.

¿Y eso te enteras vos por los agentes sanitarios?

Por los agentes sanitarios y por otros agentes también, la gente que trabaja en el propio hospital o la gente, el kiosquero, el chofer de la ambulancia, hay cosas que se saben.

¿Y eso vos sentís que es propio de los distritos rurales o también puede pasar acá?

No, yo creo que también pasa porque acá no es tan grande. Sí, es como que llegas a conocer hay como una historización.

Cuando me decís esto del HCI ¿es como un registro, una nube donde van los archivos?

Claro, es como una historia clínica, pero digital. Entonces nosotros podemos entrar, entramos al HCI, en la historia clínica de cada persona y podes ver lo que puso el médico, bueno, todos los profesionales que lo vieron, cuando asistió, cuando no asistió.

Cuando hablamos esto de los diagnósticos, me decís que la mayoría viene sin diagnóstico ¿Y se trata de arribar a una tentativa cuando se hace la consulta?.

Claro, yo por lo menos trato de diagnosticar o bueno, ahora están viniendo los psiquiatras, hay otros profesionales, entonces se deriva porque es mejor trabajar ya con diagnóstico. Y bueno, no estoy formado por lo menos particularmente yo para evaluar, necesito el diagnóstico de un psiquiatra, de otro profesional. Pero también los que a veces interfieren y a veces son de gran ayuda, son los médicos, porque los médicos te derivan muchos pacientes pero desde la urgencia.

¿Cómo desde la urgencia?

Claro, porque llegan los pacientes a la guardia, entonces ahí al toque lo derivan al psicólogo, no hace falta en muchas ocasiones y en otras sí, pero son un agente receptor.

Para vos ¿Cuáles son los mayores factores de riesgo para conducta suicida en la población rural particularmente?

La anomia, no tienen muchas cosas para hacer, no hay muchas cosas para hacer. Entonces la vida es tan él estar ¿No? ¿Viste el verbo? la gente está por estar, estar en un lugar adonde no tenes muchas posibilidades de nada, solamente de trabajar y hasta las 5 de la tarde y después los fines de semana no tenes para hacer mucho, tanto los jóvenes, los adultos, a eso se suma la adicción al alcohol, a muchas sustancias, pero el estar en un lugar que no ofrece muchas cuestiones contextuales, sociológicas, ambientales, el clima que es medio hostil también. Entonces el estar en un lugar que no ofrece muchas cosas es un gran factor y están las cuestiones singulares, particulares y ambientales, y la idiosincrasia de cada lugar.

¿Por ahí las creencias y eso?

Claro, hay lugares ponele Pituil, si bien está cerca de campana, pero la gente tiene otra cosmovisión del mundo que tiene campana, no ven el mundo de la misma manera. Entonces, sí, esas cuestiones, pero el factor de riesgo es el estar, estar en un lugar que no se mueve, que no es dinámico, imagínate si es rutinario vivir acá en esta ciudad o vivir en una ciudad lo que es en esos lugares. No hay nada para hacer, o sea, es estar. Aparte son lugares donde la población joven emigra también, mucha de la gente que se está quedando o son muy chiquitos o gente muy grande, los chicos entre 18 y 30 años, 35 no están, no viven ya, son muy pocos los que viven ahí la mayoría se van. Hay que vivir en esos lugares hay que tener la fortaleza para vivir ahí, no tenes nada aparte, no sé, tenes una gastritis, tenes un dolor de cabeza y hay lugares donde no hay médico. Potrerillo es un lugar que he ido y no hay médico, no hay nada, o sea, la ambulancia va una vez a la semana, no tenes luz.

Y me imagino que también, por ejemplo, vivir solo en estos lugares que ya de por sí no tenes nada para hacer, no tenes ni la compañía como para charlar un rato.

No, nada, nada, y aparte de ahí viene el tema de los abusos, el incesto, bueno, un montón de cosas, son lugares complejos.

Esto es como parecido a lo que ya hablamos, pero si consideras que el contexto rural en sí influye negativamente en la salud mental?

Podría ser sí, influye porque como te digo, no hay muchas cosas para hacer. Si hubiera otras cosas, si le podríamos brindar otras cosas o hacer otras cosas

seguramente influiría de manera positiva, tampoco es que influye tan negativamente. Pero sí, influye, influye, pero no al 100%, también son otras cosas las que influyen, que es la singularidad o un montón de otras cosas. Pero sí, de que influye, influye

¿Alguna vez durante alguna intervención con un paciente de la ruralidad

¿notaste alguna conducta suicida? ¿cuál se da más?

Ideación, mucha ideación suicida o bueno te dicen, ¿viste? En la entrevista o en las sesiones “me voy a matar, ya no tengo ganas de vivir, para qué seguir viviendo”

¿Lo manifiestan más verbalmente?

Sí, de manera verbal, sí. Y muchas veces que tengo que acudir, ¿no? De manera telefónica porque muchos pacientes se quieren suicidar, como la pulsión de muerte ahí bien marcada.

¿Y conductas autolesivas también?

También sí, mucho cutter, muchos cortes y otros tipos de conducta, se arrancan el pelo, pero sobre todo esto del cutter, ¿viste? Bien común en Famatina, bastante en Famatina.

¿Qué estrategias consideras que son más eficaces en el abordaje de la conducta suicida? De manera individual o más comunitario?

Promoción, promoción de salud. Sí, yo soy de ahí. Si bien es un fenómeno individual, pero desde la promoción de la salud. , porque viste que nosotros podemos asistir y prevenir pero de la promoción de la salud yo creo que es lo más lo

más eficaz. Pero cuesta a veces, no tienes tiempo de salir, llegan un montón de casos y necesitas hacer asistencia, asistencia, asistencia y queda en la asistencia nomás.

Y por último, según tu percepción, ¿qué barreras enfrentan los usuarios rurales para acceder a los servicios de salud mental?

Emm todas, económicas, sociales, contextuales, culturales, todo tipo de barreras, porque es el lugar, sí, diría la lejanía, eso es una barrera, la distancia. La distancia, no hay ambulancia, la ambulancia está rota, o no hay disponibilidad de chóferes, no hay disponibilidad de médicos, a veces los hospitales se quedan sin médicos, porque nadie quiere estar haciendo guardia o no pueden cubrir. Sí, o sea, tienen muchas, muchas barreras, un montón. Un montón de barreras y las de ellos también, ¿no?

Claro, eso te iba a preguntar, las que son como propias de ellos.

Claro, de que *“ir al psicólogo es para locos, ir al psiquiatra es para locos”*, tienen una visión de la salud física, no de la salud mental. Hay mucha gente, no todas, pero hay mucha gente, pero eso tiene que ver con la promoción de la salud, que no entiende que es la salud mental, no la tiene representada, la salud para ellos es física, solamente física. Pero yo creo que la mayor barrera es la distancia, las distancias y los recursos, sí, hay pocos recursos humanos, hay muy pocos recursos humanos. Y bueno, ahora con la crisis que hay también, ya los medicamentos no llegan, pero bueno, eso es lo que escapa a nosotros, pero sí. La mayor barrera yo creo que es la distancia y bueno, aparte llegar a esos lugares, es lejos, la ruta está rota, la distancia creo que es la mayor barrera y de ahí todo lo que se desencadena por la

distancia. Yo a Pituil voy una vez por semana por cubrir otros hospitales, en cambio, acá hay psicólogos, acá todos los días están las psicólogas. En el norte no hay psicólogos, no hay psicopedagogo, no hay terapeuta ocupacional, es complejo trabajar allá, es como medio frustrante, no tener material. No tenemos un montón de cosas, pasa de que a veces no tenes lugar donde atender, a veces al lado del baño, a veces se desocupó la sala de hombre, a veces en el patio, o sea, no tenemos espacio fisco donde atender, a veces llegas y no sabes dónde vas a atender

Datos del profesional:

- Identificación: **Profesional 3**
- Profesión: Psicóloga
- Tiempo de trabajo en el servicio: 15 años

¿Cuáles son en tu experiencia, los motivos de consulta más frecuentes en usuarios rurales?

Me parece que los motivos de consulta más frecuentes, que más aparecen son trastornos depresivos, problemas de conducta en menores, cuadros de ansiedad, trastornos de la conducta alimentaria, episodios de angustia y situaciones vinculadas a consumos problemáticos.

¿Existe alguna diferencia con la población urbana en cuanto a los motivos de consulta?

En términos generales, me parece que no hay diferencias significativas entre la población rural y la urbana respecto de los motivos de consulta. Las problemáticas tienden a ser similares en ambas poblaciones, hay características clínicas similares,

lo que si por ahí te puedo decir la demanda, no hay mucha demanda de la población rural si la comparamos con la urbana.

¿Los pacientes rurales suelen llegar con diagnostico?

No, no, es poco frecuente que los usuarios traigan diagnósticos realizados con anterioridad. Para mí se debe, en gran medida, a que las zonas rurales no cuentan con especialistas permanentemente, sino que se realizan visitas mensuales o esporádicas. También me parece que resulta difícil para muchos pacientes trasladarse a la ciudad para hacerse estudios o evaluaciones más complejas, ya sea por desconocimiento, por razones económicas o por limitaciones logísticas.

Entonces desde acá cuando llega ¿Se intenta arribar a un diagnóstico aproximativo?

En los casos en que los usuarios logran acceder a la atención en Zona Sanitaria, se procura arribar a un diagnóstico aproximativo y, de ser necesario, se realizan las derivaciones e interconsultas con otros servicios o especialidades.

Para vos ¿cuáles son los principales factores de riesgo para conducta suicida en estos usuarios?

Desde mi punto de vista, me parece que no podríamos hablar de un solo factor, como sabemos es multicausal, son múltiples y complejos. Me parece que algo significativo es el factor de la heredabilidad, en algunos casos existen antecedentes familiares de conducta suicida, lo que por ahí aumenta la vulnerabilidad en ciertos

individuos. También si vamos por la edad, estas conductas de riesgo se presentan más en adolescentes y en personas entre los 30, 35 o 40 por ahí. Otro factor importante son los conflictos económicos en el contexto actual, se genera mucho estrés e incertidumbre, el vivir el día a día, hay mucho trabajo precarizado que por ahí trae más vulnerabilidad. Bueno también el consumo problemático de sustancias, es algo que lamentablemente aumentó mucho, y puede ser un factor precipitante por ahí para la aparición de una conducta de riesgo, alguien bajo los efectos del alcohol que toma el impulso, por así decirlo, para cometer suicidio. Otra cosa que me parece también un factor que aparece en estos casos son los asociados que muchas veces están a trastornos afectivos, trastornos de ansiedad y episodios de desesperanza

¿Consideras que el contexto rural podría influir negativamente en la salud mental?

A ver mmm. Me parece que sí, sí. Yo creo que principalmente se debe a la falta de oportunidades laborales y educativas, a la falta de actividades recreativas o culturales, y a las limitaciones en el acceso a servicios de salud especializados. También el tema de la distancia respecto de los centros urbanos dificulta el seguimiento terapéutico y la continuidad de los tratamientos, lo que puede aumentar el malestar psíquico, el padecimiento. A todo esto se suma, en algunos casos, el aislamiento social propio de ciertas comunidades, lo que puede limitar las redes de apoyo y dificultar la detección temprana de situaciones de riesgo.

¿Alguna vez identificaste conducta suicida en pacientes rurales durante una intervención?

Si, mira, a lo largo de estos 15 años que llevó en la zona, presencia conducta suicida en todas sus formas, la que se te ocurra: ideación suicida, planificación, comunicación del deseo de morir, intentos de suicidio e incluso casos de suicidios consumados. Las manifestaciones fueron tanto a través de verbalizaciones directas o indirectas, como por ejemplo, expresiones de desesperanza, de deseo de desaparecer o ya el deseo y la expresión de cometer suicidio. También se manifiesta por medio de conductas, las pasivas por ahí van más por el lado del abandono de actividades, aislamiento y descuido personal, en cambio si hablamos de activas ahí se ve la preparación de medios para el intento, las conductas de riesgo deliberadas y las conductas autolesivas

¿Qué estrategias consideras eficaces en el abordaje de la conducta suicida?

¿De manera individual o comunitaria?

Desde acá se procura trabajar de manera ajustada a la particularidad de cada caso y a la urgencia de la situación. Se prioriza la atención, implementando entrevistas de contención, y derivaciones urgentes cuando corresponde. También se promueve un abordaje integral que incluya instancias de trabajo individual con el paciente, así como intervenciones con la familia, buscando fortalecer las redes de apoyo.

De manera complementaria podríamos decir que se realizan intervenciones comunitarias y en el ámbito escolar, con el objetivo de sensibilizar a la población, favorecer la detección temprana de señales de riesgo y reducir el estigma en torno a la salud mental. Cuando es necesario, se trabaja de manera articulada con otros equipos interdisciplinarios, como médicos clínicos, trabajadores sociales, servicios de salud mental y, en los casos que lo ameritan, el sistema educativo, para garantizar un acompañamiento sostenido y un abordaje integral de la problemática.

Según tu percepción ¿Qué barreras enfrentan los usuarios rurales para acceder a los servicios de salud mental?

Yo creo que en las principales se encuentran las dificultades geográficas, por ahí las grandes distancias hasta los centros urbanos y la escasa disponibilidad de transporte limitan la posibilidad de asistir regularmente a turnos o consultas.

También se suman factores económicos, que en muchos casos impiden costear traslados o ausentarse del trabajo. Otra barrera importante que enfrentamos es la disponibilidad reducida de recursos humanos especializados en las zonas rurales, donde generalmente las visitas de profesionales son mensuales o esporádicas, ahí se dificulta el seguimiento de los casos y la continuidad de los tratamientos. Otro factor que por ahí influye en estas barreras es el hecho de que persiste cierto estigma asociado a la consulta psicológica o psiquiátrica en comunidades pequeñas, lo que puede desincentivar que las personas expresen su malestar y soliciten ayuda oportunamente.

Entrevista estructurada a usuarios

Modelo de entrevista:

1. Datos personales

- Edad: _____
- Género:
 - ☐ Mujer
 - ☐ Varón
 - ☐ Otro
 - ☐ Prefiero no decir
- Distrito en el que vive: _____
- Estado civil:
 - ☐ Soltero/a
 - ☐ Casado/a o pareja
 - ☐ Separado/a
 - ☐ Viudo/a

- ¿Con quién vive actualmente?

2. Acceso a servicios de salud mental

- ¿Conoce los servicios de salud mental con los que cuenta Chilecito?

☐ Sí

☐ No

En caso de responder si, ¿Cuáles?

- ¿Alguna vez asistió a algún espacio brindado por los servicios de salud mental? (psicología, terapia ocupacional, psicopedagogía, trabajo social)

☐ Sí

☐ No

- En caso de responder Si ¿Hace cuánto tiempo comenzó a asistir?

☐ Menos de 6 meses

☐ Entre 6 meses y 1 año

☐ Más de 1 año

- ¿Con qué frecuencia puede asistir?

☐ Una vez por semana

☐ Cada 15 días

☐ Una vez por mes

☐ Menos de una vez por mes

3. Medios de movilidad

- ¿Tiene medios propios para trasladarse a los centros de atención medica?

4. Percepción del sistema de salud en su distrito

- ¿Cuenta con algún servicio de salud en su distrito?

☐ CAPS (salita)

☐ Hospital

☐ Otro:

- ¿Considera que puede acceder fácilmente a servicios de salud mental desde su distrito?

☐ Sí

☐ No

- En caso de presentar dificultades para acceder a la atención ¿Cuáles se le presentan?

5. Percepción sobre su salud mental

- ¿Alguna vez tuvo o tiene conflictos emocionales?

☐ Sí

☐ No

☐ Prefiero no responder

- En caso de responder sí. ¿Buscó ayuda? ¿Cómo y dónde?

- ¿Ha pensado en la muerte o en “desaparecer” cuando tiene un problema?

☐ Sí

☐ No

☐ Prefiero no responder

- ¿Ha tenido pensamientos de hacerse daño a usted mismo/a?

- En caso de responder que si a alguna de las dos últimas preguntas ¿Ha hablado con alguien sobre esos pensamientos?
 - ☐ Sí, con un familiar
 - ☐ Sí, con un profesional
 - ☐ Si, con un amigo/vecino/conocido
 - ☐ No lo he hablado con nadie
 - ☐ Prefiero no responder
- ¿Conoce personas de su distrito que hayan expresado estos pensamientos o que hayan cometido suicidio?
 - ☐ Si
 - ☐ No
 - ☐ No lo sé
 - ☐ Prefiero no responder

- ¿Siente que tiene personas cercanas a quienes recurrir cuando se siente mal emocionalmente?
 - ☐ Sí
 - ☐ No
 - ☐ A veces
 - ☐ Prefiero no responder