



FUNDACIÓN H. A.
BARCELÓ
FACULTAD DE MEDICINA



TRABAJO INTEGRADOR FINAL

CARRERA: LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

DIRECTOR/A DE LA CARRERA:

DRA. NÉLIDA CERVONE

NOMBRE Y APELLIDO DEL AUTOR:

ALICIA OCAMPO

TÍTULO DEL TRABAJO:

INTENTO DE SUICIDIO Y AMBIENTE FAMILIAR INVALIDANTE

SEDE:

LA RIOJA

DIRECTOR/A DE TIF:

ANA LUCÍA OCAMPO

FECHA DE PRESENTACIÓN:

20/03/2025

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 PSICOLOGÍA DEL INSTITUTO UNIVERSITARIO DE CIENCIAS
DE LA SALUD**

FUNDACIÓN H. A. BARCELÓ

PÁGINA DE APROBACIÓN

EVALUACIÓN DEL TRABAJO FINAL DE INVESTIGACIÓN

Clasificación:.....

**DEFENSA ORAL DEL TRABAJO FINAL DE
INVESTIGACIÓN**

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

“Mantener con vida a las personas es sin duda un objetivo meritorio, pero si no nos tomamos el tiempo necesario para crear y construir vidas que merezcan la pena ser vividas, nuestros esfuerzos acabaran fracasando”

Gagliesi, P y Rodante, D (2024) *Entrevista con consultantes con conductas suicidas. ECCS*

Agradecimientos

En primer lugar, quiero expresar mi más profunda gratitud a mi mamá y a mi papá, quienes me brindaron la posibilidad de estudiar la carrera que tanto me gusta. Su apoyo incondicional, las palabras de aliento, la motivación y acompañamiento constante fueron fundamentales, especialmente en los momentos más difíciles de este recorrido. Y, además, por todos los valores que me inculcaron a lo largo de mi vida. Soy quien soy gracias a ustedes.

Agradezco al Servicio de Salud Mental del Hospital Regional “Dr. Enrique Vera Barros” y a la Lic. Silvia Cubillo, por permitirme realizar las prácticas en dicha institución. Mi reconocimiento se extiende a todos los profesionales que forman parte de la misma, principalmente a los residentes de la RisamC, por recibirme tan cálidamente y con buena predisposición, por ayudarme y acompañarme durante todo este proceso.

A toda mi familia, abuelos, tíos y primos por el acompañamiento y apoyo durante todos estos años.

A mis hermanos, por quienes siento una inmensa gratitud, porque mi vida sin ellos no sería igual de linda. Gracias por alegrarse por cada final aprobado y por cada uno de mis logros, tanto académicos como personales.

A mi hermana Ana, por ser quien me hizo conocer la carrera de Psicología, por el apoyo, acompañamiento, motivación y por nuestras charlas eternas sobre Psicología. Gracias por ser mi compañera y sostén tanto en mi universidad como en la vida. Y especialmente agradecerle por aceptar ser mi asesora y guiarme en este camino, sin vos esto no hubiera sido posible.

A todas mis amigas, especialmente a Agos, Aldana y Juli, mis hermanas de corazón, por creer en mí siempre, por darme ánimos para avanzar día a día en la vida, por alegrarse con cada final aprobado y cada uno de mis logros, por tantos años de amistad y de amor incondicional.

A mis compañeras y amigas de la carrera, especialmente a Luana y Janet, por los mates, los resúmenes, las risas, los repasos previos a los parciales, por hacer la cursada mas linda.

A Cele, mi compañera, amiga y hermana, por haber recorrido juntas este camino y por todo lo que aún nos queda por transitar. Gracias por ayudarme y motivarme a avanzar en la carrera, por los resúmenes, los congresos, los mates, los desvelos, las risas, los llantos, por lo bueno y malo de este recorrido, pero siempre juntas. Por ser mi pilar tanto en la universidad, como en mi vida en general. Gracias por sostenerme y acompañarme en los momentos más difíciles de mi vida. Siempre de la mano.

A Mariana, por habernos unido tanto en la última trayectoria de la carrera, por acompañarme en los momentos más difíciles de mi vida, por ser mi compañera

de estudio mañana y tarde. Gracias por tomarte la vida con tanto humor, por hacerme reír tanto y lograr que todo sea más ameno.

A Alina, por llegar a mi vida en el momento justo, cuando más lo necesitaba, por ser mi sostén en los momentos más difíciles y por nunca soltarme la mano. Gracias por tu ayuda y compañía incondicional en mi último año de cursada, por tu escucha constante y por haber compartido conmigo tantos momentos lindos. Conocerme fue de lo más lindo de la carrera. Gracias por tanto amor, Ali.

A Matías, por llegar a mi vida y quedarse. Gracias por tu linda compañía, por tanto amor y por sostenerme en esta última etapa de mi carrera.

Para finalizar, quiero dedicar este trabajo a mi mamá, por enseñarme a perseverar, luchar y encontrar fuerzas, aun cuando no se las tiene: “Que se vuelvan polvo todos los dolores, que los queme el fuego y vengan nuevas flores”. Esto es para vos ma, porque sé que me acompañaste durante todo este último recorrido, ayudándome a que todo se dé tal como lo deseaba. Te amo y te extraño todos los días.

Índice

Introducción	8
Planteamiento del Problema.....	10
Estado del Arte	12
Antecedentes a nivel internacional	12
Antecedentes a nivel nacional.....	13
Antecedentes a nivel provincial.....	14
Marco Teórico	15
Capítulo 1: Conceptualización del Fenómeno Suicida	15
1.1 <i>¿Qué es el Suicidio?</i>	15
1.2 <i>Historia del Suicidio</i>	20
1.3 <i>Marco Legal vinculado al suicidio</i>	23
Capítulo 2: Modelos y Dispositivos de Abordaje del Fenómeno Suicida	25
2.1 <i>Abordaje del Intento de Suicidio desde un Enfoque Interdisciplinario</i>	25
2.2 <i>Acercamiento Institucional del Servicio de Salud Mental perteneciente al Hospital Regional “Dr. Enrique Vera Barros” de la provincia de La Rioja</i>	26
2.3 <i>Evaluación de Riesgo y Potencial Suicida</i>	28
Capítulo 3: Factores Biológicos, Psicológicos y Sociales asociados al Fenómeno Suicida.....	31
3.1 <i>Factores Biológicos</i>	31
3.2 <i>Factores Psicológicos</i>	32
3.3 <i>Factores Sociales</i>	32
Capítulo 4: El Modelo Ecológico y la Influencia de la Cultura en el Fenómeno Suicida	33
4.1 <i>Conceptualización del Modelo Ecológico</i>	33
4.2 <i>La Teoría de los Tres Pasos</i>	35
4.3 <i>Cultura, Preconceptos y Mitos en relación al Suicidio</i>	35
4.4 <i>Familia y Ambiente Invalidante</i>	38
4.5 <i>Tipos de Familia</i>	40
4.6 <i>Factores de Riesgo</i>	40
4.7 <i>Factores Protectores</i>	41
Diseño Metodológico	43
Unidad de Análisis.....	44
Unidad de Observación	44
Instrumentos de Recolección de Datos	45
Objetivos de la Investigación	46

Objetivo General.....	46
Objetivos Específicos.....	46
Contextualización	47
Organigrama	49
Presentación de datos	50
Historias Clínicas.....	50
Gráficos.....	60
Articulación Teórica-Práctica.....	66
Caso Camila.....	73
Conclusiones.....	77
Referencias Bibliográficas.....	80
Anexo	82

Introducción

La realización del siguiente trabajo tiene como finalidad cumplir con el requisito final para obtener el título de la Licenciatura en Psicología, otorgado por el Instituto Universitario Ciencias de la Salud “Fundación Héctor A. Barceló”, cuya temática estudiada fue “El ambiente familiar invalidante en el intento de suicidio”.

La elección de dicha temática surgió principalmente por un interés personal en dicha problemática, en poder conocer aún más acerca de la misma, debido a la gran prevalencia que existe del fenómeno suicida desde ya hace un tiempo y especialmente en el contexto actual, principalmente en la provincia de La Rioja.

Se puede plantear que el suicidio representa un problema de salud pública de proporciones alarmantes, que año tras año aumenta. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que en el mundo se suicidan cerca de 700.000 personas por año, y que el mismo se encuentra entre las principales causas de muerte en todo el mundo, con más muertes por suicidio que por malaria, VIH/SIDA, cáncer de mama o guerras u homicidios. Según la OMS, a nivel mundial hay indicios de que por cada adulto que se suicida hay más de otros 20 que intentaron suicidarse y que, constituye la segunda causa de muerte en jóvenes entre 15 y 29 años.

En Argentina, en el año 2023 hubo 2.046 homicidios dolosos y 3.955 muertes viales, dos de los aspectos que más preocupan en materia de inseguridad. Sin embargo, hubo un factor que los superó por mucho a ambos: el número de suicidios, donde se registraron 4.195, un 6% más que el año anterior.

Según el módulo SAT- Suicidios, que desarrolla el Ministerio de Seguridad de la Nación, durante el año 2022 se registraron 3.955 suicidios en el país, arrojando una tasa de 9,3 suicidios cada 100.000 habitantes mayores a 5 años, fue la segunda causa de muerte violenta en el país acumulando el 36,9% de las muertes violentas. La Rioja tiene una tasa por sobre la media nacional con 14 suicidios cada 100 mil habitantes que viene subiendo en los últimos años ya que en 2021 era de 13,7 y en 2020 de 12,5.

Y específicamente la provincia de La Rioja, se puede destacar como una de las provincias del Norte donde hay un mayor número de suicidios y fue registrada como la 5° provincia con mayor índice de mortalidad en adolescentes por suicidio. Por lo tanto, sería de gran importancia poder estudiar cuales serían los factores que contribuyen y llevarían a la persona a cometer un intento de suicidio.

Cabe destacar que se puede considerar a la problemática del suicidio como un fenómeno multicausal, emergente de un escenario social complejo, y que es atravesado de forma dinámica por diversos condicionantes. Por lo que estudiar dicho fenómeno en relación con el ambiente invalidante sería, por un lado, poder arribar a una mejor comprensión y concepción del fenómeno suicida. Por otro lado, permitirá orientar y encaminar un abordaje más eficiente del mismo para así poder contribuir en la intervención y disminución de dicha problemática. Este estudio se llevará adelante desde el área de la Psicología Clínica, tomando los aportes de la Psicología Cognitivo Conductual, la Terapia Dialéctico Conductual (DBT) y desde una visión comunitaria.

Planteamiento del Problema

Para poder llevar adelante el Trabajo de Integración Final (TIF) de la Licenciatura en Psicología, se ha seleccionado como temática “El Ambiente Familiar Invalidante y el Fenómeno Suicida”.

Cabe destacar que las dos variables principales para llevar adelante este estudio serán: el intento de suicidio y el ambiente familiar invalidante.

En torno al primero, se lo puede conceptualizar como “Toda acción autoinfligida con el propósito de generarse un daño potencialmente letal, actual y/o referido por la persona y/o referente/acompañante” (DNSMyA, PNSIA, 2012, p.25).

Respecto a la segunda variable, es un concepto planteado por la Terapia Dialéctico Conductual de Marsha Linehan. El ambiente invalidante podría caracterizarse como “Es un contexto en el que recurrentemente se responde en forma inapropiada a las experiencias privadas, donde se minimiza, trivializa o se responde de una manera extrema a la comunicación de preferencias, pensamientos y emociones” (Linehan, 1993, pp.37-38). Es decir, se relaciona con aquel contexto en el cual se responde de manera inapropiada a las experiencias privadas (emociones, pensamientos, entre otros) del niño, niña o adolescente, o en donde no se enseñan habilidades de regulación emocional o se lo hace de manera inadecuada, por lo tanto, esto genera un aprendizaje disfuncional en el individuo.

Es fundamental destacar que, en el fenómeno suicida, específicamente dentro de esta investigación el intento de suicidio, está determinado por múltiples factores, por lo tanto, no es unicausal. No se puede pensar al individuo sin pensar en las múltiples variables por las cuales está atravesado (social, cultural, económica, familiar, entre otras) y como estas intervienen en su vida y bienestar psicológico. Por lo tanto, en este trabajo específicamente se buscaría poder describir cómo se presentan ambas variables en conjunto, cómo afecta el ambiente invalidante en el bienestar emocional del sujeto y como puede presentarse este como un factor de riesgo para el intento de suicidio. Teniendo en cuenta que el objeto de estudio sería: “Indagar sobre la existencia del ambiente familiar invalidante en los casos de intentos de suicidio

de los usuarios que asisten al Servicio de Salud Mental perteneciente al Hospital Regional “Dr. Enrique Vera Barros” en el primer bimestre del año 2025”, se desprenderían del mismo las siguientes preguntas de investigación:

- ¿Se observan indicadores de un ambiente familiar invalidante en pacientes que acuden al Servicio de Salud Mental que han intentado suicidarse?
- ¿Qué elementos del ambiente familiar pueden considerarse invalidantes?
- ¿Cómo afecta el ambiente invalidante en el bienestar emocional de las personas con intentos de suicidio?
- ¿Cómo afecta el ambiente invalidante en la regulación emocional y la resolución de problemas de las personas con intentos de suicidio?
- ¿Cuáles son los factores de riesgo que se presentan en las familias invalidantes?

Estado del Arte

En relación a la temática elegida para realizar el Trabajo Integrador Final de la Licenciatura en Psicología se han encontrado antecedentes de investigaciones ligadas mayormente a una de las variables que es el intento de suicidio. En relación a la segunda variable no se ha encontrado al ambiente familiar invalidante como tal, pero si investigaciones vinculadas a la disfunción familiar o factores familiares asociados al intento de suicidio:

Antecedentes a nivel internacional

1. En Concepción, Chile, en el año 2023 Francisca Fernanda Rubio Ramírez investigó sobre “Factores de Riesgo y de Protección Asociados a la Conducta Suicida En Una Muestra Clínica de Adolescentes de la Región del Maule”. El objetivo de la investigación fue determinar las asociaciones existentes entre síntomas de depresión, ansiedad y estrés, desregulación emocional, búsqueda de ayuda y apoyo parental con conducta suicida no letal en una muestra clínica de adolescentes de la Región del Maule, Chile. Como conclusión se ha obtenido que entre el 95 y 100% de los jóvenes que han intentado suicidarse cursaban un trastorno mental. Se han identificado factores de riesgo tales como depresión, ansiedad. Como factores protectores se han identificado la búsqueda de ayuda, apoyo materno y paterna. Esto último demuestra la importancia de incluir a la familia dentro del trabajo terapéutico.
2. En La Laguna, España, en el año 2016 se realizó un Proyecto de Investigación sobre el Suicidio. Fue llevado a cabo por Ágora Arcos Rodríguez para obtener el título de la Lic. en Trabajo Social, con la colaboración de una psicóloga, Sara Bote. El objetivo principal del estudio era poder conocer cuáles eran los motivos que llevan a una persona a suicidarse. Como conclusión se pudo obtener que no existe un factor que sea único e igual que lleve a las personas a suicidarse, mas allá de si se exponen en la investigación ciertos factores de riesgo, pero se aclara que lo que puede llevar al suicidio es algo que es muy personal y varia de una persona a otra.

3. En Riobamba, Ecuador en el año 2021, se llevó adelante el Trabajo de Investigación de la Lic. en Psicología “Familia disfuncional y autolesión en los adolescentes de la unidad educativa “Amelia Gallegos Díaz”, por las autoras Nataly Elizabeth Orozco Barahona y Daysi Soraida Toscano Izurieta. El objetivo de dicho estudio era determinar la relación entre la familia disfuncional y la Autolesión en los adolescentes en la Básica Superior de la Unidad Educativa “Amelia Gallegos Díaz”. Como conclusión se pudo determinar que no existe una relación entre familias disfuncionales y autolesiones, aunque si se determina que entre los factores que intervienen en la autolesión de los estudiantes de dicha unidad educativa si se encuentra en primer lugar, los problemas familiares.

Antecedentes a nivel nacional

1. En Buenos Aires, Argentina, en el año 2018, se investigó acerca de la temática “Adolescentes a la deriva: La problemática del Suicidio”, la autora de dicha tesis fue Ariana Zuchowicki, quien tuvo como objeto de estudio el poder elucidar las posibles causas del suicidio en la adolescencia. y evidenciar la relación entre el riesgo suicida en la adolescencia y el ambiente familiar. Como conclusión se destaca que los sujetos que han sido alojados de manera precaria en el deseo del Otro y/o que se enfrenten con la demanda mortífera del Otro o con funciones paternas fallidas, se encontrarán más expuestos a pasajes al acto suicida.
2. En Buenos Aires, Argentina, en el año 2016, Lorena Cecilia López Steinmetz realizó su tesis doctoral sobre “Coyunturas desencadenantes de urgencias suicidas: un enfoque psicoanalítico y epidemiológico” con el objetivo de analizar los registros de casos asistidos psicológicamente por intento suicida en Servicio de Guardia del Hospital “Pablo Soria” (Jujuy) a fin de estudiar la frecuencia de esos casos, su caracterización según factores de riesgo y estudiar la frecuencia de intento suicida en la casuística asistida psicológicamente por todos los motivos de consulta referidos a urgencias subjetivas, teniendo en cuenta la distribución de los casos según factores temporales y según factores demográficos principales (sexo y edad). Como

conclusión se obtuvo que el intento de suicidio es un motivo de consulta prevalente entre los casos asistidos psicológicamente en la guardia del hospital de Jujuy. Como así también se pudo determinar que las consultas por casos de intento de suicidio de la franja etaria de 15 a 24 años se caracterizaron por ausencia de diagnóstico de trastorno mental.

Antecedentes a nivel provincial

1. En la provincia de La Rioja, Argentina, en el año 2019, Nadia Del Valle Castillo ha realizado su Trabajo Integrador Final de la Licenciatura en Psicología sobre la temática “Conductas Autolesivas en adolescentes”, donde el objeto de estudio era poder describir los modos en que se manifiestan las conductas autolesivas en jóvenes de entre 13 y 19 años que asisten al Centro Terapéutico “Cpaij”, como así también poder analizar si estas conductas autolesivas incluyen intentos de suicidio.

Marco Teórico

Capítulo 1: Conceptualización del Fenómeno Suicida

1.1 ¿Qué es el Suicidio?

Etimológicamente, la palabra suicidio proviene del latín: sui (sí mismo) y cidium (matar), y podría interpretarse como “atentado contra la propia vida”, “matar-se”. Los griegos nombraban a dicho fenómeno como “autokeiria”. Autos: sí mismo, y keiros: mano, lo que significaría: muerte elegida por uno mismo, es decir, ejecutada por mano propia. El término latino enfatiza la idea de matar y el griego la del acto con intención o deliberado.

Por otro lado, existen diversas conceptualizaciones sobre el suicidio que han sido abordadas desde diferentes enfoques a lo largo del tiempo. Cada una de estas perspectivas propone formas distintas de entender y abordar este fenómeno complejo. En primer lugar, se pueden tomar los aportes planteados por el sociólogo Emil Durkheim, quien definió al suicidio como el acto de acabar con la propia vida. Este acto se realiza de manera consciente y presenta un propósito definido (Durkheim, 1897). Dicho autor plantea que el suicidio más que un acto individual está influenciado por las dinámicas y estructuras propias de una sociedad, por lo tanto, debe considerarse como un fenómeno social. Además, clasificó el suicidio en cuatro tipos:

- Suicidio egoísta: este se suele presentar en sociedades más individualistas, que presentan vínculos sociales débiles. Cuando se comete este tipo de suicidio se trata de personas que están desconectadas de su comunidad, familia y grupos sociales.
- Suicidio altruista: este ocurre cuando la integración social es excesiva, por lo tanto, el sujeto es capaz de sacrificar su propia vida por el bien del grupo. El sujeto considera su propia muerte como un deber moral, un acto de honor.
- Suicidio anómico: está vinculado a la falta de regulación social. Es decir, las normas y valores que rigen una sociedad pierden su valor. El sujeto queda en un estado de desorientación que lo puede llevar al suicidio.

- Suicidio fatalista: este se produce cuando el sujeto vive en sociedades opresivas, que controlan el comportamiento del sujeto.

Otra de las posibles conceptualizaciones acerca del suicidio es la que vincula este fenómeno como una manifestación de la problemática de las violencias. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la violencia como “el uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho, o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones” (OPS/OMS,2003, p.21). Cabe destacar que dicha definición comprende tanto la violencia interpersonal, es decir hacia otras personas, como así también el comportamiento suicida y los conflictos armados. Esto genera diversas consecuencias vinculadas a la morbilidad y mortalidad por homicidios, suicidios, entre otros.

Para clasificar a la violencia, la OMS propone como posible criterio a considerar al autor del acto violento:

- Violencia autoinfligida: acto violento que se ejerce hacia uno mismo,
- Violencia interpersonal: llevada a cabo por otro individuo o grupo de individuos.
- Violencia colectiva: realizada por grupos grandes como el Estado, organizaciones terroristas, entre otros.

Por lo anteriormente planteado se puede considerar al fenómeno suicida como una de las múltiples manifestaciones de la violencia, dado que forma parte de la violencia autoinfligida debido al uso de la fuerza o poder físico contra uno mismo. Por lo tanto, es fundamental poder distinguir la violencia autoinfligida con y sin intención suicida.

Violencia autoinfligida con intención suicida

Está ligada a un amplio espectro que puede iniciar en la ideación suicida, la elaboración del plan suicida, la obtención de los medios para lograrlo y la consumación del acto.

Las manifestaciones de autolesión con intención suicida se pueden clasificar en:

Ideación suicida: "Refiere a pensamientos acerca de suicidarse, con diversos grados de intensidad y elaboración. En la bibliografía, el término se refiere también al sentimiento de estar cansado de la vida, la creencia de que no vale la pena vivir y el deseo de no despertar del sueño. Si bien estos sentimientos-o ideaciones-diferentes expresan distintos grados de gravedad, no existe necesariamente una continuidad entre ellos" (OPS/OMS,2003, p.22).

Intento de suicidio: Alude a toda acción autoinfligida con el propósito de generarse un daño potencialmente letal, actual y/o referido por la persona y/o referente/acompañante (DNSMyA,PNSIA, 2012, p.22).

Suicidio consumado: "Es el acto deliberado de quitarse la vida" (OMS,2010, p.22). Se constituye como el acto de máxima expresión de violencia de un sujeto contra sí mismo que da por resultado su propia muerte.

Violencia autoinfligida sin intención suicida

Refiere a una conducta de violencia contra uno mismo que generará alguna lesión o daño físico leve o moderado, pero que no lo llevará a la muerte. Aquí cabe diferenciar entre:

Parasuicidio: Se refiere a una conducta autolesiva no mortal, realizada por el individuo y en la que no es esencial su intencionalidad u orientación hacia la muerte. Se suele producir ante situaciones conflictivas no resueltas y/o dentro de algún trastorno de la personalidad. Ejemplos de este son las autolaceraciones (cortes en el cuerpo), autoenvenenamiento (sobredosis de medicamentos), autoquemaduras.

Automutilación: "destrucción o alteración directa y deliberada de partes del cuerpo sin una intención suicida consciente" (OPS/OMS, 2003, p.23). Esta se subdivide en:

- Automutilación grave: cegarse, amputarse dedos, manos, brazos
- Automutilación estereotípica: golpearse la cabeza contra la pared, morderse, arrancarse el cabello.
- Automutilación superficial o moderada: cortarse, arañarse, quemarse la piel.

Las autolesiones pueden considerarse como un intento de la persona de generar una descarga emocional, enfocando el dolor en una zona del cuerpo.

Otras de las posibles conceptualizaciones acerca del suicidio es la planteada por la Organización Mundial de la Salud del año 1976 como “Todo acto por el que un individuo se causa a sí mismo una lesión, o un daño, con un grado variable de la intención de morir, cualquiera sea el grado de intención letal o de conocimiento del verdadero móvil” (OMS, 1976)”. Luego, en el año 2010 lo redefine como el “acto deliberado de quitarse la vida” (OMS, 2010)

Otra de las posibles conceptualizaciones es la propuesta por O’Carroll y colaboradores, quienes en 1996 generan una nomenclatura de la conducta suicida y en el año 2007 realizaron una revisión. Estos autores proponen la siguiente nomenclatura:

Conducta suicida: refiere a toda conducta autodestructiva con al menos alguna intención de terminar con la propia vida.

Ideación suicida: hace referencia a cualquier pensamiento vinculado con tener una conducta cuyo contenido es acabar con la propia vida. Estas pueden clasificarse en:

Activas: son referidas por el consultante. Por ejemplo: “quiero quitarme la vida”

Pasivas: se refiere al deseo de que algo o alguien ocasione la propia muerte.

Por ejemplo: el deseo de dormir para siempre. Es decir, la persona desea estar muerta, pero no ha pensado ni tiene la intención de hacerse algún daño.

La idea suicida puede o no estar acompañada por un plan suicida.

Plan o planificación suicida: hace referencia a cuando la persona ha pensado como suicidarse, es decir, tiene la idea de un plan de como quitarse la vida. Aquí se puede diferenciar entre plan específico y plan inespecífico. El primero corresponde cuando la persona tiene detallado como va a matarse. El segundo es cuando la persona pensó en el método, pero no definió cuando, donde ni otros detalles del método a utilizar.

Ensayo suicida: es una representación conductual de un método de suicidio. Un ensayo de suicidio mental es un proceso que evoluciona con el tiempo y puede convertirse en un plan. Estos ensayos pueden aumentar la probabilidad de la conducta suicida y disminuir el miedo al dolor o a la muerte.

Tentativa de suicidio: es una conducta potencialmente autolesiva con un resultado no mortal, pero con la cual la persona intentaba provocarse la propia muerte. Si está acompañada de un deseo de morir, puede considerarse como un intento de suicidio.

Tentativa de suicidio interrumpido por evento del contexto: hace referencia a cuando el comportamiento suicida es interrumpido por una circunstancia externa.

Tentativa de suicidio interrumpido por evento privado: se refiere cuando la persona comienza a prepararse para la conducta suicida, pero se detiene antes de realizarla.

Muerte por suicidio: cuando se produce la muerte de la persona y hay evidencia de que hubo intención de terminar con la propia vida. Es mal llamado "suicidio consumado"

Conductas autolesivas sin intencionalidad suicida (CASIS): son las conductas de autodaño, cuya finalidad no es terminar con la propia vida.

Comunicación de intencionalidad suicida (amenaza o gesto suicida): es una conducta verbal o no verbal exteriorizada, que puede interpretarse como la

comunicación de que la persona puede cometer en acto suicida en un futuro. Puede ser pasiva (mirar el vacío) o activa (emitirla verbalmente).

1.2 Historia del Suicidio

El suicidio hace referencia a una conducta universal que estuvo presente a lo largo de toda la historia de la humanidad. La conceptualización y la mirada sobre el suicidio se ha ido modificando a lo largo de la historia, teniendo en cuenta sus diferentes interpretaciones, como así también su abordaje, el mismo fue modificándose en base al contexto cultural y socioeconómico, por lo que poder tener un acercamiento a partir de lo planteado por Federico M. Daray, Leandro Grendas y Federico Reebok (2016) es fundamental ya que permite tener una perspectiva holística del mismo:

En la prehistoria, las conductas asociadas al suicidio estaban vinculadas a conductas de autosacrificio, es decir, aquellas personas enfermas o ancianos se autosacrificaban para beneficiar al resto de los integrantes de la tribu y mantener los recursos de la misma.

Es en la antigüedad, donde comienzan a aparecer los primeros registros acerca del suicidio plasmados en un papiro, donde se desarrolla las primeras descripciones de la “enfermedad depresiva” y de la persona suicida.

Es en la Grecia clásica el momento de la historia en donde el suicidio comienza a ser estigmatizado, por considerarse como indigno y vergonzoso. Comienza a tomárselo como un delito, el cual debía ser castigado ya que privaba a la polis (comunidad) de contribuir a su progreso, debido a la muerte de uno de sus miembros. Como así también se consideraba como un acto impuro, dado que quienes debían determinar la vida o muerte de los hombres eran exclusivamente los dioses. Por lo tanto, se castigaba este hecho a partir de la amputación del cadáver de la persona.

En la mitología griega se planteaba cuáles eran las emociones vinculadas a la conducta suicida, entre estas se encontraba la desesperación, la culpa, la vergüenza y la locura. Esto puede contemplarse en los mitos de Yocasta, Egeo o Ajax.

Con respecto a las distintas escuelas filosóficas griegas, se fueron planteando diferentes perspectivas en relación a dicha temática. Los pitagóricos (siglo V a.C) rechazaban el suicidio ya que consideraban que este producía la salida repentina del alma y por lo tanto esto generaba un desequilibrio en el cosmos. En cambio, para los epicúreos (341 a.C) el suicidio debía realizarse si no se podía llegar al hedonismo y al placer.

Luego, en el año 399 a.C, con el suicidio de Sócrates se marcó un gran hito histórico, dado que las diferentes escuelas filosóficas presentaron sus diversos posicionamientos frente al suicidio. En el caso de Platón, lo rechazaba, dado que consideraba que éste atentaba contra el Estado y contra los dioses. Y planteaba que la muerte solo debía ser posible ante la presencia de una enfermedad incurable o ante la vivencia de una desgracia extrema. Por esto mismo es que proponía castigos a los suicidas, como su entierro sin honores o tumbas sin identificación.

Luego, Aristóteles tomaba al suicidio como un acto cobarde, planteando que la persona no podía afrontar las adversidades que se le presentaban a lo largo de su vida. Y representaba a la persona como aquella que no tomaba responsabilidad social, dado que el suicidio terminaba afectando al resto de los ciudadanos.

En la civilización Romana, se produjeron un gran número de suicidios, los cuales se clasificaron en aquellos ligados a la furia (pacientes denominados dementes), la edad avanzada (relacionado a las dificultades asociadas a la vejez), al dolor físico, a la vergüenza y a la desesperanza.

En las culturas precolombinas, los Mayas planteaban que los curas, los guerreros, las mujeres que fallecieron durante el parto, entre otros, ascendían al paraíso. Por lo tanto, el suicidio era considerado como una conducta honorable, ligado a la naturaleza humana. Adoraban a Ixtab, diosa de la muerte, el suicidio y la horca. Esta se encargaba de proteger a las personas que se suicidaban y guiar su alma hacia el paraíso.

En cambio, la cultura Inca consideraba que después de la muerte existía una vida similar a la terrenal, por lo tanto, cuando un emperador moría, sus seres queridos debían acompañarlo suicidándose.

Durante el siglo V, tuvo gran importancia el pensamiento de San Agustín de Hipona (354-430 d.C), quien condenó el suicidio, equiparándolo a un

homicidio de uno mismo. Esto fue avanzando, a partir del año 452, el suicidio fue formalmente condenado por la Iglesia, decretando la excomunión para los suicidas y tras su muerte, se les negaba ritos, funerales, entierros o sepulturas.

En la edad media, fue el momento de la historia en donde el suicida recibió más rechazo y castigo, dado que no solo se lo consideraba como un pecador, sino que también era considerado como un delincuente, que debía ser castigado tanto física como socialmente. Algunos de estos castigos eran: arrastrar el cuerpo, mutilarlo, negar la sepultura, clavarle una estaca, entre otras cosas.

Santo Tomás de Aquino (1225-1275) planteaba que el suicidio era el peor de los pecados, buscar la autodestrucción era considerado ir en contra de la naturaleza humana, y se consideraba como una injuria hacia la propia comunidad y Dios, dado que el hombre no podía elegir libremente acerca de su vida, sino que esta le pertenecía a Dios.

En la edad moderna, a pesar de que la Iglesia continuaba pensando moralmente al suicidio, se generó un cambio en el pensamiento a partir de la revolución francesa, donde deja de considerarse al suicidio como un hecho criminal y aquí son fundamentales las ideas de ciertos pensadores como Voltaire y Hume, quienes expresaban acerca de la libertad que poseía el hombre de poder elegir sobre su vida, por lo tanto el suicidio no era considerado como una transgresión y comienza a tomarse a la persona como sujeto de derecho, de libre elección.

En la edad contemporánea, se comienza a tomar a la temática del suicidio desde una perspectiva psicopatológica. Es decir, que dicho fenómeno comenzó a estar ligado a la enfermedad mental y a la "locura". Jean Etienne Dominique Esquirol (1722-1840) planteaba que el suicidio se generaba a partir de las mismas incertidumbres que estaban ligadas a las enfermedades mentales y asociaba el suicidio a diferentes patologías (delirium agudo, estados delirantes crónicos, manías, entre otros)

Hacia finales del siglo XIX, los alienistas franceses, británicos y alemanes además de aceptar que el suicidio estaba ligado a las enfermedades mentales, también comienzan a considerar el papel que tenía la herencia y los factores sociales en el mismo. Aquí cobra especial relevancia la figura del sociólogo francés Émile Durkheim (1858-1917), quien planteaba al suicidio no

como un fenómeno meramente individual, sino como un hecho social de gran importancia. Según su perspectiva, las causas fundamentales del acto suicida no residían tanto en los factores individuales, sino más bien en las condiciones sociales imperantes, como las crisis económicas, la pobreza, el aislamiento social, los cambios socioestructurales y el exceso de regulación normativa.

Por lo tanto, el siglo XIX marcó un punto de inflexión en la concepción y el tratamiento del suicidio. Mientras que en épocas anteriores había sido visto principalmente como una transgresión moral, durante este período adquirió una nueva significación, valorándose cada vez más sus motivaciones psicológicas y sus determinantes sociales para la ejecución del mismo.

En el siglo XX, Henri Ey (1954) realiza la primera clasificación clínica sobre el suicidio, distinguiendo dentro del suicidio patológico al raptus suicida, comportamiento suicida impulsivo y las reacciones suicidas delirantes.

En 1970, el Comité en Clasificación y Nomenclatura, presidido por Aaron Beck destaca la necesidad de establecer una nomenclatura universal y propone clasificar al suicidio en: suicidio, intento de suicidio e ideas suicidas.

El manual estadístico de clasificación DSM-IV, incluye al suicidio desde una perspectiva categorial, es decir, como un síntoma dentro de un determinado trastorno mental, tal como el caso del trastorno depresivo mayor y el trastorno límite de la personalidad.

En los últimos años se generaron modelos explicativos multidimensionales del fenómeno suicida, tal como el modelo Estrés-Diátesis de John Mann o el enfoque biopsicosocial de Van Heeringen en 2001. En este momento de la historia ya se comienza a comprender al suicidio como un fenómeno multicausal, influenciado por cuestiones sociales, culturales y no ligado exclusivamente a una patología psiquiátrica.

1.3 Marco Legal vinculado al suicidio

Ley Nacional 27.130 de Prevención del Suicidio

En el año 2015, el día 11 de marzo fue sancionada y promulgada el 6 de abril del mismo año, la Ley Nacional de Prevención del Suicidio (Ley 27.130), la cual se creó con la finalidad de disminuir la incidencia y prevalencia de los

casos de suicidio por medio de la prevención, la asistencia y la posvención. La autoridad de aplicación de dicha ley es el Ministerio de Salud de la Nación, quien debe llevar adelante diversas acciones con el fin de cumplir la aplicación de la misma: elaborar protocolos de atención y emergencia, crear un registro con información estadística sobre suicidios cometidos e intentos; desarrollar programas de capacitación, campañas, entre otras actividades.

Entre los aspectos principales de dicha ley, cabe destacarse dentro de la asistencia del fenómeno suicida que la persona que realizó un intento de suicidio tiene el derecho de ser atendida en el marco de las políticas de salud (capítulo IV, artículo 8) y la importancia de que esa atención sea brindada desde un abordaje coordinado e interdisciplinario (capítulo IV, artículo 9). Por lo tanto, se apoya en el cambio de paradigma introducido por la Ley Nacional 26.657 de Salud Mental, donde se busca resguardar y proteger los derechos de las personas con padecimiento mental. Dentro de su abordaje, se deberá realizar un protocolo de atención del paciente con intento de suicidio donde puedan identificarse cuales son los factores psicofísicos, sociodemográficos y ambientales que llevan a la persona al intento de suicidio, para poder intervenir de una manera eficaz (capítulo IV, artículo 10).

Ley Nacional 26.657 de Salud Mental

La Ley de Salud Mental de Argentina, Ley 26.657, fue sancionada el 25 de noviembre de 2010 y promulgada el 2 de diciembre de 2010. En esta se plantea un enfoque biopsicosocial de la persona, reconocimiento a la salud mental conformada por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos, donde su preservación y mejoramiento está asociada a una construcción social donde se busque concretar los derechos humanos de toda persona (artículo 3). Por esto mismo es que se considera a toda persona con padecimiento mental como sujeto de derecho (capítulo IV).

La atención a las personas con padecimiento mental debe realizarse de manera integral, igualitaria y equitativa para todas las personas, llevado a cabo por un equipo interdisciplinario, compuesto por profesionales del área de psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional y otras

disciplinas competentes, preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario (artículo 9). Pero, en caso de ser necesaria la internación, esta debe ser lo más breve posible y cada una de las intervenciones, como la evolución del paciente debe registrarse en su historia clínica. En el caso de la internación involuntaria, esta debe realizarse en caso de que no sea posible un abordaje ambulatorio y solo podrá darse cuando el equipo interdisciplinario determine que la persona presenta un riesgo cierto e inminente para si, tal como ocurre en el intento de suicidio, y/o para terceros.

Capítulo II: Modelos y Dispositivos de Abordaje del Fenómeno Suicida

2.1 Abordaje del Intento de Suicidio desde un Enfoque Interdisciplinario

Tal como se plantea en la Ley Nacional de Salud Mental 26.657, el fenómeno del suicidio debe abordarse desde un enfoque interdisciplinario. Tomando a lo planteado por Alicia Stolkiner, la interdisciplina surge de la dificultad que existió a lo largo de la historia de poder encasillar y abordar a los diferentes problemas dentro de una única disciplina. Desde aquí es que comienza a considerarse que es necesario el abordaje desde distintas disciplinas dado que no se trataría de un objeto estático, fijo, sino una demanda compleja, variable y que necesita de múltiples cuerpos teóricos para abordarla y dar una respuesta. Cabe destacar que la interdisciplina requiere de un trabajo entre diversas disciplinas y este abordaje debe ser constante en el tiempo. Es un trabajo en grupo, basado en poder reconocer la incompletud de las diversas disciplinas y por lo tanto legitimar la importante existencia del resto de disciplinas.

Además, Stolkiner plantea que, en el ámbito de los servicios de salud, la interdisciplina va más allá de la simple reunión de diferentes profesionales. Los equipos que trabajan en estos contextos enfrentan desafíos particulares según su ubicación y función. Para los servicios hospitalarios, señala la necesidad de evolucionar desde el modelo tradicional de "interconsulta" hacia una integración más profunda de las acciones de salud mental en los servicios. Se propone transformar la organización hospitalaria, pasando de una estructura basada en

servicios por órgano o patología hacia un sistema de red de prestaciones por cuidados progresivos, donde el foco principal sea el paciente.

Por último, plantea que la verdadera interdisciplinariedad se manifiesta cuando las funciones y la importancia de cada saber se definen en relación al problema específico que se está atendiendo, y no por el peso tradicional o histórico de cada profesión. Esto implica estructuras de coordinación más flexibles, alejadas del modelo jerárquico tradicional basado en la profesión.

Otro de los autores que brinda aportes acerca de la interdisciplina, es el Lic. en Trabajo Social Alfredo Juan Manuel Carballeda, quien se refiere a la misma como un diálogo entre diferentes campos de saber, debido a las características del escenario actual. Por lo tanto, la interdisciplina desarrollaría estrategias de intervención en una sociedad que se presenta como fragmentada, con una fuerte tendencia a la individuación, donde se genera la competencia y esto lleva a desvalorizar el trabajo en equipo. Además, esta se enfrenta a todas las complejas y nuevas demandas que llegan a los servicios de salud, que superan el marco de referencia individual de cada disciplina, por lo cual se vuelve necesaria la interdisciplina para su abordaje. Esto lleva a la conformación de equipos de trabajo, donde prime el diálogo por encima de la imposición y se genere entre distintas disciplinas la discusión acerca del proceso de salud-enfermedad y se busque un consenso en cuanto a los derechos de los pacientes, la noción de salud, entre otros. Se basa en establecer espacios de diálogos, donde ningún integrante pierda su singularidad, sino por el contrario, pueda generar aportes desde una relación horizontal. Es un espacio de interacción y de reciprocidad simétrica.

2.2 Acercamiento Institucional del Servicio de Salud Mental perteneciente al Hospital Regional “Dr. Enrique Vera Barros” de la provincia de La Rioja

El Servicio de Salud Mental perteneciente al Hospital Regional “Dr. Enrique Vera Barros” de la provincia de La Rioja, se encuentra ubicado por fuera de las instalaciones del Hospital General, en la calle Tupac Amaru, sin número, Barrio Hospital. La jefa del servicio actual es la Lic. en Terapia Ocupacional, Silvia Cubillo. Brinda atención a población a partir de los 18 años

de edad en adelante y, en casos excepcionales, a adolescentes entre 15 y 17 años que por su franja etaria no cuentan con instituciones a la cual acceder, debido a que el Hospital de la Madre y el Niño sólo recibe pacientes hasta los 14 años y 11 meses, y el Servicio de Adolescencia, dependiente del Hospital Regional "Dr. Enrique Vera Barros", hasta los 21 años pero no realiza internaciones, por lo que cuando se deben llevar a cabo estas últimas, se efectúan en el Servicio de Salud Mental con un referente afectivo acompañante que queda como responsable debido a que es menor de edad.

El servicio cuenta con un equipo interdisciplinario de profesionales de diferentes áreas tales como Psicología, Psiquiatría, Terapia Ocupacional, Trabajo Social y Enfermería.

Las prestaciones que brinda son:

- Guardias activas para la atención de la urgencia en salud mental, de 18 horas los días hábiles (lunes a viernes de 14:00 a 08:00) y de 24 horas feriados y fines de semana (08:00 a 08:00 hs).
- Consultorio externo de atención ambulatoria para pacientes que sean del área programática, de los cuales tienen prioridad aquellos que no poseen obra social y algunos de los que acudieron a la guardia y tuvieron una internación abreviada dentro de la institución.
- Internación, donde las personas que presentan criterios para la misma quedan alojadas en las instalaciones del servicio.
- Entrevista de admisión interdisciplinaria, en la cual se determina si la persona cuenta con los criterios para ser atendida en dicho servicio y se le brinda los turnos con las áreas correspondientes. Cuando esta no presenta los mismos se proporciona psicoeducación, asesoramiento y se llevan a cabo las derivaciones pertinentes.
- Capacitaciones.
- Línea telefónica gratuita y de alcance provincial.

Cabe destacar que, al pertenecer al ámbito público, se caracteriza por prestar el servicio de ser un "hospital escuela", es decir, permitir que los estudiantes de carreras afines realicen sus prácticas profesionales supervisadas, contribuyendo así a su formación académica.

Por último, dentro del mismo se encuentra la RISaMC (Residencia Interdisciplinaria de Salud Mental Comunitaria), conformada por profesionales de distintas disciplinas (Psicología, Psiquiatría, Terapia Ocupacional, Trabajo Social y Psicopedagogía). La misma tiene una duración de tres años, otorgando a los que finalizan, la certificación de Especialidad en Salud Mental Comunitaria.

En relación al flujograma de atención para los casos de intento de suicidio, el sujeto debe ingresar por el Servicio de Guardia Central del Hospital Regional “Dr. Enrique Vera Barros”, para ser evaluado y estabilizado clínicamente. Luego se realiza la interconsulta con el equipo interdisciplinario de guardia del Servicio de Salud Mental, el cual lleva a cabo una valoración del estado mental del paciente y determina si el mismo presenta o no los criterios de internación, es decir, riesgo cierto e inminente para sí y/o para terceros.

2.3 Evaluación de Riesgo y Potencial Suicida

Tomando a los aportes de Carlos Martínez, se puede considerar al riesgo como todas aquellas variables que están asociadas a la probabilidad de que se produzca una patología o un evento determinado, como podría ser el caso del fenómeno suicida.

Por otro lado, una evaluación es un proceso guiado desde un modelo teórico determinado, donde se intenta comprender un fenómeno concreto.

Cuando evaluamos el riesgo, lo hacemos en un individuo vivo, con todo lo que esto implica. Por lo tanto, se realiza una evaluación prospectiva, es decir de aquello que puede llegar a suceder. Desde el marco teórico suicidológico, se va a tener en cuenta el constructo “continuum autodestructivo” que va desde el gesto hasta la consumación. Esto quiere decir que es un continuum en donde se va construyendo la idea, el modo y la intensidad de la destrucción, va desde la aparición del sentimiento de desesperanza hasta la realización del intento suicida, donde pueden distinguirse tres fases:

1. Ideación suicida, donde el sujeto piensa en cometer suicidio.
2. Duda o fase de ambivalencia, se pasa de la idea a ya pensar la posibilidad de pasar a la acción.
3. Decisión, se produce el pasaje a la acción.

Existen ciertas señales de peligro del comportamiento suicida que deben observarse:

1. Comportamiento autoagresivo
2. Comportamiento pasivo ante frecuentes agresiones del entorno social
3. Cambios bruscos en los hábitos de comer y dormir
4. Presencia frecuente de desvalorización
5. Miedo a la separación
6. Cambios súbitos en el estado de ánimo
7. Presencia de poco interés hacia el trabajo y hacia la vida en general
8. Pérdida o ausencia de amigos
9. Pérdidas recientes e importantes: afectivas o de status
10. Obsesión con la muerte o pensamientos recurrentes en torno a ella
11. Repartir objetos muy queridos
12. Realización de testamentos o cartas de despedida
13. Presentar sentimientos de desesperanza o desilusión frecuente
14. Presencia de deseos de muerte o fantasías de autodestrucción
15. Proferir amenazas suicidas a amigos, familiares u otras personas
16. Presentar desesperación, sentimientos de culpa y temor a perder el control emocional
17. Presentar fantasías de dormirse y no despertar
18. Adolescentes con problemas sentimentales y dificultades en su comunicación
19. Pérdida de la ilusión por el futuro

A medida que aumentan los indicadores de riesgo suicida, también aumenta la posibilidad de que la persona considere o intente quitarse la vida.

Esto puede detectarse a través de diversas técnicas para el diagnóstico:

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

En las guardias del Servicio de Salud Mental perteneciente al Hospital Regional Dr. Enrique Vera Barros, debido a la situación de urgencia y a la necesidad de una atención rápida de la misma, al momento de ingresar un paciente con intento de suicidio se realiza una entrevista y una observación del mismo, como así también a sus referentes afectivos, de la cual se recolecta información acerca de la letalidad, planificación del acto, si se realizaron intentos de suicidio previos, antecedentes de salud mental, método utilizado, letalidad, grado de impulsividad, evento desencadenante y actitud del paciente antes y después del acto, entre otros.

Si bien la ficha presentada a continuación, no es completada en el momento en que ingresa una persona con intento de suicidio a la guardia, si fue seleccionada y utilizada por un periodo de tiempo por el Lic. en Terapia Ocupacional, Guillermo Orquera para realizar una estadística acerca del fenómeno suicida.

SERVICIO DE SALUD MENTAL – INTENTO DE SUICIDIO

FECHA Y HORA:		
Usuario:		
DNI:	FN:	
Domicilio:		
Teléfonos:	Obra social:	
Acompañante:		
Mecanismo:		
Evaluación del Riesgo		
Letalidad:	Alta*	Moderada/baja
Planificación del acto:	Plan minucioso	Sin planificación
Circunstancias probables:	Pasaje al Acto	Acting-Out
Impulsividad:	Acto conducido a aliviar tensiones psíquicas	Acto llevado a cabo con posibilidad de reflexión
Actitud posterior al acto:	No manifiesta arrepentimiento indiferente	Busca ayuda
Evento desencadenante:		
Antecedentes		
Intentos previos	Si:	No
Dx en Salud Mental	Si:	No
Consumo sustancias	Si:	No
Autolesiones (sin riesgo de muerte)	Si:	No

INDICACIONES	
	Red de sostén:
	VIGILANCIA PERMANENTE
	ESQUEMA PSICOFARMACOLOGICO:
	INTERNACION EN GUARDIA CENTRAL
	INTERNACION EN SSM
	SEGUIMIENTO EXHAUSTIVO EN SSM:
	DERIVACION ASISTIDA:

Capítulo 3: Factores Biológicos, Psicológicos y Sociales asociados al Fenómeno Suicida

Debido al gran aumento en las tasas de suicidio es fundamental poder estudiar e identificar cuáles son los factores tanto biológicos, psicológicos como sociales que intervienen y determinan dicho fenómeno, dado que el suicidio debe abordarse desde una perspectiva multidimensional, ya que no involucra únicamente a la persona en sí, sino múltiples factores que se interrelacionan y generan como efecto en la persona el intento de quitarse la vida.

3.1 Factores Biológicos

Dentro de los factores biológicos se pueden considerar diferentes marcadores biológicos que podrían estar asociados a la conducta suicida. Entre estos se han encontrado diferentes resultados obtenidos en estudios donde se plantea que los niveles de cortisol en pacientes con intento suicida son excesivamente altos o bajos, pero nunca presentan un nivel normal (Coryell & Schlessler, 2001; Lindqvist, Isaksson, Träskman, Bendz & Brundin, 2008; van Heeringen, 2003; Jokinen & Nordström, 2008, 2009).

Como así también la desregulación en el eje Hipotalámico-Pituitario-Adrenal podría estar vinculado al fenómeno suicida en pacientes con desórdenes del estado de ánimo (Jokinen & Nordström, 2008).

También estudios posmortem desarrollaron que en víctimas de suicidio se han presentado alteraciones en el sistema noradrenérgico, tales como

niveles bajos en la respuesta noradrenérgica. (Jokinen, Ouda & Nordström, 2010).

Algunas de las enfermedades asociadas al riesgo de presentar un comportamiento suicida son la depresión mayor, trastorno bipolar, esquizofrenia, alcoholismo, abuso de sustancia y ansiedad.

Aunque es importante destacar que ningún marcador biológico por sí solo conduciría a una conducta suicida, pero la combinación con otros factores de riesgo si podría ser un predictor para el fenómeno suicida o tener factores predisponentes podría llegar a aumentar el riesgo suicida.

3.2 Factores Psicológicos

Dentro de los factores psicológicos asociados a la conducta suicida son el poco control de interferencia y de flexibilidad cognoscitiva, errores en la toma de decisiones, mayor atención hacia estímulos negativos, estado de ánimo de fracaso, la sensación subjetiva de no poder afrontar los problemas, poca capacidad para afrontar los problemas, evitación de la mayoría de los contactos sociales, impulsividad y problemas en la regulación de respuestas agresivas (Mann, et al., 2005; Van Heeringen, 2001).

Además, se ha mostrado que personas con intento de suicidio han tenido un pobre desempeño en tareas de funciones ejecutivas como en el control de interferencia, flexibilidad cognoscitiva, fluidez verbal y toma de decisiones (Keilp et al., 2001; Jollant et al., 2005; Van Heeringen et al., 2011).

También se ha observado que personas con tentativa o ideación suicida muestra menos capacidad para solucionar problemas (Pollock & Williams, 2001). Como así también alteraciones emocionales y disfunción emocional sería un factor de riesgo (Jollant et al., 2005)

3.3 Factores Sociales

Dentro de estos factores es importante realizar una clasificación entre un nivel macrosocial y otro microsociales. Dentro de los primeros se puede considerar que hay un mayor número de suicidios en hombres que en mujeres, pero más intentos en estas últimas. En el segundo se puede considerar la

dinámica familiar en tanto esta puede ser cálida o cooperativa y favorece al crecimiento personal o puede presentarse como un factor de riesgo (Herrera & Avilés, 2000), propiciando a un mayor riesgo de presentar comportamiento suicida con mayor prevalencia en mujeres (Pérez-Amezcuca et al., 2010).

Capítulo 4: El Modelo Ecológico y la Influencia de la Cultura en el Fenómeno Suicida

4.1 Conceptualización del Modelo Ecológico

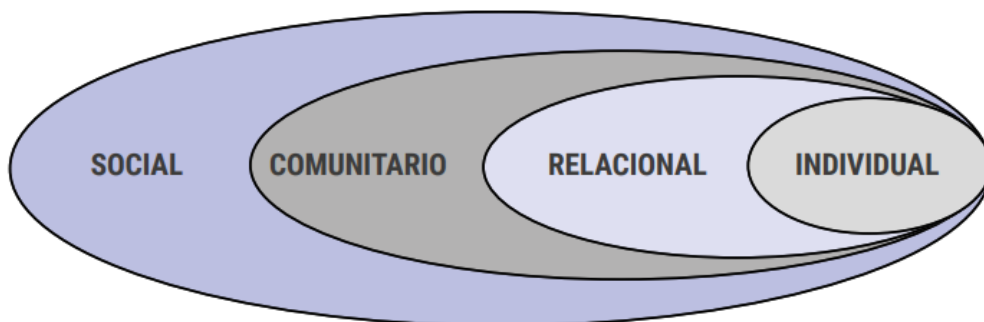
El modelo ecológico surge y es planteado por la OPS/OMS a partir de que se toma al fenómeno de la violencia, dentro de la cual el suicidio quedaría enmarcado, ya no desde un enfoque individual, basado en las propias características del sujeto, sino más bien como el resultado de la acción recíproca de factores individuales, relacionales, sociales, culturales y ambientales. Por lo tanto, al queda la violencia definida desde múltiples factores, surge el modelo ecológico, como herramienta que permite explicar estos múltiples factores y cómo estos intervienen y generan el fenómeno de la violencia. Este modelo se basa en cuatro niveles:

- Nivel individual: está vinculado a todos aquellos factores biológicos y personales que influyen en el modo en que un sujeto se comporta y que lo predisponen tanto a la victimización como a la perpetración de actos violentos. Este nivel incluye características demográficas, abuso de sustancias, patologías mentales, entre otros.
- Nivel relacional: esta dimensión examina cómo las interacciones sociales más íntimas de un individuo pueden influir significativamente en su comportamiento y vulnerabilidad ante la violencia. Estas relaciones incluyen el entorno familiar inmediato, las amistades cercanas y las relaciones románticas o de pareja.
- Nivel comunitario: hace referencia al entramado social más amplio donde los individuos desarrollan sus actividades cotidianas y establecen sus interacciones sociales. Este nivel abarca los diversos espacios comunitarios como las instituciones educativas, los entornos laborales,

los barrios y otros espacios de socialización, analizando cómo sus características específicas pueden influir en la manifestación de comportamientos violentos.

- Nivel social: este nivel abarca los elementos estructurales y culturales que permean toda la sociedad y que pueden normalizar o inhibir las manifestaciones violentas. Incluye el análisis de normas culturales que legitiman el uso de la violencia como mecanismo de resolución de conflictos, sistemas de creencias que priorizan determinados valores por encima del bienestar individual y construcciones sociales que naturalizan relaciones de poder desiguales. También contempla políticas institucionales que pueden fomentar el uso desproporcionado de la fuerza, así como factores sociopolíticos que generan o mantienen tensiones entre diferentes grupos sociales o naciones.

Este modelo ecológico permite identificar y explicar cuáles son los distintos determinantes de la salud en tanto estos interactúan entre sí y determinan el estado de salud tanto individual como social. Este modelo por lo tanto permite determinar cuáles son las causas que generaron las violencias y plantea que es necesario abordar a las mismas a partir de la interdisciplinariedad y la intersectorialidad.



Nota. Adaptado de *Abordaje Integral del Suicidio en las Adolescencias. Lineamientos para Equipos de Salud* (p. 23), por OPS/OMS, 2003.

4.2 La Teoría de los Tres Pasos

Una de las teorías más actuales para explicar el suicidio es la Teoría de los Tres Pasos, creada en el año 2015 por Klonsky y May. Esta postula que el origen de la ideación suicida se produce por la combinación entre “dolor y desesperanza”, “falta de conexión o vinculación a otras personas”, “ausencia de un trabajo o proyecto vital significativo” junto con la propia “capacidad de suicidio” de la persona. Por lo que esta combinación de factores explicaría el pasaje de la ideación a la acción suicida.

Dicha transición se produciría en tres pasos:

1. En el primer paso se establece la ideación suicida por la presencia de dolor físico y/o emocional (por ejemplo, pérdidas significativas, fracasos, entre otros) en conjunto con sentimientos de desesperanza (visión fatalista acerca del futuro) y pensamientos nihilistas.
2. El segundo paso está caracterizado por la desconexión social. Se produce una ruptura de la persona con las conexiones significativas de la vida (trabajo, proyectos, vínculos, entre otros), lo cual incrementa sus deseos de morir.
3. El tercer paso se vincula con la transición de la ideación al intento de suicidio. A los factores anteriormente mencionados, se le añade la capacidad o habilidad (impulsividad, antecedentes de episodios de autoagresividad y de intentos/suicidios consumados de referentes significativos) y el acceso a los medios para cometer un acto suicida.

4.3 Cultura, Preconceptos y Mitos en relación al Suicidio

Existen algunos preconceptos y mitos ligados en relación con el suicidio según los aportes de la Dra. María Martina Casullo, el Dr. Pérez Barrero y el Lic. Carlos Martínez:

- “Las personas que hablan de suicidio rara vez se suicidan”

Esto no es real, dado que las personas que se suicidan dan indicios, dejan advertencias o comentan acerca de su muerte.

- “Los suicidas sólo desean morir y nadie puede sacarlos de esa idea”
Esto no es así, dado que muchas veces las personas con ideación suicida presentan sentimientos ambivalentes con respecto a su propia muerte.

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

En base a información obtenida en autopsias psicológicas, se pudo determinar que en aquellos casos en que la persona que se ha suicidado ha padecido de depresión, ansiedad, alcoholismo, entre otros., son problemáticas que pueden tratarse y puede lograrse resultados eficaces.

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

Esto no es así, puede suceder que el intento de suicidio se dé durante el transcurso de un evento estresante y que ante esa situación, la persona salga fortalecida y no vuelva a ocurrir un intento.

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

Esto es falso, dado que aun en situaciones muy complejas y difíciles, muchas personas pueden salir airoso de las mismas y mantener un proyecto de vida.

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

Casullo derriba este mito al explicitar que las personas que presentan ideaciones o intentos de suicidio presentan una elevada rigidez cognitiva y falta

de habilidades sociales.

- “Solamente las personas que están muy psicóticas se suicidan”

Más allá de que en diferentes casos de intentos o suicidios consumados puede presentarse una comorbilidad de diferentes patologías, este no necesariamente se va a dar exclusivamente en psicóticos.

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

Algunos autores (Marusic, Roska & Hughes, 2004) han informado que en alrededor de un 40% de los casos estudiados se encontró que las historias personales incluían la existencia del suicidio de algún miembro de la familia

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

Se ha demostrado que poder hablar con una persona con ideas de suicidio y brindarle un lugar de contención, lo alivia y lo saca del aislamiento, por lo tanto, es un modo de poder ayudarlo.

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

Esto no es así, por el contrario, si la persona presenta inesperadamente una mejoría, esto puede deberse a que ya tomó la decisión para llevar adelante su planificación.

- “Las personas con conductas autodestructivas buscan llamar la atención”

Esto es falso. En realidad, lo que la persona está queriendo comunicar es un pedido de ayuda y es la única manera en la que puede hacerlo.

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

No necesariamente los suicidios se dan en poblaciones con bajos recursos económicos, este puede también presentarse en aquellas personas que poseen un nivel socioeconómico más elevado.

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

Se ha demostrado que esto no es así, dado que muchos de los sujetos que han intentado o han consumado el suicidio lo habrían comunicado de cierto modo antes de realizarlo.

4.4 Familia y Ambiente Invalidante

Linehan es la creadora de la Terapia Dialéctico Conductual (DBT), un tratamiento psicológico que se desarrolló en los años 80 para tratar el Trastorno Límite de la Personalidad. El concepto de ambiente invalidante es tomado de la teoría biosocial planteada por Marsha Linehan para conceptualizar el Trastorno Límite de la Personalidad, caracterizado principalmente por la desregulación emocional, la cual refiere a una gran sensibilidad emocional y la falta de habilidades para regular la misma, ya que la persona no aprendió las habilidades necesarias para hacerlo y en su lugar aprendió conductas extremas para regular.

La desregulación emocional es el resultado de una combinación de factores biológicos y ambientales: vulnerabilidad emocional y ambiente invalidante.

Se puede tomar dos definiciones de lo que sería el ambiente invalidante (Linehan, 1993):

1. Es un contexto en el cual los miembros de la familia reaccionan de una forma inapropiada a las experiencias privadas del niño, niña o adolescente, ya sea a través de la minimización o subestimación.

2. Es un contexto donde se enseñan habilidades de regulación emocional de manera inadecuada y esto generaría en la persona un aprendizaje disfuncional en el sujeto.

En ambas definiciones se puede observar cuando el contexto minimiza o subestima las experiencias privadas de la persona, esto llevaría a no enseñar cuales son las habilidades necesarias para la regulación emocional y en cambio generaría el aprendizaje de conductas disfuncionales. En consecuencia, se puede plantear tres características del ambiente invalidante:

I. Rechaza la comunicación de experiencias privadas

En primer lugar, es necesario comprender a las experiencias privadas como las emociones, sensaciones físicas, pensamientos y recuerdos que experimenta una persona. Los ambientes invalidantes rechazan o ignoran la comunicación de las experiencias privadas de los individuos que se desarrollan en ellos. Esto se refiere a que cuando las personas intentan expresar y compartir sus vivencias emocionales y sus dificultades personales, el contexto no les brinda la validación y el refuerzo adecuado.

Este rechazo o ignorancia de las experiencias privadas tiene implicaciones negativas significativas para el desarrollo y la regulación emocional de los individuos, puede llevar a que el individuo aprenda que hay algo "malo" o inapropiado en sus emociones, y comience a intentar suprimirlas como estrategia de regulación. Si bien la supresión puede funcionar inicialmente, a la larga suele tener un efecto paradójico, generando un aumento de la expresión emocional que se buscaba evitar.

II. Refuerza intermitentemente la escalada de la expresión emocional

Los ambientes invalidantes se caracterizan por reforzar intermitentemente la escalada de la expresión emocional. Esto significa que, en

estos entornos, las personas reciben atención y validación de los demás sólo cuando manifiestan sus emociones de manera exacerbada, en lugar de cuando las expresan de forma moderada y apropiada.

La falta de un modelo y entrenamiento apropiado para la regulación emocional en estos ambientes invalidantes, lleva a las personas a oscilar entre la supresión emocional (sobre regulación) y la expresión emocional extrema. Esto impide el desarrollo de estrategias saludables y adaptativas para comunicar y manejar las propias emociones.

III. Sobre simplificar la Resolución de Problemas

Los ambientes invalidantes tienden a sobre simplificar la resolución de problemas. Esto se refiere a que, en estos entornos, cuando las personas enfrentan dificultades o situaciones problemáticas, a menudo se les responde con soluciones simplistas, sin considerar las verdaderas capacidades y recursos del individuo. Esto tiene consecuencias negativas importantes dado que no enseña a la persona a tolerar el malestar emocional que conlleva enfrentar problemas, ni a desarrollar estrategias efectivas para resolverlos. En su lugar, refuerza patrones de respuesta caracterizados por una alta activación emocional frente a los problemas.

4.5 Tipos de Familia

Marsha Linehan plantea que existen tres tipos de familia: “Las familias caóticas (caracterizadas por la negligencia y el maltrato), las familias perfectas (en las que la expresión de emociones negativas es mal vista), y las familias normales (en las que sobresale la falta de encaje entre las características del hijo y la de los padres (Lineham, 1993, p. 43)

4.6 Factores de Riesgo

Los factores de riesgo hacen referencia a aquellos rasgos o características de un individuo que aumentan la probabilidad de que sufra una enfermedad o lesión. Estos factores pueden dividirse en:

- Factores individuales: incluyen problemas de salud mental y física. Tales como intentos de suicidios previos, trastornos mentales, consumo nocivo de sustancias, pérdida de trabajo, desesperanza, dolor crónico, antecedentes familiares de suicidio, factores genéticos y biológicos.
- Factores comunitarios: incluyen factores sociales, políticos, ambientales, culturales y económicos que se vinculan a la calidad de vida de una persona. Dentro de estos pueden considerarse, acceso a medios utilizables para suicidarse, notificación inapropiada por los medios de difusión, estigma asociado con comportamientos de búsqueda de ayuda, desastres, guerras y conflictos, discriminación, traumas o abuso.
- Factores relacionales: están vinculados a las relaciones y vínculos interpersonales tales como la familia, los amigos, los compañeros de trabajo, entre otros. Dentro de estos puede considerarse, el sentido de aislamiento y falta de apoyo social, conflicto en las relaciones, disputas o pérdidas.

4.7 Factores Protectores

Los factores protectores hacen referencia a rasgos, características o elementos del ambiente que disminuyen la vulnerabilidad y la probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión. Estos pueden clasificarse en:

- Individuales: tales como no poseer un padecimiento mental, poseer una buena autoestima, no consumir sustancias, saber buscar ayuda en momentos difíciles, tener una visión positiva del futuro, presentar habilidades sociales, de resolución de problemas, tener control de las emociones y de los impulsos, entre otros.
- Familiares: poseer relaciones de apoyo, seguridad y confianza entre los miembros de la familia, educar a los integrantes resaltando aspectos

positivos y no humillando al otro, no poseer armas de fuego en el domicilio, enseñar a ser responsables de los actos, no culpables, entre otros.

- Sociales: tener posibilidad de acceso a los servicios de salud, promoción del bienestar de la familia y de la comunidad, garantías a derechos como la educación, el trabajo, la seguridad social, proveer soporte social, médico a las personas en situaciones de crisis o grupos vulnerables, entre otros.

Diseño Metodológico

Para la realización del Trabajo Integrador Final de la Licenciatura en Psicología se ha seleccionado la metodología cualitativa y cuantitativa, con un tipo de investigación descriptiva según sus objetivos internos:

La metodología cuantitativa se caracteriza por su énfasis en la medición y cuantificación de los fenómenos sociales. Se fundamenta en un modelo hipotético-deductivo, donde el investigador parte de un marco teórico y busca contrastar empíricamente sus hipótesis. Sus principales rasgos son la objetividad, la medición rigurosa y la búsqueda de la generalización de resultados (J. Yuni, C. Urbano, 2014).

La metodología cualitativa se orienta a la comprensión de los significados subjetivos y las experiencias de los sujetos. No busca medir, sino interpretar y describir profundamente los fenómenos sociales desde la perspectiva de los propios actores. El investigador se involucra directamente, reconociendo que su propia subjetividad es parte del proceso de construcción de conocimiento (J. Yuni, C. Urbano, 2014).

La preocupación primordial de la investigación descriptiva radica en describir algunas características fundamentales de conjuntos homogéneos de fenómenos. Las investigaciones descriptivas utilizan criterios sistemáticos que permiten poner de manifiesto la estructura o el comportamiento de los fenómenos en estudio, proporcionando de ese modo información sistemática y comparable con la de otras fuentes (Sabino C., 2002).

En relación a las variables, entendemos por las mismas cualquier característica o cualidad de la realidad que es susceptible de asumir diferentes valores (Sabino C., 2002). Para la realización del Trabajo Integrador Final se seleccionaron dos variables, una es el intento de suicidio de los usuarios que asisten al Servicio de Salud Mental perteneciente al Hospital Regional “Dr. Enrique Vera Barros” y la otra, es el ambiente invalidante que podría estar presente en dichos usuarios.

En relación al tipo de datos a ser recogidos en dicha investigación, se va a utilizar un diseño de campo, los cuales hacen referencia a que los datos de interés se recogen en forma directa de la realidad, mediante el trabajo concreto del investigador y su equipo. Estos datos, obtenidos directamente de la

experiencia empírica, son llamados primarios, denominación que alude al hecho de que son datos de primera mano, originales, producto de la investigación en curso sin intermediación de ninguna naturaleza (Sabino C., 2002).

Unidad de Análisis

La unidad de análisis, tomando a lo planteado por Decarlo M., hace referencia a la entidad sobre la que se desea poder decir algo al final de un estudio, es lo que se consideraría como el foco principal de estudio. En dicho proyecto serían los usuarios que asisten al Servicio de Salud Mental perteneciente al Hospital Regional “Dr. Enrique Vera Barros”.

Unidad de Observación

Las unidades de observación hacen referencia a aquellas entidades en las cuales el investigador va a poder obtener la información relativa a sus variables o categorías de análisis. Estas unidades pueden ser elementos, individuos de una especie animal o vegetal, personas, instituciones sociales, grupos o colectivos, objetos culturales, documentos escritos, entre otros (Jose Alberto Yuni, Claudio Ariel Urbano, 2014). Las unidades consideradas para este estudio son las siguientes:

Unidad de observación: usuarios con intentos de suicidio que asisten al Servicio de Salud Mental perteneciente al Hospital Regional “Dr. Enrique Vera Barros”.

Muestra: grupo de individuos que ingresan al Servicio de Salud Mental por intento de suicidio en el primer bimestre del año 2025.

Instrumentos de Recolección de Datos

Los elementos de recolección para llevar adelante la investigación del Trabajo Integrador Final serán:

Observación no participante: está ligada a un cierto distanciamiento del investigador respecto a los fenómenos de la realidad observada. En la investigación social, el observador participante adopta una clara posición para no involucrarse con la situación que observa; adopta un rol de espectador de la realidad y evita realizar acciones que modifiquen o alteren el fenómeno que le interesa observar (José Alberto Yuni, Claudio Ariel Urbano, 2014).

Entrevista semiestructurada: Parte de un guion en el cual se señalan los temas relacionados con la temática del estudio. En el desarrollo de la entrevista, se van planteando los interrogantes sin aferrarse a la secuencia establecida previamente, permitiendo que se formulen preguntas no previstas pero pertinentes.

Investigación documental: estrategia metodológica de obtención de información, que supone por parte del investigador el instruirse acerca de la realidad objeto de estudio a través de documentos de diferente materialidad (escritos, visuales, numéricos) con el fin de acreditar las justificaciones e interpretaciones que realiza en el análisis y reconstrucción de un fenómeno que tiene características de historicidad (José Alberto Yuni, Claudio Ariel Urbano, 2014). Dentro de estos se va a utilizar en base a su materialidad, documentos escritos y en relación a su contenido, documentos acerca de hechos reales.

Encuesta: técnica de obtención de datos mediante la interrogación a sujetos que aportan información relativa al área de la realidad a estudiar. En cuanto al tipo de cuestionario a realizar es de administración indirecta.

Objetivos de la Investigación

Objetivo General

Indagar sobre la existencia del ambiente familiar invalidante en los casos de intentos de suicidio en los usuarios que asisten al Servicio de Salud Mental del Hospital Regional “Dr. Enrique Vera Barros” en el primer bimestre del año 2025.

Objetivos Específicos

Describir los factores biológicos, psicológicos y sociales que conducirían al intento de suicidio

Identificar los factores de riesgo y de protección dentro del ambiente familiar asociados a intentos de suicidio.

Determinar el impacto del ambiente familiar invalidante en la salud mental de los sujetos con intento de suicidio.

Contextualización

Para poder llevar adelante dicho proyecto, las practicas intensivas se llevaron a cabo en el Servicio de Salud Mental del Hospital Regional “Dr. Enrique Vera Barros”, ubicado en la calle Tupac Amarú s/n, dicho servicio ya funcionaba en el año 1985, pero funcionaba como neuropsiquiatría y era un servicio más perteneciente al Hospital Común Regional “Andino Presidente Plaza”. En ese momento el equipo estaba conformado por un médico neurólogo y un médico clínico. El director de dicho servicio era el Dr. Mariet, era el único psiquiatra de la provincia y en esta institución se atendían todos los casos tanto de capital como del interior.

Ya en el año 2000, se modifica el nombre del hospital y ya pasa a llamarse Hospital Regional “Dr. Enrique Vera Barros”, el mismo se traslada a la ubicación en la que se encuentra actualmente y en la parte vieja queda el servicio de psiquiatría, donde ya desapareció la figura del médico neurólogo del mismo y únicamente quedó el psiquiatra. Posterior a eso, con la aparición de la Ley de Salud Mental, en el año 2011 pasa a denominarse como “Servicio de Salud Mental”.

El objetivo principal de la institución es la cobertura y asistencia de todos los casos vinculados a la salud mental de la provincia de La Rioja, tanto de capital como del interior.

Sus horarios de atención son de lunes a viernes, la guardia interdisciplinaria de 14:00 a 08:00 horas, los sábados, domingos y feriados de 08:00 a 08:00 horas. Al ser un servicio que por cuestiones edilicias queda por fuera del Hospital General, se cuenta con diferentes áreas, donde desde el hospital se envía un responsable para cada una de las mismas.

En relación al equipo interdisciplinario, este está compuesto por tres médicos psiquiatras de planta, cuatro trabajadores sociales de planta, tres con contrato, cuatro terapistas ocupacionales de planta, una psicóloga de planta, una de contrato. Los cuales se dividen en 3 equipos: A, C y D.

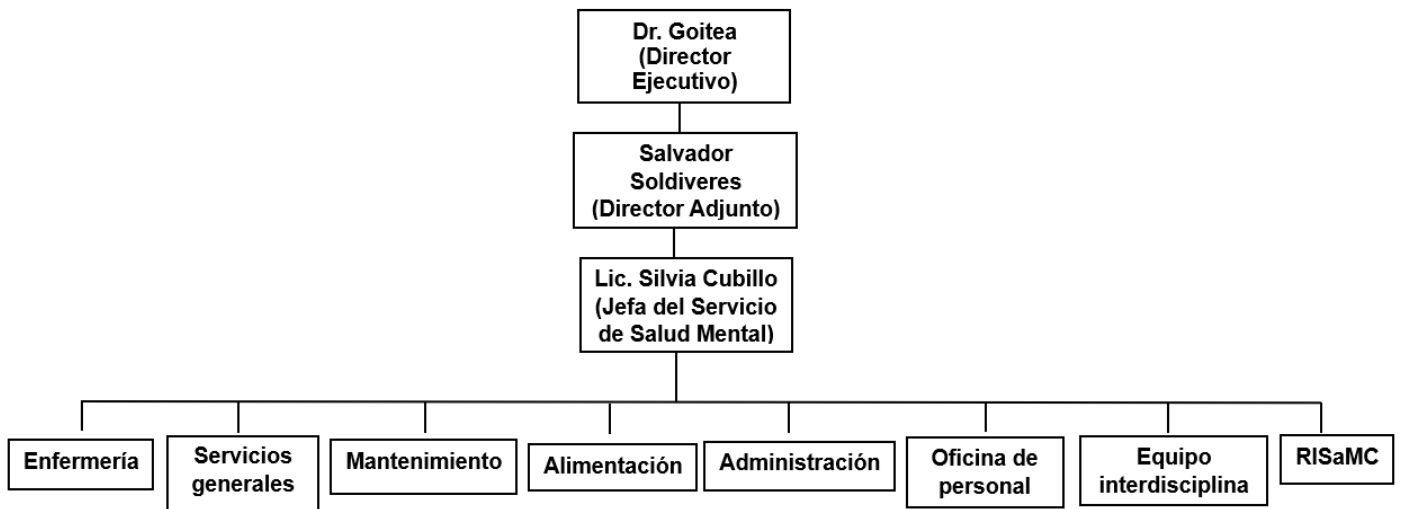
Además, se cuenta con 12 enfermeros, 2 administrativos, personal son 5, servicios generales son 4, de alimentación forma parte 1 nutricionista, de mantenimiento son 3 y de servicios generales son 5.

Además, se cuenta con la Residencia Interdisciplinaria de Salud Mental Comunitaria, creada en el año 2011.

En relación a sus condiciones edilicias, el servicio de salud mental cuenta con 19 habitaciones, de las cuales 1 esta clausurada:

- Zoom.
- 1 habitación de servicio general (limpieza).
- Enfermería.
- Oficina de mantenimiento.
- Comedor.
- Cocinar.
- Sala de profesionales, que cuenta con un baño y cocina.
- Patio.
- Sala de Terapia Ocupacional, es utilizada por los residentes para brindarle talleres a los usuarios y además reciben clases.
- Oficina de la Jefa del Servicio.
- Cinco consultorios, uno se lo utiliza para realizar evaluaciones en las guardias.
- Administración.
- Oficina de personal.
- Baño, hacia adelante que es para el público en general.
- Sala de espera.
- Habitación de profesionales de guardia, 1 para hombres, 1 para mujeres, con baño incluido.
- Sala de residentes, cuenta con un baño.
- Estacionamiento.

Organigrama



Presentación de datos

En el siguiente apartado se presentan todos los datos obtenidos a partir de las practicas realizadas en el Servicio de Salud Mental, las cuales se llevaron adelante en periodo de dos meses, en enero y febrero del año 2025, de lunes a viernes, en los horarios de 08:00 a 13:00 y participando también en las guardias, de 14:00 a 20:00 horas.

Los datos recolectados en las mismas, se los pudo obtener a partir de los instrumentos de recolección seleccionados para culminar con el trabajo integrador final, tales como entrevistas semiestructuradas a profesionales pertenecientes al Servicio de Salud Mental, estas fueron 10 entrevistas en total (3 residentes de psicología, 1 residente de psiquiatría, 2 residentes de trabajo social, 1 terapeuta ocupacional del equipo de planta y 3 trabajadoras sociales pertenecientes al mismo equipo), observación no participante en guardias, donde se llevaron a cabo interconsultas en el Hospital Regional Dr. Enrique Vera Barros y en controles/ consultorio externo en dicho servicio.

Como así también se pudieron recolectar datos de los libros de acta, lo que permitió obtener información para realizar estadísticas y de las historias clínicas de determinados usuarios que ingresaron al servicio de salud mental por motivo de intento de suicidio, de las cuales se pudo entrevistar a una de estas usuarias.

Historias Clínicas

HISTORIA CLÍNICA 1	
Sexo	Femenino (sin obra social)
Edad	41 años
Situación ocupacional	Formal (enfermera)
Motivo de consulta	Intento de suicidio (ingreso por guardia central, se realizó la evaluación por parte del equipo de Salud Mental)

Factores desencadenantes	Pelea con su ex pareja, quien le planteo separarse y llevar sus pertenencias (conflictiva de pareja)
Mecanismo	Autoflagelación (cortes en antebrazo izquierdo, cortes superficiales)
Antecedentes clínicos	Si hubo, estuvo internada 1 año realizando tratamiento
- Diagnóstico en salud mental	Dudoso. En una ocasión llego a la guardia en una ocasión con medicamentos farmacológicos (múltiples)
- Intentos previos	Hubo múltiples ingresos al hospital, pero no se pidió nunca interconsulta con Salud Mental.
- Consumo de sustancias	
- Autolesiones	
Ingresos: solo o acompañado	Sola Por guardia central y por oficio judicial
Situación familiar	No se pudo recolectar mucha información. Solo se sabe que tiene 3 hijos, dos viven en Córdoba. 1 en La Rioja, de 14 años.
- Antecedentes de enfermedades psiquiátricas	Hubo una internación previa por intento de suicidio, relata haber estado internada 1 año. Inicio de la enfermedad (a los 25 años de edad aproximadamente). Duración aproximada → 15 años

<ul style="list-style-type: none"> - Antecedentes personales patológicos - Hábitos tóxicos 	<p>Síntomas: impulsividad y tendencia a la autoagresión con ideas de muerte.</p> <p>Antecedentes terapéuticos → con negatividad para recibir tratamiento indicado.</p> <p>Miomas, pólipos, divertículos</p> <p>Tabaco</p>
<p>Posición de la familia acerca de enfermedad o internación</p>	<p>Relata no tener familia acá en La Rioja, porque se vino a vivir a la provincia hace varios años, está sola. Con quien plantea tener mucho vínculo es con la mamá de su ex pareja y una amiga.</p>
<p>Tratamiento: internación o psicoterapia de sostén</p>	<p>Internación involuntaria (por presentar riesgo para sí)</p> <p>Esquema psicofarmacológico: diazepam 10 mg/clorpromazina 50 mg</p>
<p>Entrevista con familiares</p>	<p>Se llevo adelante con una amiga y la ex suegra. A quienes se les preguntó por lo ocurrido. Se realizo psicoeducación sobre la internación involuntaria. Se solicitaron algunos datos y se le pidió elementos de higiene personal para la usuaria.</p>
<p>Psicosemiología</p>	<p>Estado de conciencia normal, de situación no, de enfermedad no.</p>

	<p>Memoria: eumnesia.</p> <p>Orientación: orientada autopsíquica y alopsíquicamente.</p> <p>Conducta: impulsividad.</p>
--	---

HISTORIA CLINICA 2	
Sexo	Femenino
Edad	33 años
Motivo de consulta	“Tengo muchos problemas con mi hermano y pareja” “me siento sola”
Factores desencadenantes	Conflictiva intrafamiliar y con su pareja
Mecanismo	Ingesta compulsiva de fármacos
Antecedentes clínicos	
- Diagnóstico en salud mental	
- Intentos previos	
- Consumo de sustancias	
- Autolesiones	
Ingresos: solo o acompañado	Acompañada por su hermana
Situación familiar	Ex pareja con suicidio consumado hace 2 años.
Antecedentes de enfermedades psiquiátricas	<p>Vive con su padre, madre, sus dos hijos y dos hermanos, con 1 de los hermanos tiene mala relación.</p> <p>1 intento de suicidio previo, hace 4 años.</p>

<p>Posición de la familia acerca de enfermedad o internación</p>	<p>Escaso entendimiento del riesgo que presenta la usuaria. Subestiman su estado emocional.</p>
<p>Tratamiento: internación o psicoterapia de sostén</p>	<p>Se realizó un lavado gástrico.</p>
<p>Entrevista con familiares</p>	<p>Según refiere su hermana (18 años), no es la primera vez que sucede. Es traída por el servicio 107. Su hermana plantea que tuvo una poli ingesta medicamentosa (cefalexina, amoxicilina, omeprazol, aspirina, diclofenac)</p> <p>Ella relata que su hermana se fue a vivir al interior de la provincia hace 8 años con su pareja, con quien tuvo un hijo. Luego se separó y volvió a la capital. Tiempo después se puso en pareja, con quien tiene otro hijo. Estuvieron un año juntos, se separaron y regreso con su ex pareja, quien hace dos años se suicidó.</p> <p>No se encontraron blíster de psicotrópicos</p>
<p>Psicosemiología</p>	<p>Bajo efecto medicamentoso, orientado globalmente, discurso comprensible, actitud colaboradora, poca tolerancia a la frustración, no se muestra reflexiva del intento de suicidio. Antecedentes de familiares de suicidio.</p>

HISTORIA CLINICA 3	
Sexo	Femenino
Edad	42 años. Chepes
Motivo de consulta	Abandono de tratamiento psiquiátrico. Intento de suicidio
Factores desencadenantes	
Mecanismo	Ahorcamiento
Antecedentes clínicos	
- Diagnóstico en salud mental	Trastorno bipolar no especificado
- Intentos previos	
- Consumo de sustancias	
- Autolesiones	
Hábitos tóxicos	Tabaco
Ingresas: solo o acompañado	Sola (derivada por el Hospital Luis Pasteur)
Situación familiar	
Antecedentes de enfermedades psiquiátricas	Refiere estar bajo tratamiento psiquiátrico. Ultimo control hace 2 meses. Tuvo una internación previa. Esta sería la segunda.
Posición de la familia acerca de enfermedad o internación	
Tratamiento: internación o psicoterapia de sostén	Internación involuntaria

<p>Entrevista con familiares</p>	<p>Amiga y marido son sus referentes afectivos, quienes plantean que ese día intento suicidarse ingiriendo pastillas (recetadas por su psiquiatra)</p> <p>La encontró un amigo en su casa desvanecida y la llevó al hospital. Ella plantea que se confundió de pastillas. Luego ella lo llama nuevamente por una posible quebradura de brazo, donde se golpeó cuando realizo el Intento de Suicidio (ahorcamiento)</p>
<p>Psicosemiología</p>	<p>Atención: euprosxia. Lenguaje: verborragico. Orientación: orientado auto y alopsiquicamente.</p> <p>Pensamiento: ideas suicidas.</p> <p>Aspecto: correcto. Juicio: conservado. Aspecto clínico: fractura de brazo derecho.</p> <p>Riesgo cierto o inminente: elevado para si. Grado de autonomía (autovalido). Grado de deterioro (ninguno)</p> <p>Vigil y orientada en tiempo, espacio y persona. Sin conciencia de enfermedad ni situación. Atención y voluntad conservada. Discurso verborragico, desafiante, amenazante. Niega episodio de Intento de suicidio. Baja tolerancia a la frustración. Agresividad contenida. Nula capacidad reflexiva. Con ideas encubiertas.</p>

HISTORIA CLINICA 4	
Sexo	Femenino
Edad	18 años
Motivo de consulta	Idea fija de muerte
Factores desencadenantes	Duelo no resuelto
Mecanismo	
<p>Antecedentes clínicos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diagnóstico en salud mental - Intentos previos - Consumo de sustancias - Autolesiones 	
Ingresar: solo o acompañado	Acompañada por el padre
Situación familiar	Continente de tipo nuclear, con dinámica continente. Vínculos estrechos y buena comunicación entre ellos.
Posición de la familia acerca de enfermedad o internación	
Tratamiento: internación o psicoterapia de sostén	
Entrevista con familiares	

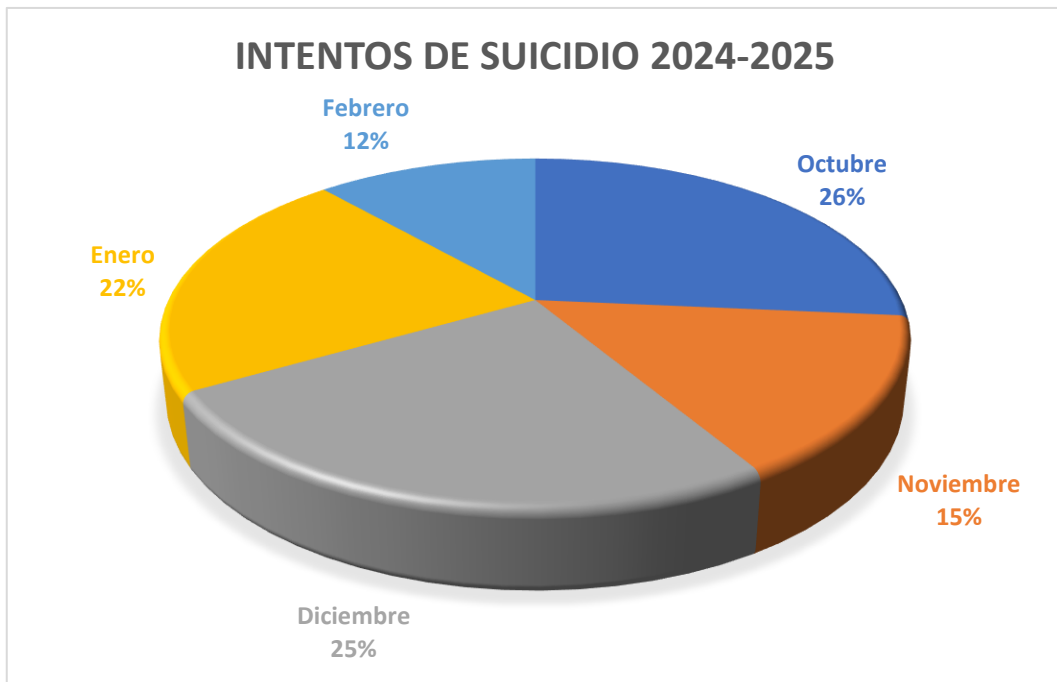
HISTORIA CLINICA 5	
Sexo	Femenino
Edad	20 años

Situación laboral	Desempleada/soltera
Motivo de consulta	Ideación y planificación de muerte/ingresa derivada de Guardia Central por intento.
Factores desencadenantes	Contexto socio-familiar desfavorable.
Mecanismo	Intoxicación por drogas ilícitas, más cortes superficiales en ambas muñecas.
<p>Antecedentes clínicos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diagnóstico en salud mental - Intentos previos - Consumo de sustancias - Autolesiones <p>Antecedentes de enfermedad</p> <p>Hábitos tóxicos</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Refiere TEC con pérdida de la conciencia luego de recibir golpe por parte de su hermana - Trastorno adaptativo con alteración mixta de las emociones y la conducta. Trastorno mental y del comportamiento causado por consumo de sustancias psicoactivas <p>Si.</p> <p>También antecedentes de internaciones por ingesta de polisustancias en diferentes dispositivos provinciales y provincias cercanas (REMAR-REVIVIR)</p> <p>Inicio: 13 años. Duración: 7 años. Síntomas: impulsiva, poco receptiva, agresiva</p> <p>Tabaco/alcohol, drogas: cocaína, psicofármacos</p>

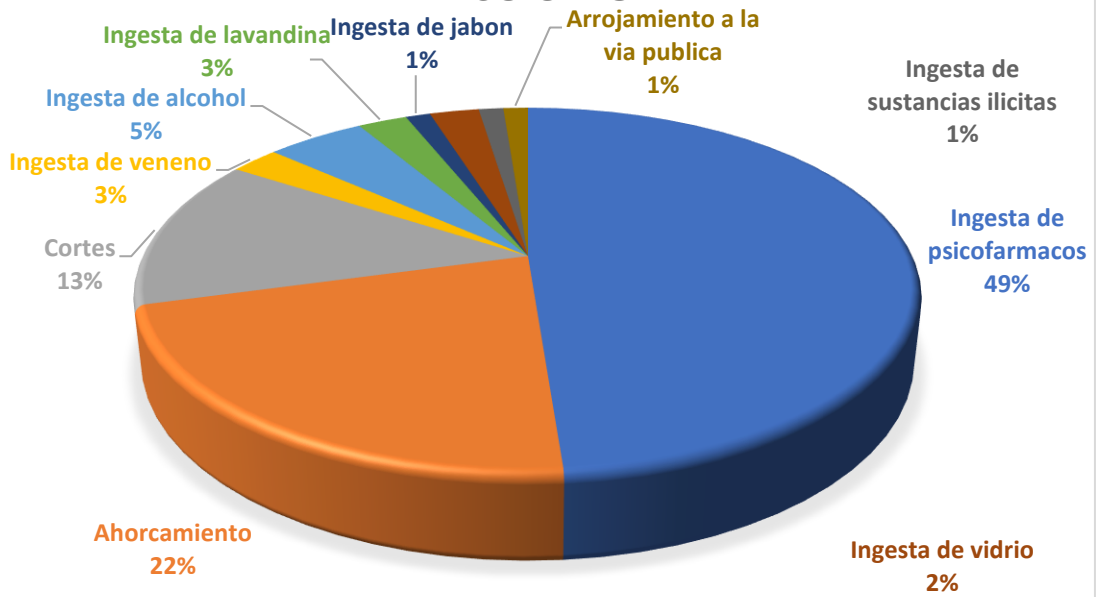
Aspectos clínicos	Cortes en ambos antebrazos (superficiales) Hematoma bpalpebral izquierdo.
Ingres: solo o acompañado	Acompañada por amigas
Situación familiar	Ampliada con dinámica conflictiva
Antecedentes de enfermedades psiquiátricas	
Posición de la familia acerca de enfermedad o internación	No se presenta al momento del ingreso pese a los llamados telefónicos realizados sin respuesta. Disfuncional/ conflictiva/ consumo de sustancias ilegales.
Tratamiento: internación o psicoterapia de sostén	Internación
Entrevista con familiares	23/01 → a las 20 horas se presentó su abuela (referente de la paciente) Relata que fue abusada a los 13 años aproximadamente. Prostitución. Madre con antecedentes de policonsumo de sustancias. Abuelo fallecido hace 8 años. Antecedentes hace 4 años de traumatismo craneoencefálico.
Psicosemiología	Idea fija de muerte, desesperanza, impulsiva con riesgo cierto e inminente para sí. Vigil, orientada auto y alopsíquicamente. Sin conciencia de enfermedad ni situación. Lenguaje

fluido, comprensible, bradipsíquico, contenido de ideas de ruina y desesperanza, mantiene planificación de muerte a futuro. Impulsiva, transgresora en los límites, indiferente afectivamente.

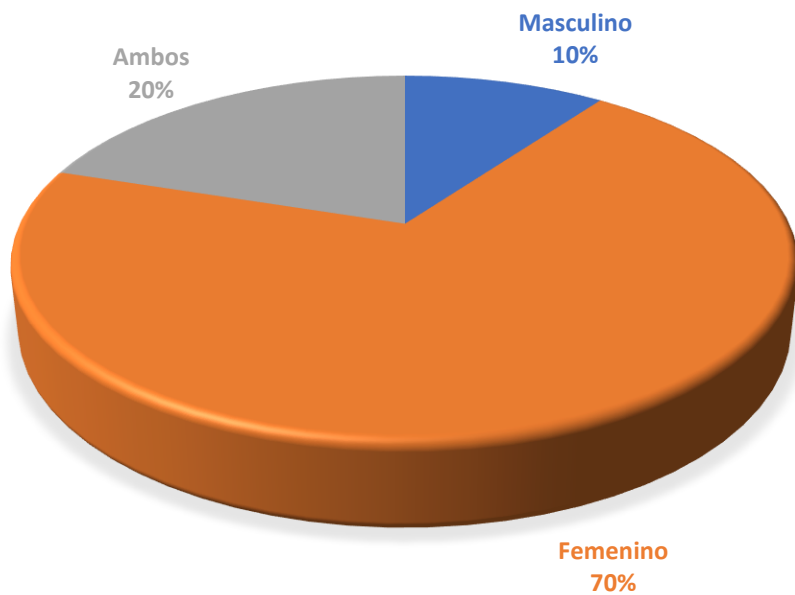
Gráficos



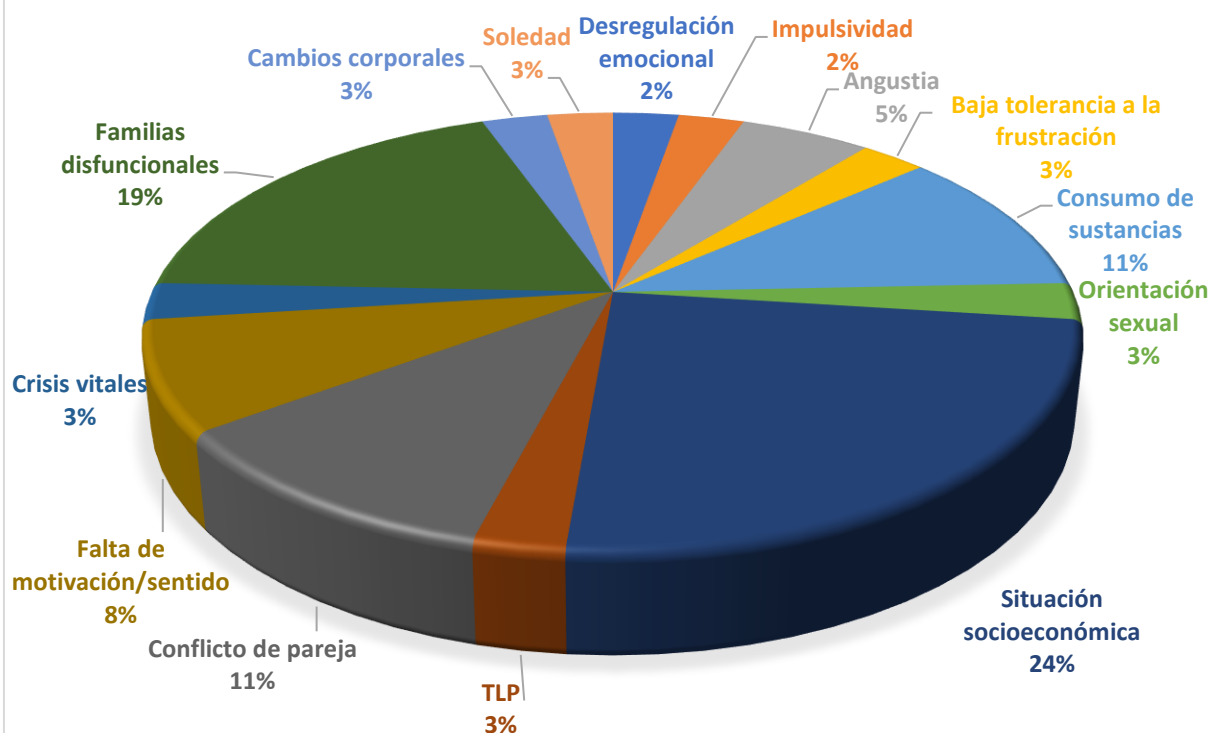
MECANISMO UTILIZADO EN LOS INTENTOS DE SUICIDIO



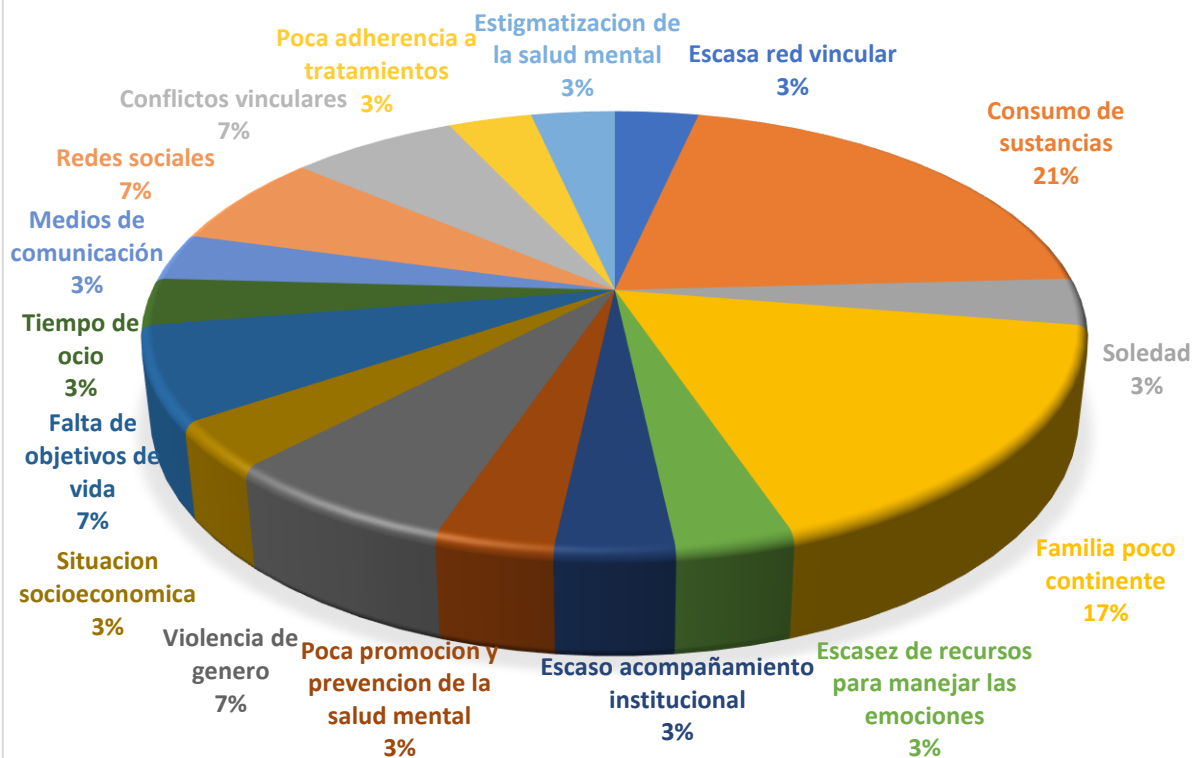
SEXO CON MAYOR PREVALENCIA DE INTENTO DE SUICIDIO



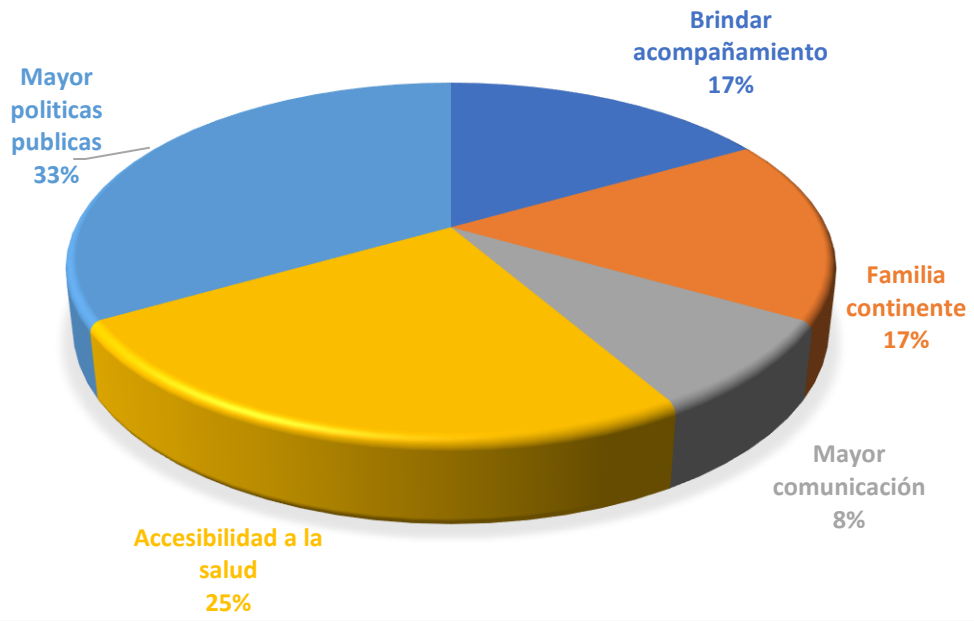
FACTORES DESENCADENANTES DEL INTENTO DE SUICIDIO



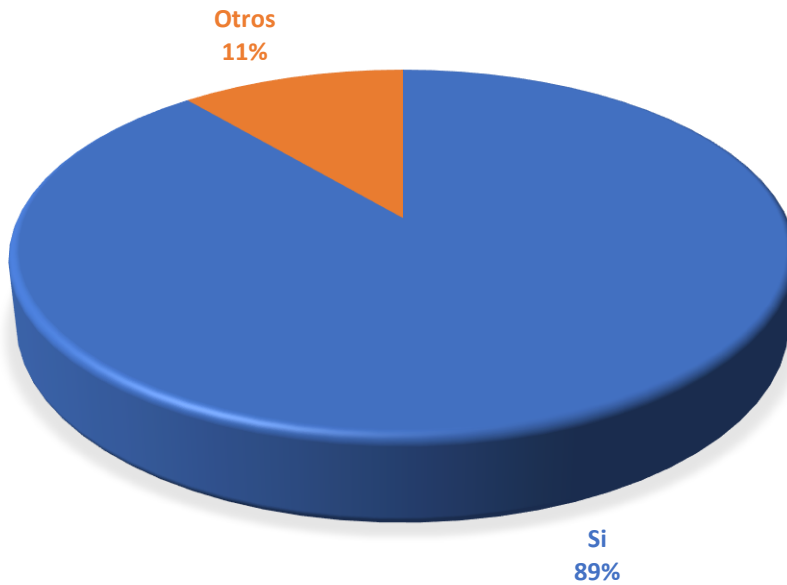
FACTORES DE RIESGO DEL INTENTO DE SUICIDIO



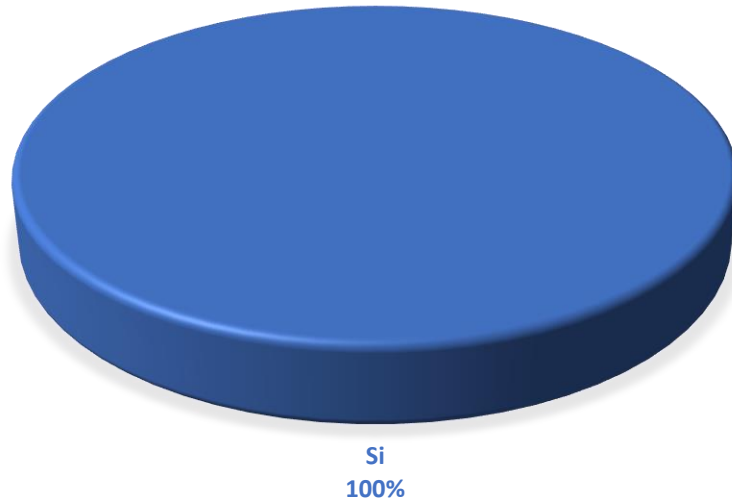
FACTORES PROTECTORES



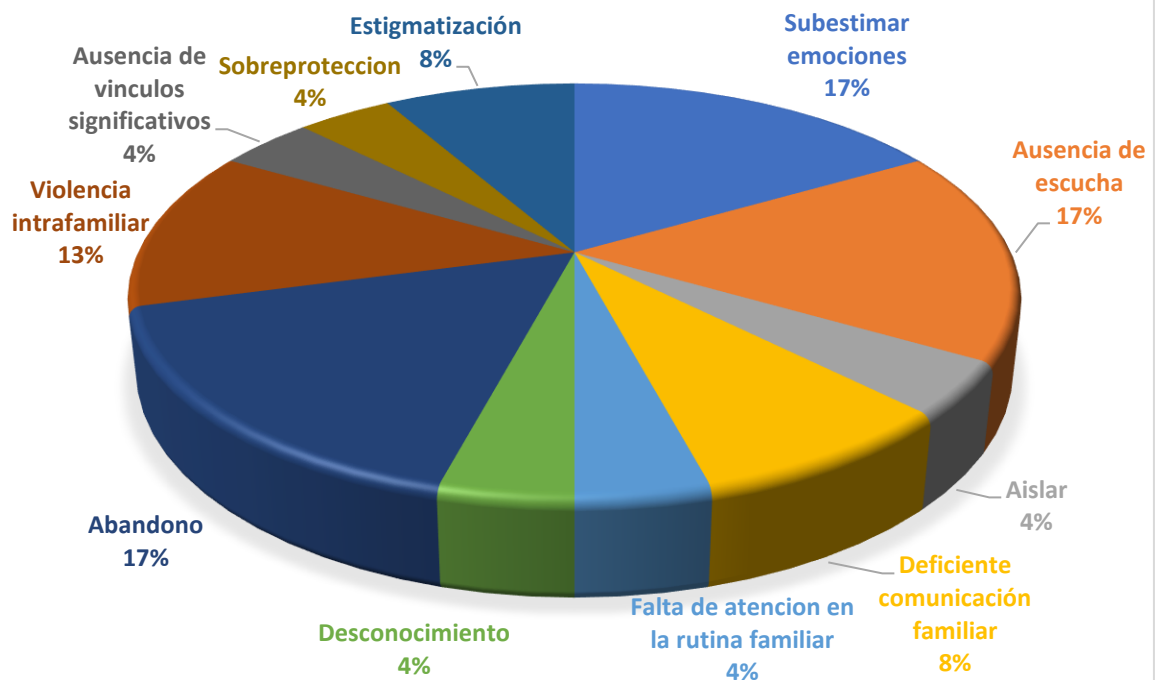
FAMILIA COMO DESENCADENANTE DE UN INTENTO DE SUICIDIO



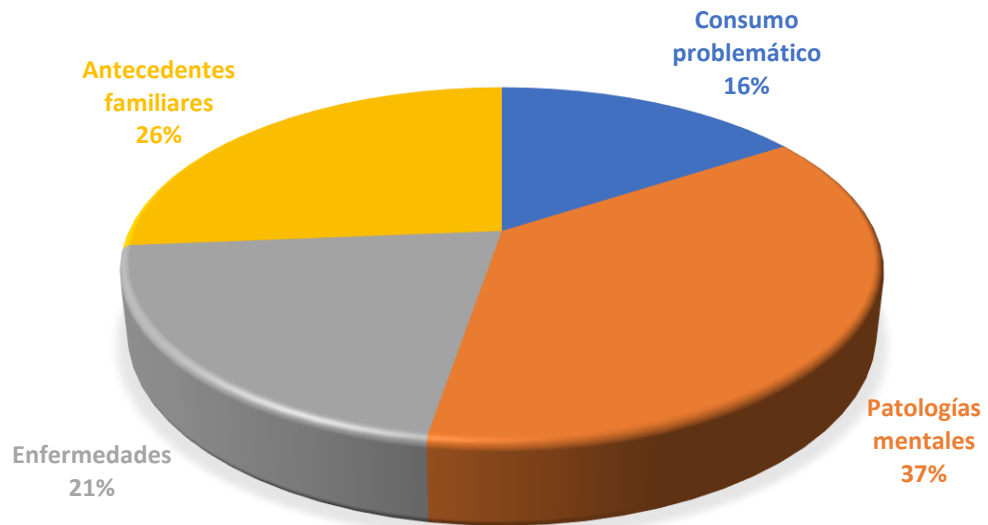
PRESENCIA DE AMBIENTE INVALIDANTE EN CASOS DE INTENTO DE SUICIDIO



CARACTERÍSTICAS DEL AMBIENTE INVALIDANTE



ASPECTOS BIOLÓGICOS RELACIONADOS AL INTENTO DE SUICIDIO



Articulación Teórica-Práctica

El suicidio y la conducta suicida constituyen una de las principales causas de mortalidad a nivel mundial. Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), anualmente más de 700.000 personas fallecen por suicidio globalmente, con tasas que presentan una tendencia creciente. Resulta particularmente relevante destacar que por cada fallecimiento por suicidio se producen aproximadamente 33 intentos, lo que convierte a los intentos de suicidio en un fenómeno cuantitativamente más significativo que los suicidios consumados (Gagliesi y Rodante, "Entrevistas con Consultantes con Conductas Suicidas").

La "Dirección Nacional de Abordaje Integral de Salud Mental" (DNSMyA, PNSIA, 2012:7), plantea al intento de suicidio como toda acción autoinfligida con el propósito de generarse un daño potencialmente letal. El presente Trabajo Integrador Final tiene como objetivo profundizar en el conocimiento de esta problemática que presenta índices alarmantes, particularmente en la provincia de La Rioja, con el propósito de aportar una perspectiva comunitaria sobre el fenómeno, poniendo el foco en la relación entre dicho fenómeno y ambiente familiar invalidante.

Para responder a los objetivos propuestos, se realizó inicialmente un análisis estadístico sobre los intentos de suicidio registrados en el Servicio de Salud Mental del Hospital Regional "Dr. Enrique Vera Barros" de la provincia de La Rioja, considerando la ausencia de estadísticas oficiales sobre esta temática, pese a su significativa prevalencia a nivel provincial y nacional.

Cabe destacar que de los diversos motivos de consultas que acuden al Servicio, una proporción considerable corresponden a intentos de suicidio, lo que refuerza la hipótesis sobre la elevada prevalencia de esta problemática en la provincia.

Mediante la revisión de los libros de actas de dicha institución, se recopiló información que permitió determinar que durante octubre del año 2024 se registró un 26% de casos de intento de suicidio, en noviembre un 15%, evidenciándose posteriormente un incremento: un 25% en el mes de diciembre y 22% en enero. En febrero, hasta el momento de finalización de las prácticas, se registró un 12%.

A partir de diez entrevistas realizadas a profesionales del Servicio de Salud Mental de La Rioja, se obtuvieron datos para la elaboración de los gráficos presentados en la sección "Presentación de datos". Respecto a la distribución etaria, se identificó una mayor prevalencia de intentos de suicidio (39%) tanto en adolescentes como en jóvenes, observándose según los profesionales una tendencia hacia la manifestación de este fenómeno en adolescentes cada vez más jóvenes. En cuanto al sexo, se registró una mayor prevalencia en el sexo femenino (70%) frente al masculino (10%), lo que concuerda con la hipótesis que sostiene que las mujeres presentan mayor incidencia de intentos de suicidio, mientras que los varones registran mayor frecuencia de suicidios consumados.

Por otra parte, es fundamental conceptualizar el fenómeno suicida desde una perspectiva multidimensional, adoptando un enfoque holístico y complejo. Esta conducta no está determinada por una única perspectiva o factor causal, sino por la interacción de múltiples factores, como lo señalan Teresita Morfin López y Armando Martín Ibarra López en "Fenómeno suicida: un acercamiento transdisciplinar", donde se corrobora la existencia de factores biológicos, psicológicos y sociales asociados a la conducta suicida:

Factores Biológicos

Todos los profesionales entrevistados confirmaron la posible relación entre factores biológicos e intentos de suicidio. Los factores con mayor presencia en estos casos son: patologías mentales (37%), antecedentes familiares o factores genéticos (26%), enfermedades físicas (21%) y consumo de sustancias (16%).

Factores Psicológicos

En las entrevistas se observó correlación con lo planteado por Mann et al. (2005) y Van Heeringen (2001), dado que los profesionales identificaron factores como desregulación emocional, impulsividad, sentimientos de inadecuación ("nada me sale bien"), frustración recurrente, angustia significativa, ansiedad generalizada y baja tolerancia a la frustración.

Factores Sociales

Siguiendo los aportes de Herrera & Avilés (2000) y Pérez-Amezcu et al. (2010), se pueden diferenciar factores macrosociales y microsociales. En los primeros, se corroboró la mayor incidencia de suicidios consumados en hombres e intentos en mujeres, como se refleja en el gráfico que muestra una prevalencia de intentos del 70% en mujeres y del 10% en hombres.

Resulta relevante analizar los mecanismos utilizados para el intento: ingesta de psicofármacos (49%), ahorcamiento (22%), autolesiones por cortes (13%), ingesta de alcohol (5%), ingesta de veneno (3%), ingesta de lavandina (3%), ingesta de vidrio (2%), e ingesta de jabón y arrojamiento a la vía pública (ambos con 1%). Tradicionalmente, la ingesta de psicofármacos predomina en mujeres y el ahorcamiento en varones; sin embargo, en los últimos meses se ha observado un notable incremento de casos de mujeres que utilizaron el mecanismo de ahorcamiento, lo cual constituye un hallazgo significativo.

En el ámbito microsociales, aproximándonos al objetivo central de esta investigación —conocer la existencia del ambiente familiar invalidante en los casos de intentos de suicidio atendidos en el servicio de salud mental del hospital regional Dr. Enrique Vera Barros—, se constata la presencia de la familia como factor de riesgo en numerosos casos, como lo postula Herrera & Avilés (2000).

Desde una perspectiva general hacia lo particular, podemos considerar a la persona desde el enfoque biopsicosocial propuesto por George Engel (1977), como contraposición al modelo médico tradicional. Este enfoque concibe al ser humano y al proceso de salud-enfermedad como un sistema jerárquicamente organizado, determinado por múltiples factores: biológicos, psicológicos y relaciones interpersonales desarrolladas en un contexto social. En consonancia con esta concepción, el modelo ecológico propuesto por la OPS/OMS permite analizar la conducta suicida dentro del fenómeno de la violencia, considerando el intento de suicidio no solo desde factores individuales, sino en su vinculación con aspectos relacionales, sociales y culturales.

Esta perspectiva se corrobora mediante las entrevistas realizadas, donde los profesionales identificaron como factores de riesgo para el intento de suicidio: consumo de sustancias (21%), familia poco continente (17%),

conflictos vinculares (7%), violencia de género (7%), escasa red vincular (3%), estigmatización de la salud mental (3%), situación socioeconómica desfavorable (3%), entre otros.

De lo anterior se infiere la importancia crucial de la confluencia de múltiples factores en la conducta suicida, descartando interpretaciones unidimensionales. Focalizando en el objetivo general de la investigación, cuando se consultó a los profesionales acerca de la familia como desencadenante de un intento de suicidio, el 89% respondió afirmativamente, mientras que un 11% explicó otros factores. Específicamente, al indagar sobre la presencia de ambiente invalidante en los casos de intento de suicidio, el 100% de los profesionales confirmó su existencia.

El contexto en el cual se desenvuelve el individuo resulta fundamental en la configuración de sus conductas. Estas no están determinadas únicamente por características intrínsecas de la persona, sino también por su entorno físico, social y cultural, así como por los eventos e interacciones que la rodean.

Por consiguiente, en la conducta suicida es esencial considerar el papel del contexto. A este respecto, se adopta el concepto de "ambiente invalidante" desarrollado por Marsha Linehan en su teoría sobre la desregulación emocional en el Trastorno Límite de la Personalidad. Se constató su presencia en los casos estudiados, tanto a través de las entrevistas a profesionales como en la entrevista realizada a una usuaria que ingresó al Servicio de Salud Mental por intento de suicidio.

En estas entrevistas se identificaron las características descritas por Linehan: la tendencia de dicho ambiente a responder inapropiadamente a la experiencia privada de la persona (creencias, emociones, pensamientos) y a mostrar insensibilidad frente a experiencias no compartidas por el grupo. Un ejemplo ilustrativo fue relatado por un profesional, quien mencionó haber escuchado en una entrevista a familiares el comentario: "se separó de la novia, no es para tanto".

Es importante destacar que los profesionales consideraron a la familia tanto como factor de protección como factor de riesgo para el intento de suicidio. Entre los factores de riesgo identificados, se puede establecer una correlación con las características del ambiente invalidante descritas por Linehan:

1. Respuestas disonantes ante la comunicación de preferencias, pensamientos y emociones (no respondiendo o haciéndolo de manera extrema): el 17% y el 8% de los profesionales enfatizaron la ausencia de escucha y la deficiente comunicación familiar. Esto puede graficarse en las entrevistas en respuestas tales como “No escuchar a tu hijo o a la persona que está padeciendo cualquier cosa”, “La falta de escucha, de dar espacio, tomar las conductas de alarma, de alerta como meros caprichos, como llamados de atención”
2. Promoción del control de la expresión emocional, especialmente del afecto negativo: el 17% de los profesionales identificaron la subestimación de las emociones. Esto puede verse en las entrevistas cuando contestaron “minimizar las emociones, invalidarlos de esa forma, minimizándolo”, “subestimar el dolor, o lo que le está pasando a la persona”, “contención desde la familia, ese sostén, de escuchar y no ser juzgado por lo que les pasa también”
3. Restricciones en las demandas que la persona realiza al entorno, discriminación basada en género u otras características, y uso del castigo (desde crítica verbal hasta abuso físico/sexual) para controlar la conducta: visible en los casos de violencia intrafamiliar (13%). Esta característica se visualiza en las respuestas tales como “Y...dentro de la familia esto que decía de un círculo violento”, “O madres sobreprotectoras, juzgadora, todo lo que haces está mal...vos sos un borracho, familias juzgantes, que no entienden, que no acompañan”
4. Contribución a la desregulación emocional por fallar en enseñar a identificar y modular la activación emocional, desarrollar tolerancia al malestar, validar las respuestas emocionales como interpretaciones legítimas de los eventos, y por fomentar la invalidación de las propias experiencias. Se puede ver esto en un ejemplo relatado por un profesional “...el novio quiso terminar con ella, los padres no reconocieron su frustración, le castigaron, no le dejaban que salga, y esas conductas, que para ella es doloroso, primero empezó con cortes, y luego con psicofármacos de la madre y la invalidan a la persona, que es una persona caprichosa, que viene y hace estas cosas”

Para poder dar respuesta al objetivo general y los objetivos específicos de la investigación- ligados a poder determinar el impacto del ambiente familiar invalidante en la salud mental de los sujetos con intento de suicidio- se tomó como muestra a aquellos datos que fueron recopilados de las historias clínicas de cinco usuarias que ingresaron al Servicio de Salud Mental. De las cuales, solo se pudo entrevistar a una de ellas, debido a cuestiones institucionales. Cabe destacar que los nombres de las usuarias fueron modificados para preservar su identidad.

De estos cinco casos, se pondrá el énfasis en uno de ellos, el caso Camila, a quien se le pudo realizar una entrevista.

Breve descripción de los casos:

- Luana. Sexo femenino. 18 años. Motivo de consulta: idea fija de muerte. Factor desencadenante: duelo no resuelto. Ingresó acompañada por su padre. En cuanto a su situación familiar, la misma se presenta como continente. Se pudo observar la presencia de vínculos estrechos y una buena comunicación entre los integrantes de la familia.
- Victoria. Sexo femenino. 20 años. Motivo de consulta: ideación y planificación de muerte. Ingresó derivada de la guardia central del Hospital Regional “Dr. Enrique Vera Barros” por intento de suicidio. Factor desencadenante: contexto socio-familiar desfavorable. Presenta intentos de suicidio previos e internación en diferentes dispositivos provinciales (REMAR-REVIVIR), por ingesta de polisustancias.
- Ana. Sexo femenino. 41 años. Motivo de consulta: intento de suicidio. Ingresó derivada de la guardia central del Hospital Regional “Dr. Enrique Vera Barros”. Factor desencadenante: pelea con su ex pareja, quien le planteó separarse. Presenta intentos de suicidio previos. Estuvo internada en tratamiento 1 año por el mismo. Ingresó sola, por oficio judicial.
- Sofia. Sexo femenino. 33 años. Motivo de consulta: intento de suicidio por medio del mecanismo de ingesta de psicofármacos. Presenta un intento de suicidio previo. Ingresó acompañada por su hermana.

Siguiendo a O'Carroll y colaboradores (2007), se puede plantear al caso Luana, como una ideación suicida, de tipo activa, dado que la usuaria expresaba claramente "querer quitarse la vida".

El caso de Victoria puede expresarse como una conducta suicida, ya que la persona tuvo una conducta autodestructiva con la intención de terminar con su propia vida.

Por último, el caso de Ana y Sofia también refieren a una conducta suicida.

Si bien no se pudo indagar específicamente acerca del ambiente invalidante en estas cuatro usuarias, si se pudo observar que, en uno de los casos, el de Luana, presenta una familia continente, que la sostiene y está presente. Pero, en los otros dos casos, especialmente el de Victoria, presenta un contexto socio-familiar desfavorable, una familia ampliada con dinámica conflictiva. Al momento de ingreso al Servicio, la usuaria ingresó acompañada por sus amigas y el equipo no logró contactarse con ningún familiar.

Tomando a lo planteado por Marsha Linehan en relación a los tipos de familia, puede hipotetizarse que dicha familia constituye un posible ambiente invalidante, ya que se observan ciertas características propias de una familia caótica, ligada principalmente a la presencia de negligencia y maltrato, dado que se observó en su historia clínica que la usuaria presentaba traumatismo craneoencefálico como consecuencia de un golpe recibido por parte de su hermana y además por presentar un entorno hostil, dado que su madre muestra antecedentes de policonsumo de sustancias. Otro dato importante a destacar es que Victoria fue abusada sexualmente aproximadamente a los 13 años.

Igualmente, en el caso de Sofia puede inferirse cierta conflictiva familiar. La misma usuaria planteó al momento de la evaluación "Tengo muchos problemas con mi hermano y pareja" "me siento sola". Luego de indagar acerca de su situación familiar, se pudo observar la presencia de la característica del ambiente invalidante: "promoción del control de la expresión emocional, especialmente del afecto negativo", debido a que la familia de Sofia subestima su estado emocional y presenta un escaso entendimiento del riesgo que presenta la usuaria.

Caso Camila

Usuaria de sexo femenino. 42 años. Oriunda de la ciudad de Chepes, del departamento Rosario Vera Peñalosa. Motivo de consulta: intento de suicidio (por mecanismo de ahorcamiento) y abandono de tratamiento psiquiátrico. Ingresa sola, derivada por el Hospital Luis Pasteur al Servicio de Guardia Central del Hospital Regional “Dr. Enrique Vera Barros”.

En cuanto a sus antecedentes, la usuaria refiere estar bajo tratamiento psiquiátrico, dado que presenta el diagnóstico de trastorno bipolar no especificado y una internación previa.

Una amiga y su marido son sus referentes afectivos, quienes relataron que intentó suicidarse ingiriendo pastillas. La encontró un amigo en su casa, desvanecida, quien la llevó al hospital. Camila niega la ocurrencia de dicho episodio, relatando haberse confundido de pastillas. Del Hospital “Luis Pasteur” le dieron el alta, por lo que Camila vuelve a su casa y comete el intento de suicidio por medio del mecanismo de ahorcamiento, del cual se cae y como consecuencia del golpe se fractura el brazo. Por lo tanto, siguiendo a O’Carroll y colaboradores, estos episodios pueden considerarse como una conducta suicida, incluso como una tentativa de suicidio.

Luego de ser ingresada y valorada nuevamente en el Hospital “Luis Pasteur”, se decide su traslado para ser evaluada por el Servicio de Salud Mental del Hospital Regional “Dr. Enrique Vera Barros” de La Rioja capital. Cabe destacar que la evaluación de la usuaria se llevó adelante siguiendo con lo planteado, por un lado, por la Ley Nacional 27.130 de Prevención del Suicidio, donde se plantea que toda persona que tuvo un intento de suicidio tiene el derecho a ser atendida en el marco de las políticas de salud. Por otro lado, por lo que sostiene la Ley Nacional 26.657 de Salud Mental, la persona debe ser abordada a partir de un enfoque interdisciplinario. En el caso de Camila esto fue realizado por el equipo de guardia correspondiente a ese día, el cual estaba conformado por un psiquiatra, un trabajador social, un terapeuta ocupacional, un psicólogo y residentes de las diferentes disciplinas.

En correlación con la última ley nombrada anteriormente, en dicha evaluación se debe valorar si la persona presenta riesgo cierto e inminente para sí. En caso de ser así, la persona deberá ser internada de manera

abreviada para resguardar su integridad tanto física como mental y todas las evoluciones que presente deberán quedar registradas en su historia clínica, que fue lo que ocurrió con Camila, fue internada de forma involuntaria.

Siguiendo a Alicia Stolkiner, este caso fue abordado desde la interdisciplina, debido a que dentro de las diversas problemáticas que llegan al Servicio, el intento de suicidio, es un fenómeno complejo, variable y necesita de múltiples cuerpos teóricos para poder ser tratado.

Luego, puntualmente en relación al objetivo de investigación, se pudo entrevistar a Camila y conocer acerca de su familia y un poco de su historia personal. Como posible factor desencadenante del intento de suicidio, Camila, planteó “Para mi es super doloroso, porque yo te puedo ver un humano sufrir y no me conmueve, pero no te puedo ver un animal sufrir y mis hijas estaban...yo puedo entender porque yo no estoy comiendo a fin de mes, porque no llego, porque no me administre bien, porque cobro una miseria, etcetera..pero en mis animales no...y lo último que vi antes de querer colgarme fue a mis hijas... haciéndole arroz blanco, se los serví, ellas lo olían y me miraban como..(se quiebra) a mis perras..”, por lo tanto, un posible factor desencadenante puede ser su situación socioeconómica. Además, es importante considerar los antecedentes de Camila, quien refiere estar bajo tratamiento psiquiátrico, haber tenido una internación previa, haber realizado otros intentos de suicidio y presentar antecedentes de suicidio en su familia. Los cuales pueden tomarse como factores de riesgo.

En relación a la estructura de su familia, ella relató que nunca tuvo relación con su padre biológico y que durante toda su vida vivió con su mamá. A los 16 años, luego de que su madre perdiera su trabajo, ambas se fueron a vivir con sus abuelos maternos.

En base a su infancia y adolescencia, puede detectarse en este caso la presencia de un ambiente invalidante, ya que pueden verse reflejadas diferentes características que la autora Marsha Lineham propone acerca del mismo. En primer lugar, rechazan la comunicación de experiencias privadas, esto pudo detectarse en la entrevista en el momento en que Camila expresó “no me daban bola, no, no...ignorada totalmente..”hace algo, se te va a pasar”, “ponete a hacer tal cosa y se te va a pasar...”, donde se rechazaba o se ignoraba a Camila cuando quería compartir su vivencia emocional. Este mismo

ejemplo puede articularse con la característica “sobresimplificar la resolución de problemas”, ya que el entorno le respondía con soluciones simplistas, y no le enseñaba a tolerar el malestar emocional ni a desarrollar estrategias efectivas para resolver conflictos.

También puede observarse la “promoción del control de la expresión emocional, especialmente del afecto negativo”, cuando plantea ““Era cállate, que es familiar, cállate que es familia, cállate que esto, que lo otro”, donde se fomentaba continuamente la supresión de expresiones emocionales desagradables.

Con respecto a la característica “Restricciones en las demandas que la persona realiza al entorno, discriminación basada en género u otras características, y uso del castigo (desde crítica verbal hasta abuso físico/sexual) para controlar la conducta” se la detectó en la entrevista cuando Camila plantea que los conflictos en su casa se resolvían “a los golpes, al castigo, al maíz ahí y arrodillada...”

Por lo tanto, se puede determinar que todas estas vivencias y el contexto que rodeaba a Camila tuvieron contribución a la posible desregulación emocional y la ausencia de tolerancia al malestar, llevando a la misma a desarrollar ciertas estrategias desadaptativas para manejar emociones intensas “asi me fui expresando hasta los 24 que me corté aca..(se señala los brazos),aca (señala las piernas), tome pastillas con vino”, “yo intente suicidarme desde los 14 años, sin éxito como veras”

Por todo lo anteriormente planteado, continuando con la teoría de Marsha Linehan, puede determinarse que la familia de Camila, en base a la clasificación planteada por la autora, es de tipo caótica, dado que siempre existió la negligencia y el maltrato, expresado cuando Camila relataba, “y la otra vez me pegó, pero no me pegó un cachetazo, me pegó...viste cuando agarras algo y lo tiras fuerte, bueno así, así me agarraba, así me tiraba...”. Y una familia perfecta, ya que expresar las emociones, especialmente las desagradables, era mal visto. El ejemplo más claro de invalidación emocional fue cuando Camila conto "Cuando le conté a mi mamá que me habían abusado... me invalidó, me dijo que me calle”, donde esta experiencia traumática fue silenciada en lugar de recibir apoyo y comprensión.

Además, cabe destacar que a pesar de presentar un ambiente que claramente fue invalidante, se pudo reconocer en dicha entrevista un factor protector en la vida de Camila, que fue muy importante para ella, *"Mi abuelo... era increíblemente amoroso y mi abuelo uff... eran cataratas de amor", "ellos vivían en el campo...fue la parte verdaderamente feliz de mi vida...pasarla con el hombre más bueno, mira (se emociona)"*. Linehan reconoce que incluso en ambientes mayormente invalidantes, la presencia de al menos una figura validante puede proporcionar cierta protección.

Conclusiones

En la actualidad, en la atención de la urgencia, existe una gran tendencia a clasificar y abordar los padecimientos mentales desde la supresión de los síntomas. Pero, es fundamental no solo poner el foco en la conducta de la persona, que en este trabajo sería la conducta suicida, sino también en su contexto, y abordar el caso de manera integral para evitar que dicha situación vuelva a repetirse.

Esta investigación se inició con la finalidad de poder conocer acerca de la existencia de un ambiente familiar invalidante en los casos de intento de suicidio que llegan al Servicio de Salud Mental del Hospital Regional “Dr. Enrique Vera Barros” y de los factores que conducirían a la persona a tener conductas suicidas.

En primer lugar, se puede concluir que el intento de suicidio sigue presentándose como una problemática que tiene una gran prevalencia a nivel provincial, debido al gran número de consultas que se presentan en el Servicio de Salud Mental, desde un 12% a un 26% de casos atendidos durante el periodo de octubre de 2024 a febrero de 2025 corresponden a intentos de suicidio. Otro dato significativo que pudo extraerse fue que la población adolescente y joven (39%) en conjunto con el sexo femenino (70%) son las que presentan una mayor prevalencia en relación a esta problemática.

Dicha investigación pudo seguir la línea planteada por la Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud en relación al “modelo ecológico”, donde se toma al intento de suicidio dentro del fenómeno de la violencia, y el cual está determinado por múltiples factores, tales como individuales, relacionales, sociales, culturales.

Dentro del factor relacional, enfocándonos en la familia, el 89% de los profesionales pudo identificar a esta como factor desencadenante de los intentos de suicidio y el 100% confirmó la presencia de ambiente invalidante en personas que han intentado quitarse la vida.

Más allá de destacarse múltiples factores de riesgo como: “consumo”, “situación socioeconómica”, “globalización”, “estigmatización de la salud mental”, y múltiples factores protectores tales como: “Poder llegar a esos lugares donde no se llegan”, “acceso a la salud”, “creencia o fe en algo”, “Que

se lleven adelante políticas públicas en salud mental”, pudo observarse que se consideraba a la familia como parte de ambos factores, es decir, estas pueden constituirse como factor protector cuando se consideran, según Marsha Linehan como familias optimas, que son aquellos ambientes que validan la experiencia privada de los individuos, preocupándose por sus emociones, que buscan comprender la ira o frustración del sujeto, tomando en cuenta sus necesidades, preferencias y presentan respuestas adecuadas, logrando que el individuo pueda identificar y discriminar sus emociones de la de los demás. En cambio, los ambientes invalidantes contribuyen a la desregulación emocional, castigan la expresión de emociones desagradables y refuerzan erráticamente la comunicación emocional, tal como se observó en la entrevista realizada a una residente de la Licenciatura en Trabajo Social “viste que te decía que hay familias que acompañan, pero también hay familias que minimizan estas situaciones, una familia donde hay reproducción de violencia, con una cultura super machista, el expresar tus emociones... no, no se puede hacer, si un varón está llorando porque hay cuestión de la vida que le duele, no encuentra solución y la familia lo invalida, invalida sus emociones, todo el tiempo. Lo he podido ver mucho en los adolescentes en un abordaje de promoción y prevención que hicimos en la rotación de salud mental comunitaria”, esto puede contribuir a generar en la persona una baja tolerancia al malestar y a confiar en que sus respuestas emocionales son interpretaciones validas de los eventos, llevando posiblemente a conductas suicidas, tal como se pudo observar en múltiples casos que llegaron al Servicio de Salud Mental.

Por último, se puede concluir que continúa siendo fundamental el abordaje de la problemática del fenómeno suicida desde una mirada integral, comunitaria, poniendo el foco en una perspectiva multidimensional y en base a esta investigación, en la familia, como ambiente invalidante. Finalmente, y en relación a lo anteriormente planteado se sugieren ciertas recomendaciones para el abordaje de la conducta suicida en el Servicio de Salud Mental del Hospital Regional “Dr. Enrique Vera Barros:

- Talleres con personas que presentaron un intento de suicidio: en los que participen pacientes con desregulación emocional para trabajar en

habilidades de regulación de las emociones, de tolerancia al malestar y para poder armar en conjunto con cada paciente un proyecto de vida.

- Talleres con la familia de las personas que presentaron un intento de suicidio, para evaluar la posible existencia de ambiente invalidante y en base a esto poder trabajar con herramientas y recursos de validación emocional, de resolución de problemas y de comunicación.
- Trabajo en conjunto con el resto de las disciplinas, especialmente con trabajo social para detectar potenciales ambientes invalidantes y realizar actividades en, con y para la comunidad, brindando herramientas para generar familias más continentales, brindando espacios de prevención y promoción de la conducta suicida como de la salud mental en general.

Referencias Bibliográficas

- Guerrero Díaz, M. (2019) Reflexiones sobre el suicidio desde la mirada histórica
<https://www.psicoevidencias.es/contenidos-psicoevidencias/articulos-de-opinion/89-reflexiones-sobre-el-suicidio-desde-la-mirada-historica/file>
https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/ley_suicidio_2022.pdf
- Boggiano, J.P. y Gagliessi, P (2020). *Terapia Dialéctico Conductual. Introducción al Tratamiento de Consultantes con Desregulación Emocional.*
- Rosende, L. (13 de agosto de 2024) **Aumento de los suicidios en Argentina: en 2023 se registraron 4.195, un 6% más que el año anterior.**
https://www.tiempoar.com.ar/ta_article/aumento-suicidios-argentina-2023/
- Calvo. M. (17 de octubre de 2023) **Romantización mortal. El peligro de abordar el suicidio sin preparación.** <https://www.pagina12.com.ar/598887-el-peligro-de-abordar-el-suicidio-sin-preparacion>
- Ley Nacional de Salud Mental, 26.657. Art. 3 y 9. 2 de diciembre de 2010 (Argentina)
- Ley Nacional de Prevención del Suicidio 27.130. Art 8, 9 y 10. 6 de abril de 2015 (Argentina)
- Morfin López, T. y Ibarra López, A. M.(2015). *Fenómeno suicida: un acercamiento transdisciplinar.*
- Stolkiner, A.(2005) *Ix Jornadas Nacionales De Salud Mental I Jornadas Provinciales De Psicología Salud Mental Y Mundialización: Estrategias Posibles En La Argentina De Hoy. Posadas · Misiones · Argentina Interdisciplina Y Salud Mental. [Interdisciplina y Salud Mental. Stolkiner.pdf](#)*
- Martinez, C. (2017). *Suicidología comunitaria para América Latina Teoría y Experiencias*
- Aguilar, H., Zavala, D. L., Lopez Navarro, V. A., Ceja Sosa, L. C., Martinez A. (2023) *Manual Terapia Cognitivo Conductual Suicidabilidad Y Conducta Suicida.*
- Daray, F., Grendas, L. y Rebok, F. (2016). Cambios en la conceptualización de la conducta suicida a lo largo de la historia: desde la Antigüedad hasta el DSM-5. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas N°73.*

Carballeda, A. (2001) *La interdisciplina como diálogo. Una visión desde el campo de la salud.* [carballeda.pdf](#)

Hernández, R., Fernández, C., Baptista, M (2014). *Metodología de la Investigación, México.*

Yuni, J. y Urbano, C. (2014). *Técnicas para investigar 1. Recursos metodológicos para la preparación de proyectos de investigación.*

Gagliesi, P y Rodante, D (2024) *Entrevista con consultantes con conductas suicidas.*
ECCS

Linehan, M. (1993) *Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad límite.*

Anexo

ENTREVISTA 1

¿Cuál es su formación profesional? ¿Cuál es su lugar dentro del servicio?

Residente de tercer año. Psicóloga. Me recibí en 2022, soy residente.

¿Reciben capacitaciones? ¿o vos actualmente te encontras realizando alguna?

Si, recibimos capacitación porque es una formación de posgrado esto, nos estamos formando. Aparte del trabajo en la mañana en nuestro lugar de rotación, a la siesta tenemos instructorados de cada disciplina. Pero me parece importante que los psicólogos hagamos una formación extra, porque acá hay una sola psicóloga de planta, y estamos medios solos los psicólogos y al ser tan psiquiátrico todo por ahí se va perdiendo esto. No se pierde la especificidad, pero si te mezclas mucho con lo psiquiátrico. Para mí es importante hacerlo aparte, yo estoy haciendo hice una terapia cognitiva integrativa, no me gusto. No me termino de convencer y ahora estoy haciendo una de terapia cognitiva conductual contemporánea.

¿Qué mirada tiene como profesional sobre el suicidio en nuestra provincia?

me preocupa mucho, es muy alarmante porque hay muchos casos de intento de suicidio. Si bien no tenemos estadística, no llevamos un conteo de los casos, eso hace as difícil abordar la problemática. Seria buenísimo que se vaya haciendo un conteo de los casos, pero siento que estamos lejos de hacer eso, estamos fuera del servicio prácticamente. Me alarma que no haya estadística y en bade a eso empiece a haber campanas de prevención.

¿Cuál es su mirada sobre la Ley de Salud Mental?

con respecto a la ley, siempre tratamos de amoldarnos y seguir la ley, pero hay veces que la ley tiene como algunos vacíos y nos encontramos en situaciones más prácticas y concretas en las que queda como interpretación, más que

nada con las internaciones involuntarias, muchas veces nos encontramos con casos en donde tienen la orden de internación y la ley dice que depende del equipo, pero de igual forma viene con la orden del juez de internarlo y va generando estos vacíos.

También hay un punto que me hace ruido de la ley, en realidad el servicio, todo el tiempo traen personas en donde no tienen en donde estar, sigue funcionando, sigue en el imaginario de que vienen acá las personas como un depósito. En esas cuestiones me voy relacionando con la ley.

¿Cuál es la edad y sexo que presenta mayor prevalencia de intento de suicidio?

yo en todo lo que he visto son más mujeres y en edades comienzan desde muy pequeños, menores de edad, hasta unos 50,60 años. Es muy amplio el rango. Pero si me sorprendió que cada vez son más pequeños las personas que vienen acá. Yo hice rotación en el hospital de la madre y el niño, como en esa edad no los atienden allá ya vienen acá, y ahí me sorprendió que hay niños de 8 años con intento de suicidio.

¿Cómo se realiza la entrevista de evaluación cuando llega al Servicio un caso de intento de suicidio?

puede pasar que llegue al servicio o que este en la guardia central y nos piden interconsulta, ahí va todo el equipo a evaluar allá. Básicamente lo que hay que tratar de ver es si hay riesgo de vida para esa persona o no, porque hay veces que fue más una cuestión impulsiva y que después hacen una reflexión, hay que tomar medidas de seguridad obviamente, y ya no sigue presente la idea de muerte. Pero se evalúa esa presencia de idea de muerte que es lo que determina el riesgo de vida para sí mismo. También se evalúa si hay planificación, como lo hizo, los antecedentes, si tiene red de sostén, eso es una de las cuestiones. Y si de verdad lo sostienen, que lo acompañen de verdad.

¿Qué profesionales intervienen en la misma? ¿Sobre qué aspectos se indagan?

El equipo es interdisciplinario, siempre entra el psiquiatra y ahí depende del equipo de guardia de ese día. Últimamente se está empezando a cambiar esto de que el medico no este entrando siempre. TS entra generalmente siempre. Y residentes también.

¿Se realizan preguntas asociadas al entorno familiar? ¿Podría contarme cuáles? ¿Cómo es el vínculo de la institución con la familia? ¿Cuál es el compromiso que tiene el referente afectivo con el usuario y en caso de que no esté presente como se actúa?

si se hacen, es uno de los puntos que tenemos en cuenta para evaluar si una persona tiene criterio de internación o no en el servicio, depende de la calidad del vínculo, no solo es que haya persona, sino como lo sostienen. Nos pasó una vez de un adolescente que él vivía con su mama, como que estaba su mama, vos pensas que lo puede ayudar y sostener, pero la mama estaba cursando una depresión y en ese caso no había sostén por parte de ella no había forma de que lo pueda acompañar en ese caso, no solo la presencia, sino la calidad. Muchas veces pasa que la familia invalida el padecimiento, lo minimizan. La entrevista al familiar siempre se hace, en la entrevista se va preguntando ¿Qué paso? Y te vas dando cuenta que va minimizando, por ejemplo: se separó de la novia, no es para tanto, hace estas cosas, en esas cuestiones se va viendo.

Hay veces que no hay nadie. Siempre depende del profesional, hay algunos que son más comprometidos, están más presentes y están en contacto con la familia que otros. Para mí es fundamental trabajar con la familia, es quien va a ayudar que el paciente no vuelva al servicio, depende un montón del entorno. Esperamos siempre que haya un referente comprometido. Ahí se va viendo quien tiene más compromiso con el tratamiento. Ha habido casos donde los padres no son tan comprometidos como un hermano, también depende siempre de la conciencia de enfermedad que haya, al no haber conciencia minimizan, no respetan el tratamiento o no ayudan a que el usuario lo sostenga, siempre esperamos que haya compromiso y evaluamos cual referente puede brindar esto.

¿Las personas que consultan son todos de La Rioja? En caso de que no sea de La Rioja, ¿cómo se abordaría el caso?

No, todos son de La Rioja, la mayoría sí, pero ha habido casos de que no. Recibimos muchos casos de brasileros. O de estudiantes de otras provincias, del norte, de Jujuy, salta. Tratamos de identificar, por lo general si vienen a estudiar suelen venir con un hermano y este acompaña. Hubo un caso de una chica de Brasil que vino sola y no tenía a nadie, pero tenía una ex pareja, nos contactamos con la ex pareja que por suerte acompañó y mientras se va haciendo el contacto con la familia y la familia pudo venir. Pero se trata de identificar a alguien del entorno que pueda ayudarla en ese momento y se llama a la familia.

¿Cuáles son los factores desencadenantes que se presentan con más frecuencia en los intentos de suicidio? ¿Considera que la familia es uno?

¿Por qué?

Yo he visto muchos casos de que son más de desregulación emocional, mucha impulsividad, gente que está muy angustiada. Eso es lo que yo más vi.

Mientras voy pensando me voy acordando de algunos casos, donde no se sienten acompañados por la familia, sienten que no los entienden, sea lo que estén atravesando, pensaba en una paciente de 50, 60 o de pacientes más chicos que no se sienten escuchados por la familia, sienten que no los entienden, que son una carga para la familia. Y si es un factor...

¿Cuáles son los factores de riesgos que mayormente se observan? y cuales considera que son los factores protectores que deberían promoverse?

Uno de los factores de riesgo es la escasa red de vínculos que tiene la persona. También el consumo, el hecho de que se sientan solos, es clave para esto. Factores protectores buscar acompañamiento, lo pienso más por ahí.

¿En relación a los aspectos biológicos, en lo intentos de suicidio podría considerar que exista una relación de este con abusos de sustancias o patologías mentales?

Si, si hay. En las personas que tienen trastorno por consumo de sustancia, una de las características que tienen es que son muy impulsivos y eso los pone en riesgo todo el tiempo. Por más que no haya idea de muerte, que no quieran morir, tienen estas cuestiones de hacerse daño. se ponen mucho en riesgo. En el consumo es tan complejo y tan amplio que tienen que ver también con la familia, que muchas veces están cansados, porque es algo crónico, que se viene acarreado hace muchos años y ya no acompañan de la misma forma y eso a las personas les duele. Cuando estuve en el hospital de día me decían: mi familia está cansada, yo los entiendo cuando me dicen cosas que no voy a salir más de esto y son personas que constantemente están con ideas de muerte. Y con respecto a las personas que tienen una patología psiquiátrica de base no es tan común o no es lo que yo vi, salvo que sea por algún tipo de alucinación.

Justo me acuerdo de un caso que vi hace muy poquito, era un adolescente que se entrevista a los padres y ella en la entrevista nos decía que la familia no la escuchaba, se sentía muy sola, y cuando vamos a hacer la entrevista a la familia nos encontramos con unos papas, que yo sentía que no entendía que eran los padres de esa chica. El papa me dice: yo hablo con la piba, que me tiene que contar sus cosas, que yo también soy su amiga, y ahí me di cuenta que no estaba ejerciendo su función paterna como correspondía y la mama estaba ahí como un cero a la izquierda, la forma en la que ellos actuaban influía en la conducta de esta chica.

¿Puede observar que este se presenta en algunos de los casos de intentos de suicidio que llegan para ser evaluados en el Servicio? ¿Qué puede comentarme al respecto?

Esto de minimizar las emociones, invalidarlos de esa forma, minimizándolo, no escuchándolos. Aislarlos también.

¿Le gustaría contar o agregar algo más?

Me quede pensando en los factores de riesgo y los protectores, que yo pensaba que si bien es cierto que hay que tenerlos en cuenta, pero pienso

siempre en el caso por caso, que sostiene a esa persona, en las entrevistas capaz que es único momento en que ves a la persona y no la vez nunca más y tratar de que en ese momento poder identificar que es lo que los sostiene a la vida, muchas veces tienen ideas de muerte pero no lo hacen, entonces ver que los sostiene a la vida y llevarlos ahí, que se agarren de ello. Mas allá de los factores que se puedan ver en la bibliografía es ir a eso. Que en base a eso pueda generarse una meta, que pueda mirarse para el futuro.

ENTREVISTA 2

¿Cuál es su formación profesional? ¿Cuál es su lugar dentro del servicio (residente, planta, contrato)?

Soy médico, residente de segundo año. Mi rol es aprender más que nada. Actualmente me encuentro en un centro de salud.

¿Reciben capacitaciones? ¿Actualmente se encuentra realizando algún tipo de formación o capacitación? ¿cual?

Si. Me encuentro realizando cursos de posgrado. Todo referido a la salud mental.

¿Qué mirada tiene como profesional sobre el suicidio en nuestra provincia?

Y... es algo muy complejo de abordar, no hay contención para la gente. En el anterior centro de salud también vi que el profesional está cansado y apunto a la escucho.

¿Cuál es la mirada que tenes sobre la Ley de Salud Mental?

y...tiene cosas buenas y malas. La veo favorable en muchos puntos, esto de los usuarios tengan derechos. La modalidad de las casas de medio camino, es

como imponerle a la sociedad algo que no está preparada. Hay que sensibilizar esa parte

¿Cuál es la edad y sexo que presenta mayor prevalencia de intento de suicidio?

hoy por hoy los adolescentes, por lo que se ve en el tema de las guardias y en el centro de salud. Sobre todo, por una baja tolerancia a la frustración. Lo vivo más en mujeres, relacionado a ellas.

¿Cómo se realiza la entrevista de evaluación cuando llega al Servicio un caso de intento de suicidio?

Y siempre esta la primera escucha, empezar a indagar el porqué, comorbilidad, si es la primera vez, pero siempre protegiendo al usuario.

La mayoría trata de hacer la primera escucha. No todos trabajan igual.

Si se hace la primera escucha, siempre se interviene en el intento, la persona en riesgo y luego se hace la entrevista familiar, donde se ve muchas veces cualquier problema que puede tener el paciente. Siempre se aborda familiar.

Y...pasa que no hay algo claro, se trata hacer parte a la familia en el proceso, pero tampoco tenes algo que te avala, eso lo trata de hacer el equipo interviniente, que ocupe el lugar de familia contenedores, se trabaja con la familia, mucho. Se trata de hacer lo posible para involucrarla, y viene el "ya estoy cansado" "se le dan pautas de alarma."

No tienen conciencia o no tiene conciencia de situación. Ahí es cuando la familia también falla.

¿Las personas que consultan son todos de La Rioja? En caso de que no sea de La Rioja, ¿cómo se abordaría el caso?

Tenemos muchas consultas de brasileros, porque están estudiando acá, muchos problemas de estrés, de ansiedad, de consumo. Bolivianos también,

vimos dos, catamarqueños vimos 1 y de ahí todos de acá, de capital y del interior.

Se ve mucho consumo en la parte brasilera. Se aborda de la misma manera, siempre son amigos o compañeros los referentes, porque la familia no está.

¿Cuáles son los factores desencadenantes que se presentan con más frecuencia en los intentos de suicidio? ¿Considera que la familia es uno? ¿Por qué?

La familia siempre va a ser el problema. Pero en este caso, la baja tolerancia a la frustración, no solo uso, sino abuso de drogas. No sabes si son neuróticos, psicóticos, no se termina de definir su estructura. También vimos por el tema de la orientación sexual, como desencadenante de intento, son los que más frecuentes se ven.

¿Cuáles son los factores de riesgos que mayormente se observan? y cuales considera que son los factores protectores que deberían promoverse?

Factor de riesgo es la no atención de la familia, la familia desconoce muchas veces y no le da la importancia que se merece y ahí viene todo esto. De ahí en más porque se desencadena, una pelea con el novio y la familia no está presente.

Y protectores, yo creo que debe haber alguien presente, una familia contenedora, hablando siempre de la franja etaria adolescente.

¿En relación a los aspectos biológicos, en lo intentos de suicidio podría considerar que exista una relación de este con abusos de sustancias o patologías mentales?

Patologías mentales sin dudas, algo te producen, una frustración muy grande te va a llevar a que seas muy impulsivos, después capaz que tomes conciencia o no. Las patologías de todo tipo. Venís y decís tener cáncer, en ese sentido siempre está presente...

¿Puede observar que este se presenta en algunos de los casos de intentos de suicidio que llegan para ser evaluados en el Servicio? ¿Qué puede comentarme al respecto?

Si, lo clásico que te dice la familia es él siempre fue así. Nunca pudieron reconocer desde un principio lo que le pasa a su hijo, hermano, empieza la invalidación siempre haces lo mismo, siempre decís que te vas a matar y no lo haces. Desconocen las situaciones de riesgo, llevan a que el individuo usuario llegue al acto. Por eso es muy importante la sensibilización de la población, entonces si para nosotros es algo nuevo, imagínate para una familia que no sepa nada. O no reconocer una frustración. Le damos todo y se porta mal. Esas diferencias son las que hay que manejar y hacer énfasis desde la atención primaria, sobre todo.

Desde su experiencia profesional, ¿qué características del ambiente familiar podrían considerarse más invalidantes o de mayor riesgo?

No escuchar a tu hijo o a la persona que está padeciendo cualquier cosa. Los adolescentes hoy en día tienen una tolerancia a la frustración muy baja. Son super impulsivos y al no saber reconocer esa parte y tomarlo como capricho”, y ahí es cuando fallan en ese momentito.

Hay mucho por hacer con los adolescentes, mucho por educar a la familia para que reconozcan, hay mucho estigma y que nadie sabe abordarla en su momento, porque la familia si quiere su primer escucha y le dicen no es urgente y no le enseñan a la familia a actuar en ese momento.

El caso más reciente es una adolescente de 17 años, padre militar, madre ama de casa, hija estaba en pareja, el novio quiso terminar con ella, los padres no reconocieron su frustración, le castigaron, no le dejaban que salga, y esas conductas, que para ella es doloroso, primero empezó con cortes, y luego con psicofármacos de la madre y la invalidan a la persona, que es una persona caprichosa, que viene y hace estas cosas y si empezas a indagar un poco más, empezas a dar cuenta que tiene TPL, ya viene con algo de base, pero bueno,

la rigidez de los padres lleva muchas veces a no reconocer ciertas alarmas que se presentan en los hijos.

ENTREVISTA 3

¿Cuál es su formación profesional? ¿Cuál es su lugar dentro del servicio (residente, planta, contrato)?

Licenciada en Trabajo social. Tengo la especialidad en salud mental porque hice la RISaMC. Soy del equipo de externación, con internaciones prolongadas o que tienen ingresos recurrentes. Hacer que estos usuarios no vivan acá.

¿Reciben capacitaciones? ¿Actualmente se encuentra realizando algún tipo de formación o capacitación? ¿cual?

Estoy haciendo una maestría en gobierno local, así se llama. En universidad nacional de Quilmes.

¿Qué mirada tiene como profesional sobre el suicidio en nuestra provincia?

A mí me ...el otro día estaba con una amiga, donde decía que Ir, Catamarca tenía los índices altos de suicidio. Pensamos no solo en las estructuras psicológicas. No es lo mismo pensar los intentos de suicidio del 2010, al 2022 que en una situación. Lo pienso en crisis económica e inestabilidad política ocurren situaciones de explosión, como la masividad de los intentos.

¿Cuál es tu mirada sobre la Ley de Salud Mental?

A mí me parece soy muy defensora, es una ley de vanguardia, argentina ha sido vanguardista, hay dos cuestiones importantes a observar, la aplicabilidad, no todas las provincias, en Ir, adhirió tiene una ley provincial propia, pero aun así no está reglamentada, pero no todas. Hay derechos que se vulneran de

manera sistemática. Hay que dedicar un presupuesto para que se pueda ejecutar. Pero si creo que es buena, si se aplicara como dice la norma todo sería mejor. Pero los usos y costumbres.

¿Cuál es la edad y sexo que presenta mayor prevalencia de intento de suicidio?

Para mí son varones, jóvenes, como de 19,20 a 30 años. Los que tienen mayor prevalencia en los intentos de suicidio. Las mujeres que son jóvenes, bien adolescentes, como de 15 a 20. Esos dos grupos.

¿Cómo se realiza la entrevista de evaluación cuando llega al Servicio un caso de intento de suicidio?

Cuando llega una persona la entrevista inicia con la presentación del equipo y la pregunta de cuál es el motivo de consulta para ver si hay conciencia de situación, en función de eso, datos filiatorios, constitución familiar, un brevísimo mapeo vincular, las motivaciones personales para haber accionado en función de querer quitarse la vida, si la idea sigue fija o no, si hubo planificación. ¿Qué fue lo que paso? ¿Como lo hiciste? Tienes la idea de volver a matarte?

¿Sobre qué aspectos se indagan?

Si, en esas preguntas de datos filiatorios, a veces se hace un breve mapeo vincular, con quien vive, cuáles son los vínculos afectivos más cercanos, cual es la concepción de familia, se comienza a vislumbrar si son amigos, o referentes afectivos que pueden cumplir la función familiar desde la consanguineidad. Vemos si existen conflictiva o no, si los vínculos, si el lazo social esta dañado o no. ¿Se lleva bien con la familia? ¿Qué otras actividades fuera de ese núcleo familiar tienen? ¿Los tipos de familia? Cuando son disfuncionales, monoparentales o ampliadas es muy compleja la dinámica interna. Entonces si hago preguntas sobre eso. Por lo menos para saber en ese momento.

¿Se realizan preguntas asociadas al entorno familiar? ¿Podría contarme cuáles? ¿Cómo es el vínculo de la institución con la familia? ¿Cuál es el compromiso que tiene el referente afectivo con el usuario y en caso de que no esté presente como se actúa?

Yo tengo una visión muy crítica de la institución y el acercamiento a los vínculos familiares. Este servicio está muy atravesado por la manicomialización y esto culpa a cualquier vínculo familiar que exista, porque el padre este, la madre aquello y probablemente sea el único vínculo y eso agota la relación familia usuario y uno deja de acompañar. Un intento de suicidio es muy dramático. Si a ese único vínculo familiar la institución lo expulsa o lo sobrecarga. Es expulsora, lo llaman para que vengan, pero no se trabaja sobre la visión empática. En las entrevistas uno tiene que descubrir esto de la aprehensión que tiene la familia sobre la situación de la familia, con los que han hecho un intento de suicidio, cuando se identifica un vínculo saludable. Se dan indicaciones de cómo hacerlo, sienten como un rechazo sobre ese sujeto.

¿Las personas que consultan son todos de La Rioja? En caso de que no sea de La Rioja, ¿cómo se abordaría el caso?

Nos ha pasado de muchos intentos de suicidio de estudiantes brasileros, todos son de medicina, todos son grandes, o pasando los 25 años, sus referentes afectivos son amigos, compañeros, el trabajo es complejo. Ahí se ve el vínculo más fortificado. No tenes la obligación de hacerte cargo, pero hay una solidaridad, pero funciona re bien. Una vez trajeron un chico que estaba re mal, yo no le entendía nada de lo que hablaba, con su grupo de amigos se empezaron a turnar para cuidarlo.

¿Cuáles son los factores desencadenantes que se presentan con más frecuencia en los intentos de suicidio? ¿Considera que la familia es uno? ¿Por qué?

A mí me parece que son varios, pero si pienso que en épocas de crisis económicas e inestabilidad política hay mayores intentos en varones. Influyen

en la familia, independiente de como sea la familia. Vino una mujer de 45 años, familia nuclear tipo, empleada municipal, el marido estaba sin trabajo, ella tuvo un intento de suicidio, con una modalidad muy violenta que es el ahorcamiento, que no es muy común en las mujeres, la mujer estaba muy angustiada, yo no llevo al 20 de cada mes y podía darle de comer y prefiero ser una boca menos. Pero es cierto que las familias cuando se ven más ahogadas en términos económicos generan mayor. Es muy difícil, entonces empieza a hacer presión, cuando tenes bases débiles y no hay un acompañamiento continuo de una familia. Sino que ha sido desigual la distribución de roles, hay uno que quedo desprotegido y hace síntoma. Todos los factores externos influyen sobre la dinámica familiar. Sobre todo, sobre el varón, si no te alcanza la plata...estamos en un sistema consumista, esa carga lleva a los varones yo no puedo con esto.

¿Cuáles son los factores de riesgos que mayormente se observan? y cuales considera que son los factores protectores que deberían promoverse?

Los de riesgo son: la falta de comunicación, escasa comunicación familiar, escasez de recursos para el manejo de las emociones de todo el sistema familiar, el escaso acompañamiento de las instituciones, de la comunidad, escuela, grupos de iglesia, que esperan que alguien llegue en lugar de buscarlos.

Los factores protectores pienso que son la contraposición o antítesis de estos factores de riesgo, la mayor comunicación, accesibilidad a los espacios de salud, comunitarios, no al centro de salud, pensar en políticas públicas, escasez en política pública, desfinanciamiento, el deporte, desarrollo social, hacen que sean factores de riesgo, cuando vos tenes grupos de deportes en el barrio, vóley, handball, gimnasia podés hacer grupos, te sentís más contenido, encontras pares, o los equipos de salud, estar dentro de un consultorio, hay que salir, algo que convoque a esos otros que están.

¿En relación a los aspectos biológicos, en lo intentos de suicidio podría considerar que exista una relación de este con abusos de sustancias o patologías mentales?

Seguro que sí, hay cuestiones biológicas que tienen que ver con eso. Dentro de la psicosis es tanto el sufrimiento, es tanto lo que les causa, son imperativas, vas y lo haces, el consumo está asociada a la concreción o el pase al acto, de repente yo lo venía pensando, pero me envalente. es una idea que vino rumiando, es previa y con el consumo solo le dio valor.

¿Puede observar que este se presenta en algunos de los casos de intentos de suicidio que llegan para ser evaluados en el Servicio? ¿Qué puede comentarme al respecto?

Un montón. Me acuerdo un caso de una nena de 18 años, que tuvo múltiples intentos, todos en cara y narices de la madre, la hermana una negadora total, consumía psicofármacos, se cortaba y la hermana lo negaba, y la madre en Narnia, yo la llame y le dije, necesito que usted venga, hay una situación de gravedad con su hija, tomaban todo lo que esta nena le pasaba como “son cosas que le pasan, ya se le va a pasar, es así porque es adolescente” le hacían burla cuando era chica, nada tenía valor sobre lo que ella le sucedía, se quiso matar 5 veces y a esa familia nada, ni un registro, le habían llevado, la traían y la volvían a llevar, para ellos estaba bien, eso me pareció una desaprensión, como de repente lo que a ella le pasa no te parece importante? Le genera un dolor. Como eso un montón. Una chica que estaba acá estudiando, se llevaba re mal con el hermano, para el hermano era un alivio si ella se mataba, de esos vi un montón, son muy recurrentes.

Desde su experiencia profesional, ¿qué características del ambiente familiar podrían considerarse más invalidantes o de mayor riesgo?

La falta de comunicación, la falta de atención sobre la cotidianidad de las dinámicas familiares, es tan rutinario todo, uno esta ensimismado y le falta

atención de lo que esta alrededor de uno, anulan al otro como sujeto de derecho, como un sujeto que vive, que le pasan cosas. Para mi esas son.

ENTREVISTA 4

¿Cuál es su formación profesional? ¿Cuál es su lugar dentro del servicio (residente, planta, contrato)?

Soy licenciada en trabajo social y dentro del servicio estoy trabajando en un equipo interdisciplinario. De planta.

¿Reciben capacitaciones? ¿Actualmente se encuentra realizando algún tipo de formación o capacitación? ¿cual?

Actualmente no. El año pasado estaba haciendo una diplomatura en salud mental comunitaria.

¿Qué mirada tiene como profesional sobre el suicidio en nuestra provincia?

Por la experiencia y por lo que voy pasando estos años acá, creo que es una temática que no se da a conocer en profundidad en la sociedad y por ende no se atiende porque no se conoce y desconoce muchas cosas, como en general esa es mi mirada. Si se hizo mucho estos últimos años que empezaron a aparecer muchas capacitaciones. Familias, gente del barrio, para que se conozca un poco más o prevenir. Pero creo años anteriores no se hacía nada de eso y hay un desconocimiento en general. También está arraigado a otras patologías, como la depresión, hay muchas cuestiones que tienen que ver con la salud mental. Es como muy del contexto, no tanto del uno, si la sociedad ayudaría un poco más eso se podría prevenir mucho mejor.

Y creo que es una...o sea no se si decir que estoy de acuerdo, en realidad estoy de acuerdo con muchas aristas, pero hay muchas cuestiones que no se cumplen, no tanto con los profesionales o la gente que trabaja con respecto con la ley o que trabaja en salud mental, sino que no se cumple desde arriba digamos, desde las políticas públicas que están destinadas, están muy mal

destinadas, tienen que ver mucho con las políticas, con el gobierno que van pasando, si hablamos de una perspectiva de derechos, no se cumple digamos, y no porque nosotros no lo queramos cumplir, sino porque desde arriba no se lo hace...tampoco hay lugares que hagan validar los derechos de las personas desde la ley de salud mental, creo que eso, no se cumple porque no hay una bajada...económicamente tampoco hay recursos..

¿Cuál es la edad y sexo que presenta mayor prevalencia de intento de suicidio?

Increíblemente, yo, en cuanto a este último tiempo que es como que lo he tenido más en cuenta...sexo podría ser el sexo masculino y la edad varía mucho entre no se... los 18, 17 a 30 años más o menos, muy pocos son los que son más grandes, o sea mayores de 30, pero entre esas edades. Y yo en este último tiempo he visto muchas personas. O sea, hombres, por ahí antes se daba mucho en mujeres...

¿Como que aumento más en los varones últimamente?

Si...aumentó más en los varones. Igual creo que en las mujeres se ha visto menos, por muchas cosas, como que yo siento que hay una explicación desde todo lo que es la ley de perspectiva de género, donde la refuerza, la mujer se banca muchas cosas y no dice...por ahí antes se veía mucho en el hombre más eso, como lo machista. En cambio, ahora es como que se da mucho más en el hombre, en este último tiempo...

O sea, ¿para vos recaía mucho lo social en el hombre, como de tener que aguantar...?

Claro...sí. Igual creo que sigue siendo así, solo que ahora se trata de ser mucho más..aparte porque el suicidio se da mucho por problemáticas que ya se vienen dando de antes o patologías como el consumo de sustancias, se da mucho en el hombre y eso lo lleva a... hay muchas causas por lo cual.. pero creo que está muy relacionado con el consumo y todo eso.

¿Cómo se realiza la entrevista de evaluación cuando llega al Servicio un caso de intento de suicidio?

Nosotros hacemos intento por la guardia central, y...nada se empieza a preguntar los datos filiatorios, como el nombre, de donde vino, si es que está orientado, vigil, se le pregunta todo eso, se observa todo eso. Y después ya se le empieza a preguntar ¿qué paso? Después ¿por qué lo hizo? ¿En qué pensaba cuando lo hizo? Y bueno de ahí se pregunta el mecanismo, y todo eso...eso como más resumido.

Hay personas que no cuentan nada o responden a preguntas más directas, hay personas que cuentan todo. Y eso es lo más específico, ¿Por qué lo hizo? Y bueno es importante después que hablemos a la familia, para ver la versión de los hechos...

O sea que ¿realizan siempre entrevista con algún familiar?

Si, sí, siempre se busca eso...ahí sabemos un poco más, del trasfondo, de porque llego a eso, si hay antecedentes también, si ya lo había hecho antes, veces anteriores...si viene arraigado a alguna problemática, alguna patología también...

¿Sobre qué aspectos se indagan?

Cuando estamos en la urgencia sobre eso nada más, sobre el hecho de porque llegó, después se empiezan a indagar...si la persona al momento de la valoración sigue teniendo ideas, se lo ingresa y ahí empezamos a hacer una investigación profundiza...familia, traumas sin superar y más. Pero sino directamente preguntamos en la consulta nada más el hecho específico

¿Se realizan preguntas asociadas al entorno familiar? ¿Podría contarme cuáles??

Si, específicamente con quien vive, como es su relación con las personas con las que vive, se trata de ver si es que el intento fue por problemáticas con la persona con la que vive, problemáticas vinculares...a veces se da mucho en los casos de las mujeres que tienen como problemas de violencia..."me amenaza, entonces por eso me quiero matar" y cosas así o viceversa o por

ejemplo personas que tienen baja tolerancia a la frustración, hablo específicamente de adolescentes o adolescentes que ya pasaron a tener entre los 18, 20 años, que vienen y dicen “no, porque me peleé con mis padres”, entonces ahí te das cuenta que su relación es mala con los padres...entonces más que nada indagamos de cómo es su relación por este hecho, para saber si viene por ese lado o no...puede que no.

¿Cómo es el vínculo que tiene la institución con la familia? ¿Cuál es el compromiso que tiene el referente afectivo con el usuario?

A modo general, si puedo tirar una estadística del 100 %, el 20 % son familias bastante contenedoras y que responden a las consultas de los profesionales, después el resto no, son familias muy abandonicas, que se desobligan de la persona, hablando específicamente de personas que hayan tenido intento...si, hacen eso, uno por desconocimiento, hay gente que por ejemplo viene del interior y hay mucha deprivación cultural, pero a mi modo de ver tiene mucho que ver con esto de que la persona recaiga todo el tiempo en los intentos porque no hay una contención desde la familia y desde el contexto también, porque hay veces que son personas que no tienen familia directa, sino que también amigos o personas con las que trabaja, si es que trabaja, creo que no hay muchas contención por ese lado.

¿Las personas que consultan son todos de La Rioja? En caso de que no sea de La Rioja, ¿cómo se abordaría el caso? ¿De La Rioja de provincia? ¿O la capital?

Claro, en general o de otras provincias

Se atiende a todos digamos, la ley es como que...por decirte llega por demanda y tenes que atender, en caso de que sea de otra provincia se contacta a familiares y se ve la forma de que si la persona o familiar quiere seguir internado acá o se lo deriva a su provincia...porque suelen caer estudiantes que están estudiando acá, pero son de otra provincia, entonces el familiar o la persona quiere irse, pero si se atiende a todos...

¿Cuáles son los factores desencadenantes que se presentan con más frecuencia en los intentos de suicidio? ¿Consideras que la familia es uno? ¿Por qué?

Si, la familia si, por muchos factores, puede ser una familia que no entiende acerca de la temática, o si una persona que viene a consultar que viene con el intento acá y tiene una patología arraigada que tampoco se trató nunca...o puede ser una familia bastante conflictiva con muchas problemáticas, intrafamiliar, violencia de por medio, consumo, mucha gente viene por consumo, o sea hace el intento bajo los efectos del consumo, y después muchas chicas que vienen...hablo de chicas porque en general veo mujeres que son trastorno limite, la mayoría, vienen por intento. Y si, yo creo que la familia si, más por este hecho, por desconocimiento o porque nunca se trató la patología

¿Te referís a desconocimiento de no saber la situación que está pasando la persona, de lo que le está pasando?

Si...o conoce, pero tampoco hay un vínculo...pero si tiene que ver, no es su totalidad, pero si la mayoría.

¿Cuáles son los factores de riesgos que mayormente se observan? y cuales considera que son los factores protectores que deberían promoverse?

Factores de riesgo ¿en cuanto al contexto? ¿De la familia?

Factores de riesgo que pueden llevar a un intento de suicidio y los factores que deberían promoverse para evitar que esto suceda...

Yo estuve mucho tiempo...a mí me gusta mucho consumo problemático y estuve mucho tiempo haciendo la rotación, que era de parte de la residencia, para mí el consumo es uno de los factores de riesgo que lleva a la persona al intento, cuando haces las interconsultas, la mayoría son personas que consumen, son muy contado con los dedos los que no, pero creo que sí, uno de los factores de riesgo es el consumo, que yo puedo identificar. Otro es una familia no presente, no estar todo el tiempo con la persona, y creo que también

la poca prevención y promoción de lo que es la salud mental con respecto al suicidio en el contexto, en la comunidad, también puede ser eso...viste que a veces uno ve de personas que se mataron y dicen "ay nunca supimos nada, nunca vimos nada, entonces...no hay promoción, o lo hacen una vez y ya...yo hablo de los centros de salud también, que lo hacen una vez y ya nunca más...

Que también tiene que ver mucho con los mitos ¿no?

Totalmente, sí, sí. Creo que eso como modo general de lo que son los factores de riesgo. Y cuando hablo de la familia también hablo de muchas cosas ¿no?, violencia de género, "no aguanto más a mi pareja, me quiero quitar la vida". Pero si tiene que ver mucho con el contexto, ya sea por tu familia o comunidad en la que vivís.

Y los factores protectores creo que es todo lo contrario, mayor promoción de la temática del suicidio en todos los ámbitos de la salud, en la comunidad, que las personas puedan llegar a entender que no es algo de unos pocos, sino algo de todos, porque uno nunca sabe si va a tener un familiar o un conocido...y más prevenir y hacer una promoción de la temática, que no sea un tabú que sea para algunos y charlarlo ¿me entendes? Y También lo que estamos fallando son las políticas públicas mal invertidas, por ahí siempre viene de arriba, por más que uno como profesional le ponga todas las pilas y quiera hacer un montón de cosas...siempre que pasa algo malo tenemos la culpa nosotros...

¿En relación a los aspectos biológicos, en lo intentos de suicidio podría considerar que exista una relación de este con abusos de sustancias o patologías mentales?

Sí, el consumo sí. Y alguna patología específica de la persona, patologías mentales o no solo mentales específicas, sino por ejemplo he conocido personas con enfermedades que son...físicas, cáncer, y toda esa variabilidad que tiene que ver con el "ya no aguanto más", yo creo que sí, que si tiene que ver con lo biológico y con esto de que se puede pasar de generación en generación, por eso siempre preguntamos los antecedentes familiares, si alguna vez hubo una tía, primo, madre y siempre está el pensamiento de que

“no esta tan mal, lo puedo hacer yo...querer terminar con mi vida entonces eso también puede ser algo, pero si, tiene que ver mucho.

¿Puede observar que este se presenta en algunos de los casos de intentos de suicidio que llegan para ser evaluados en el Servicio? ¿Qué puede comentarme al respecto?

Es como una opinión muy personal, pero creo que es como que están los dos extremos, a veces la familia le da como mucho esto de que “no ponemos limites, bueno lo escuchamos y lo dejamos pasar, y está la familia extrema de “vos no poder estar mal y no podes estar mal”, creo que eso también es como que puede hacer una falla y la persona no puede regular y genera una baja tolerancia, lo que hablábamos hace rato, nada me sale bien y se frustra todo el tiempo con cosas de su vida, creo que es como que están los dos extremos, la familia que es muy sobreprotectora, que está muy encima de la persona y la familia que no pone limite, y la otra familia que es la típica muy tradicional que nunca dio afecto y te tenes que poner bien porque te tenes que poner, nunca hay escucha, nunca hay nada.. hay muchas variantes, hay familias que tienen cero responsabilidad afectiva, como que están los hijos, le pago las cosas, le doy dinero, pero no los escucho, ni nada, y esta la otra familia que si lo escucha pero no valida sus emociones, “me siento triste”, “bueno no me importa, tenes que estar bien porque tenes que hacer esto”, es como que hay mucho, los extremos siempre llevan... Hemos visto muchas chicas con baja tolerancia a la frustración, “mi novio me corto, me dijo que no quiere estar más conmigo” y ahí te das cuenta que puede haber sido una falla dentro de la familia, esto de no validar el hecho de decir “bueno, está bien, en la vida, tu novio te va a cortar...”pero que hizo ahí la mama o el papa o si hubo solo mama o solo papa, de decirle, explicarle que eso iba a pasar, creo que...para mi todo se da desde el lugar en donde vos fuiste criado, siempre se da así, si no lo trabajaste ahí no vas a poder afrontar... creo que viene por ese lado.

Desde su experiencia profesional, ¿qué características del ambiente familiar podrían considerarse más invalidantes o de mayor riesgo?

Yo creo que es el desconocimiento, como un riesgo, como que viene desde ahí y luego vienen arraigado un montón de otras cuestiones también, abandono también, violencia intrafamiliar...creo que más que nada lo que veo son esas características, mucha violencia, abandono, por ahí hay gente o familia que está presente pero no entienden o ellos dicen que no se dieron cuenta, por ahí tenes que creer o no mucho, son familias que quieren estar presentes, pero ellos nunca se dieron cuenta.

ENTREVISTA 5

¿Cuál es su formación profesional? ¿Cuál es su lugar dentro del servicio?

Soy Licenciada en psicología. Y mira yo empecé cuando me recibí con niños, yo me quería dedicar a hacer niños, hice un curso de psicoterapia cognitiva conductual integrativa para niños, tengo esa formación y bueno también otras formaciones de trastornos del estado de ánimo en niños. Y después bueno me fui por otros caminos, o sea vino lo de la residencia, empecé a buscar información, que yo ya sabía un poco, porque en el último año de la facu de acá fueron a darnos una charla y ahí me había quedado la idea, solo que yo después termine e hice otras cosas y bueno después como que resurgió esto y bueno ahora estoy acá...Ah y bueno estoy haciendo la residencia, estoy en segundo año. Actualmente estoy cumpliendo la rotación que sería APS, comunitaria en el CAPS San Vicente, bueno a la tarde venimos acá, a la siesta a los instructorados como todos los años y bueno las guardias, que la guardia es un poquito de todo, el internado, el hospital, ah y el consultorio externo hago, en segundo año hacemos consultorio externo sí, es un mix, un poco de todo...

¿Reciben capacitaciones? ¿Actualmente se encuentra realizando algún tipo de formación o capacitación? ¿cual?

Acá no, pero siempre tenemos alguna charla de algún tema, por ejemplo, el año pasado tuvimos una charla de psicopatía, trajeron un especialista, así de

temas muy puntuales...bueno los instructorados. Y bueno yo aparte el año pasado hice una formación de terapias cognitivas conductuales contemporáneas. Hice bastante, solo que los últimos dos meses la abandoné...

Ay es que si me imagino por el tiempo muy complicado...

Si si, muy complicado, así que la deje ahí, pero bueno pensaba, yo estaba viendo más las de tercera ola, entonces como que la cognitiva conductual clásica me empezó a hacer ruido algunas cosas, entonces ahora empecé a ver más desde la tercera ola.

¿Qué mirada tiene como profesional sobre el suicidio en nuestra provincia?

¿En qué sentido?

Mas como profesional, vos como psicóloga, en base a tu experiencia profesional...

Ah bien, sí...bueno que es una problemática que está muy en auge, hay muchísimos casos, es como el pan de cada día los intentos de suicidio, son muchos, ni contar con los que no llegan a la atención pública o privada. Eso también hay muchos que directamente nunca acceden, bueno que eso también es preocupante porque son muchos casos y también siento como que no estamos preparados como para esta problemática, siento que es una problemática que hay muchísimos casos, y a la vez la formación es muy escasa a nivel de la universidad, por ejemplo protocolos, como hacer una evaluación de riesgo, cosas prácticas que creo que todos los profesionales que están en salud mental deberíamos tener, dado que es una problemática muy vigente, entonces es como que llega un caso de intento y es como "uy miedo", y lo primero que pensamos es ¿qué hacemos si se mata la persona?, ¿qué responsabilidad voy a tener?, ¿Qué me va a pasar? Entonces es como que muchas veces empezamos a intervenir desde el desconocimiento y el miedo, y desde esos lugares, la respuesta que se da es "o bueno, medicamos para bajar los impulsos, dormir un poco a la persona o derivamos", y así vamos pateando, o "derivamos al psiquiatra", es lo primero que hacemos, para darle medicación,

es como que queremos que desaparezca, es como la respuesta más rápida, siento que todos deberíamos tener la formación y herramientas para abordar casos, pero sin embargo no la tenemos o siempre se tiene que hacer como especializaciones en suicidio y que la mayoría de las veces son como conceptos ¿no? Bueno... ¿Qué es el suicidio?, ¿cuáles son los mitos?... pero bueno, a ver cómo te hago una evaluación de riesgo suicidio?

Claro, como que hay muy poca práctica, como intervenir...y eso que ahora se habla un poco más, también antes menos que menos, muy tabú

Sii, muy tabú. Bueno ya el tema de la muerte ya de por si es muy tabú, imagínate el suicidio. Bueno, y eso, pienso que se debería hacer más hincapié en la formación práctica, más allá de los conceptos, y también desde la teoría aprender a delimitar porque hay también muchas conductas que son autolesivas que no son intentos de suicidio, cuando vas haciendo una evaluación más rigurosa te vas dando cuenta que hay muchas personas que el corte los ayuda a aliviar el desborde emocional, te dicen quizás no me quise matar, pero justo estaba muy desbordada y cortarme fue como un alivio, para eso sirve estar entrenado en evaluación y saber cómo tratar con esa persona, saber que preguntar, como preguntar, todas estrategias para apuntar a que la persona tenga una vida que merezca ser vivida digamos básicamente.

¿Cuál es su mirada sobre la Ley de Salud Mental?

Sobre la ley de salud mental...¿algún punto en especial o...?

Puede ser en general o ligado por ahí si lo piensas en intento de suicidio lo que sería la internación, el riesgo para sí, para terceros, de lo que vos me quieras decir...

Bueno, la ley obviamente se aplica como...si bien esta presente, cada institución, cada provincia va tomando como lo que se puede, es como una especie de adaptación, si vamos punto por punto este lugar no tendría que existir básicamente, pienso también que es también ver de la mano de que recursos hay destinados para la salud mental. Hay un punto que dice, que no se puede internar a las personas por razón social, sin embargo, acá cuantos

crónicos hay...incluso se crea el concepto crónico para los pacientes que están de años y años...habla de derechos, ¿de preservar derecho, identidad y bueno...quizás mi mirada sea un poco...pero desde este lugar no? Creo que las practicas manicomiales están muy vigentes todavía, muy bonita la ley, pero en el día a día, los cambios más allá de una ley hay que hacer otro tipo de cambio, un trato más humanitario, humanizado, bueno acá básicamente están privados de la libertad muchos, de muchos derechos, creo que tiene que ver mucho con políticas del estado, sigue siendo un estigma la salud mental, seguimos estando fuera del hospital, con bajo presupuesto, con condiciones muy precarias, no solo los pacientes, sino los trabajadores también, no puede ser que haya una sola psicológica para la atención de todos los pacientes. Salud mental sigue siendo un tabú, más allá de que se hace lo que se puede con lo que se tiene no alcanza. Y bueno referido a intento de suicidio, creo que, por ahí, siempre la indicación es hay riesgo para sí, bueno... internación, y volvemos a lo mismo de la falta de formación, es lo más seguro si se quiere, internar a la persona, darle medicación para ver si reflexiona y cuando más o menos ha reflexionado vuelve a su hogar. Y siento que hay una falencia en la parte del tratamiento, acá básicamente el tratamiento para intento de suicidio es medicamentoso...o sea vamos a darle un anti impulsivo, algo para frenar los pensamientos y bueno...alguna que otra entrevista y ese es todo el tratamiento, falta más formación, información, práctica para poder abordar la problemática. Incluso estuve leyendo un artículo que decía que para los casos de intento de suicidio, la internación no es la mejor estrategia terapéutica...pero bueno acá es así...encima queremos que la persona no se mate, pero a la vez no estamos ofreciendo, mostrando otra alternativa...che mira te invito a que construyas algo para que tu vida tenga un poco más de sentido...

Claro, como ver la forma de anclarlo a algo que lo sostenga, que lo mantenga...

Claro, es que si, más si abandonan el tratamiento, hay mucha resistencia a la medicación en muchas personas, justamente por el estigma que hay, está el famoso bueno me van a dopar, la persona abandona el tratamiento, y esas ideas vuelven, los impulsos están ahí, ese sin sentido está ahí, dormido por la medicación, pero esta. Eso me parece lo más importante. El abordaje medicamentoso y...te quedas corto, muy corto, tiene que ir acompañado, pero

si a la vez no tenes profesionales que puedan acompañar y está difícil...y volvemos ahí a lo mismo, de se hace por ahí lo que se puede, todos tratamos de cubrir baches, y no... necesitamos más profesionales, y la formación práctica, más que teórica...

¿Cuál es la edad y sexo que presenta mayor prevalencia de intento de suicidio?

De lo pude ver, en el último tiempo vimos más mujeres, bah yo particularmente vi más mujeres, y muy jovencitas, muchas adolescentes, entre 14, eso me llamó la atención, como muchas chicas muy jovencitas, 14, 15 años. Eso es lo que yo vi...

¿Cómo se realiza la entrevista de evaluación cuando llega al Servicio un caso de intento de suicidio?

Bueno, en general se pregunta datos personales y después se pregunta por qué consulta la persona, ahí la persona empieza a desarrollar el motivo, por ejemplo, un intento de suicidio, ahí se hace la evaluación de riesgo para determinar si realmente existe un riesgo cierto o inminente para sí, en el caso del intento. Esa evaluación determina el criterio de internación, se pregunta ¿qué sucedió? Mecanismo "intente tomar pastillas", se pregunta ¿habías tenido intentos antes?, ¿es la primera vez?, ya lo venias pensando?, ¿hace cuánto? ¿pensaste otra manera de hacerlo? Bueno son varias las preguntas que se van haciendo como para determinar el riesgo. Eso es muy importante, los antecedentes, el método, si existe planificación o no, eso ayuda también a determinar una ideación suicida activa o pasiva. A mi particularmente me gusta preguntar mucho, sobre bueno más allá de que muchas veces la persona que viene por intento es la nada misma, a mí me gusta preguntar ¿cuáles son las cosas valiosas que tenes?, que eso en un posterior tratamiento nos vamos a agarrar para mantenerlo acá básicamente, eso sirve mucho, que te ha mantenido con vida en este momento, también es muy importante si tiene un proyecto, si se puede visualizar a futuro, toda esa información te va dando una idea del riesgo. Hay personas que dicen "no tengo nada, nada me ata acá, lo vengo pensando hace mucho tiempo" y te das con que es el tercer intento, ahí

vas prendiendo más alarma, hay personas que han cortado lazos sociales, todo evaluamos, ¿tiene un grupo? ¿Tiene vínculos? Eso es muy importante. Si viene con la familia, se hace una entrevista a la familia.

Y ¿que se le pregunta más o menos?

Si vive con ellos, si vive con la persona, que saben, como han visto a la persona, si ha tenido algún cambio de humor, si han visto que haya tenido conflictos o algo significativo, ¿es la primera vez que lo intenta? ¿Cómo es en la casa? como se relaciona?, si hay alguien con quien tenga mayor vinculo, rutinas, más si es adolescente, si va al colegio, rendimiento escolar, si tiene amigos, si sale, todas esas cuestiones. También antecedentes es muy importante preguntar, datos de salud mental como intentos de suicidio también.

Si si, si tiene algún referente familiar, como es el vínculo con la familia, si hay alguien a quien la persona pueda acudir cuando realmente necesita ayuda, hay familias muy herméticas, muy cerradas, que dicen “no, no yo me guardo todo, yo no puedo confiar en nadie”, si si. Mas que nada eso, si tiene amigos. O por ahí valores que se comparten, que se consideran importantes en la familia. Pero en general, en guardia que es cuando se hacen las entrevistas, si hay vínculo con la familia, ¿podes hablar cosas más íntimas o no hay espacio para eso en tu familia?

¿Podrías contarme un poco de cómo es el vínculo que tiene la institución con la familia? O sea, por ejemplo, en caso de que una persona quede internada por intento de suicidio, ¿cómo se vincula la institución con la familia? ¿Tiene contacto? ¿Como es este?

En general, cuando se entrevista a la persona luego se hace la entrevista familiar, al referente más significativo, si la persona...eso va variando porque por ahí por las condiciones del lugar muchas adolescentes quedan acompañadas por la mama, hay parte de la población que no la cubre el hospital de la madre y el niño, hasta los 14 y 11 meses cubre y acá es a partir de los 18, entonces hay una franja que queda descubierta, y cuando se

internan es acá, en ese caso que son mujeres, adolescentes, se deja que este el referente. Eso se va evaluando, si vemos que no está ayudando, si la persona está poniendo más tensa al paciente o es un vínculo conflictivo y vemos que es más contraproducente para la evolución del paciente ahí se pide que el familiar se retire o venga por las noches, es como muy el caso a caso, por ahí pacientes del interior que han estado acompañados y se van turnando el padre, madre para acompañar. En caso de que se evalúe y se determine que el paciente no está apto para recibir visitas, no recibe visitas hasta que el equipo considere que la persona se pueda beneficiar de una visita..por ahí muchos quieren estar solo y es respetar eso, quizás la familia es centro de mucha tensión y mucho conflicto y por ahí la persona no los quiere ver, por ahí la persona dice “yo no quiero ver a mi familia”. Y bueno es válido, no hay que obligarlos, en ese sentido siempre se respeta mucho la decisión, y bueno siempre en el medio, si bien esta la evaluación día a día de la persona, siempre se entrevista a la familia, se trabaja mucho, también desde la psicoeducación, más si la persona va a quedar con medicación, se trabaja mucho con la psicoeducación, con los tratamientos, a mí me gusta hacer hincapié en la forma de vincularme, el dialogo, lo que le digo a la persona, porque muchas veces la familia cree que mientras más cosas diga, o hay cosas que se dicen que generan más culpa, “sos joven, tenes una vida por delante”, entonces imagínate la persona que recibe eso es como una carga, un peso, entonces hago mucho hincapié en la forma, en acompañar, en no juzgar, “bueno pero no sé qué decirle”, bueno pero en acompañar a la persona, un gesto, preguntarle a la persona, ¿cómo te sentís? ¿cómo te podo ayudar? Cosas básicas, sino nos imponemos con nuestras formas, con lo que creemos nosotros desde nuestro lugar lo que es lo mejor y muchas veces para la persona no lo es, la mayoría de las veces, entonces bueno, es decirle ¿cómo te puedo ayudar? ¿Necesitas algo? Acá estoy, pero eso me gusta trabajar a mi mucho con la familia, la comunicación, y bueno ya el abordaje medico lo hacen ya los doctores, los médicos. Eso con la familia, tratamos de que estén presentes, que acompañen. Es un buen punto, que se relaciona con la pregunta de la ley de salud mental, esa parte de no cortar los vínculos de la persona, sino más bien que pueda estar acompañada en la medida que sea beneficioso para la persona, que lo desee.

Mira de lo que yo vengo viendo el último tiempo como factor desencadenante es conflicto con la pareja, este último tiempo, mucho conflicto con la pareja, como factor desencadenante, también problemas intrafamiliares o por ahí la situación socioeconómica en algunos casos ¿no?, bueno sabemos que es algo que es multifactorial, pero como desencadenante la persona refiere, el tema de los vínculos es todo muy significativo. Y también se ve muchos ambientes invalidantes no?, bueno yo tuve formación en niños y veo mucho este de muy poco se sabe y muy poco se enseña al niño a regular sus emociones, mucho déficits en los niños, este desborde emocional y que no sé qué hacer y aparece el cuerpo como escenario más próximo como para una descarga, eso se ve mucho, no sé qué hacer con este desborde emocional, no se nombran mis emociones, no sé qué me pasa, mucho menos tengo herramientas para calmarme y regularme por mí mismo, entonces un conflicto de pareja muchas veces desencadena estas situaciones.

Factores de riesgo...esto que te decía recién de los ambientes invalidantes... la situación socioeconómica, se ven muchos intentos en pibes que están en la calle, en condiciones de abandono, de marginación, también son factores de riesgo, el estar en la calle, no tener un entorno que acompañe, eso también, no tener una familia continente también es factor de riesgo...el consumo de sustancias

Factores protectores...para mi factor protector sería que que haya más a nivel de políticas de salud mental más llegadas a los colegios, a la familia, con cuestiones de promoción y prevención de la salud, por ejemplo hábitos saludables, formas de vincularse, trabajar con la familia sería un factor protector, que puedan tener herramientas, no solo para identificar cuando ya este la problemática, sino en general, factores protectores para la salud mental en general, como bueno, habilidades sociales, formas de comunicación, sobre entender las emociones, nombrarlas, saber qué hacer con mis emociones, sería un factor más a nivel general, una familia que acompañe, que escuche, que tenga herramientas, para poder acompañar a la persona.

Si, como un factor agravante ¿no? Salvo que por ahí personas con trastorno de control de los impulsos por ejemplo, son como más propensas a tener conductas que pongan en riesgo la vida de la persona y puedan terminar atentando con su vida o los TLP, dentro de los criterios que da el DSM esta mucho la sensación crónica de vacío, las ideas de muerte recurrentes conductas autolesivas, muchas personas con alguna descompensación de una esquizofrenia también tienen conductas que...no digo que tener esquizofrenia sea igual a..., pero hay muchos diagnósticos en salud mental que son mucho más propensos en poner en riesgo su vida. Bueno el ambiente es como muy significativo, hay estudios que dicen que los familiares de persona que han cometido intento de suicidio, tienen muchas probabilidades de tener una problemática en salud mental...Si tienes una persona con un trastorno límite y que a la vez tiene una familia que no acompaña, que no contiene, escasos recursos en todos los niveles es como que ya vas...o a las personas que no tienen acceso al sistema de salud, eso también es muy significativo.

Si, si, si. En general lo que pude observar en las guardias es que son familias que subestiman mucho, se subestima mucho lo que sienten y piensan las personas, y esto, siento que no hay un registro en muchas familias, real del sufrimiento del otro, está el famoso “esta artiestando, es para llamar la atención”, eso es invalidar, subestimar el sufrimiento del otro, eso se ve muchísimo. Nos encontramos con mucho “esta hace lo que quiere, es una rebelde” no se ve que detrás de muchas conductas hay un sufrimiento real, por más que sea adolescente o niño, también hay un sufrimiento, entonces sí, se ve muchísimo. Quizás la persona no sabe qué hacer, si yo no valido esas emociones mucho menos voy a tener herramientas para saber qué hacer con esas emociones, hay personas que ni siquiera saben nombrar lo que les pasa, es todo caos, y mucho menos tienen estrategias o formas de afrontar, de autorregulación, de “bueno yo sé dónde siento el enojo, como y sé que hacer para calmarme o pedir ayuda, mucho menos, estas personas..sí, como que esos ambientes se van dando desde muy chiquitos, “bueno dejalo que lllore, se va a calmar solo”, son cosas que van sumando y van conformando...pero de que existe sí, es así, tal cual...

Primero, subestimar el dolor, o lo que le está pasando a la persona, eso es la base, la falta de dialogo también, la ausencia de vínculos significativos, que tengan en cuenta las necesidades de cada individuo, muchos vínculos donde la violencia prima mucho. La ausencia de individualización de cada miembro, eso, lo más importante para el intento. Mucho la ausencia de límites sanos entre los integrantes. Eso es muy importante también.

Volviendo a la regulación de las emociones se ve mucho que hay muchas personas utilizan los cortes para regularse emocionalmente y eso, el tema de la autoagresividad se ve mucho, hacerse daño para liberar de alguna manera tensiones, emociones, conflictos, digo yo que loco buscar esa forma para regularse dañándose, eso se ve muchísimo.

Y algún ejemplo o algún caso que puedas contarme...

Y después de casos... un caso de intento, si, una chica ,una vez entrevisté a la mamá, también era un ambiente de mucha violencia, en donde era como que la madre no podía registrar las necesidades de la hija y el sentimiento de frustración y decir...ay no me sale la palabra...decir "me duele esto" y la otra persona diga "eso no es nada, es porque está creciendo, esta rebelde", esa impotencia de que la persona que dice que me ama, me apoya no puede entenderme, escucharme, eso sí, una vez entrevisté era tan invalidante...uno trata de mantener la...de no involucrarse en ese sentido, pero era tan invalidante, tan autoritaria, pasaba por encima de todo, la hija decía una cosa, "me estoy sintiendo mal" y negaba todo el tiempo las necesidades de la hija, esta criatura en un momento de desesperación, de desborde se había cortado, había tomado pastillas. También el mensaje contradictorio ¿no?, uno de chico toma los padres como figura de referente, el niño aprende y toma todo del cuidador, lo bueno, lo malo, de este vínculo con los cuidadores se aprenden muchas cosas, muchos patrones y formas que después vamos por el mundo como que, si ya de adulto no cuestionamos, vamos por el mundo repitiendo esos patrones, creyendo que son la realidad ¿viste? Y son formas que muchas veces no son las más saludables para nosotros, pero bueno, nada, eso...

ENTREVISTA 6

¿Cuál es su formación profesional? ¿Cuál es su lugar dentro del servicio (residente, planta, contrato)?

Soy residente de segundo año, bueno mi formación profesional...soy Licenciado en psicología de la universidad Barceló, residente de segundo año de la RISaMC.

¿Reciben capacitaciones? ¿Actualmente se encuentra realizando algún tipo de formación o capacitación? ¿cual?

Por mi propia cuenta estoy haciendo una formación de posgrado de terapia cognitiva contemporánea, que ahora empiezo el segundo ciclo en marzo. Y desde acá no hay formación, pero de por si la RISaMC es vista como una formación de posgrado, que son las clases de instructorados que tenemos acá. Es una residencia.

¿Qué mirada tiene como profesional sobre el suicidio en nuestra provincia?

Creo que hay una falta de...como te puedo decir, no sé si la palabra es interés, desde la política pública sobre las estadísticas de suicidio que hay en la provincia. Hoy en día no sabemos en tasa ni nada, pero si sabemos..no se sabe bien, pero es muchísimo lo que se ve de eso. Una guardia me acuerdo que tuve 8 consultas que eran de intento de suicidio en un lapso de 12 horas imaginate...entonces creo que volviendo a la pregunta falta mayor actuación, interés ´por parte de la política pública, campañas, estamos muy dejados, vas a ver que hacen cosas por el dengue, por el covid...Yo estoy en contra de la internación por intento de suicidio. Está comprobado que la internación por intento de suicidio no alcanza...y esto ya es algo quizás personal, pero como puedo creer yo que, medicando un impulso, controlando voy a controlar un pensamiento que puede ser recurrente, como puedo pensar que voy a cesar una idea que puede ser recurrente...muchos estudios demuestran que ya está dejado de lado la internación por intento de suicidio...

Y creo que también muchas veces se subestima y eso lo vi mucho por parte de los profesionales de la salud mental, que muchas veces se subestima los intentos o autolesiones, como “ah si, ya va a volver en un mes o lo hace para llamar la atención”. Me pasó muchas veces en las guardias, una vez me acuerdo que dijeron, no para que voy a ir a evaluar, si es un intento, es para llamar la atención...no es tan así, bueno yo me voy por las ramas, yo respeto mucho la decisión de la persona de querer quitarse la vida, que muchas veces sobrecargamos con la responsabilidad, porque el hecho de estar vivo es una responsabilidad, o quizás una persona que no tiene una motivación de hacerlo y obligas a continuar con algo...una vez me paso en una guardia, en una evaluación, entre con una profesional que tiene una forma de abordar particular, como muy que se basa mucho en los juicios de valor, en eso de “¿por qué lo hizo?, piense en sus hijos”...

Claro, como que por ahí está bueno buscar ligarlo a la vida, pero no así, no de esa forma

Exacto, no lo pongas como una obligación de el

Y que quizás no para todos es lo mismo, quizás para algunos los hijos si, para otros no...

Obvio y el tipo dijo “si, pienso en mis hijos, pero ¿quién piensa en mí? ¿Que no quiero seguir viviendo y no tengo algo que me motive a vivir?” durísimo, y yo te juro que me paraba y lo aplaudía, si no hay motivación de algo que haces, por más que haya teorías, juicios de valor, o vengas y te internen acá vos vas a seguir acá internado y todo vuelve a estar bien, no, vos seguís con lo mismo, es muy amplio...

¿Cuál es su mirada sobre la Ley de Salud Mental?

Yo creo que la ley está muy linda planteada, queda para cuadro, pero en sociedades como la nuestra falta muchísimo, no estamos capacitados para eso, en el sentido de que no estamos con los medios destinados a eso y todo lo que eso implica. Vos te pones a leer la ley, la modificación que se hace y

quedan muy linda para Italia, para Europa, no quiero entrar en ámbitos políticos de partidos, sino a la necesidad del cambio. No se avanza con eso, porque falta mucho, muchos recursos de todo tipo, recursos sociales, económicos, profesionales. Es linda, pero, bajarla a la realidad...

¿Cuál es la edad y sexo que presenta mayor prevalencia de intento de suicidio?

Según mi experiencia, por todo lo visto acá, la edad como punto de inflexión entre los 25 años, vi casos más grandes, sí, pero si tengo que poner una edad como punto de inflexión es ese. Y le encuentro sentido de porque a esa edad, por el hecho de que estas en la universidad o no, y hoy en día la sociedad...la falta de encontrar sentido, el rumbo o pertenencia a algo. Sabemos que somos sujetos biopsicosociales y todo el ambiente, contexto influye, en el que vivimos, la metas a futuro. Y de género, mucho más vi mujeres. Viste que siempre esta ese comentario de que los intentos son más en mujeres y los consumados más en hombres, por lo que yo pude ver si fue así, y con intentos previos...también se ve mucho, me paso muchas veces que uno empieza a indagar, la persona se cortó, se ahorco, y vos hablas, indagas y muchas veces la idea no es quitarse la vida, es calmar el dolor, una chica me decía, que a través de los cortes ella sentía que por ahí calmaba el dolor, la desesperación que tenía , se tiene que ver la intencionalidad final del acto cometido..

¿Cómo se realiza la entrevista de evaluación cuando llega al Servicio un caso de intento de suicidio?

Se forma un equipo interdisciplinario, un equipo de guardia de ese día, donde siempre está presente el médico psiquiatra, los demás profesionales varían, puede ser que justo no haya psicóloga, después están los residentes..la imagen del médico siempre está presente sí o sí. Se evalúa de manera interdisciplinaria. Yo por ahí tengo una mirada o un modo de evaluar el intento de suicidio de manera más directiva, más concreto, no me mucho por las ramas, pero hay cosas que tenes que preguntar en el momento, como ¿lo volverías a hacer? ¿qué es lo que hoy en día te mantiene motivado para seguir

vivo?, que tenga ahí como un ganchito...una chica decía que era su mascota y justo el intento de ella se interrumpe, porque su perro entra al baño y ahí se descuelga, re fuerte esa imagen. Son cosas que por ahí pasan por alto, pero el hecho de que la persona tenga un recurso te ayuda muchísimo. Y bueno...se puede evaluar posibilidades e intentos previos, imágenes o personas de referencia (familia, amigos), si existe consumo, si el hecho fue bajo el estado de consumo, si existe la posibilidad de intentarlo nuevamente, si el mismo fue planeado o fue un acto impulsivo, ante la indicación de iniciar tratamiento ¿está de acuerdo con eso?, motivo por el cual tomo la decisión, si es que no fue un acto impulsivo, ¿qué otras vías posibles de resolución de conflicto tienen?

Si, bueno, el grupo familiar conviviente, antecedentes en la familia de intento o hecho consumado. Yo pregunte algunas veces, hay familias que ven...el hecho de que la persona se quiera suicidar en es muy impactante para la familia, yo algunas veces pude preguntar ¿Cómo lo consideran a ese acto? Y algunas familias lo ven como meh...

¿Como minimizándolo?

Totalmente...Otros lo ven como muy desbordados, con mucho miedo, “uy ¿por qué no me di cuenta de esto?”, desde la culpa, algunos lo toman desde la culpa, familias que acompañan y las que son indiferentes, desde como lo veo yo. Puede ser que una familia este presente pero no haya un responsable, por ejemplo, si hay que dar medicación, la administración de la medicación, o la responsabilidad para controlar el tratamiento, quien acompaña, siempre algún referente tiene que firmar, el compromiso del familiar que acompaña al paciente.

Si la persona queda internada, se hace como cualquier otro tipo de internación, otra diagnostico digamos, se respetan las pautas de visitas, se toman entrevista con los referentes, para conocer datos significativos del usuario, antecedentes, vínculos. Eso se hace.

¿Y se comunican de alguna forma? ¿Se pide algún número?

Si, sí, sí. Cuando se hace el ingreso, en la historia clínica queda el número del referente y con el se mantiene el contacto para pautar las reuniones y todo eso.

Durante las 48 horas de ingresado no puede recibir visitas, yo no estoy muy de acuerdo con eso, o quizás si para casos específicos, por ahí si la persona viene descompensada...

¿Y por qué se plantea eso? ¿Mas por la medicación o por qué motivo?

Si, lo plantean de ese lado, por cuestiones de que desde que ingreso hasta que se impregne, puede que estén agresivos, pero en caso así lo entiendo, pero en casos como este...pero como te digo, pienso yo, también pasa que las personas quieren estar solas...

También dependerá el caso por caso me imagino

Si, sí. Tal cual. Bueno, eso en cuento a la internación acá y la persona evaluada en la guardia, con la familia se habla, con el referente que acompaña, muchas veces no es un familiar y a la hora de que le tenga que dar medicación se le pide la responsabilidad por parte de la familia y quien se responsabiliza en administrársela, se explica todo eso. Las pautas de alarma, ante cualquier urgencia pueden venir al servicio o por guardia central. Y bueno se redirecciona para que inicie tratamiento, si tiene obra social a la parte privada y sino al CAPS más cercano a su domicilio, ya sea con el área de psicología, de psiquiatría o ambas...

¿Las personas que consultan son todos de La Rioja? En caso de que no sea de La Rioja, ¿cómo se abordaría el caso?

La mayoría si son de La Rioja, la mayoría no tiene obra social. Pero me toco entrevistar a estudiantes de Brasil, de Córdoba, Salta. Y en esos casos si es cercano al servicio y tiene indicado tratamiento puede iniciar acá, sino al CAPS cercano a su domicilio con la derivación que se hace, sino...todo esto te estoy hablando en situación de guardia, que la persona llego ahora y se va, pero si queda internada, ya se implica más a la familia, tiene que venir un familiar, siempre se trata de que vengan acompañado con un referente, compañero de estudio, alguien, se toman datos, contactos, todo eso. Pero, no cambia mucho de que sean de acá o de afuera, por ejemplo, el último intento de suicidio, era estudiante de medicina, de salta, tuvieron que llamar al padre, la madre, ellos

vijaron, todo un movimiento más complicado. Pero si no se trabaja de igual manera

¿Cuáles son los factores desencadenantes que se presentan con más frecuencia en los intentos de suicidio?

La falta de motivación, en lo que lo plantees, estudio, trabajo, vida misma. La pregunta del sentido de estar vivo ¿Por qué estoy vivo? ¿Qué estoy haciendo? crisis vitales si se quiere, eso es algo muy muy fuerte. Bueno...si queremos irnos más lejos, la situación actual, social. Son los factores que yo más pude ver...considerar. La motivación es muy fuerte, si no estas motivado en nada...es como un motor de vida.

Si es un factor de riesgo, el consumo de sustancia. No digo que sea un causante A, pero si es un factor de riesgo importante.

¿Y consideras que la familia podría ser uno?

Si, sí, porque muchas veces el no cumplir la presión de un mandato familiar impuesto, no querer o no poder, me paso, un caso de una chica que hizo el intento, estaba desmotivada con la carrera, no podía avanzar, no era lo que ella quería, pero los padres le habían impuesto que haga, hizo un intento, antes de hacerlo llama a su casa y le dice que iba a dejar la carrera la madre salta, super enojado, le dice de todo, que era una decepción para la familia y dejo el teléfono y va y hace el intento, por eso traigo a colación lo de no cumplir con el mandato familiar, si, la familia tiene un peso muy importante, muchas decisiones que tomamos en la vida son por la familia

¿Cuáles son los factores de riesgos que mayormente se observan?

Consumo de sustancia, falta de interés en aspectos cotidianos, falta de metas u objetivos a cumplir a corto y mediano plazo, eso va muy de la mano con la motivación, propósitos en la vida. La falta de una actividad, demasiado tiempo de ocio, de estar al pedo...o improductivo.

¿y cuáles considera que son los factores protectores que deberían promoverse?

y.... de protección, la familia, es muy loco porque la familia puede ser factor de los dos lados, grupos de pares, accesibilidad a la atención en salud, público o privado, acceder a servicios de atención, creencia o fe en algo, siempre valoro eso, no importa religión, el hecho de creer en algo es un pilar muy fuerte en la vida de la persona, el sentido de la vida, quitarse la vida o no está muy ligado a una religión, creencia o fe, muchos se guían más por eso, que por lo que la familia dice.

¿En relación a los aspectos biológicos, en lo intentos de suicidio podría considerar que exista una relación de este con abusos de sustancias o patologías mentales?

Creo que lo genético también influye mucho, obviamente las patologías mental, no sé si la patología mental para la toma de decisión, pero si influye en el sentido de la impulsividad, o la acción a llevar, eso sí lo tomas en el sentido de que somos sujetos biopsicosociales, lo biológico en cosas como estas, el intento, está muy bueno plantearse, a ver... tener una patología de base, el pronóstico no es muy bueno, si está bien la decisión no pasa por ahí, pero muchas veces la desmotivación o ganas de seguir viviendo esta influenciada por eso. Tengo un caso cercano, de un amigo, que tiene diabetes desde los 7 años, tiene 32, es insulino dependiente, somos muy amigos y cuatro amigos en común que tenemos se quitaron la vida, entonces él me pudo decir en su momento, "tengo esta enfermedad, crónica, que siempre que quiero hacer algo tengo que estar pendiente de esto, me trae otras complicaciones y no sé si quiero seguir viviendo", pero entonces si influye en una toma de decisión...es lo que más puedo llegar a asociar...

En la familia hay sí. Si no hubo suicidios consumado, intentos, hay antecedentes, no tan solo suicidio, sino en salud mental, como alcoholismo, adicciones, patologías mentales. Eso queda muchas veces como tapado. Como lo que vimos en la carrera lo transgeneracional... Son cosas que se toman muy fuertes, yo creo que sí. Somos hechos en base a los vínculos más cercanos.

¿Puede observar que este se presenta en algunos de los casos de intentos de suicidio que llegan para ser evaluados en el Servicio? ¿Qué puede comentarme al respecto?

Si, si se presentaron, en las parejas que acompañan a las personas con intento, te puedo diferenciar dos tipos como desde el pasar por alto las señales de alarma o demanda de necesito atención, no me siento bien, estoy desmotivado, te dicen si yo veía que no se levantaba de la cama, que no comía, pero bueno...está bien, uno no tiene la obligación de saber cómo actuar, pero bueno...y después pasó que cuando la chica hace el intento la pareja toma la decisión de separarse, después de entrevistarlo decía “no quiero vivir con alguien que pueda hacer algo así, que quiera pensar así”. Invalidante también en el sentido de “Yo le digo que se ponga bien, que deje de hacer esas cosas...”, o “ella o él es mucho de absorberse en las cosas de la familia”, así como pequeñas dinámicas en las familias. Hay un chico que siempre entra por intento acá, es del interior, siempre entra por un intento, siempre, debe llevar como 5 o 6 internaciones y los padres son muy pasivos, “bueno lo hizo de nuevo...era porque quería tal cosa y no se la dimos”, si hay.

Desde su experiencia profesional, ¿qué características del ambiente familiar podrían considerarse más invalidantes o de mayor riesgo?

La falta de escucha, de dar espacio, tomar las conductas de alarma, de alerta como meros caprichos, como llamados de atención y con esto me refiero a las conductas autolesivas, el hecho de que te digan que están cansados, es entendible, pero es invalidante. Me paso una vez una familia, que decía “no quiero hacerme cargo de darle la medicación, ya me cansé de eso, estar llevándolo al control”, es entendible, pero invalidante, eso es lo que más pude ver

¿Le gustaría contar o agregar algo más?

Si, bueno es un poco de lo que te venia metiendo por partes, que yo siempre valido mucho la decisión de quitarse la vida de la persona, entiendo,

acompañó, no considero que haya que obligar a nadie a vivir, cuando los horizontes o motivos de hacerlo de esa persona están difusos, no soy nadie para obligarte a vivir algo que no quieres ser, como humano y profesional, desde los dos lados lo digo. Eso. De todos los casos que vi es lo que más pude llegar a rescatar y la motivación, el deseo de algo es clave, tiene un peso re fuerte.

Entrevista 7

¿Cuál es su formación profesional?

Yo soy licenciada en trabajo social.

¿Cuál es tu lugar dentro del servicio?

Soy residente de tercer año.

¿Reciben capacitaciones? ¿Actualmente se encuentra realizando algún tipo de formación o capacitación? ¿cual?

Viste que la residencia es una capacitación también, es un posgrado remunerado y que a la vez te va formando, es una especialidad. En algunos colegios de profesionales no está avalado como especialidad, hasta en La Rioja, en la provincia de La Rioja, pero si en otros lados si, por ejemplo, si haces la residencia en Córdoba, en Santa Fe, por ejemplo, en el colegio de Córdoba, de trabajo social si, te la reciben como especialidad, yo me recibí allá, yo estudié acá. En cuanto a eso, si recibimos capacitaciones e instructorados, en los instructorados también nos van mandando cursos, capacitaciones, todo eso, formaciones y de ahí ya queda en nosotros si las hacemos o no, en mi particularidad, este año todavía no empecé nada, pero si hice algunos cursos, a veces la demanda que tenes en la residencia...

Me imagino que debe ser complicado

Es complicado y las compañeras que lo hacen, hay algunas que lo hacen, pero he notado como que no podés hacer todo a la vez, porque sino ya descuidas la residencia, la residencia necesita el 80 % de tu tiempo, de tu vida por decirlo así, para poder hacer un buen trabajo, si no se descuida mucho y no podés dar lo mejor para las rotaciones. Uno trata, pero el tiempo es difícil.

Si, pasan mucho tiempo acá...

Si y es bastante lo que nos dan acá los instructores

¿Todos los días tienen instructorado?

Todos los días sí. Ahora en este mes de enero no, pero ahora en febrero se retoman todos los días los instructorados, no solo venimos de 8 a 12, que son las rotaciones afuera o en el servicio, después tenemos dos horas lo que sería como para almorzar. Y volvemos a ingresar a las 14 de la tarde y ya ingresamos para el instructorados que tienen diferentes horarios, hasta las 17.

Claro, es mucha la carga horaria que tienen, se complica

Totalmente...

Bueno...podrías contarme un poco acerca de la mirada que tenes como profesional sobre el suicidio en nuestra provincia

Esa pregunta dios mío...decirte esto nomas, yo soy de chepes, en chepes es una problemática muy muy grave el suicidio. Me parece que la provincia en sí, lo que es política de salud mental y específicamente del suicidio, estamos muy atrás, en decirte nomas que no hay estadísticas, no hay número, lo que serviría para llevar adelante políticas públicas, en torno a esta problemática que es tan desafiante, tan compleja, tan demandante porque hay tantos suicidios consumados que se podrían quizás evitar, pero lamentablemente desde el gobierno, el estado no se está dándole el lugar que realmente corresponde. Para mi falla eso, no hay políticas públicas en cuanto a esta problemática, no hay profesionales en el interior de la capital, falta mucha capacitación, en cuanto a protocolos, pasos a seguir que se hacen en la urgencia, no solamente

a profesionales especializados, sino también el personal de salud en general, porque son criterios básicos, es un problema de salud, específicamente de salud mental, pero es un problema de salud que trasciende a todos los ámbitos de la vida de la persona, que lleva a desentonar en tomar esa decisión. Me parece que falta mucho desconocimiento, en cuanto a lo que es el suicidio, poder romper cuales son los mitos, las verdades, poder identificar, factores de riesgo, protectores, pero eso es parte de la capacitación que falta en el personal de salud, en el interior, en los caps., que sea abordado interdisciplinariamente, porque no es atender la urgencia, lo derivó, pasa el momento de la urgencia, en el estado agudo, sino que requiere un proceso de tratamiento, si no se trabaja en el contexto del usuario, obviamente esto va a volver, tener recaídas, ideas, entonces es importante siempre mantener la mirada interdisciplinaria, no es por cuestión del médico psiquiatra de aliviar un poco sus síntomas, sino que se requiere de un espacio de psicología, que está pasando en el contexto social del usuario, trabajar con la familia, realizar psicoeducación, esto de factores de riesgo, factores protectores se necesita realizar mucha psicoeducación con la familia, con los acompañantes, ver que está pasando realmente. Por ejemplo, el área de TO, cuáles son sus ocupaciones, sus proyectos de vida, su organización, que está haciendo, porque es una persona que generalmente no le encuentra un sentido a su vida, es un sufrimiento que no pueden soportar, lo veo desde ese lugar... eso como para decirte algo, una falla desde nivel estructural, en cuanto a políticas públicas, capacitación de personal de salud y poder enfatizar en el trabajo interdisciplinario en cuanto a esta problemática, como para resumir un poco, porque hay tanto detrás de esto...

¿Cuál es su mirada sobre la Ley de Salud Mental?

A mí me parece que la ley es hermosa en su lectura, pero el tema es en la práctica, rever, es la vida cotidiana de las personas. Pero la práctica es el tema, a la hora de aplicarla, de llevar la práctica hay muchas complejidades en el contexto, como para darte un ejemplo, a la hora de la externación de un usuario, del servicio de salud mental, no hay recursos afuera para realizar externaciones, para que ese usuario se pueda sostener afuera, son muy pocos,

más con patologías crónicas, como decir las casas de medio camino no tenemos y es un recurso que la ley lo dice y en la provincia no existe centros de día son muy pocos, los que hay no tienen casi recursos, y quizás hay profesionales especializados y capacitados, pero bueno, no está la estructura edilicia, recursos económicos y demás, es como que la ley si te dice un montón de cosas a implementar, pero acá en la provincia no se puede aplicar en sí. Hay muchas que se siguen, otras que no, pero por este tema de que faltan recursos.

¿Cuál es la edad y sexo que presenta mayor prevalencia de intento de suicidio?

Desde la etapa de la adolescencia, jóvenes, adultos, en chepes, desde los 15 para adelante, muchísima gente, en el interior si se ve muchos adolescentes y jóvenes... muchísimo, más que adultos te digo. Genero varón más suicidio. E intento entre mujeres y varones, los dos, pero si en el interior muchos varones. En chepes hubo una época en que fueron suicidio uno por semana, por dos meses, todos varones. Acá si se ve más de los dos géneros.

Si, es cierto, siempre vi muchas noticias de casos más de adolescentes

Es que sí, vos ponete a pensar que en el interior no hay nada para los jóvenes, no hay distracción, no hay proyectos para los jóvenes, reina mucho el consumo, de todas sustancias, salidas nocturnas, muchísimo consumo de alcohol, en los lugares que yo conozco, como Chepes, Ulapes, Tello, Olta, Chamental, Milagros. Son más o menos las mismas problemáticas porque los jóvenes no encuentran otra distracción, mayormente, no generalizando. Acá tenes otras como otras oportunidades en la ciudad, que en los pueblos no se encuentra, influye mucho la cultura, están cruzados por esas formas culturales que llevan adelante, la violencia, el tabú, la forma de hablar, decir las cosas. Yo tuve una experiencia personal, cuando iba a la secundaria, se suicidio un compañero mío, porque era homosexual y era discriminado por la propia familia, partamos desde ahí, por los mismos compañeros y por la misma sociedad en sí, prácticamente lo crucificaban, más nos acercábamos nosotras y tratábamos, pero sin tener una herramienta ni contención, estaba solo, en esa

época no existían los equipos psicopedagógicos, las problemáticas esas existían, fueron épocas que se suicidaban muchos chicos, era sobrevivir y si te tocaba una buena familia entiendes? Porque viste que las problemáticas en la adolescencia se trascienden, te chocan, no es fácil, si no tenes una familia que te acompañe, y te sostenga, es como muy difícil, que ahora quizás hay un poco más de personal capacitado como para poder sostener y acompañar esa situación.

¿Cómo se realiza la entrevista de evaluación cuando llega al Servicio un caso de intento de suicidio?

Y nosotros empezamos en la guardia, empezamos a evaluar el tema del riesgo, si hubo planificación, desde cuando esta la idea, si es el primer intento, o sea los antecedentes de suicidio, de esta idea, si hay antecedentes en la familia, cual fue el mecanismo que utilizo, evaluar el riesgo, si hay una idea fija, es criterio para ingreso, depende mucho el contexto, quien lo acompaña, si tiene o no acompañante, si hay un referente que lo pueda acompañar, sostener el tratamiento ambulatorio, siempre se mide el riesgo para si o para terceros. Los antecedentes si o si, cuando fue la última vez que intento, si persiste la idea, porque es un criterio de ingreso para el servicio. Buscar la manera de que se pueda sostener. Se realiza un control, si lo puede sostener un referente, que venga a control, pero si acompañamiento permanente y todo esto...

¿Sobre qué aspectos se indagan? ¿Se realizan preguntas asociadas al entorno familiar? ¿Podría contarme cuáles?

Siempre se realiza esas preguntas, ¿con quién vivís? Esa seguro, ¿cuáles son los vínculos que tenes?, que tipo de relación tenes con tu mama, con tus hermanos, tu pareja, se indaga el vínculo, profundizar un poco y ver que problemática puede haber desde ahí, a veces en la guardia son preguntas, así como muy generales y ahí vas indagando un poquito, pero tampoco puedes indagar tanto porque es un espacio de guardia. Pero si, siempre se hace hincapié en eso, si hay problemáticas en la familia o con la familia, se hace psicoeducación con la familia, se los entrevista, irlos psicoeducando para ver lo

que le está sucediendo al usuario en ese momento, hay muchas familias que tienen desconocimiento y se echan la culpa, es depende del caso, es caso por caso, lo que vaya saliendo, pero siempre se pregunta el entorno, lo familiar, porque yo entiendo como trabajadora social que estos usuarios llegan acá porque hay algo que se rompió en el lazo social, en esas relaciones sociales, en ese afuera, en la vida cotidiana de uno mismo, que va transitando, hay algo que se rompió, que hace que estas personas vengan por una problemática, que lleguen por un padecimiento, por algo que les duele, que no saben cómo seguir, hay algo que se ha roto. Somos seres sociales, nos manejamos a través del vínculo, a través de transitar diferentes espacios, instituciones, hay algo que paso ahí que haga que esa persona se encuentre en este estado, siempre es mirar un poco más allá desde lo que pasa en la guardia. Yo mantengo esa perspectiva de mirar ese entorno que lo rodea, no sirve de nada tratar la urgencia, lo agudo, si después afuera sigue todo igual. Es decir, mínimas intervenciones hay que hacer, con la familia, con los espacios que transita, para que algo se puedas mejorar...

¿Cómo es el vínculo de la institución con la familia? ¿Cuál es el compromiso que tiene el referente afectivo con el usuario y en caso de que no esté presente como se actúa?

El vínculo es dependiendo de cada equipo, como se trabaja, supongamos que hay un usuario con criterio de internación por intento de suicidio, porque tiene la idea fija, entonces los equipos empiezan a trabajar, o referentes afectivos más cercanos, se entrevista a la familia, se comienza a trabajar desde ese lugar, yo creo que hay que reforzar mucho la psicoeducación con la familia, si no se consigue ese acompañamiento con la familia, ellos no van a poder solucionar el problema, para eso están los profesionales, pero si pueden acompañar y entender la situación, ayudar. La familia no tiene el lugar de curarla a la persona, el lugar de la familia es otro, pero si tratar que puedan comprender, que se puede hacer, que no, cuáles son las pautas de alarma, pero me parece que falta mucho, cuando se externa un usuario, el poder seguir ese vínculo, esa red, de que se logre una externacion como corresponde, no es darle el alta y soltarlo. Se deriva a otro profesional, para que reciba un tratamiento ambulatorio desde afuera. Sino se estabiliza a la persona y vuelve

al mes o a los dos meses. Desde la institución se trabaja algo con la familia, pero falta mucho, cuando se externa faltaría trabajar con la familia, habría que seguir en contacto con el profesional, se deriva un caps, seguir esa red, hasta que se construya. Sino vuelven, a los dos meses.

Yo creo que hay muchas familias que están como comprometidas, suelen ser generalmente continentes, diferente a una patología crónica, estas familias así como más sostenedores, contenedoras acompañan, pero no terminan de entender, tienen sentimiento de culpa, tratan de salvarlo, hay que hacer mucha psicoeducación, pero es un trabajo largo, hay familias que minimizan mucho las situaciones, “si me aviso que se va a matar, no lo va a hacer, no se va a matar..” minimizan mucho esta problemática “ya lo intento un montón de veces” están desgastadas, pero bueno ahí hay que tomar otra posición. Es diferente con las familias con patologías crónicas, como psicosis, que están desgastadas, de muchos años, no quieren implicarse, muchas se desligan. Si se ve que acompañan dentro de todo, como pueden, pero están.

¿Las personas que consultan son todos de La Rioja? En caso de que no sea de La Rioja, ¿cómo se abordaría el caso?

Mayormente son de la capital, vienen algunos derivados del interior. Se evalúa el riesgo y demás, si hay riesgo cierto o inminente tiene ingreso y se hace lo que se hace con los usuarios de acá, sino se deriva y se pide el acompañamiento y seguimiento permanente de un familiar, y un seguimiento desde un profesional, en el hospital, si no se tiene, se le da medicación, pautas de alarma, psicoeducación a la familia y si se comprometen que lo traigan a control, eso lo tiene que hacer si o si el hospital de allá, generar el traslado y todo eso. Es lo que corresponde del lugar de origen de la persona, siempre que haya recursos para sostenerlo afuera, si no hay se busca la manera o si tiene criterio se lo ingresa. Si hay un acompañamiento familiar si o si trasladarlo desde el 107, del hospital donde vienen, se hace siempre la red con ese hospital para que ellos lo trasladen a un nuevo control, si o si una enfermera tiene que venir. Le corresponde al hospital desde donde es la persona, es su responsabilidad.

¿Cuáles son los factores desencadenantes que se presentan con más frecuencia en los intentos de suicidio? ¿Considera que la familia es uno? ¿Por qué?

Si, la familia es uno de los desencadenantes. Esto de los vínculos, el entorno socioafectivo, hay algo que se rompe afuera, puede ser la familia, vínculos personales, como problemática en la pareja, alguna separación, también el nivel en cuanto a lo económico, interfiere muchísimo en la salud mental de las personas, que no te alcance el dinero para vivir, no conseguir trabajo, quedarte sin trabajo y el consumo de sustancia. No encontrar a veces un sentido a la vida, es un factor grande. Pero si, más que todo los vínculos se ven muchísimo, o consumo de sustancias, para mi está muy relacionado el consumo de sustancia con el intento de suicidio.

¿Cuáles son los factores de riesgos que mayormente se observan?

Podría ser los medios de comunicación, esto de hablar los mecanismos, esto de hablar de la forma de poder quitarse la vida tan libremente, el consumo de sustancias también, las redes sociales todo el tiempo, promueven muchas situaciones, estar tanto tiempo en las redes, no tener un proyecto de vida, no poder encontrarse, las dificultades familiares, vinculares, eso sí o sí. Un divorcio, separación de los padres, separación de la pareja, la violencia, de género, en todas sus formas también.

y cuales considera que son los factores protectores que deberían promoverse?

Y como factores protectores...el acceso a la salud, a la atención de la salud mental, más profesionales, fortalecimiento de vínculos familiares y sociales, recursos comunitarios, potenciar eso. En cuanto nivel educativo, poder fortalecer esos espacios, en caso de los adolescentes, que tengan un espacio. Es re importante que haya mucha contención. A nivel universitario también, cuando uno está transitando una carrera universitaria, son tantas las presiones...que me parece que también desde la facultad, se tendría que brindar esos espacios, no somos de fierro, hay muchas situaciones que se

viven en la transición de una carrera universitaria...la ansiedad que se vive en épocas de finales, de cursada, el maltrato que hay a nivel institucional.. y así en muchos otros espacios institucionales, hay que aprender a proteger en eso. Que se lleven adelante políticas públicas en salud mental, más espacios en protección, promoción y prevención del suicidio, muy importante el trabajo que se tiene que hacer en la atención primaria de la salud, potencializar y fomentar mucho el trabajo comunitario, lo primero que llega o los primeros lugares a donde van a pedir ayuda son los CAPS, si no hay un trabajo desde ahí, llegan acá que es lo último, lo más complejo, cuando la persona esta devastada.

¿En relación a los aspectos biológicos, en lo intentos de suicidio podría considerar que exista una relación de este con abusos de sustancias o patologías mentales?

Si, antecedentes si, por eso es importante indagar en los antecedentes familiares, socioculturales, porque hay patrones que se van repitiendo, son conductas aprendidas, como la violencia, se va aprendiendo desde el contexto, el niño y el adolescente va a ir repitiendo estas conductas, porque lo ha aprendido, le han enseñado así, ¿indirectamente no? De contextos así..tiene que ver mucho, si...

¿Puede observar que este se presenta en algunos de los casos de intentos de suicidio que llegan para ser evaluados en el Servicio? ¿Qué puede comentarme al respecto?

Si, re, viste que te decía que hay familias que acompañan, pero también hay familias que minimizan estas situaciones, una familia donde hay reproducción de violencia, con una cultura super machista, el expresar tus emociones... no, no se puede hacer, si un varón está llorando porque hay cuestión de la vida que le duele, no encuentra solución y la familia lo invalida, invalida sus emociones, todo el tiempo. Lo he podido ver mucho en los adolescentes en un abordaje de promoción y prevención que hicimos en la rotación de salud mental comunitaria, un trabajo con una escuela, en un stand educativo, se pudo captar muchas demandas, donde planteaban que sí, que no son escuchados por la familia, sus padres, su hermano, ¿entonces a donde recurren? ¿pero,

sino que pasa con esos adolescentes? Llegan acá cuando están totalmente devastados, hay algo en ese contexto que está roto, que no funciona, que no está yendo bien, algo en ese laxo social que se ha roto y se ha complejizado para llegar a esa instancia sumamente grave, de no querer vivir

Desde su experiencia profesional, ¿qué características del ambiente familiar podrían considerarse más invalidantes o de mayor riesgo?

Esto de no poder expresar sus emociones, saber que le pasa, no tener esa contención desde la familia, ese sostén, de escuchar y no ser juzgado por lo que les pasa también, en los adolescentes, en este sistema machista, patriarcal, no aceptar cuando el hijo está tomando una forma de identidad, los diferentes género, se ve mucho en las familias, en los adolescentes, en jóvenes también, hay familias que no acompañan, no entienden, hay mucha estigmatización, muchos mitos, representaciones sociales que hay, en la sociedad y que la familia reproduce. El trabajo con la familia es sumamente importante. Si no logras un buen sostén es muy difícil que la persona pueda salir y cambiar la perspectiva de la vida que llegaba, llegan a esa situación porque prácticamente no daban más.

¿Le gustaría contar o agregar algo más?

Esta buenísima la mirada, la articulación con ese concepto y ver de qué manera se puede abordar, desde la psicología obviamente que sí, pero también desde que otros espacios y otras disciplinas, tener una mirada más interdisciplinaria también, llegar a un abordaje más completo, adecuado quizás a estos padecimientos.

Entrevista 8

¿Cuál es su formación profesional? ¿Cuál es su lugar dentro del servicio?

Trabajadora social. Formo parte del equipo interdisciplinario, equipo D. el servicio está conformado por tres equipos A, B y D.

¿Reciben capacitaciones? ¿Actualmente se encuentra realizando algún tipo de formación o capacitación? ¿cual?

No recibimos y no me encuentro por una cuestión de tiempo, economía. Entre mi vida mis hijos, actualmente vengo acá y cumplo.

¿Qué mirada tiene como profesional sobre el suicidio en nuestra provincia?

Mi mirada es no porque yo lo vea..es negativo, es un tema tabú por ahí, es un tema que quizás hay promoción de la temática pero no llega esa información en si a la familia que está atravesando, por ahí llega a la institucionales, como policías, universidad, escuela, pero no llega a la familia vulnerable, que viven en una zona crítica por ejemplo, un asentamiento, donde quizás hay muchas familias vulnerables y muchos derechos vulnerados. Hay promoción en sí, pero no llega a quienes tienen que llegar, eso es un poco negativo, no se camina en los lugares en donde se debería caminar. Hay una cuestión muy de la familia, que la persona que tiene, cuando llega al intento no avisa, o avisa tarde, cuando ya quiere hacerlo, cuando esta la soga en el cuello. Me descolgaron, llegaron justo, yo mande un mensaje. Mucha manipulación, ambientes tóxicos que no salen, no resuelven. Yo no sabía nada, no sabía que estaba pasando por esta situación, que sufre de eso, la familia es un poco ciega, sorda, muda de eso. Creo que vivimos en una provincia donde hay bastante intentos de suicidio. También la info de los medios, no es lo mismo que se suicidio que tiene una hilux, que Juan que trabaja en el basurero. Muy marcado los estatus sociales.

¿Cuál es su mirada sobre la Ley de Salud Mental?

El órgano de revisión no tenemos en la provincia. Acá trabajamos como un poco intentando manejar la ley, pero también es el día a día, caso a caso, es una mirada media imparcial, a veces nos proponen cosas como muy cuadradas y no es así. La internación debe ser breve, por ejemplo, de lapso determinado y a veces no es así, no todos los diagnósticos son los mismos, no todos los

entornos son los mismos, no hay medicación para los pacientes, faltan políticas públicas, la ley suena muy linda, pero las políticas públicas. Hay un juego ambivalente. O los hogares de medio camino que faltan, los centros de adicciones. Hay una ley, pero no hay políticas que sostengan.

¿Cuál es la edad y sexo que presenta mayor prevalencia de intento de suicidio?

Me llama mucho la atención, que en este último tiempo me ha tocado ver mujeres, jóvenes, entre 18 y 40 y de ahí adictos, hombres, con ideas. La cantidad de mujeres que me toco ver en las guardias, hay hombres, pero generalmente son más adictos.

¿Cómo se realiza la entrevista de evaluación cuando llega al Servicio un caso de intento de suicidio?

Por consultorio se aborda la persona, luego a la familia o referente afectivo, se ven los criterios, los síntomas, si eso lleva...para una internación, puede tener la idea fija, planificación y eso ya es motivo de internación o episodios de auto o heteroagresividad. Mas o menos eso...mientras se va evaluando, escucha el relato, cuando hay una idea fija, episodio auto o hereroagresivo, eso ya es motivo de internación.

¿Se realizan preguntas asociadas al entorno familiar? ¿Podría contarme cuáles?

Si, siempre, preguntas puntuales, los antecedentes, si hay de intento o consumado digamos. Si tienen alguna patología, es lo básico de antecedentes, es como la raíz para ver todo lo que sigue después.

¿Cómo es el vínculo de la institución con la familia?

Siempre se trabaja con pautas, se va pautando a la familia y al paciente, poner límites, a veces entran adolescentes o que han sido muy sobreprotegidos y la mama o algún otro quiere estar pendiente de esa persona y se trabaja con pautas, pero también pasa que hay pacientes que entran acá y la familia ni

aparece, entonces tenemos que estar llamando, buscar algún referente, sea familia o no. Pero es fundamental el trabajo con el grupo primario de apoyo y si no está vamos al secundario, los grupos, la comunidad, buscamos los agentes sanitarios para ver el seguimiento.

¿Cuál es el compromiso que tiene el referente afectivo con el usuario y en caso de que no esté presente como se actúa?

Depende de caso a caso, hay familias que, si están, otras que no están, hay familias agotadas, que están cansadas, siempre es lo mismo, hay una multiplicidad de familia. Es muy distinto cada caso, todo es muy particular, no hay algo que pueda decir que coinciden, pero si es real muchas familias agotadas, cansadas, ahí sí podría decirte de una particularidad, muchas familias cansadas, pero también es un poco de que no hay quien sostenga a la familia, quizás sería más armoniosa esa cadena de sostén, están en un limbo y esa familia tiene que poner sus propias herramientas...del amor, de una mama, un papa, pero esta ese cansancio, hay falta de sostén de la familia.

¿Las personas que consultan son todos de La Rioja? En caso de que no sea de La Rioja, ¿cómo se abordaría el caso?

Vienen muchos estudiantes brasileros, de otras provincias también, a veces es como ver la demanda, solventarla, ya sea con medicación, orientación, psicoterapia y vuelven a su lugar, vienen con una crisis aguda, se la solventa y se vuelve a redireccionar o se dan los contactos para que inicie terapia. Eso también juega mucho la obra social.

¿Cuáles son los factores desencadenantes que se presentan con más frecuencia en los intentos de suicidio? ¿Considera que la familia es uno? ¿Por qué?

No sé si el intento de suicidio o la depresión, son como dos caminos diferentes. Muchas veces se asocia depresión al suicidio, intento o pasajes al acto, pero en cuanto al intento me parece que es un poco egoísta o esto de tener esas

conductas autorreferenciales “a mí me pasa esto” yo sufro esto, En ese egoísmo de yo yo, la familia a veces no sabe cómo abordar activamente ese vacío. Para mí es una conducta muy egoísta, si hay otra cuestión depresión, melancolía, tiene un desencadenante más de vacío, pero es algo muy subjetivo mío. Depende de la persona, de la historia de vida, depende mucho mucho, es muy difícil situaciones similares, parecidas. Hay un montón, pero para mí el egoísmo o la manipulación, yo hago esto por culpa de...por no poder aceptar por asimilar ciertas situaciones personas, es más fácil decir yo me voy a matar porque me separe que voy a resolver esta situación para salir más sana...mucho separación, me pelee con mi novio, me deje, tiene una cuestión muy autorreferencial, siempre es el que sufre, el pobrecito, esa cosa manipuladora.

No niego que no estes mal, porque yo sufro, a mí me pasa esto, es un poco egoísta, es no poder ver o no poder sacar ese velo de los ojos para poder entender esta situación real de que me está pasando.

A todos nos pasan cosas, pero no todos tenemos la misma capacidad de resolución de los conflictos. No juzgo, puede ser sufriente. Hay como dos caminos, el otro día escuchaba la historia de una monja, ella cuenta que el dolor más grande es el suicidio de su hermano, es un hermano que cargo toda su vida con tristeza, de no poder, cargar con ese diagnóstico, está muy bueno como ella lo cuenta, ella siendo monja, teniendo esa cuestión muy de dios, es la otra cara, es una historia.

También hay una mujer que cuenta la muerte de su hijo, como el tomo la decisión, la familia sabia, que el en algún momento iba a consumir su propia muerte, como la familia acompaña de ese lado. Hay gente que, si es egoísta, y hay gente que no puede realmente. Me mato por...y no reconocer 1que vos también sos un poco culpa de eso...

¿Cuáles son los factores de riesgos que mayormente se observan? y cuales considera que son los factores protectores que deberían promoverse?

Creo que la globalización, el manejo de las pantallas, del celular, es más fácil, con que me puedo...pienso yo, no sé, si están vulnerables, sensibles, juega en

contra el mal uso que le damos a la tecnología, más cuando tenemos una idea, un pensamiento rumiante, es más fácil buscar que puedo tomar para morirme más rápido. El mal uso de la tecnología. Conflictos con la pareja, familia, separación, divorcio. Pero hoy, principalmente.

Poder llegar a esos lugares donde no se llegan, a los barrios más vulnerados, que capaciten a esos lugares. Eso sería fundamental, llegar a la familia donde hay más vulnerabilidad.

¿En relación a los aspectos biológicos, en lo intentos de suicidio podría considerar que exista una relación de este con abusos de sustancias o patologías mentales?

Para mi si, muchas veces hay antecedentes en la familia, mi padre se suicidó, se escucha eso, esos diálogos de los antecedentes, que son esos factores. Si, considero, totalmente.

¿Puede observar que este se presenta en algunos de los casos de intentos de suicidio que llegan para ser evaluados en el Servicio? ¿Qué puede comentarme al respecto?

Si, de que hay si hay, conciente o inconciente, porque también la familia es un poco culturalmente aprende lo que me enseñó mi abuela, mi prima, mi tía, cargamos con ese pasado y la familia no es universidad que está formándose todo el tiempo, es un grupo de persona que vive dentro de un hogar, requiere su organización, roles, funciones, de que hay sí, pero también hay una cuestión de que no saben validar o no las emociones, los pensamientos, no se lo enseñaron. Volviendo a esta chica la mama estaba perdida, no sabía cómo acompañarla, que decirle, es aprendida o reaprendida de pautas transgeneracionales, hay familias que no cursaron la universidad o secundario completo, entonces como le podés pedir a esos padres...juega mucho...pensando en esas familias vulneradas o vulnerables, validan, no validan, pero quien piensa en la familia, vamos para atrás. Es una retroalimentación, hay que romper los ciclos también, es un poco eso. Juega mucho lo educacional, porque la familia da lo que tiene, esta chica esperaba

que le digan acá estamos para vos, pero la familia no sabe cómo hacerlo, que decirle, eso pasa mucho cuando no hay familias que tuvieron acompañamiento psicológico, por eso pienso eso para atrás, como juega el pasado en la familia que invalida las emociones del sufriente. Es romper esos ciclos, esas cadenas.

Desde su experiencia profesional, ¿qué características del ambiente familiar podrían considerarse más invalidantes o de mayor riesgo?

El abandono, la muerte de un ser querido, al lado de casa su mamá muere de cáncer, no paso ni un año y la hija se suicidó, el vacío que le causó la muerte de su madre fue tan grande, que se colgó con los cordones de sus zapatillas, sale de bañarse, se sienta en la cama...a veces son cosas que son difíciles de superar. El abandono, hay mucha gente que dice no conocí a mi mamá, mi papá me abandono, el abandono, la muerte de un ser querido. O madres sobreprotectoras, juzgadora, todo lo que haces está mal...vos sos un borracho, familias juzgantes, que no entienden, que no acompañan. ¿Para que te compras eso? Comentarios así...otro chico que se suicidó por adicciones, tenía deudas, esto de la desesperación, se juega este círculo vicioso, prestame plata después te devuelvo y cuando te ves en esa maraña en esa tela de araña ya no puedes salir de ahí, son factores muy estresores, la desesperación. Son casos que los viví, los conozco, lo sé. Un changuito de muy escasos recursos, le pedía a su mamá que le compra unas zapatillas, tenía un cierto retraso, empezó a girar en la hamaca y se ahorcó, te hablo desde lo que yo escuché, pero son situaciones de vulnerabilidad, abandono, muerte no resuelta, en esa desesperación, la falta de esperanza o de un proyecto de vida, es más rápido ver la muerte que salir a trabajar para pagar lo que debía.

ENTREVISTA 9

¿Cuál es su formación profesional? ¿Cuál es su lugar dentro del servicio?

Licenciada en trabajo social. Residente de segundo.

¿Reciben capacitaciones? ¿Actualmente se encuentra realizando algún tipo de formación o capacitación? ¿cual?

Acá nosotros solo tenemos los instructorados de las diferentes disciplinas. Si bien no nos obligan a hacer otros tipos de capacitaciones, nosotros por cuenta propia si hacemos digamos

¿Y estás haciendo alguna actualmente?

Si, termine hace un mes la diplomatura de salud mental comunitaria, que la hice en la facultad de Córdoba y estoy haciendo otra desde hace dos semanas de salud sexual y reproductiva del hospital Bonaparte.

¿Qué mirada tiene como profesional sobre el suicidio en nuestra provincia?

Deseo lo profesional, creo que como trabajadora social son muchas las variables que tengo en cuenta para atender a una paciente que viene con un intento de suicidio, dejando de lado profesional, creo que es algo que está muy descuidado como parte de política pública, no hay mucha concientización ni tampoco dispositivos públicos que atiendan esa problemática en general, hay solo una institución, que se llama camino del medio y que es privada. En cuanto a concientización, solo se escucha hablar del tema en el mes del suicidio, después en el resto del año no, tampoco veo que no hacen hincapié en los meses en que comúnmente podemos ver que noviembre, diciembre, enero y febrero hay mucho suicidio. A grandes rasgos fallan las políticas públicas.

¿Cuál es su mirada sobre la Ley de Salud Mental?

y...la ley, si bien tenemos que regirnos e intervenir de acuerdo a la ley, acá en el servicio en que estoy hay un organismo superior que impide que cumplamos la ley, que es la doctora D., ella ordena internaciones cuando no tiene noción o conciencia del estado actual de los pacientes y por ahí tenemos que internar y somos los mismo que estamos yendo en contra de la ley, porque acá ahora hay

28 pacientes, 10 son por trastornos mentales, el resto es por razón social y hay un artículo que no se debe internar a un paciente por cuestiones políticas, familiares o por razones sociales...esta la ley, pero hasta donde podemos respaldarnos de esa ley? Si los organismos superiores están yendo en contra de ella, no la cumplen

¿Cuál es la edad y sexo que presenta mayor prevalencia de intento de suicidio?

de intento en cuanto a genero mujeres, los hombres son como más impulsivos, ellos consumen el hecho, lo intentan y se suicidan directamente, y la mujer es la que más hay prevalencia de intento. En cuanto a edad es variante...el año pasado cuando ingrese a la resi, veía más 25 a 30 y pico, este año se ve mucho en adolescentes, bajo la edad, ahí habría que ver si es propiamente dicho suicidio o algún trastorno. Hablar de suicidio no es solo hablar del deseo de quitarse la vida, sino que hay que ver qué hay de trasfondo que lleva a la persona a cometerlo...por ejemplo el otro día fuimos a la guardia, vimos un intento, era una paciente que tenía 17 años, sexo femenino, es su quinto intento, cuando fuimos a realizar una evaluación, una hora y media y pudimos ir sacando factores, de que hay sospecha de un asperger no identificado a temprana edad, y en el asperger tenes conductas de aislamiento, problemas para relacionarse con los demás, ese vacío que hoy en día, no tener un diagnóstico a temprana edad, lleva a que esas conductas o ese vacío que la persona tiene en si o el problema para relacionar la lleva a que cometa estos intentos de suicidio, ella refería que se cortaba porque el dolor físico, la alivia del dolor mental, la misma paciente dice que hay algo mental que lleva a intentos, ella sabe hasta que letalidad llegar para no matarse, ingresa por intento, intento, uno va y atiende esa urgencia, pero muchas veces no se interviene a fondo...el suicidio esta atravesado por diferentes factores sociales, económicos, culturales, psicológicos...o un trastorno de transfondo no tratado...esas son las falencias que yo veo, lo veo en mí misma de ser joven y estar tan frustrada porque es atender la urgencia, la urgencia, la urgencia, y si se estabiliza en el momento, pero si no tiene un buen tratamiento, si no hay adherencia, voluntad del profesional de ir más allá de decir "bueno, si, tomas

esta medicación y ya está”, sino tomarte este tiempo, escucharla, indagar que hay de fondo lleva a que cada vez sea más el índice..

¿Cómo se realiza la entrevista de evaluación cuando llega al Servicio un caso de intento de suicidio?

y depende... de como este el paciente, de cual haya sido el mecanismo, no es lo mismo la que uso psicofármacos, o en guardia central, UTI, siempre tenemos que saber que es un paciente que esta atravesado por un cuadro emocional, entonces deben ser preguntas claras, precisas, pero también debemos saber observar u escuchar, esas pausas, esos silencios, no es ir al grano y preguntar ¿Por qué te quisiste matar?, sino ir por otro lado ¿Cómo estás? ¿sabes por qué estas acá? ¿quieres contarnos? ¿Quieres que te ayudemos? y de ahí ir buscando, una vez que se generó el clima de confianza, que pudo desahogarse, ahí si tenemos la obligación de indagar si sigue ese riesgo, esa idea de muerte, para ver el tratamiento, ya sea internación o psicofármaco, siempre hay que tener en cuenta que una entrevista dura por lo menos una hora, porque se tiene que generar ese espacio de confianza, de vínculo...sino herís más a la persona, es tomarte el tiempo...

¿Se realizan preguntas asociadas al entorno familiar? ¿Podría contarme cuáles?

sí, comúnmente... justo mi disciplina es la que más se encarga de eso, a veces nos dividimos, cuando estamos muy atareados, al trabajador social lo mandan con la familia, no estoy de acuerdo con esa modalidad, porque el psicólogo, el psiquiatra queda con el paciente y el TS lo mandan con la familia y porque hay algo del relato que nos puede servir y viceversa, pero si, primero se realiza una entrevista con el paciente, se escucha su discurso y luego se entrevista a la familia...

y más o menos que se suele indagar en relación a la familia?

se busca indagar sobre los vínculos, si existen vínculos, que tipo de familia son, cuestiones económicas o emocionales, que nos lleven a ver si son factores que llevan que la persona cometa un intento..una vez que indagamos como está conformado el sistema familiar, la estructura, los vínculos, todo, tratamos de

buscar alternativas para que ayuden al proceso terapéutico del paciente. Si vemos que es una familia que no es continente, que no es flexible, que no tienen conciencia de la situación, es ahí donde tratamos de buscar mediante el dialogo con el paciente otro referente afectivo, porque siempre en la urgencia va a estar la mama, el papa, lo cierto que esta el guardia central, pero no siempre es esa persona quien el paciente considera como un referente afectivo, por ejemplo vino una paciente acompañada por la hermana y el padre, pero tuvimos que llamar a la tía porque se sentía más segura con la tía. Entonces el paciente siempre y cuando sea mayor, tiene la libre decisión de decidir quién es su referente o quien acompaña su proceso terapéutico, en los menos es más impuesto, te vas con tu mama, te vas con tu papa, porque así lo dice la ley, pero yo estoy en contra porque no va a ayudar al proceso terapéutico, si es menor de edad, y te dice que el vínculo con su papa es mala, que es agresivo, no la escucha, no la apoya, si se quiso intentar matar, lo obligo, estoy alimentando más ese factor estresante porque eso no va a ayudar a la persona.

¿Cuál es el compromiso que tiene el referente afectivo con el usuario y en caso de que no esté presente como se actúa?

Y ahí depende, tenes familias problemáticas, continentes y no continentes. Entonces nosotros tenemos la primera entrevista, y tenemos la primera impresión, sabemos que estamos con una familia continente o no, problemática o no, de acuerdo a esa primera impresión vamos a realizar nuestro plan terapéutico. Esa es la razón por la que acá hay más casos sociales internados que de trastornos mentales...muchas veces no hay compromiso del referente afectivo o no hay quien pueda sostener un tratamiento...ese es el peor trabajo para nosotros, lo que más nos cuesta reestructurar esos lazos, nos cuesta un montón...

¿Las personas que consultan son todos de La Rioja? En caso de que no sea de La Rioja, ¿cómo se abordaría el caso?

No, acá se atiende de La Rioja en general, comúnmente vienen muchos del interior, al no haber equipo de salud mental del interior, son más los pacientes que vienen acá, en otras provincias si se llegó a atender...muchos intentos de suicidio si, estudiantes, que vienen de otra provincia, nos tocó trabajar...de localizar a la familia, de hablar con la familia y no decirle su hijo está internado por intento de suicidio, porque también son personas que se pueden descompensar y están lejos, sino buscar las palabras, el método, para que esa familia pueda hacerse presente en la institución...sí toco hablar con papas de Salta, del sur, una vez que la familia está presente acá, se buscan alternativas, ya si son familias continentales o no..en su mayoría cuando son de otras provincias son continentales, entonces se le da el alta al paciente y la familia acompaña al tratamiento.

¿Cuáles son los factores desencadenantes que se presentan con más frecuencia en los intentos de suicidio? ¿Considera que la familia es uno? ¿Por qué?

En cuanto a los adolescentes es el consumo...ya desde edades más de 35 a 40 y pico son más factores económicos, problemas conyugales, estrés, ansiedad. Ese cuadro de desesperanza que lleva a la persona...a aliviar su dolor con un intento o a consumir el hecho.

¿Consideras que la familia puede llegar a ser uno o no?

Si, si, porque es eso...problemas económicos que se dan...o aquellas familias no continentales, la familia para mi es un sistema, que debe haber apoyo mutuo para poder recuperar al paciente que esta con esta problemática.

¿Cuáles son los factores de riesgos que mayormente se observan? y cuales considera que son los factores protectores que deberían promoverse?

El consumo problemático. y...más instituciones públicas y eso ya es muy subjetivo de uno, propio del paciente que adhiera al tratamiento. Muchas veces la falta de adherencia del paciente al tratamiento...

¿En relación a los aspectos biológicos, en lo intentos de suicidio podría considerar que exista una relación de este con abusos de sustancias o patologías mentales?

Si, justamente el otro día veíamos esto intento de suicidio vs violencia, que es un acto violento, donde la persona por ahí intenta aliviar dolores realizando intentos, otros que son más letales que buscar terminar su vida, por sentirse afectado por la violencia.

¿Y consideras que haya o pudiste observar a alguien que tenga una patología de base, que vos puedas considerar que el intento está vinculado a eso?

Si en los trastornos límites, porque son muy impulsivos o el cuadro neurótico ya en la depresión, el estrés también.

¿Puede observar que este se presenta en algunos de los casos de intentos de suicidio que llegan para ser evaluados en el Servicio? ¿Qué puede comentarme al respecto?

Si. Hay uno que me toco muy de cerca, no me voy a olvidar nunca, un adolescente de 15 años, que venía por varios intentos, cuando empezamos a indagar me doy con que tenía padres separados, su madre medicada por depresión, del interior y su padre vivía en la capital, para evitar internar al paciente buscamos un referente afectivo que pueda ayudar al tratamiento ambulatorio y nos damos con que la madre tenía depresión y en ese cuadro depresivo tuvo muchos intentos, y la mayoría de estos intentos fueron frente a su hijo, ahí tenes lo que son las conductas aprendidas o la naturalización de esas conductas. Cuando citamos al padre, el padre cero registro de la situación, cero conciencia de la situación, nos dice “déjame a mi 15 días, voy a ver como lo voy a enderezar, ese pendejo caprichoso”, eso fue muy fuerte para nosotros, entonces decidimos..bueno, la madre tiene un cuadro depresivo, un padre que no tiene conciencia de la situación, que minimiza la situación de su hijo, entonces decidimos la internación y paralelamente que la madre se estabilice de manera ambulatoria, entonces cuando la madre se estabilizo se le

pudo dar el alta al paciente para que vuelva con la madre, porque si bien el padre no tiene un diagnóstico psiquiátrico, pero al minimizar la situación o no tener conciencia de lo que le estaba pasando a su hijo ¿cómo nos vamos a asegurar de que va a ayudar al tratamiento?...no había un vínculo estable entre progenitor y el hijo, iban a ser factores o variables que iban a influir y poner en riesgo al paciente...

Desde su experiencia profesional, ¿qué características del ambiente familiar podrían considerarse más invalidantes o de mayor riesgo?

Y...dentro de la familia esto que decía de un círculo violento, minimizar la situación, naturalizar, padres ausentes, que de pronto se lo cite para contar la situación de su hijo y tenga esa reacción, esa respuesta o que piense que para él es todo material...este padre decía "yo le compre moto, auto, no le hace falta nada" y sin embargo le falta todo lo que es lo afectivo...le regaló un auto, y a la semana intento matarse en el auto...

¿Le gustaría contar o agregar algo más?

me parece un tema muy lindo lo que es el suicidio, interesante, pero nosotros que somos jóvenes, nuevos, quizás nos vemos atravesados por esta problemática y tan frustrados de no poder hacer nada, al ser jóvenes tenemos muchos proyectos, ideas, pero esta esa ausencia del estado, nos limita un montón, es una problemática que hoy en día es muy alta la tasa y si bien se realiza promoción y prevención, la tasa sigue siendo alta.

ENTREVISTA 10

¿Cuál es su formación profesional? ¿Cuál es su lugar dentro del servicio (residente, planta, contrato)?

Mi nombre es G. Soy licenciado en Terapia Ocupacional, egresado de la RISaMC, bueno he andado en varios lugares, soy psicoterapeuta, muchas

otras cosas que no tienen mucho sentido, pero bueno... Termine trabajando en salud mental, dentro del servicio cumpla el rol de terapeuta ocupacional específico del equipo D, pero eventualmente nos envían a formar gente, a trabajar con el resto de los pacientes si los colegas no pudieran hacerlo...Y después estoy a cargo de los talleres de artesanías en piedra fuera del servicio, había varios talleres que tenía a cargo fuera del servicio, pero bueno...

Pero ¿es para los usuarios del servicio?

Para los usuarios del servicio y también tomábamos de afuera, de otras instituciones también, pero el problema fue la pandemia, que nos sacaron el lugar que teníamos básicamente para poder higienizarnos y demás, yo tenía también los de deportes y bueno ir a trabajar con este calor y no higienizarse mínimamente costaba mucho, es complicado, así que bueno, eso los tuve que cortar, solo me quedé con el de artesanía en piedra que medianamente se puede estar...

¿Reciben capacitaciones? ¿Actualmente se encuentra realizando algún tipo de formación o capacitación? ¿cual?

No, ahora no, no tengo muchas ganas de hacer nada, las capacitaciones se las pagan uno, acá en el hospital no te pagan nada, si eventualmente algunos de los chicos que está en la dirección de salud mental, sabiendo algunas temáticas de las que venía trabajando nos mandaban a representar y a capacitarnos fuera de la provincia, pero básicamente desde la disciplina algunas cuestiones que tienen que ver con la terapia ocupacional en base comunitaria es algo que en algún momento estaba bueno para hacer pero bueno estamos en un tercer nivel, no te lo permite la función que tenes acá que es hospitalaria

¿Qué mirada tiene como profesional sobre el suicidio en nuestra provincia?

Y...el suicidio y los intentos y las conductas autolesivas no reciben el abordaje institucional que se debería y social tampoco, ayer se suicidio un pibe, dicen

algunas cosas y queda ahí, no hay políticas serias para el abordaje como quizás Catamarca que tienen un lugar, un centro, recién ahora porque le están rompiendo desde nación están haciendo estadísticas porque supuestamente no hay estadísticas, en su momento yo las empecé a hacer a mano, con lo que había, le pedí a mis compañeros todo lo que ahora la jefa está pidiendo, que son los datos

Ahh si, vi que estaban llenado las fichas

Exactamente, que no estaban y es medio es engorroso, pero hay que hacerlo, no hay datos reales y a ver...creo que cualquier disciplina que trabaja en salud mental debe capacitarse en todo lo que tiene que ver con el abordaje de lo que sería el intento de suicidio, esa primera mirada desde quien sea, cuando la persona intenta suicidarse por ahí acude al centro de salud, a la familia, entonces es poder llegar, abordar y capacitar, se debe capacitar a la comunidad en ese sentido y bueno también la prevención creo que es importante, porque genera una avalancha de posibles suicidios, el familiar o alguien cercano a...que ha muerto por un suicidio, hace, repite el mismo patrón, entonces creo que estamos un poquito lejos...se estaba por hacer un observatorio y quedo en la nada, habíamos empezando a trabajar con el director provincial de salud mental y crear una ficha propia porque considero que si estás trabajando de eso tenes que tener una ficha regional..

¿Como sería la ficha? ¿Para hacerle a la persona que tiene el intento?

Claro, cuando llegue es un intento fallido, el otro es ya un dato estadístico, entonces cuales son por ejemplo los métodos o los mecanismos que utilizaba la población en cuanto a suicidio, segundo, cuáles son los referentes afectivos o no..en caso de la chica esta F., no tiene, pero tiene gente a la vuelta que más o menos...entonces se pone eso, tercero, que instituciones pueden seguir el abordaje que uno empieza acá, porque esto es una realidad esto es un lugar de agudos, se trabaja la urgencia, se encamina el tratamiento y luego otra institución debe seguir y no hay...o hacen caso omiso, sordo, por ahí a casos..sí, siempre dice lo mismo, pero en ese siempre dice lo mismo le va a pasar como a la chica esta que hablábamos, que yo soy un convencido de que esa piba se va a matar, entonces que podemos hacer? muy poco nosotros, que

puede hacer la comunidad? Un montón...que es el tipo de formación que apuntaba que es más comunitaria,

¿Cuál es su mirada sobre la Ley de Salud Mental?

Esta...después de 10, 15 años, de la creación, la promulgación de la ley de salud mental vemos que tiene muchas falencias, por ejemplo algunas de las causas que lleva al intento de suicidio y demás es el consumo de polisustancias, la ley de salud mental dice que el efector de salud mental va a trabajar con personas con consumo problemático y no hace más nada... entonces sería importante quizás, hacer involuntario esos tipos de internaciones en comunidad, para evitar que la población más que nada joven, no llegue a cuestiones lesivas porque bueno el consumo es una cuestión autolesiva...entonces ahí hay cosas que hay que cambiarlas, no digo volver a la institución cerrada, pero cosas por rever después de tantos años, celebro mucho la participación de un equipo interdisciplinario en la toma de decisiones, pero es una realidad que acá en diferentes lugares de la argentina no hay lo que se dice estos miembros ajenos a las prácticas que te vienen a supervisar, para tratar de hacer un abordaje en conjunto, no hay asesores, no hay casas de medio caminos, tenes una población infanto juvenil que esta desprotegida, queda una brecha entre los 15 y 17 años y que también se suicidan en esa franja de edad, ¿cuál es la solución? internarlos acá con un acompañante cuando no debería ser así, muchos chicos no pueden seguir el tratamiento porque no hay donde hacerlo, tenemos a nosotros como referentes principal porque receptamos la demanda y algunos de los centros primarios de salud que están re contra mil colapsados, entonces yo le mando “urgente realizar valoración psiquiátrica y psicológica” y no hay nada, por ahí tenemos compañeros que hacen un abordaje que tienen una formación de la RISaMC, que por ahí hacen el seguimiento de los casos, por ejemplo la trabajadora social del San Vicente, es excelente, le mandas un caso y va y lo sigue, lo aborda, lo aborda hasta que... solamente te lo manda si hay una cuestión que tiene que ver con un suicidio puntual, el medico que está ahí, que también es RISaMC, hace poco que te manda todo...y capaz que la persona hace cutting nada más y no hay riesgo de vida..

¿Cuál es la edad y sexo que presenta mayor prevalencia de intento de suicidio?

Hay una franja que va entre los 15 y los 45 años, 50...pero 45 básicamente, es una franja que está como dividida por situaciones complejas. En la adolescencia bueno hay este cambio corporal, de imagen y demás, sumado a una familia disfuncional y consumo de polisustancias que lleva a este adolescente a cometer este tipo de actos, posteriormente tenemos entre los 20 hasta los 30, tenemos un policonsumo, problemas de pareja, abandonos entre sus cónyuges y demás, y el consumo de sustancias y entre los 40 y demás son problemas de pareja, una dependencia afectiva específicamente, hay algunos de consumo de sustancias, pero básicamente es esa situación que ya la vienen acarreado mucho

¿Y también considera problemas económicos?

Si, si, son menos, pero si, no es tanto el problema económico, seguramente es un factor, pero más que nada la pareja ya no está como antes, quizás por problemas económicos y demás, pero esta esto de “te dejo y me voy con otro chongo, otra chonga” y ahí se produce como el problema...

Y genero mayormente es femenino, con una ingesta de psicofármacos, masculino en una minoría, con ahorcamiento o cortes. Es como bien violento, sin mediar, no van diciendo, sino van y lo hacen al suicidio, si ves las estadísticas hay más de hombres muertos que de mujeres. Esos son los métodos más se pueden observar, en los adolescentes, más que nada femenino hay mucho cutting, una cuestión autolesiva sin llegar a la muerte, en los varones no es tan común, hay más consumo de polisustancias hasta queda inconsciente. Un tercer género, o sin género, tiene que ver con una cuestión de no sentirse acompañado en la elección de su sexualidad, por ejemplo, los chicos trans, hay una disforia de género, ya sé que no se usa el termino, pero igual sigo sosteniéndola que hay como una disforia de género, que no tiene que ver con esta cuestión de porque me cambio de género o elijo no tener genero me mato...sino por ahí roza más lo psiquiátrico...

¿Tuvo algún caso, llego acá al servicio?

Si, un montón...y se observa más que nada de mujeres, que decidieron ser chicos trans y no es tan común, casi no hubo, chico gay, no, es más mujeres, que deciden ser chicos trans, entonces por ejemplo te das cuenta con los cambios de nombre contaste, que rozan más un TLP, que no tiene que ver con eso, bueno los padres los aceptan los padres, los amigos, pero la persona no lo acepta en sí, entonces bueno, eso. Los métodos bueno...acá en La Rioja no se ve muchas armas de fuego, armas blancas...van al ahorcamiento los hombres, consumo de polisustancias en mujer, en general...

¿Cómo se realiza la entrevista de evaluación cuando llega al Servicio un caso de intento de suicidio?

En realidad, la entrevista está pautada por un pedido del equipo de guardia central en general, donde se interviene interdisciplinariamente, si se puede, en general van 2 o 3 personas, donde tienen que evaluar el riesgo inminente para sí, más que para tercero, muchas veces si se observa, pero en general es para sí, si hay alguna cuestión que tiene que ver con la estructura de personalidad, si es un neurotipo, psicótico o más difícil detectar un psicópata, que los hay...vienen del penal, tragándose algo, quieren estar más tranquilos acá...segundo evaluar el riesgo...que lo hacemos mediante la palabra, puede que dure 1 o 2 días a veces, por el hecho de que la persona tiene que poner en palabras lo que le está pasando y no es siempre fácil, después la metodología varía mucho, puede ser cerrada, por lo general son abiertas, no hay una entrevista pre pautadas, que yo voy...como esta estadísticas, antes si lo hacíamos quizás, pero, personalmente considero que es más engorroso andar con una libretita o algo anotando...si capaz te anote un dato, los datos filiatorios, como nombre, DNI, donde vivís, obra social, uno después va tratando de armar pos entrevista, los datos filiatorios, semiología y los pasos a seguir desde lo terapéutico, esa es la forma de abordaje, puede que la persona elija no hablar delante de algunos de los miembros, por eso uno tiene que tener el ojo clínico entrenado y decir... bueno me voy si te parece, por lo general en las mujeres cuando hay algo de abuso o paranoica dando vuelta, uno debe hacer un paso al costado, o a veces les pasa a las chicas de decir solamente voy a hablar con él...se debe tener una formación mínima, pero

también el training que para mí te lo da una residencia y demás para poder cinturar y llevar adelante la entrevista, lo estructurado o semiestructurado es muy raro, por lo general se usa el método mixto, generalmente hay una estructura a seguir y después preguntas abiertas.

¿Se realizan preguntas relacionadas al entorno familiar?

Si, desde la disciplina se trabaja con las ocupaciones y lo que tiene que ver con las actividades de la vida diaria y eso implica que puedas contarme como es un día tuyo, para que yo pueda observar si hay alguna limitación o disfuncionalidad, entonces si me contas un día tuyo, me tienes que contar con quien vivís y luego uno ira dilucidando si es una familia disfuncional, continente, abandonica, o lo que sea...

¿Cómo es el vínculo de la institución con la familia?

En realidad, me gusta mirarlo como una parte más del equipo, el D, está compuesto por profesionales y en mi caso yo tomo más a la familia o al referente afectivo, vamos a ver un corte transversal de esa persona, el hecho que lo llevo a querer quitarse la vida, entonces vamos a trabajar el síntoma, pero posteriormente, la familia o los referentes, el referente es quien va a prever y mirar esa persona para evitar futuras crisis, episodios, entonces si preguntamos todo el tiempo...primero entrevistamos a la familia, hablamos con la familia, hacemos una evaluación, para ver qué posibilidad, que potabilidad hay en cuanto a que esa persona este en la comunidad y que la familia lo sostenga, sea una red de sostén

¿y generalmente cuál es el compromiso que tiene el referente afectivo con el usuario y en caso de que no esté presente como se actúa?

hay dos...tres en realidad...seria como una cuestión más comparativa, la familia expulsora, "no me interesa, como es el caso que vimos hace un rato en la revista de sala" que prefiere cocinar o hacer otras cosas antes que la salud mental de su nieta, la familia más sobreprotectora, que sobreprotege aun cuando es iatrogénico, hace denuncias, no permite que se dé la medicación, la saca a la persona aun cuando hay riesgo...como que se convierte de un

extremo, de un polo al otro a un medio que es lo que nosotros necesitamos generalmente, que sea una familia que acompañe al tratamiento, a veces obligada por la ley, a veces no...o a veces soy familiar, cercano de esta persona y tengo que ponerle algo de ganas, con lo cual no quiere decir que se corte ahí, puede que haya una reincidencia, un bajón, que lo lleve a que vuelva a hacer esta situación, nosotros a la persona acá lo dejamos hermoso, bonito, con un moño, pero la persona tiene que volver a su entorno, que puede ser perjudicial, entonces ahí es complicado

¿Las personas que consultan son todos de La Rioja? En caso de que no sea de La Rioja, ¿cómo se abordaría el caso?

No, antes nos mandaban casos de Catamarca y San Juan, pero los sacamos zumbando...uno hace lo que puede, con los recursos que tiene, mucho chicos de otras provincias o de otros países, estudiantes de medicina, hay un montón de brasileros que se la dan en la pera, y bueno si los tenemos que atender acá, pero tratamos de hacer todo e hace el nexo para poder enviarlos a su provincia, muchos de esos casos son personas que digamos que no es que tienen un recurso económico primario muy básico, sino que son de clase media, media alta, que pueden pagarse el tratamiento, por lo general, cuando no sucede eso, como el chico este que es de San Luis, personas sin recursos, nos hacemos cargo nosotros...de acá hay muchos casos, de capital en general y del interior, Chilecito es el primer derivador serial, Chilecito, Aimogasta, Chepes, en Chepes hay muchos intentos de suicidio y suicidio, pero más que nada Chilecito y Aimogasta, Chepes en tercer lugar, la zona del oeste, Guandacol, Villa Castelli, zona del campo, ruta 5, la 38. En Chamental, también hay varios casos, pero hay más psicosis.

¿Cuáles son los factores desencadenantes que se presentan con más frecuencia en los intentos de suicidio? ¿Considera que la familia es uno? ¿Por qué?

Nunca es uno, o sea si hay una cuestión impulsiva, tiene que ver con una factor específico, tiene que ver más con una cuestión más de impulsividad, que tiene

que ver con dos aristas, puede ser por una reflexión de la conducta o sino no y después empiezan a reflexionar...después hay diferentes situaciones que hacen a la conducta como familias disfuncionales, cambios corporales en los adolescentes, es propio del adolescente en el periodo de crecimiento, cada vez son más laxas las relaciones que se tienen, la tecnología, en realidad la sociedad de consumo en la que vivimos, desde lo personal puedo observar esta conducta consumista, el pibe que quiere las zapatillas, la computadora, el iPhone y a veces no se puede entonces terminan...y ya en personas más grandes, es el tema laburo, consumo de polisustancias que en algún momento ante una frustración no resuelta, todo lo que tiene que ver más básico en la resolución de problemas, que sería a veces un no, "no se puede tal cosa" uno va como tomando herramientas, incluidas la angustia, la ansiedad para poder sobrepasar eso. Se puede observar que la ansiedad en general, la angustia, situaciones de la vida diaria, problemas de pareja y económicos hacen como un combo explosivo. Por eso la causa puede ser desde no me quisieron comprar un celular hasta me echaron del laburo, no sé qué voy a hacer con estos pibes. Si te pones a ver los intentos que nosotros tenemos acá las causas son similares, problemas de pareja, soledad, o sea sentirse solo aun estando acompañado, no tener un propósito específico en la vida, ¿para qué voy a vivir si no pasa nada? Uno tiene ciertos propósitos, pero no pasa en todas las personas...nunca hay una causa...siempre es un abanico

¿y cuáles considera que son los factores protectores que deberían promoverse?

Factores protectores...primero políticas públicas, que tengan que ver con la promoción, ¿prevención y el abordaje no? De la situación...segundo, que nosotros los de segundo y tercer nivel, estaba muy bueno que en un momento teníamos un vehículo asignado, nosotros íbamos a la comunidad, trabajábamos en la casa de la persona, ayudábamos, por ejemplo me acuerdo un caso de una piba que eligió la carrera de terapia ocupacional, no psicología porque es una carrera que es paga en la provincia y sale un huevo, que un muchacho del barrio alunai no va a poder pagar, entonces es ir analizándolo en base a lo que sí se puede, con esto de la universidad pública, ayudarlo a buscar laburo, haciendo curriculum, en un momento si se podía hacer y no lo

hacía solo el TO, lo hacía todo el equipo, el psiquiatra, el trabajador social... que hoy no podemos hacerlo, falta personal, hay mucha demanda, tenemos toda esta situación que vos podrás haber visto, que nos toman como que “nosotros no hacemos nada, atamos a las personas, tenemos todo en contra, no hay medicación”, antes si se podía hacer estos laburos, antes de la pandemia inclusive y postpandemia también, pero ahora ya no se puede, es algo que ‘particularmente a mí me gustaba mucho hacer porque eso implicaba salvar una vida, un factor protector por excelencia, también uno fue encontrando ciertas cuestiones que tienen que ver con la psicoeducación familiar, o nos mandaban o pedían que capacitemos equipos médicos, personal policial, 107, 104. El 911, que es para llamar diferentes problemáticas, uno puede hablar de que hacer, pero las políticas te dicen que hasta acá nomás llegas, dentro de los equipos donde están ustedes necesitan uno de salud, mejor si es de salud mental, que estén abierto a que usted pueda trabajar con esa persona, como vas a contener, como vas a trabajar...pero bueno, eso, es demasiado, nos sobrepasa y nosotros tenemos que tratar de abordar lo que hay acá...así que bueno eso...después también habíamos hecho, que también creo que lo hicieron con la RISaMC, que es hacer psicoeducación comunitaria, decirle a la población que tiene que hacer, y en qué momento, otra de las cosas que están funcionando sin saber que está funcionando son las instituciones a nivel comunidad, los polideportivos, incluyendo ese “veni a formarte conmigo, veni a pelear conmigo”, en una cancha del box no?, entonces hay pibes que se dan cuenta que tienen mucho potencial, por ejemplo yo pertenezco a patín, conozco al profe y yo voy y le digo “D. tengo alguien que no puedo pagar”, y lo toma, muchas personas con esquizofrenia están trabajando también, entonces para mí el deporte es uno de los factores más protectores, pero también están los artísticos, como la escuelita municipal que es para adultos y niños... lo educativo no tanto, pero si cuando logramos enganchar da cierta objetividad, en tanto yo existo en cuanto me pueden ver y en tanto me puedo ver yo mismo siendo otra persona que no soy, diferente de la que soy ahora...

Le pregunte los factores protectores y no le pregunte los de riesgo...cuales son los que usted considera

Los de riesgo... la desinformación, estigmatización de la salud mental..." vas al loquero, porque estás loco" ...todos tenemos problemas, de hecho, de eso se trata la vida, de la resolución de problemas... la falta de referentes afectivos, como para poder abordar, básicamente eso...la realidad no la podemos cambiar, si podríamos cambiar lo económico, la familia, el lugar donde vive, pero no se puede, hay muchas causas de porque las personas se quieren quitar la vida y esos son los factores de riesgo...

¿En relación a los aspectos biológicos, en lo intentos de suicidio podría considerar que exista una relación de este con abusos de sustancias o patologías mentales?

Si, lo que uno ve en consulta, por ejemplo el factor tiroideo es...cuando hay un desbalance...a ver tenes dos focos de segregación hormonal que es la hipófisis...bah hay muchos, pero bueno los principales... y la glándula... cuando uno tiene hipotiroidismo, que sería cuando segrega más hormonas de las que se necesitan, entonces ese es uno de los factores principales, después obvio que si la persona tiene una deshidratación, obvio que va a estar desorientada, va a estar mal, el deterioro neurocognitivo, físico, consumo de sustancias, patologías mentales son las menos, una psicosis, no la podes ver, a ver, si la podes ver en imágenes, si te pongo un tipo que esta alucinando con un tomógrafo si vas a ver que las áreas del cerebro se iluminan...si puede tener la misma segregación de hormonas, estimulación cerebral, pero no hay nada.. tiene que ver con un deterioro biológico...

¿Puede observar que este se presenta en algunos de los casos de intentos de suicidio que llegan para ser evaluados en el Servicio? ¿Qué puede comentarme al respecto?

Si, totalmente, constantemente, sí. El ambiente es invalidante de hecho, por eso vienen acá, ahora vos tenes que hacer según el DBT todas estas cuestiones, que pueda darse cuenta de ese ambiente invalidante y posteriormente atender la urgencia de ese ambiente invalidante, por eso se debe hacer que se dé cuenta de ese ambiente invalidante...una vez que la

persona logra realizar, poner el foco en lo que le está pasando en el aquí y ahora y ahí se da un abordaje...

Desde su experiencia profesional, ¿qué características del ambiente familiar podrían considerarse más invalidantes o de mayor riesgo?

Subestimar el síntoma, el discurso de la persona, el alejamiento de esa persona, que comienza a tener conductas disfuncionales propias de ese ambiente...esta cuestión de abandono específicamente de la persona, lo abandonan a su suerte, después se puede revertir en algunos casos, pero no siempre...

ENTREVISTA A USUARIA DEL SERVICIO DE SALUD MENTAL

La entrevista fue llevada a cabo en el comedor del servicio de salud mental, a las 10:00 am.

¿Me puedes contar un poco de vos?, lo que vos quieras, presentarte...contarme porque estas acá...

Para mí es super doloroso, porque yo te puedo ver un humano sufrir y no me conmueve, pero no te puedo ver un animal sufrir y mis hijas estaban...como yo te digo, como yo le decía a tu hermana, yo puedo entender porque yo no estoy comiendo a fin de mes, porque no llego, porque no me administre bien, porque cobro una miseria, etcetera...pero en mis animales no...y lo último que vi antes de querer colgarme...de colgarme...fue a mis hijas haciéndole arroz blanco, se los serví, ellas lo olían y me miraban como..(se quiebra) a mis perras..

¿Son perras? ¿Cuántas perras tenes?

Si si, dos perras y dos gatos tengo

Y eso...a mí me partió el alma y dije no, para darles esta vida...se las deje a Florencia, hice una carta

¿Quién es Florencia?

Hice una carta...

¿Es una amiga tuya?

Hice una carta pidiendo...si, es una amiga..pidiéndole perdón a mis tíos, ehh.. a mi tío R. y a mi tía N. por hacerlos pasar nuevamente por esto del suicidio, porque a ellos se le suicidaron un hermano...

¿Y vos ya habías pasado por eso anteriormente? Me refiero a un intento...

Si, si...de todos lados de mi familia se ha suicidado alguien...yo intente suicidarme desde los 14 años, sin éxito como veras (se ríe) y bueno...por eso estoy acá...porque me judicializaron...vos decime si estoy hablando muy rápido...

No, no, vamos perfecto, no hay problema. ¡Gracias! Contame I., ¿sos de La Rioja capital?

Yo soy de Chepes, me vine acá, viví 23 años acá, me case, me separe, me volví a Chepes y ahora me estoy divorciando

¿Y no tenes hijos no?

No...no (se ríe)

¿No quieres tener? (Nos reímos)

No, no, no quise, no quiero...no porque no es algo que sentí...y mira lo que me pasa con los animales, imagínate con la criatura

Mas responsabilidad ¿no?

Olvídate...aparte no me caen bien los niños no...para nada

Yo soy igual, así que te entiendo (nos reímos)

Bueno...te explico un poquito mi tesis es específicamente acerca de la familia, por eso te quería entrevistar, hacerte algunas preguntas relacionadas a eso y bueno, primero te quería preguntar

¿Cómo está compuesta tu familia? Tu familia nuclear...

Mama...cuando estaba viva ¿no?

Claro, lo que vos me quieras contar...de tu infancia, con quien vivías...

Mi mamá...y mis abuelos. Los padres de mi mamá

¿Vivías con ellos?

Todas las vacaciones las pasaba con ellos, ellos vivían en el campo...fue la parte verdaderamente feliz de mi vida...pasarla con el hombre más bueno, mira (se emociona), yo tenía 28 años cuando mi abuelo murió, y yo ahí supe que se me terminaba la infancia, hasta los 28 años yo fui un niño,

¿Vos consideras que él ocupó el lugar de papá?

No, sabes que ¿no? Fue tan buen abuelo...tan buen abuelo que no me hizo falta a mi nada...nada de "ay yo necesito saber la otra parte de mi identidad, que necesito..noo", a mí nunca...cuando mi papa biológico se empezó a comunicar telefónicamente conmigo porque me quería morir, yo dije noo, y mi mama me decía "ay por qué no?, hazelo" y yo le decía no, no me interesa, para nada y no es resentimiento, mi mama no me crio con resentimiento hacia él, jamás

Claro, por ahí está como muy instalado eso de tener que tener relación, contactarte y si vos no quieres...

Claro, exactamente...

Entonces vos vivías con tu mamá...

Si, yo vivía con mi mama y...hasta los 16 años, a los 16 años mi mama se queda sin trabajo, mis abuelos ya vivían en Chepes y nos fuimos a vivir con ellos, hasta los 20 años viví yo con mis abuelos

Y después...

Me vine para acá...

¿Sola?

Me vine con mi mama, mi tía y mi prima

Y acá ¿empezaste a trabajar? ¿Estudiar? ¿O cómo?

A estudiar...

¿Terminaste de estudiar?

No...

(Se emociona)

¿Estas bien? Queres que paremos?

Sii, estoy bien...

Bueno, otra pregunta que quiero hacerte es ¿a tu familia, ya sea tu mama, tus abuelos, quien vos me quieras decir, te pudieron enseñar, de una forma u otra, como sea a identificar, expresar tus emociones...

(Me interrumpe)..noo, al contrario, era cállate, que es familiar, cállate que es familia, cállate que esto, que lo otro o la golpiza, fui una niña muy golpeado, por mi mama obviamente, ella porque descargaba toda la ira, toda la rabia en mí y la vecina de al lado, la hablo a mi tía Z., Z., eso ponelo en mayúscula porque es un re personaje en mi vida..

¿Sí? ¿En qué sentido?

En el mejor sentido...fue mi re compañera, murió el año pasado

Lo siento mucho...

Mi vida está llena de perdidas...eh viste por eso acá me dicen búscate un familiar...no tengo, no tengo, y tengo la capacidad de irme yo sola y no me dan bola...por eso no, las emociones eran cállate, mi vecina de al lado le dijo a mi tia Z., que le diga a mi mama que deje de pegarme tanto a mi, porque los vecinos estaban hablando de denunciarla al juez de menores por como ellos escuchaban como me pegaba...

Y en relación a lo que me contas ¿en tu familia expresaban las emociones? ¿Como lo hacían?

No...el amor si, mucho, mi abuelo...mi mama era muy amorosa cuando quería...era increíblemente amorosa y mi abuelo uff...eran cataratas de amor, como amo a ese hombre, hasta el día de hoy y suena rarísimo, hasta yo, yo me doy cuenta que suena raro...

¿Por qué? ¿Qué cosa?

Si alguien me preguntara a quien quieres ver una vez más en la vida, a tu mamá o a tu abuelo y yo cerrando los ojos te digo mi abuelo...sin dudar cualquier persona te diría a mi mamá

Pero es como te digo...por ahí está muy instalado la mamá, el papá y no...por ahí pueden ser otras personas que quizás son mucho más importante para vos, mucho más significativas, si él te dio amor y te hizo bien...

Ayy mi papi...siii..

Por eso te digo, también es lindo eso, pensar que tuviste personas buenas en tu vida..y vas a tener..

Sii, si, ojalá

Obvio que sí...mucha gente que te puede dar amor y que quiere..

Bueno...también quiero consultarte por ejemplo, de lo que vos recuerdes, ya sea infancia, adolescencia, cuando vos manifestabas estar triste..enojada..te pasaba algo..

(Me interrumpe), no me daban bola, no, no..ignorada totalmente.."hace algo, se te va a pasar", "ponete a hacer tal cosa y se te va a pasar..."la típica viste?

Y por ejemplo..cuando me contaste de tu primer intento, que fue a los 14 no? ¿Cómo reaccionaron frente a eso?

No me dieron bola..no no. Y mi abuelo se enteró de que yo tenía entrada a los psiquiátricos porque yo le dije a los 20, porque a mi abuelo siempre le han mentido, le han ocultado cosas, por eso.."noo, porque el papi es re malo", "el papi es un divino, lo que pasa es que ustedes le mienten, le ocultan", yo fui, me senté y le conte, "papi me pasa esto y esto ty estop, entonces estuve internada en tal lugar, tal lugar" "y ahora como esta hija?"

Claro, alguien que...

Exacto..y después el tuvo que ver como el hermano se suicidaba..

El fue el único que te acompañó, ¿que no te juzgo digamos?

No, no..nunca..si, si..

Y me podrías dar algun ejemplo de si vos recordas alguna situación en la cual te sentiste minimizada, emocionalmente hablando, o invalidada..

Si, si, cuando le conte a mi mama que me habían abusado ..si, tuve dos abusos..

¿De chica? ¿A qué edad?

A los 5 y a los 6, ahí mi mama, me invalido, me dijo que me calle, y la otra vez me pegó, pero no me pegó un cachetazo, me pego..viste cuando agarras algo y lo tiras fuerte, bueno asi, asi me agarraba, asi me tiraba..

claro y vos eras muy chiquita, que duro..¿y a nadie más pudiste contarle?

Noo, obvio que no, se me hizo un nudo hasta..los 16 años, le conte a mi tio R., que ya murió obviamente, asi me fui expresando hasta los 24 que me corté aca..(se señala los brazos),aca (señala las piernas), tome pastillas con vino y como me empecé a asustar, de que estaba muy mareada, lo llamo a un amigo mio, le digo veni a verme le digo, veni a casa, no me siento bien, la puerta esta abierta, estoy en el baño, le mande eso y después cuando me despierto había policías, médicos, el hablando por etleefono, la hermana llorando y yo cuando me veo toda vendana..la policía me tocaba la cabeza y me decía ¿Qué paso mamita? Y le conté todo a la policía y desde ese momento al que me quiera escuchar le cuento “yo fui abusada” y te juro sentía que era como un vcomito negro el que me salia, cuando contaba todo..

Que bueno eso, es importante que puedas hablarlo..y percibiste en algun momento criticas por parte de algun familiar, si eran constantes, si no lo eran?

Mmm no..felicitaciones tampoco, no si, si tenia algo, nosotras somos 3 primas, aparte de mis primos con que me crie, mis primas de base, mis primas..yo soy la mas grande, de ahí sigue S., y Ya., nacio cuando nadie esperaba nada de la vida ya (se rie), yo tenia 14 años, S., 11 y nace Y., imagínate la alegría de todos, ella era la mas chiquita, la mas inteligente, ella era abanderada, S., era subcampeona mundial de karate, y yo era..”mira que linda la hija de la T, pero mira que linda, que lindo cuerpo”, vos por qued emoezas que yo empecé ahora con comida de dieta? Porque tengo 44 años, el metabolismo no es lo mismo..

Igual estas divina

Lo se (se rie) el otro dia estaba hablando con la psicóloga y dijo no se que topisima, me dice..obvio le digo, pero si, y después cuando paso el tiempo, “mira que culta la hija de la T.”, “como se expresa la hija de la T, pero ahora es como que la palabra esta aca, pero no la puedo verbalizar correctamente, por decirte “materia fecal” me va a salir “caca”, entendes?

Claro, vos lo pensas pero no..

(me interrumpe) No la puedo desmenuzar para decir algo, deshilar, no puedo sacar y mira que como me gustan los libros, leer me fascina...

Ay a mi también me encanta leer

Garcia marquez te gusta?

Ay sii, lo conozco por mi mama

¿Estuviste como yo como boluda con Netflix?

Con la serie de..

Siii, viste? Cuando salia diponible, recién agregada..yo me había hecho unos pochoclos, salados, me encanran los salados y una doble cola, a mi dame doble cola, no me des coca, no me des Pepsi,

¿Ah si? ¿Sos fanática?

Fanatica mal, me haría una remera que diga aguante doble cola, te juro que lo voy a hacer, nadie le da bola a mi pobrecita doble cola (se rie) me tomo dos días verla.

¿Y quedaste conforme? Por ahí uno lee el libro y después miras la película o serie y te decepcionas un poco

Pero esto es tal cual..te recomiendo la película el amor en los tiempos del colera

Ay si la vi, me encanto

Mejor que el libro..mira (me muestra un tatuaje que se hizo por Garcia Marquez)

Ah sos fanática, fanática de Garcia Marquez

Mi mama me hizo fanática..

Que lindo...

...

¿Cómo resolvían los problemas, los conflictos en tu casa...

A los golpes, a los golpes,

¿No había charla?

No, no , olvídate, a los golpes, al castigo, al maíz ahí y arrodillada..

Algo más propio tuyo..ya no de la familia, consideras que sabes más o menos manejar o que fuiste aprendiendo a manejar tus emociones?

A pesar de esto (se señala el brazo quebrado) yo no te voy a decir "t ata ta", sos un idiota por tal cosa..no..lo digo de otra forma, cuido..yo creo mucho en el poder de la palabra, hay que ser muy cuidadoso con lo que uno dice, como lo dice..

Y todo esto que estuvimos hablando, yo lo llevaba mucho para el lado de la familia, pero vos me dijiste que estuviste casada, ¿como fue?

Aburrido..fue aburrido,, aburrido

¿Cuanto tiempo estuviste casada?

Nada, nada estuve casada..

¿Te casaste por civil?

Si, solo por civil.. me case en enero, cumpli el año y en octubre me separe..ahora en enero hubiese cumplido los dos años

¿Y cuánto tiempo estuvieron en pareja?

Nueve meses..hice todo rápido, todo, lo amaba, lo am,aba, era la luz dxe mis ojos, le decía nunca nadie te va a querer como yo y viste la agresión tierna que le llaman los psicólogos, el morder despacito

¿Vos a el o el a vos?

No, yo a el..pero el a mi me adoraba, yo lo veía, lo notaba, pero se desgasto porque me aburri, aparte mi carácter y el que es. Parsimonioso para todo, noo, a mi rápido, dale, ya..

y en tu pareja..te pregunto porque también fue tu familia..

el me trae las cosas

¿él está presente?

Y si, obviamente porque si hace abandono de persona cuando nos estamos divorciando no le conviene..

¿Pero tienen más o menos buen vinculo?

No, no, no, teníamos un excelente vinculo..el se fue, no se despidió de mí, a la semana le pide las llaves de la casa a la hermana y ahí después me manda un mensaje tenemos que hablar, le digo, mira, dame una semana para yo conseguir un flete, pero yo me voy a ir en un mes y medio de acá, tengo que desarmar toda una vida de 23 años para volverme..sí, no hay problema” y de repente de un día para el otro ”búscate una abogada, no me hables más, yo con vos no tengo ninguna obligación legal..” y yo por dentro decía quien lo asesora al bobo este? Te casaste, firmaste un contrato..y eso fue otra cosa, tengo una deuda de 300 con una aboghada, como voy a afrontar eso? Y él lo sabe, entonces la ahora la abogada de el le debe haber dicho anda mirala a la taramba esa que tenes ahí de esposa porque si no vas es abandono de persona, porque sos el único familiar de ella..

Vos me contaste que tuviste familiares que se han suicidado, y yo quería consultarte por los antecedentes de salud mental en tu familia..

Si, si, si..de todos lados..se han suicidado, de parte de mi mama, de parte de mi papa biológico, de parte de mi abuela, de parte de mi abuelo..

Bueno y para ir terminando..te quería consultar, más allá de como vaya avanzando tu externacion, como sigas, que te guistaria hacer, ¿cuáles son tus planes a futuro? ¿Estás trabajando?

Bueno, seguir con el trabajo si es que no lo perdí

¿En dónde trabajas?

En la municipalidad, así que no creo haberlo perdido..ehh arreglar mi casa, empezar a estudiar

¿Qué te gustaría estudiar?

Literatura

Ay que lindo, nunca estudiaste literatura, porque como me decías que te gustaba..

Intente letras, pero por cuestiones económicas no pude seguir, porque te pedían copias, copias y copias..enfocarme más en mí, nunca fui a un gimnasio, nunca hice..no se si gimnasio, pero por ejemplo ponerme los auriculares, salir a caminar, llevar a las niñas

Sii, que lindo, eso ayuda un montón

Sii, seguro

Mentalmente, físicamente, ayuda mucho, te va a hacer bien, puedes probar

Si, hacerlo por mí, nada más que por mí, sería algo que yo haría por mí, todo lo que planeo hacer sería solo por mí y por mis bebés

¿Y tenes amigos allá en Chepes? Me dijiste de uno...

Si, si. M., vive acá y F., es de allá...también J vive allá, P vive allá, si si, tengo varios

Que lindo, tenes ahí una red que te sostiene, te ayuda

...

¡Ya terminamos! Muchísimas gracias

No por favor, lo que necesites

Bueno, muchas gracias, vos también lo que necesites estoy, si necesitas hablar, estoy acá todas las mañanas

COLECCIÓN DE TESIS DIGITALES y TRABAJOS FINALES

AUTORIZACION DEL AUTOR

Estimados Señores:

Yo _____, identificado con DNI No. _____;
Teléfono: _____; E-mail: _____ autor del trabajo de
grado/posgrado titulado _____
presentado y aprobado en el año _____ como requisito para optar al título de _____
_____; autorizo a la **Biblioteca Central del Instituto Universitario
de Ciencias de la Salud – Fundación Barceló** la publicación de mi trabajo con fines académicos
en el Repositorio Institucional en forma gratuita, no exclusiva y por tiempo ilimitado; a través de la
visibilidad de su contenido de la siguiente manera:

- Los usuarios puedan consultar el contenido de este trabajo de grado/posgrado en la página Web del Repositorio Institucional de la Facultad, de la Biblioteca Central y en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la misma a título de divulgación gratuita de la producción científica generada por la Facultad, a partir de la fecha especificada.
- Permitir a la Biblioteca Central sin producir cambios en el contenido; la consulta y la reproducción a los usuarios interesados en el contenido de este trabajo, para todos los usos que tengan finalidad académica, ya sea en formato digital desde Internet, Intranet, etc., y en general para cualquier formato conocido o por conocer para la seguridad, resguardo y preservación a largo plazo de la presente obra.

Lugar de desarrollo de la Tesis _____

2. Identificación de la tesis:

TITULO del TRABAJO: _____

Director/Tutor: _____

Fecha de defensa ____/____/____

Fecha de defensa ____ / ____ / ____

3. AUTORIZO LA PUBLICACIÓN DE:

a. **Texto completo** a partir de su aprobación

b. **NO AUTORIZO** su publicación

NOTA: Las tesis no autorizadas para ser publicadas en TEXTO COMPLETO serán difundidas en el catálogo de la biblioteca (*catalogo.barcelo.edu.ar*) mediante sus citas bibliográficas completas y disponibles sólo para consulta en sala en su versión completa en la biblioteca.

Firma del Autor

Firma del Director/Tutor

Lugar _____

Fecha ____ / ____ / ____