EL ABORDAJE COMUNITARIO DE LA CRISIS SUICIDA EN SUS DIFERENTES ÁMBITOS DE INTERVENCIÓN

Lic. Carlos Martínez
Lic. En Psicología
Fundador y actual Director General de la Asociación Argentina de Prevención del Suicidio
Profesor de Suicidología – Universidad de Palermo. Buenos Aires. Argentina.
Asesor del Ministerio de Salud (Argentina) en Prevención del Suicidio en niños y adolescentes –Plan Nacer / 2011
e-mail: carlosmartinez@suicidologia.org.ar

1. ¿Cómo podemos pensar el suicidio?

Es muy probable que la representación más extendida sobre el suicidio esté asociada a la imagen de un acto individual, intencional y con un propósito claro. Sin embargo cada vez más, y sobre todo después de la primera mitad del siglo pasado, con la estructuración de la Suicidología, a partir de estudios científicos desarrollados por Schneidman y Farberow (1961, 1985); este evento de la vida humana es considerado en toda su complejidad, multideterminación y evitabilidad.

Un escenario donde se visualiza la multiplicidad de aspectos incidentes en esta problemática, es justamente en la diversidad de las definiciones de suicidio, que se han ido elaborando a lo largo del tiempo, a medida que se han ido profundizando y haciendo más específicos los estudios empíricos, filosóficos y/o epidemiológicos. Un recorrido sintético y esclarecedor es el que proporciona Rocamora Bonilla (1992). Aquí se seleccionan sólo tres:

- *Se llama suicidio, toda muerte que resulta, mediata o inmediatamente, de un acto positivo o negativo, realizado por la víctima misma, sabiendo que debía producir ese resultado (Durkheim, 1897)*
- *Todo acto por el que un individuo se causa a sí mismo una lesión, o un daño, con un grado variable de la intención de*

morir, cualquiera sea el grado de intención letal o de conocimiento del verdadero móvil (OMS, 1976)

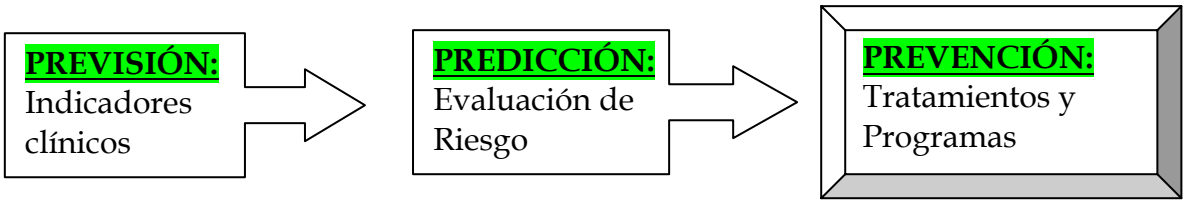
- *El suicidio es el proceso sistémico de síntesis de la disposición autodestructiva que, más allá del grado de conciencia de quien lo exterioriza, está orientado a comunicar la intención de una resolución al conflicto que le da origen, por medios letales. (Martínez, 2007)*

En un breve análisis de estas tres miradas sobre el fenómeno que nos ocupa, se podrá observar por ejemplo tres sesgos diferentes y pertinentes: sociológico, sanitario y clínico. Que en un caso se habla de muerte, en otro de daño o lesión y en el último, de un proceso. Que a medida que se pretende dar a lugar a los estudios más actuales sobre el tema, la variable *"intencionalidad"* es menos categórica. Que ya desde Durkheim es tan suicidio matarse como dejarse morir. Que la Organización Mundial de la Salud no condiciona el grado de conocimiento del actuante para considerar un acto como suicidio. Que en la última definición, que pretende ser la síntesis de un recorrido teórico-clínico, se incluye la variable subjetiva vinculada a la necesidad de comunicar y de resolver un problema, vivenciado como sin salida para quien tiene que afrontarlo.

Hay autores que postulan que en realidad el suicidio es concebido como una solución para quien lo intenta, que el verdadero problema sobreviene sobre aquellos que lo sobreviven (Estruch y Cardús, 1982). Estas consideraciones preliminares habilitan a considerar el suicidio como un problema mucho más allá de lo individual. Incluso se podría sostener que una concepción individualista y/o intimista de la problemática, debe ser considerada decididamente como reduccionista.

A modo de introducción del planteo a desarrollar se postulará: *SI NO HAY PREDICTIBILIDAD NO PUEDE HABER PREVENCIÓN,* la Prevención está basada sobre la Previsión.

Entonces:



EL SUICIDIO ES PREVISIBLE Y PREVENIBLE, por lo tanto las muertes por suicidios son *evitables.*

2. Indicadores de Riesgo y Factores protectores

La bibliografía internacional coincide en establecer como Factores de riesgo universales, la edad, el género, la raza, la orientación sexual y los intentos previos (Bertolotte, 2004).

Ante la imposibilidad de hablar científicamente de causas de suicidio, los estudios epidemiológicos brindan resultados sobre los factores fijos antes mencionados y sobre otros potencialmente modificables, íntimamente vinculados a condiciones culturales y contextuales, a estudiar en cada caso.

A continuación se enumeran una serie de indicadores obtenidos en la práctica clínica comunitaria por la Asociación Argentina de Prevención del Suicidio, durante los últimos años.

Que una variable se constituya como factor de riesgo en un lugar, no quiere decir que ese resultado sea aplicable a otro colectivo sin medición previa. De la misma manera que lo que hoy es válido para un determinado contexto cultural no necesariamente lo consolida como factor fijo en el paso de los años, ya que estamos hablando de productos cognitivos individuales y colectivos que están en permanente movilidad, dada su alta relatividad axiológica.

INDICADORES DE RIESGO GENERALES

– Intentos previos, propios o de familiares, sobre todo si éstos han sido silenciados.

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

INDICADORES DE RIESGO EN ADOLESCENTES

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

INDICADORES DE RIESGO EN NIÑOS

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

– Golpes en la cabeza o lesiones reiteradas en otras partes del cuerpo.

– Actitudes desafiantes y negación del peligro. Exposición permanente a situaciones de riesgo para la vida propia y ajena.

– Accidentes domésticos reiterados: quemaduras, golpes, fracturas, ingesta de tóxicos (lavandina, detergente, perfume, insecticida) o medicamentos del hogar.

Exposición a situaciones de violencia familiar y abuso sexual.

• FACTORES PROTECTORES

Los principales factores que proveen protección frente a la ideación suicida y la múltiple gama de comportamientos autodestructivos, establecidos por la Organización Mundial de la Salud, son:

Patrones familiares

– Buena relación con los miembros de la familia.

– Apoyo de la familia.

Estilo cognitivo y personalidad

– Buenas habilidades sociales.

– Confianza en sí mismo, en su propia situación y logros.

– Búsqueda de ayuda cuando surgen dificultades, por ejemplo, en el trabajo escolar.

– Búsqueda de consejo cuando hay que tomar decisiones importantes.

– Receptividad hacia las experiencias y soluciones de otras personas.

– Receptividad hacia conocimientos nuevos.

Factores culturales y sociodemográficos

– Integración social (por ejemplo participación en deportes, asociaciones religiosas, clubes y otras actividades).

– Buenas relaciones con sus compañeros.

– Buenas relaciones con sus profesores y otros adultos.

– Apoyo de personas relevantes.

Para completar una adecuada orientación a la comunidad resulta ilustrativo tener en cuenta toda la Cartilla de Orientación y Prevención que se incluye en el web-site www.suicidologia.org.ar .

3. La Evaluación En Atención Primaria

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en el marco de su Iniciativa mundial para la Prevención del Suicidio (SUPRE) emitió, a partir del año 2000, una serie de documentos destinados a distintos sectores y actividades profesionales, vinculados a la prevención del suicidio.

En el documento destinado a los profesionales de la atención primaria de la salud (OMS, 2000), se considera estratégica esta intervención, ya que por lo general esta llevada a cabo por profesionales con un vínculo estrecho y prolongado con la comunidad, que son articuladores de ésta con el sistema médico asistencial, en muchos casos se constituyen en la fuente de los primeros cuidados sanitarios para la población y, al estar insertos en las pautas culturales del lugar, son conocedores de las redes de sostén y de apoyo psicológico validadas por la población, para paliar la crisis.

Cuando el operador de atención primaria de la salud (APS) sospecha la posibilidad de un comportamiento suicida en quien consulta, debe evaluar los siguientes factores:

– estado mental actual y pensamientos actuales sobre la muerte y el suicidio;

– plan suicida actual: potencialidad en cuanto a método y tiempo previstos;

– el sistema de apoyo de la persona.

La mejor forma de averiguar si las personas tienen pensamientos suicidas es preguntándolo. Contrariamente a lo establecido en la creencia popular, hablar del suicidio no siembra la

idea en la mente de las personas con dificultades, y más bien tiene el efecto opuesto: la respuesta es de agradecimiento y les permite mostrarse libres de poder hablar abiertamente acerca de los problemas y la ambivalencia con la que están luchando.

La OMS destina un apartado especial al modo de interrogar a la persona en esta instancia. La actitud del entrevistador debe ser empática, mostrando interés y comprensión. Debe mostrarse con capacidad de poder generar el clima para que quien consulta se sienta comprendido, en condiciones de confiabilidad y confidencialidad para poder expresar sus sentimientos negativos, de soledad e impotencia.

Aun en las situaciones más graves es recomendable no perder de vista que se trata de una conversación, donde urgencia no siempre es sinónimo de prisa. Se puede conversar con alguien de situaciones o temas sumamente urgentes, pero si el diálogo es apresurado, seguramente va a resultar dificultoso crear el clima para que quien consulta exprese emociones y sensaciones que por lo general son confusas, dolorosas, masivas y ambivalentes. Si la conversación es apresurada o centrada en el protocolo que se debe completar, es muy probable que el entrevistador pierda datos valiosos a la hora de evaluar el estado de la persona que tiene enfrente.

Una vez generadas las condiciones mencionadas, serían indicadas preguntas tales como: *¿Se siente triste? ¿Siente que nadie se preocupa por usted? ¿Siente que la vida no tiene sentido? ¿Alguien, en su familia o entre sus amigos más queridos, intentó suicidarse o se suicidó? ¿Usted realizó algún intento de suicidio?*

Si se evalúa que existe algún riesgo de intento suicida o que el potencial (método y plazo de realización) es alto, se indica la derivación a un servicio de psicopatología o a un especialista, acompañado por algún familiar o persona cercana, de su entorno.

4. La Evaluación En El Contexto Escolar

En su documento destinado a los docentes y demás personal institucional, la OMS (2001) sugiere que el mejor enfoque de la prevención del suicidio en los colegios se basa en un trabajo en equipo entre maestros, médicos, enfermeras, psicólogos y trabajadores sociales, en estrecha colaboración con las organizaciones de la comunidad.

Si bien se acepta vulgarmente que es común que el adolescente tenga ideas de suicidio y algunas estadísticas tienden a ratificarlo, por lo general estos jóvenes están dispuestos a dialogar con los adultos sobre los sentimientos de este tipo. Si no se puede realizar una evaluación con un cuestionario de medición de riesgo como el ISO 30 (Inventario de Orientaciones Suicidas), es importante tener en cuenta que tales ideas se tornan riesgosas si la alternativa suicida es vista como única salida ante las dificultades, o si es considerada como un acto heroico. En ese caso el interlocutor tendrá que consultar con otros profesionales y realizar la derivación indicada, donde se identifiquen, por ejemplo, los siguientes aspectos.

• *Identificación de la aflicción:*

– cambios abruptos que alteren la cotidianeidad del alumno;
– falta de interés en las actividades habituales;
– descenso general en las calificaciones;
– disminución del compromiso con la escuela y con sus compañeros;
– comportamiento inadecuado en clase;
– ausencias inexplicadas, repetidas, o inasistencia, sin permiso;
– fumar excesivamente, beber, o uso inadecuado de drogas;
– participación en incidentes violentos con pares o con la autoridad.

La presencia aislada de una de las características mencionadas no constituye un riesgo en sí; la presencia de varias de estas conductas amerita una evaluación individual y familiar más detallada.

• *Evaluación del riesgo de suicidio*

Cuando el personal del centro educativo evalúe el riesgo suicida en un alumno, deberá considerar que las situaciones problemáticas son siempre multidimensionales, por lo que el abordaje deberá ser interdisciplinario y no sólo considerar los indicadores de riesgo, sino también los protectores.

Se considera importante que el personal institucional no se atemorice frente a las manifestaciones de un posible riesgo suicida, que no quede atrapado en sus propios prejuicios y preconceptos y que emprenda la tarea en equipo. Si hay genuino interés y estudio de las características de las preocupaciones concretas de los alumnos, ésta es una tarea abordable y resoluble.

La intensidad, profundidad y duración de estos malestares otorga tiempo para la reflexión y la elaboración de la evaluación. Hay que evitar que la ideación se convierta en persistente y progresiva, y tener en cuenta que una mejoría súbita de la persona con ideas suicidas puede estar indicando el final del período de ambivalencia o discusión interna, para pasar a la etapa de concreción de su plan.

5. La Evaluación En El Tratamiento Médico.

La Organización Mundial de la Salud (2000) también estableció cómo identificar pacientes con alto riesgo suicida a partir de factores individuales y sociodemográficos clínicamente útiles para la evaluación:

– Trastornos psiquiátricos (generalmente depresión, alcoholismo y trastornos de la personalidad).
– Enfermedad física (terminal, dolorosa o debilitante, sida).
– Intentos suicidas previos.
– Historia familiar de suicidio y/u otros trastornos psiquiátricos.
– Estatus de divorcio, viudez o soltería.
– Vivir solo (aislado socialmente).
– Desempleo o retiro.

– Pérdida sensible en la infancia.

– Si el paciente está bajo tratamiento psiquiátrico, el riesgo es más alto en los que han sido dados de alta recientemente del hospital, más aún si registran intentos previos.

Resulta útil, también, evaluar los acontecimientos estresantes más cercanos en el tiempo:

– Separación marital.

– Pérdidas significativas.

– Problemas familiares.

– Cambio en el estatus ocupacional o financiero.

– Rechazo por parte de una persona importante.

– Vergüenza o temor a ser encontrado culpable.

En estos casos el complemento entre una buena entrevista clínica y la aplicación de la evaluación por ISO 30 u otras escalas, ayuda a valorar cuantitativa y cualitativamente el riesgo verificable en un paciente.

Además de las sugerencias y precauciones referidas a los otros grupos profesionales, también válidas para éste, resulta importante considerar la negatividad de este tipo de pacientes, por lo cual pueden estar tergiversando las respuestas dadas al médico, manifestando deliberadamente sentimientos y emociones que no se condicen exactamente con su realidad vital. La pericia y la empatía del profesional pueden hacer que esa conversación evaluatoria sea fructífera.

Si un paciente está perturbado emocionalmente, con pensamientos suicidas vagos, la oportunidad de comunicar sus pensamientos y sentimientos ante un médico que demuestre interés puede ser suficiente para aceptar su posicionamiento autodestructivo.

Desde esta aceptación se hace posible acordar cómo se va a implementar el tratamiento, su seguimiento, y cómo se va a articular su red de sostén, en base a vínculos reales, disponibles y comprometidos.

Establecer un contrato de “no suicidio” es una técnica útil en la prevención del suicidio, recomendada y utilizada en otros países y que en nuestro medio ha resultado efectiva cuando dicho acuerdo va acompañado de un monitoreo diario y sistemático, hasta que pasa el momento álgido de la crisis, aproximadamente entre 60 y 90 días.

Otras personas cercanas al paciente pueden incluirse al negociar el contrato. La negociación puede promover discusiones sobre varios temas importantes. En la mayoría de los casos, los pacientes respetan las promesas que hacen a su médico. La contratación es apropiada sólo cuando los pacientes tienen control sobre sus actos.

En ausencia de un trastorno psiquiátrico severo o un intento de suicidio, el médico puede iniciar y disponer tratamiento farmacológico, generalmente con antidepresivos, y terapia psicológica (comportamiento cognitivo). La mayoría de las personas se sienten contenidas al continuar en contacto con el médico; este contacto deberá organizarse para satisfacer las necesidades terapéuticas.

6. Intervenciones Suicidológicas Preventivas Y Posventivas

Intentar definir una clínica comunitaria para el abordaje de las crisis suicidas supone hablar de una intervención encarnada en la crisis y de una clínica tradicional en crisis. Supone a la vez el manejo de ejes tales como proximidad-distancia, urgencia-pausa, dolor-bienestar, acontecer social - sufrimiento individual, poder - exclusión, vulnerabilización - fortalecimiento, entre otros.

Ante los nuevos enunciados, síntomas, emergentes y condiciones de enunciación se instala una demanda de revisión de los dispositivos tradicionales de atención y acompañamiento, construidos desde un supuesto soporte de poder dogmático de ciertos lugares profesionales.

En definitiva una crisis de este tipo que se manifiesta públicamente, representa el escenario donde se muestra dramáticamente la supremacía de las amenazas por sobre la percepción de recursos, que acontece en un determinado colectivo social. Una intervención en este escenario requiere de operaciones calculadas y evaluadas en su eficacia.

6.1. El Grupo Sostén

En los Grupos Sostén, si bien están destinados a adolescentes y adultos con ideas, fantasías y/o tentativas de suicidio, también consultan familiares y amigos de personas que se han suicidado y organizaciones preocupadas por esta problemática.

Los objetivos de estos grupos son:

- Evaluar el riesgo y la potencialidad suicida
- Determinar la fortaleza de los factores vitales del consultante y su entorno
- Asistir a la población en riesgo de intento o de consumar un suicidio
- Generar una red de sostén y prevención para el implicado y su familia
- Orientar a los actores sociales que tratan con población de riesgo

Estos grupos están coordinados por profesionales -universitarios y no universitarios- especialmente formados en esta tarea. En un primer encuentro se evalúa la pertinencia de este tipo de ayuda para el consultante, se realiza un trabajo de orientación para él y su familia y se lo asesora sobre otras alternativas para abordar el conflicto.

Si se evalúa que el consultante puede realizar el trabajo de sostén en los grupos, pasa por una etapa intermedia donde, con uno de los coordinadores, realiza una primera aproximación de esclarecimiento, para pasar luego a la tarea semanal con el grupo y sus coordinadores. Este trabajo se lleva a cabo en ámbitos comunitarios.

El Grupo Sostén opera como un laboratorio de convivencia tendiente a la reconstrucción del lazo, siendo su escenario imaginario más particularizado el sesgo social de las relaciones que se despliegan en el espacio grupal.

6.2. Programa Multisectorial De Variado Alcance (Pmva)

Cuando la demanda a nivel local por alta frecuencia de suicidios implica un abordaje poblacional y comunitario, resulta sumamente importante la progresividad y gradualidad en la dosificación de la intervención por parte de quien la conduce, sobre todo teniendo en cuenta que los escenarios más frecuentes para este tipo de intervención lo constituyen provincias o municipios.

Esto dio lugar al diseño de un Programa Modulado por sectores interactuantes, usando como técnica de evaluación e identificación el Inventario de Orientaciones Suicidas –ISO 30- (Casullo, Bonaldi & Fernández Liporace, 2000), que al tratarse de un cuestionario autoadministrable posibilita una administración masiva en muy corto tiempo.

Los efectores de este Programa son:

NIVEL I: Profesionales de la Salud: Están a cargo de la evaluación, derivación y/o asistencia de los pacientes con eventos suicidas.

NIVEL II: Profesionales de la Educación: Son los principales detectores de las situaciones de riesgo en el establecimiento educativo y operan como favorecedores y sostenedores de las acciones de prevención y posvención en ese contexto.

NIVEL III: Agentes Sanitarios: Son los que están a cargo de la Prevención Primaria y de algunos aspectos de la Secundaria, ya que por lo general están distribuidos en todo el territorio provincial o municipal. Sus tareas requieren que los funcionarios faciliten los medios para una formación ad-hoc, sencilla, clara y focalizada, destinada a este personal.

NIVEL IV: Operadores Telefónicos: Son los encargados de cumplir con los turnos de guardia de la Línea de Atención al Suicida.

NIVEL V: Relevamiento Epidemiológico y Seguimiento del Programa: Está a cargo de equipos interdisciplinarios, capacitados en la problemática del suicidio, con formación epidemiológica. Sus objetivos son:

- Monitoreo y seguimiento del programa en cada uno de sus niveles
- Incorporación de información adecuada en el diseño de campañas masivas de prevención primaria para la población general

Por ejemplo antes de instrumentar cualquier campaña de Promoción y/o Prevención, sobre todo si ésta es específica o indicada, tener capacitados los niveles I y II del Programa, ya que son quienes van a recibir la demanda de orientación y asistencia. Si esta articulación no es tenida en cuenta, el Programa podría revertir en un efecto "boomerang", o simplemente esterilizarse, comprometiendo la eficacia de futuras intervenciones.

6.3. Programa Escolar De Identificación, Monitoreo Y Atención Del Riesgo Suicida (Peimars)

Con respecto al abordaje institucional en escuelas y establecimientos educativos, en general hay algunos criterios ya establecidos de acuerdo a la delimitación de la forma y a la extensión del campo de intervención.

Son mejor aceptadas, en general, las intervenciones en contextos ampliados como por ejemplo Distritos Escolares o Direcciones Generales de Escuelas, que las intervenciones aisladas por establecimiento.

De esta manera se evita la exposición y estigmatización de una determinada comunidad educativa y se reconoce, por parte de las

autoridades, la emergencia de la crisis como la manifestación de un problema que puede afectar o irradiarse a todo su ámbito de incumbencia.

Esta modalidad también tiene incidencia sobre la forma de intervención porque posibilita capacitar al personal docente, analizando su implicación en la resolución de la crisis; de otra manera muchos docentes se ven forzados a intervenir ante el hecho consumado, sin herramientas conceptuales, con el consabido desgaste que a su vez tiene repercusiones en el ámbito de los lazos sociales institucionales.

A. Etapa de Preparación

Duración: 4 horas

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

Grupos de reflexión sobre normativas OMS para el personal docente.

B. Etapa de Pre-intervención (Identificación)

Duración: de acuerdo a la población a evaluar

Administración de ISO 30 y Pruebas Complementarias a los grupos asignados al PEIMARS y al grupo control.

Selección de casos.

Distribución por grupos de Riesgo: Alto – Moderado – Bajo

C. Etapa de Intervención (Monitoreo y Atención)

Duración: 10 reuniones

Una o dos reuniones por semana de Grupo Sostén para alumnos con riesgo Alto y Moderado.

Paralelamente se pueden instrumentar entrevistas y reuniones para padres, de los chicos en riesgo o por grupo aúlico.

Ejes temáticos de las Reuniones de Grupo Sostén:

- Mitos y Prejuicios (1 reunión)
- Indicadores de riesgo y Factores Protectores (1 reunión)
- Historia Personal de Pertenencia y Participación (2 reuniones)
- Redes de Apoyo Psicológico y Social (2 reuniones)
- Autoestima (1 reunión)
- Estrategias de Afrontamiento (1 reunión)
- Capital Psíquico y Valor de la Vida (2 reuniones)

Mientras que se desarrolla esta parte del Programa con reuniones de Grupo Sostén, los alumnos que obtuvieron Riesgo Bajo diseñan e instrumentan la Campaña Institucional de sensibilización sobre el Valor de la Vida.

D. Etapa de Post-intervención (Evaluación de Eficacia)

Duración: de acuerdo a población a evaluar
Administración de ISO30 y Pruebas Complementarias.
Misma población y asignación que en Etapa de Pre-intervención.
Derivación de casos a tratamiento.

E. Etapa de Comunicación y Planificación de seguimiento

Duración: 4 horas
Jornada con docentes, equipos y autoridades escolares:

- Comunicación de resultados
- Diseño de actividades escolares de seguimiento del Programa
- Afrontamiento de nuevos casos

Los profesionales del Distrito interesados, pueden participar junto con el Equipo de Intervención en las cinco etapas, como forma de capacitarse para poder intervenir cuando finalice el desarrollo del Programa.

7. Capacitación Y Formación De Los Efectores

Una vez establecidos los Objetivos, Plazos, Recursos y Acciones de un Programa Preventivo y/o Posventivo, se estima conveniente la diagramación de un Programa de Capacitación que brinde los elementos conceptuales para la orientación e implementación de las acciones a nivel regional y local.

Así como antes se remarcó la importancia del consenso en la fijación de los lineamientos generales del Programa, en esta etapa ayudaría significativamente la realización participativa de un FODA (Cuadro de Fortalezas, Debilidades, Oportunidades y Amenazas) que posibilite identificar cartográficamente la existencia y/o ausencia de recursos regionales y locales para el trazado de una estrategia posible, de acuerdo al contexto en el cual va a ser llevada a cabo.

En las intervenciones poblacionales donde se pudo aplicar esta metodología, surgieron reconocimientos de recursos que hasta ese momento no habían sido tenidos en cuenta. Al mismo tiempo emergieron desconfianzas, recelos y dificultades de incumbencias que se intentaron resolver en el transcurso del proceso de Capacitación y Formación, explicitando que la persistencia de esos vallados y exclusiones restaría eficacia al accionar del conjunto, manteniendo inmodificable o acrecentando el padecer de la comunidad de la que ellos mismos forman parte.

La Organización Mundial de la Salud junto al reconocimiento del suicidio como un grave problema de Salud Pública, ha sugerido normas claras del rol de los distintos sectores involucrados en la tarea de prevención (OMS, 2000, 2001) como parte del SUPRE, su iniciativa mundial para la prevención del suicidio.

Este conjunto de lineamientos, articulados con los disponibles en las instituciones participantes y las premisas generales del Programa, formarán la materia prima para la confección de un cronograma de capacitación destinado, por lo menos, a los siguientes efectores:

- Salud:

- Médicos: de atención primaria, emergentólogos, clínicos generales y pediatras, médicos de familia, comunitarios y especialistas
- Psicólogos en todas sus especialidades
- Trabajadores Sociales
- Personal Técnico Auxiliar y de Enfermería

- Educación:

Acordando con autoridades nacionales, provinciales y municipales, sobre los programas en vigencia, llevar la capacitación desde los niveles distritales por rama, a los establecimientos educativos en particular.

Participación de las Universidades con sus respectivos recursos de docencia e investigación.

- Fuerzas Armadas y de seguridad:

Con una doble finalidad, por un lado atender a los altos índices de eventos suicidas que acontecen al interior de sus organizaciones y por otro, instruir y entrenar al personal que va a ser requerido por la comunidad en su función de cuidado del orden y la seguridad.

- Justicia:

Instrucción a los profesionales forenses para la utilización de la Autopsia Psicológica, no sólo como instrumento pericial, sino como recurso de investigación “ex post facto” para el establecimiento de pautas preventivas específicas.

Información a jueces y fiscales sobre las posibilidades concretas de evaluación y rehabilitación para personas violentas contra sí y contra terceros.

- Iglesia:

Información y capacitación de los miembros del clero acerca de los psicodinamismos propios del proceso autodestructivo, para ser incluidos en su tarea pastoral como forma de colaboración en la detección, orientación y derivación de las personas en riesgo.

- Medios de comunicación:

Establecimiento de acuerdos precisos sobre la modalidad y los límites que deben respetarse en la información sobre eventos suicidas, creando clara conciencia sobre la responsabilidad social que compete a este sector en la formación de la sensibilidad social sobre esos acontecimientos.

Informar y participar a los institutos de formación de periodistas, sobre todo en la formación de periodismo científico, acerca de la existencia y los fundamentos del Programa Local, Regional o Nacional de Prevención del Suicidio.

- Comunidad en general:

Promover la formación de redes comunitarias, con grupos de reflexión y orientación sistemáticos, coordinados por profesionales y voluntarios entrenados en la evaluación, identificación y derivación de las personas en riesgo a los recursos sanitarios locales.

Diseñar lineamientos para la instrumentación de campañas de información y sensibilización como tareas de atención primaria de la salud, que facilite la detección de grupos de riesgo, como primera medida de prevención general inespecífica.

Revisar los programas de formación de los voluntarios telefónicos, actualizando sus contenidos y adecuando sus intervenciones a una participación activa y protagónica en el conocimiento y cumplimiento de las normas de este Programa. Promover en aquellos voluntarios que se sientan motivados y estén capacitados, la extensión de su labor telefónica a tareas de promoción y prevención comunitaria.

Desde un basamento científico para una programación de la prevención a nivel local, regional o nacional, es deseable tener en cuenta algunas premisas ya estudiadas en otras partes del mundo, como por ejemplo:

- Diferenciación de estudios sobre mortalidad por suicidio de los destinados a establecer prevalencia e impacto del riesgo suicida por existencia de factores de riesgo e intentos.
- Realización de estudios por asignación aleatoria y grupo control.
- Diferenciación de factores de riesgo, fijos y variables.
- Diseño de estudios incluyendo en las variables, la incidencia tanto de factores de riesgo como de factores protectores.
- Cálculo del Riesgo Atribuible en la Población, determinando la variación de la tasa de mortalidad ante la eliminación concreta de un factor concreto que se presume como causal de suicidio.
- Fundamentación del diseño de las intervenciones en los resultados de los estudios exploratorios.
- Revisión y análisis de los estudios que arrojen resultados negativos o no esperados con miras a diseñar intervenciones posibles de ser aplicadas a toda la población.
- Precisión de los objetivos específicos y de los indicadores de éxito en la evaluación de la eficacia de las intervenciones.-

8. Referencias Bibliográficas

BERTOLOTTE, J. (2004) *Forum: Prevención del Suicidio en el Mundo*. World Psychiatry (Ed. Esp.) 2:3. Diciembre 2004

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

ESTRUCH, J., CARDÚS, S. (1982). Los Suicidios. Barcelona. Editorial Herder

FARBEROW, N. Y SHNEIDMAN, E. (1961) The cry for help. New York. Mc Graw Hill

MARTÍNEZ, C. (2007) Introducción a la Suicidología. Buenos Aires. Lugar Editorial

OMS (2000). *Prevención del Suicidio: ¿Cómo iniciar un grupo de sobrevivientes?* Ginebra. Departamento de Salud Mental y Toxicomanías, Organización Mundial de la Salud.

OMS (2000). *Prevención del Suicidio: Un instrumento para médicos generales*. Ginebra. Departamento de Salud Mental y Toxicomanías, Organización Mundial de la Salud.

OMS (2000). *Prevención del Suicidio: Un instrumento para trabajadores de Atención Primaria en Salud*. Ginebra. Departamento de Salud Mental y Toxicomanías, Organización Mundial de la Salud.

OMS (2001). *Prevención del Suicidio: Un instrumento para docentes y demás personal institucional*. Ginebra. Departamento de Salud Mental y Toxicomanías, Organización Mundial de la Salud.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (2003). Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud.

ROCAMORA BONILLA, A. (1992) El hombre contra sí mismo. Madrid. Ed. Asetes.