

0111.3
V19
I

42349

**"LAS PATOLOGÍAS SOCIALES.
CONDUCTAS SUICIDAS, CONDUCTAS ADICTIVAS
EN EL ÁMBITO DE LA PROVINCIA DE LA PAMPA"**



**Informe Final
Julio de 2000**

Lic. Edith Vivona



Consejo Federal
de Inversiones



Ministerio de
Bienestar Social



Gobierno de la
Provincia de La Pampa

AUTORIDADES PROVINCIALES

Gobernador

Dr. RUBÉN HUGO MARÍN

Vice-Gobernador

Dr. HERIBERTO MEDIZA

Ministra de Bienestar Social

Sra. MARTA CARDOSO

Subsecretario de Salud

Dr. EDUARDO FILGUEIRA LIMA

Director General de Salud

Dr. GUSTAVO RÍOS

INDICE

- 1 - Objetivos
- 2- Metodología
- 3 - Marco Conceptual
- 4 - Conductas Suicidas
- 5 - Datos sobre Suicidio
 - 5.1 Datos Cuantitativos Mundiales sobre Suicidio
 - 5.2 Datos Cuantitativos Nacionales sobre Suicidio
 - 5.3 Datos Cuantitativos de Suicidio en La Provincia de La Pampa
- 6- Sistematización de los Datos Obtenidos de la Línea Telefónica “Lugar para Hablar” y de las Entrevistas Realizadas en los Servicios de Salud Mental Provinciales
 - 6.1 Lugar para Hablar
 - 6.2 División de Salud Mental de Establecimiento Asistencial
Dr. Lucio Molas
 - 6.3 Servicio de Salud Mental del Establecimiento Asistencial
“Padre Buodo De Gral. Acha”.
 - 6.4 Servicio de Salud Mental del Establecimiento Asistencial
”Gob. Centeno” de Gral. Pico.
- 7 - Conductas Adictivas
 - 7.1 Análisis Cualicuantitativo del Primer Estudio Epidemiológico Nacional sobre uso de Sustancias Psicoactivas.
 - 7.2 Análisis Culicuantitativo de Datos Referidos a las Conductas Adictivas obtenidos en distintos sectores provinciales.
- 8- Consideraciones Generales sobre Suicidio.
- 9 - Consideraciones Generales sobre Conductas Adictivas.
- 10- Conclusiones

1 - Objetivos

Este trabajo de carácter exploratorio tiene como finalidad realizar un diagnóstico situacional y proponer acciones tendientes a la disminución de la prevalencia- incidencia de las patologías sociales en el ámbito de la provincia de La Pampa, poniendo especial énfasis en las problemáticas de las conductas adictivas y suicidas.

2 - Metodología

Para alcanzar los objetivos deseados se realizó una recopilación y análisis de datos secundarios aportados por el Ministerio de Bienestar Social de la provincia, y de los trabajos ya existentes.

En la temática referida al suicidio se tomó con especial consideración el trabajo "Mortalidad por Suicidio en la provincia de la Pampa (1990-1998."Alternativa de Abordaje de Sujetos en Riesgo" cuya autora es Nancy Barreyro ¹.

Se entrevistó además a integrantes de los equipos de Salud Mental provinciales y otros informantes considerados claves a los fines del trabajo a realizar.

Por último se realiza un análisis cuali-cuantitativo de los datos obtenidos.

¹ Centro Sanitario. Subsecretaría de Salud. MBS. Santa Rosa. La Pampa.

3 - Marco conceptual

Cuando se habla de patologías sociales aludiendo a ciertos fenómenos patológicos de la conducta o a conductas patológicas prevalentes en la actualidad, tales como violencia en sus diversas manifestaciones, adicciones, enfermedades psicosomáticas, suicidios, depresiones reactivas surge de inmediato un interrogante con respecto al término. No es una cuestión semántica la que se pretende desentrañar y cabe interrogar ¿no son todas las patologías sociales?.....Dijo Ramón Carrillo frente a la miseria y a la pobreza las bacterias son unas pobres causas.

Desde esta perspectiva se pretende realizar un recorrido para intentar, no sin cierta incertidumbre arribar a una conclusión.

La explicitación del marco conceptual se hace ineludible dado que en función del mismo se desprenderán las acciones a realizarse.

Este informe por lo tanto, pretende dar cuenta de las conceptualizaciones que posteriormente deberán operacionalizarse en lo que se pretende implique una ética de la acción.

En la actualidad "estamos obligados a pensar en forma conjunta los problemas del sufrimiento mental de las personas y las dinámicas de la integración y exclusión social, pensar las relaciones que existen entre las manifestaciones subjetivas expresadas en los síntomas y el desenvolvimiento de la cultura actual"².

Por otra parte el diagnóstico de las problemáticas sociales actualmente permite visualizar la carencia y los obstáculos para la realización de todas las dimensiones del hombre.

² GALENDE, Emiliano; "De un Horizonte Incierto" Psicoanálisis y Salud Mental en la Sociedad Actual. Paidós. Psicología Profunda.1997.

Dice el Informe Argentino de Desarrollo Humano: existe un abismo de disponibilidades e ingreso entre los países ricos y los países pobres y una imposibilidad del modelo económico imperante actualmente para paliar por sí solo al avance de la pobreza la marginación y la exclusión. Indudablemente no se trata solo de problemas vinculados a la economía, sino también del quebranto de los valores, de la violencia del vacío y la inseguridad. Con la finalización de la política de bloques que caracterizó el periodo de la guerra fría y el cese de las pugnas ideológicas, que atravesaron todo el siglo veinte con sus millones de víctimas, el tema principal de nuestro tiempo se ha trasladado a las renovadas inequidades y desigualdades que marcan en profundidad casi todas las sociedades del planeta. Esta tendencia se traduce en muchas regiones, en pobreza generalizada, deterioro ambiental, exclusión social, degradación ambiental educativa y psicobiológica de millones de habitantes. Tal estado de cosas constituye la amenaza más seria al desarrollo pacífico y armónico de la humanidad. El anunciado fin de las ideologías, la demoledora crítica a las visiones totalizadoras no ha sido la consecuencia de la superación de los problemas básicos ni siquiera en el seno de las sociedades privilegiadas avanzadas maduras sino más bien la remisión de las soluciones de esos dilemas a cuestiones instrumentales que en ese marco se pretende deben responder a una coherencia de rango que van de lo económico al hombre, que niega la horizontalidad de las cuestiones y que, por lo tanto, impiden el pensar y la comprensión de la realidad en el orden de rango inverso es decir desde el hombre a la economía".

La celeridad con que se manifiestan los cambios produce un malestar "que afectan el pensamiento el cuerpo y la capacidad de hacer de las personas y modifican la forma de vínculo social." Hay claros indicadores del transcurrir de la vida social actual, aparece una forma exacerbada del individualismo visualizado como un valor social sin que pueda percibirse que el resultado es el aislamiento con su concomitante sentimiento de soledad y vacío.

Caen los proyectos colectivos, los vínculos interpersonales se tornan frágiles inestables y fáciles de romper, altamente competitivos y como resultado van excluyendo progresivamente los lazos solidarios. El consumo aparece como un nuevo valor, las conductas se agresivizan hacia

fuera, en los ámbitos familiares o escolares o se convierten en autoagresión, de donde se derivan como consecuencia fenómenos patológicos como consumo de drogas o el suicidio. Este malestar en la cultura se manifiesta a través de síntomas muy marcados de pánico, crisis de ansiedad, trastornos psicosomáticos, aumento notable de los cuadros depresivos entre otros. Dice Emiliano Galende que existe un consumo masivo de psicofármacos para aliviar una gran presión psíquica y severas crisis de identidad, "se trata de verdaderas drogas para la vida social, justamente en una sociedad cuya integración y mantenimiento de las relaciones se ha vuelto altamente competitivas y amenazantes. Impedidos de actuar sobre su causa o aun de pensar sobre las causas de la tristeza, el insomnio la ansiedad o el decaimiento, el consumo de psicotropos permite ignorar estos interrogantes aliviando sus manifestaciones objetivas. Los psicofármacos se transformaron rápidamente en un tipo de consumo dirigido a soportar estas nuevas formas de sufrimiento social integrando la larga lista de paliativos que el mismo progreso nos estaría ofreciendo, a la ansiedad tranquilizantes, videos para excitarnos y hacernos tolerables a la soledad y la pérdida de otros vínculos sociales y afirma. "Se asiste al surgimiento de nuevos rasgos en los comportamientos de la cultura y de novedades en los vínculos humanos".

En este contexto es que han cambiado los parámetros psicopatológicos dando lugar a nuevas problemáticas que constituyen "paradigmas de lo social" con las dificultades que acarrea su abordaje preventivo asistencial y la resolución de sus posteriores secuelas.

Ernest Gruenberg establece una correlación entre la presencia de patología social y la participación social negativa es decir que en un grupo en una comunidad el aumento de las enfermedades se asocia a la reducción de la participación social.

Algunos autores argentinos y desde el punto de vista de la teoría psicoanalítica se refieren a estos fenómenos como "patologías de la autodestrucción" y coinciden al afirmar que los mismos tienen una mayor incidencia en la adolescencia y la adultez joven, esto parece demostrar según la lic. Susana Quiroga, que este momento de la vida constituye no solo el de mayor capacidad vital,

sino también el de mayor posibilidad de autodestrucción ya sea por suicidios deliberados o por conductas tales como accidentes, violencia por adicciones o enfermedades psicosomáticas.

Encarar estas problemáticas supone trascender los síntomas, solo el reconocimiento y la modificación del contexto social cultural y familiar pueden dar un diagnóstica integral de las mismas.

Estas patologías sociales deben ser diagnosticadas desde una perspectiva epidemiológica operativa, la del "deber hacer", la de la acción que no se pasiviza en el recuento si no que una vez diagnosticado el problema acuerde, como se dijera anteriormente, con el imperativo del hacer.

4 - Conductas suicidas

El problema del suicidio preocupa a los estudiosos de las problemáticas sociales pues es una tendencia que no siempre obedece a factores de índole personal, hay aspectos sociales que también pueden incidir en esta tendencia.

Es frecuente creer que el suicidio se produce cuando las personas tienen desórdenes emocionales causados por depresión, baja estima, angustia soledad o duelo y que estos sentimientos son causados por problemáticas individuales sin embargo no puede desconocerse la influencia de la sociedad en los sentimientos de aflicción y desorientación de los individuos. Según Durkheim existe una grave influencia de las crisis económicas sobre la tendencia al suicidio, pero esto no obedece a las consecuencias de miseria y dificultad económica que generan pues cuando crece la prosperidad de un país se da el mismo efecto. Es por que son crisis, perturbaciones del orden colectivo. *Cuando la sociedad está perturbada es incapaz de realizar su acción reguladora y asciende la curva de suicidios. Se produce entonces el suicidio anómico, el suicidio provocado por la ausencia o falta de claridad de las normas.*

A través de la historia la postura frente al suicidio ha sido diferente según el momento histórico. En la antigua Roma se asumía una posición neutral e incluso positiva frente al suicidio. Con el advenimiento del cristianismo la actitud fue de rechazo, San Agustín consideraba el suicidio como un crimen y Santo Tomás como un pecado, dado que usurpaba a Dios la decisión sobre la vida.

Este rechazo duró siglos por la influencia de la religión.

A fines del siglo XIX comienza a darse otra interpretación con los trabajos de Durkheim y Freud.

El primero realiza un enfoque sociológico y plantea que es el resultado de la fortaleza o la debilidad del control de la sociedad sobre el individuo.

Freud dice..."Entre los neuróticos hay personas en quienes a juzgar por todas sus reacciones la pulsión de autoconservación ha experimentado ni más ni menos que un trastorno. Parecen no perseguir otra cosa que dañarse y disminuirse a si mismos quizá pertenezcan también a este grupo las personas que al fin perpetran realmente el suicidio. Suponemos que en ellas han sobrevenido vastas desmezcladas de pulsión a consecuencia de las cuales se han liberado cantidades hipertróficas de la pulsión de destrucción vuelta hacia adentro Este yo no puede cumplir ya las tareas que el mundo exterior, incluida la sociedad humana le impone. Su actividad esta inhibida por unas rigurosas prohibiciones del super yo , su energía se consume en varios intentos por desprenderse de las exigencias del ello que está dañado en su organización, escindido en el interior de si".

Otros autores como Bión, Winnicott, Green han llamado a este hecho de muy diversas maneras, situación sin salida, de derrumbe, colapso de desmantelamiento psíquico. En todas ellas aparecen sentimientos de depresión, desesperanza, y el hecho de encontrarse en una situación traumática desborda al yo, induciéndolo a la parálisis, al sentimiento de abrumamiento psíquico y al pasaje al acto.

Por otra parte diversos estudios demuestran que existe una importante correlación entre las patologías familiares y las tendencias suicidas y mostraron la coexistencia de patologías autodestructivas dentro de una misma familia, también demostraron la relación entre estas patologías y la psicosis que si bien no necesariamente terminan en suicidio, surgen en otros actos en forma de suicidios crónicos como las adicciones o las enfermedades psicosomáticas.

Las conductas relacionadas con la autoagresividad al estar asociadas a una morbilidad elevada se han convertido en un motivo de preocupación para el sector sanitario y social.

La OPS (Organización Panamericana de la Salud) propone un enfoque interdisciplinario de la problemática del suicidio y plantea "Es necesario lograr una comprensión más completa de los factores determinantes y el significado práctico del suicidio como problema de salud pública y como indicador de la calidad de los entornos sociales. A tal fin puede contribuir el examen de los valores culturales que configuran las actitudes hacia los actos suicidas y el análisis de los motivos subyacentes y métodos empleados. Un enfoque muy estrecho, centrado en la psicopatología, puede oscurecer los determinantes sociales del suicidio y dar lugar a programas que no atacan las causas importantes del problema ni responden a necesidades sentidas de la comunidad. Por lo tanto, los planificadores de salud y los dirigentes gubernamentales deben analizar seriamente el impacto de políticas que pueden terminar enalteciendo la violencia, favorecedora de homicidios y suicidios, y estudiar sus efectos sobre la conducta suicida y los suicidios consumados. En suma, sea que el suicidio se considere un reflejo de los valores culturales, una renuncia a la responsabilidad de llevar cargas o una enfermedad mental, la variedad de escenarios en que ocurre revela en gran medida los valores, puntos fuertes y débiles de la gente y del medio social en donde ésta vive. Los programas de salud mental concernientes al suicidio deben reconocer las interacciones entre los agentes productores de tensión social y las fortalezas y debilidades psicológicas que determinan la capacidad para enfrentar esos factores. Los profesionales de salud deben reconocer no sólo las categorías diagnósticas sino también las circunstancias sociales de la vida de las personas. A este respecto conviene señalar que en la cuestión de la definición del suicidio la importancia de la psicopatología podría ser menor que la del contexto personal y social que motiva el acto."

5 - Datos sobre suicidios

5.1 - Datos cuantitativos mundiales sobre suicidios

Según la OMS, el suicidio está ubicado entre las diez primeras causas de muerte y cada día en el mundo se suicidan (1000) mil personas.

Cuadro 1. - TASAS DE SUICIDIO ENTRE LOS JOVENES Y ANCIANOS EN PAÍSES SELECCIONADOS - ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD

País	Año del que se tiene información más reciente	Tasa por 100,000 (15-24 años)	Tasa por 100,000 (65 a 74 años)	Razón jóvenes/ancianos
Sri Lanka	1986	62,3	48,6	1,3
Canadá	1990	15,0	12,6	1,2
Tailandia	1987	9,8	8,4	1,2
Australia	1988	16,4	16,7	1,0
Reino Unido	1991	7,0	7,9	0,9
Irlanda	1990	9,3	12,1	0,8
Estados Unidos	1989	13,3	18,0	0,7
Chile	1989	6,7	9,6	0,7
Costa Rica	1989	6,1	9,6	0,6
Venezuela	1989	6,9	11,3	0,6
México	1990	3,1	5,1	0,6
Core, Rep. De	1987	8,1	15,9	0,5
URSS	1990	13,9	30,4	0,5
China	1989	21,3	47,8	0,4
Alemania, Rep. Fed	1990	9,9	23,7	0,4
Uruguay	1990	8,2	22,7	0,4
Singapur	1990	10,6	31,5	0,3
Argentina	1989	5,2	19,2	0,3
Japón	1991	7,0	27,6	0,3
Israel	1989	4,9	20,0	0,2
Puerto Rico	1990	6,1	26,1	0,2
Hungría	1991	12,6	61,5	0,2
Hong Kong	1989	6,0	33,6	0,2

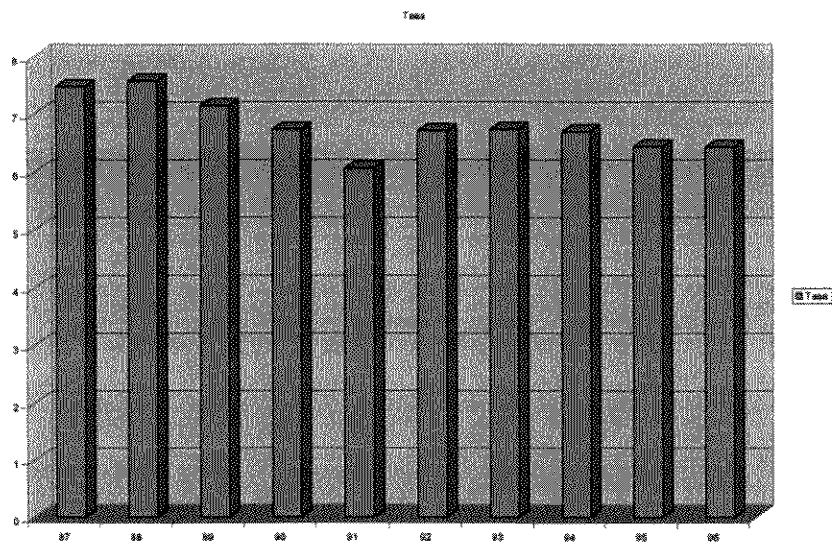
Fuente: OMS, División de Salud Mental, estadísticas inéditas, excepto China. Fuente para China: OMS, 1991 a

Se observa que nuestro país se encuentra entre aquellos con tasas más reducidas en el caso del suicidio entre la población joven, mientras que en el de ancianos se posiciona en un lugar intermedio.

Al respecto dice el Dr. Jorge Lemus , "De cualquier modo esta buena ubicación no permite dejar de tener en cuenta la necesidad de incrementar los esfuerzos en una causa de mortalidad potencialmente evitable, que produce 6 muertes por día y posiblemente no menos de diez veces esa cifra en intentos y comportamientos autoagresivos de diverso tipo y metodología".

5.2 Datos Cuantitativos Nacionales sobre Suicidio

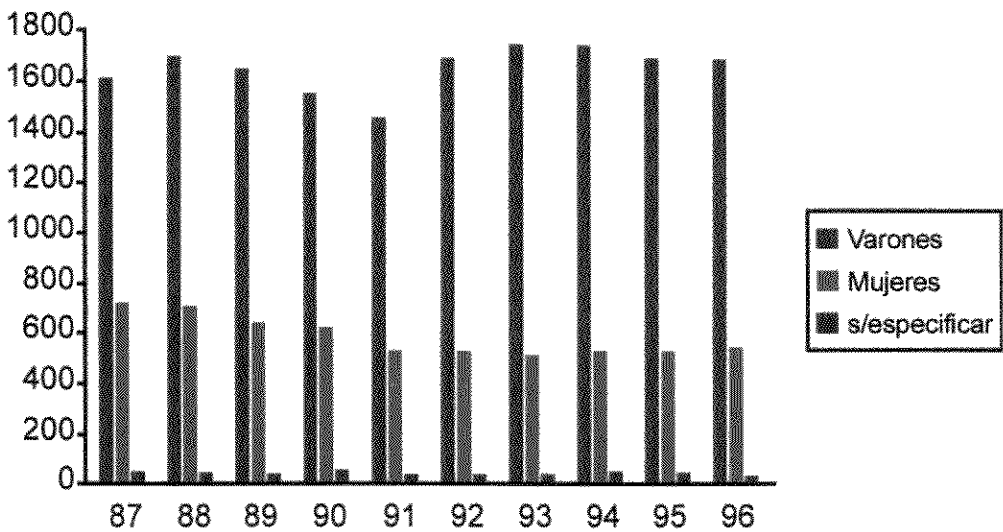
Gráfico 1. - EVOLUCIÓN DEL NÚMERO DE SUICIDIOS
CADA 100.000 HABITANTES - REPÚBLICA ARGENTINA AÑOS 1987/1996.



Fuente: Jorge Lemus y colaboradores."Epidemiología del suicidio en la Argentina" Temas de Salud Mental. Año 2, No 2. Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación. Bs. As. 1998.

Se observa que el número de suicidios disminuye un punto por cada 100.000 habitantes en el periodo comprendido entre los años 1987 y 1996.

Gráfico 2. - EVOLUCIÓN DEL NÚMERO ABSOLUTO DE SUICIDIOS SEGÚN SEXO EN LA REPÚBLICA ARGENTINA - DECENIO 1987/96



Fuente: Jorge Lemus y colaboradores. "Epidemiología del suicidio en la Argentina" Temas de Salud Mental. Año 2, No 2. Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación. Bs. As. 1998.

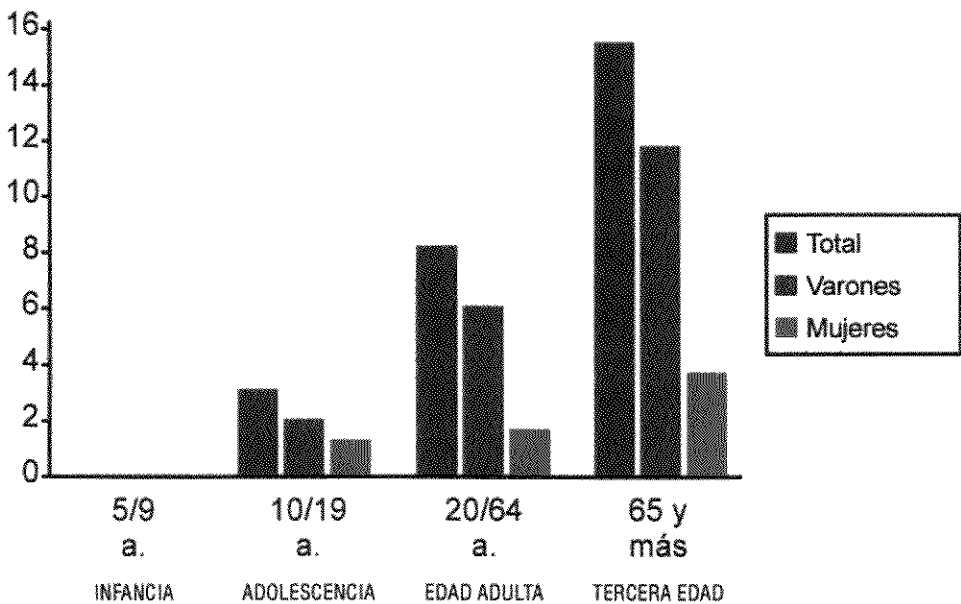
De los datos obtenidos se infiere que los casos femeninos son significativamente menores, para el año 1987 fueron 691 y para 1996 disminuyeron a 536. En el gráfico puede observarse que por cada suicidio femenino se producen tres suicidios masculinos.

Este análisis permite observar que la estabilidad de la tasa general de suicidios se mantuvo estable en la década estudiada por la disminución de los casos femeninos, mientras que los masculinos ascendieron levemente.

Con respecto a los intentos de suicidio el autor mencionado refiere que teniendo en cuenta el sexo, la relación se invierte siendo la misma de 2.5 a 1 con predominio de la población femenina.

En el caso de los hombres se consume el suicidio, dato éste que podría relacionarse con los métodos utilizados que por lo general son más agresivos y contundentes.

**Gráfico 3. - TASA DE MORTALIDAD CADA 100.000 HABITANTES
SEGÚN GRUPOS DE EDAD.**



Fuente: Jorge Lemus y colaboradores. "Epidemiología del suicidio en la Argentina" Temas de Salud Mental. Año 2, No 2. Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación. Bs. As. 1998.

Los cortes de edad responden a criterios metodológicos del autor: así se considera Infancia de 5 a 9 años, Adolescencia 10 a 19 años, edad Adulta 20 a 64 años y Tercera Edad a 65 y más.

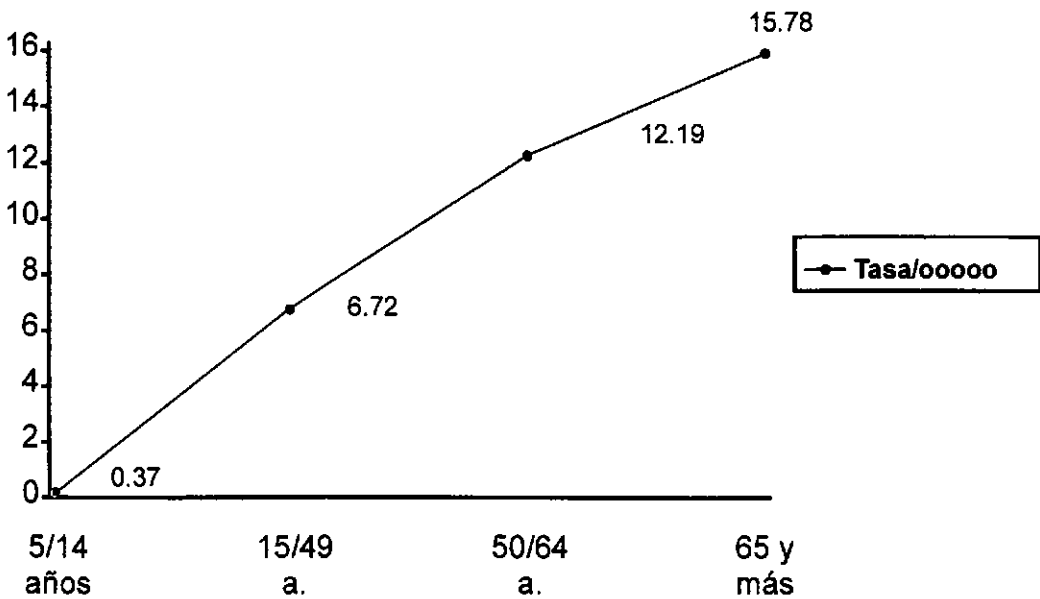
El número de suicidios aumenta con la edad. Para el grupo de más de 64 años se advierte la tasa más alta que es de 15.78, siendo muy significativa la brecha entre hombres y mujeres ya que para los primeros llega al 11.97, mientras que en las mujeres alcanza al 3.65.

Entre los 20 y 64 años, la tasa general llega al 8.25, es decir que el número disminuye casi a la mitad con relación al grupo de mayor edad.

La tasa correspondiente a la población femenina es 1.82, y la masculina 6.35.

En la adolescencia (10 a 19 años) la tasa general alcanza el 3.15 correspondiendo 1.99 a los varones y 1.13 a las mujeres. En este grupo de edad parecería no incidir el género ya que ambas tasas muestran diferencias de escasa significación.

Gráfico 3.1. - TASA DE MORTALIDAD POR SUICIDIOS SEGUN GRUPOS DE EDAD - REPÚBLICA ARGENTINA - 1996

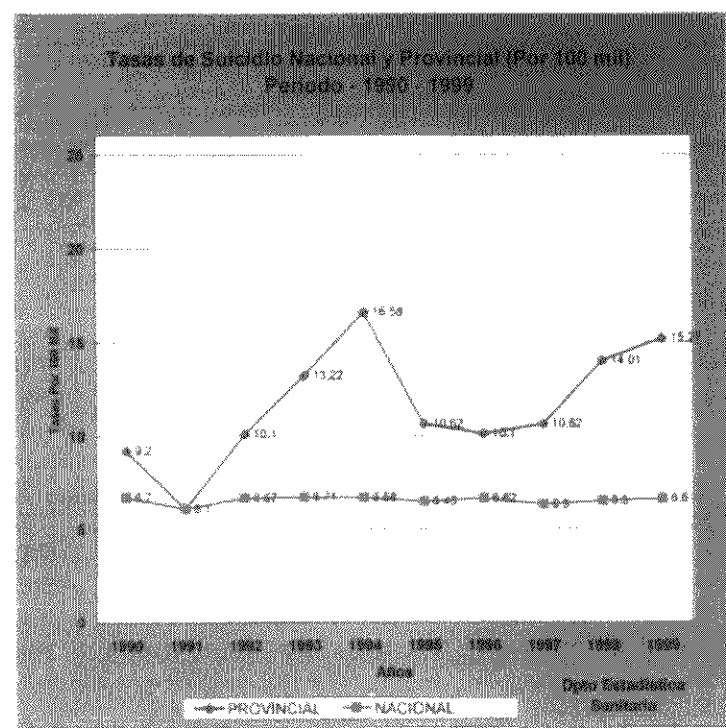


Fuente: Jorge Lemus y colaboradores."Epidemiología del suicidio en la Argentina" Temas de Salud Mental. Año 2, No 2. Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación. Bs. As. 1998.

5.3 Datos Cuantitativos de Suicidio en La Provincia de La Pampa

La provincia de La Pampa cuenta con datos sistematizados sobre defunciones por suicido a partir del año 1990 según datos aportados por la Subsecretaría de Salud Pública de la Provincia

Gráfico 4. - EVOLUCION DE LAS TASAS DE SUICIDIO NACIONAL Y PROVINCIAL POR 100.000 HABITANTES. PERIODO 1990 / 1999



Nota: La Tasa Nacional de Suicidios de 1999, es una estimación (Provisorio.-

El cuadro permite observar que la Tasa Nacional de Suicidios (por 100.000 habitantes) durante el periodo 1990-1999 se mantiene estable sin variantes significativas, registrándose el valor más bajo en el año 1991 y el más alto en 1993, con un 6,71.

Haciendo un análisis del mencionado decenio se advierten diferencias de consideración en cuanto a la magnitud de los valores para cada año con relación a los nacionales. Por otra parte comparando los valores que asume la tasa en los distintos años en la provincia se observan fluctuaciones de importancia.

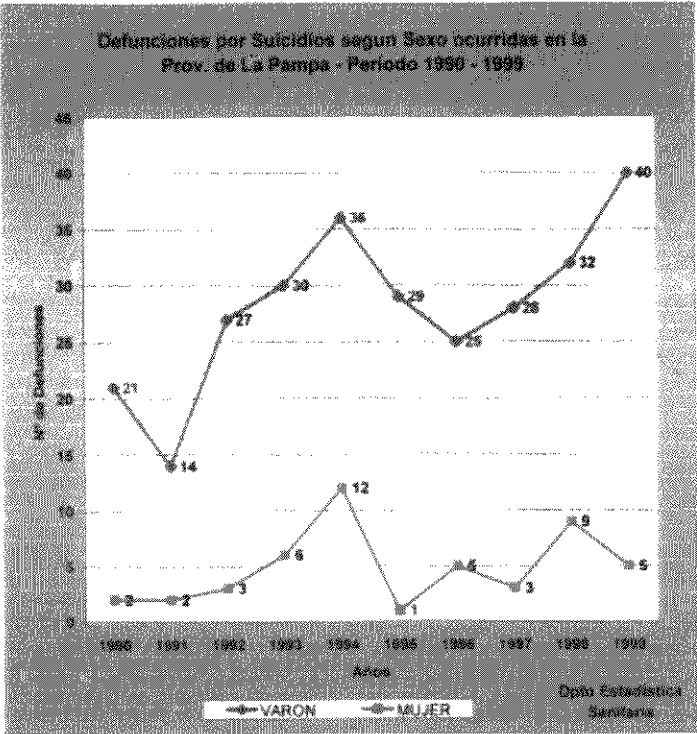
Al respecto puede decirse que al inicio del periodo estudiado la tasa es del 9,2. Se produce en 1991 un descenso al 6,1 (coincidente con el valor nacional para dicho año.)

Entre 1991 y 1994 se produce un constante y brusco ascenso de la tasa hasta alcanzar el valor más alto de la década (16,58 en 1994.)

En 1995 desciende a un 10,62 manteniéndose estable hasta 1997, a partir de dicho periodo se inicia un nuevo ciclo de ascenso trepando los valores hasta un 15,21 en 1999.

En síntesis se observan tres etapas claramente marcadas: ascenso brusco entre 1991 y 1994 (10,5 puntos de diferencia), una etapa estable, pero de valor levemente superior al del inicio, y finalmente la tercera etapa constituida por los años 1997 al 1999 donde vuelve a registrarse un ascenso que ubican al último año en valor casi similar al más alto alcanzado en la década.

Gráfico 5. - NUMERO DE DEFUNCIONES POR SUICIDIO SEGÚN SEXO OCURRIDAS EN LA PROVINCIA DE LA PAMPA- PERIODO 1990/1999



Nota: En el año 1990, un suicidio es ignorando el Sexo y 1993 dos (2. -

Las curvas que se producen en el decenio para cada sexo muestran distintas variaciones.

Para el sexo masculino se produce una curva marcadamente ascendente desde 1991 a 1994. En el 91 se producen 14 casos de suicidio, (número por otra parte más bajo de la década) mientras que en 94, la cifra sube a 36 casos.

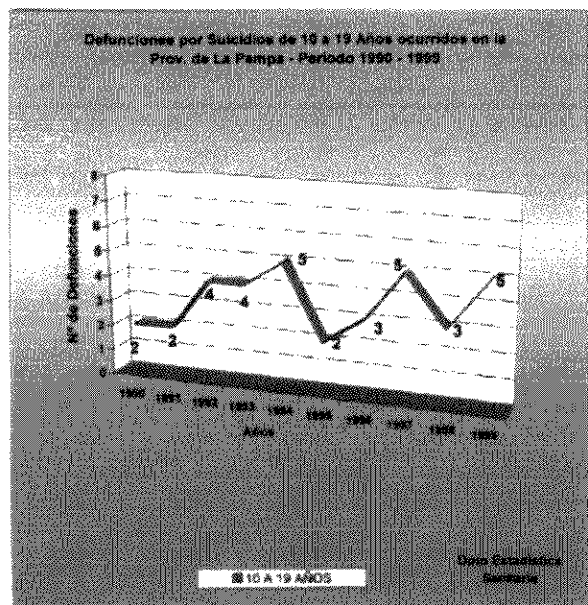
Se produce luego un descenso hasta 1996 (con 25 casos, 11 por encima de los registrados en el 91.)

A partir de ese año comienza un aumento constante hasta llegar con la cifra más alta del periodo en 1999 con 40 casos.

En el caso de los suicidios femeninos, se produce en forma similar con los casos masculinos, un marcado ascenso hasta 1994, donde se registra el record de defunciones femeninas por suicidio, seguido en 1995 por una caída abrupta (un solo caso) para luego oscilar entre 1996 y 1999 entre los 3 y 9 casos. El 99 registra 5 defunciones por suicidio.

Además de la gran diferencia entre el número de suicidios femeninos y masculinos lo que llama la atención es el pico creciente que se observa desde el 90 al 94 en ambos casos.

Gráfico 6. - CUADRO DEFUNCIONES DE SUICIDIOS ENTRE LOS 10 Y LOS 19 AÑOS OCURRIDOS EN LA PROVINCIA DE LA PAMPA- PERIODO 1990 /1999

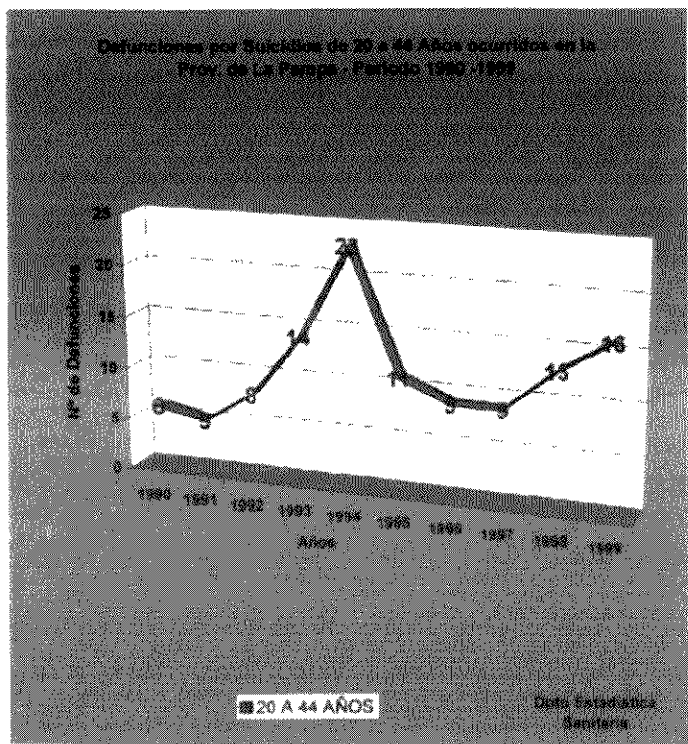


Las defunciones entre 10 y 19 años producidas en la provincia alcanzan a 35 casos.

La curva observada tiene cierta semejanza con la correspondiente a los suicidios femeninos. (Gráfico 5)

Se advierte un crecimiento marcado que culmina en el año 1994 seguido de un brusco descenso para alcanzar luego los mismos valores en 1997 y 1999 (con 5 casos respectivamente) Tomando los años pico las defunciones alcanzan al 42% de las ocurridas en el decenio.

Gráfico 7. - CUADRO DEFUNCIONES DE SUICIDIOS ENTRE LOS 20 Y 44 AÑOS OCURRIDOS EN LA PROVINCIA DE LA PAMPA- PERIODO 1990 / 1999

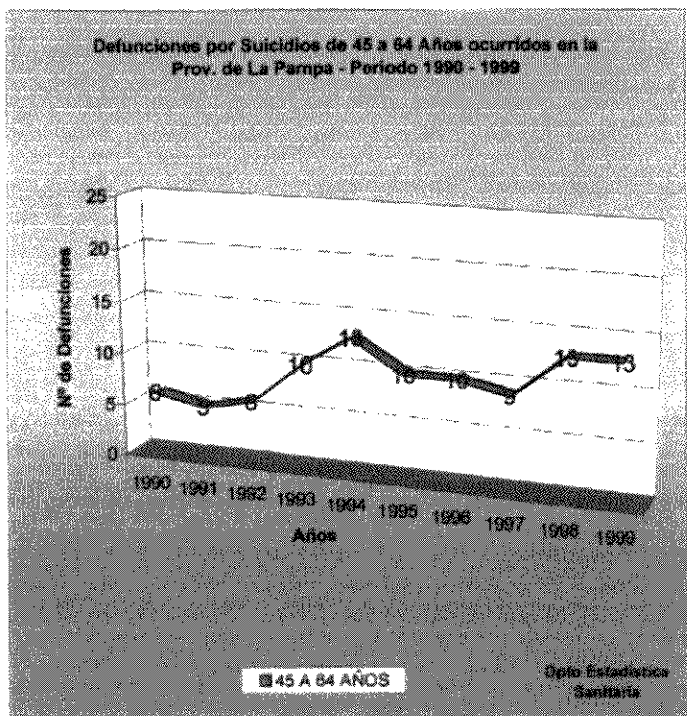


En cambio, en el caso de los suicidios entre los 20 y los 40 años (114 casos) la curva observada es muy similar a la obtenida para el total de casos masculinos.

Vuelve a producirse como en los otros grupos etáreos un muy fuerte aumento hacia 1994 (23 casos) decreciendo hacia 1997, para subir hasta el 99 (con 16 casos)

Se puede observar que sólo en estos dos años pico se produce el 34,12 % de los suicidios del decenio para la categoría de edad.

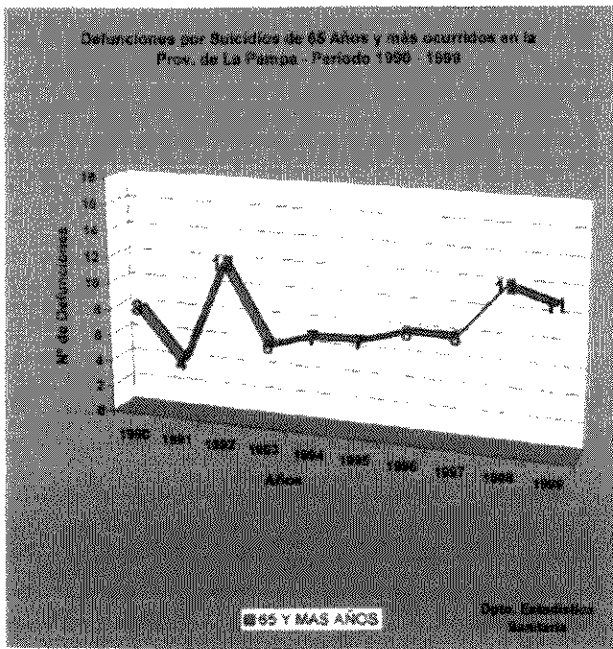
Gráfico 8. - CUADRO DEFUNCIONES DE SUICIDIOS ENTRE LOS 45 Y 64 AÑOS OCURRIDOS EN LA PROVINCIA DE LA PAMPA- PERIODO 1990 /1999



Las defunciones producidas entre los 45 y 64 años alcanzan a 95 casos.

La distribución en la curva es más pareja que en las categorías anteriores. Se registran igualmente un crecimiento en 1994 (13 casos), luego un leve descenso, para cerrar los dos últimos años del decenio con igual cifra que en el 94. Tomando los años pico se alcanza al 41% de los suicidios de la categoría etaria.

Gráfico 9. - CUADRO DEFUNCIONES DE SUICIDIOS DE 65 AÑOS Y MÁS OCURRIDOS EN LA PROVINCIA DE LA PAMPA- PERIODO 1990 /1999



El total de muertes por suicidio en esta categoría alcanza a 83 casos.

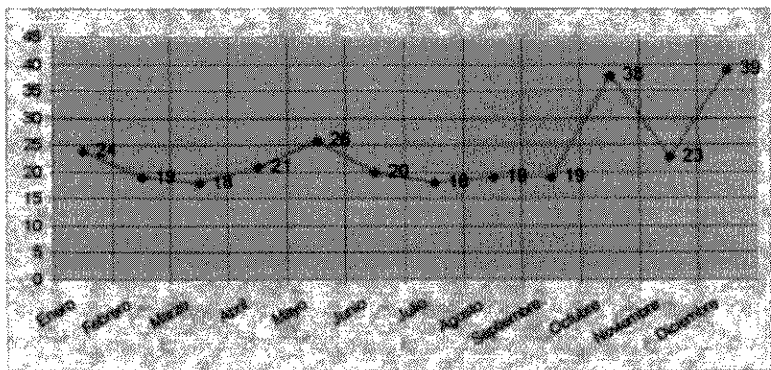
La tendencia es ascendente. Se observa una diferenciación con la curva general de la provincia ya que se produce un pico en el número de casos (12) en 1992 para luego descender y mantenerse entre 7 y 8 casos hasta 1998 donde vuelve a 12 casos para cerrar el decenio 11 casos de suicidio.

Tabla 1. - PORCENTAJES DE DEFUNCIONES POR SUICIDIOS SEGÚN GRUPO DE EDAD

Años	Números Absolutos	Porcentajes
10 a 19	35	10,7%
20 a 44	114	34,8%
45 a 64	95	29 %
65 y más	83	25,5%

Se observa que el mayor número de suicidios se produce entre los 20 y 44 años, en segundo lugar se ubica el grupo etáreo comprendido entre los 45 y 64, los mayores de 65 años ocupan el tercer lugar y los más jóvenes el cuarto.

Gráfico 10. - VARIACION ESTACIONAL

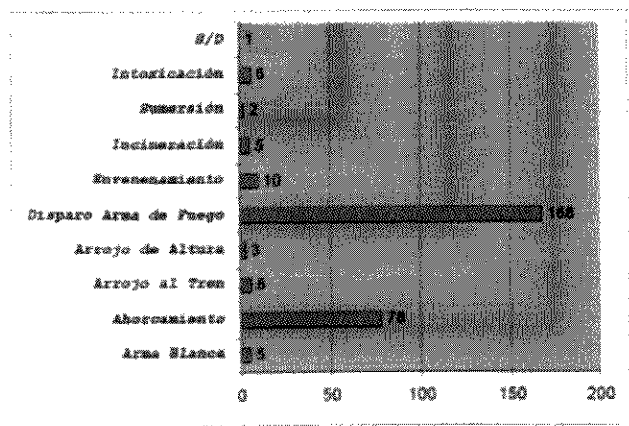


Variación Estacional: Defunciones por suicidios en la Prov. de La Pampa agrupadas según mes de ocurrencia. Período 1990-1998.

Fuente: Subsecretaría de Salud Pública del Ministerio de Bienestar Social Gobierno de la Provincia de La Pampa.

La variación estacional se produce en los meses de mayo (en menor medida) octubre y diciembre, siendo en el resto de los meses estable la cifra de suicidios. Esto significa que tomando los meses pico de mayo, octubre y diciembre los suicidios alcanzan al 36,26% para el periodo 1990-1998 y al 27% tomando sólo octubre y diciembre de igual periodo.

Gráfico 11. - MEDIO SUICIDA

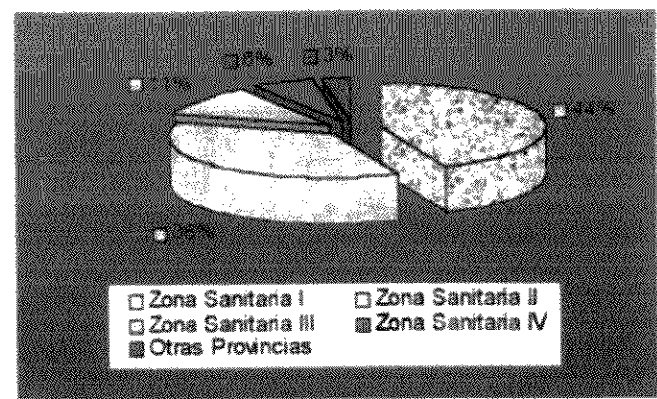


Defunciones por Suicidios en la Prov. de La Pampa agrupados según medio suicida.
Período 1990-1998.

Fuente: Subsecretaría de Salud Pública del Ministerio de Bienestar Social Gobierno de la Provincia de La Pampa.

Respecto al medio utilizado el mayor número corresponde a armas de fuego, seguido por el ahorcamiento y luego el envenenamiento.

Gráfico 12 ZONAS SANITARIAS



Mortalidad por suicidio según lugar de residencia clasificada por Zonas Sanitarias de la Prov. de La Pampa. Período 1990-1998.

Fuente: Subsecretaría de Salud Pública del Ministerio de Bienestar Social
Gobierno de la Provincia de La Pampa.

Respecto a las localidades con mayor mortalidad por suicidio y considerando la clasificación por zonas sanitarias según se encuentra dividida la provincia se observa en el gráfico que la Zona Sanitaria 1 con cabecera en la ciudad de Santa Rosa registra 124 casos, correspondiéndole el 44% de muertes por suicidio. La Zona Sanitaria 2, con cabecera en General Pico presenta un total de 103 casos lo cual significa el 36 % de casos registrados.

6- Sistematización de los datos obtenidos de la línea telefónica “Lugar para Hablar” y de las entrevistas realizadas en los servicios de Salud Mental Provinciales.

6.1 - Lugar para hablar

Se ha implementado en el ámbito de la Subsecretaría de Salud en la ciudad de Santa Rosa una línea telefónica gratuita “Lugar para Hablar” (ver Primer Informe Parcial) para la atención de personas en crisis.

Como datos relevantes se advierten que se registraron un 7% más de consultas femeninas que masculinas.

Con relación a la edad, las mayores consultas se registraron en el grupo de 14 a 24 años.

Según el motivo de consulta en el periodo comprendido entre el 12 de 1997 al 9 de 1999, el mayor porcentaje, de un 30,8%, se corresponde al ítem “conflictiva familiar”, seguido con el 23,1% por “conductas adictivas” y un 22,9% por trastornos psiquiátricos y psicológicos. Por “motivos económicos se registró” un 1,5%

6.2 División de Salud Mental del Establecimiento Asistencial “Dr. Lucio Molas” de Santa Rosa.

De la entrevista realizada al Jefe de División de Salud Mental del Hospital Lucio Molas se advierte que durante los años 1992 y 1993 se produjo un incremento notable de consultas en general el cual alcanzó al 50%.

(Esto podría estar relacionado con el ascenso que se observa en la Tasa Provincial de Suicidios que va en aumento desde 1990 hasta culminar en el año 1994 con el nivel más alto del decenio.

El estudio realizado sobre intentos de suicidio en dicho Servicio es de tipo descriptivo y no se podrían sacar conclusiones válidas y generalizables dado que, según el entrevistado se requeriría tener en cuenta otro tipo de variables.

Respecto a consultas por consumo de sustancias psicoactivas, refiere que los casos son derivados por el Poder Judicial o la Policía y que se estableció un acuerdo con una ONG que funciona en la localidad de Santa Rosa, la "Fundación Guadalupe" en el que se explicita que sólo en caso de una intoxicación o de una crisis aguda los pacientes serán atendidos para luego regresar a continuar su tratamiento a esa institución.

De la entrevista no se desprende el número de consultas que se realizan a ese Servicio.

Como estrategia preventiva se realiza una atención oportuna de los casos que se derivan de "Lugar para Hablar" mediante la implementación de un consultorio de atención en crisis.

Al verificarse el número de derivaciones se puede observar que hay una diferencia significativa con los que efectivamente concurren.

Para los casos derivados se adopta un abordaje individual y no grupal

Para un enfoque preventivo integral se considera imprescindible la capacitación a los médicos clínicos para detectar síntomas precozmente.

En la actualidad se trabaja a partir de la formación de médicos residentes a través de la capacitación en contenidos específicos que permitan la detección y el abordaje de los cuadros más comunes como son aquellos derivados del abuso de alcohol y los trastornos en los estados de ánimo.

6.3 Servicios de Salud Mental del Establecimiento Asistencial "Padre Buodo" de Gral. Acha

Durante la entrevista realizada no se menciona el suicidio como problemática de la zona en cuanto a motivo de consulta se refiera.

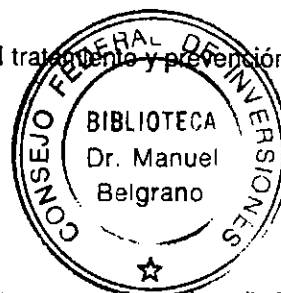
Con respecto al consumo de sustancias psicoactivas, *la mayoría de las consultas están referidas al elevado consumo de alcohol, patología ésta prevalente en la región.*

El enfoque preventivo que se realiza desde el Servicio es de tipo comunitario.

Se implementó un Programa de Atención del Alcoholismo y Formación de Promotores Comunitarios de Salud destinado a la zona Sanitaria III.

El mismo fue formulado por profesionales del Hospital Padre Buodo a fin de lograr los siguientes objetivos:

- Integrar los recursos humanos existentes en la zona.
- Crear equipos hospitalarios, interdisciplinarios y comunitarios para el tratamiento y prevención del alcoholismo
- Capacitar en tratamiento y prevención



El equipo terapéutico preventivo de dicho Programa orienta su acción a los distintos sectores del gobierno provincial: salud, justicia, defensoría, servicios sociales municipalidad, educación, CAE. (Centros de Apoyo Escolar) que se encuentran en la zona. Participan también instituciones religiosas deportivas y sociales

Otro abordaje desde una estrategia preventiva inespecífica es el realizado por la "Red Agrupación Siglo XXI" de trabajo interinstitucional

A partir del Servicio Infanto Juvenil de Salud Mental, se elabora un proyecto de articulación institucional con otros servicios del hospital el Proyecto Institucional: Salud Integral del Adolescente

Una segunda articulación se realiza con la Instituciones y Asociaciones Intermedias de la Comunidad dando lugar a la Red Agrupación Siglo XXI.

Los principales Objetivos de esta RED son:

- Promover un ámbito de análisis y reflexión que favorezca los vínculos personales y que sea abierto a todas las inquietudes sociales del medio.
- Establecer diagnóstico y promover alternativas de solución a distintas problemáticas sociales que involucren a los jóvenes.
- Canalizar demandas y requerimientos específicos planteados por las distintas Instituciones y coordinarlas para evitar acciones simultáneas

6.4 Servicios de Salud Mental del Hospital “ Gobernador Centeno” de General Pico

Los entrevistados señalan que no cuentan con datos estadísticos respecto a suicidios. Los mismos corresponden a personas que no han realizado consultas en el servicio de Salud Mental. Las derivaciones por casos de intento de suicidio son numerosas, por lo común de mujeres entre 16 y 35 años por ingesta de psicofármacos.

Se señaló la presencia de otras patologías tales como las crisis por situaciones límites debidas a problemas sociales y que desde Salud Mental son recepcionadas por el Servicio Social de ese servicio.

Se considera grave también el número de accidentes en las rutas por estar ligado a patologías autoagresivas.

Con relación al consumo de sustancias psicoactivas, las consultas espontáneas son casi nulas recordándose sólo una.

Las demás son derivadas por el Poder Judicial o por el servicio de guardia.

El alcoholismo aparece como problema grave, en general el consumo de sustancias psicoactivas a partir de 1992 ha aumentado, según refieren.

De las demandas específicas planteadas por urgencias sociales se evalúan aspectos que pueden trabajarse desde un enfoque preventivo de otras patologías, para lo cual funcionan diversos proyectos, siendo uno de los más importantes el Programa de Acompañantes Domiciliarios.

El mismo surge como alternativa para el seguimiento de pacientes externados y se trabaja en su recuperación. Concurren al domicilio de los pacientes para garantizar la toma de la medicación efectuando además un trabajo de control y prevención.

Otras estrategias consisten en la realización de Talleres en colegios para prevenir el consumo de drogas y de trastornos alimenticios (bulimia y anorexia), en el asesoramiento a

institutos privados que surgieron como respuesta a la demanda de consulta y tratamiento a dichas patologías.

Con relación a la prevención de accidentes se elaboró el Proyecto de prevención "Ruta Sin Accidentes". Ver Anexo Informe de Avance, marzo 2000.

Finalmente se señaló que para garantizar un funcionamiento sostenido debería garantizarse la estabilidad laboral de los acompañantes domiciliarios.

Consultados los servicios infanto-juveniles de salud mental de los establecimientos asistenciales "Dr Lucio Molas" y "Gob. Centeno" refieren que **no hay consultas espontáneas por intentos de suicidio , los casos atendidos son por derivaciones y por lo general provienen del Servicio de Guardia. Existen consultas por consumo ocasional siendo bajo el numero de casos registrados.**

Algunos miembros de estos equipos consideran que el tratamiento de los adictos no puede realizarse en los servicios de salud mental, si bien puede atenderse el cuadro agudo, dado que se requiere de una infraestructura edilicia y una modalidad de abordaje específica

En la provincia son las ONG las que brindan una respuesta asistencial y se señala como una carencia la ausencia de instituciones que atiendan estas problemáticas desde el nivel estatal.

7- Conductas adictivas

7.1 Análisis cualicuantitativo del primer estudio epidemiológico nacional sobre uso de sustancias psicoactivas.

A nivel Nacional resulta relevante destacar que durante el mes de abril de 1999, la Secretaría de Programación para la Prevención de las Adicciones y Lucha contra el Narcotráfico realizó el Primer Estudio Epidemiológico Nacional QualiCuantitativo sobre Uso de Sustancias Psicoactivas. Este es el Primer Estudio Nacional que se realiza en el tema de la drogadicción y brinda elementos que permitirán elaborar un perfil epidemiológico en la Argentina.

Fue realizado por un equipo de epidemiólogos dirigido por el Lic. Hugo Miguez e investiga la relación de la población con las drogas ilegales, uso ilícito de medicamentos y las drogas aceptadas socialmente.

El muestreo se realizó abarcando 2.699 adultos (16 a 65 años) y 356 menores (12 a 15 años) Según los resultados obtenidos el consumo de drogas en el país alcanza a alrededor de 600.000 personas:

- 2,9% de los argentinos entre 16 y 75 años consumió sustancias ilegales en los 30 días antes del estudio nacional.
- 66,2% de los consultados consumió alguna bebida alcohólica.
- 39,8% tabaco.
- 1,4% usó medicamento en forma ilícita.
- 23,4% dijo no consumir ninguna de las sustancias medidas.

Los datos que se desprenden de la tarea de campo realizada entre el 5 y 31 de marzo de 1.999, en todo el país, por el estudio Hugo Haime & Asociados están de acuerdo a los estándares internacionales y abarcan los casos mencionados con anterioridad según grupos etáreos.

DROGAS ILÍCITAS

En este caso quienes tienen contacto con ellas lo hacen entre los 20 y 29 años, a partir de los 40 años, el contacto disminuye significativamente:

- 2% se contactó con la droga antes de los 15 años.
- 45% entre los 16 y 18 años.
- 21% después de los 20 años.

En general se comprobó que las mujeres comienzan a consumir más tarde que los varones y que los sectores medios se incorporan a una edad más adulta que los bajos.

Cabe resaltar que los inhalantes se usan más en los sectores de escasos recursos de la población, mientras que las otras sustancias lo hacen en los sectores medios y altos.

Entre las drogas ilícitas:

- 8,6% toma contacto con la marihuana.
- 3,7% clorhidrato de cocaína.
- 0,9% pasta base.
- 0,4% crack.

La marihuana y la cocaína se aprecian que son consumidas en mayor escala por los hombres y habitantes de Capital Federal, siendo bajos los niveles de consumo en el interior del país.

De acuerdo al nivel socioeconómico de los consumidores se observa la prevalencia de la utilización de marihuana en los sectores medios, la cocaína no presenta diferencia significativa en este aspecto.

MEDICAMENTOS SIN PRESCRIPCIÓN

6% de los mayores de 16 años dijo haber probado sedantes. La mayor concentración de consumidores se registra en Capital Federal y grandes ciudades.

2,9% estimulantes (la mayor concentración de consumidores se registra en Capital Federal y grandes ciudades, en los hombres de nivel socioeconómico alto)

Entre quienes prueban estimulantes: el 43,5% lo hace entre los 16 y 18 años (el momento más importante es a los 18 años) y el 34% comienza después de los 20 años.

Se aprecia que las mujeres (un segmento minoritario) comienzan a consumir más jóvenes.

Con respecto al nivel económico social los sectores se incorporan al consumo en forma tardía.

Se inician en el consumo de sedantes el 60% luego de los 20 años.

El 95% de la población mayor de 16 años residente en el país dijo haber probado alguna vez, una de las sustancias medidas en el estudio nacional realizado por el SEDRONAR:

El 10% de los consultados refirió tener experiencia con drogas ilícitas.

El 5% con medicamentos usados ilícitamente.

El 80% con tabaco y alcohol (91,4% y 67%, estos altos porcentajes se dan en función de que son drogas socialmente aceptadas)

DROGAS SOCIALMENTE ACEPTADAS

Consumo de tabaco el 43,2% fumaron por primera vez entre los 12 y 15 años, el 35% entre los 16 y 18 años y el 17% después de los 18 años.

Consumo de bebidas alcohólicas

El 35% tomó alcohol entre los 12 y 15 años, el 34,5% lo hizo entre los 16 y 18 años y finalmente el 23,6% a partir de los 19 años.

Si se analiza la prevalencia de vida según la edad se observa que el consumo de alcohol, en la franja etárea de 16 a 24 años, es el más alto, comparándolo con cualquier otra franja etárea y con otras sustancias.

Cabe destacar que cuando el inicio es antes de los 8 años, las únicas sustancias que se encuentran son: inhalantes, alcohol y tabaco, en ese orden.

CONSUMO ENTRE 12 y 15 AÑOS

Los menores encuestados dijeron haber consumido durante los 30 días previos a la encuesta lo siguiente:

- 1,2% drogas ilegales.
- 35,2% drogas sociales.
- 0,2% medicamentos sin prescripción profesional.
- 63,4% no consumió.

De acuerdo al total de la muestra podemos evaluar que de lo encuestados el 59,9% utilizó drogas sociales (el mayor porcentaje reside en Capital Federal.

El 3,6% consumió drogas ilegales (el mayor porcentaje reside en Capital Federal) 2,6% ingirió medicamentos de uso ilícito (mayor porcentaje en el interior del país.

Las drogas ilegales son consumidas mayoritariamente por los chicos de bajo nivel socioeconómico, debido al consumo de inhalantes que es alto en este tipo de población. La marihuana es consumida entre los menores que pertenecen a los sectores más altos.

Con relación al consumo de alcohol observamos que es mayor en los varones (52,4%) que en las mujeres (47,6%. Puede apreciarse que la diferencia es de sólo un 5%.

En cuanto a la mayor concentración de consumidores, se registra: de drogas ilegales y de medicamentos de uso ilícito, en las grandes ciudades del interior (Córdoba, Rosario, Tucumán y Mendoza) y en el caso de mayor consumo de drogas sociales se aprecia en Capital Federal.

7.2 Análisis cualicuantitativo de datos referidos a las conductas adictivas obtenidos en distintos sectores provinciales

Teniendo en cuenta los antecedentes de las acciones realizadas en nuestra provincia, a partir del año 1985 en el que se organizan las primeras jornadas de "Prevención de la Farmacodependencia" organizadas por la Dirección de Salud Mental y el Consejo Federal de Inversiones, (acto considerado fundante en cuanto supone la puesta en marcha de nuevas estrategias de abordaje de estas problemáticas), es posible afirmar que existen al menos en los manifiesto acuerdos conceptuales

Entonces se decía "la drogadicción fue definida como un fenómeno que obedece a distintas causas, psicológicas, familiares políticas y sociales por lo tanto el abordaje no debe darse desde un solo sector sino que las acciones tendientes a dar respuestas a estas problemáticas debe ser el punto de una adecuada coordinación multisectorial". A esto se agrega hoy la convicción que al abordaje integral debe sumarse la activa participación de los principales actores sociales.

Dice el lic. Francisco Ferrara "Aceptar que nadie tiene la verdad definitiva y que el conjunto es capaz de crear algo nuevo que tenga sentido para todos, es un desafío al detentar cualquier tipo de poder personal o sectorial"

En la Prov. de La Pampa se advierte que existen acciones que se implementan desde distintos ámbitos.

Continua en funcionamiento el Consejo Consultivo Pampeano de Prevención del Abuso de Drogas creado por decreto provincial N° 69/87" como cuerpo asesor permanente del Ministerio de Bienestar Social en materia de investigación prevención asistencia y rehabilitación educación, contralor, divulgación y docencia del uso indebido de drogas" creado visto la necesidad de abordar integralmente la problemática y para desarrollar acciones en forma conjunta. Integrado por los ministerios de Gobierno y Justicia, Cultura y Educación, Bienestar Social, como asimismo otros poderes del estado provincial reparticiones nacionales con asiento territorial y Colegios Profesionales. Preveía también la plena participación de los municipios de la provincia.

Por otra parte se desarrollan acciones desde la Red Pampeana de Prevención de Adicciones conformada desde el Área de Prevención de Toxicomanía del Departamento Judicial de la Policía de la Pampa, Esta Red realiza entre otras actividades encuentros informativos con padres, tareas en colonias de vacaciones asesoramiento a legisladores y municipios.

En el ámbito educativo desarrollan talleres con alumnos a partir del 6 ºaño del EGB, asesoramientos para tesis investigativas y formación de docentes y preceptores para la EGB y el Polimodal. Se convoca a los directivos y a los profesores de las asignatura curriculares que abordan el tema, tales como Educación para la Salud y Formación del Ciudadano dada que la problemática referidas a las conductas adictivas es un contenido que la nueva Ley Federal exige a nivel curricular. Se realizan también curso de capacitación para todo el personal técnico de los Centros de Integración Escolar(CAE) brindando lineamientos conceptuales para abordar esta temática dado que de acuerdo a la Ley Federal de Drogadependencia sería este el ministerio responsable de la Medida de Seguridad Educativa que se aplican a las personas que están en un estado de inicio en el consumo de estas sustancias. Las actividades se realizan con el apoyo de folletería que por considerarla de interés se adjuntaron en el anexo del primer informe parcial presentado oportunamente.

CUADRO DE ESTADÍSTICAS DE ACCIONES

DE PREVENCIÓN PERTENECIENTE AÑO 1990/1999

Medios Masivos de Comunicación:

Canal 3 - Canal 2 - FM del Interior - Diarios - Revistas Barriales - Radio Nacional

ACCIONES	AÑO 1990	AÑO 1991	AÑO 1992	AÑO 1993	AÑO 1994	AÑO 1995	AÑO 1996	AÑO 1997	AÑO 1998	AÑO 1999
Capacitación Interna	///	///	///	///	///	///	///	///	///	6
Curso Proyecto Vida	///	///	///	///	///	///	///	///	///	18
Curso Instituciones Intermedias	///	///	///	///	///	///	///	///	///	50

ACCIONES	AÑO 1990	AÑO 1991	AÑO 1992	AÑO 1993	AÑO 1994	AÑO 1995	AÑO 1996	AÑO 1997	AÑO 1998	AÑO 1999	TOTAL
Capacitación Docente I.E.G.II	///	///	///	///	62	50	///	///	///		112
Capacitación Docente Polimodal	///	///	///	///	///	///	89	74	///		163
Nivel Superior	///	///	///	///	278	///	///	70	///		348
Talleres P.G.B.	///	359	910	593	369	291	543	50	290	1051	4456
Talleres para Padres	70	165	40	///	40	91	547	720	///	55	1728
Talleres Nivel Polimodal	180	225	600	520	465	1923	525	90	250	310	5088
Talleres para Adultos	///	///	///	///	///	///	///	///	///	100	100
Agencias Preventoras	90	38	45	///	46	///	///	31	51	///	301
Capacitación Personal Policial	///	///	///	///	50	219	207	70	49		595

La Dirección de Educación para la Salud dependiente de la subsecretaría de Salud trata desde hace ya un tiempo prolongado el tema respondiendo a la demanda con diversas metodologías en el ámbito provincial, distribución de folletos, talleres en establecimientos educacionales, diseños y aplicación de encuestas a aplicar en escuelas.

De la elaboración parcial del resultado de los cuestionarios aplicados se desprende la siguiente información:

- Se observa que los encuestados consideran que la mayor información brindada sobre adicciones proviene del ámbito educacional.
- Las adicciones se visualizan como una problemática de salud.
- Requieren mayor información respecto a modalidades de abordajes preventivo
- Se señala la predisposición a hablar con adolescentes que consumen drogas hecho que se constituiría en un buen indicador dado que los mensajes preventivos por proceder de pares que comparten códigos semejantes pueden potenciar el cambio de actitudes

Desde el MBS a través de la Dirección General de Planificación y la Dirección antes mencionada se presenta un Programa de Prevención Integral de las Adicciones del que se desprenden algunos datos a tener en cuenta. En lo conceptual cabe destacar la propuesta de realizar acciones de "prevención en forma integral, apelando a la articulación intersectorial y de las instituciones con la familia, con especial atención al diseño de mecanismos de participación de los jóvenes".

Se plantea una estrategia de abordaje que tiene en cuenta la problemática planteada "como necesidad sentida por la comunidad", la participación de los actores en el planteo y difusión de las acciones teniendo en cuenta las peculiaridades de las situaciones tal como se plantean en cada comunidad, permitiendo de este modo la "construcción colectiva de un proyecto"

En la justificación este programa refiere que no se disponen de datos estadísticos sanitarios con respecto al tema, dado que en los servicios de salud las consultas no se registran

como tales (lo que es posible corroborar en este estudio a través de las indagaciones realizadas en los servicios de salud mental provinciales.)

No obstante se obtuvieron registros de dos organizaciones gubernamentales abocadas al tratamiento del tema La Comunidad Terapéutica Guadalupe ubicada en la ciudad de Santa Rosa realiza tareas asistenciales a través de consultorios externos, e internación trabajando con la modalidad de comunidad terapéutica. Así se obtuvieron los siguientes datos. En el lapso comprendido entre enero de 1998 y septiembre de 1999 en esta institución se atendieron 72 casos, la edad promedio de los que consultaron es de 26 años y de sexo masculino. Del total de los casos atendidos 12 fueron internados y el resto (60) realiza tratamiento ambulatorio.

El Centro Naim ubicado en la localidad de Gral. Pico a partir del año 1998, es un centro de prevención y asistencia del adicto y su familia. Funciona por consulta externa y con la modalidad de hospital de día. De esta institución se tiene un registro de las consultas realizadas hasta el mes de octubre de 1999 fueron de 36, correspondiendo 11 a mujeres y 25 a hombres, las edades oscilan entre los 17 y 47 años.

Como el abordaje terapéutico de este centro incluye al grupo familiar al brindar cobertura a 14 familias se infiere que las acciones alcanzan a 55 personas.

Dado que este estudio ha profundizado cual es el impacto de estas problemáticas en los servicios de salud mental provinciales, debe destacarse que la consulta espontánea con respecto al tema de sustancias psicoactivas ilícitas **casi es nula, y se atienden solo los casos derivados por el Poder Judicial y la Policía.**

No es así en el caso del alcoholismo, tal vez esto pueda deberse al hecho de que es una conducta más tolerada y aceptada socialmente y el sentimiento de marginación y exclusión no es tan marcado como el que genera el consumo de sustancias ilícitas. De ahí la necesidad imperiosa de realizar acciones que impliquen una detección temprana de estas conductas

Es probable que las consultas se realicen en un estadio donde la dependencia esté ya instalada y que éstas en su mayoría provengan de una derivación. Por otra parte lo que se observa

es que las mismas tienden a realizarse en instituciones destinadas a la atención específica de la problemática.

Un trabajo de notable relevancia es el de la creación de Centros de Estudios Locales dirigidos por el Lic. Hugo Migués, y que tiene como propósito la formación de equipos locales para realizar **el seguimiento estadístico epidemiológico** de problemas vinculados al uso de alcohol y drogas en escolares y estudiantes y una evaluación de su impacto en instituciones sanitarias.

Es de destacar que la propuesta de seguimiento epidemiológico no se limita a tener en cuenta solo la prevalencia "sino que incorpora el seguimiento de actitudes, valores y creencias relacionadas con las sustancias psicoactivas"

Tienen como objetivo:

- 1-Realizar un seguimiento sistemático de las situaciones de riesgo para el desarrollo psicosocial del niño y del joven en distintas ciudades del país
- 2-Sustentar las acciones del voluntariado en el campo social y sanitario mediante información que sirva para la evaluación y desarrollo de acciones de prevención y asistencia social de la comunidad
- 3-Facilitar el diagnóstico de situación necesario para los responsables de programas locales y provinciales, dentro del marco de las llamadas "ventanas epidemiológicas"

En la Provincia de la Pampa bajo la coordinación del Técnico Estadístico Roberto Moro integrante del Departamento de Estadística Sanitaria se efectuó el relevamiento en las localidades de Victorica y Telén aplicándose los cuestionarios Corin, es decir un estudio de niños escolarizados y el cuestionario Coral destinado a adolescentes también escolarizados. En estas ciudades no existen programas específicos sobre prevención y asistencia en el uso de sustancias psicoactivas. Se evaluaron 172 casos correspondiendo 58 a Telen y 120 a Victorica.

Acerca de los datos que surgen del mencionado trabajo se rescatan aquellos que resultan en primera instancia de valor para los fines del presente informe.

Los datos producto de la investigación son datos de tipo estadístico que requieren una interpretación. Según el autor, las variables seleccionadas fueron tenidas en cuenta para ser trabajadas junto con los resultados de la indagación, con las propias comunidades de tal forma de

construir un diagnóstico con la participación de las mismas. Este trabajo daría lugar a la formulación de propuestas por la propia comunidad con la correspondiente apropiación de las mismas.

Se quiere destacar algunos datos que son de relevancia tales como que los encuestados consideran la ingesta de bebidas alcohólicas como dañinas para la salud. Se distancian por lo tanto, de posturas valorativas lo cual resulta facilitador para la implementación de medidas de prevención; sobre teniendo en cuenta la edad de los respondentes.

Por otra parte la escuela es visualizada en primer término como la fuente de información acerca de SIDA, temáticas sexuales, prevención del embarazo y adicciones en general.

La escuela aparece como el principal informante, por lo general en segundo lugar se posiciona el grupo de pares y en tercer término los padres.

8- Consideraciones generales sobre suicidios

De la información obtenida se pueden extraer algunas apreciaciones de orden general aunque las mismas resultan parciales para extraer conclusiones, inferir causas y avanzar en la determinación de los rasgos de un perfil "suicida" que permita definir sobre datos concretos, la orientación de acciones preventivas de manera temprana y focalizada a grupos de riesgo o a personas con conductas de riesgo.

Algunas de las causas de esta carencia de datos tiene que ver con las siguientes situaciones:

Las personas que han cometido suicidio no han consultado en los centros de salud especializados, según lo que se extrae de las entrevistas realizadas, por lo cual no se dispone de fuentes de donde recolectar datos.

Por otra parte se cuenta sólo con datos referidos a sexo, edad y localización por zona sanitaria, medio suicida y variación estacional según el mes de ocurrencia en que acaecieron las muertes por suicidio.

No se conocen a la fecha investigaciones realizadas con las familias o grupos sociales con los que interactuó el suicida. Por otra parte resulta escasa la información acerca de la historia y seguimiento de las personas que han intentado suicidarse.

Para un análisis adecuado se requeriría de otros datos tales como nivel educativo, ocupación, nivel socio-cultural, historia y característica familiar.

Asimismo resulta de vital importancia teniendo en cuenta los conceptos vertidos en el marco teórico, contar con variables de contexto social, tanto estructurales como coyunturales.

No obstante lo señalado los datos obtenidos permiten realizar comparaciones e inferencias que serán de utilidad para la comprensión del fenómeno.

La Tasa Provincial de Suicidios que presenta la provincia de La Pampa se distancia de la Nacional en el año 1999 en 8.61, mientras que en el año de 1994, pico para la provincia la brecha es del 9.9.

Algunos autores consideran que los datos nacionales de suicidio se elaboran sobre la base de recolecciones y tratamientos no homologables para las distintas provincias, lo que impediría tener certezas en las diferencias.

Observando la tasa de otros países, si bien Argentina se encuentra ubicada en un lugar intermedio, como se dijera en informes anteriores, encontramos que La Pampa tiene valores similares a países desarrollados tales como: Canadá, Alemania, Australia, Estados Unidos entre otros.

La idea de que el número de suicidios es directamente proporcional al nivel de desarrollo económico y humano parecería comprobarse en la provincia, teniendo en cuenta que el mayor número de suicidios corresponde a las zonas más desarrolladas de la provincia y que por otra parte la misma se halla bien posicionada en cuanto a un ordenamiento económico y social.

Se debería contar con datos de otras provincias así como de la Capital Federal para hacer un análisis comparativo con información a nivel del país.

Los datos obtenidos permiten sin embargo señalar, que algunos rasgos del perfil "suicida" provincial presenta similitudes con el nacional, en cuanto a lo que hace a relación entre suicidios masculinos y femeninos.

En el orden nacional, la mayor cantidad de suicidios se produce en las personas mayores de 65 años y más, mientras que en el caso de la provincia el segmento de mayor incidencia es el de 20 a 44 años, seguido luego por el de 45 a 64 años. El de mayor edad se ubica tercero.

Cabe señalar que en el grupo de adolescentes el número de suicidios es escaso, coincidentemente con los datos nacionales.

En cuanto a los cruces por edad, pareciera haber variaciones, si bien los años de los estudios nacionales y provinciales no son coincidentes.

En la Provincia los casos de suicidio serían en mayor proporción entre adultos que entre ancianos.

Es decir que entre ambas zonas se alcanza al 80% de el número de suicidios de la década.

Por otra parte resulta significativo que los datos extraídos de las entrevistas realizadas, muestran coincidencia entre el aumento de número de consultas por diferentes conflictivas en los servicios de salud mental provincial y el aumento de la tasa de suicidio.

En relación con lo expuesto entre el período que va entre los años 1992 y 1994 han ocurrido hechos que han llamado la atención de los entrevistados en cuanto a incremento de consultas, situaciones de crisis, aumento de derivaciones al servicio de guardia por consumo de sustancias psicoactivas y alcohol. Estas manifestaciones fueron espontáneas por lo cual se descarta cualquier inducción por parte del entrevistador.

Estas situaciones se condicen con el fuerte aumento de la tasa provincial de suicidios en esos años.

Se ha implementado en el ámbito de la Subsecretaría de Salud en la ciudad de Santa Rosa una línea telefónica gratuita "Lugar para Hablar" (ver Primer Informe Parcial) para la atención de personas en crisis.

Como datos relevantes se advierten que se registraron un 7% más de consultas femeninas que masculinas.

Con relación a la edad, las mayores consultas se registraron en el grupo de 14 a 24 años.

Según el motivo de consulta en el periodo comprendido entre el 12 de 1997 al 9 de 1999, el mayor porcentaje, de un 30,8%, se corresponde al ítem "conflictiva familiar", seguido con el 23,1% por "conductas adictivas" y un 22.9% por trastornos psiquiátricos y psicológicos. Por "motivos económicos se registró" un 1,5%

9- Consideraciones Generales sobre Conductas Adictivas

Teniendo en cuenta las actividades que se desarrollan en el ámbito provincial, es posible afirmar que desde distintas áreas se intenta dar una respuesta a ésta problemática. Atendiendo lo expresado por algunos informantes, se reclama la necesidad de articular acciones dado que se observa superposición de programas, con sus concomitantes efectos, tales como la dispersión de recursos y esfuerzos que este hecho acarrea.

A esta superposición se suma la ausencia de sostenibilidad de algunas acciones en el tiempo.

Por lo antes mencionado se sugiere elaborar estrategias que apunten a la elaboración de programas intersectoriales e integrales capaces de contemplar los aspectos de promoción como así también brindar respuestas en lo asistencial y en los aspectos de rehabilitación y reinserción social.

10- CONCLUSIONES

Es posible afirmar que existen en la provincia programas preventivos y dispositivos asistenciales tendientes a colaborar en la resolución de estas problemáticas, como lo prueban en parte los programas anexados en informes anteriores.

Cabría tal vez reflexionar a cerca de la conveniencia de generalizar estas acciones a todo el ámbito provincial considerando las peculiaridades locales. Hecho que permitiría dar respuesta a la fragmentación observada en algunas oportunidades, referidas a las acciones que se implementan, en el caso de las conductas suicidas o de la superposición de acciones programáticas en la temática de las conductas adictivas, como se planteara con anterioridad.

Por otra parte se considera conveniente la elaboración de estrategias para la difusión e integración de las actividades que se realizan referidas a estos temas. De este modo se posibilitaría potenciar los recursos existentes, involucrar a los sectores intervinientes y presentar como práctica un abordaje integral de la problemática.

Es de esperar que el análisis del presente trabajo, acompañado por el asesoramiento que se considere pertinente, posibilite a los distintos actores involucrados formular las acciones que se consideren convenientes para disminuir la incidencia de estas patologías.

La propuesta se basa en la creencia de que sólo a través del compromiso de los actores podrán ir perfilándose soluciones adecuadas y sostenibles en el tiempo.