O/M 3
V 19i
44 312

INFORME FINAL

Intentos de suicidio adolescente en la Provincia de La Pampa 1999-2002

CONSEJO FEDERAL DE INVERSIONES
BIBLIOTECA
Dr. Manuel
Belgrano

Ministerio de Bienestar Social

CONSEJO FEDERAL DE INVERSIONES

Octubre 2003

Lic. Edith Vivona

AUTORIDADES PROVINCIALES

GOBERNADOR

DR RUBEN HUGO MARÍN

VICEGOBERNADOR

HERIBERTO MEDIZA

MINISTRA DE BIENESTAR SOCIAL

SRA MARTA CARDOSO

SUBSECRETARIO DE SALUD

DR ALBERTO PONS

INDICE

1. Denominación del proyecto
2. Introducción
3. Objetivos
4. Metodología
5. Marco Teórico Conceptual
6. Descripción del escenario
7. Datos estadísticos
   7.1. Casos hospitalizados en el establecimiento asistencial "Dr. Lucio Molas" de Santa Rosa
   7.2. Consultas externas atendidas en el establecimiento asistencial "Dr. Lucio Molas" de Santa Rosa
   7.3. Percepción de los profesionales del área salud sobre el registro y el procesamiento de los casos de intentos de suicidio
8. Datos cualitativos
   8.1. Modelos de atención vigentes en la ciudad de Santa Rosa
   8.2. Modelos de atención vigentes en la ciudad de General Pico
   8.3. Identificación de las causas e implicancias legales
9. Conclusiones y propuestas
10. Anexos

1. Denominación del Proyecto

"Intentos de suicidio adolescente en el ámbito de la Provincia de la Pampa, 1999-2002"

2. Introducción

Existen en la provincia de La Pampa estudios referidos a la problemática del suicidio. Entre ellos puede mencionarse , un estudio de carácter cuantitativo, realizado por Nancy Barreiro[1] . También existe un trabajo denominado "Las patologías sociales. Conductas suicidas y conductas adictivas"[2] donde se aportan ciertos datos referidos a los intentos de suicidio, pero dado que no era la temática central del trabajo no se realizó un estudio con detenimiento de estas conductas. Por otra parte en "Epidemiología del Suicidio en La Pampa"[3] se aborda el tema del suicidio y su prevención pero sin abordar específicamente la problemática de intentos.

Dado entonces que no existe en el ámbito provincial un estudio sistematizado referido a intentos de suicidio en la adolescencia y juventud, se pretende realizar el primer estudio exploratorio de esta problemática con el objetivo de identificar las situaciones que determinan estas conductas y sugerir modelos de atención que den respuestas a la misma.

---

[1] Coordinadora de "Lugar para Hablar"
[2] Vivona Edith, "Las patologías sociales. Conductas suicidas y adictivas en el ámbito de la provincia de La Pampa", Consejo Federal de Inversiones-Ministerio de Bienestar Social, 2000.
[3] Tolousse Juan, "Epidemiología del Suicidio en La Pampa", 2002

Si bien en el ámbito provincial y desde distintas áreas (Subsecretaria de Salud, Subsecretaría de Promoción y Asistencia a la Comunidad) existen acciones tendientes a dar respuesta a la temática, se advierte que las mismas se ofrecen en forma fragmentada.

Por lo antes mencionado se cree conveniente profundizar en el conocimiento de estas acciones y tender a la integración de las mismas para ofrecer un abordaje totalizador del tema en estudio.

3.Objetivos

Este trabajo tiene por finalidad realizar un estudio exploratorio de los intentos de suicidio adolescente acaecidos en la Provincia de la Pampa en el período 1.999-2.002, analizar los modelos de atención actual para el abordaje de esta problemática en el ámbito provincial y, finalmente, proponer otras alternativas que posibiliten un abordaje integral de esta problemática.

Como objetivos específicos se propone:

-Identificar la prevalencia e incidencia de estas conductas en el ámbito provincial

-Identificar las principales causas que determinan intentos suicidas

-Analizar los criterios de diagnóstico y tratamiento en los niveles y servicios de salud que se ocupan de la temática

-Identificar las implicancias legales presentes en estos casos

4.Metodología:

El trabajo se abordará desde una doble perspectiva: cuantitativa y cualitativa. Con los datos estadísticos que se obtengan se intentará cuantificar con cierta precisión la prevalencia e incidencia de esta problemática en la población adolescente.

La perspectiva cualitativa se considera válida en tanto se pretende comprender la multicausalidad de estos comportamientos, a partir de la interpretación de los distintos significados que los diferentes actores intervinientes otorgan a estos hechos.

Para el logro de estos objetivos se realizaron diversas acciones En una primera instancia se solicitaron datos estadísticos al Centro de Sistematización de Datos de la provincia. Fueron obtenidos en tiempo y forma los datos de consultas externas y casos hospitalizados solicitados al hospital "Dr. Lucio Molas" de Santa Rosa. No obstante las reiteradas solicitudes realizadas al hospital "Gob Centeno de General Pico" no pudieron obtenerse los datos de los casos atendidos en dicho establecimiento. Debido a lo anterior las conclusiones sobre la información estadística es parcial no pudiendo generalizarse a todo el ámbito provincial.

Con posterioridad se concurrió a los servicios de salud de los establecimientos mencionados para identificar a los profesionales intervinientes en la recepción,

diagnóstico y tratamiento de los adolescentes que hayan cometido intentos de suicidio.

Una vez realizada esta identificación se elaboraron los instrumentos para la recolección de los datos. Es así que se administraron cuestionarios en los servicios de salud mental de los hospitales de las ciudades de Santa Rosa y General Pico y entrevistas semiestructuradas en los servicios de guardia, clínica médica, pediatría y la línea telefónica Lugar para Hablar.

Por último fueron consultados miembros del Poder Judicial.

En el comienzo del trabajo se evaluó la posibilidad de entrevistar adolescentes con antecedentes de intentos de suicidio. A medida que avanzaba se repensó esta posibilidad y con posterioridad a las consultas realizadas a los profesionales tratantes se decidió, dada la peculiaridad de estas conductas, acceder a los datos analizando historias clínicas, se trató de evitar alguna actitud iatrogénica en el tratamiento del tema.

5. Marco Teórico Conceptual

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

El aumento de la tasa de prevalencia del comportamiento suicida como causa de mortalidad en el grupo etáreo adolescente es una de las dimensiones más preocupantes de esta realidad **(Ver Anexo 1)**

La adolescencia es una etapa que se caracteriza por ser un período de cambio. El cuerpo, los deseos, los sentimientos sufren profundas alteraciones que imponen grandes esfuerzos de adaptación para encontrar una nueva identidad. Es natural que los adolescentes atraviesen momentos de desequilibrio e inestabilidad, los que generan por momentos confusión, oscilando entre lo conocido y familiar y lo nuevo y desconocido que se está gestando. Los cambios sorprenden, los /as adolescentes se sienten extraños/as.

La no resolución de los conflictos que la etapa plantea determina en algunos casos la manipulación de la idea de la muerte, pero debe diferenciarse entre el adolescente que piensa en el suicidio como una llamada de auxilio, como una manera de comunicar su descontento a los demás, del que ve el suicidio como una idea romántica y aquél que realmente lo lleva a cabo.

En el siglo pasado la adolescencia se percibía como una etapa de turbulencia que debía ser controlada para asegurar la exitosa integración al mundo del adulto: el adolescente era una promesa de futuro en desequilibrio temporal.

Hoy, la situación permanece sin modificaciones respecto a los inicios del siglo. Si el adolescente es un adulto en potencia, ¿qué responsabilidades puede asumir? Y aún más, ¿qué representatividad social tiene en una sociedad que aparte de ser mayoritariamente adulta, no le brinda espacios a sus intereses?

Según el psicólogo social uruguayo Alfonso Lans "no hay institucionalización de la juventud, la sociedad no propicia que tengan poder, que puedan decidir, que puedan trabajar. Los trabajos que les ofrecen son super-explotadores con la excusa de que están aprendiendo. Pero basta cruzar la frontera con Brasil para encontrar ejecutivos de 25 años. La sociedad adulta emite el mensaje de que no le interesa lo que piensan los jóvenes".

¿Y qué queda? ¿Qué vehículos? ¿Qué canales?

"Los adolescentes de hoy caminan con la muerte al lado, en la juventud de los años sesenta, hubo sectores que se expusieron a la muerte, pero había una búsqueda de futuro. Hoy no hay ninguna idea. Puede que haya pequeños grupos que sí la tienen, pero el camino de la mayoría es hacia ningún lado concreto, es como decir hacia la muerte. Además de que viven perseguidos por una parte

considerable de los adultos. Entonces, la actitud de prescindencia que tienen es un gesto de rebeldía, claro, pero es una rebeldía que se ahoga en sí misma. es el 'nadie me quiere'"

Y si nadie los (nos) quiere, ¿cuál sería el sentido de sus (nuestras) vidas?
Lo dicho anteriormente es imprescindible porque necesariamente la comprensión de los comportamientos suicidas en la adolescencia, lleva implícito la necesidad de tener en cuenta estos procesos enmarcados en esta etapa evolutiva.

Diferentes autores argentinos abordaron esta temática. Maria Martina Casullo, Pablo Daniel Bonaldi y Mercedes Fernández Liporaci en "Comportamientos Suicidas en la Adolescencia". Morir antes de la muerte." enfatizan el hecho de que cuando una persona decide terminar con su vida provoca un efecto sin duda desestructurador, pero a la pérdida debe agregarse otro aspecto, que es el que se relaciona con el poder tolerar el hecho de que la muerte haya sido buscada o deseada por esa misma persona.

Cuando son los adolescentes los que adoptan conductas suicidas el hecho se vuelve más impactante dado que la muerte que se intenta precipitar es una muerte lejana en el tiempo y se elige morir a una edad en que la muerte como hecho biológico resulta impensable.

Estos autores refieren "Al intentar estudiar el suicidio se toma conciencia de su enorme complejidad; no es una entidad psicopatológica, tampoco una mera reacción a situaciones que generan malestar. Es un acontecimiento vital en el que están presentes componentes biológicos, psicológicos, sociológicos culturales y filosóficos".

Pablo Bonaldi en el texto mencionado refiere que en la medida que fueron surgiendo nuevas perspectivas teóricas y nuevos métodos de investigación se planteaba abandonar las conceptualizaciones abstractas que llevan implícitas el uso de datos estadísticos, para centrarse en la observación y descripción detallada de las circunstancias que rodean al acto suicida. No se puede explicar la conducta humana si no se capta el sentido que los actores dan a su propia conducta, por lo que se hace necesario contemplar la situación y el contexto microsocial en el que los comportamientos suicidas tienen lugar.

"Los suicidas pasan a ser como toda actividad humana que se convierte en objeto de estudio de las ciencias sociales, una acción dotada de intencionalidad y solo puede ser explicada a partir de la comprensión del sentido que los sujetos ponen en esta acción".

Otros autores como Kohlen y Stotland (1964) y Rushing (1975), definen al suicidio como el resultado de un proceso de interacción social por lo que se presta atención a la reacción social de los otros frente a la persona potencialmente suicida.

Los intentos son interpretados como pedidos de ayuda o como intento de encontrar solución a los problemas que enfrentan. Que se cometa suicidio va a depender en gran medida del tipo de respuesta que las otras personas dan a su pedido.

Al desplazarse el centro de atención de los individuos potencialmente suicidas a las relaciones que los individuos establecen con quienes los rodean, se tiene una mirada que pone al descubierto algunos aspectos importantes del proceso que en otras explicaciones había sido dejado de lado, pero estas conceptualizaciones no alcanzan a explicar por qué algunos individuos serían potencialmente suicidas.

Por otra parte también J. Douglas (1967) sostiene que las acciones sociales deben ser definidas en términos de lo que subjetivamente representa para el actor, y por lo tanto los comportamientos suicidas solo podrán ser captados por medio de estudios concretos posibles de realizar a través de datos biográficos como notas, diarios de vida, historia de casos. Este análisis revelara ciertos "patrones de sentido" comunes que los sujetos construyen y que determinarán las conductas suicidas. Este autor no pone el énfasis en las etapas que conducen al acto sino en las comunicaciones e interacciones que llevan a la construcción de significados particulares del suicidio por parte de los individuos y considera al igual que otros autores que el análisis detallado del sentido debe ser previo a la formulación de una teoría.

Baechler (1975) critica el carácter global de las estadísticas, dado que expresan una sumatoria sin significados de datos heterogéneos y sostiene que la conducta suicida no es un fin en si mismo sino que es un medio a través del cual se busca alcanzar un objetivo particular. Considera que el suicidio es siempre una respuesta a una situación que debe ser interpretada como una solución estratégica que las personas eligen frente a determinadas situaciones existenciales. Lo que debe tratar de desentrañarse a partir del análisis del material con que se cuenta es qué tipo de problemas están tratando de resolver las personas que recurren al suicidio.

En síntesis para estos autores los comportamientos suicidas no pueden llegar a comprenderse sin recurrir a un estudio del contexto microsocial en el que tienen lugar.

La escasez de producción teórica sobre el comportamiento suicida adolescente refuerza el hecho de que los datos estadísticos suelan ser estimadores bajos de la incidencia verdadera de la problemática y que posibiliten orientar el estudio interpretativo sobre el tema. Incluso suele suceder que muchos comportamientos suicidas no se reconozcan como tales dado que no se cuenta con herramientas conceptuales para abordarlos y encuadrarlos.

Resulta oportuno entonces la reflexión sobre las bases conceptuales mismas y preguntarse: ¿desde qué perspectiva es necesario abordar la problemática?

La presente investigación se sostiene en la convicción de la necesidad de relacionar las perspectivas intra e intersubjetivas, buscando abordar la problemática de manera integral ya que sólo a partir de la comprensión de la interacción de factores de tipo social (conflicto familiar, desajuste escolar, relaciones sociales)con los de tipo psicológico concepciones sobre la muerte desesperanza, intenciones, motivaciones)se puede avanzar en la investigación de factores suicidógenos vinculadas con las realidades psicosociales concretas.

En ese sentido la Organización Panamericana de la Salud plantea que "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 (...) 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".
productores de tensión social y las fortalezas y debilidades psicológicas que determinan la capacidad para enfrentar esos factores".

Finalmente es oportuno clarificar algunos términos relacionados con la presente investigación: un intento de suicidio es un comportamiento autodestructivo que fracasa en el intento de quitarse la vida.. La brecha que separa al suicidio del intento de suicidio abre un campo de estudio complejo y a la vez vital (en el más amplio de los sentidos) que ya no puede ser reducido a la eficacia de los métodos empleados en la autodestrucción.

6.Descripción del escenario

En el ámbito provincial existen diferentes áreas vinculadas con la atención de los intentos de suicidio.

Respecto al sector salud pública, pueden mencionarse los establecimientos de máxima complejidad que poseen servicios de salud mental infanto juvenil. Estos serían el Hospital "Gobernador Centeno " de la ciudad de General Pico y el Hospital "Dr. Lucio Molas" de la ciudad de Santa Rosa. En dichos establecimientos las áreas más conectadas con la atención de estos casos son: los servicios de Emergencia, Guardia, Clínica Médica, Terapia Intensiva, Salud Mental y los sectores Infanto Juveniles de este último servicio. Finalmente, en la ciudad de Santa Rosa se ha implementado en el ámbito de la Subsecretaría de Salud, una línea telefónica gratuita, "Lugar para hablar" para la atención de personas en crisis con sede en el Centro Sanitario. En dicho servicio, de presentarse una emergencia, el grupo de trabajo de la línea opera en forma coordinada son el servicio de emergencia del establecimiento, siendo la mayoría de los casos derivados al hospital de la ciudad.

En el ámbito del Ministerio de Bienestar Social intervenía hasta hace poco tiempo la Subsecretaría de Promoción y Asistencia a la Comunidad a través de la Dirección de la Familia y el Menor. En la actualidad no realizan seguimiento de los casos por considerar que debe ser el sector salud el que brinde este servicio.

Por último en lo referido al Poder Judicial, quién interviene en la atención de la problemática es el Juzgado de la Familia y el Menor.

7. Datos estadísticos

7.1 Casos hospitalizados en el Establecimiento Asistencial "Dr. Lucio Molas" de la ciudad de Santa Rosa

Observaciones sobre el instrumento de registro vigente

En el instrumento que se emplea actualmente se tienen en cuenta las siguientes variables: número de historia clínica, apellido y nombre del paciente, fecha de hospitalizaciones, causa tabulada según la Clasificación Internacional de Enfermedades, edad y procedencia.

Se observan dos deficiencias centrales:

- repetición en el registro de hospitalizaciones, habiéndose encontrado casos idénticos registrados hasta 3 veces
- ausencia de datos básicos y errores en el registro de los mismos que limitan el procesamiento de la información (como por ejemplo ausencia de información de edad del paciente)

Procesamiento de los datos obtenidos

Cantidad de casos hospitalizados por intento de suicidio según edad de los pacientes				
AÑO	Casos de pacientes de 10 a 15 años	Casos de pacientes de 16 a 24 anos	Casos de pacientes mayores de 24 años	Total de casos por año (todas las edades)
1999	15	29	62	106
2000	4	46	50	100
2001	9	33	63	105
2002	18	25	60	103

FUENTE. Elaboración propia en base a datos obtenidos del CESIDA

De acuerdo al procesamiento de los datos estadísticos obtenidos, puede afirmarse que en el período 1999-2002 se hospitalizaron 179 casos de pacientes menores de 24 años que realizaron un intento de suicidio: 46 casos de pacientes entre 10 y 15años y 133 casos de pacientes entre 16 y 24 años.

Con relación al grupo de adolescentes y jóvenes (10 a 24 años) se visualiza un número relativamente constante de casos. Observándose cierto incremento hacia el año 2000 (de 4 casos para el año 1999 a 50 casos ese año) y luego un descenso hasta alcanzar los parámetros anteriores en el año 2001 (desde los 50 casos en el año 2002 a 42 casos en el año 2001 y 43 en el año 2002)

Cantidad de casos en el grupo etáreo de 10 a 24 años por año	
1999	44 casos
2000	50 casos
2001	42 casos
2002	43 casos

FUENTE Elaboración propia en base a datos obtenidos del CESIDA

Los datos mencionados implican los siguientes porcentajes de casos hospitalizados según edad de los pacientes:

Porcentajes de casos según año y edad de los pacientes			
AÑO	Pacientes de 10 a 15 años	Pacientes de 16 a 24 años	Pacientes mayores de 24 años
1999	14,2%	27,4%	58,4%
2000	4%	46%	50%
2001	8,6%	31,4%	60%
2002	17,5%	24,3%	58, 2 %

Fuente Elaboración propia en base a información obtenida del CESIDA

De esta manera puede afirmarse que el número de intentos de suicidio de adolescentes y jóvenes en el período es alto, representando el 43% del total de los casos (11% pacientes entre 10 y 15 años y 32% pacientes entre 16 y 24 años)

En este subgrupo los índices procesados revelan mayor cantidad de casos femeninos

Cantidad de casos en el subgrupo de 10 a 24 años según edad y sexo de los pacientes Período 1999-2002

EDAD	CASOS	FEMENINOS	MASCULINOS
10	8	4	4
11	3	1	2
12	5	1	4
13	6	1	5
14	10	8	2
15	14	10	4
16	16	13	3
17	27	19	8
18	16	12	4
19	11	8	3
20	20	10	10
21	17	11	6
22	5	4	1
23	13	7	6
24	8	0	8
TOTALES	179	109	79

Fuente Elaboración propia en base a información obtenida del CESIDA

Con relación a los casos de reincidencia, se vuelve difícil identificar los mismos ya que esta variable no es tenida en cuenta en el modo de registro de datos

No obstante, teniendo en cuenta los números de historia clínica de los pacientes y la fecha de hospitalización de los casos, se observan en el subgrupo de pacientes de 10 a 24 años 11 casos de reincidencia durante el período 1999-2002

Sobre estos casos puede mencionarse que el lapso ente la primer conducta suicidógena y la reincidencia es variable, oscilando entre 1 mes y dos años

Se presentan casos donde se usan los mismos métodos y otros en los cuales el medio empleado por el adolescente varía

Respecto al sexo de los pacientes que reinciden en esta conducta, se observa que la cantidad de casos se da en proporciones similares: 6 casos masculinos y 5 femeninos.

Se visualiza, en cambio, cierta particularidad relacionada con la edad de los pacientes ya que en todos los casos los mismos son mayores de 15 años

7.2 Consultas externas atendidas en el Establecimiento Asistencial "Dr. Lucio Molas"

Observaciones referidas al instrumento de registro de consultas externas por intento de suicidio

En el instrumento que actualmente se emplea para registrar las consultas externas sobre la problemática todos los casos quedan agrupados en un listado bajo el diagnóstico inicial "intento de suicidio", por lo cual resulta difícil visualizar si las consultas posteriores realizadas por dichos pacientes se deben a una reincidencia en este tipo de conducta, a la iniciación y/o continuación de un tratamiento o si el motivo de la consulta ha sido otro.

Actualmente se registra con regularidad el número de matrícula del médico que atendió la consulta, el número de historia clínica y el nombre y edad del paciente.

Muy esporádicamente se acotan observaciones referidas a derivaciones a algún servicio en particular, si concurre o no a las consultas, el método empleado en el intento de suicidio, si el paciente ha sido dado de alta o a fallecido.

Estas informaciones se dan en casos muy aislados y no existen criterios comunes para el registro de las mismas, apareciendo como acotaciones marginales que al no darse en la totalidad de los casos carecen de utilidad en tanto variables significativas al momento de realizar análisis o generalizaciones.

Procesamiento de los datos obtenidos

CANTIDAD DE CONSULTAS EXTERNAS POR INTENTO DE SUICIDIO SEGÚN EDAD DE LOS PACIENTES				
AÑO	CONSULTAS REALIZADAS POR PACIENTES DE 12 A 15 AÑOS	CONSULTAS REALIZADAS POR PACIENTES DE 16 A 24 AÑOS	CONSULTAS REALIZADAS POR PACIENTES MAYORES DE 24 AÑOS	TOTAL DE CONSULTAS REALIZADAS POR INTENTO DE SUICIDIO
1999	35	60	27	122
2000	67	85	32	184
2001	87	87	31	205
2002	115	50	19	184
TOTALES	304	282	109	695

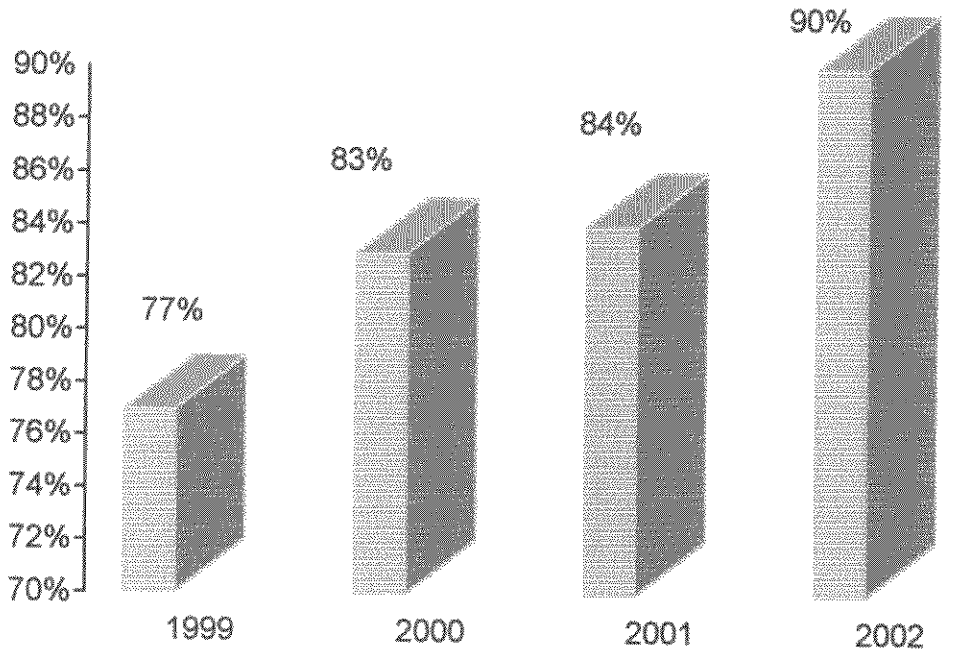
Fuente Elaboración propia en base a información obtenida del CESIDA

Habiendo procesado los datos estadísticos obtenidos puede afirmarse que el grupo de pacientes de 12 a 24 años significa la franja etarea prevalente de la totalidad de consultas externas atendidas en cada uno de los años

PORCENTAJES DE CONSULTAS EXTERNAS POR INTENTO DE SUICIDIO SEGÚN EDAD DE LOS PACIENTES			
AÑO	CONSULTAS REALIZADAS POR PACIENTES DE 12 A 15 AÑOS	CONSULTAS REALIZADAS POR PACIENTES DE 16 A 24 AÑOS	CONSULTAS REALIZADAS POR PACIENTES MAYORES DE 24 AÑOS
1999	28%	48%	23%
2000	36%	47%	17%
2001	42%	42%	16%
2002	63%	27%	10%

Fuente Elaboración propia en base a información obtenida del CESIDA

Porcentajes de consultas externas realizadas por pacientes de 12 a 24 años:



Fuente Elaboración propia en base a información obtenida del CESIDA

Como puede observarse en el período 1999 - 2003 el grupo de adolescentes y jóvenes (desde 12 hasta 24 años) representó un promedio de 83,75% del total de las consultas externas por intento de suicidio, registrándose un incremento paulatino de las mismas, desde un 77,9% para el año 1999 hasta un 90% para el año 2002.

Analizando hacia el interior de este grupo etareo se visualiza un notable incremento de la cantidad de consultas realizadas por el subgrupo de 12 a 15 años, proporcional a un paulatino descenso en la cantidad de consultas realizadas por el subgrupo de 16 a 24 años

No obstante, un análisis más profundo de los datos obtenidos permite una lectura interesante de este hecho. Si procesamos los datos tomando como eje los casos o pacientes y no la cantidad de consultas solamente, notamos que el incremento de consultas realizadas por el subgrupo de 12 a 15 años no se debe exclusivamente a un aumento del número de pacientes.

CANTIDAD DE CONSULTAS REALIZADAS POR INTENTO DE SUICIDIO		
AÑO	CONSULTAS REALIZADAS POR PACIENTES DE 12 A 15 AÑOS	CONSULTAS REALIZADAS POR PACIENTES DE 16 A 24 AÑOS
1999	35	60
2000	67	85
2001	87	87
2002	115	50

Fuente Elaboración propia en base a información obtenida del CESIDA

CANTIDAD DE PACIENTES ATENDIDOS		
AÑO	PACIENTES DE 12 A 15 AÑOS	PACIENTES DE 16 A 24 AÑOS
1999	8	26
2000	17	34
2001	16	25
2002	14	23

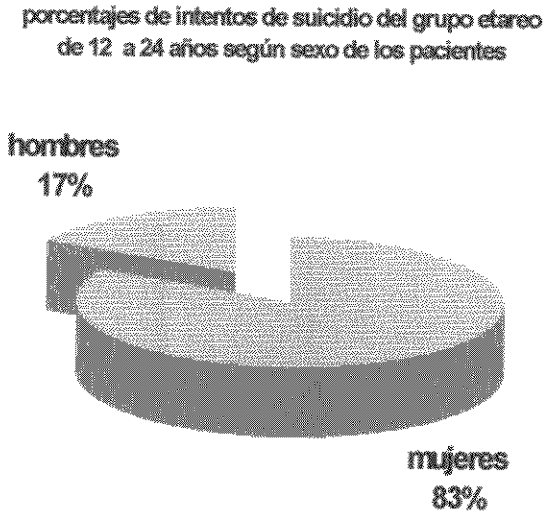
Fuente Elaboración propia en base a información obtenida del CESIDA

Al relacionar la cantidad de pacientes atendidos y la cantidad de consultas realizadas, se observa que en todos los años en el subgrupo de 12 a 15 años se han realizado mas cantidad de consultas por paciente que en el subgrupo de 16 a 24 años.

CANTIDAD PROMEDIO DE CONSULTAS REALIZADS POR CADA PACIENTE		
AÑO	PACIENTES DE 12 A 15 AÑOS	PACIENTES DE 16 A 24 AÑOS
1999	4 a 5 consultas por paciente	2 a 3 consultas por paciente
2000	3 a 4 consultas por paciente	2 a 3 consultas por paciente
2001	5 a 6 consultas por paciente	3 a 4 consultas por paciente
2002	8 a 9 consultas por paciente	2 a 3 consultas por paciente

Fuente Elaboración propia en base a información obtenida del CESIDA

Finalmente es necesario considerar que se presenta una particularidad relacionada con el sexo de los pacientes atendidos: en el grupo etáreo de 12 a 24 años las consultas realizadas por mujeres representan el 82,82% de los casos atendidos.



Fuente Elaboración propia en base a información obtenida del CESIDA

CONSEJO FEDERAL DE INVERSIONES
BIBLIOTECA
Dr. Manuel
Belgrano

7.3Percepción de los profesionales de los instrumentos de registro

Los profesionales del sector salud relacionados con la atención de los intentos de suicidio expresan que advierten deficiencias en el registro y procesamiento de datos estadísticos sobre esta problemática. En ese sentido sostienen que:

- "En los casos de intento de suicidio es difícil hablar sobre porcentajes por que no manejamos estadísticas "

- "Se tiene acceso a las estadísticas sobre mortalidad que se elaboran sobre la base del acta de defunción(...)Las estadísticas sobre intentos se pierden, no tenemos criterios parra elaborarlas. Los casos que entran a la guardia se registran como "intento de suicidio" sin discriminación.

- "En pediatría los casos se registran como " intentos de suicidio" y se suelen registrar los métodos que se emplean. Pero en la Guardia o en Clínica Médica, hay muchos casos que no se registran o que se registran de otra manera, por ejemplo, accidentes de tránsito.

Si bien perciben que las características de la problemática pueden presentar dificultades al momento de intentar registrar los casos, coinciden en afirmar que

el mayor obstáculo es la ausencia de un trabajo focalizado sobre el tema y la ausencia de herramientas conceptuales para un adecuado abordaje:

- " El registro de estos casos puede ser difícil en relación a otras conductas de autoagresión, hay intentos de suicidio que no son instantáneos, como el alcoholismo o el abandono del tratamiento por ejemplo en los jóvenes con. diabetes del tipo I. Hay otros casos menos visibles como accidentes de tránsito o intoxicaciones (..)Pero creo que el problema es que no hay trabajo focalizado sobre estos problemas, lo cual lleva a que no se elaboren estadísticas útiles ni se intente determinar algo. Todo lo que se habla sobre el tema, se habla en forma muy grosera "

- "No hay parámetros para registrar y procesar información, en realidad no hay un instrumento elaborado en función de las características de la problemática. Sería útil que se registrasen variables como edad, métodos empleados, si el paciente ha recibido algún tipo de tratamiento o si es alguien que esta reincidiendo en esta conducta.

8.Análisis de los datos cualitativos

La información obtenida ha sido organizada y analizada con la intencionalidad de:

- analizar los modelos de atención vigentes, los criterios de diagnóstico y tratamiento en los diferentes niveles y servicios de salud del ámbito público que se ocupan de la temática
- procurar identificar posibles causas que determinan intentos de suicidios en los adolescentes
- identificar las implicancias legales presentes en estos casos

Es posible afirmar la existencia de diferentes abordajes de la problemática en el ámbito provincial, siendo de central importancia la edad de los pacientes como factor determinante del modelo de atención que se les ofrecerá

Si se analizan las actividades de los sectores intervinientes en la atención de los intentos de suicidio se advierten las siguientes particularidades

8.1 Modelos de atención vigentes en la ciudad de Santa Rosa

Establecimiento asistencial "Dr. Lucio Molas"

En el Hospital "Dr. Lucio Molas" de Santa Rosa los niños y adolescentes de hasta 15 años de edad son atendidos en el Servicio de Pediatría, siendo la mayoría de los casos hospitalizados para un adecuado tratamiento. En este sentido un

profesional del servicio sostiene que "la totalidad de los pacientes que llegan a Pediatría por un intento de suicidio son internados (...) básicamente porque para nosotros es fundamental ofrecerle al adolescente un espacio para que pueda trabajar el contexto o la situación adversa que está atravesando". Hecho que pudo confirmarse analizando las historias clínicas seleccionadas.

Finalizado el período de internación, se ofrece a los pacientes la posibilidad de continuar con un tratamiento en el consultorio externo Infanto Juvenil dependiente del Servicio de Pediatría. En dicho consultorio la modalidad de trabajo se basa en la realización de entrevistas individuales.

A partir de los 16 años las emergencias por intento de suicidio son recibidas en la Guardia General del Hospital donde se brinda la primer atención: "Somos el primer eslabón, luego se llama al psiquiatra quien es el que determina si el adolescente debe ser internado o no y qué tratamiento debe iniciar, la función de la Guardia es la atención inicial y la emergencia, entonces uno no puede brindar el tratamiento complementario que se da en otros servicios"

Si luego de la atención de la emergencia se requiere internación debido al estado de salud de los pacientes, la misma se realiza en el servicio de Clínica Médica.
A diferencia del modelo de atención que se ofrece en el Servicio de Pediatría, en estos casos se visualiza una tendencia menor a la internación: "Suele suceder que los chicos llegan a Guardia, son desintoxicados y después si lo desean solicitan una entrevista en el Servicio de Salud Mental para iniciar un tratamiento. Son

tratados como adultos (...) a veces logramos captarlos desde el consultorio Infanto Juvenil pero no es lo pautado, sino licencias que nos permitimos", afirma un integrante del consultorio Infanto Juvenil dependiente de Pediatría

En la atención que se ofrece a los adolescentes mayores de 15 año aparece además, una fragmentación más marcada entre la estabilización orgánica del paciente y el acceso a la atención que brinda el Servicio de Salud Mental. En este sentido un médico de Terapia Intensiva del Hospital comenta que una vez que logran estabilizar orgánicamente al paciente, no vuelven a tener contacto con él ni saben sobre si inicia un tratamiento posterior: "No hay un seguimiento. Nosotros tenemos la obligación de llamar a Salud Mental pero no tenemos un seguimiento referido al hecho de si los chicos deciden iniciar un tratamiento o no (...) Inclusive lo ves en las historias clínicas, muchas veces el paciente reingresa y te das cuenta que desde que le diste el alta hasta que reingresó no inició ningún tratamiento"

Si bien el primer contacto con el paciente es considerado fundamental se expresa la ausencia de un trabajo normatizado en este sentido: "En la Guardia no se indaga sobre causas o posibles razones del intento de suicidio. Se atiende la parte orgánica. No sé quien es la primer persona que toma contacto con el paciente para trabajar en este sentido. Uno intenta acompañar desde la voluntad personal, charlar, darle ánimo a los chicos desde la voluntad personal y no desde una perspectiva profesional seria"

Tanto los profesionales del Servicio de Pediatría como quienes integran los servicios de Guardia General, Clínica Médica y Terapia Intensiva del Hospital reconocen la importancia de la contención y del seguimiento del estado de los pacientes que han realizado un intento de suicidio.

Un integrante del Consultorio Infanto Juvenil afirma que "el riesgo de reincidencia es muy importante durante el primer año, por eso es fundamental el seguimiento y que podamos establecer un vínculo de referencia con los adolescentes". En el mismo sentido un profesional de Terapia Intensiva agrega que "es normal la reincidencia, por eso con relación a esta problemática es fundamental el seguimiento"

Sin embargo realizar un seguimiento de la evolución de los pacientes se vuelve difícil. En el Servicio de Pediatría refieren que "desde el consultorio Infanto juvenil se realizan entrevistas individuales y se logra un seguimiento en el caso de que los chicos quieran aprovechar el espacio, porque no hay obligación de iniciar un tratamiento (...) Cuando hay un caso que preocupa y hay una negativa por parte del paciente o la familia, solicitamos la intervención de la Dirección del Menor y la Familia. Se suele implementar una planilla con la opinión del médico, la asistente social y la mía. No debemos olvidar que estamos hablando de menores y que suele haber casos relacionados con violencia familiar o situaciones de abuso en las cuales se debe pedir la exclusión del menor" Datos corroborables en el análisis de las historias clínicas realizado.

Si bien desde el Servicio de Pediatría se han realizado intentos de introducir innovaciones **para mejorar el abordaje de la problemática, quienes trabajan en la atención de estos casos sostienen que no se ha logrado integrar las mismas en un modelo permanente de atención:** "Entre 1993 y 1994 nos superó la demanda, hubo tantos casos de intentos de suicidio como de meningitis. Frente a esta situación decidimos implementar terapia grupal y fue interesante. Si bien los adolescentes se iban desprendiendo, con el tiempo volvían, cuando se peleaban con la pareja o cuando tenían un problema. Y volvían con 21 o 22 años porque habían encontrado un lugar de referencia. La idea surgió en un momento en el que la demanda era tan fuerte que no había turnos y la implementamos con mucho miedo porque nos decían que se nos iban a suicidar en masa (...) pero sucedió todo lo contrario, de los chicos que permanecieron en el grupo no hubo ningún caso de reincidencia. Hicimos este trabajo durante tres años ¿Por qué no hubo continuidad? La demanda fue bajando y no hubo apoyo ideológico (...) Ahora el seguimiento se realiza a través de las entrevistas individuales que mencioné"

En Clínica Médica el seguimiento es aún más difícil, si los casos no requieren internación o si el daño orgánico logra ser revertido y se les da el alta, los adolescentes van a consultorio en forma ambulatoria

Un médico del establecimiento confirma esta situación al afirmar que "continuar con un tratamiento es una decisión que recae sobre el paciente y la familia y yo creo que en la mayoría de los casos no se hace la interconsulta. Los servicios de Guardia y Terapia Intensiva son servicios que están preparados para estabilizar la

parte orgánica pero hace falta un seguimiento de otro tipo porque el problema no termina cuando uno logra sacarle el respirador al chico sino que comienza ahí. Suele suceder que le demos el alta y sea como si le hubiésemos dado el alta a alguien que tuvo un infarto. Las personas no tienen el apoyo complementario que debería coordinarse desde el hospital y ofrecer como servicio. El trabajo se diluye"

Trabajar de esta manera tiene consecuencias negativas: "Con relación a esta problemática te queda la sensación de que solamente pusiste un parche y que el problema de fondo continúa y esperás que en algún momento vuelvan a aparecer... y aparecen. **No hay trabajo interdisciplinario, cada servicio tiende a ver lo que le corresponde y lo que no,** el paciente se fragmenta y se despersonaliza y de esta forma se crea un círculo vicioso, no se trabaja bien y aumenta la reinternación. Suelen suceder cosas como, por ejemplo, que no te detengas a explicarle algo que das por obvio y ese paciente reingresa. **Ese es un aspecto que debemos mejorar: trabajar de manera más integral para aliviar la demanda por reingreso",** comenta un profesional que integra el Servicio de Terapia Intensiva

Analizando historias clínicas se advierte que un momento dado del tratamiento y ya en forma ambulatoria aparece el "No concurre a la entrevista"en forma reiterada en ese momento es cuando se pierde contacto con el paciente. Cabría preguntarse si frente a esta población de riesgo no debería instrumentarse un equipo de seguimiento y control de estos pacientes.

En líneas generales los profesionales de los diferentes servicios que atienden los casos de intento de suicidio han identificado problemáticas comunes en el modelo de atención vigente, como por ejemplo:

- **ausencia de un protocolo de acciones**

Recientemente se han comenzado a protocolizar las acciones del servicio de Guardia General del hospital "Dr. Lucio Molas". La protocolización se realizará por patologías los intentos de suicidio estarán comprendidos en esta tarea. El resto de los servicios no menciona la existencia de protocolos de acción.

Comenta un entrevistado: No hay nada definido. Es una problemática que llega y se ofrece lo que se puede. ***Se necesita algo más sólido, un equipo focalizado en la problemática*** En todo el apuro y el lío cotidiano se priorizan otras cosas y esto se deja de lado (...) sobre otras problemáticas hay capacitaciones, estadísticas útiles, políticas de prevención, jornadas. Sobre intentos de suicidio nada (...) no nos planteamos como mejorar la atención de estos casos"

- **inadecuada relación entre los servicios**

Expresa un médico del Hospital "Dr. Lucio Molas": "*No hay un trabajo coordinado, interdisciplinario (...)* cada servicio trata de determinar qué es lo que le corresponde y el paciente se fragmenta y no hay una instancia posterior donde podamos poner en común esos fragmentos o personalizar al paciente". Otro profesional entrevistado agrega: *"No tenemos espacios con objetivos comunes para articular acciones, mejorar la atención.* Suele suceder que se derive al paciente y se pierda el contacto y la posibilidad de seguimiento (...) en este circuito

lo que no queda registrado en la historia clínica se pierde, el paciente se fragmenta. Es una autocrítica que nos tenemos que hacer. Inclusive nos pasa que a veces no tenemos espacios conceptuales comunes frente a ciertas problemáticas"

"Lugar para Hablar"

Se ha implementado en el ámbito de la Subsecretaría de Salud una línea telefónica gratuita *Lugar para hablar* con sede en el Centro Asistencial de la ciudad de Santa Rosa.

Si bien el servicio fue pensado originalmente como un espacio de prevención de los intentos de suicidio, actualmente puede definirse como una línea telefónica gratuita para la atención de personas en crisis. Expresa el coordinador del servicio que "primero vino la Asociación Argentina de Prevención del Suicidio e instaló este espacio, luego lo hemos ido construyendo (...) con relación a los intentos de suicidio puede significar una forma de detección precoz de los casos, sin embargo lo que se atiende es la situación de crisis y no por ahí específicamente el intento de suicidio. Uno generalmente no está hablando con alguien que ya se cortó las venas o tomó algo. En *Lugar para hablar* se brinda asistencia en una situación de crisis en la cual la tentativa de suicidio es una alternativa o una posibilidad"

Al momento de definir las características de la atención que se brinda en *Lugar para hablar* sostiene que "una de las funciones básicas que tiene es la accesibilidad. Se trata de un 0800 gratuito que significa una posibilidad inmediata.

También debe mencionarse el hecho del respeto del anonimato como forma de trabajo ya que facilita el acercamiento de las personas porque en estas situaciones se da una cuestión de miedo a la exposición".

Dado que los llamados telefónicos son anónimos, si se evalúa que hay riesgo de vida o si la persona confirma que ha consumido algo o que tiene algún método a disposición para hacerse daño, los operadores de la línea trabajan en la obtención de los datos personales de quien ha llamado: "el tema de la línea es muy especial (...) la persona llama en un momento de crisis y el trabajo fundamental esta en ayudarlo a poner en palabras lo que le está pasando (...) Si hubiese un caso de emergencia se trabaja en el sentido de tranquilizar y fundamentalmente en obtener los datos para poder acudir en su ayuda"

De obtenerse los datos de la persona que manifiesta haber cometido o tener la intencionalidad de cometer un intento de suicidio, el grupo de trabajo de *Lugar para hablar* comienza a trabajar en forma coordinada con el Servicio de Emergencias Médicas de la Asistencia Pública y en general los casos son derivados a la Guardia del Hospital "Lucio Molas"

En otros casos, en los que no existe situación de emergencia, se ofrece a la persona la información necesaria para que pueda acceder a una atención profesional. Comenta un profesional del servicio que "a aquella persona que tenga la idea de iniciar un tratamiento se le mencionan los recursos a su disposición, recomendándose la atención directa en los casos mas graves"

Sostiene el coordinador de *Lugar para hablar* que en general "si la persona a discado por sí misma y ha expresado lo que le sucede suele no haber oposición (...) la persona esta en una posición de dejarse ayudar y ayudarse a sí misma y lo que le vas ofreciendo es válido por su predisposición. La función de la línea es entonces brindarle acceso a la atención"

Como uno de los parámetros de la línea es que las llamadas son anónimas resulta muy difícil saber si la persona pierde contacto o no con el circuito de salud: "como no necesariamente se tienen los datos de la persona, ni siquiera sabes quién es, si concurrió luego a una consulta o si sólo llamó esa vez. Para nosotros lo válido es trabajar en ese momento con los obstáculos que se presentan"

En el caso de obtener los datos de la persona y realizar una derivación a otro servicio expresan que el seguimiento de la situación del paciente también se vuelve difícil: *"no solemos saber sobre el camino que recorre la persona dentro del circuito de salud ni realizar un seguimiento sobre si continua con un tratamiento o no. El contacto se pierde"!!!!!!*

Existe otro tipo de derivaciones informales que podríamos llamar internas y que los profesionales de la línea telefónica definen como "más directa". En casos de chicos muy jóvenes o de personas con dificultades para acceder a algún centro asistencial " se le propone a la persona que le realicemos una visita domiciliaria". En otros casos "se le ofrece a la persona que concurra acá para hablar de lo que

le está pasando (...) estamos hablando de derivaciones más directas donde sabemos el nombre y el apellido de la persona y se le dice vení tal día a tal hora a hablar con tal persona".

En estos casos las personas reciben la atención del coordinador del servicio o del jefe de División de Salud Mental, quién por otra parte es el que realiza supervisiones de las tareas que realiza este equipo. Son acciones que no se hallan normatizadas y que se basan en la percepción de la dificultad de trabajar coordinadamente con otros servicios: "no es que estemos dando turnos, tratamos de brindar una atención accesible a aquella persona que esta en crisis y decide dejarse ayudar (...) sucede que en el caso de los consultorios, sobre todo Salud Mental, con la escasez de turnos y demás la atención no resulta accesible"

Lugar para hablar se halla integrado por un Asistente Social encargado de la coordinación del servicio y por 19 operadores telefónicos. El perfil de los mismos surge de una entrevista pero no tienen que tener necesariamente una profesión. Luego de ser seleccionados, los operadores participan de un espacio de seis meses de capacitación que consta de encuentros semanales en los cuales se trabaja sobre lo teórico y el desempeño práctico del rol.

Respecto a la capacitación el coordinador del servicio comenta que "hay que tener en cuenta que no hay mucha experiencia de trabajo en esta problemática, hemos ido aprendiendo y construyendo". Y agrega que: "En los encuentros de capacitación previos estábamos aprendiendo sobre cómo capacitar sobre este rol

y este tema, hoy por hoy podemos reflexionar más sobre la práctica. Ya hay mucho trabajo en la línea y eso es positivo"

Respecto a los criterios para la detección y atención de casos de intentos de suicidio en el servicio se trabaja sobre la base del parámetro de que el adolescente pueda verbalizar lo que le esta sucediendo: "no puedo decirte si es difícil o fácil detectar a un chico que esta en riesgo de cometer un suicidio. A veces no esta la manifestación directa o explícita de "yo me quiero matar". En la línea trabajamos sobre la base de la idea de que hay que atreverse a preguntar. Preguntarlo y que el otro pueda expresarlo es importante. Nosotros decimos que la visión de los chicos en ese momento es una "visión en túnel", oscura, donde "la angustia me invadió" y la sensación de que "todo esta mal" también y la única salida al final del túnel es el suicidio porque "ya no soporto más esto". Entonces a medida que vos vas preguntando en ese túnel se abren puertas y se alivia. En la parte técnica el parámetro es preguntar, a lo mejor aparecen frases como "ya no aguanto más" o "ya no quiero seguir así" entonces se pregunta "¿qué estas queriendo decirme?" o "¿se te esta pasando la idea de hacerte algo por la cabeza?" planteándolo como una situación que existe, que es normal pensarlo y sentirlo, y que se puede hablar sobre eso. Tratamos de que no lo vivan con culpa y que puedan hablar sobre lo que siente porque ya el hecho de que los chicos puedan verbalizarlo implica otra salida"

Con relación a la población que llama a la línea se observan las siguientes particularidades:

- Un alto porcentaje de llamadas masculinas
- La mayor cantidad de llamadas la realiza el grupo étareo de 14 a 24 años. También reciben una gran cantidad de llamadas de personas de 25 a 45 años y un número significativamente menor de personas de mayor edad.

8. 2 Modelos de atención en la ciudad de General Pico

Establecimiento Asistencial "Gob. Centeno"

En el establecimiento asistencial "Gobernador Centeno" de la ciudad de General Pico se presenta un modelo de atención con ciertas características diferentes.

En el servicio de Guardia General del Hospital se atienden adolescentes a partir de los 13 años. Como puede observarse los criterios de admisión, si se tiene en cuenta la edad de los pacientes, varían respecto a los del hospital "Lucio Molas" de Santa Rosa en el cual los casos atendidos van desde los 15 años siendo los restantes captados en el servicio de Pediatría.

Una segunda particularidad se relaciona con el hecho de que según los profesionales del establecimiento, existe un trabajo interdisciplinario entre los servicios encargados de la estabilización orgánica del paciente y el Sector de Salud Mental del hospital: "se realiza un trabajo interdisciplinario (...) se trabaja en equipo con cada paciente en particular y se analizan todos los factores: individuales, familiares, comunitarios e individuales"

Luego de habérsele realizado la atención clínica en el punto de emergencia, los pacientes son internados en el servicio de Clínica Médica donde se realiza el primer contacto entre el adolescente y los profesionales del servicio Infanto Juvenil de Salud Mental.

Finalizado el período de internación, el paciente es controlado por consultorio externo realizándose un abordaje individual de los casos

El modelo de atención que se implementa en el hospital "Gobernador Centeno" considera fundamental el trabajo con el grupo familiar e implementa acciones concretas en este sentido. Un profesional del sector de Salud Mental comenta que " en el abordaje que se realiza se trabaja con las familias y tenemos como norma la existencia de un adulto responsable".

El grupo de trabajo del sector Infanto Juvenil considera que "el servicio de halla preparado para brindar la atención necesaria del grupo etáreo de 12 a 18 años", no obstante expresa que el recurso humano del que se dispone es escaso y que esto atenta contra la calidad de la atención de los intentos de suicidio. Sostienen que: "la mayor dificultad en el funcionamiento y la atención que se brinda reside en que desde su creación hace 11 años, el sector funciona sólo con tres profesionales: un psicólogo, un psiquiatra y un asistente social"

Otra de las dificultades planteadas esta relacionada con la ausencia de la elaboración de estadísticas útiles al momento de plantear líneas de trabajo basadas en las características de la ocurrencia de la problemática en la ciudad.

Pese a no contar con datos estadísticos, los profesionales expresan que los casos de intentos de suicidio son numerosos atendiéndose hasta cinco casos por mes: "Hubo mayor casuística entre los años 1995-19996 y en el período 2000-2002. Actualmente la cantidad de casos se mantiene estable registrándose por lo menos un caso por mes".

Teniendo en cuenta los casos de intento en general, identifican una prevalencia de casos en el grupo de 13 a 16 años. También sostienen un predominio de los casos femeninos, siendo el medio más utilizado los psicofármacos. Expresan: "Relacionamos esta particularidad con el fácil acceso a los mismos ya que cualquier familiar o vecino posee psicofármacos en su botiquín y además hay un alto nivel de elaboración de recetas en este tipo de medicamentos desde cualquier especialidad"

Respecto a la población atendida afirman que es habitual atender casos de reincidencia: "solemos atender adolescentes que presentaron con anterioridad alguna otra patología relacionada con la autodestrucción y en algunos casos intentos de suicidio"

Entre los aspectos del funcionamiento institucional que dificultan la adecuada atención de la problemática, señalan el hecho de que no exista una normativa clara al respecto. Los profesionales de los diferentes servicios dudan de si debe realizar una denuncia policial, quien la debe realizar y se advierte una notoria diferencia en este sentido con el establecimiento de Santa Rosa ya que mientras allí el lugar de referencia para realizar las denuncias es la Dirección de la Familia y el Menor, en General Pico las mismas deben realizarse en el Juzgado de la Familia y el Menor.

8.3 Identificación de las causas e implicancias legales

En cuanto a la identificación de las causas que determinan este comportamiento se acuerda con el marco conceptual que acentúa la multideterminación de la conducta, no existiendo por lo tanto una ""causa" que la determina. Por lo antes mencionado, se cree conveniente poder identificar los factores de riesgos o los episodios desencadenantes de estas conductas .

Del análisis realizado de 15 historias clínicas [4] de adolescentes cuyo diagnóstico fue intento de suicidio , solo 11 HC se encuadraron en este diagnóstico hecho que disminuyó la muestra seleccionada . No obstante pudieron extraerse algunos datos, así es que se identifican 9 casos de sexo femenino que intentaron suicidarse a través de ingesta o intoxicación medicamentosa Los dos casos restantes lo intentaron por asfixia, de los cuales 1 (un)caso corresponde al sexo

femenino. Los factores manifiestos que desencadenaron estas conductas son : conflictos con el grupo familiar , duelos mal elaborados por pérdida de familiares, abuso sexual y suicidio de un familiar .

A los fines de poder analizar estas conductas a través de datos confiables , sería necesario volcar estos datos de la manera más fidedigna posible en los instrumentos que dan cuenta de los casos atendidos , dado que se advirtió que no siempre existe una correspondencia entre la codificación que se realiza y los datos que aparecen en las historias clínicas

Respecto a las implicancias legales, un integrante del Poder Judicial refiere que "el tema que le interesa a la ley o a la justicia respecto a una persona que ha intentado suicidarse es verificar que no halla habido otra que lo instigó al suicidio. Entonces lo que la justicia trata de investigar es si existe una persona que induce a otra a matarse (...) verificado el caso de un intento de suicidio de un menor de 21 años es el Juazgado del Menor y la Familia o el tribunal competente o el funcionario de minoridad competente el que debe investigar en el sentido de corroborar si el menor esta bien atendido o si no esta comprendido en lo que la ley llama abandono moral o físico. Porque si el chico tiene alguna enfermedad o algún problema que lo lleva al suicidio y no es tratado, evidentemente los padres o el tutor no estan cumpliendo con su obligación y habría otro delito y la justicia

[4] análisis realizado en el establecimiento asistencial "Dr. Lucio Molas" en base a HC seleccionadas en

interviene porque tutela a una persona que es incapaz pero no porque lo protege contra el suicidio".

Actualmente los casos de intento de suicidio se denuncian, según lo referido por el jefe del Servicio de Guardia del hospital "Lucio Molas", al puesto policial que existe en el establecimiento, el Servicio de Pediatría y el servicio de Salud Mental a la Dirección de la Familia y el Menor. A su vez el servicio Infanto Juvenil del hospital "Gob. Centeno realiza la denuncia al Juzgado dela Familia y el Menor. Como podrá advertirse la conducta no es uniforme por lo que se considera conveniente normatizar esta acción

función de un listado de consultas externas provisto por el Departamento de Estadística Hospitalaria

9. Conclusiones y propuestas

A partir del análisis de los datos estadísticos y de la información obtenida de las entrevistas se puede observar ciertas particularidades en la ocurrencia de la problemática en el ámbito provincial.

En primer lugar se puede afirmar que en los casos de intento de suicidio en general **se da una prevalencia del grupo etáreo de adolescentes y jóvenes**.

De los datos cuantitativos procesados se desprende que el grupo comprendido entre los 10 y 24 años representa el 43% de los casos hospitalizados en el establecimiento asistencial "Dr. Lucio Molas" en el período 1999-2002.

Específicamente se hospitalizaron 46 casos de adolescentes de 10 a 15 años, 133 casos de pacientes de 16 a 24 años y 235 casos de personas mayores de 24 años.

En el mismo sentido se visualiza que el grupo de pacientes de 12 a 24 años significa la franja prevalente de la totalidad de consultas externas atendidas en el mismo establecimiento

Las mismas representan un promedio del 83,75% de las consultas externas atendidas pro intentos de suicidio en el período 1999-2002, registrándose un paulatino incremento de los índices desde un 77,9% para el año 1999 hasta un 90% para el año 2002

Los profesionales entrevistados expresaron:

- "En los casos de intentos de suicido en general predomina el grupo de jóvenes. Entre ellos las edades van desde los 16 a los 22 años. Me tocó atender muy pocos casos de pacientes que tuvieran alrededor de 40 o 50 años. La mayoría son chicos muy jóvenes", sostiene un médico del Hospital "Dr. Lucio Molas" de Santa Rosa
- "La franja etárea que predomina en las llamadas que se realizan en "Lugar para hablar" va desde los 14 a los 24 años", refiere el coordinador del servicio
- "predomina la franja étarea de 13 a16 años", sostienen los profesionales del servicio Infanto Juvenil de Salud Mental del hospital de General Pico.

En los casos atendidos también se observan particularidades relacionadas con el sexo de los adolescentes.

Se dan mayor cantidad de casos en mujeres, pero con mayor posibilidad de reversión debido al método empleado en el intento de suicidio (ingesta de psicofármacos y heridas de vasos sanguíneos)

En tanto que, si bien se presentan menor cantidad de casos en hombres, son mayores los índices de mortalidad debido a la violencia de los métodos que emplean (heridas de arma de fuego y asfixia)

Respecto a esta particularidad un entrevistado refiere: "la mujer, por lo menos lo que más se ve, es que intenta. Es más un intento que una decisión de morirse, es un llamado de atención que vos ignoras si quería ser sólo eso o no (...) En los varones en cambio, te das cuenta que la decisión de morir esta desde el comienzo, los intentos de suicidio se dan de una manera muy agresiva. En el que comete un acto de suicido con arma de fuego o por asfixia la decisión de acabar con su vida es muy fuerte. Te das cuenta de que esta pensado y que es solamente un camino de ida"

En líneas generales se puede visualizar mayor cantidad de casos dramáticos a medida que aumenta la edad de los pacientes. En este sentido un profesional del servicio de Pediatría del hospital "Dr. Lucio Molas" refiere que "en este servicio son muy pocos los casos dramáticos que se atienden".

Los datos estadísticos de investigaciones realizadas sobre la temática del suicidio corroboran lo afirmado:

- Toulousse Juan en su trabajo "Epidemiología del Suicidio en La Pampa" sostiene que "la mayor franja de muerte se da a partir de los 26 años"

- "En las estadísticas que manejamos, desde 1990 a 1998, teniendo en cuenta la edad el 41% de las muertes se registran entre los 45 y 72 años", sostiene el coordinador del servicio "Lugar para hablar"

Con relación a *la reincidencia* en esta conducta también e presentan particularidades relacionadas con la edad. Se vuelve difícil visualizar esta dimensión sobre la base del procesamiento de los datos estadísticos obtenidos debido a que el instrumento de registro de casos vigente no contempla esta variable

No obstante los profesionales que trabajan en la atención de la problemática expresan que mientras la reincidencia es baja en los servicios de Pediatría es habitual atender casos de reincidencia a medida que aumenta la edad de los adolescentes y jóvenes.

La información sobre casos hospitalizados en el hospital "Dr. Lucio Molas", permite sostener la existencia de 11 casos de reincidencia en el período comprendido en la investigación, siendo todos los pacientes reincidentes mayores de 16 años.

Respecto a la modalidad vigente de registro y procesamiento de datos se pueden observar ciertas deficiencias. En primer lugar, puede afirmarse la existencia de un subregistro de casos ya que muchos comportamientos suicidas no se registran

como tales dado que no se cuenta con herramientas conceptuales para abordarlos y encuadrarlos.

Esta dificultad se presenta con mas incidencia en los casos que ingresan por la Guardia General del Hospital donde según expresión de los profesionales del Hospital "Dr. Lucio Molas" suele suceder que los intentos queden encuadrados en otros diagnósticos relacionados con conductas de autoagresión: accidentes de transito, abuso de sustancias.

Con relación al instrumento de registro de las consultas externas atendidas puede mencionarse que en ciertos casos aparecen acotaciones importantes en el listado se casos como por ejemplo "falleció","raticida","derivado a psiquiatría". Esta información aparece en forma aislada y al no darse en la totalidad delos casos carecen de utilidad al momento de realizar generalizaciones.
Finalmente puede mencionarse la presencia de datos confusos como por ejm. " ha sido dado de alta" cuando se trata de consultas externas y no se ha registrado internación previa.

Respecto al registro de los casos hospitalizados en el listado de datos obtenidos se observo una gran cantidad de casos de sobreregistros apareciendo las mismas hospitalizaciones en forma repetida tres veces También debieron ser anulados más de 100 casos debido a la imposibilidad de encuadrarlos dada la ausencia de. datos básicos como edad del paciente.

En líneas generales varios entrevistados plantean la ausencia de criterios para elaborar estadísticas sobre este tema, afirmando que el mayor obstáculo es la carencia de herramientas conceptuales para un abordaje adecuado y refieren " no hay elaborado un instrumento adecuado en función de las características de la problemática". Si además de lo mencionado se tiene en cuenta que no existe un procesamiento planificado de la información registrada se puede afirmar que los datos estadísticos disponibles son estimadores de escasa utilidad al momento de orientar acciones relacionadas con esta problemática.

Con respecto a la información de carácter cualitativa se concluye que:

- En lo referido a los modelos de atención se infiere que no se realiza un trabajo interdisciplinario focalizado y se advierte la ausencia de interacción entre los diversos servicios que brindan atención a la problemática ofreciéndose de este modo acciones fragmentadas que no redundan en beneficio de los pacientes

En este sentido los entrevistados proponen alternativas como:

- "Es necesario un equipo trabajando en eso, personalizando situaciones muy importantes de todos los días. Trabajar interrelacionados pero cada uno estudiando mucho y tratando de perfeccionarse como lo hacemos desde el punto de vista orgánico"
- "Cuando un chico entra en Guardia de Emergencia o Terapia, lo primero que necesita es una recuperación física, a lo mejor *la estrategia estaría en proponer un tratamiento en forma conjunta*, sobre todo desde el área de

Salud Mental Infanto Juvenil. Ahora se propone pero suele suceder que el paciente no va. Debería hacerse una propuesta que tenga en cuenta la posibilidad de iniciar un trabajo mientras el joven se recupera y que tenga en cuenta al grupo familiar o a quien sea el mayor referente para el adolescente"

- "Sería bueno contar con un servicio para adolescentes. El consultorio Infanto Juvenil actualmente esta trabajando desde Pediatría pero sería necesario un sector específico capaz de ofrecer una atención integral"

Por otra parte se han comenzado a protocolizar las acciones por patologías en el Servicio de Guardia del hospital "Lucio Molas", quedado los intentos de suicidio comprendidos en esta tarea. Las consecuencias más directas de esta modalidad de trabajo se traducen en una ausencia de atención integral y la pérdida de la posibilidad de seguimiento de los casos. De este modo y para ejemplificar lo antes dicho se observa no solo que quién realiza el primer contacto con el adolescente desconoce su evolución posterior, sino que habitualmente si el paciente abandona el tratamiento no existe un equipo que realice un seguimiento teniendo en cuenta de que se trata de una población de alto riesgo emocional.

En el hospital Gobernador Centeno" se ha normatizado el abordaje interdisciplinario de los casos, implementándose acciones concretas en ese sentido tales como el hecho de que luego de la primera atención clínica de emergencia sea el servicio Infanto Juvenil de Salud Mental quién se acerque al Servicio de Clínica Médica para continuar con el tratamiento del paciente.

En función de lo planteado se vuelve necesaria la construcción de herramientas conceptuales operativas que superen la parcialidad y el carácter meramente descriptivo en el abordaje de la problemática abriendo, de este modo la posibilidad de problematizar el fenómeno de nuevas formas entre las que se consideran centrales poder identificar factores de riesgo que puedan inducir conductas suicidas para este grupo etáreo .

Desde una perspectiva epidemiológica conocer los factores de riesgo puede ser muy útil y en base a diferentes estudios pueden señalarse como importantes:

- Desempleo y problemas laborales.
- Tasa significativas de abuso sexual, violencia familiar y abandono de menores.
- Conflictos familiares
- Desajustes y fracasos escolares.
- Relaciones sociales conflictivas o de exclusión.

Si bien se vuelve imprescindible conocer los factores de riesgo sociales estos deberán ser comprendidos en interacción con:

- las particularidades del ciclo vital considerado. Con relación a este aspecto, Cassorla (1979)[5], a partir de investigaciones realizadas en Brasil, plantea la

[5] Cassorla, R. M. S., (1979)," Suicidio y Adolescencia:" Acta Psiquiat, Psciolog. Amer. Lat, 25, 288-295

necesidad de considerar pero también de poder diferenciar entre duelos normales y patológicos de los adolescentes.

- sucesos del ciclo vital personal (nacimiento, crecimiento, desarrollo, identificaciones, resolución de situaciones conflictivas) pero interpretados y significados con relación al sistema de valores, actitudes y creencias de los adolescentes (Casullo 1994)[6] en tanto integrantes de un grupo familiar, colectivos reducidos, una comunidad y colectivos más amplios
- factores de tipo psicológico que dan cuenta de trastornos y patologías que suelen estar asociados a comportamientos suicidas: pobres habilidades para resolver problemas (Cole 1989)[7], personalidad y desórdenes afectivos (Brent 1988)[8], uso de drogas y alcoholismo (Berlin 1987)[9], distorsiones cognitivas tales como incapacidad para aceptar información nueva, hipergeneralizaciones, intolerancia frente a situaciones inciertas, posiciones extremas frente a la resolución de problemas (King y Kowalchuk 1994)[10], tendencia al aislamiento (Rotheram-Borus 1990)[11]

Se recomienda como primera acción convocar a los actores intervinientes en la resolución de esta problemática, para analizar los datos y conclusiones de este

[6] Casullo, M. M., 1994, "Comportamiento suicida adolescente. Epidemiología y prevención" en "Patologías de la autodestrucción en la adolescencia", Autores Varios comp. Susana Quiroga, Ed. Kargieman, Bs As
[7] Cole D. A., (1989) "Psychopathology of adolescent suicide: Hopelessness, coping beliefs and depression. Journal of Abdnormal Psychology, 98, 248-255
[8] Brent, D. A.; Perper J.A.; Goldstein, C.E.; Kolko D.A.; Allan M. J.; Allman C. J.; Zelenak J.P., (1988) "Risk factors for adolescent suicide: A comparision of adolescent suicide victims with suicidal inpatients", Archives of General Psychiatry, 45, 581-588
[9] Berlin I. N., "Suicidio entre adolescentes indios americanos", Suicide and Life-Threatening Behavior, 17, 218-232
[10] King J., Kowalchuk B., 1994, "Inventario de Comportamiento Suicida", National Computer Systems, Minessota, USA

trabajo exploratorio y favorecer la implementación de una normatización de los modelos de atención, estrategias de prevención y eventual capacitación en los diferentes niveles de atención, que superen los obstáculos planteados con anterioridad.

[11] Rotheram-Borus MJ y otros , 1990, "Cognitive style and pleasant activities among female adolescent suicide attempers", Journal of Consulting and Clinical Psychology, 58, 554-561

10. Anexos

Intento de suicidio

22/01/03

Un joven menor de edad debió ser internado en el Hospital "Dr. Lucio Molas", durante la madrugada de ayer, luego de que intentara quitarse la vida ingiriendo psicofármacos, según confiaron a esta hoja fuentes de la Seccional Tercera.

El hecho ocurrió alrededor de las 3:50 horas de la mañana, en un domicilio ubicado en el barrio FONAVI 34 esta ciudad. "El chico está bien... aparentemente tiene algunos problemas psiquiátricos y ya ha intentado en otras oportunidades atentar contra su integridad física", completaron desde la mencionada dependencia policial.

Intento de suicidio

15/03/03

Macachin (Agencia) - Un joven de 21 años de edad y oriundo de Alpachiri permanecía anoche internado en "estado de coma cuatro" en el Sanatorio Santa Rosa, tras haber protagonizado un intento de suicidio, informó la Policía. El muchacho fue trasladado desde Alpachiri el viernes por la tarde por el médico Miguel Dufai, del hospital de esa localidad. "El chico tiene 21 años de edad, reside en una vivienda de la calle Carlos Gardel s/n y el viernes se pegó un tiro en la frente con una carabina calibre 22", dijo el subcomisario Daniel Rosané, supervisor de la comisaría de Alpachiri. Interviene el Juzgado de Instrucción y en lo Correccional Nº 2, con asiento en Acha.

SANTA ISABEL

18/03/03

Joven se quitó la vida

Una persona de 22 años, de Santa Isabel, decidió quitarse la vida colgándose de un árbol, en un dramático hecho que conmovió a la localidad. El joven fue identificado por la policía como "Julián Eduardo Vallejo, quien fue encontrado pendiente de un álamo con un cinto y alambre en su cuello, a una altura de dos metros". El hecho se habría concretado entre la hora 5.00 y 8.00 de la mañana de ayer aunque no trascendió si fue en su vivienda o en otro lugar. Los motivos de tal determinación se desconocen.

El cuerpo del muchacho fue trasladado hasta Santa Rosa, donde en horas de la tarde se le practicó una autopsia. Interviene en el caso, la Fiscalía de citación directa, con asiento en la localidad de Victorica, a cargo de Raúl Miño, se informó desde la Seccional Segunda de esta capital, dependencia que tuvo a su cargo las actuaciones complementarias del hecho.

Intento de suicidio

08/03/03

Un menor de edad intentó quitarse la vida durante la madrugada de ayer, pero gracias a un vecino el hecho no se pudo concretar. Esto ocurrió a las 5:50, en Tita Merello y General Acha, donde el joven intentó ahorcarse colgándose de una columna de cemento con una cinta plástica, informaron desde la Seccional Sexta. Cuando el chico estaba por consumar la acción, un vecino advirtió lo que estaba sucediendo y evitó lo que hubiera sido un trágico desenlace. Posteriormente llegaron los padres y la Policía, para trasladarlo al hospital local, donde quedó en observación y fuera de peligro.

Suicidio en La Adela

07/02/03

La Adela - Una joven de 16 años de edad que vivía un tiempo con su padre en esta localidad y otro con su madre, en la localidad de Toay, dejó de existir en la mañana de ayer, a raíz de una ingesta excesiva de pastillas antidepresivas que le provocaron la muerte luego de cinco días de internación.

De acuerdo al informe policial, la chica ingirió "entre 60 y 70 pastillas" el sábado pasado alrededor de la medianoche, por lo que debió ser internada en el hospital de Río Colorado con un severo cuadro de intoxicación provocado por el exceso de medicamentos, que normalmente tomaba a causa de su epilepsia.

Debido a la gravedad del caso, los médicos de Río Colorado "decidieron derivarla" al Sanatorio Santa Rosa, adonde permaneció internada desde el domingo 2 de febrero hasta ayer por la mañana, en que se produjo su deceso.

La Policía de La Adela labra la causa caratulada "suicidio", con intervención del Juzgado de Instrucción de la ciudad de General Acha, a cargo del doctor Manuel Alvarez.

Tentativa de suicidio

02/03/03

General Pico (AEC) - Alrededor de las 2:30 horas de la madrugada del viernes, personal de la Seccional Tercera de esta ciudad fue alertado por una "tentativa de suicidio".

El hecho tuvo lugar en el pasaje Rufino Ortega del barrio Roca, donde un hombre de unos 25 años amenazó con quitarse la vida con un arma de fuego, aparentemente por problemas familiares, según explicaron fuentes policiales.

Hasta el lugar llegó personal de la Tercera que, con la ayuda de un amigo personal del joven, logró retirarle el arma con el que amenazaba dispararse en la cabeza, un revólver calibre 22, marca Bersa, que contenía cinco proyectiles.

Como se recordará, días atrás uniformados de la misma dependencia debieron trabajar en otra "tentativa de suicidio", cuando una mujer de 56 años intentó arrojarse bajo un camión que circulaba por la Ruta 101, en cercanías de la avenida Circunvalación.

EN UNA VIVIENDA DEL MATADERO

18/04/03

Se ahorcó un menor

Un nuevo caso de suicidio -La Pampa tiene una de las tasas más altas en el país- involucró a un menor en la noche de la antevíspera. Se trata de Erasmo Sebastián Vezzi, un chico de 16 años que se quitó la vida al colgarse en un galpón que se ubica en el patio de la casa de su familia en el barrio Matadero, según informó la Policía.

"Las causas que llevaron al menor a tomar la decisión están tratando de dilucidarse, aunque los primeros indicios apuntan a aspectos sentimentales". En el caso intervino la Seccional Primera, cuyos efectivos encontraron al muchacho con signos vitales y lo derivaron al Hospital Lucio Molas. No obstante, las tareas por salvarlo fueron infructuosas.

Se pegó un tiro

27/03/03

Un joven de 20 años se descerrajó en la madrugada de ayer un tiro en la cabeza y su estado es gravísimo, según se informó desde el Hospital Dr. Lucio Molas.

El chico, cuya identidad no trascendió, tomó la decisión aparentemente debido a problemas personales. El episodio tuvo lugar en la madrugada (sobre las 2:30) en su casa, la 1.208 del pasaje sin nombre del Barrio Vial.

Al momento de la tragedia, los padres -que viven junto al muchacho- se encontraban durmiendo, según se pudo saber.

Murió suicida

28/03/03

Un joven de 20 años de edad, que se había pegado un tiro en la cabeza el jueves pasado, falleció ayer en el Hospital "Dr. Lucio Molas" tras convalecer durante dos días, informó la Policía. Se trata de Fernando Gustavo Muñoz, se informó desde la Seccional Primera. La causa está caratulada como "supuesto suicido", con la intervención del Juzgado de Instrucción y en lo Correccional Nº 5.

Intento de suicidio

25/03/03

Una joven de 19 años intentó suicidarse en la madrugada de ayer, aparentemente luego de haber discutido con su novio. Luego del episodio, la chica habría ingerido distintas pastillas tranquilizantes lo que la puso cerca de la muerte.

Afortunadamente, algunas amigas se acercaron a su casa de Raúl B. Díaz al 1.500 y evitaron la tragedia, informaron desde la Seccional Segunda. La muchacha fue internada en el Hospital, pero ya se le dio el alta.