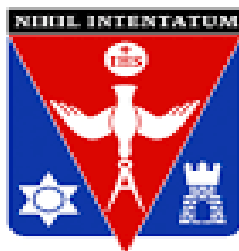


UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SALTA

FACULTAD DE ARTES Y CIENCIAS

LICENCIATURA EN PSICOLOGIA



**UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE SALTA**

**ABORDAJE CLÍNICO EN EL GRUPO INTERDISCIPLINAR DE
APOYO FAMILIAR EN EPISODIOS DE SUICIDIO O INTENTO DE
SUICIDIO**

PASANTÍA ACADÉMICA-GUIAF- SALTA CAPITAL

ALUMNA: Axa Mariel Paz

DIRECTOR: Licenciada Nuria Monserrat Saavedra

2023

AUTORIDADES

RECTOR:

Ing. Rodolfo Gallo Cornejo

VICERRECTORA ACADÉMICA:

Mg. Constanza Diedrich

SECRETARIA GENERAL:

Mg. Lic. Silvia M. Alvarez

DECANA DE LA FACULTAD DE ARTES Y CIENCIAS:

Lic. María Dolores Medina Bouquet

SECRETARIA ACADÉMICA:

Abg. Adriana Ibareguren

JEFA DE DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA:

Lic. Sonia Guijarro Cardenas

AGRADECIMIENTOS

*A mi hermana Nelly mi único héroe en este lio, la más linda del amor.
A mi papa mi negrito preferido gracias por haber apostado a mí y traerme a la familia.*

A mis hermanos gracias por cada palabra de aliento.

A mis amigos perrunos que siempre estuvieron a una pata del cañón Tomi y Moma.

A la mejor amiga que me dio la facultad, gracias Brandi por darme la mano en este camino con nuestras galletas preferidas. A Noe por los mejores mates y los momentos compartidos en las buenas y malas.

A mi amor mi compañero incondicional, por hacer más hermoso este último tramo del camino.

A todo el equipo GUIAF por el acompañamiento, por el aprendizaje brindado con tanta calidez, gracias Silvi, Yasmin, Vicente, Sole, Omar y Romi..

A mi directora Nuria Saavedra por compartir su saber con tanta paciencia, dedicación y compromiso.

Con todo el corazón en memoria de mi amada madre Haideé, siempre te voy a amar donde quiera que estés gracias!

A mí, por no bajar los brazos y aprender a disfrutar el camino.

La lucha es de igual a igual, contra uno mismo y eso es ganarla.

No te pares, No te mates.

Canción “El Tempano”- Juan Carlos Baglietto y Lito Vitale

RESUMEN

El presente trabajo que se realizó en el programa Grupo Interdisciplinar de Apoyo Familiar con Víctimas en episodio de suicidio o intento de suicidio (GUIAF) en calidad de Trabajo Final de Grado de la carrera en Licenciatura en Psicología de la Universidad Católica de Salta, da cuenta de la realización de la pasantía académica realizada a fines del año 2022 y parte del 2023. Intenta reflejar la articulación teórica con los aportes del psicoanálisis de orientación lacaniana y la práctica a partir de la observación e intervenciones que se llevaron a cabo en el programa, en pacientes que vivieron episodios de intento de suicidio, y las familias con víctimas de suicidio.

Palabras claves: Pasantía Académica, GUIAF, Suicidio, Intento, Teoría Psicoanalítica.

ABSTRACT

The present work that was carried out in the program Interdisciplinary Group of Family Support with Victims in an episode of suicide or attempted suicide (GUIAF) as a Final Degree Project of the Bachelor's Degree in Psychology from the Catholic University of Salta, gives an account of the completion of the academic internship carried out at the end of 2022 and part of 2023. It tries to reflect the theoretical articulation with the contributions of Lacanian-oriented psychoanalysis and the practice based on the observation and interventions that were carried out in the program, in patients who experienced episodes of attempted suicide, and families with suicide victims.

Keywords: Academic internship, GUIAF, Suicide, Attempt, Psychoanalytic Theory.

INDICE

INTRODUCCIÓN	7
PLANTEAMIENTO DE LA PASANTIA	10
Motivos de la elección de la pasantía académica y fundamentación de su importancia	11
Objetivos	12
Objetivo general.....	12
Objetivos específicos	12
Viabilidad.....	13
Justificación	15
Consecuencias éticas de la pasantía académica.....	16
MARCO TEÓRICO	17
Capítulo I: Consideraciones generales sobre el suicidio.....	18
Según la OMS	18
Según las Leyes	18
Según el psicoanálisis	19
Según el psicoanálisis lacaniano.....	22
Capítulo II: La Urgencia.....	23
Capítulo III: Pasaje al acto – Acting out.....	29
Pasaje al acto	29
Acting out	32
Su relación con la angustia	34
MARCO INSTITUCIONAL.....	39
Caracterización de la institución.....	40
Misión	40
Beneficiarios	41
Teléfono	41
Correo electrónico	41
Dirección.....	41

Horario de atención.....	41
Equipo laboral.....	41
Organigrama.....	42
Pequeña reseña histórica	42
Sectores institucionales en los que se realizó la pasantía.....	42
Rol de la pasante	43
METODOLOGIA	45
Instrumentos.....	46
Actividades y tareas realizadas	47
RELATO DE LA EXPERIENCIA EN LA PASANTIA ACADEMICA	53
RECORRIDO DE LA PASANTIA ACADEMICA.....	54
CASO K- “NADIE ME AYUDA”	62
CASO H -“SEPARADOS EN LA MISMA CASA”	68
CASO J -“NO SE POR QUE ESTOY ACÁ”	71
CASO Q- “QUIERO ESTAR BIEN”	73
INFORME DE VALORACION.....	80
Referencias.....	81
ANEXO I	85
ANEXO II.....	220
HOJA DE EVALUACION	237

INTRODUCCIÓN

Desde tiempos remotos las sociedades intentaron comprender la muerte, particularmente en relación al suicidio, diferentes disciplinas tales como la sociología, la psicología etc. aportaron una mirada sobre el tema, interesándose por explicar y abordar el suicidio.

Según los datos estadísticos obtenidos por la vigilancia epidemiológica del GUIAF en el año 2022, la ciudad de Salta obtuvo la tasa de mortalidad por suicidio de 14.38 de cada cien mil habitantes de la provincia, que tuvo un ascenso de 1.62 puntos en comparación al año 2021 (12.76), se encuentra por arriba de la media nacional de 7.6.

El 40% de las muertes se presentaron en adolescentes jóvenes de 15 a 24 años, mientras que si extendemos la franja etaria a 29 años obtenemos el 56% de las defunciones por suicidio. A su vez también se observó un aumento en las defunciones en el grupo etario de mayores de 65 años.

Teniendo en cuenta las variables de género, el 54% de las muertes por suicidio en varones se presentó en la franja de 15 a 29 años, siendo las mujeres el 54% en el grupo etario de 15 a 24 años. En cuanto al total de los casos ocurridos en la provincia el 78% fueron hombres, mientras que el 22% mujeres. En relación al método utilizado el 89% de las muertes fueron concretados por ahorcamiento, un 5% por arma de fuego, el uso de venenos o sustancias nocivas 2.5%, arrojarse desde un lugar elevado 0.95% al igual que por lesiones auto infligidas por fuego y llamas, y un 0.45% por lesión auto infligida con objeto cortante.

A partir de esta problemática que presenta la sociedad, diferentes instituciones proponen abordajes para estos sujetos, tal es el caso del Grupo Interdisciplinar de Apoyo Familiar en Episodios de Suicidios e Intentos de Suicidios el cual, busca proporcionar un abordaje específico que contenga al sujeto y/o familia en tal situación y así asegurar que dichos sujetos estén incluidos en la red sanitaria, a partir de un programa diseñado a partir del seguimiento, la prevención y posvención hasta que se considere pertinente el alta del caso.

Ante el fenómeno del suicidio podemos tener en cuenta diferentes variables, considerando que tiene la característica de ser multicausal, y una de las variables que no debemos perder de vista, es la esencia de la época actual en la que vivimos. Por consiguiente podemos sostener que en la actualidad nos encontramos en una cultura del consumismo ilimitado, que empuja a la satisfacción inmediata dejando al sujeto sin el andamiaje simbólico del que podría responder.

En lo mencionado anteriormente se agrega otra cuestión que no debemos dejar pasar por alto, la cultura actual estuvo atravesada por cambios repentinos a causa de la pandemia desde el año 2020 por el virus COVID-19. Tales cambios no fueron indiferentes a la demanda, las formas de vincularse de los sujetos, el estilo de vida, etc., y sobre todo poner al enigma de la muerte en lo cotidiano.

Los aportes de la teoría psicoanalítica permiten realizar una lectura clínica en los abordajes de la problemática, que, si bien tienen en cuenta las coordenadas de la época, la edad, clase social o género, hacen foco principalmente en la singularidad del sujeto. Tiene en cuenta diferentes conceptos nodales que se ponen en juego en la dinámica del psiquismo como ser: la angustia, el deseo, la diferenciación del pasaje al acto y Acting out, que se pueden abordar desde la clínica de la urgencia.

Siguiendo el psicoanálisis freudiano como base, debemos tener en cuenta el malestar generalizado que ya lo anticipa Freud en su texto *El malestar en la cultura* en el que sostenía que existían diferentes fuentes de malestar para el sujeto y diferentes salidas de éste ante dicho malestar (2013c). El hospital como institución pública es el escenario para que el psicoanálisis aborde este malestar desde la clínica de la urgencia, lo que da lugar a una integración del análisis en las redes sanitarias.

Entendiendo que el suicidio puede presentarse en cualquier estructura clínica (neurosis, psicosis o perversión). En el presente trabajo se toma la línea del psicoanálisis lacaniano, para entender el pasaje al acto y el Acting out en las mencionadas estructuras. Entendiendo que el pasaje al acto y el Acting out son algunas de las respuestas del sujeto ante la angustia.

A partir de lo expuesto y la llegada al final de la formación en la carrera de Licenciatura en Psicología, la realización de la pasantía académica en el Grupo Interdisciplinar de Apoyo Familiar en episodios de suicidio o intentos de suicidio permitió integrar conocimientos adquiridos en el recorrido académico, bajando a la práctica los conceptos aprendidos y así poder adquirir herramientas clínicas para abordar las urgencias subjetivas.

La esencia del presente trabajo es la búsqueda de aprendizaje como pasante a partir de la aproximación por medio de la experiencia. Un aprendizaje que permitió responder a las diferentes demandas, también, conocer las nuevas configuraciones que trae aparejada la época en la que está inmerso el sujeto.

Vale la pena aclarar que fue enriquecedor el acercamiento a las instituciones en el recorrido académico, conocer cómo los practicantes de psicoanálisis que se desempeñan en la institución elegida, diseñan y rediseñan continuamente el dispositivo acorde para poder

alojar al sujeto que demanda y dar respuestas no solo a éste, sino a la sociedad toda en un contexto público.

PLANTEAMIENTO DE LA **PASANTIA**

Motivos de la elección de la pasantía académica y fundamentación de su importancia

La pasantía académica en el Grupo Interdisciplinar de Apoyo Familiar en episodios de suicidio o intentos de suicidio, intentó abordar un fenómeno que no deja de hacerse presente, también la necesidad de formarse profesionalmente con herramientas teórico-prácticas para escuchar, abordar, analizar e integrar la problemática desde una perspectiva clínica.

Cabe destacar que la experiencia permitió adquirir competencias extensibles a demás áreas de la psicología, sobre todo por la temática interdisciplinar, la clínica con otros, acompañado de la integración con diversas redes sanitarias y de seguridad que se ponen en juego.

En los últimos pasos de la carrera fue necesario poner en práctica todos los conocimientos adquiridos, sobre todo partiendo de una experiencia clínica acompañada de profesionales que poseen trayectorias amplias en el ámbito clínico y el abordaje específico del tema que compete en este proyecto, lo cual enriquece a la pasantía en aspectos éticos, en conocimientos específicos en instituciones públicas, redes sanitarias, articulación con otras entidades relacionadas al abordaje de la demanda de la comunidad, que facilito tener un amplio conocimiento sobre la realidad epidemiológica y clínica de manera responsable, y con seguridad a partir del acompañamiento de los profesionales.

Es importante destacar que no existen hasta la fecha antecedentes sobre pasantías realizadas en dicha institución, por lo que es uno de los motivos de la elección fue poder ampliar la mirada y el abordaje conocido hasta el momento. El interés sumamente personal se basó en haber podido realizar un estudio clínico psicoanalítico de la problemática del suicidio.

Objetivos

Objetivo general

§ Aproximarse a la experiencia clínica a través de la atención y abordaje, que llevan a cabo los psicólogos en el Grupo Interdisciplinar de Apoyo Familiar en episodios de suicidio o intento de suicidio en la Ciudad de Salta Capital en el año 2022, articulando la práctica con los conceptos psicoanalíticos.

Objetivos específicos

§ Adquirir experiencia clínica en relación a la urgencia subjetiva.

§ Incorporar conocimientos desde la mirada clínica del Psicoanálisis Lacaniano, que permita diferenciar Pasaje al acto y Acting out.

Viabilidad

La realización de la pasantía académica fue posible debido al convenio marco de la Universidad Católica de Salta y el Ministerio de Salud de la provincia.

A su vez fue necesaria la presentación de la documentación ante la institución para el protocolo correspondiente, acompañado de su autorización para la realización de la pasantía académica para el año 2022 que en su duración abarcó parte del año 2023.

Sin embargo, la pasantía académica no pudo ser posible sin la supervisión y dirección presencial en cada intervención y/o actividad como pasante de la Lic. En Psicología Nuria Saavedra, quien se desempeña como Jefa del Programa GUIAF y cumple los requisitos que son especificados en el reglamento institucional.

En el marco contextual que hace 2 años está atravesado por la pandemia por el virus Zar Cov2 (COVID-19) se destaca la dinámica de las modalidades de trabajo, por lo que fue sumamente necesario que las restricciones tanto nacionales como provinciales hayan sido favorables a la modalidad presencial para poder llevarla a cabo.

Por último, en lo que respecta a los instrumentos- materiales que fueron necesarios tales como hojas, computadoras, impresoras, y artículos de librería varios constaron de un presupuesto mínimo por lo que no fue un impedimento.

Teniendo en cuenta lo mencionado hasta el momento la realización de la pasantía dependió de varios factores que acompañaron a su adecuada realización. A continuación, se detalla el presupuesto que se necesitó para llevar a cabo la pasantía:

Recursos	Concepto	Precio Unitario	Cantidad	Precio Total
Humanos	Directora Profesional (parte de la institución)	Ad honorem.	-----	-----
	Pasante			---

Material	Hojas A4	\$500,00	2	\$1000,00
	Lápices	\$40,00	5	\$200,00
	Lapiceras (varios colores)	\$50,00	10	\$500,00
	Cuadernos			
	Libros de texto. Tinta	\$500,00	5	\$2500,00
	para impresora.	Existentes. \$1200,00	5	\$2400,00
	Espacio físico		2	
	(aportado por la institución)	\$00000,0	0	\$000,
	Viáticos (transporte público, \$61 teniendo en cuenta ida y vuelta) sujeto a modificacion es.	\$61,00	150	Bolet o estudi antil gratui to.
Técnicos	Computad ora Impresora	Existentes.	----- ---	----- ---
Imprevistos (10%)				\$660,00
Total				\$7260,00

Justificación

En el ejercicio de la profesión de psicología se requiere contar con herramientas que permitan alojar un espacio de escucha al padecimiento subjetivo, para ello, es fundamental la lectura de la demanda y la intervención siempre orientada. En la pasantía académica se hizo presente la importancia de contar con formación profesional para responder a la demanda siempre creciente.

La pasantía académica en el programa GUIAF, tiene a su vez el plus de permitir conocer la articulación e integración de toda la red sanitaria, así como el trabajo interministerial e interdisciplinario con el Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología, Derechos Humanos, entre otros, así como la demanda y requerimientos del Ministerio Público y Poder Judicial.

Asimismo, se presentan en diferentes oportunidades demandas espontáneas, de pacientes que se encuentran en urgencia subjetiva, lo cual requiere otro tipo de intervención.

Por ello la diversidad de características de los casos que ingresaron al programa resultó de gran importancia para la formación. A su vez el estudio de las respuestas o intervenciones que realizan los profesionales del programa fue relevante en la bajada a la práctica de los conocimientos teóricos, como aproximación a la clínica psicoanalítica en las instituciones.

Consecuencias éticas de la pasantía académica

La pasantía académica se llevó a cabo de acuerdo a lo estipulado por las leyes que rigen a la profesión, tanto nacional como provincial. La Ley Provincial del Psicólogo N°6063/83 la cual rige las advertencias éticas de la profesión en la práctica, se tuvo en cuenta los principales ejes: el secreto profesional, asumiendo simultáneamente la responsabilidad del compromiso con la ciencia.

A su vez también se enmarco de acuerdo a la Ley de Salud Mental N° 26.657 (2010) y la Ley de Prevención de Suicidio N° 27.130 (2015) teniendo en cuenta el respeto por la dignidad humana, sobre todo asegurar y velar por el bienestar de los pacientes sin ningún tipo de menoscabo o discriminación, preservando su identidad con la obligación de la confidencialidad de la información.

Todo paciente fue informado con anterioridad por el practicante en psicoanálisis a cargo del pasante acerca de su presencia y su rol, otorgando la libertad del paciente a negarse a ello, que en caso de ser afirmativo fue presentado el consentimiento informado correspondiente.

MARCO TEÓRICO

Capítulo I: Consideraciones generales sobre el suicidio

Según la OMS

Según lo planteado por la Organización Mundial de la Salud, el suicidio es “el acto deliberado de quitarse la vida”, mientras que siguiendo a dicha organización el intento de suicidio es toda acción auto infligida con el propósito potencial de quitarse la vida, sin llegar a la muerte. Las conductas suicidas se consideran desde la ideación inicial, la elaboración de un plan para llevarlo a cabo y los medios de los que puede servirse, hasta la consumación del acto con o sin éxito OMS (2010).

Las cifras globales que brinda la OMS, demuestran que el suicidio constituye un problema de salud pública, teniendo en cuenta que cerca de 703.000 personas se quitan la vida en el mundo cada año. Tal fenómeno está atravesado por la subjetividad de cada persona, aunque no es indiferente a la connotación social y cultural. El intento de suicidio se considera, generalmente, un acto individual, pero a partir de diversas investigaciones en todo el mundo, hoy sabemos que es una problemática de salud mental multicausal.

Según las Leyes

La OMS promueve la asistencia a la Salud mental como un derecho universal, acción que requiere un trabajo interdisciplinario. En éste contexto se enmarca la Ley de Salud Mental N° 26.657 (2010), que busca mejorar el proceso involucrando a la sociedad, como una construcción vinculada a los derechos de las necesidades básicas, donde el Estado es el principal responsable de satisfacer tales derechos.

Además, la Ley Nacional de prevención del Suicidio N°27.130 (2015) postula que se debe garantizar la atención sanitaria pública, a toda persona que tuvo un episodio de intento de suicidio, asegurando el acompañamiento del paciente durante todo el proceso de tratamiento, rehabilitación y reinserción social, trabajando simultáneamente en el acompañamiento a los familiares. Así también tener en cuenta la posvención, entendida ésta, como las acciones e intervenciones posteriores a un evento autodestructivo destinadas a trabajar con las personas afectada

Concepción sobre la muerte por suicidio

El fenómeno del pasaje al acto, o “suicidio”, como se lo conoce popularmente, se hace presente en todas partes del mundo, siendo indiferente a la cultura, clase social, contextos y demás variables que forman parte de la vida del sujeto. Sin embargo, lo que cambia es la forma de interpretar la muerte en cada época y cultura, por lo cual resulta

interesante preguntarse qué representación sobre la misma tiene cada sociedad.

Actualmente hablar sobre la muerte sigue siendo un tema tabú, sobre todo si se trata de un suicidio. Según Philippe Aries “Se sabe hoy día que el discurso sobre la muerte se embrolla y se convierte en una forma entre otras de una angustia difusa” (2000, p.223). Si bien el autor se basa en escritos filosóficos y sociológicos, no está alejado de lo que sugieren los análisis psicológicos.

En los estudios de diferentes áreas de la vida del hombre, la muerte siempre fue tratada con discreción, y si en algún momento fue abordada de manera específica, la sociedad hizo caso omiso a tal elaboración.

Siguiendo con Philippe Aries, en el texto citado anteriormente, resalta que “la muerte real, vergonzosa y silenciada, es, por lo demás, uno de los rasgos extraños pero significativos de nuestros tiempos. El silencio de las costumbres es el tema principal” (p. 224), es decir que ante la muerte se prefiere ignorar, el suicidio no será la excepción. El psicoanálisis advierte que tanto la sexualidad y la muerte son dos reales ante los que el sujeto se queda sin palabras.

Sin duda la ciencia intervino en diversos aspectos de la vida de los sujetos tales como, la familia, el trabajo, la política, la religión y la sexualidad. A pesar de esto, la muerte continúa como mera representación de la procrastinación de saber, como asegura P. Aries:

Cuanto más avanza el tiempo y
cuanto más se asciende en la escala
social y urbana, tanto menos siente el
hombre, por sí mismo, que su muerte esta
próxima; tanto más hay que prepararlo y,
por consiguiente tanto más depende de
su entorno (2000, p. 228).

Según el psicoanálisis

Hablar sobre pasaje al acto, o Acting out, podría fácilmente llevarnos a razonar que son actos puramente subjetivos, pasando por alto las marcas de la época, de la cultura en la que está inmerso el sujeto. Freud ya presentaba su teoría sobre la relevancia de la

misma en un sentido estructural en la que marcó una característica que nos acompaña hasta el día de hoy, el *malestar*, como inseparable de la cultura y por consiguiente del sujeto (2013c).

Una vez situado el malestar inevitable, Freud propone diferentes formas de paliar ese malestar, a partir del amor, la religión, la sublimación, el uso de narcóticos, entre otros (2013c). Éste último, si bien no se ubica directamente con el tema del presente trabajo, se podría tomar desde un análisis como patología del acto.

(...) tenemos al sujeto sin
mente, inmerso en el tiempo real de un
regalo eterno. Se retira o actúa, consume o
se niega a consumir, trabaja o está siempre
paralizado compulsivamente. Deprimido o
estresado, el síntoma y modalidades de
ansiedad que confrontan a los
psicoanalistas con la necesidad de
repensar lo que está haciendo el
psicoanálisis (Coelho dos Santos, 2001)¹.

En lo mencionado anteriormente, se podría concluir que el objetivo del sujeto es evitar ese malestar, aunque es siempre fallido. A partir de este malestar que genera un sufrimiento sobre lo que Freud sostenía, “muchos sufrimientos de los que uno pretende desembarazarse resultan ser inseparables del yo, de procedencia interna” (2013c, p. 3019). En base a esto, se evidencia la dinámica de las pulsiones en el psiquismo del sujeto, que en la mayoría de los casos es necesaria en enfrentarla acompañado.

Ante el sufrimiento del sujeto quizás, sea preciso tener en cuenta dos hipótesis que hacen a la causa del no querer existir, la primera mencionada en el mismo texto, en la

¹ 1 Coelho dos santos (2001, p. 116). Temos o sujeito acéfalo, imerso no tempo real de um presente eterno. Ele se retrai ou age, consome ou se recusa a consumir, trabalha ou paralisa-se sempre compulsivamente. Deprimidos ou estressados, são novos ossintomas e as modalidades da angústia que confrontam os psicanalistas com a exigência de repensar o que é o fazer da psicanálise.

cual se sostiene que, si la vida no tiene objeto alguno, perdería todo sentido ante los ojos del sujeto.

Mientras que la segunda está relacionada a la instancia más rígida y severa de la vida psíquica, que exige castigos cuando se instaura como conciencia moral, el superyó, originador del sentimiento de culpa acompañado de autocastigos. Como menciona Freud en su texto *Duelo y Melancolía*, primeramente, los impulsos homicidas estaban orientados hacia un objeto externo, que posteriormente son dirigidos contra el yo, es decir se produce un retorno de la libido que permite tratar al yo como objeto, contra sí mismo (2013b).

La tensión creada entre el severo
superyó y el yo subordinado al mismo la
calificamos como sentimiento de
culpabilidad; se manifiesta bajo la forma
de necesidad de castigo. Por consiguiente,
la cultura domina la peligrosa inclinación
agresiva del individuo, debilitando a este,
desarmándolo y haciéndolo vigilar por una
instancia alojada en su interior (Freud
2013b, p. 3053).

Es en éste punto donde el sujeto se encuentra en una disyuntiva, ya que de no ser por las normas que impone la sociedad, lo pulsional llevaría a producir en masa los actos agresivos, sin inhibición alguna, vemos cómo se contrarresta la vida del sujeto en dos extremos que no es posible equilibrar.

Freud a lo largo de su teoría conceptualiza, de modo acotado, lo referido al suicidio, aunque su obra deja abiertas nuevas puertas para investigaciones sobre el tema. En uno de sus textos, escrito en 1910, *Contribuciones al simposio sobre el suicidio* (2013a), hace referencia a la institución educativa, que empuja al sujeto juvenil al suicidio, es por eso que crítica a la institución y a los educadores, los cuales deben recordar que se dirige siempre a un sujeto, cuya etapa vital no es más que una permanente construcción en diferentes aspectos del sujeto. Éste se encuentra a nivel psíquico y el soporte simbólico

insuficiente en cuanto a los cambios propios de la pubertad, por lo que deja al sujeto sin una orientación, que muchas veces los padres o el grupo familiar en general no llegan a suplir.

Por consiguiente, como institución educativa se debe educar no solo para la muerte sino, para la vida, mediante el apoyo. Entonces podemos sintetizar que, educar, acompañar y sostener para la vida no es un trabajo que basta con el análisis clínico, sino que, es un trabajo conjunto, que necesita de los agentes más cercanos para que se involucren en esta problemática.

Según el psicoanálisis lacaniano

Siguiendo esta línea teórica considera que ante el malestar inherente al sujeto que teorizaba Freud como se mencionó anteriormente, el sujeto toma como recurso contar con un Otro, sin embargo, argumenta que el suicidio no es más que matar a ese Otro.

Es la operación real en la cual no se logra la resolución por medio de lo simbólico, es decir, por medio de la palabra, entonces se recurre por el campo de lo real, el acto. Si bien este apartado va a ser profundizado en los capítulos siguientes, es necesario tenerlo presente como una de las ideas centrales

A su vez considera que los tiempos contemporáneos se caracterizan por el individualismo. Miller (2005) sostiene que atravesamos una época donde el Otro se encuentra esfumado, no existe. Es importante considerar los aportes de Lacan (2006), de su conferencia en Milán, para pensar la inscripción del sujeto en el Otro del lenguaje, resulta interesante tener en cuenta los discursos (el discurso del amo, el discurso del universitario, el discurso del analista, el discurso de la histeria) por los cuales el sujeto se inscribe en la cadena significativa, los que permiten hacer lazo con el otro. Entre ellos se agrega además el discurso capitalista que va a surgir como discurso amo ordenando así el lazo social.

Sin embargo, hoy en día hay un debilitamiento del S1, el significante primordial Nombre del Padre. Siguiendo a Sotelo, “hay una caída del lugar de autoridad en la vida de los sujetos, tanto en el ámbito público como en el privado, lo que lleva a una incertidumbre generalizada, dejando al sujeto sin orientación” (2020, parr 17).

Esta crisis en el orden del deseo, da lugar a nuevas subjetividades de la época que se presentan desbordados por el goce autodestructivo. Esta conflictiva pone de relieve al analista, como Sujeto Supuesto a Saber, que ayude a encauzar al sujeto proponiendo una brújula y acompañándolo en la búsqueda del encauce en la cadena significativa.

Capítulo II: La Urgencia

Entre las respuestas que pone en juego el sujeto ante las contingencias de la vida, una de ellas es la base de la conformación del síntoma, en tanto salida más tolerable para seguir la cotidianidad. Cuando éste síntoma deja de cumplir su rol, es en ese momento cuando el sujeto llega a consultar, otro es el caso de la urgencia subjetiva.

Ante la palabra urgencia H. Gallo (2021) sostiene que se evoca automáticamente la noción de prisa, exigencia que turba, en la cual para el Yo se hace imprescindible despojarse de dolor. La urgencia tiene diversas maneras de presentarse, ya sea por situaciones de duelo, a raíz de traumas sexuales o por conclusión de relaciones amorosas, entre otras; que requieren de análisis profundo, en cuanto a la angustia o al deseo, como lo veremos más adelante.

Sin embargo, la urgencia no siempre tiene que ver con hechos conocidos cotidianamente como graves, desde un análisis a profundidad se considera que se produce una ruptura en la homeostasis que sostenía la concurrencia del curso de la vida del sujeto. Ya no hay un sostén de las relaciones, del trabajo, o el pensamiento y por sobre todo con el propio cuerpo.

Esta ruptura, dice Inés Sotelo “La podemos ubicar como urgencia, que requiere intervención profesional” (2007, p. 22). Aunque se debe tener en cuenta que la urgencia no solo atraviesa a los pacientes y profesionales, sino también a la institución. Aquí es donde toma importancia la guardia como dispositivo institucional, que tiene como objetivo dar respuesta a las situaciones de urgencia.

La guardia, entonces, es el lugar privilegiado, donde los cuerpos se presentan atravesados por algo más allá de la biología. En éste tiempo *urgente* se busca una reintroducción del tiempo, en tanto significativo, el tiempo de comprender.

Siguiendo lo mencionado por Miguel Bassols, en el Congreso de Rio de Janeiro, el estado de urgencia es permanente en el sujeto, por el simple hecho de estar habitado por la pulsión que exige todo el tiempo satisfacción, la misma que precipita al acto.

Sostiene Bassols (2016):

Hay una paradoja que marca
nuestra actualidad, cuanto más promovemos

la eternidad del sujeto, más lo empujamos a la urgencia subjetiva; cuanto más desplazamos al sujeto en la cadena infinita del significante, más obtenemos su angustia como signo de un real, y en mayor medida encontramos a un sujeto hiperactivo, un sujeto empujado al acto (p. 2).

Ante la urgencia subjetiva siempre es necesario ubicar de quién es, ya que no solo podría ser del sujeto mismo que la padece, sino también de la familia, de una institución, o de un magistrado de la ley. Como analista se debe también localizar qué es lo que provocó esa ruptura que no permite el devenir de la vida, asunto que actualmente se presenta diverso, y que ante esa ruptura no se vuelva al estado anterior, generalmente es la demanda del sujeto frente al analista.

Después que la urgencia subjetiva se modifica, se construye otro camino y es ahí donde el papel de la clínica es clave para el acompañamiento de esa construcción subjetiva ya que “el sufrimiento humano está estructurado como un mensaje y es allí donde habrá que pescar al sujeto, en la subjetivación de la urgencia” (Eric Laurent como se citó en Sotelo, 2007).

En la clínica se propone lograr ese pasaje del *no hay tiempo* al *hay todo el tiempo*, es decir, dar lugar al instante de comprender. Otros autores refieren “El psicoanalista puede aceptar la urgencia subjetiva, permitiendo que este momento de crisis de paso al trabajo psíquico y posibilite una subjetivación del sufrimiento” (Schneider Rodrigues & Malajovich Muñoz, 2020)². Por la prisa del concluir en el pasaje al acto hay un salto, se omite el instante de comprender como tiempo de pausa, partiendo de la idea de que es necesario un decir para que haya un acto.

Los actos que ponen en riesgo la vida del sujeto son frecuentes en las guardias, éste tipo de urgencias subjetivas exigen que el profesional establezca una táctica y estrategia. Deberá también comprender en qué lugar quedó ubicado el sujeto, es decir su posición

² Schenider Rodrigues & Malajovich Munoz (2020). (...) o psicanalista pode acolher a urgência subjetiva, permitindo que este momento de crise dê lugar ao trabalho psíquico e possibilite uma subjetivação do sofrimento.

subjetiva, y en qué lugar quedó ubicado el Otro. El trabajo como analista se detiene en la escucha, ofreciendo su presencia con el propósito de que el sujeto pueda elaborar una demanda.

Retomando a Sotelo:

La presencia de un psicoanalista brinda la oportunidad privilegiada de abrir un tiempo que posibilite reconducir el sentido, la direccionalidad del padecer. Le damos la palabra al paciente e intentamos un camino, a través del decir, en el que se vaya generando un deslizamiento: desde la causa orgánica a la causa emocional, subjetiva, inconsciente. Algo así como pasar del “usted no tiene nada”, al “eso que le pasa tiene que ver con usted, tiene un sentido y le concierne” (p. 131, 2009).

La urgencia, en cierta forma, muestra cómo el sujeto no logra representarse entre los significantes, y este es el objetivo del análisis, que a partir de interrogarse puede dar lugar a la construcción de un S1 relacionado con la verdad. Por eso siempre se presenta la transferencia como requisito primordial para poder lograr algo como analista, éste concepto es redefinido en el *Seminario 21* por Lacan (2019), teniendo en cuenta que la transferencia no es un medio, sino un resultado que reside en la palabra, haciendo uso del Sujeto Supuesto Saber en tanto herramienta del análisis, atravesado a su vez por la ética.

Así mismo André Vieira (como se citó en Bassols, 2016), sigue la misma línea proponiendo tener en cuenta la instancia del superyó y la angustia en la urgencia subjetiva y a partir de allí lograr un hacer ante la urgencia, este hacer por medio de un des-consistir la angustia a contrapelo del superyó. Poder aislar un significante que aparece ilegible, y a partir de la lectura apostar a una construcción de un síntoma que en su naturaleza este

articulado con el Otro. Mientras que la urgencia subjetiva es entendida como un llamado vacío, precipitado y sin Otro dice Miller (2005).

Por lo tanto, pensar en un análisis de significantes, en construcciones y articulación da lugar a coincidir en la línea de pensamiento que propone Belaga (2014), pensar la urgencia subjetiva, en su connotación plural, considerando que hay tantas urgencias como sujetos, que se presenta como una constelación de fenómenos que podrían reducirse a dos órdenes clínicos.

Belaga (2014):

- La certeza, situada en su costado más enigmático como son los fenómenos de significación personal, de xenopatía (extranjeridad o extrañeza) en el cuerpo o en el pensamiento y la perplejidad misma. Es decir, fenómenos predilerantes.

- La angustia, como acontecimiento, como trauma y sus versiones: el pánico, el vértigo – entre otros. Que presentifican la pérdida de la topografía imaginaria que organiza al sujeto en una ciudad.

Estos dos fenómenos conforman en la urgencia subjetiva una clínica correlativa, tanto para neurosis para psicosis. En una por la presentificación del enigma del deseo del Otro, en la otra, debido a la emergencia del Otro goce (parr. 5-14).

En las instituciones la urgencia se presenta frecuentemente mediante la angustia,

afecto en tanto empuja al sujeto a una solución por medio del campo de lo real que lo deja sin referencias. Inés Sotelo la presenta como un quiebre real que agujerea la escena, y que trabaja como entrada y salida, “salida en tanto la angustia funciona como la última trinchera del sujeto, justamente allí donde no está, y entrada a la posibilidad de un entramado que le permita una posición diferente”(2009, p. 61).

Siguiendo esta línea de análisis, el acto implica una transformación, en el acto hay un cambio subjetivo pero que, no es posible sin un impasse en tanto corte que le va al sujeto a realizarlo, tal como sostiene Muñoz et al. (2011) “existe una transformación que implica una relación particular del sujeto con el significante” (p.120).

Es necesario aclarar que en el acto suicida no hay una demanda por parte del sujeto, hay un tiempo cero en el que el sujeto resuelve por medio de la caída de un objeto, este objeto entendido como él mismo, es por eso que la clínica en las instituciones debe poder inaugurar un nuevo tiempo, *un nuevo sujeto* dice I. Sotelo “será necesario entonces utilizar la palabra como medio, introducir una pausa, para que ésta pueda tener como resultado a la transferencia y un analista dispuesto a ofrecer a ese espacio, a soportar la contingencia” (2009, p. 96), la urgencia concluye cuando el sujeto demanda un tratamiento en la institución.

A modo de conclusión sobre la clínica de la urgencia, teniendo en cuenta la labor del analista Muñoz et al., (2011) propone lo siguiente:

Podemos formular que, en el corazón de la experiencia clínica, el acto del analista, hará resonar con su presencia la causa del deseo. Despojando de su subjetividad y de la relación al Otro, pondrá en juego en la regla fundamental la invitación a la asociación libre, no solo como copulación de una asociación con otra bajo el soporte del sujeto supuesto saber, sino también la locura de la transgresión al significante, de su realización (p.120).

Ante la urgencia de ser atendido y acompañado, la disponibilidad del analista es crucial teniendo en cuenta el momento de pausa con el propósito de comprender y alojar al sujeto, que le permita lograr una significación tranquilizadora que evita el pasaje el acto y a partir de allí invitarlo a ocuparse de la urgencia y una demanda a partir de ella.

Cabe destacar que la confianza en el poder sanador de la palabra es crucial en el abordaje de las urgencias, ya que se requiere la condición de que el sujeto esté en condiciones de hablar y de la persona que esté dispuesta a ayudar, en este caso el analista dispuesto a la escucha.

Capítulo III: Pasaje al acto – Acting out

El psicoanálisis sostiene que siempre estuvo presente la intención de representar la sexualidad y la muerte, ésta última carece de dicha representación. Según J. Lacan en el *Seminario V*, la muerte es el Herr entendido como objeto que no puede ser nombrado, simbolizado y el que solo es comprensible a través de sus conexiones “la muerte como herr absoluto” (2005b, p. 62).

Es el punto límite de la palabra y quizá también del origen, solo a partir de las conexiones entre significantes puede bordear algo de la angustia que genera la incertidumbre ante el herr. La subjetividad en relación con la angustia procede en base a mecanismos defensivos como ser; una represión fallida vía la inhibición, vía pasaje al acto o vía Acting out.

Pasaje al acto

Lacan en el *Seminario X* de la Angustia, teoriza el pasaje al acto como fenómeno de la caída del Sujeto a la escena del *a*, donde hay un derrumbe del campo simbólico, es la ruptura del fantasma ante lo real, lo atraviesa violentamente, por eso el termino <<pasaje al acto>> posee relación íntima con la angustia, e incluso en la mayoría de los casos es posible verificar la emergencia de la angustia antes de todo pasaje al acto, aunque no todo sujeto pueda advertirlo, es decir, el pasaje al acto es una manera que encuentra el sujeto para vérselas con la angustia y se ubica en el campo de lo real a partir de la descarga motriz “una especie de huida frente a ésta para proteger y hasta suspender la función del yo amenazado por la dimensión de la angustia” (Trobas G., 2003, p. 33).

J. Lacan (2019) afirma lo siguiente:

El pasaje al acto está del lado del sujeto en tanto que este aparece borrado al máximo por la barra. El momento del pasaje al acto es el de mayor embarazo del sujeto, con el añadido comportamental de la emoción como desorden del movimiento. Es entonces cuando, desde allí donde se encuentra –a saber, desde el lugar de la escena en la que, como sujeto fundamentalmente historizado, puede únicamente mantenerse en su estatuto de sujeto- se precipita y báscula frente a la escena (p.128).

Siguiendo lo planteado a lo largo de la obra de Lacan (2021), todo acto implica una decisión subjetiva y el pasaje al acto no sería la excepción ya que devela un franqueamiento del deseo donde se divide el querer del desear, ésta última característica es la más importante en cuanto al acto.

El sujeto se ubica como falta del Otro, se identifica como objeto que supone al Otro, es decir el sujeto no está presente como sujeto dividido por la barra, sino que se identifica a la condición de objeto que cae como resto insignificante.

Dada la condición de caer como objeto desecho, Gallo (2021) menciona que la dimensión insignificante deja al sujeto sin deseo, en una posición de no saber confrontarse a la vida, se ubica en un lugar de ceguera absoluta como búsqueda de aliviar la angustia.

En el acto yace una ruptura impulsiva de la continuidad, atribuida a una especie de anomalía de la afectividad donde hay ausencia de los tiempos lógicos anteriores al concluir, es decir, no pasa por el tiempo de comprender por lo tanto rechaza el saber, lo que permite explicar por qué existe la imposibilidad de reproducir lo que estaban pensando antes del pasaje al acto.

Si tenemos en cuenta los tiempos lógicos que propone J. Lacan en los *Escritos I*, sostiene que hay una modulación entre el instante de *mirada*, el tiempo para *comprender* y el tiempo de *concluir*. “Se aíslan en el sofisma tres momentos de la evidencia, cuyos valores lógicos se revelan diferentes y de orden creciente” (2005a, p.194). En el instante de mirada se da el intervalo para que lo dado de la prótasis, se mude en el dato de la apódosis, lo que permite que en un segundo momento se cristalice una hipótesis que va transitar hacia el tiempo para comprender, que supone un tiempo de meditación sostiene Lacan, al instante de la mirada. Se prosigue en una reflexión en la que luego se presenta la urgencia del momento de concluir.

Para su conceptualización propone en su escrito, un ejemplo, en el cuál un director de la cárcel expone a los prisioneros que debe poner en libertad a uno de los tres detenidos, y para decidirlo selecciona una prueba:

Son ustedes tres aquí presentes. Aquí están cinco discos que no se distinguen sino por el color, tres son blancos y otros dos son negros. Sin enterarles de cuales he escogido, voy a

sujetarle a cada uno de ustedes uno de estos discos entre los hombros, es decir, fuera del alcance directo de su mirada, estando igualmente excluida toda posibilidad de alcanzarlo indirectamente por la vista, por la ausencia aquí de ningún medio de reflejarse. Entonces, les será dado todo el tiempo para considerar a sus compañeros y los discos de que cada uno se muestre portador, sin que les este permitido, por supuesto, comunicarse unos a otros el resultado de su inspección. Cosa que por lo demás les prohibirá su puro interés. Pues será el primero que pueda concluir de ello su propio color el que se beneficiará de la medida liberadora de que disponemos (J. Lacan, 2005a, p. 187).

El instante de mirada “estando ante dos negros, se sabe que se es un blanco” este juicio es el que ubica al sujeto como impersonal, si ésta situación no se da en ningún sujeto se da paso al tiempo para comprender “si yo fuese un negro, los dos blancos que veo no tardarían en reconocerse blancos” (J. Lacan 2005a, p. 195) se objetiva algo más que los datos, se da así el tiempo de meditación, que trae consigo la conjetura de: “si yo fuese negro, él habría salido sin esperar un instante. Si se queda meditando es que soy blanco” entonces hay un pasaje de sujeto impersonal a introducir al otro.

Previene el momento de concluir “me apresuro a afirmar que soy blanco para que estos blancos, así considerados por mí, no se adelanten en reconocerse por lo que son” (J. Lacan 2005a, p. 195) pasado el tiempo entonces para comprender, el momento de concluir se refiere a concluir el tiempo para comprender. El tiempo de concluir es un acto, ya no se comprende más.

A partir de los tiempos lógicos, es que se considera que el pasaje al acto es mera conclusión, donde se halla situada la ruptura que lleva al sujeto a un acto en lo real, donde no hay tiempo para comprender, ni el instante para mirar, se concluye allí donde la cadena significante en tanto simbólico no funciona, lleva directamente al sujeto al campo de lo real.

Ricardo Seldes sostiene que “el sujeto se hiere a sí mismo para lastimar al Otro que hay en sí, ese Otro malo, el odio de sí se dirige allí donde falta la palabra que lo podría autorizar a simbolizar el agujero de su angustia en la cadena significante” (2021, parr. 17), el significante no tiene sentido sin la relación con otro significante y mucho menos si se omite el momento de comprender ya que la verdad se instaure en la cadena significante, mientras que Jacques Alain Miller dice “el goce se produce en el cuerpo del Uno a través del cuerpo del Otro” (1998, p.71), es decir que el cuerpo del Otro es el propio cuerpo en tanto goza. El sujeto asume la forma de objeto y cae en la escena de lo real.

Acting out

En lo que respecta a comprender el Acting out es necesario tener en cuenta que siempre está dirigido a un Otro, según la enseñanza de J. Lacan, que en el *Seminario de la psicosis* lo define como el “equivalente a un fenómeno alucinatorio de tipo delirante que se produce cuando uno simboliza prematuramente, cuando uno aborda algo en el orden de la realidad y no en el seno del registro de lo simbólico” (2016, p.117), es decir que el Acting tiene algo de exhibicionismo, de lo visual.

Otra cuestión que lo diferencia del pasaje al acto es que existe una continuidad por lo que no le es imposible recordar con facilidad el acontecimiento. En lo que respecta a los tiempos lógicos, el Acting rechaza el momento de concluir, hay un retroceso y vuelve al instante de ver, como se mencionaba antes pasa a espectador, el sujeto se enfrenta a lo imposible de saber, la falta, así se pone en juego el fantasma.

Al estar dirigido a un Otro, no es otra cosa que un llamado a ese Otro, este Acting no se interpreta, sino que se sanciona dice Lacan (2021). Esto da lugar a sostener que mediante el Acting out el sujeto exige una respuesta, Muñoz et al. (2011) señala que “podemos leer una especie de reclamo al A, una demanda, y que a su vez no se dirige a un oyente sino, más bien, a un vidente, a un A espectador” (p.114).

Como ejemplo clínico, propone J. Lacan en sus *Escritos II*, el caso de Ernst Kriss “el hombre de los sesos frescos” (2003) trata de un hombre de unos 30 años, en el que padecía una inhibición que llevaba a afectar sus trabajos intelectuales. Se presentaba una barrera intelectual la que lo angustiaba haber plagiado los trabajos, de no haber tenido ideas propias, sobre todo, las ideas de su amigo. Luego el joven descubre en la biblioteca una publicación en la que se desarrollaba la misma idea central de su trabajo, a lo que el analista evalúa detenidamente, llegando a la conclusión de que en él no se

detectaba ninguna alusión al trabajo del joven. En la sesión siguiente da la garantía al paciente de que en realidad “le hacía decir al autor lo que el mismo quería decir”.

La inhibición intelectual del paciente tenía relación con el padre ya que no había dejado huella dentro de su área, a diferencia de su abuelo que fue un científico reconocido. El analista llega a la conclusión de que el paciente quería encontrar “un gran padre”, un padre ideal. Siguiendo los *Escritos II* citado anteriormente, en el análisis del paciente con su anterior analista –Melitta Schimideberg- se puso de relieve el viejo impulso del mismo a robar en su infancia, en las que quizá se había desplazado a las ideas, llevándolo a la tendencia de plagiar (2003, p.579).

Aunque luego de la intervención de Kris su analista refiere: “Usted no plagia, sino que pretendía demostrarle que quiere serlo para impedirse a sí mismo serlo de veras” (p.579) guarda un silencio el paciente para luego contar que “todos los días -le dice al analista- al medio día, cuando salgo de aquí, antes del almuerzo y antes de volver a mi oficina, me paseo por la calle X, y miro los menús detrás de las vidrieras. Es en uno de esos restaurantes donde encuentro de costumbre mi plato preferido: sesos frescos” (p. 579). Lacan en el *Seminario X* de La Angustia destaca que luego de la interpretación de Kris, el silencio del paciente remite al efecto del enigma que sostiene sobre sí mismo, Lacan dice “solo le importa un bledo” (2021,p.138) y es así como el sujeto al salir de la sesión va a comer sesos frescos, en forma de Acting out, como la puesta en escena dirigida al analista como diciendo “todo lo que usted me dice es cierto, pero sencillamente no toca a la cuestión, quedan los sesos frescos. Se lo demostrare, iré a comerlos al salir, para contárselo la próxima vez” (2021, p.138).

Lacan considera al Acting out como una puesta en escena que se repite, que se realiza fuera de la sesión, pero está dirigida al analista, por lo que sugiere nombrar el lugar del deseo, que siempre está más allá. Siempre va a estar dirigido a otro, esto es lo que diferencia del síntoma ya que este se refiere al goce. El Acting out llama a interpretación, pero se debe saber si ésta es posible, porque estamos ante una transferencia salvaje dice Lacan, donde lo que se pone en juego es el resto (2021, p. 139).

Entre el sujeto y el significante se establece un vínculo que inevitablemente pierde algo de goce, así se instaura un resto libidinal como goce parcial que Lacan llama Objeto *a*. En el campo de lo real tenemos el organismo y a su vez, su representación imaginaria (cuando la unificación de ambos no se produce dará lugar al cuerpo del

esquizofrénico).

Tanto lo imaginario y lo simbólico (que da orden a la vez a lo imaginario) ;y lo real como aquello excluido, toman la dirección del objeto a que va a reformular a estos tres registros, da lugar a una desimetría en lo imaginario en la que el sujeto tiene poco acceso a la realidad del cuerpo con la cual no entra en la imagen especular, esto provoca la angustia, se presenta como objeto extraño y son nombrados como restos del cuerpo de las zonas erógenas o, en su variante positiva pueden erotizar la imagen del Otro.

Como esta extrañeza también puede presentarse en el campo simbólico, Lacan retorna el análisis freudiano del fort-da, pero la toma como un ida y vuelta del carretel que va del Acting out al pasaje al acto. Siguiendo esta misma línea I. Sotelo sostiene que “frente a la presencia del objeto a , la angustia puede transformarse en un acto, un pasaje al acto o un Acting out, respuestas sintomáticas ante la presencia angustiante del a ” (2009, p.66).

La misma autora propone pensar el acto suicida siguiendo la línea lacaniana, teniendo en cuenta que todo acto verdadero es un suicidio, porque el sujeto no será el mismo antes que después. Es interesante pensar estos actos en relación a la clínica de la urgencia, ya que un Acting out puede progresar a un pasaje al acto dice I. Sotelo (2009), además de que se presentan sutilmente, se podría concluir entonces que, en relación a los tiempos lógicos, es el momento de comprender la clave de la clínica.

Su relación con la angustia

¿Qué es la angustia? J. Lacan descarta que sea una mera emoción, la conceptualiza como un afecto, aunque no se queda allí, sostiene que el afecto es parte de la estructura del sujeto. “El afecto no está reprimido. Está desamarrado, va a la deriva, Lo encontramos desplazado, loco, invertido, metabolizado, pero no reprimido. Lo que esta reprimido son los significantes que lo amarran” (2021, p. 23).

Esta vía del afecto que elige Lacan, es una vía de acceso al objeto a , ya que la angustia en tanto tal no es significativa, y a su vez permite acceder a lo que no es significativa, teniendo en cuenta que este objeto a no es como los otros, por lo tanto, la angustia es un camino que revivifica la dialéctica del deseo.

Mientras que Freud (2013d) en su texto *Inhibición, síntoma y angustia* marca dos teorizaciones sobre la angustia, en la primera considera que el mecanismo de

represión es la responsable de causar la angustia, esta concepción da un giro posteriormente teniendo en cuenta que la angustia es la “reacción ante el peligro” (p. 2869) peligro interno como la libido, o externo relacionado a la castración, y ubica a la angustia como causante del mecanismo de represión.

Luego de la teorización de Freud sobre la angustia señal, se profundiza en el psicoanálisis lacaniano, el cual sostiene que la angustia es la que no engaña, es la que opera en el orden de lo irreductible de lo real.

Miller por su parte sostiene que la angustia lacaniana es activa, productiva, en tanto se traduce como objeto-causa, es decir, hace al objeto causa del deseo “El deseo dice J. A. Miller se concibe como un objeto caído, cortado, separado que fue abandonado, que el sujeto cede y cuyo paradigma es el objeto a' ” (2013, p. 83). Es así que el analista debe interpretar mucho antes del deseo, la causa del deseo “debe ser ahí, resuena el Dasein con el que J. Lacan califica al objeto a' dice Miller (2013, p. 84).

El objeto autentico es siempre desconocido, se ubica como a , en la estructura neurótica y se pasa el a del lado del Otro, siguiendo esta línea es donde se puede entender que el fantasma del neurótico es un a falso, en el cual como mecanismo es usado el desplazamiento inducido en el Otro, en conclusión el verdadero lugar es en el propio sujeto “la demanda del Otro adquiere función de objeto en su fantasma y por eso a , este a falsificado, se vuelve cebo para el Otro y pasa al campo del Otro” (2013, p.86).

Hasta aquí mencionamos lo que refiere al deseo, sin embargo, es crucial no dejar pasar por alto la cuestión del goce, teniendo en cuenta su paso tanto en la palabra como en el significante, el goce como tal no se deja significantizar.

La diferencia que podemos encontrar entre el deseo y el goce es, que como se mencionó antes, el deseo es en relación con el Otro, mientras que el goce se presenta como a , como una transformación del goce del propio cuerpo. Siendo así Lacan ubica a la angustia en el medio del goce y el deseo, solo la angustia al ser productiva puede transformar el goce en objeto causa del deseo.

En la enseñanza de Lacan se puede entrever que la Angustia no es lo que la gente cree, su teorización en el psicoanálisis requiere un estudio minucioso y profundo para

poder encontrarla más allá de lo fenomenológico. Lacan sostiene que la angustia es algo en sí mismo, perteneciente al orden de la aproximación, que incluso no es sin objeto, ya advertido anteriormente por Freud donde sostenía que la angustia es ante algo.

El mundo de los objetos tiene como prototipo nuestra imagen, la imagen especular. J. Miller sostiene que “hay una descomposición progresiva a lo que se llama el nivel especular, a medida que se construye el objeto a , al mismo tiempo se descompone el nivel especular que sostiene el estadio del espejo” (2013, p. 23).

La relación de la angustia con el suicidio o su intento, se podría explicar a partir del ejemplo que propone Lacan en cuanto a la estructura masoquista, el cual busca en el Otro la respuesta del sujeto en su miseria, donde dicha respuesta es la misma angustia. La angustia y el objeto dice Lacan, son a expensas del otro. Por su parte Miller en La angustia lacaniana nos va a decir:

La angustia es lo que no engaña, pero lo que no engaña es lo que no se deja significantizar, lo que no se deja atrapar en la *aufhebung*, es pues, el resto real. Este resto real es el goce en la medida en que no se deja capturar por el significante, el goce irreductible al principio del placer. Por eso, es la angustia que, como afecto de displacer, connota especialmente lo no significantizable. Lacan comienza su seminario con la fórmula <la angustia es el signo del deseo del Otro> pero que va a perdurar superada por otra fórmula <la angustia es señal de lo real> la función esencial de la angustia no es su relación con el decir, sino su relación con lo real (2013, p. 74).

Sin embargo, es necesario profundizar en uno de los conceptos nodales del psicoanálisis, *el fantasma*, ya que sin él la angustia no sería como tal. Menciona J. Lacan, “La estructura de la angustia no está lejos de la estructura del fantasma, por la razón de que es ciertamente la misma” (2021, p.11), ¿Por qué? Porque justamente es en el campo del Otro donde se desplaza el a , es decir, que su verdadero lugar está del lado del sujeto, pero este desplazamiento sirve a su fantasma, ya que se ubica del lado

del Otro como se mencionó anteriormente. Tal como sostiene la conceptualización del fantasma a lo largo de la obra psicoanalítica, el fantasma es lo que se requiere atravesar en el análisis, y quizás sea lo más dificultoso, pero no imposible.

La angustia como señal encamina al acto, el acto en tanto productor de alivio. Es por eso que para entender el acto es necesario tener en cuenta que la angustia se ubica de acuerdo a los tiempos lógicos justo en el momento de concluir.

La espera de la angustia no es de tranquilidad, siguiendo a Ricardo Seldes considera que el tiempo es inminente, del sin límite (2021).

La angustia es la que pone al parletre frente a lo irreductible de lo real, solo como señal indicaría un acto a realizar, el acto que produce el alivio, por ejemplo, cuando se trata de dar sentido al síntoma puede desaparecer ante la interpretación, pero en el caso de la angustia ésta continua.

S. Freud en su artículo sobre *Lo siniestro* que denomina *unheimlich*, toma la conceptualización de Schelling como “todo lo que debiendo permanecer secreto, oculto, se ha manifestado” (2013e, p. 2487). Asimila también la relación de lo siniestro con lo angustiante, cuando se desvanecen los límites de la fantasía y la realidad, cuando lo que considerábamos fantástico aparece ante nosotros en lo real, cuando el símbolo asume el lugar, propone un conjunto de factores que transforman lo angustioso en siniestro, como por ejemplo el animismo, la magia y encantamientos, la omnipotencia de pensamientos, las actitudes frente a la muerte, las repeticiones no intencionales y el complejo de castración.

Es por eso que lo siniestro no sería algo novedoso, siempre fue familiaro conocido en la vida psíquica, pero que a partir de la represión se tornó extraño, es aquí que remite al concepto de Schelling.

Sigmund Freud (2013e):

Si la teoría psicoanalítica tiene razón al afirmar que todo afecto de un impulso emocional, cualquiera sea su naturaleza, es convertido por la represión en angustia, entonces es preciso que entre las formas de lo angustioso exista un grupo en el cual se pueda reconocer esto, lo angustioso, es algo reprimido que retorna. Esta forma de la angustia sería precisamente lo

siniestro, siendo entonces indiferente si ya tenía su origen ese carácter angustioso, o si fue portado por otro tono afectivo. En segundo lugar, si esta es realmente la esencia de lo siniestro entonces comprenderemos que el lenguaje corriente pase insensiblemente de lo <<Heimlich>> a su contrario, lo <<unheimlich>>, pues esto último, lo siniestro, no sería realmente nada nuevo, sino más bien algo que siempre fue familiar (...) (p. 2498).

Marcela Gutman (s.f.) considera ésta relación como característica de la urgencia, el trinomio siniestro-angustia- urgencia, a su vez marcado por el tiempo, como un real dice Jaques A. Miller que se traduce en la angustia. Entonces estamos frente a la urgencia y la angustia como brújulas que orientan a la clínica psicoanalítica.

MARCO INSTITUCIONAL

Caracterización de la institución

El GUIAF fue creado como proyecto en el año 2007, y puesto en funcionamiento en el año 2012 con modalidad de salud mental móvil, en el transcurso de los años fue conformándose como servicio y hoy es un programa dentro del ministerio de salud.

GUIAF cumple dos principales funciones que ambas persiguen el objetivo de garantizar la inclusión en la red sanitaria, la primera función es de vigilancia epidemiológica, mientras que la segunda es de asistencia, que ambas se articulan entre sí. La principal tarea que se realiza es la búsqueda activa de personas que hayan presentado un episodio de intento de suicidio, ideación de muerte o pérdida por suicidio de un vínculo cercano (población destinataria), realizar una valoración de riesgo, trabajar la adhesión a un tratamiento si es necesario y el seguimiento a los 15 días, 3 meses a 6 y finalmente al año.

Como Objetivos Generales la institución se basa en:

- Brindar apoyo, contención y fortalecimiento interdisciplinario a pacientes en riesgo y familiares que hayan vivido una situación de suicidio o intento en algunos de sus miembros.
- Posibilitar, a la comunidad el acceso a un servicio de salud mental cercano a su domicilio propiciando una red de apoyo.
- Generar un espacio para la Capacitación, Formación académica / curricular y profesional en servicio, respecto a la problemática del suicidio en la Provincia de Salta.
- Consolidar un sistema de indicadores estadísticos que fortalezca los mecanismos de monitoreo y vigilancia epidemiológica, como así también que sirva como insumo para un observatorio de investigación en suicidio – intento de suicidio.
- Impulsar la creación del Plan Provincial de Prevención de Suicidio.
- Fomentar la gestión de los sistemas de calidad en los servicios de Salud Mental.

Misión

Promover la salud mental y prevenir conductas de riesgo, en relación al suicidio, autolesión, ideación de muerte, etc., en una afectiva articulación con las redes sanitarias y la comunidad, como también consolidar el Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Salud

Mental en Situación de Suicidio e Intento de Suicidio (Resolución Ministerial N°0199/18)
Se plantea como metodología de trabajo la notificación de caso por caso y su correspondiente Sistema de Referencia y Contra referencia, a fin de garantizar el seguimiento y atención oportuna de los usuarios.

Beneficiarios

Personas, familiares y /o referentes con exposición a situaciones de riesgo en salud mental, por suicidio o intento de suicidio que se encuentren fuera del sistema sanitario, mediante consultas espontaneas y/o derivaciones de otras instituciones (Servicio de 911, Ministerios de Educación, Justicia, Seguridad, Derechos Humanos, Secretaria de Niñez y Familia, Defensorías, etc.)

Teléfono

3874213387

Correo electrónico

guifsm@outlook.com

Dirección

Avenida Sarmiento 655, Salta Capital

Horario de atención

Atención de lunes a viernes de 8:00 am a 14:00 pm

Equipo laboral

Los recursos de apoyo fundamentales se encuentran asociados a los Recursos Humanos de profesionales capacitados y disponibles integrado por: Psicólogos.

Organigrama

En la actualidad la institución GUIAF no cuenta con un organigrama definido, aunque es necesario aclarar que el GUIAF depende de la dirección de redes sanitarias, de la Secretaría de la Salud Mental y Adicciones en el nivel central de la salud pública, que pertenecen al Ministerio de Salud Pública.

Pequeña reseña histórica

El programa GUIAF comenzó a gestarse aproximadamente desde el año 2007 como proyecto, siendo en el 2012 que se estableció formalmente bajo el aumento de la demanda de intervenciones en casos de episodios de suicidio por parte de otras instituciones, lo cual motivo a un momento de pausa para rever la situación epidemiológica y dar respuestas certeras a tal problemática.

En sus comienzos se pudo observar que los casos de episodios de suicidio eran con los que nadie quería intervenir, dotado de ciertos tabúes tanto de la sociedad como de los profesionales. Tal es así, que el GUIAF tuvo como principal objetivo en sus comienzos derribar estos tabúes, brindando capacitaciones y escuchando también a los profesionales sobre sus inquietudes sobre la temática.

Al margen de los tabúes, las familias que habían vivido un episodio relacionado al suicidio estaban por fuera de la red sanitaria, eran los olvidados del sistema. Esta situación fue la que dio lugar a otro de los objetivos del programa, la captación de esos sujetos que estaban por fuera de la red. Brindando no solo atención, ni asistencia a la persona con ideación o que tuvo un pasaje al acto, sino que también apuntó a apoyar a la familia con víctimas de episodios de suicidio.

En sus comienzos el programa estaba integrado por la interdisciplinariedad de profesionales, entre ellos psiquiatras, asistentes sociales, enfermeros y psicólogos. Las capacitaciones eran continuas en toda la provincia, por lo que también se comenzó a tener en cuenta la vigilancia epidemiológica. Tal fue la coordinación en la red sanitaria que se logró la red no solo con los distintos centros de salud, sino que también se pudo establecer red con el ámbito judicial y educativo.

Sectores institucionales en los que se realizó la pasantía

La pasantía académica se llevará a cabo en los sectores institucionales acordes a:

- Sector de vigilancia epidemiológica
- Consultorios internos
- Salidas externas a visitas domiciliarias
- Articulación con la red sanitaria (se informa al profesional a donde va a ser derivado el paciente, el cual debe tener turnos protegidos)

Rol de la pasante

En un primer momento el recorrido de la pasantía académica la alumna pasante sostuvo una posición de observadora no participante en las intervenciones y tareas que realizaban los profesionales del programa GUIAF, esto permitió la integración y adhesión parcial en el equipo. A partir de ello se logró tener un acercamiento a las tareas que se realizan en el programa para su posterior aprendizaje y puesta en práctica.

Así mismo permitió también tener una aproximación a la clínica de la urgencia. A medida que se fue adquiriendo experiencia la alumna pasante fue progresando en la participación en las intervenciones de manera supervisada, con seguimiento y acompañamiento por todo el equipo de profesionales, sobre todo de la directora institucional.

Las actividades que se llevaron a cabo, en primer lugar estuvieron orientadas a la familiarización tanto de la estructura de la institución como de los circuitos que se llevan a cabo una vez ingresado un caso. Las entrevistas con pacientes en consultorio y en visitas domiciliarias, el registro de casos, el seguimiento de pacientes, el control epidemiológico, la coordinación con otras instituciones.

Cabe destacar que durante todo el proceso se realizaban análisis y estudio de la teoría que enmarca el presente trabajo, para su adecuada articulación con los casos que se recibieron lo cual permitió un debate, un seguimiento y respectivo estudio del caso por caso.

El rol de la pasante se llevó a cabo de acuerdo a:

- Vigilancia epidemiológica: Control y estadísticas de los casos teniendo en cuenta: Lugar, sexo, edad, método, datos filiatorios.
- Articulación con la red sanitaria: coordinación de turnos protegidos con diferentes instituciones de la salud.

- Visitas domiciliarias: según el caso por caso y la disponibilidad de transporte.
- Seguimiento de pacientes: en casos sugeridos por los profesionales, vía telefónica.

Cabe destacar que la pasantía académica no tuvo inconvenientes, ni modificaciones bajo el contexto de pandemia por COVID-19, sin embargo se tomó la medida del uso de barbijo durante toda su duración para salvaguardar la salud de los pacientes y todo el personal de la institución. En cuanto a la modalidad virtual que se puso en vigencia desde el año 2020 por la pandemia, no fue utilizada durante la pasantía académica.

METODOLOGIA

Instrumentos

Observación no participante: el objetivo de tal instrumento fue poder tener una perspectiva general y específica acerca de lo que concierne a la clínica psicológica, “Método de recolección de datos consistente en el registro sistemático, valido y confiable de comportamientos y situaciones observables” (Hernández Sampieri, Fernández Collado y Baptista Lucio, 2010, p. 260).

Entrevistas: teniendo en cuenta que este instrumento es el eje de nuestra profesión, fue sumamente necesario para poder recabar datos o información relevante tanto para su aplicación en miembros de la institución como en los casos que se presentaron a lo largo de la pasantía, que lo más pertinente en el proceso se basaron en entrevistas semi dirigidas que de acuerdo a Siquier de Ocampo tal entrevista es cuando “el paciente tiene la libertad para exponer sus problemas comenzando por donde prefiere e incluyendo lo que desee” (p.23, 1997) y abiertas según el caso por caso.

Historias clínicas: reúne información personal de la problemática, enfermedad, padecimiento psicológico y su paso por la red sanitaria, como así también teniendo en cuenta antecedentes familiares, y datos filiatorios.

Ficha de registro único de pacientes: En el primer contacto con el caso se registran en la ficha de datos filiatorios personales y familiares, con su diagnóstico tentativo para ser corroborado posteriormente.

Planilla de notificación de casos de intentos de suicidios ingresados en Hospitales: Información desde las instituciones de salud de casos ingresados por intentos de suicidios que recibieron asistencia médica, la cual contiene nombre, apellido, edad, diagnostico según CIE-10, datos telefónicos y domicilio.

Planilla de notificación de defunción por suicidio desde el sistema 911: notificación de defunción por suicidio con número de aptuacion (registro de denuncia), la cual permite recabar datos de contacto para su respectivo seguimiento para apoyo familiar.

Actividades y tareas realizadas

A partir de los objetivos propuestos para llevar a cabo la pasantía académica la cual parte de enriquecer el conocimiento teórico-práctico en el ámbito clínico de la Psicología, se desplegaron una serie de actividades y tareas a tener en cuenta en el programa GUIAF:

-En primer lugar fue primordial el estudio a profundidad de los conceptos psicoanalíticos relacionados con la temática desde el comienzo de la planificación del proyecto hasta culminar la pasantía académica. Los cuales fueron propuestos por el tutor institucional con el propósito de desarrollar los conocimientos competentes como pasante.

-Fue crucial la familiarización con la estructura de la institución y las tareas que se desarrollan en la misma para poder comprender el circuito de funcionamiento teniendo en cuenta que el programa se caracteriza principalmente por la red de trabajo con otras instituciones/organismos. Al margen de lo mencionado fue necesario el conocimiento y aprendizaje de cómo se dan las articulaciones entre organismos, por lo que como pasante se pasó de observador no participante a agente activo dentro del programa con el respectivo seguimiento de los profesionales que allí se desempeñan, que tuvo lugar las primeras semanas de la pasantía.

-Inserción e integración en la institución.

- Conocimiento del espacio físico en la que está ubicada la institución y sus respectivos sectores (primera semana como pasante).
- Conocimiento del funcionamiento de la misma y del equipo de trabajo en dicho programa (primeras semanas como pasante).

-Entrevistas con los profesionales de los que allí se desempeñan con el objetivo de familiarizarse con la estructura de recursos humanos teniendo en cuenta las funciones y actividades competentes (primeras cuatro semanas como pasante).

-Siguiendo el circuito de la institución:

- 1- Ingresar la ficha de un caso (de vigilancia epidemiológica): la cual permite tomar conocimiento del caso. Siendo responsabilidad de todo personal de salud completar y enviar esta ficha tal como se estipula en la Resolución Ministerial N° 0199/18.
- 2- Búsqueda activa de pacientes, por medio del sistema Acuario por ejemplo, hay que tener en cuenta que la población destinataria del GUIAF son las personas que hayan vivenciado un episodio de intento de suicidio o un suicidio en sus vínculos cercanos

y por algún motivo quedaron fuera de la red sanitaria. Realizando la primera entrevista de acercamiento, tanto telefónicamente o por medio de la visita domiciliaria.

- 3- Se realizó la entrevista en el servicio con un turno previamente pautado en el contacto (telefónico o personal, individual y familiar), a fin de evaluar el riesgo, el sostenimiento de la idea de muerte, la contención familiar, los recursos psíquicos con los que cuenta el entrevistado.
- 4- Se realizaron como máximo hasta 3 entrevistas para formalizar la demanda y favorecer la adhesión al tratamiento (en este paso se evalúa clínicamente si se trata de un pasaje al acto o Acting out para evaluar el riesgo y la posible intervención) y posterior articulación con la red sanitaria, seguimiento evaluando si accedió al turno pautado.

El circuito que se mencionó anteriormente se realizó durante toda la pasantía académica. Según el circuito, se debió tener en cuenta el grado de riesgo que presentaba el caso por caso para la intervención como pasante, por lo que las entrevistas llevadas a cabo estuvieron sujetas a dicha condición y bajo la consideración de la profesional a cargo.

-Observación no participante de entrevistas clínicas de los casos realizadas por el tutor institucional.

-Participación en las visitas domiciliarias, planificadas los días martes y jueves de cada semana sujetas a disponibilidad de transporte oficial, las cuales tenían prioridad según el pedido desde la institución, ya que por ejemplo se presentaron oficios con pedido de intervención de carácter urgente o muy urgente.

-Entrevistas con pacientes supervisada por la directora del presente proyecto de pasantía.

-Correspondiente análisis desde el paradigma psicoanalítico de las entrevistas realizadas durante todo el proceso de la pasantía.

-Sistematización y análisis de los casos.

De tal manera habiendo realizado las tareas estipuladas para el transcurso de la pasantía, se estima haber cumplido con los objetivos propuestos. A su vez, teniendo en cuenta que el programa también realiza apoyo familiar con víctimas de suicidio, se logró conocer, y lograr un aprendizaje aproximativo para intervenir en tales casos, lo cual también sumó a establecer diferencias hipotéticas en base a los objetivos de la pasantía, a partir de los dichos de los familiares de la víctima.

Cronograma de actividades

Se detallan las actividades/intervenciones realizadas durante la pasantía académica que se consideran más relevantes para el programa GUIAF, sin embargo se dejaron constatadas la totalidad más adelante.

16/12/2022	-Presentación de todo el equipo de trabajo del programa GUIAF a la alumna pasante. -Presentación de los objetivos de la pasantía al equipo de trabajo, coordinación y planificación conjunta.
19/12/22	-Observación de circuito de ingreso de casos por consulta espontanea.
20/12/22	-Observación de la planificación de las visitas domiciliarias. -Observación de las visitas domiciliarias.
21/12/22	-Observación de circuito de ingreso de casos por pedido de intervención del Poder Judicial.
22/12/22	-Observación de planificación de visitas domiciliarias. -Observación de las visitas domiciliarias.
23/12/22	-Observación de circuito de ingreso de casos por pedido de intervención de Institución Educativa. -Observación de confección de informes dirigidos a otras instituciones.
27/12/22	-Planificación de visitas domiciliarias. -Realización de visitas domiciliarias.
30/12/22	-Observación de llenado de fichas para historias clínicas. -Observación de registro de historias clínicas en sistema Excel.
4/1/2023	-Observación de confección de constancias de Citación y Derivación. -Observación de elaboración de informe de constatación al Poder Judicial.
5/1/23	-Planificación de visitas domiciliarias. -Realización de visitas domiciliarias.
16/1/23	-Observación de seguimiento a pacientes derivados desde Hospital San Bernardo.

	-Llenado de fichas de pacientes derivados desde el Hospital San Bernardo.
20/1/23	-Seguimiento de pacientes que ya ingresaron al programa. -Llenado de ficha de evolución de los pacientes que ya ingresaron al programa.
25/1/23	-Al no haber actividades planificadas para este día, se revisó bibliografía y se articuló con los casos ya abordados con el acompañamiento del equipo.
26/1/23	-Seguimiento de pacientes derivados desde el Hospital San Bernardo. -No se hicieron visitas domiciliarias por falta de movilidad, sin embargo se planifico visitas según zona y control epidemiológico de áreas operativas.
30/1/23	-Entrevistas en consultorio interno. -Observación de control y vigilancia epidemiológica.
2/2/23	-Observación del control y vigilancia epidemiológica. -Observación de pedido de datos de defunción por suicidio a la Central Policial. -Realización de visitas domiciliarias.
7/2/23	-Pedido de datos de defunción por suicidio a la Central Policial. -Pedido de datos de defunción por suicidio a Hospital de Tartagal. -Planificación de Visitas Domiciliarias.
10/2/23	-Entrevista en consultorio interno. -Coordinación de turnos a pacientes con seguimiento.
14/2/23	-Planificación de visitas domiciliarias. -Realización de visitas domiciliarias.
17/2/23	-Control y vigilancia epidemiológica, revisión de estadísticas. -Entrevistas en consultorio interno.
22/2/23	-Seguimiento a pacientes derivados desde el Hospital San Bernardo. -Control y vigilancia epidemiológica.
27/2/23	-Entrevistas en consultorio interno. -Al no haber otras actividades planificadas para este día, se analizaron casos visto hasta el momento en conjunto con los

	profesionales.
1/3/23	-Actualización de la lista de profesionales de los distintos centros de salud del interior de la provincia. -Entrevistas en consultorio interno.
2/3/23	-Planificación de las visitas domiciliarias. -Realización de las visitas domiciliarias.
8/3/23	-Entrevista en consultorio interno.
10/3/23	-Se recibe consulta vía telefónica para intervención en caso de consumo problemático, se brinda información. -Revisión y análisis de historias clínicas.
13/3/23	-Entrevistas en consultorio interno.
15/3/23	-Observación en confección de proyecto para capacitación en el interior de la provincia.
20/3/23	-Entrevistas en consultorio interno. -Confección de informe de respuesta a Poder Judicial.
23/3/23	-Planificación de visitas domiciliarias. -Realización de visitas domiciliarias.
27/3/23	-Estudio y análisis de los casos ingresados. -Confección de informe de respuesta a Niñez y Familia.
29/3/23	-Seguimiento de pacientes derivados de Hospital San Bernardo.
30/3/23	-Cierre de la pasantía académica.

RELATO DE LA EXPERIENCIA EN
LA PASANTIA ACADEMICA

RECORRIDO DE LA PASANTIA ACADEMICA

La pasantía académica se llevó a cabo bajo la supervisión de la directora, la Licenciada Nuria Saavedra la cual brindó espacios de consultas, debates y sobre todo acompañamiento con enseñanzas antes y posteriormente a cada actividad realizada de la pasantía académica, como así también la participación en estos espacios de los profesionales que forman parte del programa.

Dentro del programa el rol de la alumna pasante pasó de observador no participante en un primer momento, de todas las tareas que se realizan en el programa para poder entender cómo se articula el programa GUIAF con otras instituciones, hasta su integración y adaptación en el mismo.

En las primeras semanas del recorrido de la pasantía, las actividades estuvieron centradas en el conocimiento de la institución, las tareas que realiza el personal que allí trabaja, el proceso que se lleva a cabo cuando ingresa una demanda y su respectiva articulación con otros organismos. En el conocimiento de los profesionales psicólogos que se desempeñan en el programa se pudo observar la orientación teórica personal, teniendo en cuenta que la normativa del programa no tiene preferencia por una en particular, por lo que los profesionales mencionaron que toman de base a la teoría psicoanalítica sin embargo, usan técnicas y tienen en cuenta otros marcos teóricos.

Se tuvo en cuenta desde el ingreso de un oficio hasta la recepción de los pacientes citados a entrevista, comunicación telefónica o su visita domiciliaria, incluyendo el archivo de registros en historias clínicas.

Una vez conocida la institución y su funcionamiento, los profesionales psicólogos capacitaron a la pasante para el uso informático del que se sirve el programa, en el cual se encuentran los registros de historia clínica única de cada paciente que permite unir transversalmente a todo el sistema de salud, se trata del sistema Acuario que rige en la ciudad de Salta.

También los profesionales capacitaron a la pasante en el registro de las fichas de cada paciente, como así también en los llamados telefónicos para seguimiento, de los casos que ingresan. Desde diferentes hospitales o demás instituciones envían los registros

de pacientes que ingresaron a internación o asistencia médica detallando el método utilizado, fecha del episodio de intento de suicidio y los datos de contacto.

Se debe tener en cuenta que el programa GUIAF corresponde al nivel central de la salud pública, por lo que uno de sus objetivos principales para con otras instituciones de la salud es supervisar el servicio que brinda a la sociedad, específicamente de la salud mental, esta es una de las razones por la que el programa no realiza un tratamiento psicológico, sino que lo garantiza. A partir de lo mencionado el programa entonces, capta al paciente que está por fuera de la red sanitaria, luego realiza una valoración de riesgo y trabaja la adherencia al tratamiento teniendo en cuenta la coordinación, integración y supervisión con otras instituciones de la salud. Por lo cual radica la razón de que no son más de 4 encuentros como máximo con un paciente

Teniendo en cuenta el circuito de función del programa, los casos pueden ingresar por distintas redes como ser; por derivación de otros programas (Secretaría de niñez, adolescencia y familia, Secretaría de Prevención y Lucha contra la violencia de género, entre otros, siendo las derivaciones desde el sistema judicial las de mayor cantidad en pedido de intervención.), por medio de Hospitales o centros de salud. A su vez ingresan oficios del ámbito judicial y educativo para su respectiva intervención. Cabe aclarar que también es posible la consulta espontánea ya que las instalaciones del programa se encuentran dentro del Centro de Salud N° 63 Roberto Nazr por lo que facilita aún más el servicio.

En caso de que la persona no se encuentre realizando un tratamiento psicológico, el programa le permite establecer un turno protegido otorgando Constancia de Derivación (entiéndase como turno con prioridad) en el centro de salud más cercano a su domicilio o en el programa mismo. Estas intervenciones realizadas desde la red sanitaria articulada con otros sistemas, pueden ser leídas como cierto control para asegurar que la familia cumple su función, sus deberes, llegando así al domicilio de la misma como si se tratase sólo de controlar el bienestar de los sujetos y lo que concierne a salvaguardar la reputación del sistema y así marcar nuevamente su poder, esto es a lo que hace referencia Jackes Danzelot teorizando sobre la Policía de la familia:

“(...) como método destinado a desarrollar la calidad de la población y el poderío de la nación. El objetivo de la policía es garantizar, en tanto como sea posible, la

felicidad del Estado por la prudencia de sus reglamentos y el desarrollo de sus fuerzas y su poder. La ciencia de la policía consiste en regular aquellas cosas que se relacionan con el estado presente de la sociedad, con su fortalecimiento y su mejora” (p. 16, 2008).

Sin embargo la orientación clínica del programa, no tiene por función obligar al paciente a realizar un tratamiento, entendiendo que el deseo de hacerlo interviene en la transferencia hacia el mismo. Sostiene Miguel Bassols “la transferencia es el pasajero desconocido del psicoanálisis mismo, y el destino del psicoanálisis es este pasajero desconocido en cada tratamiento psicoanalítico que conducimos” (2014). Entendiendo la función del analista en las instituciones ante la demanda del paciente, incluir lo no dicho en la cadena significativa.

Teniendo en cuenta el nivel legislativo, en base a la Ley de Salud Mental, se busca asegurar intervenciones basadas en la estrategia de la Atención Primaria de la Salud favoreciendo la respuesta a la demanda cercana al domicilio de los sujetos. Entonces, la respuestas clínicas del servicios se entrecruzan con otro de los objetivos del mismo que consisten en realizar un seguimiento del sistema, la disponibilidad del mismo por ejemplo, es por ello que no puede confundirse el seguimiento al paciente con el seguimiento al sistema.

En los fichas/oficios mencionados que llegan por derivación de otros organismos/instituciones o programas, se intenta establecer el primer contacto vía telefónica, que en caso de no poder comunicarse con el número que data en la ficha/oficio se procede a buscar en el sistema Acuario, siempre y cuando el paciente tenga domicilio dentro de la ciudad de Salta. En caso de no ser posible la comunicación telefónica, se pasa directamente a planificar la visita domiciliaria las cuales se realizan dos días a la semana y dependiendo la disponibilidad de transporte oficial.

Cabe mencionar que en las visitas domiciliarias los profesionales se encuentran con diversas situaciones que ponen en riesgo la intervención por ejemplo, en los barrios más vulnerables se observó cierta hostilidad por parte de las personas que viven allí al ver el móvil sin el logotipo del Ministerio de Salud Pública de la provincia de Salta, ya

que a veces se confunde con agentes de seguridad por lo que muchas veces no se pudo ingresar a determinadas áreas de barrios de la ciudad.

Una vez que se realiza la visita domiciliaria se busca al paciente, o al familiar a cargo en caso de ser menor de edad indagando principalmente “*los motivos que llevaron a la situación, ¿cómo se siente?, ¿está realizando tratamiento psicológico actualmente?, ¿necesita algo que podamos desde el programa para brindarle ayuda?*”, y se brinda información del programa para que tome conocimiento del para y por qué estamos allí.

En algunos casos se encuentra a sujetos que tuvieron un episodio de intento de suicidio que a su vez están en situación de consumos problemáticos por lo que la intervención del programa es en conjunto con el centro de rehabilitación de adicciones, solo si el sujeto tiene deseos de realizar un tratamiento. También en el programa se encuentran sujetos que padecieron algún tipo de abuso sexual por lo que su angustia se puede encontrar en relación a cierto hecho traumático que no pudo ser elaborado, o que no había sido hablado hasta el momento por lo que si se trata de un sujeto menor de edad, se establece la obligación como profesional de la salud mental radicar la denuncia a la justicia para resguardar la integridad del sujeto, cabe destacar que existen antecedentes de esta índole en el programa, entre otros.

Continuando con el circuito de casos también es necesario indagar la información personal actual del paciente para tener datos actualizados en la historia clínica y con qué recursos subjetivos, familiares, sociales, culturales y económicos cuenta, *con quién vive, si trabaja actualmente, si cuenta con obra social, si continua sus estudios, como es la relación con su familia, si realiza alguna otra actividad, datos de contacto telefónicos y de domicilio actualizados*. A fin de realizar una mirada crítica de las actividades del programa, cabe preguntarse siguiendo la línea psicoanalítica el autor Marcelo Barros teoriza sobre esta cuestión de registros como historia clínica, sostiene que la misma “es un documento público expuesto a la mirada del Otro institucional. Y es para ese Otro que se la escribe, no solamente para un registro propio (...) en ellos se encarna la ambición escópica de los poderes institucionales” (p.49, 2011).

Es necesario resaltar que toda intervención que se realizó fue redactada en la ficha de cada paciente para su registro en la historia clínica, como así también las respuestas y/o datos que brindaron los sujetos entrevistados.

En cuanto a los llamados telefónicos se procedió de la misma manera, siguiendo la línea principal de favorecer la inclusión del paciente en la red sanitaria, en este caso el programa brinda turno para consulta de psicología o trata de ser el nexo con el centro de salud más cercano al domicilio del paciente otorgando turnos protegidos. En caso de que el paciente comunique que actualmente está en tratamiento, se registra con qué profesional y en qué centro de salud, se registra en la ficha y se cierra el caso en historia clínica. Todo ello con el objetivo de evitar superposición de intervenciones con otros profesionales y siguiendo la orientación de que el control no es hacia el paciente sino hacia el sistema mismo, finalmente, se deja a disposición el programa.

Por otro lado en los casos que fueron vistos a lo largo de la pasantía, la practicante siguiendo la línea psicoanalítica buscó localizar el contexto y la situación en la que se dieron los episodios relacionados al pasaje al acto y/o Acting out, con el propósito de introducir el tiempo lógico de comprender.

Este tiempo de comprender situado también en relación a la urgencia, se dio a partir de intervenciones por medio de preguntas como ser: *¿Por qué estas acá? ¿Qué fue lo que te llevó a tomar esa decisión? ¿Queras contarme que paso?* también buscando evaluar si la ideación persistía, como riesgo de repetir la conducta suicida *¿Seguís pensando en esas ideas?* como también si existía planificación *¿Lo habías pensado antes?* Estas intervenciones a su vez, permitieron visualizar las coordenadas del caso sobre todo la subjetividad ante la manifestación de la urgencia.

Dejando de lado la burocracia de los sistemas que envían los oficios de cada caso tendiendo a objetivar; lo que nos recuerda a la segregación que cuantificaba a los sujetos y por lo que tanto luchó derribar la psicología, sostiene Erick Laurent:

“Necesitamos estructuras menos crueles, y esto supone tener una idea de los goces en juego en las organizaciones y en su funcionamiento. El objetivo es participar en estas instituciones menos crueles no es conseguir la cura analítica para todos, se trata más bien de que sea posible para los sujetos, uno por uno” (p. 58, 2000).

Cada intervención realizada sin importar la modalidad (presencial o telefónica) se revestía un Otro que aloja por medio de la palabra y que está dispuesto a escuchar desde una escucha analítica, ya que de esa manera surgen los significantes para elaborar quizá un sentido a ese sin sentido.

Cabe mencionar que en todos los pacientes entrevistados ya sea por vía telefónica, presencial en consultorio y/o en visitas domiciliarias, luego de alojar la palabra y a partir de la orientación sobre algunas coordenadas de lectura clínica, se ofrece, de considerarse adecuado la posibilidad de realizar un tratamiento psicológico, teniendo en cuenta que es el principal objetivo del programa la inclusión al sistema de salud del paciente.

Al margen de lo mencionado la mayoría de los pacientes aceptó realizar un tratamiento ya sea por medio de derivación realizada por el programa, u orientando a ellos mismos a buscar un profesional a partir de la obra social o particular.

También se encuentran los casos en los que no hay demanda por parte del paciente, los cuales no muestran interés por realizar un tratamiento, por ejemplo es el caso de A: en la que la practicante preguntó “¿Te interesa ir al GUIAF para que charlemos sobre este tema? o tal vez una derivación para algún centro de salud que te quede más cómodo para ir” a lo que A respondió “No por ahora no”. Finalizando entonces en ese momento la intervención del programa.

Otro de los casos que se pueden presentar es cuando la urgencia y la demanda es desde un otro, tal es el caso de G en el cual el padre solicitó turnos reiteradas veces para su hija “Si yo vine varias veces, pero ella no viene, Esta es la última vez que pido un turno después ya que vea ella y su mama, yo me canse”. En estos casos se les hace saber que el programa está a su disposición para cuando lo deseen.

Un punto a tener en cuenta como uno de los ejes de las intervenciones que se ponen en juego, es en relación a la demanda como mencionamos en el párrafo anterior. Sostiene Marcelo Barros (2011) que en la salud pública lo que prevalece es la demanda de ayuda., como así también las demandas de la autoridad (el sistema judicial por ejemplo). Es aquí donde el núcleo de la demanda podría llevarnos más allá, “llamamos deseo a esa singularidad que se presenta sólo entre líneas como metonimia de la demanda, a la enunciación que aparece en discordancia con el enunciado; en suma a lo interpretable de la demanda” (p.43, 2011). Esta cuestión de demanda es lo que se intentó diferenciar también en todo el proceso.

Apoyo familiar con víctimas de suicidio

En los casos de apoyo familiar con víctimas de suicidio, el programa recibe la notificación de defunción por suicidio del sistema 911 con el número de aptuación (número de denuncia) con el cual se realiza el proceso de registro de datos de la víctima teniendo en cuenta la edad, el sexo, el método y la fecha de defunción, tales datos son claves para el registro/cálculo estadístico de la provincia, el programa GUIAF cuenta con el registro estadístico de suicidio de los últimos años ya que en el año 2018 se aprobó por resolución ministerial N°0199/18 a fin de optimizar las acciones de prevención y control (prevención secundaria y de emergencia de nuevos casos y proceso de tratamiento adecuado) y evaluar la calidad de atención de los servicios de Salud Mental en el territorio provincial. A su vez tiene por objeto la actualización del Manual de Vigilancia de Suicidio e Intento de Suicidio.

Una vez registrada la defunción de la víctima, se realiza el contacto con la familia, que por lo general se estima un tiempo prudencial respetando las creencias de la familia y con el objetivo de no patologizar la tristeza, por ejemplo una familia de Tólar Grande detalla que realizan un ritual post mortem *“(…) aparte hay una tradición de las 9 noches que hacen misa en la casa y después se lava todo lo que hay en la casa, no sé qué más hacen con la ropa de ella por mas días y no queríamos que los chicos estén presentes en el ritual”* en el domicilio. En la costumbre católica también se rezan las 9 noches posteriores al fallecimiento de la persona. Lacan como se citó en Nieves Soria plantea que los ritos funerarios ponen en funcionamiento el orden simbólico que trata de rodear ese agujero real del duelo, aquí se pone en juego el tiempo lógico de comprender sin embargo menciona que nunca va a tocar ese real, solo lo rodea (p. 33, 2022).

Estas cuestiones culturales son las que se busca respetar para el primer contacto. A su vez hay que tener en cuenta el tiempo que transcurre desde el registro del 911 hasta la notificación que envían al programa. El primer contacto con la familia puede darse vía telefónica o también se puede realizar la visita domiciliaria.

Las intervenciones que se realizan están orientadas a develar cómo está sobrellevando la familia esa pérdida, indagando en primer lugar *¿Cómo está la familia después de lo que pasó?*, lo cual permite saber si un miembro de la familia se encuentra en riesgo por identificación con el fallecido, o si requiere de acompañamiento terapéutico, todo ello para disminuir las barreras de acceso al sistema.

También se indaga la posición subjetiva del familiar entrevistado ante ese hecho *¿Cómo estas vos, que pensas de lo que pasó?*, que por lo general están teñidos de culpa, por ejemplo el caso F, *“mi hermana me decía que quería venir a vivir acá y no la pude ayudar yo tengo 6 hijos, lamentablemente no pude”* o invadidos de preguntas *“(…) bueno me frena un poco me hace ver que hay que seguir, tengo muchas preguntas”*.

La culpa posiblemente ya es un sentido ante el real que representa la pérdida, ente el agujero que menciono antes. También probablemente está relacionada con lo que podría haber hecho para evitar que se suicide, o de no haberse dado cuenta que tenía un sufrimiento, o ese día del hecho haber actuado de otra manera la última vez que vio con vida o hablo con esa persona, Nieves Soria retoma también esta cuestión de tomar cada recuerdo, cada objeto con detalles en el cual el sujeto que atraviesa el duelo, llega a fetichizar ese recuerdo (p. 45, 2022).

En cuanto a las preguntas que invaden a los familiares, es el *¿Por qué hizo eso?*, *¿Por qué me hizo eso?*, *¿Por qué me dejó de esa manera?*, *¿Por qué no pienso en nosotros?* O también tienden a pensar en el futuro que tenía esa persona, o las cosas que consideraban buenas que le estaba pasando y esa persona no vio. Esto nos permite ver como tratan de darle sentido a ese sin sentido.

Teniendo en cuenta la elaboración del duelo que atraviesa la familia, se indaga *¿Cómo está conformada la familia?*, *¿Quienes viven en el domicilio?*, *¿Qué ocupación tiene?*, *¿Cuántos años tiene?*, *¿Realiza otras actividades?* Estas preguntas nos dejan hipotetizar la dinámica familiar.

Por lo general la preocupación de los padres es el miedo a que vuelva a suceder con otro hijo, por ejemplo el caso N la paciente refirió: *“Pero si me preocupan los 3, las chicas la de 17 no me habla sobre eso”* por lo que se presentan con preguntas de cómo detectar si hay ideación suicida. O también cuando la víctima tenía hijos, la preocupación por parte de los familiares que quedan a cargo en cómo explicarles lo que sucedió, o como hablar sobre ese suicidio, lo cual muestra que quizá queda un resto del tabú de *no hablar sobre suicidio* como si fuera algo que se contagia, o el no saber simbolizar la muerte acompañado de cómo se dio el episodio queda sin la posibilidad de ponerlo en palabras.

En todo el recorrido de la pasantía, específicamente en el área clínica las intervenciones estuvieron destinadas a un tiempo de pausa, con el propósito de instaurar un tiempo lógico de comprender en el cual el sujeto pueda preguntarse al respecto de su

angustia con la posibilidad de un otro que escucha desde un lugar de no saber, este lugar de no saber es el que ocupó la practicante durante las entrevistas con los pacientes. Se buscó que el paciente pueda establecer su posición subjetiva ante la urgencia y ante esa pregunta tener la posibilidad de continuar un tratamiento psicológico.

OTRAS FUNCIONES DEL PROGRAMA GUIAF

-Generar material de capacitación: El programa realiza lineamientos teórico-prácticos a tener en cuenta en los casos de episodio de intento de suicidio y apoyo familiar con víctimas de suicidio, destinado a todo el personal de salud. Tales lineamientos son compartidos a los centros de salud y hospitales de todas las áreas operativas de la provincia.

-Generar material normativo: Las normas están centradas en las intervenciones que se pueden llevar a cabo en sujetos con intento de suicidio o familias con víctimas de suicidio, tiene en cuenta las normativas que permiten los nexos dentro de la red sanitaria como fuera de ella teniendo en cuenta las instituciones del sistema judicial, educativo y diferentes organismos.

-Realizar capacitaciones: Se realizan capacitaciones para el personal de salud como prioridad, sin embargo es posible que esta se lleve a cabo para diferentes instituciones o para la sociedad en general. Tales capacitaciones están centradas en las áreas operativas de mayor tasa de mortalidad según las estadísticas del control epidemiológico, por lo que estas tienen prioridad en la planificación de la misma.

-Vigilancia epidemiológica: El control y vigilancia epidemiológico tiene en cuenta toda la provincia de Salta, situando las estadísticas según intentos de suicidios, suicidios consumados, detallando según sexo, grupo etario, método de suicidio, área operativa, entre otros. Este control permite intervenir de manera específica y realizar estudios transversales con otras problemáticas.

A modo ilustrativo en base a los objetivos del presente trabajo y bajo la modalidad que se intervino en el programa GUIAF durante el recorrido de la pasantía académica, se seleccionaron cuatro casos en los cuales se busca dilucidar la lógica de la urgencia y sus modos de manifestarse como el pasaje al acto y Acting out.

CASO K- “NADIE ME AYUDA”

CASO K (43 AÑOS)

INGRESO AL PROGRAMA: PODER JUDICIAL

DIAGNÓSTICO APORTADO POR EL JUZGADO INTERVINIENTE Y REGISTRADO A LOS FINES EPIDEMIOLÓGICOS POR EL PROGRAMA: X64 (Envenenamiento auto infligido intencionalmente por, y exposición a otras drogas, medicamentos y sustancias biológicas no especificadas).

Antecedentes del caso:

Ingresa Oficio desde el Juzgado de Violencia Familiar y de Genero, solicitando intervención del programa por intento de suicidio de la paciente K de 43 años, con diagnostico según CIE-10 X64 (intoxicación medicamentosa), detalla que estuvo internada en el hospital San Bernardo en el que la señora K refiere que el detonante de dicha situación fue que el señor XX (ex pareja) fue condenado por violencia de genero. También refiere el oficio que la señora K ingreso con politraumatismo y traumatismo encéfalo craneal de las cuales refiere que las lesiones fueron ocasionadas por el señor XX (ex pareja) con quien tenía, hasta ese momento un noviazgo.

A su vez especifica el oficio que la paciente denunció a su ex pareja por violencia de género y solicitó distancia perimetral para el acusado, desencadenando el Acting out de K.

Primer contacto:

El primer contacto se establece vía telefónica con el padre de K, el cual refirió que no tenía contacto con su hija, tampoco sabía su domicilio.

Se intentó tener comunicación telefónica con K, pero todos los intentos fueron sin éxito. Ante la dificultad de tomar contacto con la paciente, se programó la visita domiciliaria.

El primer encuentro con K fue en su domicilio, estando a punto de salir de su casa, tal como fue expresado a nosotras como entrevistadoras por la paciente. La practicante informa desde donde se hace la intervención y los motivos de la misma, K refiere que no se encuentra realizando tratamiento psicológico, y pasa a relatar las intervenciones que se realizaron en la red sanitaria cuando ocurrió el episodio de intento de suicidio.

K menciona que estuvo internada en el Hospital San Bernardo y luego derivada al Hospital de Salud Mental Dr. M. Ragone, a su vez, detalla con una posición querellante: *“ con el trato que me dieron ósea me trataron mal porque me hacía frío pedía una colcha y no me la daban, entonces me escapé porque para qué estar así”* a lo que la practicante indago sobre el servicio de psicología que le brindaron en la institución, *“En el hospital Ragone te asistieron psiquiatras y psicólogos?”* a lo que K refirió *“Sí también una psicóloga pero no me gustó, se llamaba XX pero es como que no me sirvió de nada, no me sentía cómoda con ella”*.

Si bien en el primer encuentro con K se buscó indagar acerca de las intervenciones realizadas por otras instituciones y los motivos de la falta de continuidad en dichas intervenciones, todo ello con el objetivo de evaluar si la dificultad se encontraba en una barrera del sistema de Salud, dificultada tal vez en alojar la demanda de la paciente o si esta falta de continuidad se encuentra relacionado con las resistencias de K, es decir, aquel intento de suicidio, ocupaba un lugar de llamado al Otro que posteriormente resultaba insoportable para la paciente, se abría como interrogante. Es interesante a partir del discurso de la paciente, tener en cuenta el deseo como metonimia de la demanda como plantea Marcelo Barros:

“no es necesario ser psicoanalista para saber que cuando alguien nos pide algo, eso no es para nada idéntico a lo que desea. Por eso la demanda del paciente no se agota pura y simplemente en la curación, porque el sujeto puede desear que se lo autentifique en su posición de enfermo” (p. 40, 2011).

Posteriormente se propuso a K tener una entrevista en las instalaciones del programa GUIAF, ya que se encontraba de salida. La paciente K aceptó el turno coordinado haciendo hincapié en que necesita ayuda: *“Si yo si quiero porque no estoy bien, pero no tengo obra social y con el trabajo y todo eso no puedo, además te dan un turno de aquí a 2 meses más o menos así ni ganas me dan de comenzar porque a la ayuda la necesito ya”*.

En el segundo encuentro con K, las intervenciones estuvieron destinadas a indagar en primer lugar que fue lo que sucedió en la trama de la vida de K para desencadenar el Acting out. También el propósito del segundo encuentro fue poder establecer las coordenadas del caso.

Se indago en un primer momento sobre la situación familiar de K, refiere una relación que denota conflictos con la figura paterna, se observa a partir de los dichos de la paciente que la modalidad de vinculación están cargadas de agresividad no son excluyentes a los vínculos de pareja, sino por el contrario, estos vínculos repiten, *“Y mi papa es complicado, antes nos llevábamos mal ahora... le digo la verdad me conviene llevarme mejor así que hablamos lo justo y necesario. Antes como que todo era problema y una vez me pego junto con mi hermano”*. Si bien el desinterés por parte del padre ante sus problemas actuales la paciente los justifica a partir de la relación que sostienen desde años atrás, su demanda llama permanentemente la mirada del otro y en este caso la mirada paterna.

A parte de este conflicto con el padre, la paciente destaca la despreocupación de su padre hacia la situación que atraviesa, de algún modo tal vez la paciente espera de la figura paterna alguna implicación para la solución de su sufrimiento y no tiene respuestas de este.

De los dichos de la paciente se observa la posición fantasmática, siempre siendo perjudicada por el otro. Refiere: *“pasa que mi mama se suicidio el año pasado en febrero, y todos sabíamos que estaba mal pero mi papa agarro sus cosas y se fue al dique, en ese momento estábamos esperando el juicio de mi hermano que estaba acusado de homicidio pero quedo absuelto, y antes de la fecha del juicio mi mama se suicidó. Pero mi papá me llamó y me dijo “anda a verla a tu mama porque en cualquier momento se manda una cagada”, yo fui y ella siempre nos trataba la puerta era una lucha entrar al departamento, y bueno logre entrar ese día le quite la llave y parece que no termine de irme que ya se empastillo, pasaron los días y en el juicio nos pareció raro no verla porque ella siempre iba, y bueno eso... pero bueno capaz todos hicimos abandono de persona pero es cansador lidiar con una persona así”*.

Podría pensarse a partir de los dichos de la paciente, una dificultad de separación de la figura materna, tanto ella como su madre, ambas perjudicadas por el otro, reclamando atención, sufriendo y padeciendo de igual manera al punto del suicidio.

Cuando el otro es malo, pareciera ser la posición de la paciente, la misma que ella leía en la posición de su madre, siempre sufriente. Dependiendo de los demás, hasta económicamente, depende, pareciera que le asegura un lugar en el otro, una ayuda que no le resulta suficiente y lo hace saber.

También se infiere que la paciente no puede responsabilizarse en algunos ámbitos de su vida, como ser el económico, y sobre todo el ámbito de la salud, la posición subjetiva de K está situada en un “no hacer” y que “me ayuden”, posicionándose en un lugar dependiente de los demás. Esta dependencia se pudo vislumbrar en la entrevista a partir de los dichos de K, como ser: *“que brinde datos si él no se hace cargo”, “no puedo” “Si todos saben, mi papá me dice “estas igual a tu mama” lo sabe y no hace nada”*.

Al margen del discurso de la paciente se pudo entrever también ciertas contradicciones, propia de la estructura neurótica como sujeto dividido, por ejemplo cuando refiere que no sale por semanas de su casa por no tener ganas de nada, y luego mencionar que va a la cancha.

En cuanto al episodio de intento de suicidio, las intervenciones que realizó la practicante estuvieron centradas en desplegar los significantes sobre el episodio para establecer de qué manera se manifestó la urgencia en ese momento, a lo cual K refirió que no se acuerda que paso ese día, ya que le contaron en el hospital una vez recuperada físicamente.

A su vez se indago cual fue el motivo que llevó a ese desencadenamiento, a lo que K refiere que fueron un conjunto de situaciones que se daban hace tiempo, que tienen que ver con la situación de violencia de género y la separación con su ex pareja, *“Nada, me sentía mal ya venía mal de hace mucho tiempo, lo de mi mama me empeoró. Me tome pastillas y bueno. Me encontró mi hijo que vive conmigo, la verdad que apenas me acuerdo me contaron ahí en el hospital, por lo que vivo empastillada no me acuerdo de nada”*, a raíz de lo mencionado por la paciente se puede inferir que se encuentra atravesando un proceso de duelo, que no solo tiene que ver con la separación de pareja sino que se encontró con el real de la pérdida de objeto, figura de la cual presenta dificultad de separarse. A partir de esta dificultad de separación con el objeto materno, es K quien ocupa ese lugar en la dinámica familiar que llevó a desencadenar la urgencia subjetiva a partir de un Acting out.

A partir de lo mencionado la paciente K se encuentra en un constante llamado al Otro, este llamado que obtiene respuesta de los profesionales de la salud en las distintas instituciones que estuvo asistida, K los destituye de su saber o quizá de su intervención, este destituir al otro es propio de la estructura de la neurosis histérica, en el caso de K es *“no me ayudan, no me sirve, intente todo lo que me mandaron a hacer”*. Será necesario estar advertidos para entrar en la serie de quienes son cuestionados por la paciente. Incluso esta destitución se hizo también con el programa, cuando se consultó a K de comenzar un tratamiento esta respondió que *“No, yo vine a ver de qué se trataba como le dije pero no, si de todas maneras me voy a ir al sur gracias”*, se podría inferir entonces que esta destitución que hace K hay un cierto goce ahí en ese *“no me ayudan”*. Es necesario tener en cuenta lo que sostiene Marcelo Barros *“la neurosis es un intento de preservación de la diferencia entre el deseo y la demanda, hará fracasar a quien se postule como el que comprende al sujeto y sabe que le hace falta”* (p.42, 2011).

Por otra parte en base a su relación de pareja, vínculo que tuvo su fin después de la denuncia por violencia de género ejercido por su ex pareja se destaca como detonante de la angustia que atraviesa K, ya que al quedarse sin un Otro que ejerce la violencia o que sea objeto de su fantasma que busca constantemente esa posición como sujeto. Y esta posición busca repetir ya que siempre es la que sufre, siempre hay un Otro que no la ayuda, esto también a partir de la identificación con la imagen materna, y que a su vez marca el modo de vincularse a partir de la situación edípica.

A partir de los dichos de la paciente se puede sostener que es una paciente de riesgo por la identificación a su madre, por la ingesta de medicamentos sin receta y control profesional necesario, por lo que se seguirá en tiempos futuros realizando seguimientos telefónicos o visitas domiciliarias desde el lugar de otro dispuesto a escuchar y/o asistir.

CASO H -“SEPARADOS EN LA MISMA CASA”

CASO H (14 AÑOS)

INGRESO AL PROGRAMA: SISTEMA EDUCATIVO

DIAGNÓSTICO APORTADO POR LA INSTITUCION Y REGISTRADO A LOS FINES EPIDEMIOLÓGICOS POR EL PROGRAMA: R45.8 (Síntomas y signos que involucran estados emocionales, ideación suicida)

Antecedentes del caso:

Ingresar notificación desde el establecimiento educativo solicitando intervención del programa, refiere que H tuvo 2 intentos de suicidio según comento la madre en la entrevista con los directivos de la escuela. La madre refirió también, que en la charla que tuvo con su hija H esta le afirma que es por el dolor que le causa la separación de sus padres, concluye la notificación.

Primer contacto:

Se establece comunicación telefónica con su mamá, se le otorga turno para entrevista en consultorio.

En el primer encuentro con la paciente se indaga sobre el episodio de intento de suicidio que informo el oficio “(...) *te cuento que este es un programa que toma intervención en los casos de suicidio o intento de suicidio. A partir de esta información ¿tuviste algún episodio relacionado?*”, a lo cual H refirió que no fue un intento sino que se trató de un episodio de ideación suicida “*Si, pero no lo intente. Solo tenía ideas porque me sentía mal*”, sin embargo la paciente mencionó que dio aviso a una compañera de tales ideaciones, luego se metió al baño del colegio y después volvió a la clase, esta puesta en escena es propia del Acting out, ya que hubo un llamado al Otro. Otra de las pautas que podrían indicar que se trata de esta manifestación de la urgencia, es la facilidad de recordar el episodio, es decir hay cierta continuidad ante el hecho.

En cuanto a la angustia que presenta H, se podría situar como el real que no se puede significantizar sobre el núcleo familiar, le dificulta elaborar la nueva dinámica familiar a partir de la separación de sus padres “*Porque ya nada es lo mismo*”, es decir, hubo un hecho que rompió ese curso de la vida familiar y también de la vida psíquica.

Este desborde por el cambio en el sostén familiar genera la urgencia, la cual llevó a H a responder desde un llamado al Otro.

Por otro lado los síntomas corporales que presenta la paciente, (dolores de cabeza y quistes en ovarios), sin causa fisiológica da la pauta que su estructura se trate de Neurosis, las defensas que se ponen en manifiesto es a partir de síntomas en el cuerpo “*Yo vine con mi mama porque hace días que tengo dolor de cabeza fuerte, y bueno también tuve problemas de quistes entonces pensaba que veníamos para que me controlen*”, bajo la dificultad tal vez de poner en palabras lo que le pasa o simbolizar, lo que lleva a la paciente a manifestar la urgencia a partir del Acting, es a su vez otra de los indicios de la angustia como objeto extraño, nombrados como restos del cuerpo en las zonas erógenas.

Siguiendo la teoría de Freud la sintomatología en el cuerpo se da probablemente por haber una convocación de la fantasía. Hay satisfacción pulsional a través de las zonas erógenas que luego esta se suelda a una fantasía, posteriormente reprime dicha fantasía que luego da lugar a la formación del síntoma. El síntoma heredará estas dos formas de satisfacción, la puramente pulsional (zona erógena) y la satisfacción ligada a la fantasía.

En el segundo encuentro con la paciente se pudo profundizar sobre la conflictiva de pareja que hay entre los padres “*¿Cómo están las cosas en tu casa?*, a lo que H respondió “*Pasa que mis papás están separados, ósea viven los dos en mi casa pero no se hablan, cada uno hace su vida (Llora)*” esto causa a la vez que H sea la tercera intermediaria entre la comunicación que debería haber entre los padres, lo que da lugar a una carga de responsabilidad que no concuerda con su edad ni tampoco en su rol de hija. La conflictiva que presenta la sujeto se establece entre dos objetos de amor, que en su fantasía se vivencia como una traición al otro cuando se trata de intermediar entre la pareja parental. En la fantasía ese objeto amado es dañado cuando la vinculación es con cada sujeto parental.

Al estar ubicada como intermediaria de la pareja parental, “*No, me piden a mí que le diga al otro, por ejemplo mi papa me pidió que le pregunte a mi mama si tenía para pagar la luz*” se torna para Luz como incómoda y desea correrse de ese lugar a lo que se indaga “*¿Tenes miedo de que le pase algo malo si decís lo que sentís?*” a lo que H responde “*Si, no quiero que se estrese*”, a su vez la paciente está entre dos objetos

amados por lo que su posición subjetiva se encuentra en conflicto como se mencionaba anteriormente.

En cuanto a los intentos de huir de su casa es otro tipo de defensa que se pone en marcha, la evitación. Por otro lado también se pudo observar que la paciente presenta dificultad para expresar lo que le pasa, por lo que las intervenciones estuvieron destinadas a la profundidad del discurso de la paciente “*¿Cómo te sentís con eso?, ¿Esta incomodidad pudiste comunicarles a ellos?, ¿Cómo te sentiste estos días?*

Al margen de lo mencionado, se puede inferir que la paciente necesita establecer un tratamiento psicológico, como la posibilidad de un tiempo para comprender ya que un Acting out puede progresar o llevar a un pasaje al acto, teniendo en cuenta que el núcleo familiar como factor de contención en la pubertad es crucial para la vida psíquica. Sin embargo hay una demanda por parte de ambas figuras parentales por el bienestar de su hija, como así también por parte de la paciente.

CASO J -“NO SE POR QUE ESTOY ACÁ”

CASO J (36 AÑOS)

INGRESO AL PROGRAMA: PODER JUDICIAL

DIAGNÓSTICO APORTADO POR EL JUZGADO INTERVINIENTE Y REGISTRADO A LOS FINES EPIDEMIOLÓGICOS POR EL PROGRAMA: No se pudo establecer.

Antecedentes del caso:

Ingresó ficha desde el Juzgado de Violencia Familiar y de Género, no tiene especificaciones sobre algún episodio de intento de suicidio del paciente por lo que no es posible establecer un diagnóstico desde el CIE-10, sin embargo solicita el juzgado intervención de apoyo, contención, fortalecimiento y tomar todas las medidas necesarias en resguardo de la salud psicofísica de J. No hubo datos de número de teléfono. Se estableció la visita domiciliaria.

En la visita domiciliaria no se encuentra al paciente en el domicilio, por lo que se deja citación con turno para entrevista en instalaciones del GUIAF.

Primer contacto:

Resulta llamativo de este caso que permite identificar en primer lugar, las diferentes miradas entre el discurso jurídico y una perspectiva clínica. En un primer momento se puede observar que el sujeto fue sancionado por la justicia. Mientras que la intervención del dispositivo lo que se busca en este espacio clínico es responsabilizar y ahondar sobre la posición subjetiva de J por la violencia contra su mujer, por este pasaje al acto dirigido al otro se cuestiona “*No sé qué me pasó, yo había dejado de tomar porque me hace mal*”. La intervención se sitúa alojando al sujeto en un espacio de escucha donde no se lo juzga, sino que se busca el momento para comprender.

Se instaura este tiempo de pausa indagando “*¿Qué fue lo que pasó?, ¿Qué paso en relación al episodio de suicidio?*” para elaborar una responsabilidad subjetiva ante esa urgencia, ante ese acto, y sobre todo correrse de su goce para dar lugar a preguntarse sobre su vinculación con el otro.

En segundo lugar, este caso permite a su vez visualizar que sucede cuando aquel otro que se intenta eliminar no se ubica para el sujeto en su propio cuerpo sino en el cuerpo de su pareja, siguiendo a Miguel Bassols que retoma a Lacan, “el acto agresivo hacia el otro como experiencia correlativa de una dislocación corporal, una fragmentación de la imagen narcisista de la imagen de uno mismo en la medida en que está construida a partir de la imagen de los otros. En el pasaje al acto el sujeto golpea en el otro aquello que no ha llegado integrar de su alteridad en la imagen narcisista y unitaria del Yo que llamamos personalidad (2012)”. Entonces el acto violento es en base al rechazo absoluto de lo diferente en la propia unidad del Yo.

Para J la palabra, la comunicación con su relación de pareja no funciona o quizás no existe, golpea en el otro lo que no puede simbolizar, sobre todo de sí mismo como se mencionaba anteriormente. Por otro lado el consumo de alcohol lo expone a todo tipo de excesos “(...) *yo había dejado de tomar porque me hace mal, pero bueno se me fue la mano*”, quizás como vía de escape del real que se presenta y no poder encontrar recursos para hacer frente a la demanda de su mujer.

Como intervención desde la clínica fue imprescindible despejarse también como institución que nada tiene que ver con la justicia, para bajar resistencias y ser visto como sujeto, como sujeto despojado de prejuicios pero en una posible posición de responsabilidad para poder ser escuchado.

En cuanto al episodio de suicidio que destaca la fiscalía que interviene, se presume que probablemente sea una ideación suicida bajo efectos del alcohol, sin embargo de acuerdo a los dichos del paciente no se pudo rescatar ninguna alusión a tal situación, si por otro claro refirió sobre la existencia de ideación de muerte “*Hace 12 años que estamos y tenemos 2 hijos, y por ellos por mis hijos no se me pasaría nunca por la cabeza matarme*”.

Se dejó el programa a disposición ante cualquier episodio, y se coordinó turno protegido en un centro de salud para iniciar tratamiento. J se demostró con interés de iniciar un tratamiento psicológico para replantearse la vinculación con su pareja.

CASO Q- “QUIERO ESTAR BIEN”

CASO Q (18 AÑOS)

INGRESO AL PROGRAMA: Consulta espontánea

DIAGNÓSTICO SEGÚN CIE-10: X70 (Lesión auto infligida por ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación)

Antecedentes del caso:

Consulta espontanea vía telefónica de la madre de Q, solicitando turno por un episodio de intento de suicidio.

Primer contacto:

En la entrevista con el paciente Q se priorizo identificar la demanda indagando “¿Cómo estas, contanos por qué estas acá?”, el paciente se encontraba solicitando ayuda hacia su madre, en la búsqueda de encontrar un espacio que aloje su angustia y permita poner en palabras aquello que lo angustiaba, sin embargo, no fue sin la intermediación de su madre que el paciente accedió a dicho espacio.

Inicia su relato del intento de suicidio que tuvo meses atrás en el año 2022, en el cual puede corroborarse un pasaje al acto planificado una vez ausentada su familia. Comenta que fue su hermano el que salva su vida por un imprevisto que lo lleva a volver al hogar sin sospechar la planificación de Q.

Al indagar el por qué tomo la decisión de intentar quitarse la vida “¿Por qué tomaste la decisión de matarte Q?, Q refiere que hace dos años se encuentra en un estado de angustia a partir del suicidio de su hermano mayor, en quien depositaba confianza y quien seguramente ocupaba un lugar de figura paterna, en dichos del paciente: “Pasa que hace dos años que estoy mal, porque... mi hermano mayor hizo lo mismo, se suicidó y fue muy duro eso, él fue siempre como mi papa, cumplía eso en la casa y con él podía confiar y contarle mis cosas (se angustia). Hasta hoy no sé por qué lo hizo, pero creo que eso fue lo que me llevó a estar así (...)”. A partir del discurso del paciente se infiere que hubo una identificación con su hermano y a partir del cual el suicidio se convirtió en algo posible.

También la pérdida real de ese otro que alojaba por medio de la escucha “(...) *con él podía confiar y contarle mis cosas (se angustia)*” dejó al sujeto sin la posibilidad de poner en palabras lo que le pasa anulando el momento de comprender que podía situar en ese vínculo.

El miedo de volver a cometer el acto “*Tengo miedo de volver a llegar a eso, quiero estar bien*” podemos ubicarlo en lo que menciona Mauricio Tarrab “cada uno está sujeto a las consecuencias de la operación por la que nos hemos identificado a algo: una imagen, un rasgo, un goce, somos prisioneros (2006)”.

Por otro lado, de inmediato se pudo verificar un vínculo transferencial con una de las psicólogas del programa “*Y ustedes ¿no tienen consultorio en la parte privada digamos?*” Tal como sostiene Miguel Bassols:

“la transferencia está al principio de cada psicoanálisis; cada sujeto llega, de cierto modo, con el psicoanalista en su auto (...) si la presencia real del analista está garantizada por la persona que ha escuchado al sujeto en esa primera entrevista, si el analista real es soportado por la persona que ha recibido el mensaje inconsciente del sujeto y ha confirmado la verdad de ese mensaje, es porque previamente hubo una persona en el asiento trasero (2014)”

. A partir de este indicio transferencial en el que podemos situar la existencia de la transferencia, en la demanda dirigida a un Otro profesional permitiendo incluir lo no dicho, lo que queda por fuera de la cadena significante que justamente es la función de un analista en las instituciones.

Finalmente se realizó el seguimiento vía telefónica en la que Q refirió haber iniciado tratamiento psicológico, y que esperaba estar mejor. Se dejó el programa a disposición.

CONCLUSIONES

Luego de culminar la realización de la pasantía académica, se destaca que se ha logrado cumplir con los objetivos propuestos, logrando articular la teoría psicoanalítica con la práctica clínica en una aproximación con los casos presentados. A su vez, a partir de la experiencia en el programa GUIAF se logró diferenciar las manifestaciones de la urgencia en cuanto a pasaje al acto y Acting out.

Para poder lograr tales objetivos fue sumamente necesario un estudio teórico de los principales conceptos psicoanalíticos que nuclean estas problemáticas, como también el marco normativo que sostiene el quehacer profesional del psicólogo.

La práctica enriqueció los saberes previos, ya que no solo permitió cumplir con los objetivos, sino que también tuvo el plus de conocer la articulación con otras instituciones, el conocimiento de una parte del sistema de salud pública, de la red sanitaria del área de salud mental. Teniendo en cuenta las secuelas contextuales que dejó la pandemia por el virus COVID-19, cabe aclarar que la pasantía académica fue desarrollada con normalidad, no fue necesario el uso de la modalidad virtual, sin embargo, se tomó los cuidados principales de precaución como ser: el uso de barbijo durante toda la jornada en la institución, y en visitas domiciliarias.

Teniendo en cuenta otra de las tareas que realiza el GUIAF como se mencionó a lo largo del presente trabajo, es realizar apoyo familiar cuando un miembro perdió la vida a causa del suicidio, esta función o servicio también sumo a la experiencia de la practicante ya que se abordó la temática del duelo en primer lugar, que si bien no es la temática de los objetivos planteados fue un plus enriquecedor.

La clínica psicoanalítica en la institución estuvo sujeta en primer lugar a las funciones del programa, se debe tener en cuenta que el programa GUIAF no realiza tratamiento ya que la institución corresponde al nivel central de la salud pública, del cual su principal objetivo es la captación de sujetos que se encuentran por fuera de la red sanitaria y a partir de ello integrarlos, estableciendo un espacio que aloja y permite una pausa para poder pensar la problemática del sujeto, estableciendo a la vez una adhesión al tratamiento futuro, que no va a tener resultados óptimos sin el deseo del sujeto.

Teniendo en cuenta que la mayoría de los sujetos entrevistados no habían tenido la experiencia de realizar tratamiento psicológico, ya que se presentan todavía en nuestra época ciertos prejuicios sobre el “ir al psicólogo” lo cual se intentó derribar en las entrevistas/intervenciones.

Las intervenciones que se llevaron a cabo no solo se dieron en consultorio interno, sino que permitió salir de la zona de confort, permitiendo conocer una parte del contexto de la vida del sujeto a partir de las visitas domiciliarias que suma a la valoración de riesgo del caso por caso, también otra de las tareas que se realizan en el programa se trata de realizar seguimientos/monitoreo sobre los casos lo cual se realizaba vía telefónica.

Por otra parte, en cuanto a las manifestaciones de la urgencia subjetiva se pudo especificar si se trataba de Acting out o un pasaje al acto, de lo cual se desprenden diversas causas que enmarcan el malestar que denota la angustia del sujeto. Al margen de los pacientes entrevistados a lo largo de la pasantía académica, se pudo observar que hay baja tolerancia a la frustración, donde no existe el tiempo de comprender por la ausencia de un otro que aloje y sostenga, ya que la mayoría de los pacientes piden ayuda antes de pasar al acto. Se observa una falta de comunicación, de presencia y escucha que contenga, muchas veces del mismo núcleo familiar.

Llama la atención dos causas que están por encima de la media según las estadísticas que controla el programa, siendo en el sexo masculino la circunstancia de ruptura de las relaciones de pareja como la principal causa que lleva al sujeto a la urgencia. Por otro lado el sexo femenino la reactivación de experiencias traumáticas relacionadas al abuso sexual. Sin embargo, teniendo en cuenta que el suicidio o su término psicoanalítico pasaje al acto es multicausal y entendiendo la complejidad del sujeto mismo, hay diversas causas a tener en cuenta.

También se pudo observar que en la mayoría de los casos nos encontramos con pacientes con consumo problemático, como la solución “rápida y aliviadora” ante el vacío o/y la angustia. Esto también nos da la pauta de las coordenadas de la época en la que estamos insertos como sujetos, considerando que el sujeto no está orientado por otro, en este caso por la función ordenadora del Nombre del Padre.

Este espacio que propone una pausa para un momento de comprender que se mencionaba en párrafos anteriores, es lo que buscó la practicante durante la pasantía en el programa, y así plantear la posibilidad de iniciar un tratamiento siempre y cuando por parte del sujeto haya una demanda, un deseo de tratamiento, teniendo en cuenta que es crucial para la clínica y sus efectos. Considerando la importancia del deseo de tratamiento, el programa no obliga a los pacientes a iniciar tratamiento alguno enmarcado según la Ley de Salud Mental por lo que se deja la posibilidad, como una puerta abierta

para cuando lo desee a disposición de poder asistirlo y coordinar si se quiere un tratamiento dentro de la red sanitaria. Esta puerta abierta, directamente destaca y hace saber al sujeto que hay un otro que está dispuesto para la escucha y la contención que daría lugar a un enganche hacia el abordaje terapéutico.

Otro de los temas que se puso en relieve en la participación como practicante de psicoanálisis en la pasantía académica, fue la apertura a la dimensión subjetiva, ya que la mayoría de los pacientes/casos que ingresaron al programa fueron tratados anteriormente por otras instituciones como un mero numero/caso/oficio que se buscaba la rápida solución, e incluso sujetos que pasaron por hospitales ante un episodio de intento de suicidio que solo se hizo foco en restituir a la persona en tanto normalidad biológica, el alta médica y solo hasta allí llegaba la intervención institucional. Por lo tanto esta apertura subjetiva que se mencionaba antes daba lugar al sujeto, un paciente que antes fue visto en tanto posición de objeto.

En cuanto a las estructuras psíquicas que se presentaron en los casos que se abordaron durante la pasantía académica, se pudo localizar en menor cantidad con diagnóstico previo la estructura de psicosis, los cuales tuvieron anteriormente atención en el Hospital de Salud Mental Dr. Miguel Ragone, que al momento de la entrevista en el programa se encontraban medicados por el profesional psiquiatra a cargo del caso. Por otro lado la estructura neurótica pudo ser localizada también a partir del discurso del sujeto, teniendo en cuenta la novela familiar, los mecanismos defensivos como la represión o en el caso de la neurosis histérica por el mecanismo de la conversión. A su vez se pudo constatar en la estructura neurótica la compulsión a la repetición.

Por otra parte se pudo observar la gran demanda por parte de las instituciones/organismos que piden intervención del programa, la provincia hasta la fecha, sigue teniendo una de las tasas de mortalidad por suicidio más altas del país, por lo que la problemática enmarca su importancia y sigue siendo uno de los problemas de los que solo unos pocos se animan a hablar, tal es así que sigue la representación del “contagio” del suicidio. Como si se impulsara a alguien a cometer un suicidio si se habla de ello. Esto requiere y llama a capacitación constante, no solo de los profesionales de la salud sino de toda la sociedad.

Esta representación pudo ser constatada en los casos que se abordaron en base al apoyo familiar con víctimas de suicidio, las familias que vivieron una pérdida de un miembro suelen creer que hablar sobre el hecho puntual de “suicidio” sería

contraproducente ante los demás miembros, prefieren no hablar o también obviar la pronunciación del hecho.

Al margen de los prejuicios y representaciones sobre la problemática el programa GUIAF puso en marcha el proyecto de capacitación dirigido a equipos de salud en las áreas operativas con más riesgo como prioridad, como así también las áreas del interior de la provincia ya que todavía existen centros de salud que no cuentan con el servicio de psicología. Si bien este proyecto está pensado entrar en vigencia para mediados del año 2023 ya funcionaba en los comienzos del programa, se quedó obturada por los efectos de la pandemia y también las vicisitudes de la disponibilidad de recursos que presenta el sistema de salud, siendo escaso para poder cubrir algunas necesidades.

Un análisis en base a las estadísticas obtenidas del año 2022 se pudo inferir que el sexo femenino recurre a métodos que no son letales en corto tiempo, mientras que el sexo masculino recurre a los métodos más letales que llevan a la muerte en cuestión de segundos. Por otro lado la curva de la franja etaria siempre es dinámica, por lo que en el año 2022 se incrementó en la franja de 15 a 24 años en la que prevalece la mortalidad por suicidio. La problemática del suicidio sigue siendo relevante en el sistema de salud pública de la provincia, teniendo en cuenta que la provincia de Salta tiene la tasa de mortalidad por arriba de la tasa a nivel nacional.

A raíz de la experiencia de la pasantía académica, a nivel personal se indaga y sugiere a la vez que el programa debería contar con la interdisciplinariedad que se planteó originalmente en los primeros pasos del programa, ya que el mismo contaba con profesional psiquiatra y asistente social. También se sugiere la necesidad de los tiempos de intervención, rever los tiempos teniendo en cuenta que la vida de una persona podría estar en peligro y que conlleva a su vez, rever la situación de la disponibilidad de recursos como por ejemplo el medio de transporte para las visitas domiciliarias.

Para finalizar este momento de comprender como alumna pasante, se espera que el presente trabajo sea de riqueza de conocimiento/información/teorización para futuros estudios relacionados a la problemática, que en primer lugar ayude a disipar prejuicios ante los sujetos que pasaron por episodios de intento de suicidio, como así también a las familias que perdieron a un miembro a causa del suicidio.

INFORME DE VALORACION

GUIAF-SECRETARIA DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DE SALTA

Como referente de la institución donde se llevó a cabo la pasantía académica y como directora de la misma, me dirijo a las autoridades correspondientes a la carrera de psicología de la facultad de Artes y Ciencias-UCASAL y por su intermedio al Tribunal Evaluador, en referencia al Trabajo Integrador Final de la alumna Axa Paz, D.N.I. 40.788.241, a fin de presentar la evaluación de desempeño de la pasante.

Desde el primer contacto con la institución se observó de parte de la alumna el cumplimiento de las reuniones pautadas, lo cual evidencia un nivel de compromiso con las pautas de trabajo propuestas, desde el inicio mostró interés por investigar sobre la problemática específica que aborda el Programa, solicitando orientación en cuanto a bibliografía.

Posteriormente, en su rol de observadora no participante, recorrió las diferentes áreas del servicio mostrando interés en aprender y responsabilidad en todo lo que se le indicaba.

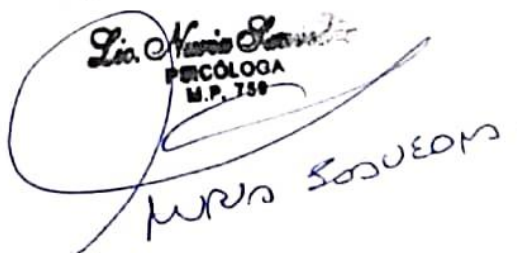
En cuanto a la asistencia, la alumna cumplió con los días y horarios pautados, siendo respetuosa con los pacientes, el personal de la institución y la información que en el mismo circula.

Se le solicitó que, a fin de avanzar sobre el trabajo, realice de forma sistemática el registro de casos y temas de interés que considere agregar con el objetivo de trabajar el material recogido con los profesionales de la institución y con la directora, fue elaborando verbalmente informes parciales que daban cuenta del recorrido de la pasantía.

En cuanto, se enfrentó con dudas, solicitó a la facultad mayor acompañamiento de parte de un tutor externo a la institución donde realizaba la pasantía, cumpliendo con todas las indicaciones realizadas por la tutora.

En el desempeño de sus funciones como pasante fue diligente y responsable en las intervenciones que estuvieron a su cargo recurriendo a la supervisión cada vez que se le presento alguna dificultad, realizando consultas, anotaciones, etc.

Finalmente, su informe permitió a los profesionales de la institución repensar su práctica.


Lic. María Susana
PSICÓLOGA
M.P. 759

Referencias

- Aries, P. (2000). *Historia de la muerte en occidente*. (Carbajo, F. & Perrin, R. Trad.). Quaderns Crema, Barcelona.
- Bassols, M. (2016). *El cuerpo hablante y sus estados de urgencia*. *Revista Virtualia*, Congreso de la AMP. <http://www.revistavirtualia.com/articulos/39/virtualia-32/el-cuerpo-hablante-y-susestados-de-urgencia>
- Bassols, M. (2012). *La violencia contra las mujeres*. *Revista Virtualia*. https://www.eol.org.ar/template.asp?Sec=publicaciones&SubSec=on_line&File=on_line/Miquel-Bassols/La-violencia-contra-las-mujeres.html
- Bassols, M. (2014). *Las paradojas de la transferencia*. *Revista Virtualia*. <https://www.revistavirtualia.com/articulos/135/virtualia-29/las-paradojas-de-la-transferencia>
- Barros, M. (2011). *Psicoanálisis en el hospital: el tiempo de tratamiento*. Grama. Buenos Aires.
- Belaga, G. (2014). *Equipo de urgencias subjetivas*. *Revista virtualia*. <http://www.revistavirtualia.com/articulos/549/encuentro-americano/equipo-de-urgencias-subjetivas>
- Clasificación Internacional de Enfermedades. *CIE-10*. <https://www.sssalud.gob.ar>
- Coelho, dos Santos. (2001). *A angustia e o sintoma na clinica psicoanalítica*. Artigos. *Revista Latinoamericana psicopatol.fundam* <https://doi.org/10.1590/1415-47142001001010>
- Donzelot, J. (2008). *La policía de las familias*. Nueva Visión. Buenos Aires.
- Gallo, H. (2021). *Por qué se suicida un adolescente: pasaje al acto, urgencia y acto*. Grama Ediciones, Buenos Aires.
- Gutman, M. (s.f.). *Angustia, tiempo, urgencia*. Escuela de Orientación Lacaniana. http://www.eol.org.ar/template.asp?Sec=el_cartel&SubSec=cuaderno&File=cuaderno/016/gutman.html
- Hernández Sampieri, R. Fernández Collado, C. y Baptista Lucia, P. (2008). *Metodología de la Investigación*. 4º ed. México: Mc Graw Hill.
- Freud, S. (2013a). *Contribuciones al simposio sobre el suicidio*. Editores Siglo Veintiuno con traducción de Luis López, Ballesteros y de Torres.

- Freud, S. (2013b). *Duelo y Melancolía*. Editores Siglo Veintiuno con traducción de Luis López, Ballesteros y de Torres.
- Freud, S. (2013c). *El malestar en la cultura*. Editores Siglo Veintiuno con traducción de Luis López, Ballesteros y de Torres.
- Freud, S. (2013d). *Inhibición, síntoma y angustia*. Editores Siglo Veintiuno con traducción de Luis López, Ballesteros y de Torres.
- Freud, S. (2013e). *Lo siniestro*. Editores Siglo Veintiuno con traducción de Luis López, Ballesteros y de Torres.
- Lacan, J. (2003). *Escritos II. Del sujeto por fin cuestionado*. Editores XXI (Segovia, T. & Suarez, A. Trad.) Buenos Aires, Argentina: Siglo XXI.
- Lacan, J. (2005a). *Escritos I*. Editores XXI (Segovia, T. & Suarez, A. Trad.) Buenos Aires, Argentina: Siglo XXI.
- Lacan, J. (2005b). *Seminario V Las formaciones del Inconsciente*. (Berenger, E. Trad.) Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Lacan, J. (2006). *Conferencia de Milán, 12 de mayo de 1972*. (Mater, O. & Freschi, A. Trad.) <https://www.elsigma.com/historia-viva/traduccion-de-la-conferencia-de-lacan-enmilan-del-12-de-mayo-de-1972/9506>
- Lacan, J. (2016). *Seminario III Las psicosis*. (Berenger, E. Trad.) Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Lacan, J. (2019). *Seminario XXI Los incautos no yerran*. (Berenger, E. Trad.) Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Lacan, J. (2021). *Seminario X La angustia*. (Berenger, E. Trad.) Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Laurent, E. (2000). *Psicoanálisis y Salud Mental*. Tres Haches. Buenos Aires.
- Ley 6.063 de 1983. De la Profesión del Psicólogo. Salta Argentina, 11 de febrero de 1983.
- Ley 26.657 de 2010. Derecho a la Protección de Salud Mental. 25 de noviembre del 2010.
- Ley 27.130 de 2015. De Prevención del Suicidio. 6 de abril del 2015.
- Miller, J. A. (1998). *El hueso de un análisis*. Buenos Aires, Argentina: Tres Haches
- Miller, J. A. (2005). *El otro que no existe y sus comités de ética*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.

- Miller, J. A. (2013). *La angustia lacaniana*. (Nora Gonzales Trad.) Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Muñoz, P., Leisbon, L., Smith, M., Berenger, A., Acciardi, M., Bugacoff, A. (2011). *Pasaje al acto, acting out y acto analítico, variaciones de la relación sujeto-otro*. Anuario de investigaciones. Buenos Aires.
- Sánchez, C. (2019). *Normas APA (7ma edición)*. <https://normas-apa.org/>
- Schneider Rodrigues, Malajovich Munoz. (2020). *Entre angustia e ato: desafios para o manejo da urgencia subjetiva na clinica psicanalitica*. Revista Latinoamericana psicopatol.funda m. <https://doi.org/10.1590/1809-44142020003009>
- Secretaría de Salud Mental y Adicciones (2022). *Informe de mortalidad. Vigilancia Epidemiológica en Eventos de Suicidio e Intentos de Suicidio*.
- Seldes, R. (2021). *Patología de la esperanza y el odio de sí*. Revista Virtualia <http://www.revistavirtualia.com/articulos/916/miscelaneas/patologia-de-la-esperanza-y-el-odio-de-si>
- Siquier de Ocampo, M.; García Arzeno, M. E. y Grassano, E. (1997). *Las técnicas proyectivas y el proceso psicodiagnóstico*. Buenos Aires. Ediciones Nueva Visión.
- Soria, N. (2022). *Duelo Melancolía y Mania en la práctica analítica*. Libro digital EPUB. <https://es.scribd.com/document/567513713/Duelo-Melancolia-y-Mania-en-La-Nieves-Soria>
- Sotelo, I. (2007). *Clínica de la urgencia*. Ediciones Buenos aires JCE.
- Sotelo, I. (2009). *Perspectivas de la clínica de la urgencia*. Buenos Aires: Gramaediciones.
- Sotelo, I. (2020). *La urgencia en tiempos de coronavirus*. Intersecciones PSI http://intersecciones.psi.uba.ar/index.php?option=com_content&view=article&id=8 22:la-urgencia-en-tiempos-de-coronavirus&catid=9:perspectivas&Itemid=1
- Trobas, G. (2003). *Dialéctica del actin out*. Virtualia Revista Digital de la Escuela de Orientación Lacaniana. <http://www.revistavirtualia.com/articulos/682/destacados/dialectica-del-acting-out>
- Tarrab, M. (2006). *La identificación no es el destino*. Revista Virtualia. https://www.eol.org.ar/template.asp?Sec=jornadas&SubSec=jornadas_eol&File=jornadas_eol/015/testimonio_tarrab.html
- Organización Mundial de la Salud. (2010). <https://www.who.int/es>

ANEXO I

Entrevistas e intervenciones en servicio de Consultorio Interno y Visitas Domiciliarias

CASO K (43 años)

INGRESO AL PROGRAMA: PODER JUDICIAL

DIAGNÓSTICO APORTADO POR EL JUZGADO INTERVINIENTE Y REGISTRADO A LOS FINES EPIDEMIOLÓGICOS POR EL PROGRAMA (CIE-10): X64 (Envenenamiento auto infligido intencionalmente por, y exposición a otras drogas, medicamentos y sustancias biológicas y no especificados)

Antecedentes del caso:

Ingresa Oficio desde el Juzgado de violencia familiar, solicitando intervención del programa por intento de suicidio de la paciente K, con diagnostico según CIE-10 X64 (intoxicación medicamentosa), detallada que estuvo internada en el hospital San Bernardo.

A su vez detalla el oficio que la paciente denunció a su ex pareja por violencia de género, y solicitó distancia perimetral para el acusado. A partir de este hecho K pasa al Acting out.

Primer contacto:

El primer contacto se establece vía telefónica con el padre de K, el cual refirió que no tenía contacto con su hija, tampoco sabía su domicilio.

Se intentó tener comunicación telefónica con K, pero fueron sin éxito. Se estableció la visita domiciliaria.

Entrevista con K en Visita domiciliaria:

P: Hola K, nosotros somos del Ministerio de Salud Pública, precisamente de la Secretaría de Salud Mental en el Programa GUIAF. Te visitamos porque queremos saber cómo estas, si estas realizando tratamiento psicológico después de ese episodio...

K: Hola, ahora no estoy haciendo tratamiento pero después de estar internada me derivaron al hospital Ragona. Me indicaron todo y quede ahí internada, y con el trato que

me dieron osea me trataron mal porque me hacía frío pedía una colcha y no me la daban, entonces me escape porque para qué estar así.

P: En el hospital Ragone te asistieron psiquiatras y psicólogos?

K: Sí también una psicóloga pero no me gustó, se llamaba XX pero es como que no me sirvió de nada, no me sentía cómoda con ella.

P: Nosotros llamamos a 2 números de teléfono que nos brindaron desde el juzgado, en uno de ellos nos atendió tu papá, pero con el otro número daba inexistente, ¿podes corregir el número que es tuyo por favor?

K: Si mi papá está esperando que me muera básicamente. Mi número es xxxxxxxx

P: ¿Te interesa comenzar un tratamiento?

K: Si yo si quiero porque no estoy bien, pero no tengo obra social y con el trabajo y todo eso no puedo, además te dan un turno de aquí a 2 meses más o menos así ni ganas me dan de comenzar porque a la ayuda la necesito ya.

P: K qué te parece si vas mañana al GUIAF para que hablemos algunas cuestiones sobre este tema y vemos si podemos coordinar una derivación con algún profesional por acá cerca?

K: Si, a qué hora?

P: ¿Te parece a las 10 de la mañana?

K: Si bueno, mañana entonces.

P: Bueno K, te esperamos mañana. Hasta luego.

Entrevista en consultorio:

La paciente llega puntual al turno pautado.

P: Hola K, mi nombre es X ella es Axa está realizando su trabajo final para recibirse de Licenciada en Psicología, si estás de acuerdo con que hoy nos acompañe (se explica a la paciente los criterios del consentimiento informado, a lo cual responde afirmativamente con la firma de consentimiento). Mira te contamos un poco a nosotros primero nos llegó un oficio a raíz de una denuncia del año 2021, hicimos

los llamados correspondientes y en una ocasión nos comunicamos con tu papa que nos dijo que no tenía contacto con vos, no tenía datos de donde vivías tampoco, y nos brindó un número pero daba fuera de servicio. Las psicólogas del programa buscaron tu domicilio pero no se encontraba la numeración. El año pasado nos vuelve a pedir intervención el juzgado así que al fin te encontramos.

K: (la paciente estaba angustiada) No puedo creer que mi papa no de datos de mí, no se da cuenta que hay personas que me quieren ayudar por lo menos que brinde datos si él no se hace cargo.

P: Como es la relación con tu papa

K: Y mi papa es complicado, antes no llevábamos mal ahora... le digo la verdad me conviene llevarme mejor así que hablamos lo justo y necesario. Antes como que todo era problema y una vez me pego junto con mi hermano. Pero siempre escapa a los problemas el, tiene una casa en el dique y siempre que pasa algo se va y listo, mi papá hizo abandono de persona.

P: Cómo es eso de abandono de persona...

K: Pasa que mi mama se suicidio el año pasado en febrero, y todos sabíamos que estaba mal pero mi papa agarro sus cosas y se fue al dique, en ese momento estábamos esperando el juicio de mi hermano que estaba acusado de homicidio pero quedo absuelto, y antes de la fecha del juicio mi mama se suicidó. Pero mi papá me llamó y me dijo “anda a verla a tu mama porque en cualquier momento se manda una cagada”, yo fui y ella siempre nos trataba la puerta era una lucha entrar al departamento, y bueno logre entrar ese día le quite la llave y parece que no termine de irme que ya se empastillo, pasaron los días y en el juicio nos pareció raro no verla porque ella siempre iba, y bueno eso... pero bueno capaz todos hicimos abandono de persona pero es cansador lidiar con una persona así.

P: ¿Vos tenes hijos K?

K: Si, tengo dos, mi hija vive en Buenos Aires, y mi hijo vive aquí conmigo.

P: Contame que paso con los profesionales que te atendieron en el Hospital Ragone, que me mencionabas ayer.

K: Ese hospital me dejo peor de lo que estaba, me trataban mal y la medicación que me daban me hacía re mal, al final mi hija me decía “mamá no vayas mal porque no te veo

mejor”, y bueno en el San Bernardo también me vio un psiquiatra pero me termino diciendo que no me iba a atender porque yo era una paciente de riesgo, así que me dejo así.

P: ¿Y quién te recetó la medicación que tomas ahora?

K: Nadie yo sola me médico, me meto 10 o 20 clonazepam porque no puedo dormir, hay días que me encierro que no salgo por una semana porque me da ansiedad, o no tengo ganas de nada, y bueno es como que estoy haciendo lo mismo que mi mama, empastillada todo el día... porque no tengo el coraje digamos de ir y colgarme, es como que cuando tomo las pastillas pienso que quizá pueda hacer algo vio, porque uno no está en sus cabales, quizá tenga el coraje gracias a las pastillas.

P: ¿hoy en día sigue la idea de morirte?

K: Y sí, pero yo no quiero estar mal, busque ayuda en todos lados. A veces pienso que ya mismo quisiera estar muerta, pero no sé... tomo tantas pastillas para poder tranquilizarme.

P: Para tomar medicación necesitas estar atendida por un psiquiatra K, es contraproducente que tomes medicación por tu cuenta, ¿porque tomas medicación en vez de hacer un tratamiento con profesionales?

K: Pasa que no tengo ganas de vivir, ósea hay veces que pido ayuda ya hice todas las cosas que me mandaron hacer, reiki, yoga, hasta a brujos fui pero ya deje todo no tengo ganas de nada ya porque nadie me ayuda. Nada me hace sentir bien, y la verdad ahora vine para ver de qué se trataba, no más porque tanto que pedí ayuda necesitaba saber de qué era esto.

P: ¿Tu familia sabe sobre esta situación de la medicación?

K: Si todos saben, mi papá me dice “estas igual a tu mama” lo sabe y no hace nada.

P: Los oficios que nos llegaron fueron por violencia de género de tu ex pareja, ¿o siguen juntos?

K: De mi ex pareja, y ahora lo volví a denunciar porque yo voy a la cancha a ver Central Norte, y el también... y me vive amenazando que me va matar y todo eso, a mi hermano también ya tienen problemas de barras. Pero lo denuncié dos veces en ese año porque yo estaba por comodidad, esa es la verdad, yo no trabajaba porque ya venía mal y bueno me

bancaba que me pegue porque me mantenía prácticamente. Y después bueno mi papá tiene una mueblería que como murió mi mamá nos metimos con mis hermanos porque mi papá ya anda con otra.

P: ¿El episodio de intento de suicidio en el que te internan en el Hospital San Bernardo, fue después de esta situación con tu ex pareja?

K: Si, fue después de eso... (Se angustia)

P: ¿Cómo fue ese episodio de intento de suicidio K, contanos?

K: Nada, me sentía mal ya venía mal de hace mucho tiempo, lo de mi mama me empeoró. Me tome pastillas y bueno. Me encontró mi hijo que vive conmigo, la verdad que apenas me acuerdo me contaron ahí en el hospital, por lo que vivo empastillada no me acuerdo de nada.

P: ¿Consumís otra sustancia K, marihuana o alguna otra?

K: Si porro, porque me relaja tampoco es que todo el tiempo estoy prendiendo uno. Es una o dos secas para dormir, más las pastillas, clonazepam. Es la única manera de que me duerma.

P: ¿Con quienes vivís?

K: Con mi hijo, pero capaz dejó todo y me voy porque mi hermano con el único que me llevo bien me dijo que vaya al sur, además al departamento que vivo ya me lo están pidiendo, y le pedí ayuda a mi papa para vivir ahí en el departamento que vivía mi mamá pero él nos quitó la llave porque claro ya tiene otra mujer.

P: ¿Cómo te mantienes económicamente ahora?

K: Y bueno con la mueblería pero a veces no voy a trabajar, y bueno ya todos dicen que soy una vaga y todo eso, pero ellos no entienden que no puedo no es que no quiera. Y mi hijo ahora hace cambios de dólares, así que bueno por lo menos él hace su plata.

P: Bueno K, la recomendación es que comiences un tratamiento sostenido, porque no vas a tener la solución con una vez que vayas al psicólogo, además de eso necesitas un psiquiatra más allá de la experiencia con los profesionales del área pública, bueno intenta con uno privado. Tenés el programa a disposición, podes llamar y pautamos un turno así vamos coordinando estas cuestiones para comenzar un tratamiento.

K: No, yo vine a ver de qué se trataba como le dije pero no si de todas maneras me voy a ir al sur gracias.

CASO F (27 años)**INGRESO AL PROGRAMA: Red Sanitaria-Hospital San Bernardo**

DIAGNÓSTICO APORTADO POR EL HOSPITAL INTERVINIENTE Y REGISTRADO A LOS FINES EPIDEMIOLÓGICOS POR EL PROGRAMA (CIE-10): X80 (Suicidio y/o lesión intencionalmente auto infligida por Salto desde lugar elevado)

Antecedentes del caso:

Desde los casos ingresados al Hospital San Bernardo se notifica al programa el caso de F de 27 años, se intentó establecer comunicación telefónica la cual fue sin éxito. Se establece la visita domiciliaria.

Primer contacto:

Recibe al equipo del programa GUIAF la madre de F, la cual insiste en que ingresemos al domicilio para poder entrevistar a su hija ya que se encuentra con la capacidad física reducida para moverse por sus propios medios. Al ingresar nos encontramos con el padre y una persona que trabaja como acompañante terapéutico para asistir a F.

La participación del padre de F, fue breve sosteniendo que la recuperación de F es lenta pero que la ve “bastante bien”.

Entrevista con F

P: Hola F nosotros somos psicólogos, ella es Axa está realizando su pasantía para recibirse de Lic. En Psicología si estás de acuerdo que esté presente (se explica a la paciente los criterios del consentimiento informado, a lo cual responde afirmativamente con la firma de consentimiento), venimos desde el programa GUIAF en el cual nos notificaron del episodio que tuviste el mes de octubre. Queremos saber cómo te sentís, si actualmente te encontrar en tratamiento con algún psicólogo...

F: Hola bueno como verán no del todo bien, ósea más que nada por lo físico porque ya estoy harta de estar acá encerrada, extraño mi trabajo. Y los psicólogos no, no tengo ganas de volver a contar todo de vuelta, además como que estoy enojada con ese tema porque yo venía haciendo terapia hace 3 años con mi psicólogo y cuando pasó esto, él ni siquiera

fue a verme o ni me llamó, y eso me molesto mucho. Pero bueno, en fin no tengo ganas de hablar todo otra vez, yo le decía a mi mama que busquemos otro tipo de psicólogo, no de esos que te sientas y hablas vos no más, y no pasa de ahí.

P: ¿Tienes atención médica interdisciplinar?

F: Si eso sí, ósea todo lo físico lo tengo cubierto digamos, y como que me siento bien en ese sentido porque avance muchísimo ya me largué a caminar sola y no le hice caso a mi fisioterapeuta (se ríe), agarre el andador y me mande al baño y después me puse la meta de llegar al living sola, y bueno pude. Después también las cicatrices están re lindas, no se notan casi, ósea no están feas así rojas y anchas nada de eso mira (muestra sus cicatrices de las diversas operaciones de columna, piernas y pie), así que en eso contenta, obvio que tengo mis días porque me desespera a veces pensar que no avanzo en nada. Lo que más me motiva es que quiero volver al trabajo.

P: Contanos ¿en qué trabajabas?

F: Tengo un kiosco en la escuela, el otro día fui en la silla de ruedas y todos los chicos me vinieron a abrazar y yo extraño mucho eso, aparte de mi trabajo también estaba estudiando Historia, quiero seguir pero modalidad virtual no hay, y no quiero perder un año por tras de esto... o a veces pienso en que estaría bueno por lo menos hacer un par de materias.

P: Que bueno que salgas un poco, y que vuelvas a esos lugares que eran habituales en tu vida... dijiste que no estás haciendo tratamiento, pero cuando se trata de hablar de lo que sientes o cómo te sientes ¿lo hablas con alguien?

F: Tengo una chica que hace Reiki y con ella hablo e incluso a veces ella anota algunas cosas que le digo

#En toda la entrevista a F, su madre estuvo presente por lo que también contestaba en algunas ocasiones.

Madre de F: A mí lo que me parece raro es que primero su psicólogo particular la abandonó prácticamente, y en el hospital cuando estuvo internada un mes y medio solo la vio la licenciada dos o tres veces, a nosotros con mi marido nos atendió en el pasillo como si fuera una charla así no más de cómo nos sentíamos con lo que pasó. Lo que más bronca me da a veces es que nosotros rogamos mil veces que por favor

nos atiendan, nunca tenían turnos... y me parece raro también que después de tres meses los manden a ustedes. Pero bueno estas cosas son así, imagínense que hace 3 días yo perdí a mi mamá... no me puedo desmoronar porque si no toda la familia va estar peor de lo que estamos.

P: Sí señora es entendible su malestar con el sistema de salud, lamentablemente a veces hay mucha demanda o los tiempos burocráticos tardan en llegar al personal que tiene que intervenir. Lo importante es que F está mejorando su salud y está motivada, ¿F está medicada actualmente?

F: Sí, pero solo con estabilizadores, antes si tomaba antidepresivos y esas cosas. Pero ya tomo muchísima medicación para los dolores y eso.

P: Bueno F, nosotros te dejamos el programa a disposición cuando tengas ganas de retomar algún día un tratamiento con un psicólogo puedes comunicarte a este número y hablamos para coordinar. Esperamos que te encuentres mejor y cuídate, fue un gusto conocerte.

F: Gracias hasta luego.

#Antes de terminar la visita domiciliaria con la familia de F, se entrevistó a la madre:

P: Señora cuéntenos si paso alguna situación antes del episodio que tuvo F

Madre de F: Mira esto es así, ella venía con tratamiento hace 3 años con este psicólogo y el año pasado en octubre dos días antes de su cumpleaños, ella andaba con una euforia que no te imaginas... se hizo el cumpleaños de su vida nos disfrazó a todos, se gastó no se cuánta plata todo re organizado, había mucha expectativa. Ese mismo día de su cumpleaños a la madrugada se pelea con el novio y al otro día se tira del puente de la rotonda de Limache, y no entendemos en que momento porque toda su vida le tuvo vértigo a las escaleras mecánicas y a todo lo que tenga altura, no sé todavía cómo hizo para subirse ahí. Y yo antes de su cumpleaños fui a verlo al psicólogo y le dije mira esta euforia no me gusta no me gusta no me gusta, yo ya sabía que esto terminaba mal, con mi marido ya presentimos que algo iba a pasar, que hizo el psicólogo, no tuvo mejor idea que mandarme al psicólogo a mi nada más que eso.

P: ¿Algún miembro de la familia está en tratamiento psicológico?

Madre de F: No, pero la idea es que sí que vamos porque mis hijos que viven acá los dos se tragan las cosas, y cuando pasó lo de F ninguno quiso ir a cuidar ni a ver a su hermana en el hospital. Estuvimos día y noche con mi marido un mes y veinte días en el hospital cuidándola, sumado a que yo trabajo y cuando F salió del hospital cae enferma mi madre que la perdí hace 4 días, ella F me dice que no me vio llorar, pero qué pasa... si yo me desmorono se caen todos. Ya habrá tiempo para ir al psicólogo, ahora lo que queremos es que por lo menos pueda caminar.

P: Bueno señora sabe que el programa está a su disposición, le dejamos la dirección y los números de teléfono para cualquier consulta, o si requieren atención psicológica podemos coordinar un turno para cualquier miembro de la familia y vemos como seguimos, lo importante es que a F se la ve mejor cada día. Muchas gracias, hasta luego.

Madre de F: Bueno muchas gracias a ustedes por venir.

CASO N (35 AÑOS)**INGRESO AL PROGRAMA: Secretaría de las Mujeres, Géneros y Diversidad****DIAGNÓSTICO APORTADO POR ORGANISMO INTERVINIENTE Y REGISTRADO A LOS FINES EPIDEMIOLÓGICOS POR EL PROGRAMA (CIE-10): R 45.8 (signos y síntomas que involucran estados emocionales, ideación suicida)****Antecedentes del caso:** El primer contacto se da por vía telefónica con la madre de N, la cual refirió estar distanciada de su hija hace tiempo.

Se establece la visita domiciliaria. Se entrevista a N en su domicilio.

Primer contacto:**P:** Hola N, buen día nosotros somos del GUIAF...ella es Axa está realizando la pasantía para recibirse de Lic. En Psicología si estás de acuerdo que nos acompañe a entrevistarte (se explica a la paciente los criterios del consentimiento informado, a lo cual responde afirmativamente con la firma de consentimiento) nos notificaron desde la secretaría de mujeres, género y diversidad de tu situación, así que vinimos a ver cómo estas ya que los datos de contacto telefónico no son correctos, y nos comunicamos con tu mama y nos dijo que no tiene contacto con vos. Contamos ¿cómo estás?**N:** Hola, si con mi familia no tengo relación, y si digamos que estoy mejor pero no del todo. Ahora estoy de mudanza porque bueno, por todo el problema con mi pareja.**P:** ¿Estás haciendo tratamiento psicológico o estás contenida en algún centro de la mujer?**N:** No, al centro de la mujer solo fui esa vez a asesorarme digamos. Pero no nada de tratamiento, si quiero igual ya cuando termine esto de la mudanza me pongo a ver ese tema.**P:** Te parece N ir al GUIAF, para que tengamos una entrevista más privada y vemos tu situación, tal vez te interesa que pautamos algún turno para comenzar tratamiento psicológico...**N:** Si, si no hay problema... a la mañana puedo temprano

P: Bueno te esperamos el miércoles, aquí tenes la dirección y el teléfono

N: Ok, hasta luego. Muchas gracias

***No se profundizó sobre el episodio de ideas suicidas por la presencia de sus dos hijas durante la visita domiciliaria.**

CASO C (27 años)**INGRESO AL PROGRAMA: HOSPITAL SAN BERNARDO**

DIAGNÓSTICO APORTADO POR EL HOSPITAL INTERVINIENTE Y REGISTRADO A LOS FINES EPIDEMIOLÓGICOS POR EL PROGRAMA (CIE-10): X78 (Lesión auto infligida intencionalmente por objeto cortante)

Antecedentes del caso:

No se pudo establecer comunicación telefónica. Se realiza la visita domiciliaria.

Primer contacto:

P: Hola C, nosotros somos del programa GUIAF, ella es Axa está realizando su pasantía para recibirse de Psicóloga si estás de acuerdo que esté presente en esta entrevista (se explica a la paciente los criterios del consentimiento informado, a lo cual responde afirmativamente con la firma de consentimiento) nos notificaron del Hospital San Bernardo que estuviste internado por un episodio de intento de suicidio en el mes de octubre el año pasado, así que vinimos a ver ¿cómo estás?

C: Aa sí, pero no ya estoy bien, eso fue de machado no más, pero no yo no me quiero matar... si cuando era más chico me intenté colgar de este árbol pero mi vieja me encontró. Pero no nada que ver

P: Bueno C, ¿estás haciendo tratamiento psicológico?

C: No ahora no, pero si quiero buscar algún psicólogo por lo del consumo, ya estuve internado en rehabilitación pero no me quiero internar, ya estoy bien ósea de jueves a domingo ponele que me den ganas de consumir pero sino yo estoy bien.

P: ¿Estabas en el programa PUENTE?

C: Claro claro ahí estaba en ese programa, pero como le digo no me quiero internar, ya estoy mejor con el consumo, los fines de semana no más me dan ganas de consumir, ahora ya estoy temblando ves, pero no voy a ir a consumir.

P: ¿Estás trabajando, o estudias?

C: Hago changas, hago durlock, albañil todo eso cuando me llaman. Por eso le digo estoy bien

P: C no es necesario que te internen para que estés mejor, puedes pedir otro tipo de intervención en ese caso de rehabilitación.

C: Claro si, pasa que de ahí de PUENTE me querían mandar al Ragone y mi mama no quería que me manden al Ragone porque de ahí salí peor de lo que entras ves. Pero ya no consumo nada de pasta base ni nada de eso, al alcohol no más si le meto los fines de semana como te digo.

P: Bueno C, ya conoces la dirección de PUENTE, sabes que puedes ir y pedir atención psicológica o la que requieras. Si tienes ganas es el momento de hacerlo, te dejo el contacto del programa GUIAF para lo que necesites.

C: Si si yo estoy yendo, no todos los días pero si en esta semana justo mi mama decía que tenía que ir. Gracias no

P: Hasta luego C.

CASO R (19 años)**INGRESO AL PROGRAMA: HOSPITAL SAN BERNARDO****DIAGNÓSTICO APORTADO POR EL HOSPITAL INTERVINIENTE Y REGISTRADO A LOS FINES EPIDEMIOLÓGICOS POR EL PROGRAMA (CIE-10): X64 (Intoxicación medicamentosa)****Antecedentes del caso:**

No fue posible establecer comunicación telefónica. Se realiza visita domiciliaria

Primer contacto:

P: Hola buen día nosotros somos del programa GUIAF, vinimos a ver a R, ¿se encuentra?

Madre de R: Hola acaba de salir en la moto, recién se fue... yo soy la madre ¿que necesitaba?

P: Estamos haciendo un seguimiento para ver como esta ella, a partir del episodio de intento de suicidio en el mes de noviembre del año pasado, así lo notifica el Hospital San Bernardo para que intervengamos nosotros.

Madre de R: Aa si, y la verdad que dio un giro terrible para bien gracias a dios. Ella cambió mucho, por suerte hoy la vemos de diez. Va, viene, trabaja, está con sus amigas.

P: Que bueno, ¿ella está haciendo tratamiento psicológico?

Madre de R: Fue un tiempo al hospital para que la atienda la psicóloga y bueno cuando se sintió mejor dejo de ir, además de que le queda muy lejos desde acá pero gracias a dios re bien esta. Fue una desgracia con suerte, ya pasó lo peor como siempre digo... Fue por una relación tóxica que tienen ahora en día, desde ahí yo me la traje y está bien.

P: ¿Sabe si le interesa retomar un tratamiento psicológico?

Madre de R: Y sinceramente para que le voy a mentir, ella está bien. Nosotros ahora estamos tratando de convencerla para que termine de estudiar, está trabajando y se mantiene bastante ocupada con eso... en su momento le pregunté sobre eso y me dijo no

mami no tengo ganas de hablar de esas cosas. Así que bueno yo no la quiero joder en eso, de todas maneras muchísimas gracias por haber venido le voy a comentar que vinieron.

P: Bueno sí, por supuesto se respeta su decisión, acá le vamos a dejar de todas maneras la información de contacto para cualquier consulta sobre el tema. Esperamos que estén bien hasta luego.

Madre de R: Hasta luego muchas gracias.

CASO T (22 años)**INGRESO AL PROGRAMA: PODER JUDICIAL**

DIAGNÓSTICO APORTADO POR EL JUZGADO INTERVINIENTE Y REGISTRADO A LOS FINES EPIDEMIOLÓGICOS POR EL PROGRAMA (CIE-10): R.45.8 (Síntomas y signos que involucran estados emocionales, ideación suicida)

Antecedentes del caso:

Ingresó al oficio desde Asesoría de Violencia Familiar y de Género, con pedido de intervención para T, no data el diagnóstico del episodio de suicidio.

No se pudo establecer comunicación telefónica por lo que se planifica la visita domiciliaria.

Primer contacto:

El primer contacto se establece con la madre de T en el domicilio.

P: Buen día señora ¿se encuentra T?

Madre de T: Hola no está ahora, ¿para que lo buscaba? yo soy la madre

P: Nosotros somos de la Secretaria de Salud Mental del programa GUIAF, intervenimos en los episodios relacionados al suicidio, desde Asesoría de violencia familiar y de género nos piden intervención, así que queríamos saber ¿cómo se encuentra T?

Madre de T: Aa si, bien pasa que él vive acá al lado con su pareja y viven peleando ahora ya se fue la chica a su casa, pero son las típicas peleas de ir y venir.

P: ¿Qué fue lo que paso, que manifestó sobre suicidio?

Madre de T: Cada vez que se pelea él dice me voy a matar, me voy a matar pero bueno eso no más, no creo que lo haga y él me dice a mí que no, pasa que se siente mal cada vez que pelean e incluso el mismo se pregunta por qué es así con la mujer, no quiere ser así. Y el otro día me decía mami yo quiero empezar un psicólogo porque yo no quiero que mi

hijo se quede sin su papa. Además el no conoció a su papa y siempre que se enoja conmigo me reclama eso del padre, así que creo que no lo haría y si quiere estar mejor.

P: ¿Tiene problemas de consumo él?

Madre de T: Y no sabría decirle, pasa que ellos se encierran ahí y bueno no sé.

P: Bueno nosotros le dejamos una citación para que vaya mañana al GUIAF, lo esperamos.

#El paciente T no asistió al turno. Se establece comunicación telefónica para saber si tuvo algún inconveniente, a lo cual refiere la madre que su hijo se encontraba mal de salud por lo que no pudo asistir. El paciente se compromete a empezar tratamiento psicológico en el centro de salud cercano a su domicilio.

CASO L (14 AÑOS)**INGRESO AL PROGRAMA: PODER JUDICIAL**

DIAGNÓSTICO APORTADO POR EL JUZGADO INTERVINIENTE Y REGISTRADO A LOS FINES EPIDEMIOLÓGICOS POR EL PROGRAMA (CIE-10): R 45.8 (Síntomas y signos que involucran estados emocionales, ideación suicida)

Antecedentes del caso:

Ingresó pedido de intervención desde la Asesoría de Menores e Incapaces para L (14 años), en la cual se detalla que el joven habría tenido intento de suicidio. Se especifica además, que presenta problemas de conducta y no acepta normas de convivencia en la institución educativa.

Desde el programa se intenta establecer comunicación telefónica, sin embargo, no se pudo establecer contacto por lo que se realiza visita domiciliaria.

Primer contacto:**Entrevista con el abuelo**

P: Hola buen día nosotros somos del programa GUIAF, intervenimos en los casos donde hay episodios relacionados al suicidio, buscamos a L ¿se encuentra?

Abuelo de L: Hola buen día, no él no está ahora. Yo soy el abuelo

P: ¿Cómo se encuentra el?

Abuelo de L: Mire la verdad es que mal no está, es atrevido y yo podría decir muchas cosas sobre L. A mí ya me tiene cansado y el otro día lo corrí de la casa. Por favor siéntense porque acá tenemos varias cosas que hablar.

P: No se preocupe señor así estamos bien. Que fue lo que paso en relación al suicidio?

Abuelo de L: No se por ahí sale diciendo que se va matar, vive en la calle va a la escuela cuando quiere

P: Mire la escuela nos notificó que L falta a clases, y que manifestó querer quitarse la vida, por eso estamos acá. ¿Quiénes viven con L?

Abuelo de L: Aa de la escuela los llamaron, y acá vivo yo, L y sus hermanas porque mi hija falleció hace un año, pobre le agarró un cáncer y bueno. Y aquí quedaron los chicos, el padre no se hace cargo de nada, a veces los ve, yo le dije que hable con L pero no le da bolilla. Así que yo trato de ser como la autoridad pero no hay caso, encima la mala junta que tiene...

P: ¿Tiene problemas de consumo de drogas?

Abuelo de L: Y mire que yo sepa no, nunca lo vi a veces si llega medio raro capaz que toma alcohol pero no sabría decirle. Sabe quién puede contestarle con más información la hermanita ella sabe todo, ahora la llamo.

#Nos atiende la hermana mayor de L.

Entrevista con la hermana

P: Hola ¿cómo estás? ¿Vos sos la hermana de L?

Hermana de L: Hola si yo soy

P: ¿Cómo es tu nombre? ¿Cuántos años tienes?

Hermana de L: B me llamo, tengo 15

P: Bueno B nosotros vinimos para saber cómo está tu hermano, porque nos notificaron de la escuela para intervenir por lo que manifestó que quería quitarse la vida.

Hermana de L: Y él está bien ahora más tranquilo, si había dicho eso pasa que tiene sus días, porque mi mamá falleció hace 1 año y los días del mes que está cerca de cumplirse un mes más de lo de mi mamá él se pone re violento. Como que le afectó mucho eso y bueno.

P: ¿Están yendo a la escuela?

Hermana de L: Si ahora él se vino del campo porque tiene el acto de fin de la primaria, y bueno yo lo ayudo a él y a mi hermanita menor.

P: ¿Vos estas yendo?

Hermana de L: Bueno yo no, por lo del embarazo no me daban ganas de ir y bueno deje.

P: ¿Viven solo con tu abuelo?

Hermana de L: Si con él, la otra vez nos corrió y nos fuimos a la casa de mi tía. Pero bueno nos volvimos, pasa que L hace renegar mucho cuando se pone así, pero bueno.

P: Bueno B, nosotros te vamos a dejar una citación para que L vaya al GUIAF, si no pueden ir avisas a ese número y ponemos otro día. Y te dejamos una derivación para vos para la salita de acá del barrio, de todos modos cualquier consulta que tengas nos llamas a ese número. Hasta luego.

#El paciente no asistió al turno, se intentó la comunicación telefónica la cual no tuvo éxito.

CASO M (16 años)**INGRESO AL PROGRAMA: PODER JUDICIAL**

DIAGNÓSTICO APORTADO POR EL JUZGADO INTERVINIENTE Y REGISTRADO A LOS FINES EPIDEMIOLÓGICOS POR EL PROGRAMA (CIE-10): R45.8 (Síntomas y signos que involucran estados emocionales, ideación suicida)

Antecedentes del caso:

Ingresó al oficio desde Asesoría de Menores e Incapaces con la siguiente petición: evaluar su estado general, con necesidad de tratamiento y también informa que el adolescente presenta déficit de habilidades comunicativas.

Se realizó la visita domiciliaria ya que no se pudo establecer comunicación telefónica.

Primer contacto:**Entrevista con la madre.**

P: Hola señora buen día, nosotros somos del programa GUIAF buscamos a M, ¿se encuentra?

Madre de M: Hola si, ya lo hablo justo se estaba bañando. ¿Quieren sentarse?

P: No señora gracias, no se preocupe. Bueno hasta que venga M, cuéntenos ¿cómo lo ve usted?

Madre de M: Y yo lo veo bien ahora, pasa que esas cosas dice el cada vez que se pelea de la chica. Pero yo lo hablo le digo que no se ponga mal, que vaya a la escuela porque abandono la escuela pero se puso a trabajar.

P: ¿Sigue en pareja M?

Madre de M: si pero con otra chica. Pero yo lo veo más tranquilo. Además me ayuda más en la casa porque a mí me están por operar del hombro así que él me ayuda bastante.

P: ¿Cómo es la situación en la familia?

Madre de M: Bien, se puso a trabajar ayudando a mi marido. Pero si le decimos que vuelva a estudiar. Ahí viene M.

Entrevista con M:

P: Hola Nosotros somos del programa GUIAF, ella es Axa está realizando su pasantía para recibirse de Psicóloga si estás de acuerdo que esté con nosotros en esta entrevista (se explica a la paciente los criterios del consentimiento informado, a lo cual responde afirmativamente con la firma de consentimiento) ¿contanos cómo estás?

M: Bien, bien

P: Nos comentaba tu mama que no estás yendo a la escuela

M: No pasa que no tenía ganas, aparte me gusta más trabajar

P: ¿M fuiste a algún psicólogo en este tiempo?

M: SI estaba yendo, pero creo que se tomaron vacaciones y no volví más.

P: ¿Qué te parece si vas al GUIAF y hablamos mañana?

M: Si está bien

P: Bueno te esperamos mañana a las 11.

Mama de M: muchas gracias yo lo voy acompañar seguramente.

P: Hasta luego los esperamos mañana entonces.

#Se presentan puntual al turno pautado.

Entrevista a M:

P: ¿Cómo estás M?

M: Bien

P: Bueno, te citamos acá para poder hablar más tranquilos en privado, contanos M que había pasado en esa situación que manifestaste querer morirte?

M: Me había peleado con mi novia, pero de machado no más.

P: Y cuando no estás tomando alcohol lo piensas?

M: No, eso me pasa cuando tomo no más. También ella se puso en pareja otra vez y cuando los vi lo amenace al novio, pero también de machado no más.

P: ¿Cómo es tu consumo de alcohol M?

M: Los fines de semana no más, pero no siempre

P: ¿Qué quieres hacer de aquí en adelante, quieres seguir trabajando... volver a estudiar?

M: Quiero volver a la escuela, pero pasa que yo voy a la escuela con una maestra para mi digamos y no me gusta yo quiero hacerlo solo, y si le dije a mi mamá. Yo quiero estar solo en la escuela, no con la maestra que está a la par mía.

P: Bien, bueno esta excelente que sepas lo que quieres y como lo quieres. ¿Qué te dijo tu mamá sobre eso?

M: Que sí que iba a hablar en la escuela.

P: Bueno M, que te parece comenzar otra vez el psicólogo, al que ibas. O ¿preferís cambiar de profesional?

M: P: No, ese estaba bien... y si quiero ir porque me hacía sentir bien

Bueno M, vamos a estar comunicándonos con vos para ver cómo seguiste, de todas maneras cualquier consulta puedes comunicarte con nosotros en el número o por mail tenes todo ahí ¿te parece?

M: Si está bien.

P: Bueno cuidate y espero que la operación de tu mamá salga todo bien. Hasta luego

M: Gracias.

#La semana próxima se recibió un mail de M, refiriendo que retomó el tratamiento con su psicólogo.

CASO J (36 AÑOS)**INGRESO AL PROGRAMA: SISTEMA JUDICIAL**

DIAGNÓSTICO APORTADO POR EL JUZGADO INTERVINIENTE Y REGISTRADO A LOS FINES EPIDEMIOLÓGICOS POR EL PROGRAMA (CIE-10): No se pudo establecer.

Antecedentes del caso:

Ingresa ficha desde el Juzgado de Violencia Familiar, no tiene especificaciones sobre el paciente por lo que no es posible establecer un diagnóstico desde el CIE-10, tampoco hay información de número de teléfono. Se establece la visita domiciliaria.

En visita domiciliaria no se encuentra al paciente en el domicilio, por lo que se deja citación con turno para entrevista en instalaciones del GUIAF.

Primer contacto**Entrevista con J:**

P: Hola J, yo soy la Lic. X, ella es Axa está haciendo su pasantía para la licenciatura en Psicología si estás de acuerdo para que esté presente en esta entrevista (se explica a la paciente los criterios del consentimiento informado, a lo cual responde afirmativamente con la firma de consentimiento) ¿cómo estás? sabes por qué estas acá?

J: Hola buen día, no la verdad que no sé. Me avisaron que tenía que venir porque tenía la citación.

P: Bueno, este es un programa que interviene en los casos relacionados a episodios de suicidio, contanos ¿que paso en relación al suicidio?

J: Yo no hice nada sobre eso, la verdad que me deja sorprendido porque no ni se me pasa por la cabeza algo así.

P: Nos llegó un oficio desde la Asesoría de Violencia Familiar, ¿a usted lo detuvieron en algún momento?

J: Aa si, hace 2 semanas creo por ahí.

P: ¿Qué fue lo que pasó?

J: Pasa que yo había salido a bailar con mi señora y lo único que me acuerdo fue que tome mucho y bueno me desperté y estaba en la comisaría.

P: ¿Alguien le contó que fue lo que pasó?

J: Bueno me dijeron que ella me denunció porque yo le pegue, pero yo no me acuerdo. Solo eso no me dijeron más nada y a ella no la puedo ver tengo perimetral.

P: ¿Esto había pasado antes?

J: No nunca, yo al verdad que estoy sorprendido.

P: ¿Hace cuánto que está en pareja? ¿Tiene hijos?

J: Hace 12 años que estamos y tenemos 2 hijos, y por ellos por mis hijos no se me pasaría nunca por la cabeza matarme. No sé por qué estoy acá.

P: ¿Tuvo contacto con ella después de este episodio?

J: Con mi suegra, para saber cómo están los chicos

P: ¿Qué piensa usted sobre la situación, que quiere hacer a partir de ahora con la relación?

J: Y yo quiero estar con ella, si quiero remediar todo, trabajo para mi familia para que no les falte nada. No sé qué me pasó, yo había dejado de tomar porque me hace mal, pero bueno se me fue la mano. Pero de matarme no jamás, tengo mis hijos chiquitos no podría.

P: Bueno J, ¿hizo tratamiento psicológico alguna vez?

J: No nunca

P: Quizá comenzar un tratamiento psicológico ayude a este propósito de dejar de tomar, o ver que pasa ¿no? Preguntarse tal vez que pasa que bajo el efecto del alcohol me pasan estas cosas... ¿qué le parece?

J: Sería lo mejor, yo quiero que todos estemos bien.

P: Bueno J, le vamos a hacer una derivación si usted lo desea para el servicio de psicología de la salita cerca de su domicilio si le parece

J: Bueno si

P: Dale J, este papel lo presenta en la salita y le dan un turno. Hasta luego.

J: Gracias hasta luego.

CASO A (15 años)**INGRESO AL PROGRAMA: PODER JUDICIAL**

DIAGNÓSTICO APORTADO POR EL JUZGADO INTERVINIENTE Y REGISTRADO A LOS FINES EPIDEMIOLÓGICOS POR EL PROGRAMA (CIE-10): R45.8 (Síntomas y signos que involucran estados emocionales, ideación suicida)

Antecedentes de caso:

Desde Asesoría de Menores e Incapaces piden intervención para A de 15 años, por la internación en el Hospital Materno Infantil por ideas de autoagresión.

Los llamados telefónicos son sin éxito, por lo que se establece la visita domiciliaria.

Primer contacto**Entrevista con A:**

P: Hola buen día, buscamos a A.

A: Si yo soy

P: Hola A, nosotros somos del programa GUIAF, yo soy la Lic. X, ella es Axa está haciendo su pasantía para recibirse de psicóloga si estás de acuerdo que esté presente (se explica a la paciente los criterios del consentimiento informado, a lo cual responde afirmativamente con la firma de consentimiento). Nos informaron desde la escuela que manifestaste querer morirte, así que vinimos a ver ¿cómo estás?

A: Bien

P: ¿Estas ideas de querer morirte siguen?

A: A veces

P: ¿Con quién vivís A?

A: Con mi abuela no más

P: ¿Hiciste tratamiento psicológico A?

A: Si de ahí de la escuela no más, pero ese día

P: ¿Te interesa ir al GUIAF para que charlemos sobre este tema? o tal vez una derivación para alguna salita que te quede más cómodo para ir.

A: Mm... no se

P: Como vos prefieras

A: No por ahora no.

P: Bueno A, te vamos a dejar el contacto del programa mira, ahí tenes los números de teléfono y tenes un mail, cualquier consulta o situación que requieras ayuda podés llamarnos nosotros somos psicólogos, así que bueno estamos a tu disposición.

CASOS – CONSULTA ESPONTÁNEA

El servicio se encuentra abierto y disponible al público, tanto telefónicamente con la posibilidad de consultar por un turno en los consultorios externos, estos turnos aseguran un espacio dentro de las próximas 48 horas hábiles y se reciben todo tipo de demanda.

CASO G

INGRESO AL PROGRAMA: CONSULTA ESPONTÁNEA

DIAGNÓSTICO SEGÚN CIE-10: X64 (Envenenamiento auto infligido intencionalmente por, y exposición a otras drogas, medicamentos y sustancias biológicas y no especificados)

Antecedentes del caso:

El caso ingresa al programa por consulta del padre, el cual en reiteradas oportunidades se hizo presente para pedir turno (4 veces) para su hija.

Aclaro además, que su hija está diagnosticada con anorexia y que además tuvo reiterados intentos de suicidio por intoxicación medicamentosa X64 (INTOXICACIÓN MEDICAMENTOSA). La paciente no asistió a ningún turno establecido.

P: Hola buen día, ¿en que podría ayudarlo?

G: Hola quería pedir un turno para mi hija

P: Bueno, a ver tenemos para el día martes a las 11 horas.

G: Si está bien

P: Dígame el nombre por favor

G: es BG

P: ¿Usted ya había pedido turno anteriormente?

G: Si yo vine varias veces, pero ella no viene, Esta es la última vez que pido un turno después ya que vea ella y su mama yo me canse.

**P: Bueno aquí tiene el turno. En caso de que no pueda asistir ahí tiene los teléfonos.
Hasta luego.**

G: Hasta luego muchas gracias.

CASO V (11 años)**INGRESO AL PROGRAMA: CONSULTA ESPONTÁNEA**

DIAGNÓSTICO SEGÚN CIE-10: R45.8 (Síntomas y signos que involucran estados emocionales, ideación suicida).

Primer contacto:

Ingresa al programa por un llamado telefónico de la madre de la paciente, solicitando un turno con un profesional psicólogo para su hija, sostiene que tiene *ideación suicida* (R45.8). La madre establece contacto con el programa por sugerencia de una psicóloga del programa Niñez y Familia. Se pauta turno en las instalaciones del GUIAF.

Se presenta la madre con su hija al turno pautado.

Entrevista con la Madre de V:

P: Buen día, yo soy la Lic. X, ella es Axa está realizando su pasantía para recibirse de psicóloga, si estás de acuerdo con que esté presente te vamos a pedir tu consentimiento firmado acá, de lo contrario no hay problema (la consultante da su consentimiento). ¿Cómo está? contame por favor por qué recurriste al programa, sabes de qué se trata?

Madre de V: vine porque la psicóloga del programa de niñez y familia me recomendó que venga para acá porque mi nena de 11 años tuvo inconvenientes en la escuela y desde ahí que nos dijo que quiere morirse, y yo la verdad que no sé qué hacer... me gustaría saber que tengo que hacer por eso estoy acá.

P: contame un poco de este inconveniente en la escuela, cuando fue?

Madre de V: fue antes que terminen las clases, casi en noviembre. paso que las compañeritas le hacían bullying, una vez vino con una marca en el brazo como si alguien la hubiese agarrado muy fuerte... y desde la escuela pensaron que fuimos nosotros los que le pegamos, entonces intervino la asesoría... después ese tema se aclaró resultó ser que era un compañero. Después de eso una de sus amiguitas le dijo que se mate y ella se angustió mucho pensaba en esas cosas.

P: quienes viven con V?

Madre de V: somos mi marido, mi hija más chiquita de 9 años, V y yo.

P: ¿V manifestó hacia ustedes estas ideas de morirse?

Madre de V: si, nosotros una vez que desde la escuela nos informaron esto hablamos con ella y nos dijo que si, que se quería morir... por supuesto que nosotros en ese momento le hablamos bien le dijimos que no tiene que hacer caso a lo que los demás le digan, que nosotros queremos que ella sea feliz que no se preocupe.

P: ¿Cómo le fue en la escuela?

Madre de V: bien ya paso de grado, de todas maneras la cambie a turno mañana. Aparte ella hace deporte y le encanta el jockey... a veces con el trabajo se me complica llevarla pero ahora por ejemplo está en la colonia de vacaciones, juega con su hermanita se llevan muy bien, eso también como que ahora la veo mucho mejor pero tengo mis miedos.

P: bueno ahora vamos a hablar con ella, a ver como esta

Entrevista con V:

P: Hola V, ¿cómo estás? sabes por qué te citamos hoy acá?

V: bien, mi mama me dijo que tenía que venir a la psicóloga, pero yo pensé que era la otra

P: Ya tenías otra psicóloga?, cómo te sientes con ella, te gustaba ir?

V: fui poquitas veces pero si bien

P: Bueno nosotros queríamos verte porque nos llegaron informes de mucha gente que estaba preocupada por vos, nos comentaron que pensabas en morirte contame porque pensabas en esto?

V: porque mi amiga Emma me dijo que me muera, que no me iba a extrañar

P: ¿por qué crees que te dijo eso, estaban peleando? ¿Son muy amigas?

V: no no estábamos peleando, y si es mi amiga

P: y cuando ella te dijo eso, vos pensaste en esa idea de morirte... ¿seguís pensando en eso?

V: no ya no, fue solo esa vez. Ahora me siento mejor, pero pasa que yo soy muy sensible y me cuesta manejar mis emociones

P: Aa que bueno que te sientas mejor, ¿vos hablaste de esto con tus papas?

V: si, mi mama se largó a llorar y mi hermanita también... (Se angustia)

P: bueno tu familia son algunas de las personas que se preocupan mucho por vos, y es normal a veces que con nuestras amistades tengamos diferencias, y siempre hay que hablar de lo que nos pasa, de nuestros sentimientos, miedos, deseos. Por eso es importante que vayas a la psicóloga... ¿te gustaría ir?

V: si pero más me gustaría ir a jockey de vuelta, es que me gusta mucho el deporte... hoy por ejemplo tuve que faltar a la colonia para venir acá y no quería faltar.

P: a mira vos que bueno, está bien el deporte nos ayuda en todos los sentidos. Bueno V muchas gracias por venir, perdón por hacerte faltar a la colonia, quizás estas a tiempo de ir todavía.

CASO B (17 años)**INGRESO AL PROGRAMA: CONSULTA ESPONTANEA**

DIAGNÓSTICO SEGÚN CIE-10: R 45.8 (signos y síntomas que involucran estados emocionales, ideación suicida)

Primer contacto: Consulta personalmente la madre de la paciente en un estado de angustia, solicitando un turno para su hija.

Entrevista con B:

P: Hola B buen día, yo soy la Lic. X ella es Axa está realizando su pasantía para recibirse de psicóloga si vos estás de acuerdo que esté presente en la entrevista te pedimos que firmes el consentimiento, de lo contrario no hay problema. Bueno ayer vino tu mama a solicitar un turno, contame ¿cuál es el motivo que llevó a pedir consulta?

B: Yo le pedí a mi mama que quería ir a un psicólogo

P: ¿Cómo estás B?

B: No muy bien, la verdad que no estoy bien. Le pedí a mi mama que me mande a un psicólogo porque quiero estar bien.

P: Bueno te comento un poco de este servicio, acá intervenimos en los casos que hayan pasado por episodios relacionados al suicidio, ¿vos en algún momento pasaste algún episodio así?

B: Si, cuando tenía 15 tomé pastillas... estuve internada

P: ¿Ese fue el único episodio?

B: Y ahora el domingo también, tomé pastillas. Por eso también ayer vinimos porque me tenían que revisar los médicos, ya que estoy vomitando mucho y tengo sensible el estómago por eso.

P: ¿Qué pastillas tomaste, y en qué cantidad?

B: Tome calmantes no sé cómo se llaman, ósea la marca. Y me tome 3 y bueno mi mama me encontró y me llevó al hospital porque vomitaba mucho

P: ¿Qué fue lo que pasó para que tomes esa decisión?

B: Primero me pelee de mi novio hace dos semanas, me enteré de muchas cosas y una chica me escribió contándome que estaba con él hacía un año, y él niega todo. Va siempre niega todo y yo lo perdonaba, y mi mama me dijo que lo deje ya porque no me hace bien. Y bueno después problemas en mi casa, mi mama trabaja todo el día y está pendiente de mi hermano que tiene problemas con la droga, y mi papa también trabaja y cuando llega se encierra en la pieza con mi mama pelea por tema de infidelidades y todas esas cosas. Y como que yo estoy sola todo el tiempo, y eso le dije a mi mama que no me deje sola.

P: ¿Vive alguien más con ustedes?

B: Mi hermano no vive con nosotros, él vive con mi abuela. Y en mi casa vivimos con mi otra abuela, mi tía, su esposo, mi prima y nosotros. Pero con ellos hay poca relación, hacemos todo separados digamos, yo almuerzo sola en mi pieza.

P: ¿Cómo es la relación con tus papás?

B: Nada ósea con mi papa solo hablamos para ver que cocino o me dice limpia esto o lo otro. Nada más, y con mi mama casi lo mismo porque trabaja todo el día todos los días, estoy sola digamos y eso también creo que me hizo perdonarlo a mi novio tantas veces, porque yo me refugiaba en él, me sentía mal y le contaba las cosas a veces se enojaba, y más sola me sentía.

P: ¿Tienes amigas, amigos?

B: Si tenía muchos pero los deje de ver porque a mi novio le molestaba, porque siempre tuve más amigos varones, entonces no los veo hace mucho. Y después tengo otra amiga pero bueno todavía no la vi porque no fui a la escuela por lo que estaba vomitando.

P: ¿Y hoy cómo te sentís?

B: Físicamente no muy bien, me duele el estómago como que estoy sensible y además tengo infección urinaria, y de ánimos no se a veces bien, a veces mal porque lo extraño a mi novio, pero no quiero volver porque sé que me hace mal, creo que no se soltar. Pero después digamos que pienso y mi mama si está presente, ayer si estaba mal y estuvo conmigo pero no sé cómo explicarle.

P: Lo bueno es que pudiste pedir ayuda eso es importante, y que tengas en cuenta que tu mama si está presente más allá que trabaja todos los días como contaste. Es importante hablar de lo que sientes y pediste ayuda en el lugar adecuado, te voy a dar un turno para la otra semana, y vamos a coordinar con una derivación para que comiences un tratamiento en el centro de salud cercano a tu casa. Podes venir el miércoles a las 9am, o decime como son tus horarios por el tema de la escuela.

B: Si está bien, yo voy a la tarde a la escuela.

P: Ok B te esperamos el miércoles. Cuídate

CASO X (55 años)**INGRESO AL PROGRAMA: CONSULTA ESPONTANEA**

DIAGNÓSTICO SEGÚN CIE-10: R45.8 (síntomas y signos que involucran estados emocionales, ideación suicida)

Primer contacto: X se comunica por vía telefónica para solicitar atención en el programa, se brindó el turno para consultorio interno.

Entrevista con X:

P: Hola X, yo soy la Lic. X ella es Axa si usted está de acuerdo que ella presencie la entrevista ya que está realizando su pasantía para recibirse de psicóloga le pedimos su consentimiento, de no estar de acuerdo no hay problema (firma el consentimiento de acuerdo) bueno contame ¿qué te trae por acá?

X: Bueno la verdad que no sé cómo empezar... pasa que no se si estoy pasando una separación digamos. A ver hace unos años yo estaba en pareja y bueno ella tuvo un niño que no quiso cuidarlo, me lo dejo a mí y ella se fue. Yo me hice cargo solo y me costó me recupere de esa situación con el niño teniendo ayuda de mi hermana y mi madre. Ahora hace dos años conocí una persona y bueno todo iba bien no entiendo que paso.

P: Por que menciona usted que no sabe si está transitando una separación, ¿qué fue lo que paso?

X: Pasa que se fue, no sé nada de ella. Yo no soy de controlarla ni nada de esas cosas pero ya hubo una situación que le vi mensajes con una persona y lo hablamos, ella dijo que no iba a volver a pasar pero que solo era un compañero de trabajo, y me da bronca porque yo le dije que no haga eso, yo tenía en mente que esto podía pasar pero no ahora, porque yo soy más grande mucho más grande, podría ser su padre. Y ahora se fue porque volvió a pasar lo mismo que justo me prestó su celular para llamar y entró un mensaje de la misma persona, quedamos en hablar cuando yo volviera del trabajo y cuando volví no estaba, la vecina me dijo que llegó un auto se subió y se fue.

P: ¿Cuántos años es la diferencia entre ustedes?

X: Yo tengo 55 y ella 25, por eso yo sabía que iba a pasar. Pero nunca la controle nunca la obligue a nada, incluso yo siempre le dije que estudie, que yo voy hacer todo para que

ella termine de estudiar, también me pidió tomarse un año y cedi, le dije que sí que se haga cargo del niño, porque ellos se aman, y ahora el niño me pregunta por ella y no sé qué decirle. Esta triste, yo intente evitar que no se encariñe porque ella le decía que era su mama y yo le corregía pero no fue inevitable ellos se adoran y ahora como le digo al niño que se fue. Ya son 2 abandonos que sufre.

P: ¿Cómo se organiza con su hijo y el trabajo? ¿Cuántos años tiene?

X: Tiene 7 años, y me ayuda mi hermana pero abandoné todo, no estoy trabajando porque no puedo, no quiero que me vean mal es más, me da vergüenza me cuesta estar aquí pero no sé qué hacer, no la entiendo. Yo creo que éramos felices, fui muy feliz siempre éramos los 4 con la perra que era como nuestra hija también, porque ella me planteo tener un hijo y yo le dije que no, que primero se reciba y tenemos pero también considerando que yo voy a tener 60 y algo. La buscaba del gimnasio todos los días, por su bien porque salía muy tarde y de la noche a la mañana me dijo que no vaya más a buscarla y así muchas cosas que ahora me cierran. Pero no sé, si ella vuelve y yo la perdono. Pero me preocupa el niño.

P: Bueno x, usted sabe en qué casos interviene este programa como ya se le explico por teléfono, ¿usted paso algún episodio relacionado al suicidio, tiene ideas de muerte o algo relacionado?

X: La verdad que si lo pensé, pero no podría lo tengo a Darwin. Pero también pienso que lo puedo dejar con mi hermana e irme.

P: Lo importante ahora es que usted busco ayuda, ya es un gran paso poder pedir ayuda. Ahora la sugerencia y sumamente necesario es que usted pueda comenzar un tratamiento psicológico, aquí nosotros no hacemos tratamiento pero podemos coordinar con otro profesional que quede lo más cercano o cómodo a su domicilio. ¿Le interesa comenzar un tratamiento X?

X: Si es lo más importante, porque me siento muy mal como le digo no entiendo porque hizo eso. No me da respuestas de nada, la busque en su casa y me dijeron que está en Cafayate, la llame y no me responde, me bloqueo de todos lados, se fue sin decirme nada, ni el niño le importo como le va hacer eso, él pregunta por ella todo el tiempo.

P: Quizá lo necesario es poner una pausa y esperar quizá haya respuestas, quizá no... eso es algo que no puede controlar. Pero si puede controlar o intentar estar

mejor usted, de a poco poder comenzar a trabajar nuevamente, poder hablar de lo que le pasa sin esos sentimientos de vergüenza como usted dice, y eso lo va poder gestionar en un tratamiento. Por el momento busque su bienestar y el de su hijo.

X: Y si ella vuelve, ¿qué hago? ¿Le mezquino el niño?

P: Principalmente ustedes como adultos tienen que tener una conversación, y a partir de allí va a saber qué quiere ella y a su vez qué quiere usted. Una vez aclarado eso también poder ver la situación con su hijo, tal vez quiera tal vez no quiera tener contacto, pero como le digo por el momento centrémonos en encarar un tratamiento.

X: No no creo que haya vuelta atrás con lo nuestro, pero si espero que al niño lo vea por lo menos.

P: Bueno X, le voy a dar un turno para el miércoles, hasta eso va a ir a la salita de S. Ortiz con esta derivación y va a solicitar un turno con la psicóloga. Hasta el turno con la psicóloga de la salita usted va a venir aquí para que vamos hablando de estas cuestiones ¿le parece?

X: Si está bien, vengo el miércoles. Hasta luego.

CASO H (14 años)**INGRESO AL PROGRAMA: SISTEMA EDUCATIVO**

DIAGNÓSTICO APORTADO POR LA INSTITUCION INTERVINIENTE Y REGISTRADO A LOS FINES EPIDEMIOLÓGICOS POR EL PROGRAMA (CIE-10): R45.8 (Síntomas y signos que involucran estados emocionales, ideación suicida)

Antecedentes del caso:

Llega notificación desde el establecimiento educativo solicitando intervención del programa, refiere que H tuvo 2 intentos de suicidio.

Primer contacto

Se establece comunicación telefónica con su mama, se le otorga turno para entrevista en consultorio.

Se atiende a la señora mama en el turno pautado, ambas (madre e hija) se hacen presentes puntuales al turno establecido.

Entrevista a H:

P: Buen día H, yo soy la Lic. X ella es Axa está realizando su pasantía para recibirse de psicóloga, ¿estás de acuerdo que esté presente en la entrevista? (da su consentimiento) ¿Cómo estás H? ¿Sabes porque te citamos hoy acá?

H: No, no sé. Yo vine con mi mama porque hace días que tengo dolor de cabeza fuerte, y bueno también tuve problemas de quistes entonces pensaba que veníamos para que me controlen.

P: Bueno te cuento que este es un programa que toma intervención en los casos de suicidio o intentos de suicidio. A partir de esta información puedes contarnos ¿tuviste algún episodio relacionado?

H: Si, pero no lo intente. Solo tenía ideas porque me sentía mal

P: Uno de los informes desde la escuela, dice que te metiste al baño con la intención de matarte, ¿fue así?

H: si, le dije a una amiga que lo iba a hacer pero solo entre al baño y después salí y volví a la clase.

P: ¿Por qué te sentías mal en ese momento?

H: Por muchas cosas

P: ¿Cuáles por ejemplo?

H: Me enoje con mis papas, porque no me dejan hacer nada

P: Que cosas, contame

H: Ese día yo quería salir a la plaza y no me dejaron. O cuando me dejan salir tengo que ir con mis hermanos

P: ¿Por qué crees que no te dejan salir?

H: Porque se meten mucho, no me gusta.

P: ¿Se meten en tu vida personal? ¿En qué temas no te gusta que se metan?

H: En todo. Siempre hacen preguntas o también opinan.

P: Aquí en el informe dice que tenías intenciones de fugarte de tu casa, puedes contarme ¿Por que querías irte?

H: Porque ya nada es lo mismo. (Se angustia)

P: ¿Qué cosa no es lo mismo?

H: Pasa que mis papás están separados, ósea viven los dos en mi casa pero no se hablan, cada uno hace su vida. (Llora)

P: ¿Vos qué opinas de la separación? ¿Cómo te gustaría que sea su relación?

H: Y que sea como antes, salían juntos y hacían casi todo juntos. Ahora ni se miran. O a veces discuten y estoy harta de escuchar eso

P: Bueno H vos sabes que esa decisión sólo pueden tomarla ellos como pareja. Lo importante es que todos puedan estar bien. Hay algo más que quieras decirme o contarme, algo sobre las cosas que te molestan.

H: Nada eso, no me gusta que estén así, y que también se metan en mi vida no me gusta porque cualquier cosa piensan que estoy de novia y no es así.

P: H estos episodios de ideación sobre morirte, o huir de tu casa ¿se volvieron a repetir? ¿Esos pensamientos están presentes?

H: A veces sí

P: ¿Cuándo fue la última vez que lo pensaste?

H: Y debe ser hace como una semana

P: Bueno H que te parece sobre comenzar un tratamiento psicológico, para que vos puedas hablar sobre las cosas que te molestan, o tus miedos quizás, y también para que puedas fortalecerte y en vez de pensar en morir tener otros recursos ante esas situaciones que te molestan.

H: Sí me parece bien.

P: bueno vamos a coordinar entonces un turno con algún profesional que te quede cómodo a vos. De todas maneras quisiera verte la otra semana hasta que los profesionales vuelvan de la licencia. Gracias H nos vemos.

Posteriormente se entrevista a la madre de la paciente, la cual manifiesta que le preocupa su hija ya que ella y su ex pareja trabajan mucho por lo que sus hijas pasan mucho tiempo solos, pero que para solventar los gastos familiares es necesario que los dos trabajen pero trata de estar en comunicación. También refiere que su hija presenta síntomas de migraña por lo que les dijo el doctor, y que están con esos estudios.

Sabe que su separación les afecta y más a H que “entiende” la situación, y que la última vez que quiso irse de la casa le pidió por favor que no lo hiciera.

SEGUNDA ENTREVISTA CON LA PACIENTE

P: Hola H ¿cómo estás? Contame cómo te fue con la búsqueda de psicólogos, ¿conseguiste un turno?

H: Hola, no al final no fuimos con mi mama

P: Bueno H, es necesario que puedas comenzar un tratamiento así que hasta que puedas conseguirlo voy a seguir viéndote aquí en el programa ¿te parece?

H: Si está bien

P: ¿Contame cómo te sentiste estos días, a partir de lo que hablamos la vez pasada?

H: Bien, me sentí bien

P: ¿Cómo están las cosas en tu casa?

H: Igual... mis papas no se hablan, solo se saludaron en año nuevo y desde ese día no se hablan

P: ¿Y cómo se organizan en las decisiones de la casa? ¿Se hablan para esas cosas?

H: No, me piden a mí que le diga al otro, por ejemplo mi papa me pidió que le pregunte a mi mama si tenía para pagar la luz

P: Claro, vos sos la intermediaria entre ellos... ¿cómo te sentís con eso?

H: No me gusta me siento incomoda

P: ¿Y esta incomodidad pudiste comunicarles a ellos?

H: No, pasa que.... (Se angustia) mi mama tiene una enfermedad de chica, y no quiero que se ponga mal

P: ¿Tenes miedo de que le pase algo si le decís lo que sentís?

H: Si, no quiero que se estrese

P: ¿Tu mama tiene esos problemas de salud siempre que se estresa? ¿Cuándo fue la última vez que pasó algo similar?

H: No sé, debe ser hace 2 años

P: Bueno tu mama me comento que ella se hace controles médicos, incluso que hace tratamiento psicológico así que vos podés quedarte tranquila con ese tema, y quizás hablarlo de una manera que pueda entenderte sin estresarse. Esta bueno que vos reconozcas las cosas que te incomoda, tus miedos y en eso justamente te va a ayudar el tratamiento para que vos puedas reconocer esas cuestiones y a su vez también

potencializar tus fortalezas, buscando recursos que puedas usar así no recurrís a pensamientos de querer morirte ante un problema. ¿Qué te parece?

H: Si es verdad, creo que es lo mejor.

P: Bueno H, nos vemos la semana que viene... espero que la próxima ya tengas el turno con un psicólogo ¿si? Cuídate y nos vemos la próxima

H: Bueno, hasta luego.

CASO E (17 años)**INGRESO AL PROGRAMA: PODER JUDICIAL-SISTEMA EDUCATIVO**

DIAGNÓSTICO APORTADO POR EL JUZGADO INTERVINIENTE Y REGISTRADO A LOS FINES EPIDEMIOLÓGICOS POR EL PROGRAMA (CIE-10): R45.8 (Síntomas y signos que involucran estados emocionales, ideación suicida)

Antecedentes del caso:

Desde asesoría de menores se pide intervención urgente.

Primer contacto

Se establece comunicación telefónica con la madre, la cual refiere que todo está bien, que su hija pidió cambiarse de escuela pero que no la cambiaría ya que tiene pagado el viaje de egresados y la campera. Se explica a la señora mamá que es una situación de carácter urgente y la intervención de la asesoría.

Entrevista con E:

P: Buen día E, yo soy la Lic. X ella es Axa que está realizando su pasantía para recibirse de psicóloga si estás de acuerdo te vamos a pedir tu consentimiento para que esté presente, de lo contrario no hay problema (da su consentimiento) E sabes por qué te citamos hoy acá?

E: No, mi mama solo me dijo que tenía turno para la psicóloga.

P: Este es un programa que interviene en los casos que hay episodios de intento de suicidio, puedes contarme si vos tuviste algún episodio relacionado?

E: Aaa sí, pero no fue un intento, pasa que yo hice una carta en mi celular y mi novio lo vio, entonces le contó a mi mama y en la escuela.

P: ¿Como fue que vio la carta en el celular, vos le habías dicho sobre esta idea anteriormente?

E: antes no, pasa que ese día yo estaba llorando... (Se angustia) en realidad lloro todo el tiempo, y ese día yo le dije que había hecho una carta para cuando no este.

P: ¿Por qué hiciste la carta, tenías intención de hacerlo?

E: Porque en ese momento me sentía mal, pasa que se me juntaron un montón de cosas y bueno pensé en eso.

P: ¿Que cosas te pasaron?

E: Bueno pasa que yo tengo una relación complicada con mi mama, no nos llevamos bien digamos. Y justo ahí me había peleado con mi novio también, con mis amigas también no me hablaban y bueno. Es como que todas las personas importantes me decepcionan.

P: ¿Por qué te decepcionan? Qué pasó con esas personas?

E: Porque por ejemplo descubrí que mi novio me ocultaba cosas que yo después me entere, y con mis amigas no sé, hay una en especial que me entere que ella se le tiraba a mi novio, y me sentí re mal como traicionada por las personas que más quiero, y después de eso es como que me quede sin amigas porque todas se alejaron.

P: ¿Con tu mama como es la relación?

E: Es difícil hablar con mi mama, siempre terminamos peleando.

P: Y de las cosas que te pasan o angustian, ¿lo hablas con alguien?

E: Si con el único que hablo es con mi novio, pero a la última vez ya sentí que no quería contarle porque no quiero que él solamente escuche cosas malas de mí, porque todos mis problemas se los cuento a él y no da. Y bueno en un momento iba a la psicóloga pero no me gustaba como me trataba así que no tengo a nadie a quien contarle digamos.

P: Bueno es normal que a veces no te sientas cómoda con la psicóloga, ¿te interesaría comenzar un tratamiento psicológico con otro profesional?

E: Si creo que sí.

P: Dale E, hasta que puedas encontrar un profesional desde la obra social, me gustaría que vengas al programa.

- **En el posterior turno pautado, la paciente no asistió por lo que se realizó el seguimiento telefónico. Refiere que ya comenzó tratamiento con otro profesional.**

CASO D (12 años)**INGRESO AL PROGRAMA: PODER JUDICIAL**

DIAGNÓSTICO APORTADO POR EL JUZGADO INTERVINIENTE Y REGISTRADO A LOS FINES EPIDEMIOLÓGICOS POR EL PROGRAMA (CIE-10): R45.8 (Síntomas y signos que involucran estados emocionales, ideación suicida)

Antecedentes del caso:

Llega al programa por intervención de Asesoría de Menores e Incapaces con pedido urgente de intervención. Según data D tiene ideación suicida R45.8 y se encuentra en estado de vulnerabilidad.

Primer contacto

Se establece comunicación telefónica con la abuela y se pauta turno en consultorio del GUIAF.

Llegan al turno establecido puntualmente la abuela y D. En un primer momento se establece la entrevista con la abuela.

Entrevista con la abuela:**P: Buen día señora como esta? cuénteme la situación de D**

Abuela de D: hola buen día, yo pedí ayuda en todos lados porque pobrecito él sufrió mucho y el otro día me dijo abuela yo ya no doy más, me quiero morir con esa sogá que hay en el fondo me voy a colgar. Imagínese cómo me puse yo, fui a pedir ayuda en la escuela gracias a dios ellos me re ayudaron.

P: Qué es lo que le pasa a D, ¿por qué dice usted que sufrió mucho?

Abuela: pasa que mi hija es su mamá, y ella está perdida en las drogas no sabe las cosas que me vendió, todo me vende por tras de esa basura, y cuando no consigue de donde sacar plata es re violenta. No le importan sus hijos, ellos ven y escuchan todo. Yo en octubre me fui de viaje al sur y quedaron ellos con su mama, cuando volví ellos estaban re flaquitos pobrecitos, no les daba de comer, se quedaban solos no iban a la escuela nada, y desde que están conmigo si viera de lindo que están los dos.

P: Esta idea de querer morirse, ¿se volvió a repetir o tuvo alguna actitud que usted vea de riesgo?

Abuela: No solo esa vez, y ese día yo lo abrace le dije que mientras yo este no le va faltar nada, que hable conmigo, que cuente conmigo para lo que sea.

P: Bueno eso está bien que tenga contención en la familia, y más en esta edad que está pronta a la adolescencia. Ahora vamos a hablar con él a ver como está.

Abuela: Si incluso esta semana se fue a la casa de su madrina, él dice que se siente bien ahí y ahí se quiere quedar en el verano porque tiene pileta todo. Asíque ahora le traje más ropita para después dejarlo ahí a su madrina de vuelta.

Entrevista con D:

P: Hola D, ¿cómo estás? ¿sabes por qué te citamos acá?

D: Hola si digamos que tengo una idea

P: Este es un programa que interviene cuando hay episodios relacionados al suicidio, nos llegó un oficio que nos avisa que tuviste una idea sobre esta cuestión de morirte, contame sobre ¿esas ideas en qué situación se dieron? ¿Cómo estás hoy?

D: Bueno hoy no es uno de mis mejores días, pero no tan malo tampoco. Si tuve esas ideas, es más, hasta hace poco las tuve pienso en eso. Pero bueno no sé a veces se me pasa

P: ¿Hay algo que te preocupa o tenes miedo, o alguna situación que te haya angustiado?

D: Pasa que mi mama anda en las drogas, y es cada vez peor... (se angustia) y como que ahora ya es peor porque la policía la está buscando y tengo miedo que caiga en un lugar peor. Obviamente que quisiera que sea como antes, va como antes en el sentido de que ella esté con nosotros nada más que por eso.

P: ¿Cómo era antes tu relación con tu mama?

D: Bien ósea estaba con nosotros, con mis hermanitos pero en ese momento vivíamos con su ex pareja y sufrimos maltrato, o veíamos cómo le pegaba a ella. Y bueno fue feo, pero yo quiero verla bien.

P: Bueno D, te entiendo en tu deseo de verla bien a tu mama pero hoy estamos acá para saber cómo estas vos, que necesitas vos para estar mejor... contame ¿como te fue en la escuela? Me dijo tu abuela que además estas quedándote en la casa de tu madrina, ¿te gusta estar ahí?

D: Me fue bien, pase de grado no me lleve ninguna, estoy contento porque a mi hermana también le fue bien. Y en la casa de mi tía me distraigo de los problemas que hay en la casa de mi abuela, tengo mis primos que son más grandes pero por lo menos coincidimos en algunas cosas.

P: Contame cómo te llevas con tu hermana, con tus abuelos?

D: Bien, pasa que mi hermana es chiquita todavía pero si nos llevamos bien. Y con mis abuelos bien, mi abuela se re preocupa por nosotros.

P: Que te parece comenzar un tratamiento psicológico D? Ir al psicólogo es esto, hablar de lo que te pasa, de tus sentimientos, de tus miedos y te va a servir para fortalecerse y enfrentar esas situaciones que te angustian de otra manera y con otros recursos para que pensar en morirte no sea una opción, ¿me entiendes? qué te parece?

D: Si la verdad que me parece lo más razonable.

P: Bueno D, vamos hacer una derivación para que te atienda un psicólogo en el centro de salud cerca de tu casa

CASO Q (18 años)**INGRESO AL PROGRAMA: CONSULTA ESPONTANEA****DIAGNOSTICO SEGÚN CIE-10: X70 (Lesión auto infligida por ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación)**

Antecedentes del caso: Consulta espontanea vía telefónica de la madre de Q, solicitando turno por un episodio de intento de suicidio.

Primer contacto:

P: Hola Q yo soy la Lic. X ella es mi compañera Axa que está realizando su pasantía académica para recibirse de psicóloga, si vos estás de acuerdo que ella este presente te pedimos que leas y des tu consentimiento aquí (se presenta el consentimiento informado, con respuesta afirmativa) ¿Cómo estas, contanos porque estas acá?

Q: Hola digamos que bien, yo le pedí a mi mama que me ayude a ir al psicólogo porque lo que paso no quiero repetirlo otra vez.

P: ¿Qué fue lo que paso?

Q: Intente matarme me puse colgué digamos de la ventana de mi pieza.

P: Como fue la situación, ¿había alguien más en la casa en ese momento?

Q: No, se habían ido todos a un cumpleaños y bueno ahí lo hice. Me salvo mi hermano que se olvidó no sé qué cosa, el me saco pero ya tenía los segundos contados prácticamente, ahí me llevan al hospital.

P: ¿Por qué tomaste la decisión de matarte Q?

Q: Pasa que hace dos años que estoy mal, porque... mi hermano mayor hizo lo mismo, se suicidó y fue muy duro eso, él fue siempre como mi papa, cumplía eso en la casa y con él podía confiar y contarle mis cosas (se angustia). Hasta hoy no sé porque lo hizo, pero creo que eso fue lo que me llevo a estar así. Y lo que hice yo me pone peor porque la veo a mi mama sufrir y no quiero eso, pero tampoco puedo estar bien.

P: ¿Esas ideas de matarte siguen?

Q: No sé si siguen, pero me siento mal y quisiera digamos no vivir pero no sé si lo haría. Tengo miedo de volver a llegar a eso, quiero estar bien.

P: Esta muy bien que puedas identificarlo, y el querer estar bien ya es un avance. ¿Hiciste tratamiento psicológico?

Q: Intente hacer ahí en el hospital pero después me daban turnos cada dos semanas y había veces que yo necesitaba hablar digamos, a mi mama y a mi otro hermano no los quiero preocupar más.

P: Bueno Q, vamos a hacer una derivación para el centro de salud de tu barrio o el de al lado depende la disponibilidad y también cual te queda más cómodo ir. ¿Contanos que haces en tus días?

Q: Estoy yendo a trabajar de chef, y ahora quiero empezar un curso de pastelería... eso por lo menos me hace olvidar digamos...

P: ¿Hoy viniste con tu mama, como te llevas con ella?

Q: Si, bien con mi vieja me llevo bien pasa que también ella trabaja mucho, ella es enfermera del Hospital y bueno por el hospital creo que se enteró que existía este lugar y bueno. ¿Puedo hacer tratamiento aquí?

P: Acá no hacemos tratamiento, nos encargamos de coordinarte turnos protegidos en primer lugar en otros centros de salud, en caso de que no encontremos disponibilidad porque a veces están de licencia, te citamos acá hasta coordinar. Pero tratamiento no realizamos.

Q: Y ustedes ¿no tienen consultorio en la parte privada digamos?

P: No tenemos en el ámbito privado. Pero tranquilo que no pasa nada si no te sentís cómodo con un psicólogo a la primera, eso es normal y podes cambiar cuantas veces quieras hasta que encuentres el que más comodidad y confianza tengas. Mira te hago la derivación y te voy a estar llamando la otra semana a ver cómo te fue porque capaz tengamos que citarte aquí, ¿te parece?

Q: Si está bien. Gracias

CASOS DE INTERVENCIÓN-APOYO FAMILIAR Z63.4

CASO I

INGRESO AL PROGRAMA: CONSULTA ESPONTÁNEA

DIAGNÓSTICO SEGÚN CIE-10: Z63.4 (Problemas relacionados con muerte de un familiar)

Primer contacto:

Ingresa el caso de manera espontánea por vía telefónica, de la hermana de la víctima fallecida solicitando intervención psicológica para sus sobrinos. Se otorga turno en el programa GUIAF.

La familia de la víctima (hermana e hijos de la víctima) se presenta puntual al turno pautado. Se procede en primer momento a entrevistar a la hermana de la víctima.

Entrevista con la hermana (I) de la víctima:

P: Hola I, yo soy la Lic. X, ella es Axa está realizando su pasantía académica para recibirse de psicóloga si estás de acuerdo (se explica a la paciente los criterios del consentimiento informado, a lo cual responde afirmativamente con la firma de consentimiento) contame cómo fue que supiste del programa GUIAF

I: Cuando muere mi hermana, me mandan a 2 de sus hijos más chiquitos para que los cuide yo, y no sé muy bien que hacer yo tengo miedo por ellos así que le consulte a una amiga que trabaja en algo así como destinados a las mujeres y me paso el numero para que llame acá.

P: Bien I, ¿cuándo falleció tu hermana?

I: Ella se suicidó el día de navidad, el 25 de diciembre. Ellos son de Tolar Grande, así que después de eso su marido me mandó a los chicos hasta que él pueda organizarse.

P: ¿Cómo están sobrellevando esta situación?

I: Y yo mal la verdad que no sé de donde saco fuerzas, mi hermana me decía que quería venir a vivir acá y no la pude ayudar yo tengo 6 hijos, lamentablemente no pude. Se

muchas cosas pero tengo mucho respeto por el duelo porque nosotros somos muy creyentes pero cuando pase un poco el tiempo tengo una charla pendiente con mi cuñado.

P: ¿Y los hijos de S como los ves? ¿tiene más hijos?

I: Ella tiene 3 hijos, el mayor estuvo 2 días no más conmigo y de ahí se volvió con su papá. Los dos más chicos, que tienen 7 y 10 años la nena, están conmigo. Yo la verdad que no sé qué piensan sobre lo que paso, porque no hablan para nada de eso y me preocupa el más chiquito porque él fue el que la encontró a mi hermana pero no dice nada. Y la nena ella se la pasa con el celular, yo tengo hijos que son más o menos de su edad y les digo que inviten a jugar o que no estén con el teléfono. Pero si estoy muy preocupada incluso porque yo no los puedo tener, somos muy humildes y con 6 hijos se me complica mucho, menos con 2 más.

P: ¿Hay alguien más en la familia que pueda cuidarlos?

I: y de la familia mía digamos no, porque nosotros éramos 3 hermanos el varón falleció en un accidente hace 2 años, y mis viejos también fallecieron el año pasado, mi papá de viejito porque ya con la edad que tenía había muchos problemas de salud, y mi mama se apuno cuando subía para la zona de Tólar, así que falleció en el camino. Así que yo quedé sola, la única que tenía era a mi hermana, no sé cómo seguir.

P: ¿El padre de los niños no puede hacerse cargo?

I: por ahora no porque trabaja todo el día, no sé cómo hará con mi sobrino más grande. Mi cuñado me dijo que los tenga hasta fin de mes y que los lleve a Tólar hasta eso se iba a organizar, aparte hay una tradición de las 9 noches que hacen misa en la casa y se lava todo lo que hay en la casa, no sé qué más hacen con la ropa de ella por mas días y no queríamos que los chicos estén presentes en el ritual por eso los traje también, pero yo no sé, además mi hermana les hacía todo a ellos no sé cómo van hacer cuando vuelvan.

P: ¿Ves alguna conducta que a vos te parezca fuera de lo común en los chicos?

I: No, como le digo ellos no hablan de nada de lo que pasó, ni siquiera la mencionan a su mama. Y yo les hago saber que siempre voy a estar ya les dije que la tía siempre va a estar para ellos, que lo que quieran hablar lo pueden hacer conmigo. Pero yo también estoy destruida, no sé si siento culpa porque no pude ayudarla y ahora a sus hijos tampoco.

P: Bueno I, es muy reciente lo que pasó, mientras transcurre el tiempo van a ir apareciendo opciones para poder sostener o mejorar la vida de los chicos, y la culpa es parte del duelo, aunque es complicado buscar explicaciones a la decisión que tomó S, que te parece comenzar un tratamiento en psicología para poder afrontar esto con mejores recursos quizás

I: Si yo quiero comenzar ir a un psicólogo, porque tengo muchas preguntas a veces leo los mensajes que me mandaba ella o me acuerdo de las conversaciones que habíamos tenido y no entiendo porque hizo eso, y los chicos que me tiene preocupada también, son muchas cosas por suerte mi marido me ayuda un montón me sostiene, porque tengo mis días malos pero él es de fierro conmigo.

P: bueno vamos hacer una derivación F a la salita que está cerca de tu domicilio para que comiences tratamiento ahí, y con los chicos vamos a llamar al área de San Antonio de los Cobres para poder hacer un seguimiento de los niños, tanto en el servicio de psicología como trabajador social y demás profesionales para resguardarlos y que no están en situación de riesgo de su salud, además también para que tengan una entrevista con el padre para poder ver si está en condiciones de poder cuidarlos.

CASO O**INGRESO AL PROGRAMA: RED SANITARIA-HOSPITAL SAN BERNARDO-SISTEMA 911****DIAGNÓSTICO APORTADO POR EL HOSPITAL INTERVINIENTE Y REGISTRADO A LOS FINES EPIDEMIOLÓGICOS POR EL PROGRAMA (CIE-10): Z63.4 (Problemas relacionados con muerte de un familiar)****Antecedentes del caso:**

El caso ingreso por notificación desde el Hospital San Bernardo por un intento de suicidio bajo el diagnostico X70 hace 8 meses, luego ingresa otra notificación del mismo episodio desde el Hospital Materno Infantil. El programa GUIAF intentó establecer comunicación telefónica en un primer momento la cual fue sin éxito, posteriormente se realizó la visita domiciliaria en la cual no se encontró a nadie en el domicilio, se dejó la citación correspondiente a la cual no asistió.

La última notificación fue desde el organismo policial la cual data la defunción de la paciente bajo el diagnóstico X70 (suicidio por ahorcamiento). Se establece el contacto con la madre de la paciente fallecida y se otorga un turno en el consultorio del programa.

Primer contacto

La madre de la paciente fallecida se presentó puntual al turno establecido.

Entrevista con la madre de la víctima:

P: Como esta O, yo soy la Lic. X ella es Axa está realizando su pasantía en este programa para recibirse de psicóloga si usted está de acuerdo con que nos acompañe en esta entrevista (se explica a la paciente los criterios del consentimiento informado, a lo cual responde afirmativamente con la firma de consentimiento) cuénteme como está la familia a partir de lo sucedido?

O: Mal, la verdad que muy mal ella era la luz de la casa, para mí la preferida era la mayor de mis hijas.

P: Como está compuesta su familia, ¿con quién vive?

O: Bueno somos mi marido, mis hijas de 15 y 17, y el varoncito de 10 años.

P: Tengo el registro del hospital del año pasado que ingresó por un intento, ¿ella manifestó alguna vez que quería quitarse la vida?

O: Si el año pasado fue la primera vez, fueron dos y en esta lo logró. A los 18 años ella me dijo “*mami no quiero vivir más*”, y yo le decía que no diga eso, que era muy linda que podía hacer lo que ella quisiera en esta vida.

P: Que paso ahí en sus 18 años, ¿hubo alguna situación que la hizo angustiarse?

O: en ese momento fue cuando comenzó a tener relación con su papá biológico, porque yo la crié sola a ella, y su papá nunca se hizo cargo recién apareció a sus 18 años y eso me la puso mal en ese momento porque ella se dio cuenta lo que era su papá.

P: Bien, y en el primer intento estaba en la misma situación con su padre, ¿usted cree que fue por eso?

O: fue un poco de todo, en el primer intento ella estaba embarazada, no nos había dicho nada pero yo me di cuenta... y nada cuando intentó suicidarse se compró la piola y se colgó, la encontró su hermanito, ella lo mandó a que busque a su primo que vive ahí al frente y le dijo anda a buscarlo a José pero anda despacio, y bueno cuando mi hijito le dijo eso a su primo, mi sobrino se dio cuenta y salió corriendo ahí la encontró colgada y la salvó. Ahí estuvo en coma unos días y como estaba embarazada la mandaron al materno y cuando se despertó ella no se acordaba de nada, y ahí me dijo “*ay mamá cómo voy hacer eso*” como que no entendía porque lo hizo.

P: ¿Cómo siguió el embarazo después de eso, lo tuvo?

O: No no quiso tenerlo, yo no estaba de acuerdo con que ella abortara... le dije que ella siga estudiando que yo lo iba a criar y trataba de hacerla sentir bien porque venía un bebe en camino, que entienda que no se terminaba el mundo por un hijo, ahí en el hospital materno la atendieron psicólogos como para que piense bien antes de hacer eso con su embarazo vio, pero no había caso ella se lo quería sacar a toda costa, así que lo hizo. Le dieron pastillas y en la casa se produjo el aborto y ahí ella lloraba porque lo vio que ay era grandecito y se puso muy mal, me decía “*mama yo no quería, ya era grande mi bebe*” como que se arrepintió, ahí se me vino abajo.

P: ella estaba en una relación, ¿cómo era la relación con el padre de ese bebe?

O: Estaba de novia si, ella estaba enamorada de ese chico muy enamorada. Pero cuando ella le dijo que estaba embarazada él le dijo “yo ya tengo hijos para que quiero más” por eso creo yo que decidió abortar. Y cuando estuvo en coma, despertó y me pidió por favor que le avise a este chico y pedía por favor verlo a él. Entonces yo lo llame y le pedí que por favor vaya al hospital a verla, y lo esperamos ese día en el horario de las visitas y nunca fue, ahí también se puso re mal mi hija. Lo llamó y me dijo que estaba con su hijo que no podía ir y me cortó, yo le mentí a ella y le dije que no podía ir nada más, sino se iba a poner peor.

P: ¿En el último episodio cómo fue?

O: Bueno ahí ella calculo todos los tiempos, hasta me mandó un mensaje despidiéndose y también la encontró mi hijo más chico, y él me dice “*mamá estaba muy pesada no la podía alzar para que la sogá no la apreté*” quiso hacer lo mismo que su primo la primera vez. Lo hizo de la misma forma y lo logró. Y todavía no entiendo porque la semana anterior se había ido de viaje con su prima de vacaciones y yo la veía re bien, muy contenta. Aunque tenía su humor cambiante, había veces que no quería ver a nadie, o de repente estaba tranquila o lloraba y no paraba de llorar.

P: ¿Su hijo el que la encontró dos veces como esta?

O: le costó querer quedarse en la casa, a él si lo mande al psicólogo porque como que tiene miedo, quedo con eso de entrar y ver eso que te impacta. Y hubo veces que lo encontramos llorando solito. Estas semanas me contaba que había soñado con su hermana, encima ella lo mimaba a él, era su bebe le decía ella. Ahora el psicólogo de él está de vacaciones así que tengo que ir a ver y sacarle turno otra vez. Pero mi hijito yo siempre digo que es un niño grande, dentro de todo yo lo veo mejor ahora. Pero si me preocupan los 3, las chicas la de 17 no me habla sobre eso, es introvertida ella, e incluso bajó de peso por eso me preocupa. La de 15 es más extrovertida ella si me habla mucho sobre su hermana y se expresa incluso me dijo que quería empezar el psicólogo también.

P: Bien bueno es importante que se hable, que se expresen sobre lo que piensan o sienten. Vamos a hacer una derivación para sus hijas así comienzan un tratamiento si lo desean, en cuanto al varón por favor retome el tratamiento, a veces la pérdida de apetito es normal en el proceso de duelo pero no hay que descuidarse. ¿Hacen alguna actividad? ¿Cómo les fue en la escuela?

O: si el más chico va a folklore, la de 15 hace violín que tiene pensado retomar cuando rinda las materias porque si no se queda de curso, y se está preparando con una maestra particular, y la de 17 va a natación porque tiene pensado ir a la armada cuando salga de la escuela. Pero siempre les digo que hagan algo porque no las quiero encerradas en la casa.

P: Eso está bien que tengan proyectos, ayuda en estas situaciones, y que estén acompañados en ese proceso. Ahora dígame usted y su marido ¿cómo están en esta situación?

O: yo como le digo mal, pero me escondo a veces de noche lloro sola... pero mi marido como es más bruto para decirme las cosas me reta y me dice "*bueno negra ya está, basta... que no te vean los chicos*" y bueno me frena un poco me hace ver que hay que seguir, tengo muchas preguntas. Y pobre mi marido yo le dije el otro día que él tenía la culpa de lo que hizo mi hija, agarro la moto y se fue me dijo "*si, bueno negra yo tengo la culpa*" pero después volvió y bueno... pero me sostiene un montón

P: Bueno O, vamos a hacer la derivación y a usted la voy a seguir viendo acá por el momento si le parece, de todos modos tiene el teléfono del programa cualquier duda o situación llama y pautamos el turno. Tenga en cuenta que no es algo contagioso necesariamente, si hay que estar atentos a señales que le parezcan fuera de lo común, también pasó poco tiempo, esto es un proceso que no hay un tiempo límite, depende de cada uno así que vamos a estar en contacto.

Entrevistas con profesionales del programa GUIAF

LOS INICIOS DEL PROGRAMA GUIAF

A partir de las entrevistas realizadas a los profesionales psicólogos que allí se desempeñan, una de ellas estuvo presente en los comienzos del programa, también la Licenciada fue la encargada de darle estructura y definir los objetivos de dicho programa.

P: Contame cual fue la razón por la cual se creó este programa.

S: Bueno en ese momento aproximadamente en el año 2012 se comenzó a gestar se podría decir lo que sería este programa, yo me desempeñaba como supervisora en el sector de adicciones y veíamos como llegaban oficios y pedidos de otras instituciones a la Secretaria de Salud Mental para intervenir en casos de episodios de suicidio. Al haber tanta cantidad nos vimos obligados a poner una pausa y pensar cómo intervenir de manera más rápida se podría decir y por supuesto articulada para dar respuesta a esta problemática.

También me acuerdo que hubo un caso que marco mucho el inicio de este programa, era un chico que se suicidio a una cuadra del centro de salud y cuando la familia fue desesperada a pedir ayuda en el centro de salud, solo había una enfermera que no podía dejar el centro de salud solo y responder a ese pedido de emergencia, el chico lamentablemente perdió la vida. Un tiempo después fuimos a visitar a la familia y nos dimos con la sorpresa que absolutamente nadie había ido a asistirlos después de ese hecho. A partir de ahí fue que nos dimos cuenta que había que cambiar ya mismo esa inasistencia desde la red sanitaria.

P: ¿Cómo se conformó el equipo y cuáles fueron las primeras intervenciones que se hacían?

S: El equipo tuvo sus cambios por supuesto a lo largo de los años, en esos primeros años estaba conformado por un psiquiatra, un trabajador social y una psicóloga más a parte de mí. Las intervenciones fueron varias por supuesto que no tenían la estructura, los cuidados, la integración que se puede ver hoy, fue un trabajo bastante arduo porque el tema suicidio en ese tiempo tenía una connotación que no se animaban a hablar o incluso los profesionales de atender o asistir a esos pacientes. Fue un aprendizaje en conjunto para poder sacar esa connotación de miedo a atender un caso de suicidio.

P: ¿Por qué crees que había resistencia a recibir a estos pacientes por parte de los profesionales?

S: Bueno ese es un tema que se debatió cuando tuvimos reuniones con los diferentes hospitales para que conozcan la existencia del programa, en ese momento había desconocimiento de la ley que nos rige como profesionales de la salud mental, el temor iba por ahí, por lo judicial. Porque estaba la creencia de que si vos atendías un paciente con ideas suicidas por ejemplo, y después se suicidaba podías tener problemas por tu intervención como profesional. Pero esa cuestión es la que aprendimos juntos, tanto psicólogos como psiquiatras partiendo de la idea de que si vos diste todas las herramientas para la familia como prevención, al paciente el espacio para ser escuchado y ayudado, es decir, hacer todo lo que está a tu alcance lamentablemente puede llegar a pasar que lo haga lo mismo. Lo importante es no hacer abandono de persona, y hacer todo lo que esté a tu alcance ya que estamos realizando e interviniendo desde una prevención secundaria, es decir cuando ya sucedió algún episodio se trabaja para que no vuelva a suceder.

P: ¿Actualmente piensas que le falta algo al programa?

S: Y en tema de funciones no, quizá hubiese estado interesante que los otros profesionales que estaban como por ejemplo un psiquiatra o trabajador social estén en el programa. Y otra cuestión es que todavía cuesta entender que el programa no hace tratamiento, sino que se asegura que la persona esté inserta en el sistema de salud, es la puerta de entrada a un espacio clínico.

P: ¿Por qué el programa no hace tratamiento?

S: Bueno principalmente porque no contamos con personal para atender a tanta demanda. Y en segundo lugar no menos importante, es que el GUIAF desde sus inicios está planteado desde el Nivel Central en la salud pública, que quiere decir esto, que se encarga de supervisar la red sanitaria, en este caso el servicio de salud mental. Es asegurarse entonces que el sistema en el área de la salud mental aloje, asista y atienda a los pacientes que la mayoría en estos casos específicos están por fuera de la red sanitaria. Porque lo primero que se hace es bueno curarle las heridas, hacerle un lavaje de estómago y mandarlo a la casa, quedando lo psicológico en último plano capaz. Eso es lo que asegura el GUIAF, por eso no hace tratamiento. ¿Podría? ahora ya mismo no, porque como te decía no hay personal suficiente, tampoco contamos con la interdisciplinariedad que es

necesaria, lo ideal sería tener psiquiatras, asistentes sociales como fue planteado en sus comienzos pero chocamos con esta realidad.

ENTREVISTA A LA SUPERVISORA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DEL GUIAF

P: S contame un poco de los comienzos del GUIAF, tengo entendido que estuviste desde los comienzos del programa.

S: Si yo estoy desde el comienzo, esto comenzó de cero ante un estado de desborde ante los casos de suicidio. De todas partes llegaban pedidos de intervención en estos casos, y eran los que no querían atender nadie, entonces se gestionó el proyecto.

P: ¿Cómo fueron esos comienzos?

S: Empezamos sin nada, me acuerdo que todo se anotaba en un cuaderno chiquito. Donde buscabas un paciente y estaba escrito en una hoja de un cuaderno que no tenía ninguna estructura, y así se perdían datos. Eso principalmente fue un trabajo pesado de ponerse a armar las historias clínicas desde cero, solo con los datos que estaban en el cuaderno, imagínate lo que era, tarde mucho tiempo y mira ahora como están los registros. El caso que busques seguramente va a estar. Y después otra cosa que era muy pesada, las visitas domiciliarias que salíamos en colectivo.

P: ¿Cómo fue esa experiencia en las visitas domiciliarias?

S: Y la verdad que no podíamos hacer mucho, nos íbamos a zonas muy alejadas y nos pasábamos más en el colectivo que en domicilios. Fue un trabajo sacrificado, además de que no teníamos seguridad de nada, y sin importar el clima salimos igual para poder responder en tiempo los oficios, eso se terminó cuando hubo en caso en una provincia que mataron a un trabajador social haciendo trabajo de campo, entonces pusimos un freno a esas intervenciones por no tener seguridad. Hasta que se dispuso el móvil oficial.

P: ¿Cambiarías algo del programa?

S: Si hay varias cosas por hacer, y además de que principalmente se entienda el objetivo del programa. Más allá de querer modificar, te das cuenta que tenes que manejarte con los recursos que hay, avanzó muchísimo todos estos años esperemos que siga creciendo o modificándose para bien, si me parece sumamente necesario la existencia del GUIAF, porque soy testigo de la cantidad de pedidos de intervención por episodios de suicidios,

entonces ocuparse de un tema en específico y más todavía si la vida está en riesgo, no hay dudas de que esto tiene que seguir.

P: Vos estás en el sector de vigilancia epidemiológica, contame como viste estos años la situación epidemiológica en la provincia.

S: Y lamentablemente siempre está en aumento, lo que cambia son las franjas etarias, por ejemplo estos últimos 2 años se aumentó la edad desde los 20 a 30. Y el sexo predominante es el masculino. La provincia en esta problemática está en riesgo siempre, lo ves en la cantidad de intentos que hay. Ahora se cierra el informe del 2022 y vamos a poder tener cifras reales de ese año. Pero como te digo no hubo un año en que esta situación no esté en alta.

P: Muchas gracias S.

CONSTANCIA DE CITACION

Salta.....de..... de 2023

En la Ciudad de Salta, en el día de la fecha siendo las horas _____ se deja constancia de citación a el /la Sra.

/SR. _____

D.N.I.: _____ para concurrir a entrevista psicosocial, el día _____, a horas _____ en las instalaciones del GUIAF, perteneciente a la Secretaria de Salud Mental del M. S. P: de Salta, cito en calle Sarmiento 655, entrada por Centro de Salud N° 63.

Firma y conformidad

DNI:

Fecha Nacimiento:

Firma del profesional

GUIAF - Sarmiento 655 - Tel. 4213387

CONSTANCIA DE DERIVACION

Salta.....de..... de 2023

Por la presente se deriva al Sr/a

D.N.I.: _____ para

En la Institución

con domicilio en

Firma conformidad

DNI:

Fecha Nacimiento:

Firma del profesional

GUIAF – Sarmiento 655 - Tel. 4213387

HOJA: A

H.C.Nº:

APELLIDO: (Soltera)..... (Casada):

NOMBRES:.....

INTERNACIONES ANTERIORES SI NO

FECHA DE NACIMIENTO

DIA

MES AÑO

HISTORIA CLÍNICA

 SI NO

Sexo: M

Soltero

F

Casado

Viudo

Divorciado

Doc. Tipo: DNI

Nº

Estado Civil:

Otros

PAÍS

NACIONALIDAD

PROVINCIA

CIUDAD O

PUEBLO

LUGAR DE NACIMIENTO

(CALLE, NÚMERO, DPTO., MANZANA, ETC)

DIRECCIÓN ACTUAL

LOCALIDAD - PCIA.

TELÉFONO

Información Complementaria

OCUPACIÓN SI

NO

LUGAR DE TRABAJO:

Tipo de ocupación:

Ocupado

Desocupado

Jubilados

Estudiante

Busca Trabajo

Otros

Subsidio Si

No

Cual:.....

COBERT. SOCIAL SI

NO

NOMBRE DE LA O.S. cód

ESCOLARIDAD

Nivel de Escolaridad alcanzado:

Primaria Inc.

Sec. Inc.

Terc. Inc.

Univ. Inc.

Primaria Compl

Sec. Compl

Terc. Compl

Univ. Compl

NOMBRE Y APELLIDO PADRE:

MADRE:

PERSONA RESPONSABLE			
APELLIDO NOMBRE	PARENTESCO	DIRECCIÓN	TEL.

FECHA DE NACIMIENTO:...../...../.....

DNI: N°

HOJA: C

Hoja de.....

<p>APELLIDO Y NOMBRES:</p> <p>.....</p>	<p>H.C. N°</p>
--	-----------------------

"Gral. Martín Miguel de Güemes
Héroe de la Nación Argentina"

Ministerio de Salud Pública
Provincia de Salta

SALTA, 31 ENE 2018

cis

RESOLUCION N° **0199**
MINISTERIO DE SALUD PUBLICA
Expte. n° 262438/17-código 322

VISTO las presentes actuaciones por las cuales se gestiona la aprobación del Proyecto de Vigilancia Epidemiológica en Salud Mental: Suicidios – Intentos de Suicidios, elaborado por la Secretaría de Salud Mental, y

CONSIDERANDO:

Que el mencionado Proyecto tiene como objetivos generales desarrollar el sistema de vigilancia epidemiológica en salud mental a fin de optimizar las acciones de prevención y de control (prevención secundaria y de emergencia de nuevos casos y proceso de tratamiento adecuado) y evaluar la calidad de atención de los servicios de Salud Mental en el territorio provincial.

Por ello,

EL MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

RESUELVE:

ARTICULO 1º.- Aprobar el Proyecto de Vigilancia Epidemiológica en Salud Mental: Suicidios – Intentos de Suicidios, elaborado por la Secretaría de Salud Mental, que forma parte de la presente.

ARTICULO 2º.- La presente resolución será firmada también por los señores Secretarios de Servicios de Salud y de Salud Mental.

ARTICULO 3º.- Comunicar y archivar.



Dr. Ángel Francisco MARINERO RODÓ
Coordinador de Servicios de Salud
M.S.P.

Lic. CLAUDIA ELIZABETH ROMÁN
Secretaría de Salud Mental

DR. ROQUE MASCARELLO
Ministro de Salud Pública



Manual de Vigilancia de Suicidio e Intento de Suicidio

SUICIDIO Y LESIONES INTENCIONALMENTE AUTOINFLINGIDAS

(CAPITULO XX: X60 al X84) CIE -10

I. DEFINICION

1. Definición

- Se considera INTENTO DE SUICIDIO a toda acción auto-infligida con el propósito de generarse un daño potencialmente letal. (MSAL)
- CONDUCTA SUICIDA.- "es una condición clínica que se define como el desarrollo del pensamiento suicida pudiendo llegar hasta el acto suicida consumado. Se puede originar esta conducta en función a una decisión voluntaria, motivos inconscientes, en estados psicopatológicos que cursan con alteraciones del afecto, del pensamiento, de la conciencia y de los impulsos " (2)
- IDEACION SUICIDA: Se denomina así en sentido general, al conjunto de pensamientos que expresan un deseo o intencionalidad de morir u otras vivencias psicológicas suicidas, tal como la fantasía o prefiguración de la propia muerte. Sinónimo de pensamiento suicida.
- SUICIDIO CONSUMADO: acto por el cual el paciente logra su cometido de auto eliminarse. (3)

2. Etiología

La conducta suicida en sí no es una patología, sino que puede estar inscrita en una serie de enfermedades emocionales, siendo la principal el Trastorno depresivo, y por lo tanto no responde a una sola etiología

II- FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

- Género: Los intentos de suicidio son más frecuentes en las mujeres en relación de 3: 1, mientras que el suicidio consumado es más frecuente en los varones, en general, en la misma relación. (6)



- **Edad:** En referencia a los suicidios consumados, el 50% se presenta en el grupo entre 18 a 33 años. Existe una tendencia a nivel mundial del aumento de las tasas de suicidio en niños y adolescentes, las cuales se han triplicado en relación a la década anterior. También se aprecia un aumento de estas tasas en las poblaciones de la tercera edad. (6)(27)
- **Estado Civil:** Los solteros constituyen el mayor grupo de riesgo en suicidio consumado e intento de suicidio. En el Programa de Prevención de Suicidio (PPS) del Instituto Especializado de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi" se encontró que el 62.2% de los pacientes con intento de suicidio eran solteros.(17)
- **Ocupación:** Los desocupados constituyen el grupo de riesgo más relevante. Se ha visto un incremento de conductas suicidas violentas en militares, policías y vigilantes de seguridad, así como sus familiares, ya que cuentan con mayor disponibilidad de medios letales.(18)
- **Condiciones Socioeconómicas:** Es mayor en el estrato social bajo, relacionándose con la frustración y carencias.
- **Antecedentes Familiares de Enfermedad Mental:** La depresión constituye el trastorno mental más frecuentemente encontrado en los familiares de pacientes suicidas, seguido de dependencia a alcohol y drogas y luego esquizofrenia.(8)(32)(15)(18)
- **Antecedentes Familiares de Conducta Suicida:** Los antecedentes de intento de suicidio en familiares de primer grado es 10.4%, predominando aquel de los hermanos con 50%; y los familiares de segundo grado 7.5% de acuerdo a los datos encontrados en el Programa de Prevención de Suicidio (PPS) del IESM "HD-HN", 2003.(15)
- **Enfermedades Físicas y/o Mentales:** En relación a los trastorno mentales y los intentos de suicidio, encontramos que la depresión es hallada en un 75% de los pacientes, trastorno borderline de la personalidad 37.3% y alcohol y dependencia de drogas con 21.7%, los trastorno de adaptación con 23.2%, Trastornos de la



conducta alimentaria en un 15 %, (Bulimia Nervosa), de acuerdo a la fuente anteriormente citada. (15)(22)(25)(29).

- Consumo de Alcohol y Sustancias Psicoactivas: Existen estudio en que se encuentra que el riesgo de suicidio en alcohólicos es de 60 a 120 veces mayor en alcohólicos que en la población general.
- Antecedente de Maltrato Físico, Sexual y Psicológico: Son factores directamente vinculados las conductas suicidas, ya sea como antecedentes o recientes. (26)(28)
- Conflictos Familiares y/o Pareja: Se les considera los estresores psicosociales más fuertemente vinculados con la conducta suicida
- Pérdida Parental: Se ha encontrado que las féminas son más vulnerables a pérdidas parentales tempranas, con relación al intento suicida. (15)
- Carencia de Soporte Socio-Familiar: La conducta suicida se presenta con mayor frecuencia en la población con déficit en el soporte socio familiar. Anticona y col. Epidemiología de la conducta suicida en el Hospital Victor Larco Herrera (1999).
- Intentos Suicidas Previo: Es el indicador más importante del riesgo de suicidio consumado, todo intento de suicidio previo se debe tomar seriamente con factor predictor independientemente de su letalidad. Se ha encontrado su presencia en 47.9% de los pacientes atendidos como intentos suicidas. (14) (15)(22)(26)
- Problemas de Identidad Sexual: Estudios publicados encuentran evidencias que en personas que tienen atracción por el mismo sexo presentan un incremento en los grados de auto agresión. (29)
- La difusión mediática alarmista o distorsionada puede influir en las personas proclives, ya sea en el método o en algún otro aspecto. El uso inapropiado de la tecnología , como por ejemplo el Internet viene siendo otro factor de importancia vía la globalización (31)



GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE SALTA

Ministerio de Salud Pública
Coordinación de Salud Mental

Resolución Ministerial N° 0199/18

Si se trata de una sobredosis de medicamentos ya sea tranquilizante o antidepresivo, el paciente puede cursar con somnolencia, sedación, sopor, disartria, dificultad para caminar, desmayo, etc.

En cuanto a las heridas con arma blanca, estas son inferidas principalmente en los antebrazos y en el abdomen debiendo considerarse la profundidad y el tipo de arma.

Otros métodos como el lanzamiento de altura pueden tener repercusiones de fracturas o lesiones de consideraciones sobre todo en los miembros inferiores.

Especial interés tendrá que ponerse en los intentos suicidas por ahorcamiento para auxiliar oportunamente al paciente.

IV. DIAGNOSTICO

1. Criterio de Diagnóstico

La conducta suicida es caracterizada por un espectro clínico que abarca desde ideas suicidas vagas hasta el suicidio consumado. Los pensamientos suicidas son mas frecuentes que los intentos de suicidio o suicidios consumados. La conducta suicida debe ser explorada en todos los pacientes que presentan episodio depresivo, crisis de angustia, episodios psicóticos agudos, conducta impulsiva y consumo de sustancias psicoactivas y enfermedades terminales como, cáncer, HIV, SIDA, neurológicas (hemiplejia, cuadriplejia), delirium tremens o condiciones como el embarazo no deseado, etc.

INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN: Se cuenta con escalas o instrumentos como la Escala de Ideación Suicida SSI , y de Intencionalidad Suicida de Beck, así como la Escala de Evaluación de Riesgo Suicida de Pierce, o Escala de Hamilton de la Depresión (33)(34)(35)

Criterios de Severidad



Relacionados con:

Método Utilizado: Se considera de alta letalidad: Armas de fuego, sustancias cáusticas, ahorcamiento.

Planificación del Acto Suicida: Plan activo, determinante.

Persistencia del Pensamiento Suicida: Reiterativo.

Alucinaciones Auditivas Comandatorias de Autoeliminación: Voces que ordenan que se elimine.

Trastornos Psiquiátricos Mayores: Como por ejemplo, Depresión mayor, Esquizofrenia Paranoide, Trastorno de Estrés Post Traumático, Trastorno por Abuso de sustancias psicoactivas y alcohol, ludopatía, Trastorno de la Conducta Alimentaria, etc.

2. Diagnóstico Diferencial

Intoxicaciones accidentales, alérgicas, por inhalación de gases o accidentes laborales, de tránsito o fortuitos, ahogamiento, caídas de altura, quemaduras, heridas de bala, fracturas, etc.

V. EXAMENES AUXILIARES

1. De Patología Clínica

Dosaje de Carbonatos y órganos fosforados, Cocaína, Marihuana, Benzodiazepinas, Fenilciclidina y Éxtasis y otros de acuerdo a clínica.

Test de Embarazo en mujeres en edad fértil.

Elisa para HIV o exámenes similares..

Dosaje de Colesterol Total Sanguíneo.- Significativo cuando es menor de 160 mg/dl
Otros exámenes de acuerdo a cuadro clínico

2. De Imágenes

De acuerdo al cuadro clínico.

3.- Exámenes especializados complementarios



Evaluaciones de pruebas psicológicas.

Estudio social.

VI. MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

1. Medidas generales y preventivas: de acuerdo al cuadro clínico y nivel de atención incluye:

- 1.1 En caso de envenenamiento por carbonatos u órganos fosforados, sofocación, de un ahogamiento, de una fractura, herida, etc. se usará el protocolo de atención del Ministerio de Salud para este tipo de pacientes.
- 1.2 Considerar la valoración de la severidad del riesgo suicida, conocer la situación que lo llevó al paciente a la conducta suicida para intentar resolverla lo más pronto posible.
- 1.3 Movilización de referente en salud mental del área de influencia, o GUIAF (grupo interdisciplinario de apoyo familiar, si es necesario se harán las respectivas visitas domiciliarias).
- 1.4 Participación organizada de todo el equipo de salud (médicos, psicólogos, enfermeras, técnicos), donde luego de resolver el daño físico se procederá a la intervención en crisis y/o consejería (tanto al paciente como a la familia), donde se favorece la expresión emocional del paciente, se brindan alternativas de solución a su problemática y se refuerzan los logros obtenidos. Este punto no sólo es con el paciente que ha intentado suicidarse sino con aquel que tiene una ideación suicida.
- 1.5 Según sea el caso, antes, durante o después se realizará el examen mental y/o evaluación psicológica. Para identificar o descartar patología psiquiátrica o fuerte evento estresante.
- 1.6 Si es necesario se procederá a la hospitalización
- 1.7 Evolucionar en la Historia Clínica el procedimiento realizado
- 1.8 Derivar según cuadro clínico y nivel de atención.

2. Terapéutica:





GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE SALTA

Ministerio de Salud Pública
Coordinación de Salud Mental

Resolución Ministerial N° 0199/18

El tratamiento requiere un enfoque profesional multidisciplinario integral que incluye la evaluación del paciente y su condición inmediata así como su entorno más cercano. Está conformado por:

2.1 Tratamiento psiquiátrico, medico y/o quirúrgico de acuerdo al cuadro clínico y nivel de atención incluye:

- Evaluación Médica y/o Psiquiátrica (examen físico y mental)
- Estabilización del paciente y/o atención de complicaciones médicas-quirúrgicas.
- Ínter consulta a la especialidad médica-quirúrgica.

2.2 Intervenciones multidisciplinaria en crisis adicionales según el caso y nivel de atención

- Intervención psicoterapéutica individual y familiar correspondiente.
- Intervención social.
- pruebas psicológicas.
 - a) Tratamiento psiquiátrico, medico y/o quirúrgico de acuerdo al cuadro clínico y nivel de atención.
 - b) Intervenciones especializadas adicionales
 - Intervención psicoterapéutica individual y familiar correspondiente.
 - Intervención social.
 - pruebas psicológicas

2.1 por niveles de atención

Nivel I:

Objetivos: primeros auxilios, referencia, educación sanitaria, Información, Educación y Comunicación al paciente en aspectos de la continuidad de la atención médica.

Modalidad de atención: atención integral.

Criterios de referencia: Identificación del problema y derivación a niveles II y III, priorizando accesibilidad geográfica de emergencia médica.

Nivel II:



Objetivos: atención de emergencia del intento de suicidio, seguimiento e intervención por el equipo multidisciplinario de Salud Mental y/ o referente en Salud Mental.

Modalidad de atención: Intervención Médica de emergencia y seguimiento, además de la intervención del equipo multidisciplinario y/ o referente de Salud Mental.

Criterios de referencia: evaluación psiquiátrica nivel III- según accesibilidad geográfica y/o gravedad del cuadro clínico asociado.

Nivel III:

Objetivos: Atención de emergencia médico-quirúrgico del Intento de suicidio, evaluación medico psiquiátrica, hospitalización, intervención especializada adicional, intervención del equipo multidisciplinario de crisis del paciente con intento de suicidio, capacitación a equipos multidisciplinarios de crisis.

Modalidad de atención: Evaluación médica psiquiátrica e investigación, atención de complicaciones medico quirúrgicas en pacientes con intento de suicidio, intervención especializada adicional.

Criterios de referencia y contra referencia: transferir a nivel III-2 a pacientes con Intento de suicidio con alto riesgo de severidad de acuerdo a evaluación psiquiátrica.

Nivel III-2:

Objetivos: resolución del problema de alta complejidad del paciente con intento de suicidio, capacitación a equipos multidisciplinarios de crisis.

Modalidad de atención: Evaluación médica psiquiátrica e investigación, intervención especializada adicional.

Criterios de contra referencia: luego de la resolución de la crisis del intento de suicidio se contra refiere a niveles inferiores con la hoja respectiva y si se presentaran complicaciones médico quirúrgico se derivara al nivel III-1.

3. efectos adversos o colaterales del tratamiento y su manejo

de acuerdo a psicofármacos de tipo ansiolítico, antipsicóticos y anticonvulsivantes.

4. Criterios de Alta:



Según la evaluación psiquiátrica se dará cuando el paciente esté estabilizado del cuadro clínico de ingreso y se haya reforzado su repertorio psicológico que le permita un manejo más adecuado de la situación que lo llevó a la conducta suicida. Es útil la intervención de un equipo multidisciplinario que trabaje con el paciente y con la familia las recomendaciones pertinentes.

En caso de duda se puede establecer junta médica.

5. Pronóstico: De acuerdo a cada situación estudiada.

VII. COMPLICACIONES: interconsultas a especialidades medico quirúrgicas de acuerdo a cuadro clínico:

Infecciones sobre agregadas

Paro cardio-respiratorio

Estados comatosos

Esofagitis cáustica, Úlceras gastrointestinales

Vómitos y aspiraciones

Reacciones alérgica

Efectos colaterales de los fármacos

Dificultades socio familiares

Iatrogenias

VIII. CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

Relacionado a la derivación de centros especializados, como por ejemplo en el caso que necesite alguna intervención quirúrgica y/o atención en salud mental.

La derivación o referencia a centros de mayor complejidad debe darse cuando resulta insuficiente la atención brindada, para lo cual se utilizará los medios disponibles en el centro de origen, como por ejemplo, aviso telefónico, radio, ambulancia, camilla, etc.,



Resolución Ministerial N° 0199/18

con el propósito de evacuar lo más rápido posible al paciente que requiera atención.
Es conveniente agregar una hoja de derivación que contenga los datos precisos que debe conocer el equipo de guardia de referencia e inclusive brindar acompañamiento.

Producido el intento de suicidio

Por envenenamiento

Sobre dosis de fármacos

Heridas autoprovocadas por arma blanca

Si existe riesgo agudo de pasar al acto suicida.

Planificación Minuciosa del evento suicida

Alto grado de impulsividad, agitación,

Desesperación.

Solicita ayuda para evitar el intento.

No puede controlar lo que sucede.

SI → Servicio de Urgencia del Hospital
más cercano que cuente con
recursos de psicología - psiquiatría

Si existe duda de presentar algunos de los indicadores — Reevaluación en 12-24 horas

Evaluar factores de riesgo

-Antecedente de intento suicida

-Disponibilidad de medios

-Abuso de alcohol o drogas o mdctos.

-Eventos vitales traumáticos

-Otros descritos

Servicio de Urgencia

A continuación se presenta flujo grama de Atención de enfermería, aprobado por Resolución Ministerial N° 1833/13, "Guía para optimizar la atención de Enfermería en



GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE SALTA

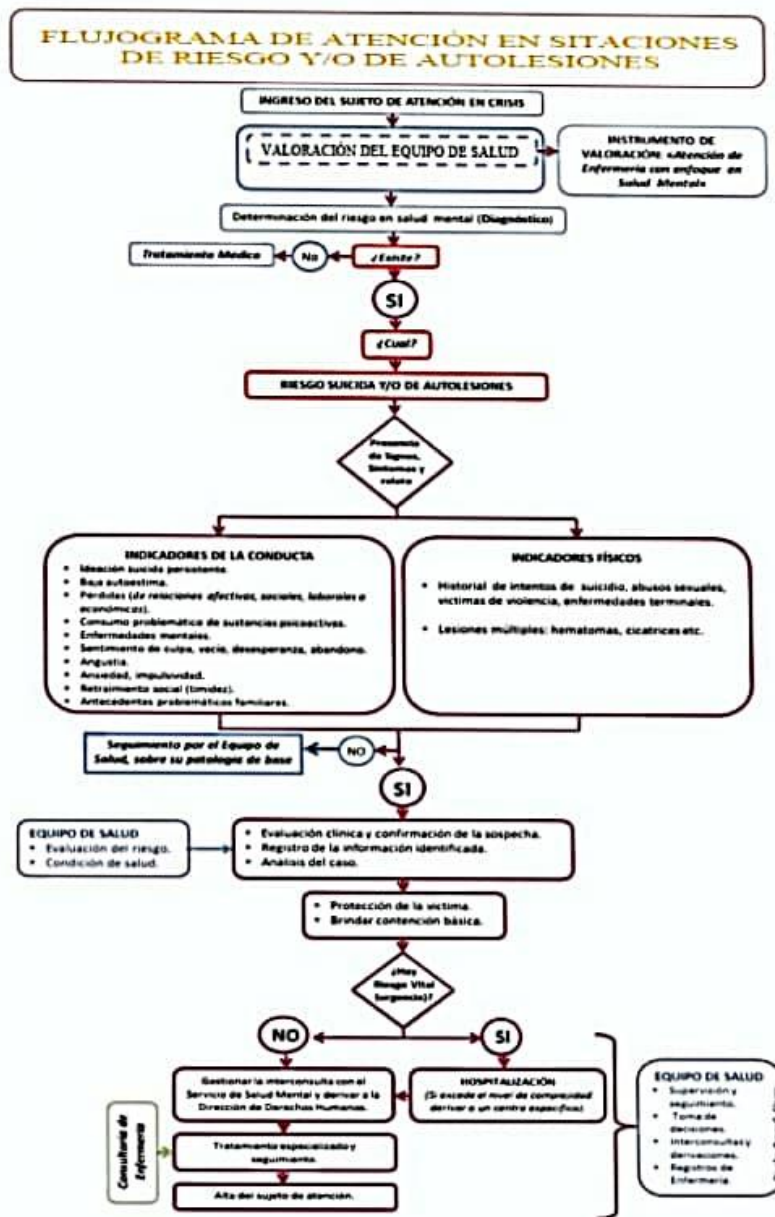
Ministerio de Salud Pública
Coordinación de Salud Mental

Resolución Ministerial N° 0199/18

Problemáticas en Salud Mental en la Provincia de Salta", se menciona este documento a los fines de ser utilizado como recurso bibliográfico por personal de salud que lo requiera.

IX. Flujograma de Atención:

}





GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE SALTA

Ministerio de Salud Pública
Coordinación de Salud Mental

Resolución Ministerial N° 0199/18

Programa "GULAF" (Grupo interdisciplinario de Abordaje Familiares en Episodio de Suicidio e Intento de Suicidio)

INSTRUCTIVO PARA APLICAR LA FICHA DE INVESTIGACION SUICIDIO / INTENTOS DE SUICIDIO

El responsable del llenado del presente registro es el profesional que realiza la prestación, cualquiera sea su especialidad. Los datos requeridos deberán completarse en forma clara y legible.

I-Datos de Identificación

- A) **Departamento y Localidad:** Nombre de la Provincia-Departamento y Localidad donde está ubicado el declarante.
- B) **Establecimiento:** Nombre completo del establecimiento donde se brinda la atención de salud.
- C) **Área Operativa:** N° de área operativa
- D) **Semana Epidemiológica:** Numero de semana epidemiológica, en la que se encuentra en el momento de ocurrido el evento.
- E) **Fecha:** Día, mes y año en que se realiza la captación.
- F) **Nombre/s y apellido/s** completo del paciente.
- G) Numero de **Documento Nacional de Identidad**.
- H) **Fecha de nacimiento:** completar: Día / Mes / Año.
- I) **Edad** (en años cumplidos).
- J) **Residencia Habitual:** lugar de residencia actual, **localidad y Provincia** que corresponda.
- K) **Teléfono de Contacto:** N° de teléfono de contacto propio si no tuviera teléfono propio, registrar el de algún **vecino o referente**.
- L) **Motivo de consulta:** Motivo por el cual el paciente consulta a la institución de salud. Utilizar **Codificación CIE 10:** Colocar letra y número de código según corresponda. (Ver Anexo)

Adolfo Gúemes N° 650 1º Piso. Mail: gulafsm@outlook.com. Teléfono: 0387-4213387



GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE SALTA

Ministerio de Salud Pública
Coordinación de Salud Mental

Resolución Ministerial N° 0199/18

Programa "GUAFA" (Grupo interdisciplinario de Abordaje Familiares en Episodio de Suicidio e Intento de Suicidio)

- LL) Practica Realizada:** Se consignara todas las prestaciones y/o actividades realizadas en el paciente desde el ingreso al servicio hasta su alta.
- M) Observaciones:** Registrar información importante que refleje la situación particular del caso y/o pueda ser útil en la fase de control y seguimiento posterior a la urgencia.
- N) Registrar:** Firma- Aclaración y Matrícula Profesional que realiza la atención.



GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE SALTA

Ministerio de Salud Pública
Coordinación de Salud Mental

Resolución Ministerial N° 0199/18

Programa "GUAFA" (Grupo interdisciplinario de Abordaje Familiares en Episodio de Suicidio e Intento de Suicidio)

Anexo

CODIFICACION SEGÚN CIE 10, para los eventos: SUICIDIO – INTENTO DE SUICIDIO

X60 a X84 Correspondientes a las **Lesiones Autoinflingidas Intencionalmente**. (Se adjunta descripción de códigos)

Z91.5 Correspondiente a la **Historia personal de lesión autoinflingida** para los casos con antecedentes de lesión autoinflingida.

X60 Envenenamiento auto infligido intencionalmente por, y exposición a analgésicos no narcóticos, antipiréticos y antirreumáticos

X61 Envenenamiento auto infligido intencionalmente por, y exposición a drogas antiepilépticas, sedantes, hipnóticas, anti parkinsonianas y psicotrópicas no clasificadas en otra parte.

X62 Envenenamiento auto infligido intencionalmente por, y exposición a narcóticos y psicodislépticos [alucinógenos], no clasificados en otra parte

X63 Envenenamiento auto infligido intencionalmente por, y exposición a otras drogas que actúan sobre el sistema nervioso Autónomo.

X64 Envenenamiento auto infligido intencionalmente por, y exposición a otras drogas, medicamentos y sustancias biológicas, y los no especificado

X65 Envenenamiento auto infligido intencionalmente por, y exposición al alcohol

X66 Envenenamiento auto infligido intencionalmente por, y exposición a disolventes orgánicos e hidrocarburos halogenados y sus vapores

X67 Envenenamiento auto infligido intencionalmente por, y exposición a otros gases y vapores

X68 Envenenamiento auto infligido intencionalmente por, y exposición a plaguicidas

Adolfo Güemes N° 650 1° Piso. Mail: gulafsm@outlook.com. Teléfono: 0387-4213387



Programa "GUIAF" (Grupo Interdisciplinario de Abordaje Familiares en Episodio de Suicidio e Intento de Suicidio)

X69 Envenenamiento auto infligido intencionalmente por, y exposición a otros productos químicos y sustancias nocivas, y los no especificados

X70 Lesión auto infligida intencionalmente por ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación

X71 Lesión auto infligida intencionalmente por ahogamiento y sumersión

X72 Lesión auto infligida intencionalmente por disparo de arma corta

X73 Lesión auto infligida intencionalmente por disparo de rifle, escopeta y arma larga

X74 Lesión auto infligida intencionalmente por disparo de otras armas de fuego, y las no especificadas

X75 Lesión auto infligida intencionalmente por material explosivo

X76 Lesión autoinfligida intencionalmente por humo, fuego y llamas

X77 Lesión auto infligida intencionalmente por vapor de agua, vapores y objetos calientes

X78 Lesión auto infligida intencionalmente por objeto cortante

X79 Lesión auto infligida intencionalmente por objeto romo o sin filo

X80 Lesión auto infligida intencionalmente al saltar desde un lugar elevado

X81 Lesión auto infligida intencionalmente por arrojar o colocarse delante de objeto en movimiento

X82 Lesión auto infligida intencionalmente por colisión de vehículo de motor

X83 Lesión auto infligida intencionalmente por otros medios especificados

X84 Lesión auto infligida intencionalmente por medios no especificados



GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE SALTA

Ministerio de Salud Pública
Coordinación de Salud Mental**Resolución Ministerial N° 0199/18**

Programa "GUIAF" (Grupo Interdisciplinario de Abordaje Familiares en Episodio de Suicidio e Intento de Suicidio)

Salta 15 de marzo del 2018

AL GERENTE

HOSPITALES DE LA PROVINCIA DE SALTA

PRIMER NIVEL DE ATENCION

Su Despacho:

Tengo el agrado de dirigirme a Ud. a fin de elevar, para su conocimiento, difusión e implementación, la presente **Resolución Ministerial N° 0199/18** referente a: **"Vigilancia Epidemiológica en Salud Mental: SUICIDIO – INTENTO de SUICIDIO"** en la provincia de Salta. Se publica Manual de Vigilancia de tal evento en la Pág. Web de la Coordinación de Salud Mental Dependiente del Ministerio de Salud Pública: www.secsaludmentalsalta.com

A tal efecto: Los servicios de Emergencia- Guardia- Consultorios Externos e Internados de los Hospitales y centros de salud de capital e Interior de la provincia de Salta, reportaran los eventos, sin excepción, a la Coordinación de Salud Mental por Fax, 0387-4373106, y/o vía Mail al Programa GUIAF: guiafsm@outlook.com. Teléfono: 0387-4213387. La modalidad de notificación del evento será Individual y semanal. Cabe aclarar que la notificación de los casos es incumbencia de todo aquel profesional que forma parte del equipo de salud, que asiste o asistió al paciente y/o familiar pertinente.

Se adjunta Resolución Ministerial, Ficha de Investigación para la notificación de los casos, instructivo de llenado. Sin otro motivo particular saludo a Ud. Atentamente.

Adolfo Güemes N° 650 1º Piso. Mail: guiafsm@outlook.com. Teléfono: 0387-4213387

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DE LA HISTORIA CLÍNICA

HOJA A: DATOS GENERALES, SOCIALES Y DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Serán completados por el Personal Administrativo la totalidad de los ítems solicitados y con constancia a pie de página, de la firma del personal interviniente.

La actualización de los datos deberá ser realizada en forma periódica en una nueva hoja paginada correlativa a la anterior.

HOJA B: VALORACION AL MOMENTO DE LA ENTREVISTA:

Evaluación psíquica:

El examen psíquico global es indispensable para la toma de decisiones en la asistencia inmediata de la persona con conductas autolesivas. Puede ser realizado por el profesional médico, de salud mental o integrante del equipo a cargo.

- **Estado de conciencia:** vigil, obnubilado o confuso inconsciente, hipervigilante.
- **Grado de orientación** autopsíquica y alopsíquica.
- **Evaluar estado cognitivo global:** atención, concentración y memoria.
- **Aspecto físico:** descuidado, vestimenta extravagante o bizarra, falta de higiene (siempre evaluado dentro del contexto socio cultural y étareo).
- **Estado motriz:** el trastorno del comportamiento gestual y motor constituyen una forma privilegiada de expresión patológica, inquietud, desasosiego, hiperactividad motriz, impulsividad, excitación, inhibición, catatonía.
- **Actitud:** colaboradora, reticente, querellante, agresiva, inhibida.
- **Lenguaje:** verborrágico, mutismo, habla espontáneamente, neologismos.
- **Pensamiento:**
Curso: taquipsiquia, bradipsiquia, interceptado, sin idea directriz, fuga de ideas.
Contenido: ideación coherente, delirante: de grandeza, de persecución, mística, pueril, obsesiones, ideas de desesperanza y muerte (ver Anexo IV, detalle de Evaluación de ideación suicida).
- **Alteraciones de la sensopercepción:** alucinaciones visuales, auditivas, olfativas, cenestésicas.

- **Afectividad:** humor expansivo (manía), humor deprimido (depresión), indiferencia afectiva (esquizofrenia), labilidad.
- **Sueño:** insomnio o hipersomnio.
- **Actitud alimentaria:** anorexia, negativa a comer, hiperfagia.
- **Juicio:** conservado, desviado.

Se debe prestar especial atención y tomar medidas de cuidado necesarias frente a la persona que presente:

- Nivel de ansiedad alto (expresada por hiperactividad motriz, y/o psíquica, desasosiego).
- Llanto incoercible.
- Actitud o conducta lesiva.
- Amenazas verbales o actitud amenazante.
- Retraimiento, hermetismo, mutismo o catatonía.
- Actitud desconfiada, temerosa o francamente paranoide.
- Estado alucinatorio franco.
- Confusión mental.

Estabilización

Se recomienda evaluar los siguientes factores de riesgo:

Sexo: Varón: el sexo masculino es considerado en sí mismo un factor de riesgo ya que el mayor porcentaje de intentos graves y suicidios consumados corresponden a este género.

Letalidad del método: está determinada por la peligrosidad para la integridad física en sí misma. También por la percepción que la persona tenga de ella (no siempre coincide con la letalidad real).

Letalidad alta

- Ahorcamiento.
- Armas de fuego.
- Arrollamiento (automóviles, tren).
- Lanzamiento de altura.
- Intoxicaciones con gas.
- Electrocutación.
- Intoxicación por elementos altamente tóxicos, aún en pequeña cantidad (órgano fosforado, soda cáustica, medicación, etc.)
- Intoxicación por elementos de baja toxicidad pero cuya letalidad está dada por la cantidad y/o modalidad de ingestión (medicamentos en gran cantidad).

- Heridas cortantes profundas o en gran cantidad (cortes profundos en los cuatro miembros o en la cara).

Letalidad Moderada y baja

- Ingestión de sustancias o medicamentos de baja toxicidad y pequeña cantidad (tóxico en pequeñas cantidades o cuya baja letalidad era conocida por la persona).
- Cortes leves, escasos y superficiales (por ej: uno o dos cortes en antebrazo).
- Cualquier otra conducta de autoagresión de características tales que no hubieren podido ocasionar daño severo.

El **método** utilizado siempre deberá ser considerado en el **contexto** de la existencia de **plan auto agresivo y del grado de impulsividad**. Los métodos de muy alta letalidad como armas de fuego, defenestración o ahorcamiento, por ejemplo, son factores de altísimo riesgo independientemente de la existencia de un plan, del motivo desencadenante, y de la manifestación o negación de intención suicida. Un método muy frecuente como la ingestión de tóxicos y medicamentos debe ser evaluado en su contexto (ejemplo: la ingesta de medicamentos con bajo nivel de toxicidad pero en gran cantidad y habiendo hecho acopio en un lapso de tiempo).

Planificación del acto:

- Existencia de un plan minucioso.
- Escribir notas o cartas que no pudieran ser encontradas fácilmente.

Existencia de un plan reiterado en el tiempo (fue planificado antes y no concretado o fallido).

Circunstancias en la que se concretó el plan

- No amenazó ni presentó ninguna actitud que pudiera advertir a alguien.
- Estaba solo cuando ejecutó el plan y/o no aviso a nadie luego.
- Lo llevó a cabo en circunstancias que hacían difícil la interrupción y/o el rescate.
- Procuró el tóxico o el elemento riesgoso y lo guardó un tiempo hasta ejecutar el plan.

Grado de impulsividad

El acto se llevó a cabo sin la posibilidad de reflexión, generalmente en un contexto de conducta disruptiva y/o violenta y de manera tan abrupta que hacen imposible o dificulta su interrupción por otros.

La impulsividad es considerada en sí misma un factor de riesgo, ya sea que la acción tenga evidente y manifiesta intencionalidad suicida, o por estar conducida a aliviar tensiones psíquicas intolerables para el sujeto.

Actitud y afecto posterior al intento

- No procura asistencia.

- Trata de impedir o dificultar su rescate.
- No manifiesta arrepentimiento o alivio por haber fallado, sino irritabilidad por haber sido asistido o interrumpido.
- Se muestra indiferente o con poca conciencia del riesgo al que se expuso.

Estado psíquico al momento de la consulta

- Obnubilación o confusión.
- Excitación psicomotriz, agresividad.
- Expresión manifiesta de planes autoagresivos.
- Ideación implícita de autolesión, de muerte y/o suicida.
- Desesperanza, baja autoestima, desinterés generalizado, tristeza.
- Incapacidad manifiesta o inferible para el manejo de sus afectos.
- Aislamiento y dificultad severa para vincularse afectivamente.
- Otros síntomas psíquicos tales como: desinhibición, alucinaciones injuriosas, ideas delirantes de auto referencia, grandiosidad o místicas de sacrificio, insomnio, impulsividad.

Intoxicación o consumo agudo de sustancias: alcohol o drogas.

Acción auto lesiva repetida. Intentos previos.

Presencia de trastorno mental previo

- Depresión, manía, hipomanía, impulsividad.
- Esquizofrenia (puede desencadenarse en la adolescencia).

Antecedentes de tratamiento por trastornos mentales: internaciones por causa psiquiátrica, tratamientos interrumpidos, etc.

Existencia de patología orgánica grave, crónica y/o terminal

- Dbt, HIV, patología oncológica, enfermedades sistémicas, autoinmunes, neurodegenerativas, etc.

Existencia de un evento estresante desencadenante del acto o ideación auto lesiva

- Muerte o enfermedad grave recientemente diagnosticada a un familiar, referente o amigo.
- Abuso sexual y/o maltrato reciente.
- Aborto reciente o embarazo no deseado.
- Conflictos intrafamiliares graves (separaciones y otros)
- Conflictos con pares, rupturas sentimentales.
- Dificultades y/o fracasos recientes en el ámbito escolar.

Contexto socio familiar

- Facilitación o inducción explícita/ implícita por parte del adulto.

- Actitud desinteresada o negligente del adulto frente al hecho: minimizar el riesgo, no consultar rápidamente, considerar que esta fingiendo o simplemente llamando la atención, etc.
- Historia familiar de suicidios consumados o intentos.
- Historia familiar de trastorno mental.
- Historia de violencia intrafamiliar.
- Historia familiar de abuso sexual y maltrato.
- Existencia de patología grave, crónica o terminal en alguno de los miembros.
- Red familiar actual insuficiente o poco continente.
- Aislamiento: inexistencia o insuficiencia de red social de pares.
- Ámbito escolar incontinente o pérdida de escolaridad.
- Acoso escolar (bullying) o ciber acoso.
- Antecedentes de intentos o suicido en grupo de pares.

Auto agresión como modalidad habitual en grupo de pares (tanto como víctima o victimario).

- Pertenencia a un sistema de creencias personales y/o familiares, o sociales, que exalten la muerte.
- Situación de vulnerabilidad socioeconómica.

b) Factores que proveen protección

Es imprescindible evaluar y fortalecer los recursos, las capacidades y potencialidades de la persona y su entorno.

Patrones familiares

- Buena relación con los miembros de la familia.
- Apoyo de la familia.

Estilo cognitivo y personalidad

- Buenas habilidades sociales.
- Confianza en sí mismo, en su propia situación y logros.
- Búsqueda de ayuda cuando surgen dificultades, por ejemplo, en el trabajo escolar.

Factores culturales y sociodemográficos

- Integración social (participación en deportes, asociaciones religiosas, clubes y otras actividades).
- Buenas relaciones con pares y adultos referentes.
- Apoyo de personas relevantes (maestros, etc.)

Estrategias terapéuticas inmediatas

a) Internación o permanencia en guardia o sala del hospital polivalente para observación. Evaluación por profesional de salud mental en un lapso no mayor a 48 hs. (dependiendo de la accesibilidad a la consulta con especialista). No se debe indicar derivación a institución monovalente de Salud Mental.

b) Alta institucional y continuación del tratamiento ambulatorio por Salud Mental.

La presencia de alguno de los siguientes factores de riesgo, asociado al intento de suicidio/autolesión, configura una situación de riesgo inminente y requiere la interconsulta con el equipo de Salud Mental, previa al alta.

- Acción auto lesiva grave y/o método de alta letalidad.
- Acción llevada a cabo con alto grado de impulsividad y/o planificación.
- Persistencia de la ideación suicida y/o auto lesiva. interior Antecedentes de intentos de suicidio o de autoagresión del adolescente, o intento de suicidio de personas cercanas.
- Consumo perjudicial de alcohol y/o sustancias psicoactivas (puede provocar desinhibición psicomotriz).
- Presencia de patología mental:
 - Evidente autoconcepto deteriorado o denigratorio.
 - Ideas de desesperanza y/o otros síntomas depresivos.
 - Alteraciones de la sensopercepción y/o ideación delirante relacionadas con la auto agresión.
 - Síntomas maníacos.
 - Síntomas graves de impulsividad.
- Paciente que presente episodio de excitación psicomotriz o de ansiedad incoercible de cualquier origen.
- Retraimiento severo al momento de la consulta que no permita la evaluación.
- Antecedentes de retraimiento social y aislamiento grave.
- Historia de situaciones traumáticas (abuso sexual, maltrato físico, desamparo, etc.)
- Enfermedad grave, crónica y/o de mal pronóstico del paciente.
- Ausencia de red socio-familiar de contención.

Si existen dudas acerca de los resultados de la evaluación realizada, se sugiere que la persona permanezca un lapso breve a determinar por el profesional interviniente y según las posibilidades de cada caso. Se realizará una nueva evaluación, con la persona y/o el adulto a cargo, que podrá ayudar a ratificar o rectificar alguno de los factores antes

mencionados, o incluso constatar alguna modificación que pudiere haberse producido, luego de la cual se decidirá la estrategia a seguir.

Se podrá considerar la posibilidad de alta con indicación de seguimiento por el equipo de salud mental cuando se verifiquen todos o algunos de los siguientes ítems:

- La acción auto lesiva es de bajo grado de agresión.
- Ideación de poca consistencia.
- El contexto familiar se evalúa como medianamente continente y los referentes vinculares presentan una actitud de compromiso para adoptar medidas de cuidado.
- Se muestra de acuerdo con la necesidad de continuar el tratamiento.
- Puede garantizarse el seguimiento.

Se dará de alta a la persona garantizando:

- Turno asignado para Salud Mental. Se debe especificar fecha y hora del turno y nombre del profesional (dentro de los 7 días subsiguientes).
- Acompañamiento permanente por un referente afectivo adulto.

Estrategia terapéutica a mediano plazo

Evaluación posterior por equipo de salud mental

- Evaluar la situación global y la existencia de riesgo en esta segunda instancia. Valorar los signos y los síntomas que no hayan sido evaluados por el estado físico de la persona (intoxicación, obnubilación de la conciencia, etc.), profundizando en aspectos del funcionamiento psíquico y en el efecto que ha producido la permanencia del adolescente en observación.
- Considerar las modificaciones que pudieron o no haberse producido en ese breve lapso de tiempo, teniendo en cuenta:
 - Cambio de actitud o persistencia de conducta en relación al hecho.
 - Disminución de síntomas psíquicos relevados en la urgencia.
 - Respuesta al tratamiento farmacológico si fue indicado.
 - Contexto familiar que haya podido funcionar como continente.
 - Existencia de una red familiar y/o social ampliada que se haya conformado.

Luego de realizar la evaluación específica, el equipo de salud mental determinará la persistencia, agravamiento o disminución del riesgo y diseñará una nueva estrategia de seguimiento inmediato y a corto plazo.

En los casos de mayor gravedad no es esperable que la situación de riesgo se modifique en ese corto tiempo, con frecuencia la intervención del equipo de salud funciona como ordenadora tanto para la persona como para su familia. La institución puede comportarse como un marco de contención.

HOJA C: HOJA DE ...

Destinada a informes de Intervenciones, Prestaciones realizadas al usuario, familia, referente o responsable, se incluyen: Atención Domiciliaria, Coordinación Interinstitucional: in situ y/o utilización de diferentes medios de comunicación (Telefónica, Fax, mail, etc.)

También se utilizara la **Hoja De...** para el registro de las Derivaciones realizadas, donde se consignara: Institución a la que se deriva el caso, Nombre del Profesional que re seccionará el caso, Motivo de derivación, Fecha de Egreso del Servicio. Firma y Sello del Profesional que realiza la derivación.

Informe de Mortalidad por Suicidio Provincia de Salta, años comparativos, 2011 al 2022.

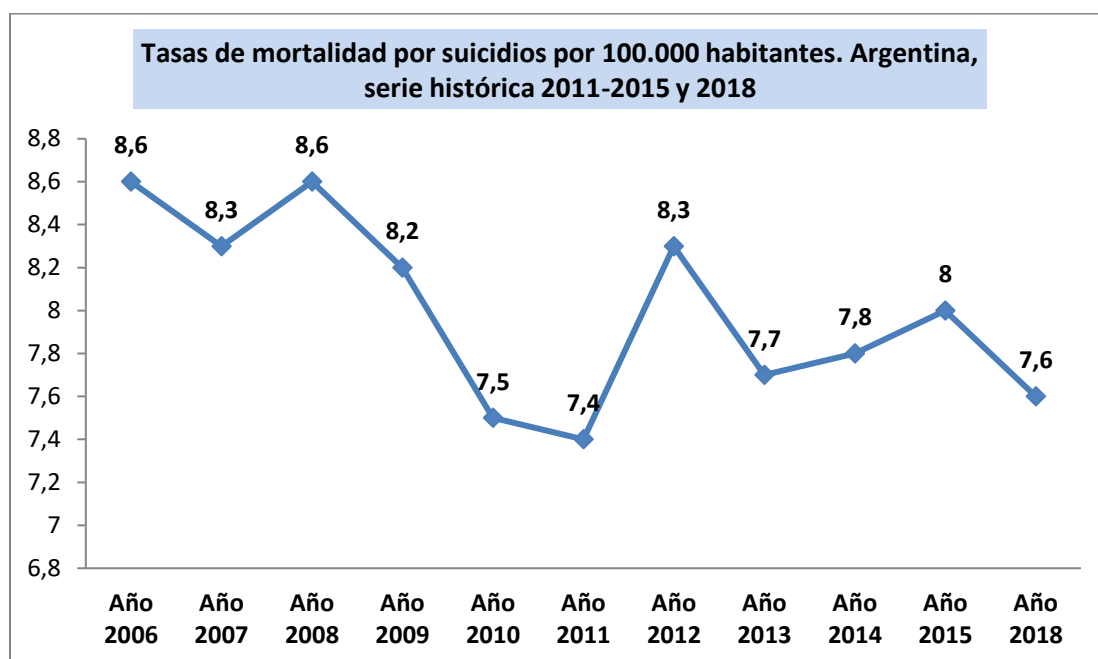
El presente documento especifica la evolución reciente del indicador de mortalidad por suicidio en la provincia de Salta, años 2011 al 2022. La fuente y el procesamiento de la información surge de los registros de Notificación obligatoria provincial para los eventos de Suicidio e Intento de Suicidio (la misma fue aprobada por **Resolución Ministerial Nº 0199/18 - Ampliatoria del Proyecto; Resolución Ministerial 1616/21 del Ministerio de Salud Pública**).

Otra fuente de información utilizada corresponden a los registros de información aportados por el Departamento Centro de Análisis de Seguridad, de la Policía de la Provincia y Sistema de Emergencia 911. Ambos registros permiten garantizar altos niveles de control y calidad en la producción de los indicadores.

De la información procesada se destaca:

Tasa de Mortalidad General por Suicidio en Argentina

Gráfico Nº 1



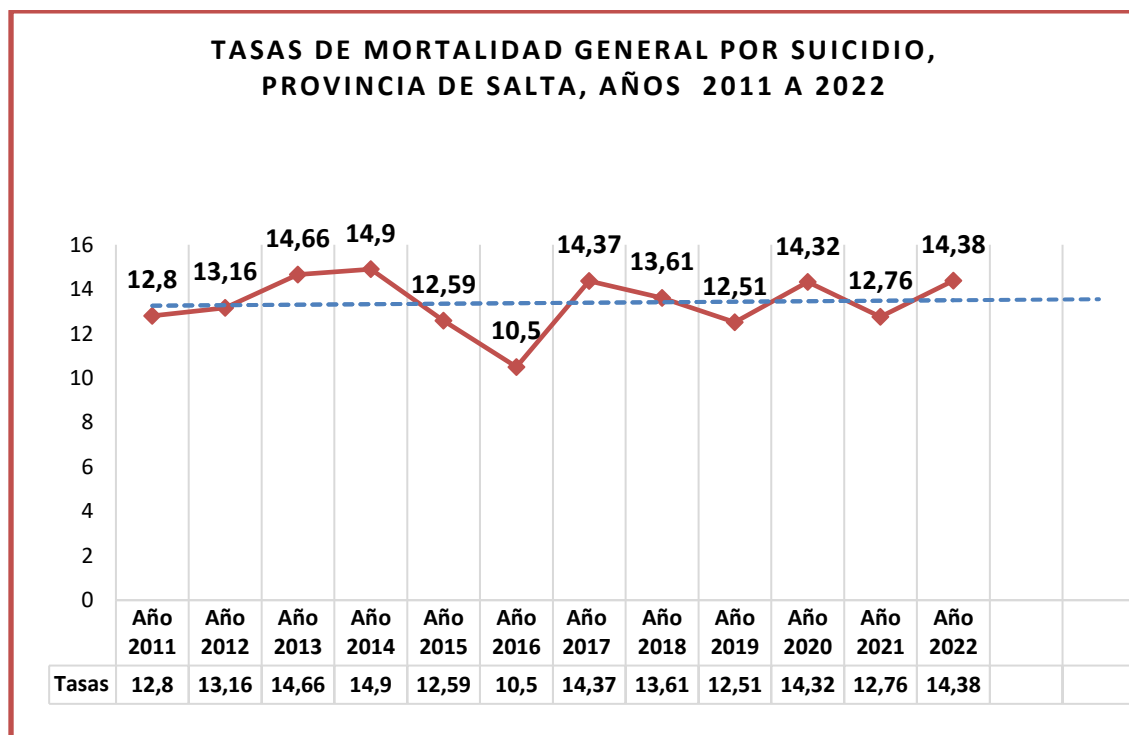
Fuente: Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones – Ministerio de Salud de la Nación

Si tomamos como referencia la media nacional calculada por la Dirección de Estadística e Información de la Salud del Ministerio de Salud de la Nación, registra como última actualización, año 2018, una tasa de **7,6** suicidios por cada cien mil habitantes en el país.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) más de 800 mil personas se suicidan cada año, cada 40 segundos una persona muere por esa causa, la **Argentina** se ubica 66 de 172 entre los países con mayor **tasa de suicidio**.

Tasa de Mortalidad General por Suicidio- Provincia de Salta

Gráfico N° 2

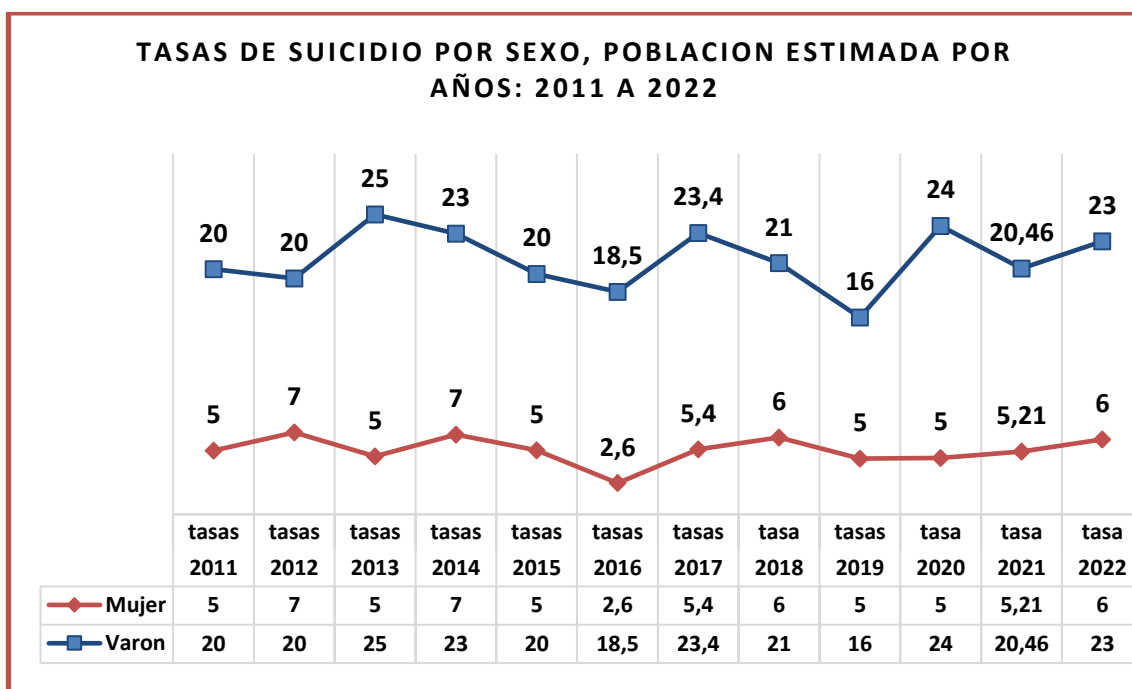


Fuente: Secretaría de Salud Mental y Adicciones - Programa GUIAF – Departamento Análisis de Seguridad - Policía de la Provincia.

La tasa de mortalidad por suicidio en la provincia de Salta, correspondiente al **año 2022 (14,38)** experimento un **aumento de 1,62** puntos en comparación al periodo **2021 (12,76)** y en relación a la **media nacional (7,6)** Salta registro **6,78** puntos por arriba de la media en el último año en estudio.

Tasas de Mortalidad por Suicidio según género – Provincia de Salta

Gráfico N° 3



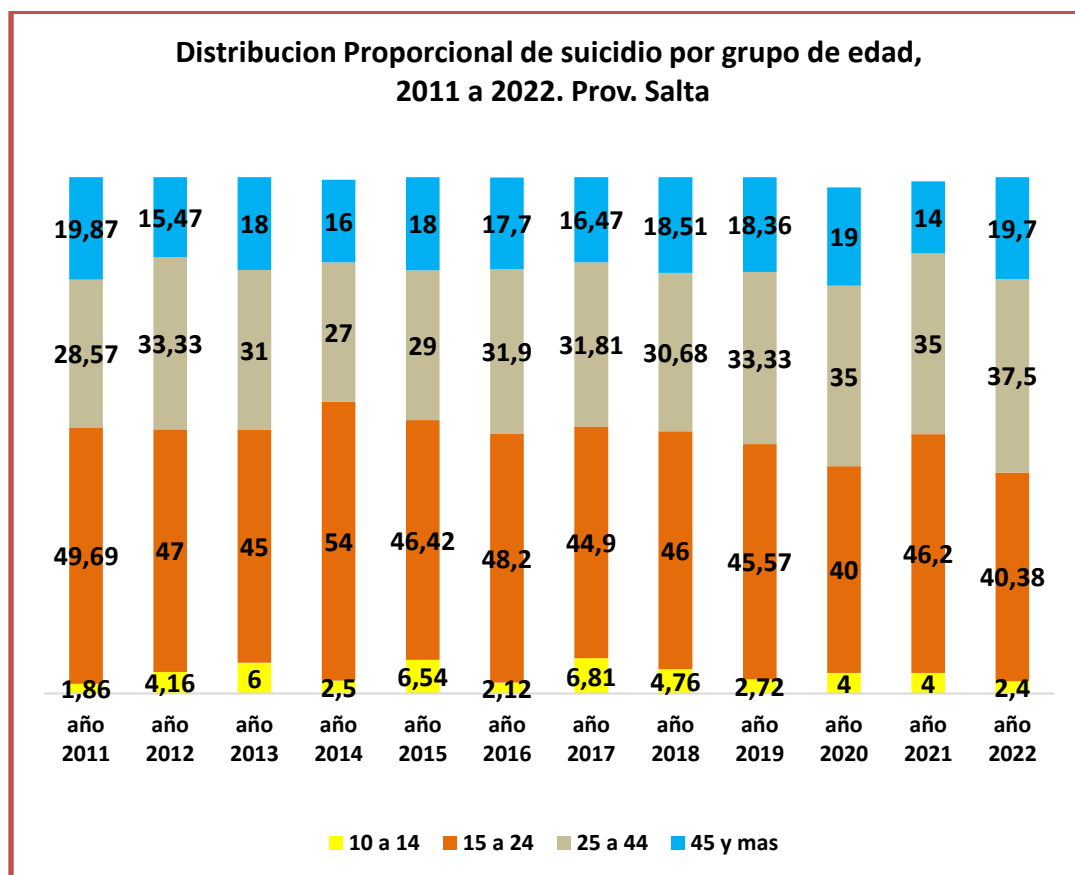
Fuente: Secretaría de Salud Mental y Adicciones - Programa GUIAF – Departamento Análisis de Seguridad - Policía de la Provincia.

El presente gráfico nos muestra tasas de mortalidad por suicidio según género, si comparamos la media nacional, última actualización publicada por la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones en el año 2015, especifica una tasa de **3.0** para las **mujeres** y **13.0** para los **varones**, observaremos que en la provincia de Salta en el último año analizado (2022), ambas tasas se encuentran por encima de la media nacional, de **6** para las **mujeres** y **23** para los **varones**.

Distribución Proporcional de Suicidios según grupos de edad -

Salta años 2011 a 2021

Gráfico N° 4

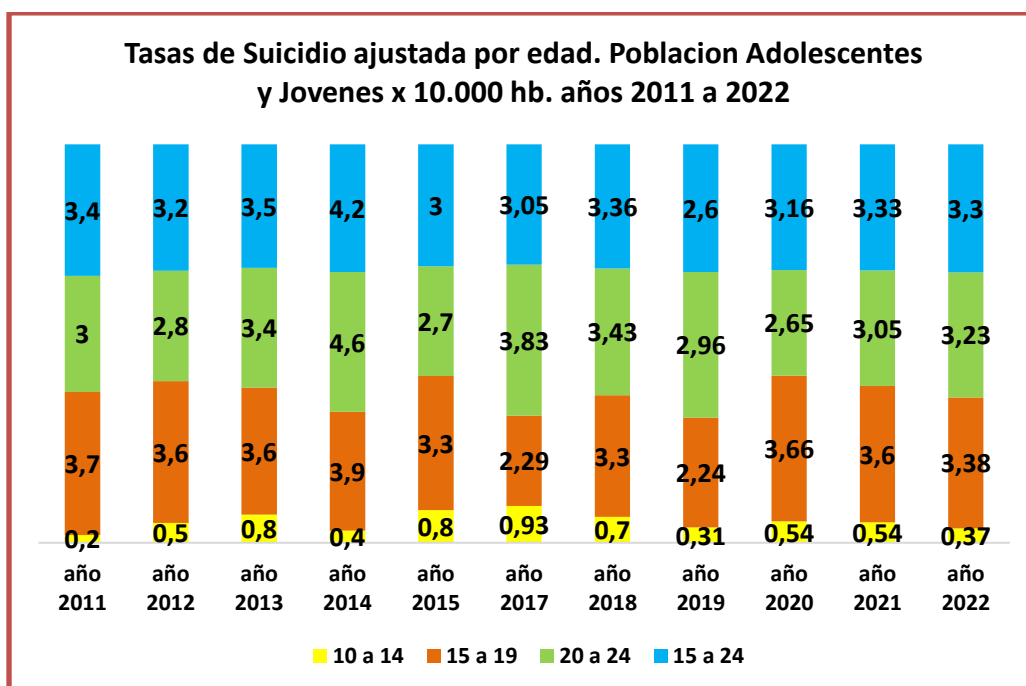


Fuente: Secretaría de Salud Mental y Adicciones - Programa GUIAF – Departamento Análisis de Seguridad - Policía de la Provincia.

El presente gráfico nos muestra la distribución proporcional de las defunciones por suicidio según grupos etarios, si comparamos los resultados obtenidos en el año 2021 (posterior a la Pandemia Covid 19) y año 2022, observamos por un lado una reducción de 1,6% de los suicidios consumados en los niños adolescentes de 10 a 14 años, mientras que la mayor proporción sigue apareciendo en los jóvenes de 15 a 24 años con un 40,38%. También se observa un incremento de 2,7% en la franja etarea de 25 a 44 años, y un aumento de 5,7% en el grupo de adultos mayores a 45 años de edad.

Tasa ajustada por edad

Gráfico N° 5



Año	10 a 14	15 a 19	20 a 24	15 a 24
año 2011	0,2	3,7	3	3,4
año 2012	0,5	3,6	2,8	3,2
año 2013	0,8	3,6	3,4	3,5
año 2014	0,4	3,9	4,6	4,2
año 2015	0,8	3,3	2,7	3
año 2017	0,93	2,29	3,83	3,05
año 2018	0,7	3,3	3,43	3,36
año 2019	0,31	2,24	2,96	2,6
año 2020	0,54	3,66	2,65	3,16
año 2021	0,54	3,6	3,05	3,33
año 2022	0,37	3,38	3,23	3,3

Fuente: Secretaría de Salud Mental y Adicciones - Programa GUIAF – Departamento Análisis de Seguridad - Policía de la Provincia.

El gráfico Nº 5 nos muestra tasas ajustadas por edad, en la población estimada por año en adolescente y jóvenes por 10.000 habitantes. Se analiza este grupo poblacional debido al número elevado de muertes por suicidio ocurridas en los últimos 10 años. Las tasas no muestran variaciones significativas, sino por el contrario se mantienen estables y es alto el porcentaje de muertes en adolescentes y jóvenes, por tal se incrementan los años potenciales de vida perdidos.

Mortalidad por Suicidio según Localidad- Salta años 2011 a 2022

Departamento	Localidad	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
	Total	161	168	190	196	168	158	197	189	176	204	184	210
Anta	Cnel. Mollinedo					1							
	Gaona					1							
	Gral. Pizarro	1	1										
	Las Lajitas	-	1	4	2	3	1		2		1	3	1
	El Quebrachal	4	1		3	2	1		1	2	1	1	1
	Macapillo			1									
	Apolinario Saravia	1	2	1		1		1	1	5	3	3	2
	J.V. Gonzalez	4	2	4	1	1	1	5	7	4	7	4	2
	Nuestra Sra. De Talavera				1	1							
	Parque Nacional. El Rey		1										
Cachi	Cachi	1	1		3			2	1	3		1	3
	Payogasta			1					2		1	1	2
	Escalchi	-	1										
Cafayate	Cafayate	1	1	1	2		1	1	2	2	2	2	2
Capital	Capital	64	67	84	90	79	76	76	91	65	85	81	78
	Las Costas/San Lorenzo			1									1
	Atocha			1					2				1
	San Lorenzo	1	2	3	1	1							
	San Luis		1			1							
Cerrillos	Cerrillos	5	2	4	4	4	6	4	3	7	10	5	7
	La Merced	2		5		2	6	4	2	1	2		4
Chicoana	Chicoana	2	1	1	4	1			3	2	1	5	2
	El Carril	1	2	1	6	1	1	1	1	3		2	3
General Güemes	Campo Santo	-	1	1	2						1	3	1
	General Güemes	3	6	3	3	1	7	4	4	6	6	2	3
	El Bordo	1				2			1		1		
	Lumbrera		1										
	Betania		1										

Fuente: Secretaría de Salud Mental y Adicciones - Programa GUIAF – Departamento Análisis de Seguridad - Sistema de Emergencia 911 Policía de la Provincia.

Continuación:

Departamento	Localidad	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
	Total	161	168	190	196	168	158	197	189	176	204	184	210
Gral San Martín	Aguaray	1	1	2			1	3	1	1	1	1	1
	Embarcación	4	4	7	6	1	7	4	3	2	1	3	5
	Paraje Cuña Muerta					1							
	Coronel Cornejo												
	Gral Ballivian	-	1	1	1								
	Arenales					1							
	Gral Mosconi	1	2		3	1		2			2	3	6
	Salvador Mazza	1	3	1	2	4	2	2	3	1	1	4	6
	Tartagal	5	8	12	6	9	7	13	15	5	13	8	13
	Dragones		1										
Guachipas	Los Sauces			1									
	Guachipas	-	1	2		1							1
Iruya	Iruya	-	1				1	1	1	2			1
	Colanzulli					1							
	Islas de Cañas	-	1			2							
La Caldera	La Caldera	-		1	1		1	3		1	1		
	Vaqueros	-	1		1					2	3		
La Candelaria	El Jardín	-		2							1		2
	El Tala	1					1	1		1	3	1	
	La Candelaria	-			1								
La Poma	La Poma	-	1								1		
La Viña	Coronel Moldes	-			1	1					2	1	2
	La Viña	-				2				1	2		1
Los Andes	S. A. de los Cobres	2	1		1		5	1	1		6	2	5
	Olcapato	-				1							
Metán	El Galpón	2	1		1	1	1	4	1	1	2	3	
	El Tunal			1									
	Metán	10	6	5	8	4	5	7	2	4	6	8	7
	Río Piedras	-	1										
	Los Rosales		2										
	Lumbrera		1										

Fuente: Secretaría de Salud Mental y Adicciones - Programa GUIAF – Departamento Análisis de Seguridad – Sistema de Emergencia 911. Policía de la Provincia.

Continuación:

Departamento	Localidad	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
	Total	161	168	190	196	168	158	197	189	176	204	184	210
Molinos	Luracatao	-				1							
	Molino											2	
	Seclantás	2			1					1	1	1	
Orán	Colonia Sta Rosa	2		1	2	3	1	1	4	2	3	2	2
	Mision San Francisco			1									
	Aguas Blancas			1									
	Pichanal	4	5	9	6	1	4	4	4	4	2	3	5
	H. Irigoyen						1	2			2	2	3
	San Ramon NuevaOrán	11	9	15	17	10	9	28	17	23	15	13	12
	Urundel	1		1				3				1	
Rivadavia	Rivadavia B. Norte (Mo)	3	1			1	2	2	2	2			1
	La Esperanza					1							
	Los Blancos				1								
	Pluma de Pato				1								
	La Union			1	1	3				1			
	Rivadavia Banda Sur	1	5	2			1		2			2	5
	Santa Victoria Este	4	2		1	2	1	1		1	1	2	
Rosario de la Frontera	Antillas			1					1				
	Los Baños					1							
	El Potrero	1	1								1		
	Rosario de la Frontera	6	6	4	3	5	6	3	4	8	5	2	3
Rosario de Lerma	Campo Quijano	1	2	1	4		1	5	3	4	7	2	4
	La Silleta									1		1	
	Rosario de Lerma	4	4	1	2	4		5	2	5	1	2	9
San Carlos	San Carlos	1			1	1	1	2		2			1
Santa Victoria	Mecoyita	-				2							
	Nazareno	1						1				2	
	Rodeo Pampa					1							
	Sta. Victoria Oeste(Tol)	1		1	2			1		1		2	2
	Poscaya		1										

Fuente: Secretaría de Salud Mental y Adicciones - Programa GUIAF – Departamento Análisis de Seguridad – Sistema de Emergencia 911. Policía de la Provincia.

Los cuadros nos muestran el número de defunciones por suicidio según localidades cabeceras de la provincia, priorizadas según zonas sanitarias. **Zona Centro:** Capital (80)

Zona Norte: Tartagal (13), San Ramón de la Nueva Orán (12) Gral. Mosconi (6), Salvador Mazza (6), Rivadavia Banda Sur (5), Pichanal (5), Embarcación (5) Hipólito Irigoyen (3)

Zona Oeste: Rosario de Lerma (9), Cerrillos (7), C. Quijano (4), La Merced (4), Coronel Moldes (4), Cachi (3), El Carril (3), Chicoana (2), Santa Victoria Oeste (2).

Zona Sur; Metan (7), J. V. González (2) Apolinario Saravia (2), R. Frontera (3), G. Güemes (4) El Jardín (2).

Mortalidad por Suicidio según Departamento- Salta. Zonas Priorizadas

Departamento	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Año 2022
Salta	158	197	189	176	204	184	210
Anta	3	6	11	11	12	11	6
Cachi	0	2	3	3	1	2	5
Cafayate	1	1	2	2	2	2	2
Capital	76	76	93	65	85	81	80
Cerrillos	12	8	5	8	12	5	11
Chicoana	1	1	4	5	1	7	5
General Güemes	7	4	5	6	8	5	4
Gral San Martin	17	24	22	9	18	19	31
Guachipas	0	0	0	0	0	0	1
Iruya	1	1	1	2	0	0	1
La Caldera	1	3	0	3	4	0	
La Candelaria	1	1	0	1	4	1	2
La Poma	0	0	0	0	1	0	
La Viña	0	0	0	1	4	1	3
Los Andes	5	1	1	0	6	2	5
Metán	6	11	3	5	8	11	7
Molinos	0	0	0	1	1	3	
Oran	15	38	25	29	22	21	22
Rivadavia	4	3	4	4	1	4	6
Rosario de Lerma	1	10	5	10	8	5	13
Rosario de la Frontera	6	3	5	8	6	2	3
San Carlos	1	2	0	2	0	0	1
S. Vict. Oeste(Toldos)	0	2	0	1	0	2	2
Total	158	197	189	176	204	184	210

Fuente: Secretaría de Salud Mental y Adicciones - Programa GUIAF – Departamento Análisis de Seguridad – Sistema de Emergencia 911. Policía de la Provincia.

La tabla nos muestra los departamentos priorizados según casos de suicidios en los últimos seis años, entre ellos: Capital, Gral. San Martin, Oran, R. Lerma, Cerrillos, Metan, Anta, Rivadavia, Cachi, Los Andes, Chicoana, La Viña, Gral. Güemes, R. de la Frontera, Santa Victoria, La Candelaria, Cafayate.

Tasas de Mortalidad por Suicidio* 100.000, según Departamentos, Provincia de Salta.
Años 2011 a 2022

Departamento	Años											
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Salta	12,8	13,16	14,74	14,91	12,59	10,5	14,34	13,61	12,51	14,32	12,76	14,38
Anta	16,77	13,18	16,2	11,15	15,66	3,08	9,1	16,43	16,19	17,41	15,73	8,46
Cachi	13,32	26,58	26,51	39,67	-	13,15	26,25	39,28	39,2	13,03	26,01	64,88
Cafayate	6,44	6,27	6,11	11,93	-	11,37	5,56	10,88	10,65	10,43	10,23	10,03
Capital	11,7	12,41	15,54	15,66	13,73	12,37	12,53	15,12	10,43	13,46	12,67	12,36
Cerrillos	18,61	5,14	22,42	9,67	14,07	29,64	17,75	10,8	16,85	24,66	10,03	21,57
Chicoana	13,97	13,75	9,02	44,4	8,74	8,61	4,24	16,75	20,65	4,07	28,15	19,85
General Güemes	8,18	18,13	7,95	9,79	5,79	7,62	7,52	9,28	11	14,48	8,94	7,07
Gral San Martin	7,38	12,11	13,72	10,58	9,84	6,85	13,51	12,21	4,93	9,73	10,14	16,35
Guachipas	-	30,59	91,72	-	30,52	-						30,36
Iruya	-	32,97	-	-	50,34	-	16,98	17,08	34,36			17,48
La Caldera	-	11,86	11,49	22,28	-	21,03	30,69		29,14	37,91		
La Candelaria	16,98	-	33,23	16,44	-	16,1	15,95		15,64	61,99	15,35	30,43
La Poma	-	56,24	-	-	-	-				56,4		
La Viña	-	-	-	12,82	38,22	12,66			12,43	49,45	12,29	36,67
Los Andes	32,02	15,84	-	15,52	15,37	-	15,07	14,93		87,96	29,06	72,02
Metán	28,91	26,34	14,28	21,3	11,76	7,01	25,58	6,93	11,5	18,3	25,03	15,84
Molinos	34,48	-	-	17,08	17,02	-			16,83	16,78	50,21	
Oran	12,52	9,59	18,91	16,64	9,19	8,42	17,89	15,77	18,06	13,53	12,76	13,21
Rivadavia	25,46	25,13	9,3	12,24	21,15	8,95	8,84	11,65	11,52	2,84	11,26	16,72
Rosario de Lerma	16,77	20,	6,63	19,76	9,36	4,61	22,72	11,2	22,1	17,44	10,76	27,62
Rosario de la Fronte	17,44	17,16	12,07	7,13	19,65	22,79	9,71	16,1	25,62	19,11	6,33	9,45
San Carlos	13,94	-	-	13,99	14,01	-	28,1		28,18			14,14
Santa Victoria	18,99	9,57	9,64	19,42	29,34	-	19,85		10,07		20,45	51,5

Fuente: Secretaría de Salud Mental y Adicciones - Programa GUIAF – Departamento Análisis de Seguridad – Sistema de Emergencia 911. Policía de la Provincia.

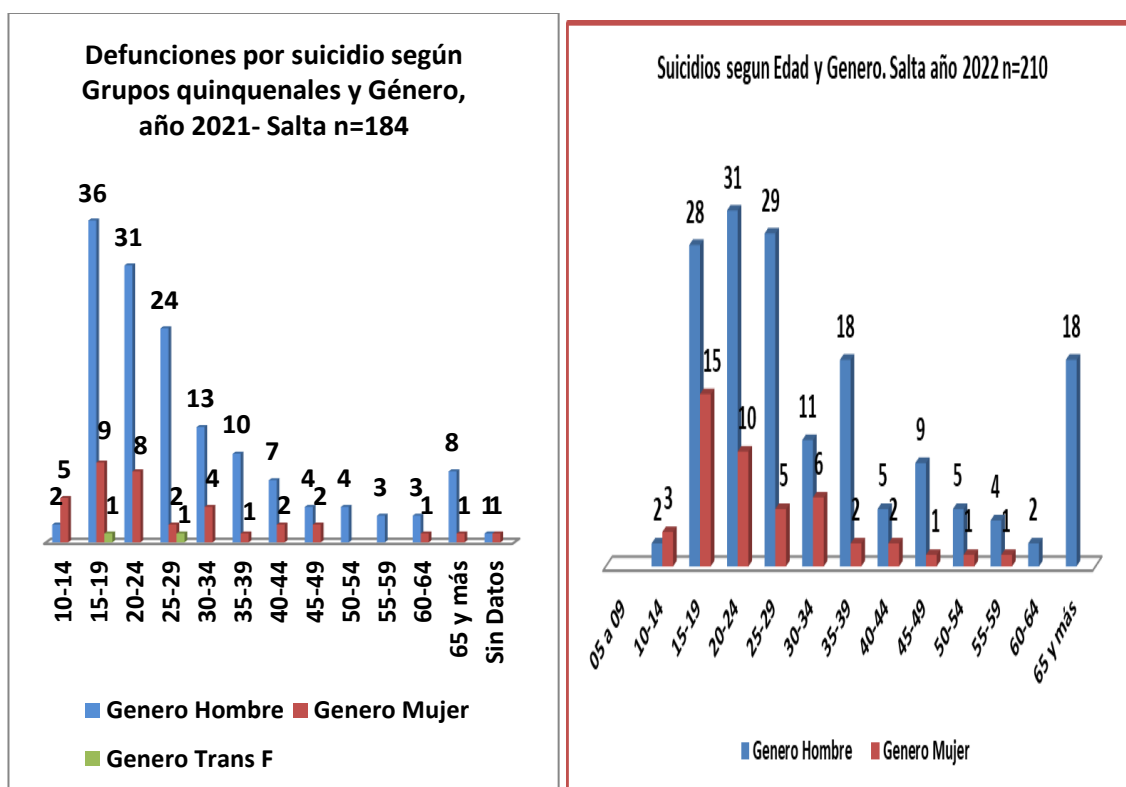
La presente tabla nos muestra tasas de suicidio por Departamentos de la Provincia de Salta, según población estimada por año. Es importante tener en cuenta el número de población por departamento para analizar y/o comparar las tasas. Por ejemplo, el departamento de Los Andes con una población de 6.942 habitantes (año 2022), presentó una tasa de 72,02 *100.000 en el último año observado, mientras que el

departamento Capital con una población de 646.956 habitantes presentó una tasa de 12.36*100.000 para el mismo período, por tal motivo si observamos la evolución de las tasas durante los últimos 10 años observaremos que los departamentos de Cachi, Gral. San Martín, Oran, Cerrillos, Rivadavia, Los Andes, Santa Victoria, Rosario de Lerma, presentaron tasas elevadas, a tener en cuenta en el último año.

Caracterización de Defunciones por Suicidio; año 2022

Defunciones por Suicidio Según Edad y Género

Grafico 1



Fuente: Secretaría de Salud Mental y Adicciones - Programa GUIAF – Departamento Análisis de Seguridad – Sistema de Emergencia 911. Policía de la Provincia.

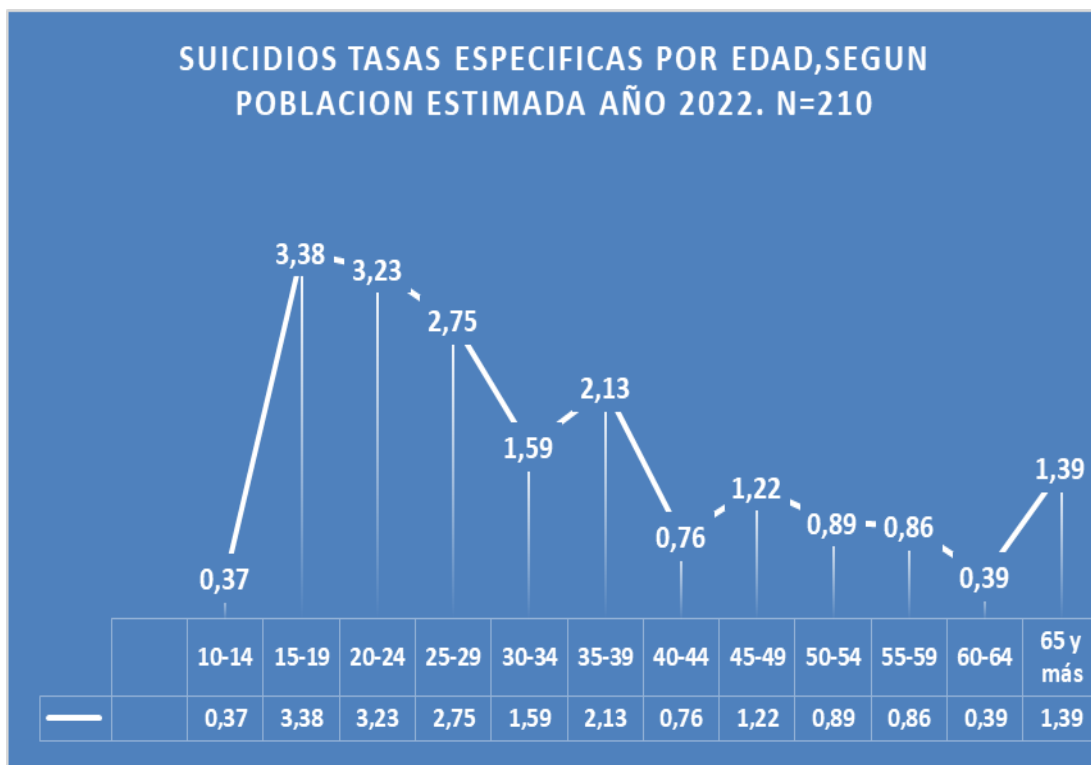
En relación a la edad, durante el periodo 2021 el 46% de las muertes se presentaron en el grupo de adolescentes jóvenes entre los 15 a 24 años, y si extendemos la franja etarea a los 29 años concentramos el 61% de las muertes ocurridas, mientras que en el año 2022 un 40% de las muertes por suicidio se presentaron en adolescentes jóvenes de 15 a 24 años, extendiendo la franja etarea a los 29 años obtenemos el 56% de las defunciones por esta causa. También se observa incidentalmente un número elevado de defunciones en el grupo etarea mayores a 65 años de edad.

En relación a las variables edad y género, observamos que el 54% de las muertes ocurridas en los **varones** se presentó en el grupo adolescentes - jóvenes de **15 a 29 años**,

mientras que el 54% de las muertes en **mujeres** ocurrió en el grupo de adolescentes jóvenes de **15 a 24 años** de edad.

Gráfico N° 2

Tasas de Suicidios según Grupos quinquenales año 2022

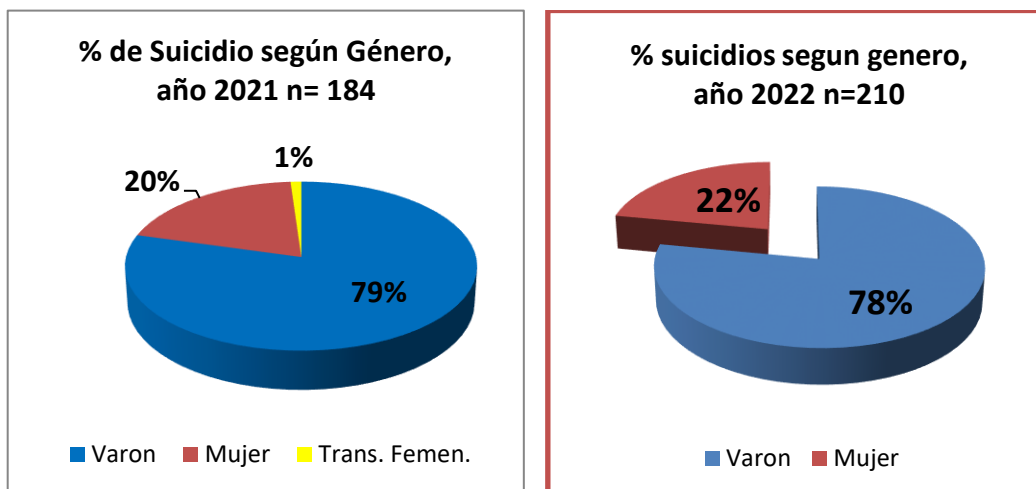


Fuente: Secretaría de Salud Mental y Adicciones - Programa GUIAF – Departamento Análisis de Seguridad

El presente gráfico muestra tasas ajustadas por 10.000 hab. En ambos géneros, para la construcción de las mismas se utilizan información publicada por INDEC según población estimada año 2022 en grupos quinquenales.

Gráfico N° 3

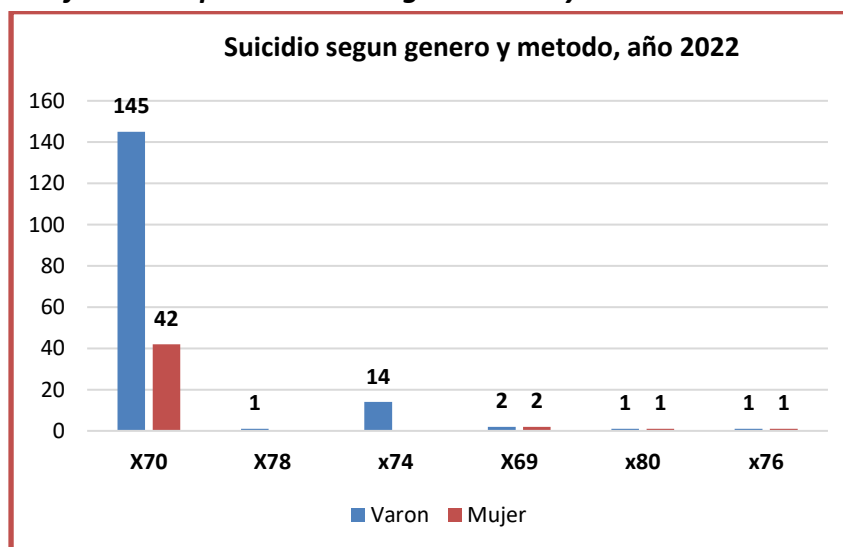
Distribución Proporcional Defunciones por Suicidio años comparativos 2021 y 2022



Fuente: Secretaría de Salud Mental y Adicciones - Programa GUIAF – Departamento Análisis de Seguridad – Sistema de Emergencia 911. Policía de la Provincia.

En relación a las muertes por suicidio ocurridas en el año 2022, observamos que del total de casos ocurridos (210) en la provincia, el 78% fueron hombres y el 22 % mujeres. La relación Varón - Mujer obtenemos que a nivel Nacional mueren por suicidio 2.7 varones por cada mujer (año 2018). En Salta (año2022) murieron 3,56 varones por cada mujer.

Defunciones por Suicidios según Género y Método - año 2022



Fuente: Secretaría de Salud Mental y Adicciones - Programa GUIAF – Departamento Análisis de Seguridad - Policía de la Provincia.

En relación al método utilizado el 89% de las muertes se concretaron utilizando el método de ahorcamiento, un 5% arma de fuego, 2.5% envenenamiento con sustancias nocivas, 0.95% al arrojar desde un lugar elevado y 0.95% por lesión autoinflingida por fuego y llamas, y un 0,45% fue lesión autoinflingida con objeto cortante.

En relación al género el 91% de las mujeres concretaron el suicidio a través del ahorcamiento, el 4.3% por envenenamiento con medicamentos, un 2.2% al arrojarse desde un lugar elevado y el 2.2% restante por lesión autoinflingida con fuego y llamas.

En relación a los hombres, el 88% utilizaron el método de ahorcamiento, un 8.5% arma de fuego, 1.2% por envenenamiento con medicamentos, 0.60% con arma blanca, 0.60% arrojarse desde un lugar elevado y 0.60% lesión autoinflingida por fuego y llamas.

Defunciones por Suicidios Según Localidad y Género 2022

Departamento	Localidad	Genero		Sub Total	Total
		Varon	Mujer		
Anta	Apolinario Saravia	2		2	6
	Lajitas	1		1	
	J.V. Gonzalez	2		2	
	Quebrachal	1		1	
Cachi	Payogasta	2		2	5
	Cachi	3		3	
Iruya	Iruya	1		1	1
Cafayate	Cafayate	2		2	2
San Carlos	San Carlos	1		1	1
Capital	Capital	63	17	80	80
Cerrillos	Cerrillos	5	2	7	11
	La Merced	4		4	
Chicoana	Chicoana	2		2	5
	El Carril	2	1	3	
General Güemes	Campo Santo		1	1	4
	General Güemes	2	1	3	
Dpto San Martin	Aguaray		1	1	31
	Embarcación	5		5	
	Gral Mosconi	5	1	6	
	Salvador Mazza	5	1	6	
	Tartagal	9	4	13	

Continuación:

Departamento	Localidad	Genero		Sub Total	Total
		Varón	Mujer		
La Candelaria	El Jardín	2		2	2
	El Tala				
La Viña	Coronel Moldes	2		2	3
	La Viña	1		1	
Los Andes	S. A. de los Cobres	4	1	5	5
Metán	El Galpón				7
	Metán	7		7	
Guachipas	Guachipas	1		1	1
Orán	Colonia Sta Rosa	1	1	2	22

	Pichanal	5		5	
	H. Irigoyen	2	1	3	
	San Ramon Nueva Orán	6	6	12	
Rivadavia	R.B.Norte(Morillo)	1		1	6
	Santa Victoria Este				
	R. Banda Sur	3	2	5	
R. Frontera	Rosario de la Frontera	1	2	3	3
Rosario de Lerma	Campo Quijano	2	2	4	13
	La Silleta				
	Rosario de Lerma	8	1	9	
Santa Victoria	Los Toldos	1		1	2
	Nazareno				
	Sta. Victoria Oeste		1	1	

Fuente: Secretaría de Salud Mental y Adicciones - Programa GUIAF – Departamento Análisis de Seguridad - Policía de la Provincia.

Conclusiones;

Algunas conclusiones en función al análisis de información al último período investigado, año 2022:

- La provincia de Salta en el año 2022 registró una tasa de mortalidad por suicidio de 14.38 por cien mil habitante, que en referencia a la media nacional calculada por la Dirección de Estadística e Información de Salud del Ministerio de Salud de la Nación, registra como última actualización, año 2018, una tasa de 7,6 suicidios por cada cien mil habitantes en el país. En este marco, el indicador provincial, se encuentra por arriba de la media nacional. Sin embargo comparando la tasa provincial de suicidio año 2021 (12.76) la provincia experimento un **aumento de 1.62 puntos en el último año estudiado.**

- En relación a las tasas de mortalidad por suicidio según género, si comparamos la media nacional, última actualización publicada por la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones en el año 2015, especifica una tasa de **3.0** para las **mujeres** y **13.0** para los **varones**, observaremos que en la provincia de Salta en el último año analizado (2022), ambas tasas se encuentran por encima de la media nacional, de **6** para las **mujeres** y **23** para los **varones**, **en comparación con el año 2021 se observa un incremento en ambos géneros.**

- En relación a la distribución proporcional de las defunciones por suicidio según grupos etarios, si comparamos los resultados obtenidos en el año 2021 (posterior a la Pandemia Covid 19) y año 2022, observamos por un lado una reducción de 1,6% de los suicidios consumados en los niños adolescentes de 10 a 14 años, mientras que la mayor proporción sigue apareciendo en los jóvenes de 15 a 24 años con un 40,38%. También se observa un incremento de 2,7% en la franja etarea de 25 a 44 años, y un aumento de 5,7% en el grupo de adultos mayores a 45 años de edad.

- Respecto al mecanismo utilizado, el 89% de las muertes se concretaron utilizando el método de ahorcamiento, un 5% arma de fuego, 2.5% envenenamiento con sustancias nocivas, 0.95% al arrojarse desde un lugar

elevado y 0.95% por lesión autoinflingida por fuego y llamas, y un 0,45% fue lesión autoinflingida con objeto cortante.

- En relación al género el 91% de las mujeres concretaron el suicidio a través del ahorcamiento, el 4.3% por envenenamiento con medicamentos, un 2.2% al arrojar desde un lugar elevado y el 2.2% restante por lesión autoinflingida con fuego y llamas. Los hombres, 88% utilizaron el método de ahorcamiento, un 8.5% arma de fuego, 1.2% por envenenamiento con medicamentos, 0.60% con arma blanca, 0.60% arrojar desde un lugar elevado y 0.60% lesión autoinflingida por fuego y llamas.
- Las localidades a tener en cuenta para diseñar estrategias de intervención inmediatas según Zonas Sanitarias son: **Zona Centro:** Capital (80) **Zona Norte:** Tartagal (13), San Ramón de la Nueva Orán (12) Gral. Mosconi (6), Salvador Mazza (6), Rivadavia Banda Sur (5), Pichanal (5), Embarcación (5) Hipólito Irigoyen (3) **Zona Oeste:** Rosario de Lerma (9), Cerrillos (7), C. Quijano (4), La Merced (4), Coronel Moldes (4), Cachi (3), El Carril (3), Chicoana (2), Santa Victoria Oeste (2). **Zona Sur;** Metan (7), J. V. González (2) Apolinario Saravia (2), R. Frontera (3), G. Güemes (4) El Jardín (2).
- En relación a las tasas de suicidio por Departamentos de la Provincia de Salta, según población estimada por año, observaremos que los departamentos de: Cachi, Gral. San Martín, Oran, Cerrillos, Rivadavia, Los Andes, Santa Victoria, Rosario de Lerma, presentaron tasas elevadas, a tener en cuenta en el último año.

Informe realizado: E.U. Montoya María Soledad

Informe Intento de Suicidio Provincia de Salta año 2022

La Información estadística que se detalla en el presente informe, utiliza como fuente de datos: Las Notificaciones Obligatorias (Casos por caso R.M.Nº 0199/18) enviadas al programa Guiaf desde las áreas operativas que conforman el Sistema de Salud de la Provincia de Salta, como así también los casos recibidos en el mencionado programa

para su intervención, las variables trabajadas son: Intento de Suicidio, Ideación Suicida e Historia Personal de Lesión Autoinfligida, año 2022.

Cabe mencionar que el objetivo de proyecto es detectar casos de Intento de Suicidio, Autolesión e Ideación de Muerte, a fin de proporcionar un abordaje y contención específica del sujeto y/o familiares en el momento oportuno, asegurar su inclusión en la red sanitaria y procurar el seguimiento del caso hasta el alta del mismo.

Tasa de Letalidad Provincial

Para realizar un análisis en relación a la problemática de Intentos de Suicidios utilizaremos uno de los indicadores propuestos por la O.M.S. correspondiente a la Tasa de Letalidad, que indica la gravedad de la problemática del suicidio. (La tasa de letalidad es la proporción de personas que mueren por una enfermedad entre los afectados por la misma, en un período y área determinada). A continuación presentamos tasas obtenidas durante los años 2019, 2020, 2021 y 2022

Tasa letalidad: Nº de Defunciones por Suicidio 210, año 2022 x 100 = **26,48**

Nº Intentos de Suicidio **793**

Tasa letalidad: Nº de Defunciones por Suicidio 184, año 2021 x 100 = **21,87**

Nº Intentos de Suicidio **841**

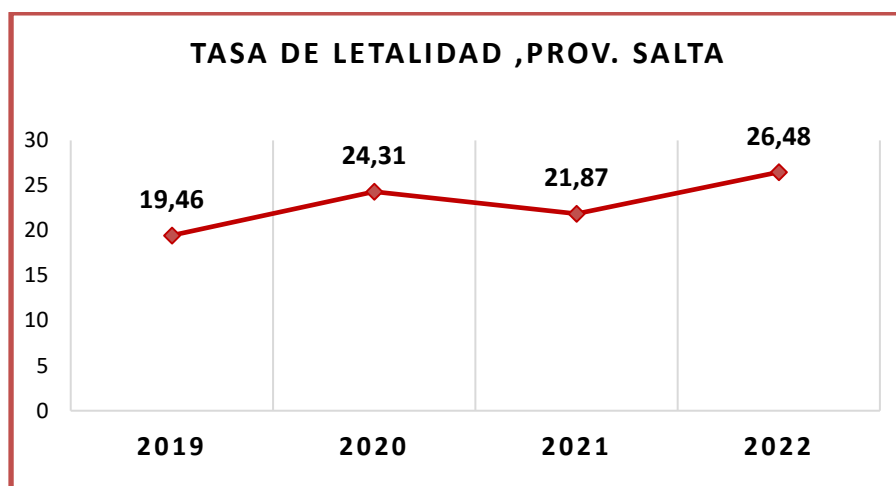
Tasa letalidad: Nº de Defunciones por Suicidio 204, año 2020 x 100 = **24,31**

Nº Intentos de Suicidio **839**

Tasa letalidad: Nº de Defunciones por Suicidio 176, año 2019 x 100 = **19,46**

Nº Intentos de Suicidio **904**

Si presentamos los valores obtenidos en un gráfico de series cronológicas, observaremos, que:



Fuente: Programa GUIAF- Secretaria de Salud Mental y Adicciones

para el año 2019 la provincia de Salta tuvo una tasa de letalidad de 19.46%, mientras que para el año 2020, pandemia covid, la tasa de letalidad aumento 4.85 puntos **(24,31%)** como se observa en ese año aumentaron las defunciones por suicidio y disminuyeron las captaciones de intentos de suicidio en el sistema de salud – salud mental, fundamentalmente en los servicios de guardia y atención domiciliaria, emergiendo un factor de riesgo importante como lo es la barrera al acceso del sistema de salud. También se observa que en el año 2021 la tasa de letalidad experimento un leve descenso de 2.44 puntos **(21.87 %)** en comparación al año anterior, se observa una disminución de 20 defunciones por esta causa.

Para el último periodo estudiado año 2022, la tasa de letalidad en la provincia fue de **26,48%** la más alta en comparación años anteriores.

Tabla N° 1

Tabla comparativa de Casos por Intentos de Suicidio - Suicidios Consumados según Zonas Sanitarias, año 2022

Zona Sanitarias	Meses año 2022												Total Notificac	%	Total Intnt. S.	Suicidio	%	Tasa Letalidad
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12						
Z Centro	42	53	47	55	62	77	48	69	66	67	96	53	735	76,4	588	80	38%	13,60%
Z.Sur	7	6	3	11	9	8	8	5	7	6	7	5	82	8,52	78	22	10,47%	28,20%
Z. Oeste	1	4	5	5	5	10	5	5	7	9	10	6	72	7,5	62	49	23,33%	79,03%
Z. Norte	3	5	10	10	8	9	4	6	2	10	5	1	73	7,58	65	59	28%	91%
Total	53	68	65	81	84	104	65	85	82	92	118	65	962	100	793	210	100%	26,48%

Fuente: Programa GUIAF- Secretaria de Salud Mental y Adicciones

La tabla N° 1 presenta información comparativa de casos notificados, nominalizados por intentos de suicidio, suicidios consumados. A partir de estos datos se obtienen las tasas de letalidad según zonas sanitarias de la provincia de Salta durante el año 2022, de lo cual observamos que el 38% de las defunciones y el 76% de las captaciones de pacientes con intento de suicidio se presentaron en zona centro, arrojando una tasa de letalidad de 13.60% por debajo de la tasa de letalidad provincial (26,48%) obtenida en ese período. Por el contrario la zona norte que presentó el 28% de las defunciones y solo el 7,58% de las captaciones de pacientes con intentos de suicidio, obtuvo una tasa de letalidad del **91%**, muy por arriba del valor de referencia provincial. En similar escala encontramos la Zona Oeste con una alta tasa de letalidad del **79,03%**.

A fin de reducir la tasa de letalidad consideramos importante poder fortalecer el sistema de vigilancia para la captación y tratamiento de los pacientes que consultan a los servicios de salud: guardias médicas, primer nivel de atención, ONG, instituciones de salud, educación, seguridad, tanto públicas como privadas, entre otras.

Notificaciones Obligatorias por Zonas Sanitarias

A continuación se presenta información estadística, organizada y procesada según Zona Sanitaria y áreas operativas de la provincia de Salta:

- **Total, de Notificaciones obligatoria nominalizada**, por Intento de Suicidio, Ideación Suicida e Historia Personal de Lesión Autoinflingida, en la provincia de Salta, años comparativos: 2019, 2020 y 2021. En este apartado se incluyen paciente contra

referenciados desde capital al Interior, y viceversa, como también en el interior de la provincia, teniendo en cuenta el nivel de resolución en el área de salud mental.

- **Año 2022= 962=100%**
- **Año 2021= 998= 100%**
- **Año 2020 = 931= 100%**
- **Año 2019 = 1.248 = 100%**

Total, de **Pacientes** Asistidos en **la Provincia, según Zona Sanitarias:**



○ **Zona Centro Año 2022: Total de 735 pacientes**

Año 2021: Total 751 pacientes

Año 2020: Total 628 pacientes

Año 2019: Total 842 pacientes

○ **Zona Norte Año 2022: Total de 73 pacientes**

Año 2021: Total 77 pacientes

Año 2020: Total 61 pacientes

Año 2019: Total 94 pacientes.

○ **Zona Oeste Año 2022: Total 72 pacientes**

Año 2021: Total 74 pacientes

Año 2020: Total 107

Año 2019: Total 91 pacientes

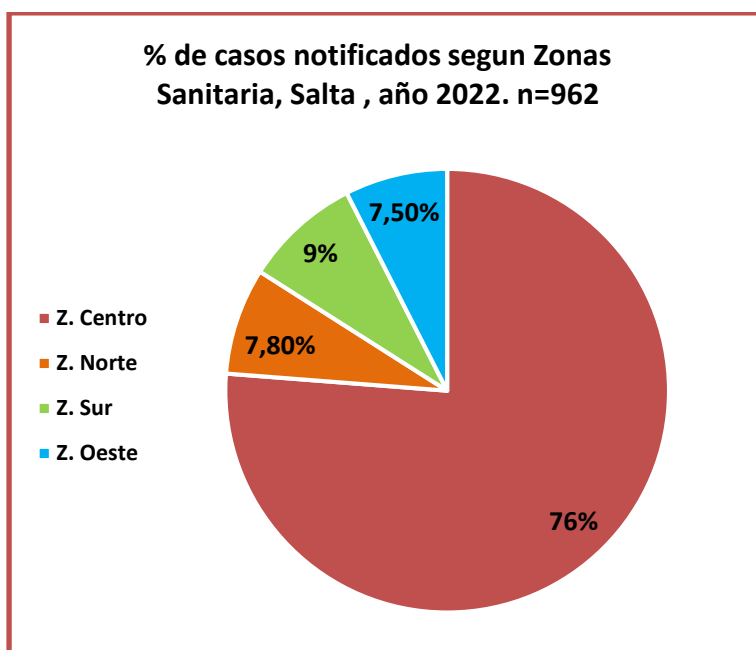
○ **Zona Sur Año 2022: Total 82 pacientes**

Año 2021: Total 96 pacientes

Año 2020: Total 125 pacientes

Año 2019: Total 164 pacientes

Gráfico Nº 1

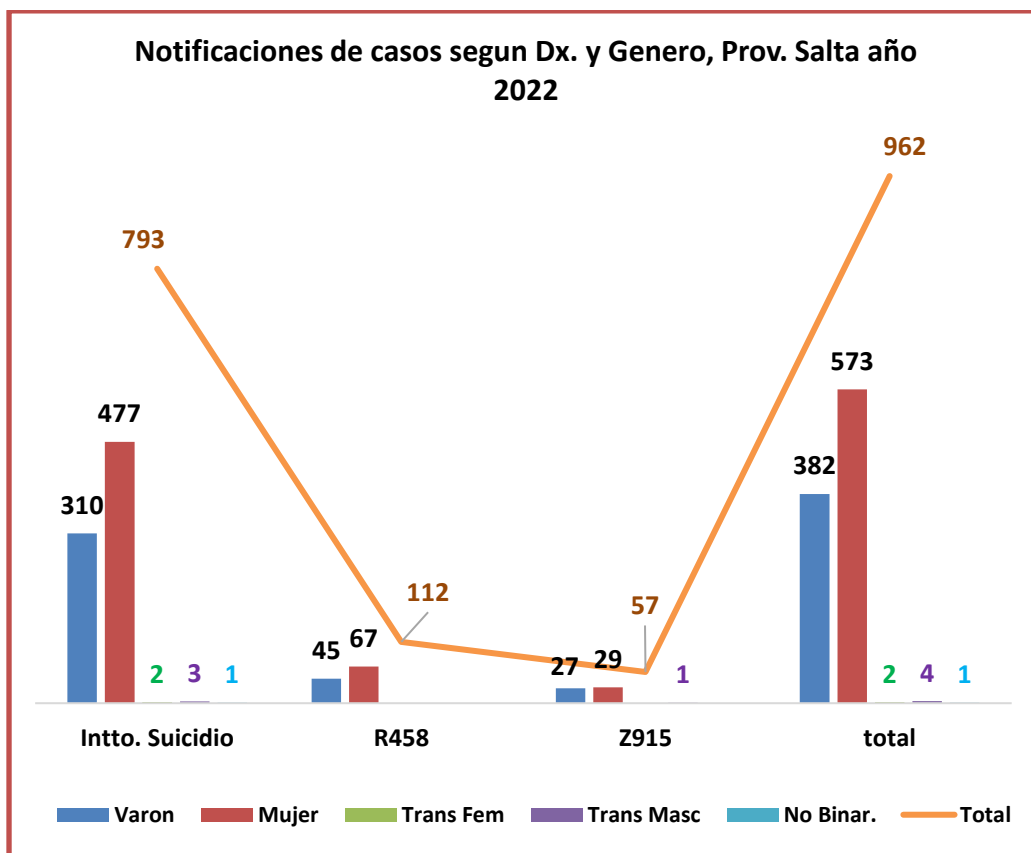


Fuente: Programa GUIAF- Secretaria de Salud Mental y Adicciones

El Grafico Nº 1 nos muestra Distribución Proporcional de casos notificados por zona sanitaria en la Provincia de Salta, en el año 2021, **el 76% de los casos se presentan en zona centro**, cabe aclarar que el área capital tiene una población de 646.956 habitantes, concentra el 44% de la población de la provincia, según información estimada por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censo (INDEC) para el año 2022 Salta posee una población estimada de 1.459.378 habitantes, de los cuales 722.085 son varones y 737.293 son mujeres.

Distribución de Notificaciones según evento

Gráfico Nº 2

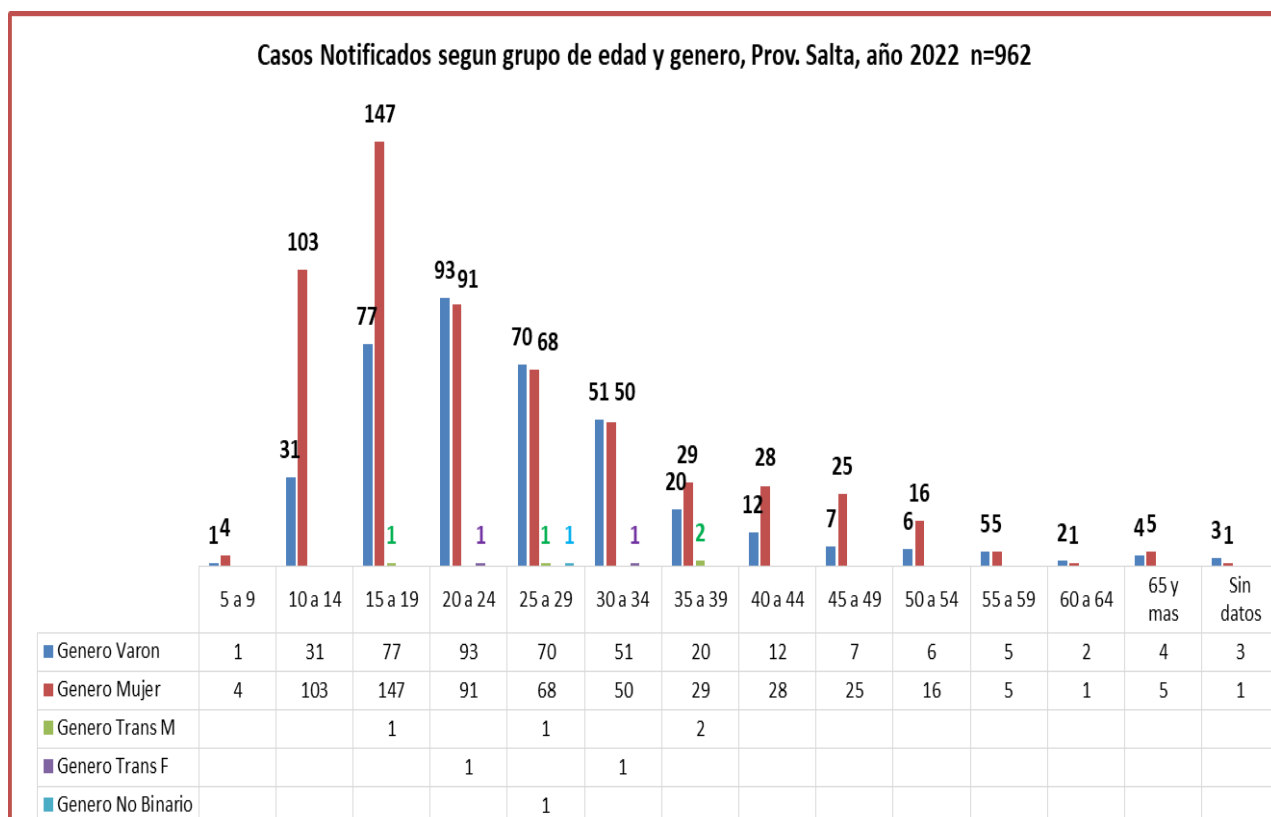


Fuente: Programa GUIAF- Secretaria de Salud Mental y Adicciones – M.S.P.

El gráfico Nº 2 nos muestra que de los 962 pacientes notificados y asistidos en el sistema de salud –salud mental, 793 presentaron intento de suicidio, para la denominación de los mismos utilizamos la codificación del CIE 10, (X60 a X84), correspondiente al grupo de las lesiones autoinflingidas intencionalmente. 57 casos fueron pacientes con Historia Personal de lesión autoinflingida intencionalmente (Z91.5) y 112 pacientes fueron asistidos por Ideación Suicida, para lo cual se utiliza la codificación de cie 10,(R45.8) correspondiente a otros síntomas, signos que involucran el estado emocional, esta codificación fue acordada por los profesionales que conforman la red sanitaria en el área de salud- salud mental.

Casos Notificados según grupo de edad y género, año 2022.

Gráfico N° 3

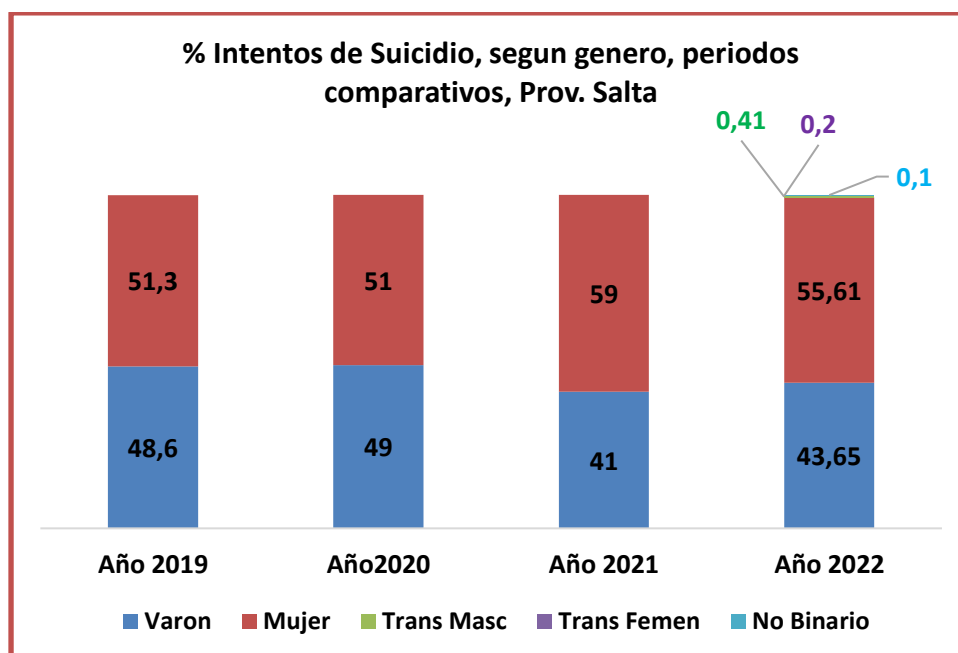


Fuente: Programa GUIAF- Secretaria de Salud Mental y Adicciones – M.S.P.

El gráfico N° 3 nos muestra la distribución de pacientes notificados por Intento de Suicidio, Ideación Suicida e Historia personal de lesión autoinflingida, según grupos quinquenales y género, durante el año 2022. Del total de **962 pacientes**, se observa que el 42,61% (410 casos) de los casos fueron adolescentes y jóvenes entre **15 a 24 años** de edad. De los cuales el 58% fueron mujeres (238) y un 41% varones (170), y un 0,48% fueron Trans Masculino y Femenino (2). Por otro lado si extendemos la franja etarea de 15 a 29 años, observaremos que se concentra el 57,17% de los casos detectados (550). No obstante es importante vislumbrar los casos captados en el grupo de niños y adolescentes de **10 a 14 años de edad (134)** de los cuales mayoritariamente también son mujeres, con lo que deducimos que las mujeres se animan a consultar más los servicios de salud, en comparación con los hombres.

% Intentos de Suicidio por género según año de ocurrencia. Prov. Salta

Gráfico N° 4



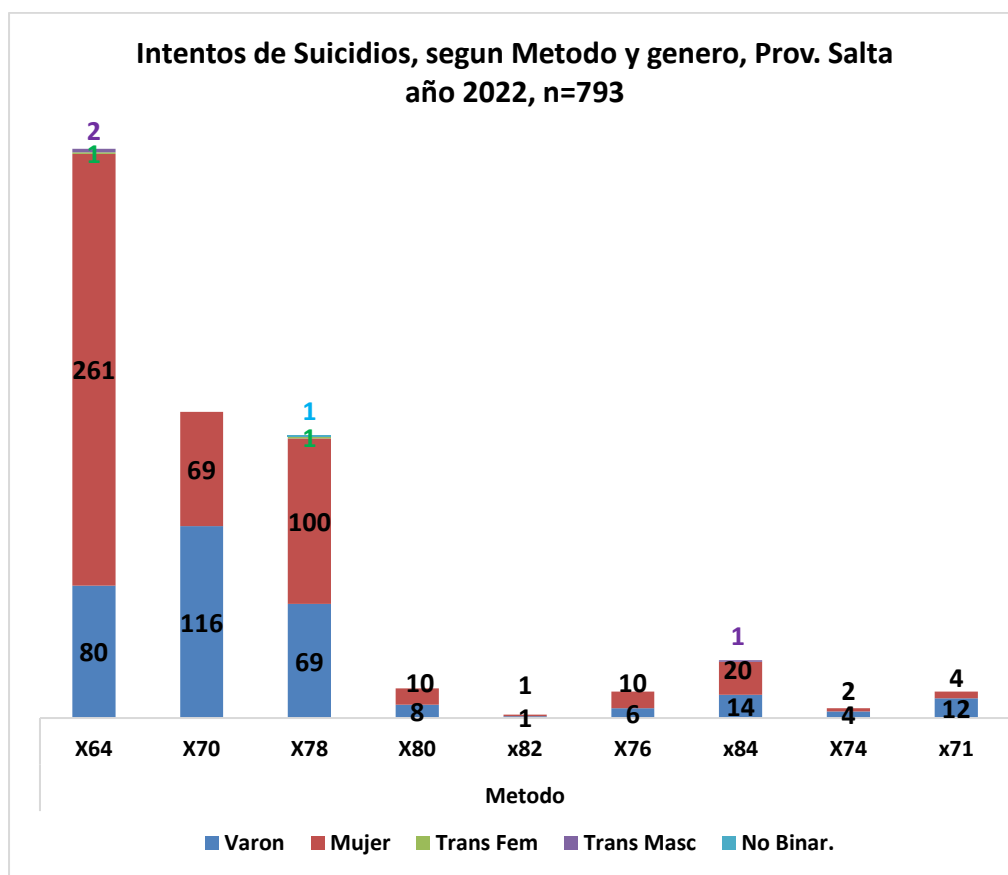
Fuente: Programa GUIAF- Secretaría de Salud Mental y Adicciones – M.S.P.

El gráfico N° 4 nos muestra la distribución proporcional de intentos de suicidio según género, años comparativos. Para el año 2022 se captaron 793 pacientes con Intento de Suicidio. El 55,61 % correspondieron a mujeres, un 43,65% a varones, y un 0,7% correspondieron a las categorías de Género incorporadas en la actualización de la ficha de notificación obligatoria, respaldada con la circular normativa 01/22, según **Ley N°26.743 Identidad de Género**.

Si obtenemos el **indicador Razón**: Varón-Mujer, $(313/479 \times 100 = 65,34)$ concluimos que **por cada 100 mujeres que intentaron suicidarse, habían, 65 varones en la misma situación.**

Intentos de Suicidio según Método y Género, Prov. Salta

Gráfico N° 5



Fuente: Programa GUIAF- Secretaría de Salud Mental y Adicciones – M.S.P.

El gráfico N° 5 nos muestra la distribución de pacientes con intento de suicidio, según género y métodos prevalentes, para lo cual observamos del **total de mujeres 477** que intentaron suicidarse un **54,7%** ingresaron a los servicio de salud - salud mental por **envenenamiento** autoinflingido con medicamentos y otras sustancias nocivas(X64, 60,61,68,69), un **21% por herida con objeto cortante** (X78), un **14,46% por intento de ahorcamiento (X70)**, un 4,19% por otros medios especificados y no especificados (x84), un 2% al saltar de un lugar elevado (x80), y el 2% por exposición al fuego, llamas (x76), 0,8% Ahogamiento/sumersión y un 0,4% con disparo de arma de fuego.

En tanto que los **hombres, del total 310 casos por intento de suicidio**, el **37%** utilizaron como método de primera elección, intento de **ahorcamiento**, método de alta letalidad, un **25,8% por envenenamiento** autoinflingido con medicamentos y otras sustancias, el **22,25% por herida con objeto cortante**, un 4,5% por otros medios especificados y no especificados, un 3,87% ahogamiento y sumersión, 2,58% saltar de un lugar elevado, 1,93% por exposición al fuego y un 1,3% por intento disparo de arma de fuego.

Información Estadísticas por Zona sanitaria, según áreas operativas. Año 2022

Notificaciones según Zona Centro. Caracterizaciones según edad, género y método.

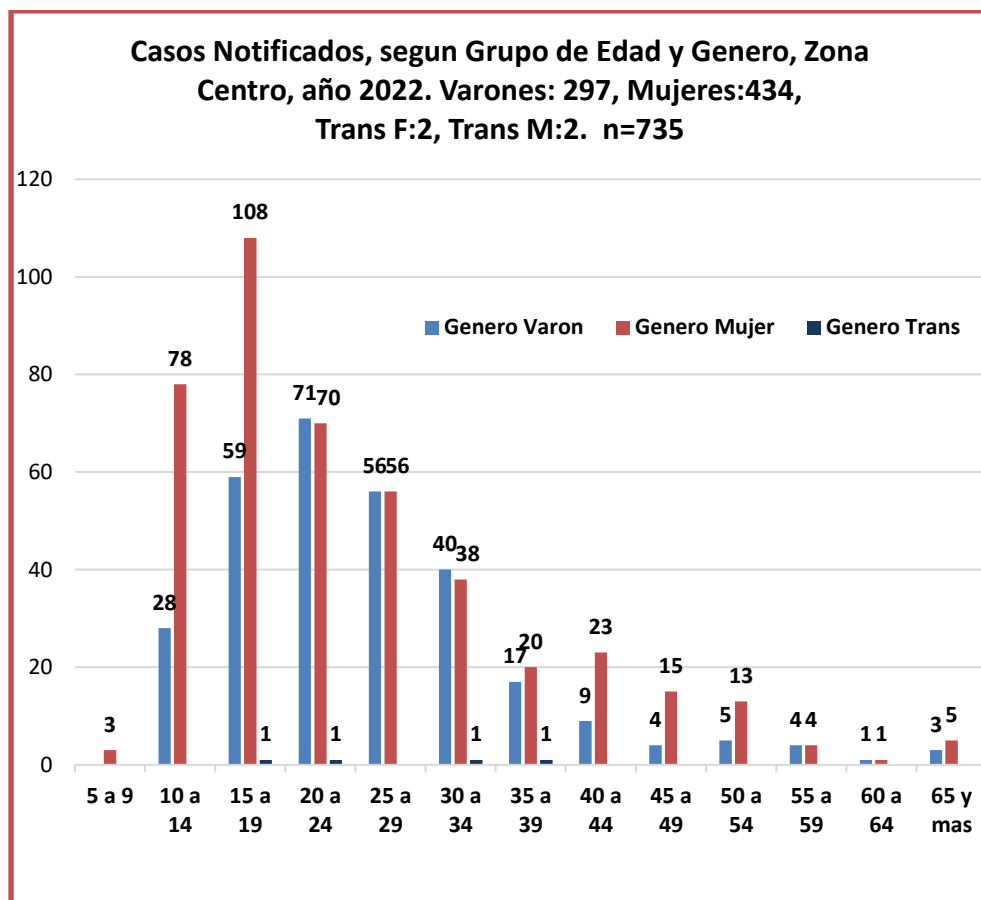
Tabla Nº 2: Casos por Intento de Suicidio- Ideación Suicida en Zona Centro, según grupos quinquenales y Áreas Operativas, año 2022

Grupo edad	H.S.Bernardo		H.P.M.I		Ragone		Milagro		P.N.Z.Norte		P.N.Z.Sur		GUIAF		Adiccions		H. Oñativia		H. Papa F.		911/102		Tot
	Varn	Muj	Varn	Muj	Varn	Muj	Varn	Muj	Varn	Muj	Varn	Muj	Varn	Muj	Varn	Muj	Varn	Muj	Varn	Muj	Varn	Muj	
5 a 9										1				2									3
10 a 14			4	25					1	6	1	2	22	44								1	10
15 a 19	23	40		3	12	13		2	7	7	1	2	11	38	6	2				1			16
20 a 24	35	33		1	11	16	1	1	1	4		2	12	10	9	2		1	1		1	1	14
25 a 29	30	28		2	13	11		1	2	2		2	5	6	6	3				1			11
30 a 34	19	18		2	3	3	1	1	1				8	12	7	3					1		7
35 a 39	9	11			1	6			1			1	3	2	3							1	3
40 a 44	1	10			2	6				1			5	6	1								3
45 a 49	1	8			1	2							2	3		1							1
50 a 54	3	5			1	4		1		1			1	1		1							1
55 a 59	1	2				1				1			2		1								8
60 a 64	1																					1	2
65 y mas	2	3											1	2									8
Sub.Total	125	158	4	33	44	62	2	6	13	23	2	9	72	126	33	12		1	1	2	3	4	73
T. Pacientes	283		37		106		8		36		11		198		45		1		3		7		73

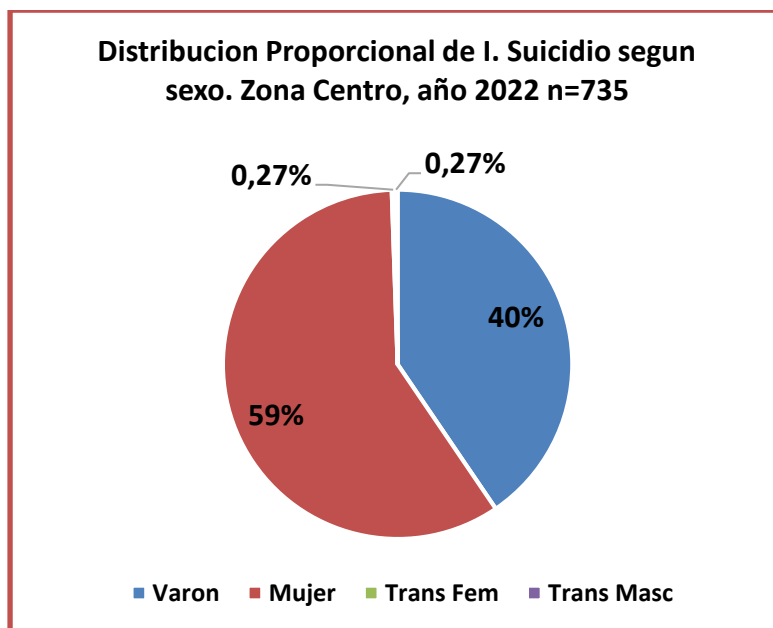
Fuente: Programa GUIAF- Secretaría de Salud Mental y Adicciones – M.S.P.

La tabla Nº 2 nos muestra, casos por Intento de Suicidio- Ideación Suicida e Historia Personal de Lesión Autoinflingida por áreas operativas y género, según grupos quinquenales en zona centro, año 2022.

Gráfico Nº 6

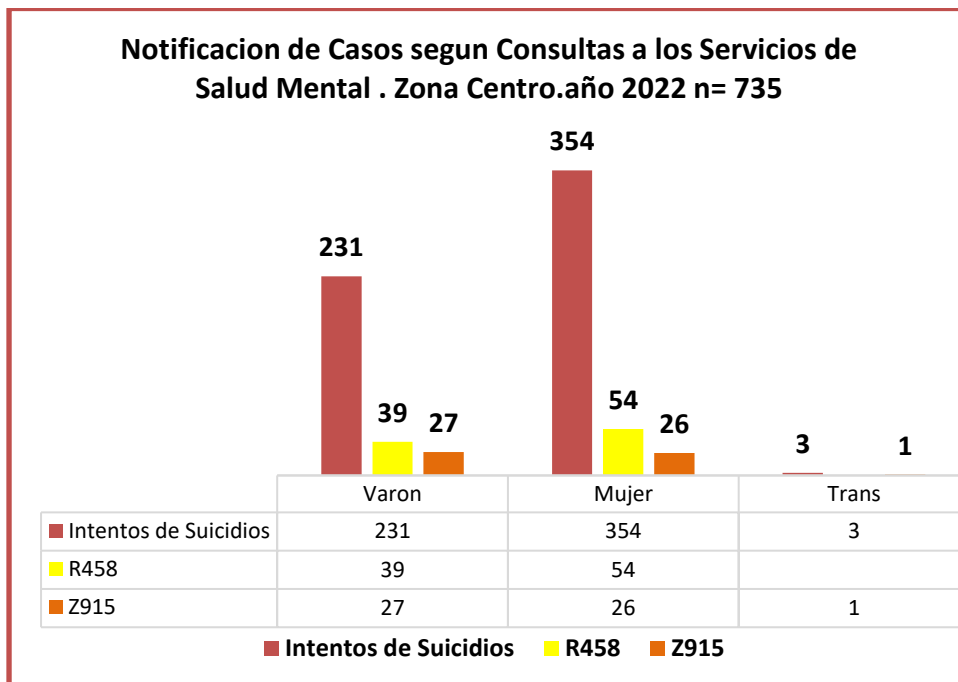


Fuente: Programa GUIAF- Secretaría de Salud Mental y Adicciones – M.S.P.



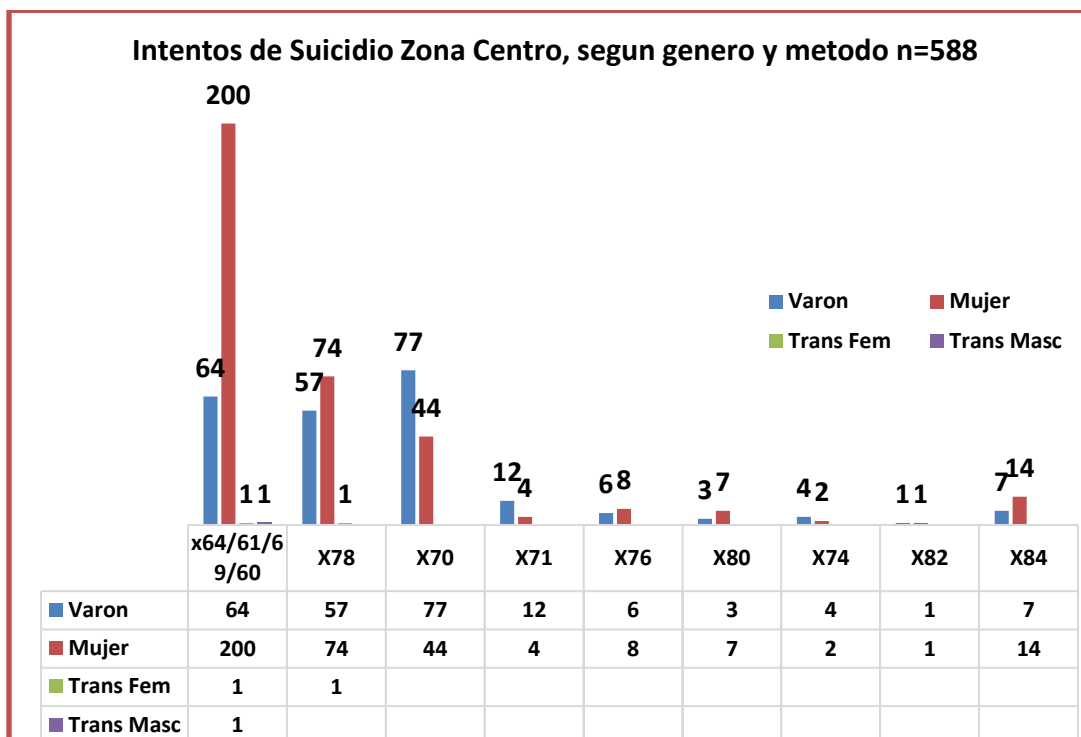
Fuente: Programa GUIAF- Secretaría de Salud Mental y Adicciones – M.S.P.

Gráfico N° 8



Fuente: Programa GUIAF- Secretaría de Salud Mental y Adicciones – M.S.P.

Gráfico N° 9



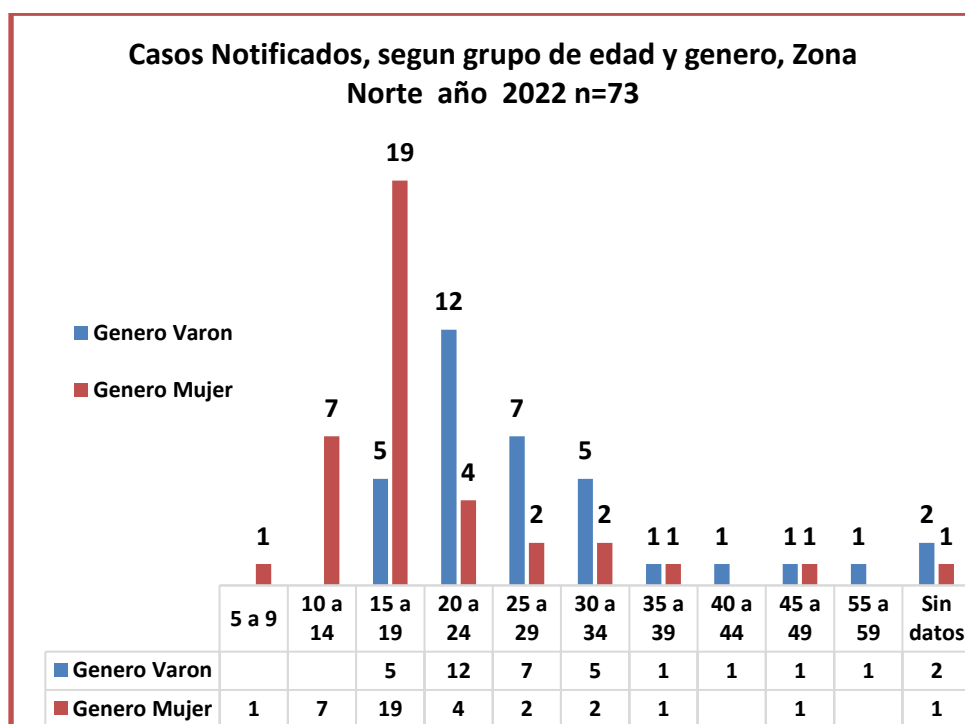
Fuente: Programa GUIAF- Secretaría de Salud Mental y Adicciones – M.S.P.

Notificaciones según Zona Norte- Caracterización según edad, género y método
Tabla N° 3 Casos por Intento de Suicidio- Ideación Suicida en Zona Norte, según grupos quinquenales y Áreas Operativas, año 2022

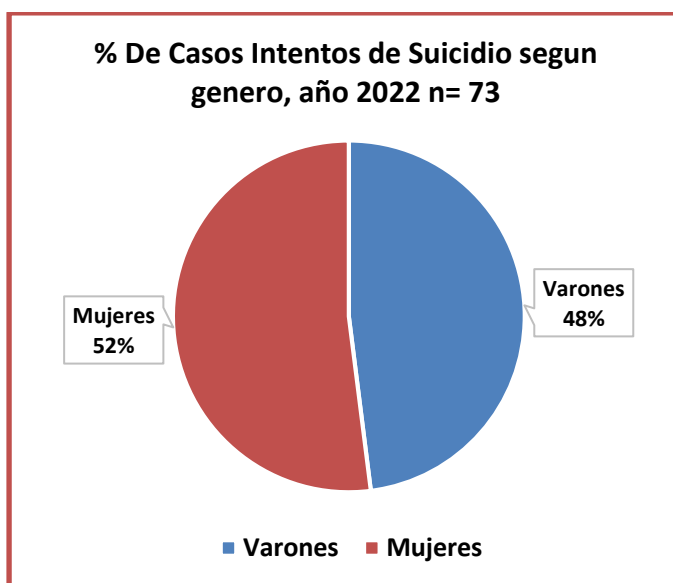
Grupo edad	H.Oran		H.Embarcacion		H. Aguaray		H. Urundel		H.S.V.Este		C. S. Rosa		R.B.Sur		Tartagal		S.Mazza		Total
	Varon	Mujer	Varon	Mujer	Varon	Mujer	Varon	Mujer	Varon	Mujer	Varon	Mujer	Varon	Mujer	Varon	Mujer	Varon	Mujer	
5 a 9		1																	1
10 a 14		3					2				2								7
15 a 19	3	9		2			1	1			1		1		5	1			24
20 a 24	10	3	1						1					1					16
25 a 29	3	1							2		2			1					9
30 a 34	3	2			1		1												7
35 a 39	1	1																	2
40 a 44	1																		1
45 a 49	1														1				2
50 a 54																			
55 a 59	1																		1
60 a 64																			
65 y mas																			
Sin datos										1			1	1					3
Total	23	20	1	2	1	1	3	3	1	3	3	3	3	2	6	1			73

Fuente: Programa GUIAF- Secretaría de Salud Mental y Adicciones – M.S.P.

Gráfico N° 10

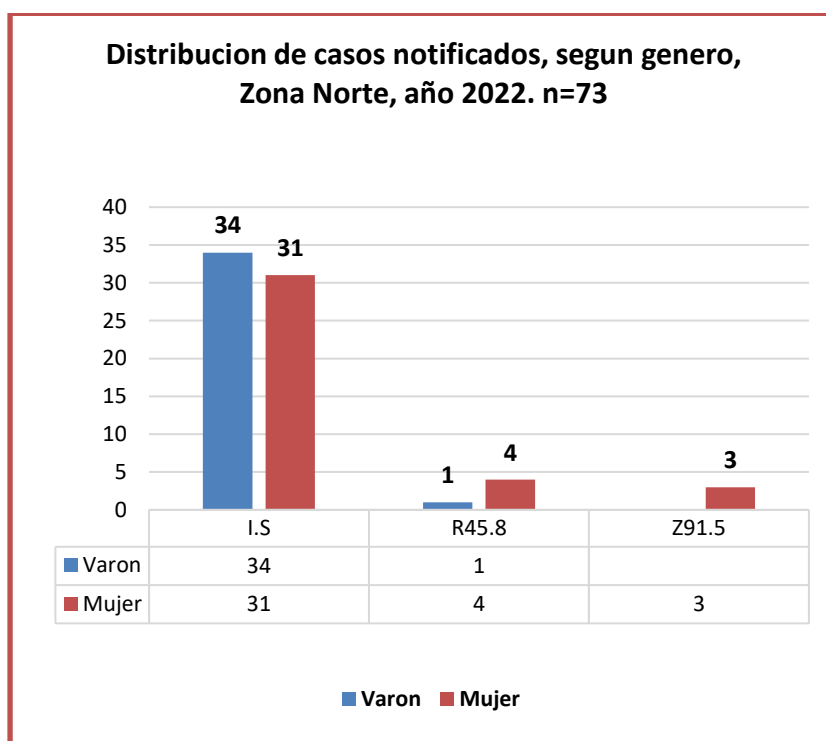


Fuente: Programa GUIAF- Secretaría de Salud Mental y Adicciones – M.S.P.



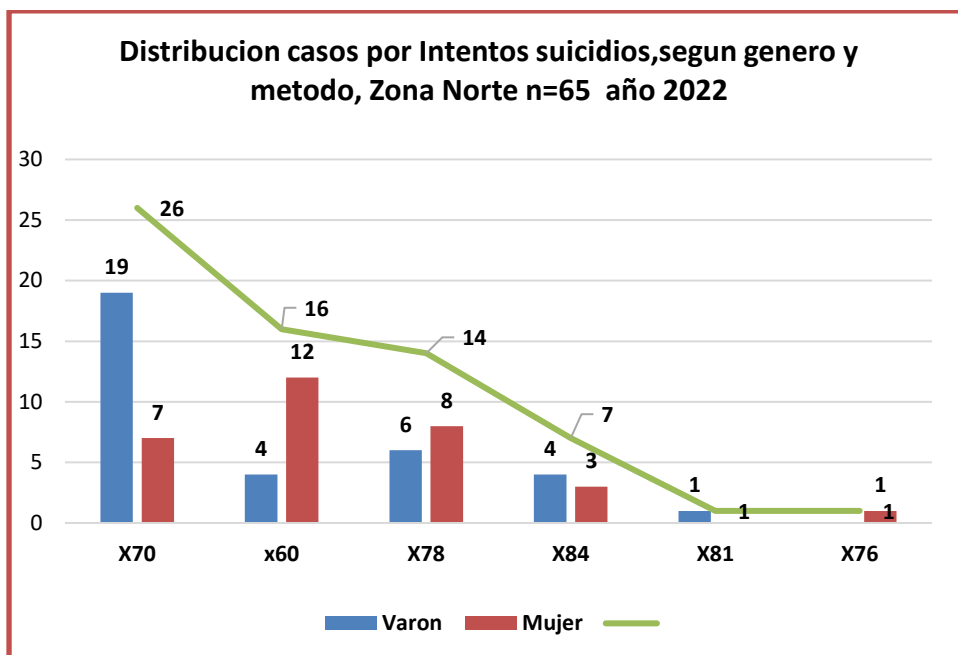
Fuente: Programa GUIAF- Secretaría de Salud Mental y Adicciones – M.S.P.

Gráfico Nº 11



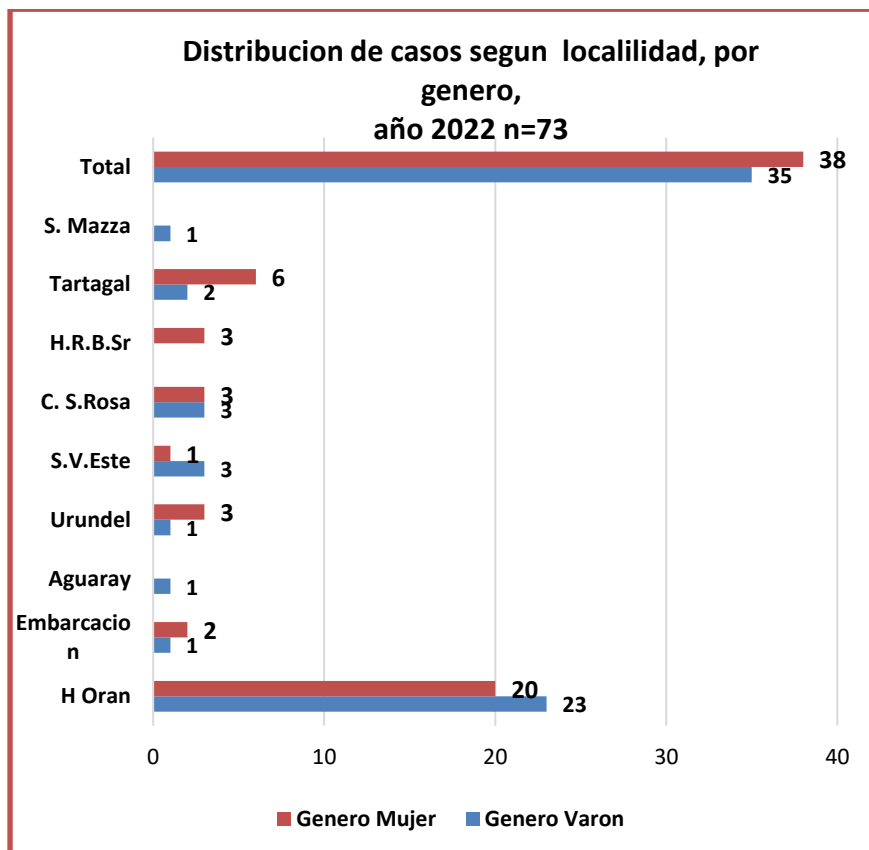
Fuente: Programa GUIAF- Secretaría de Salud Mental y Adicciones – M.S.P.

Gráfico Nº 12



Fuente: Programa GUIAF- Secretaria de Salud Mental y Adicciones – M.S.P.

Gráfico Nº 13



Fuente: Programa GUIAF- Secretaria de Salud Mental y Adicciones – M.S.P.

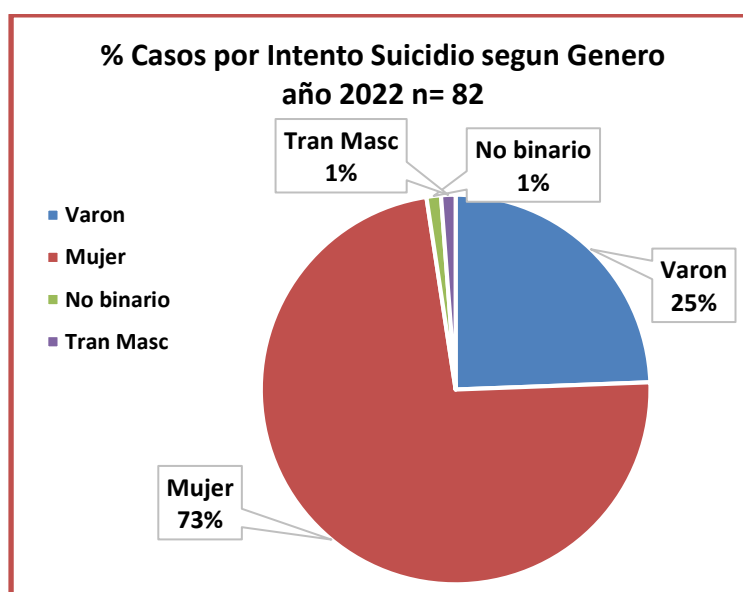
Notificaciones Según Zona Sur. Caracterización según edad, género y método

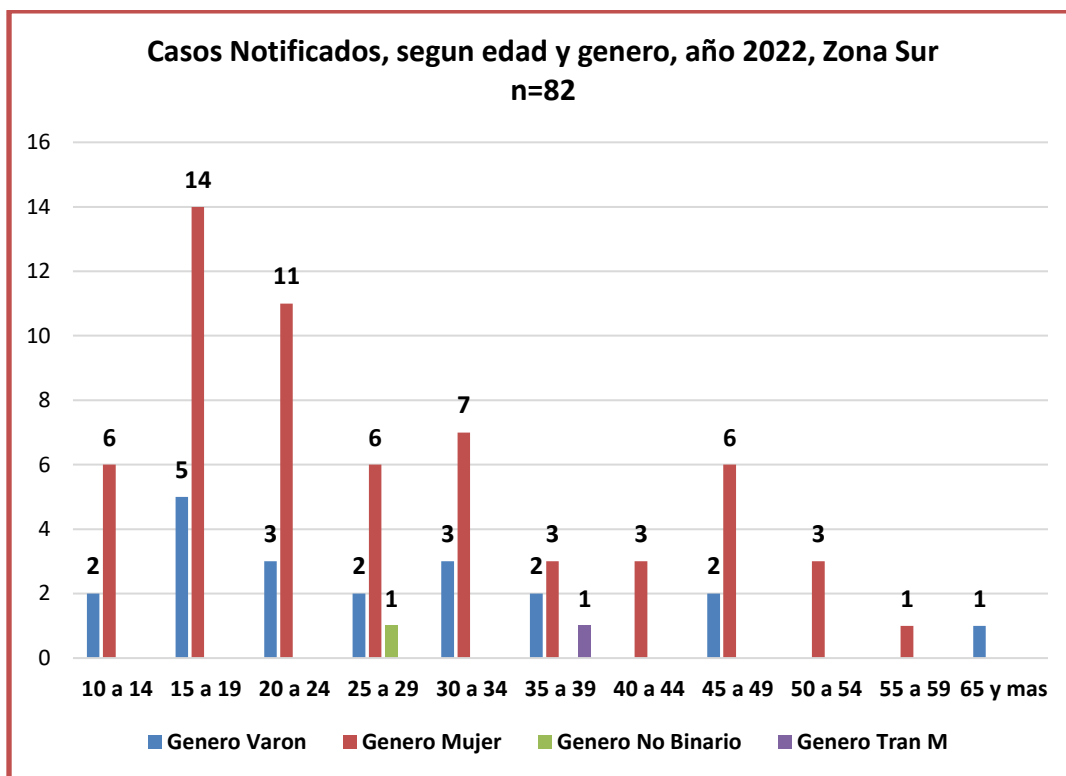
Tabla Nº 4 Casos por Intento de Suicidio- Ideación Suicida en Zona Sur, según grupos quinquenales y Áreas Operativas, año 2022

Grupo edad	R.Frontera		H.G.Guemes		C.Santo		Ap. Saravia		H.J.V.Gon		H.Lajitas		H.Metan		H.Galpon		H. El Tala		El Jardin		Total	
	Varon	Mujer	Varon	Mujer	Varon	Mujer	Varon	Mujer	Varon	Mujer	Varon	Mujer	Varon	Mujer	Varon	Mujer	Varon	Mujer	Varon	Mujer		
5 a 9																						
10 a 14		2		3									1					1	1			8
15 a 19		1	1	4		1			2	2		2	2	2				1		1		19
20 a 24	1	4		1		2		1	1	2		1	1									14
25 a 29	1			1				1		1		1	1	2				1				9
30 a 34		1		1				1			1		2	3				1				10
35 a 39		2	1								1			1	1							6
40 a 44											1			2								3
45 a 49		2		1		1			1	1				1						1		8
50 a 54		1								1				1								3
55 a 59				1																		1
60 a 64																						
65 y mas																		1				1
Sub Total	2	13	2	12	0	4	0	3	4	7	2	5	7	12	1	0	1	4	2	1		82
Total	15		14		4		3		11		7		19		1		5		3			82

Fuente: Programa GUIAF- Secretaria de Salud Mental y Adicciones – M.S.P.

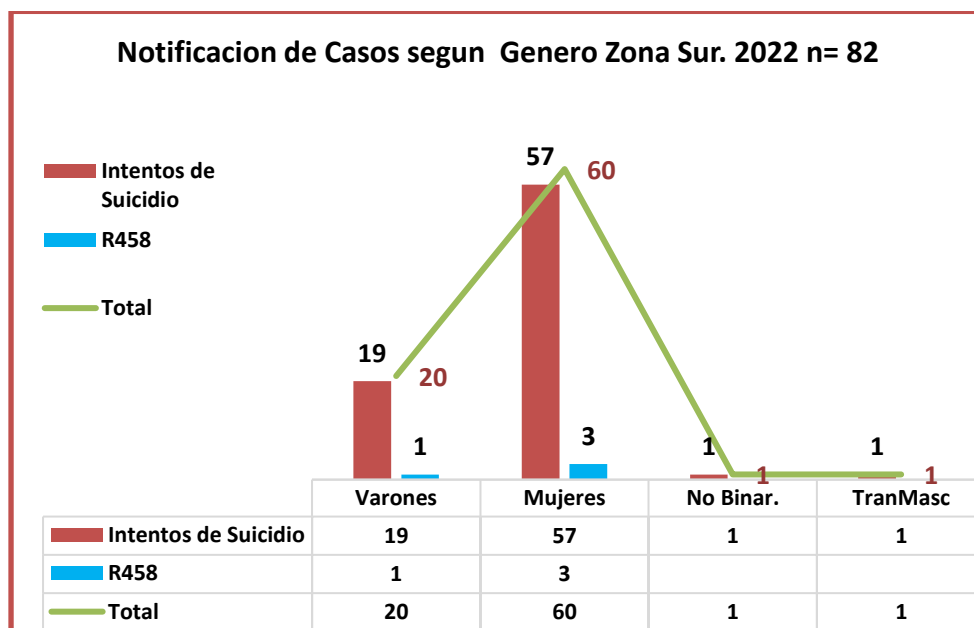
Gráfico Nº 14





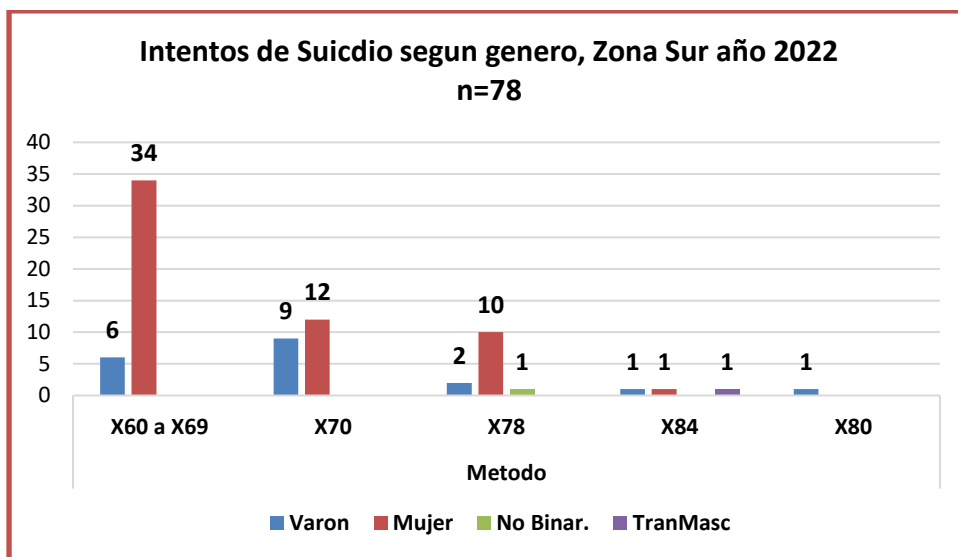
Fuente: Programa GUIAF- Secretaria de Salud Mental y Adicciones – M.S.P.

Gráfico Nº 15



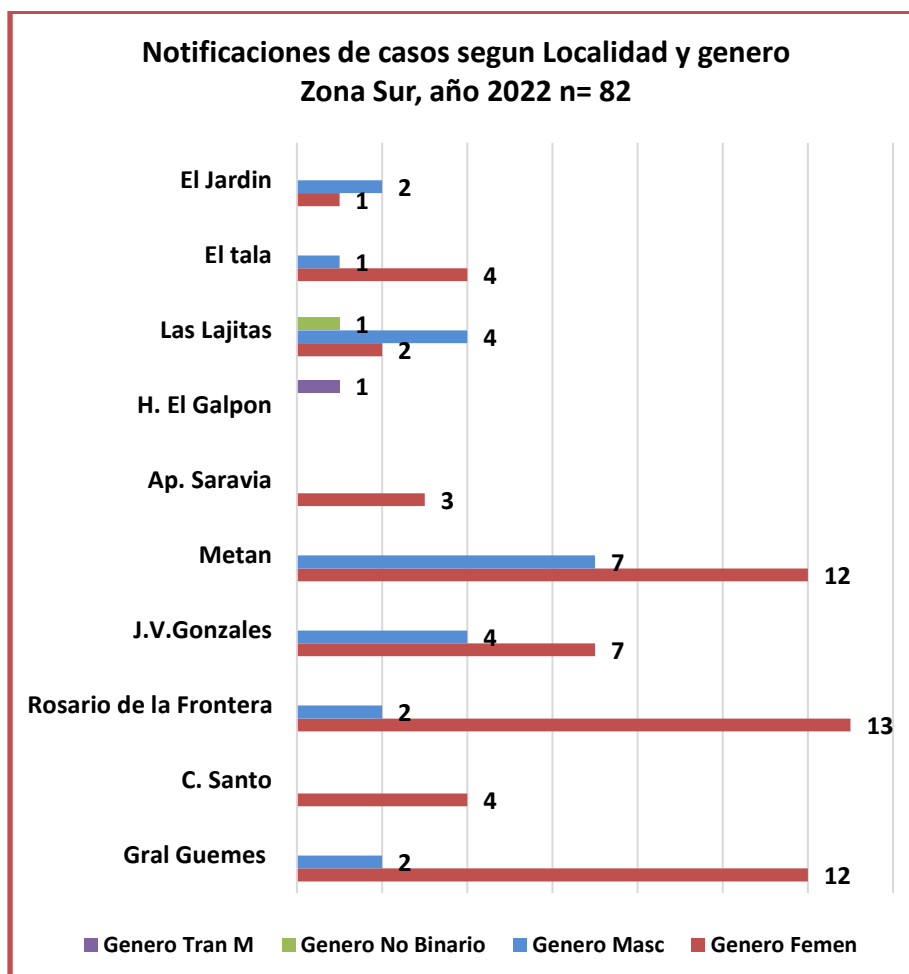
Fuente: Programa GUIAF- Secretaria de Salud Mental y Adicciones – M.S.P.

Gráfico Nº 16



Fuente: Programa GUIAF- Secretaria de Salud Mental y Adicciones – M.S.P.

Gráfico Nº 17



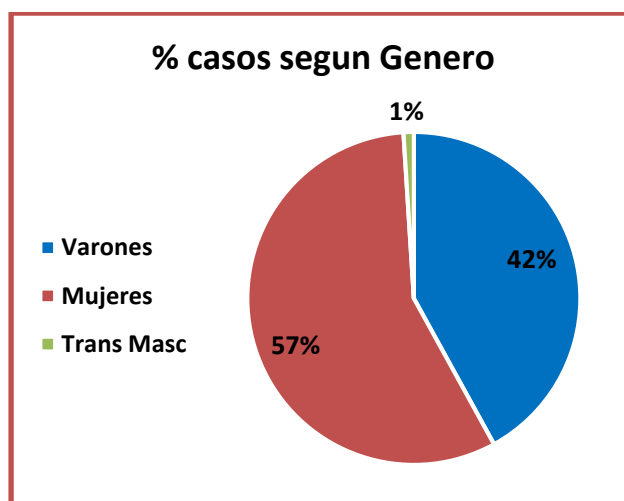
Notificaciones según Zona Oeste. Caracterización según edad, género y método.

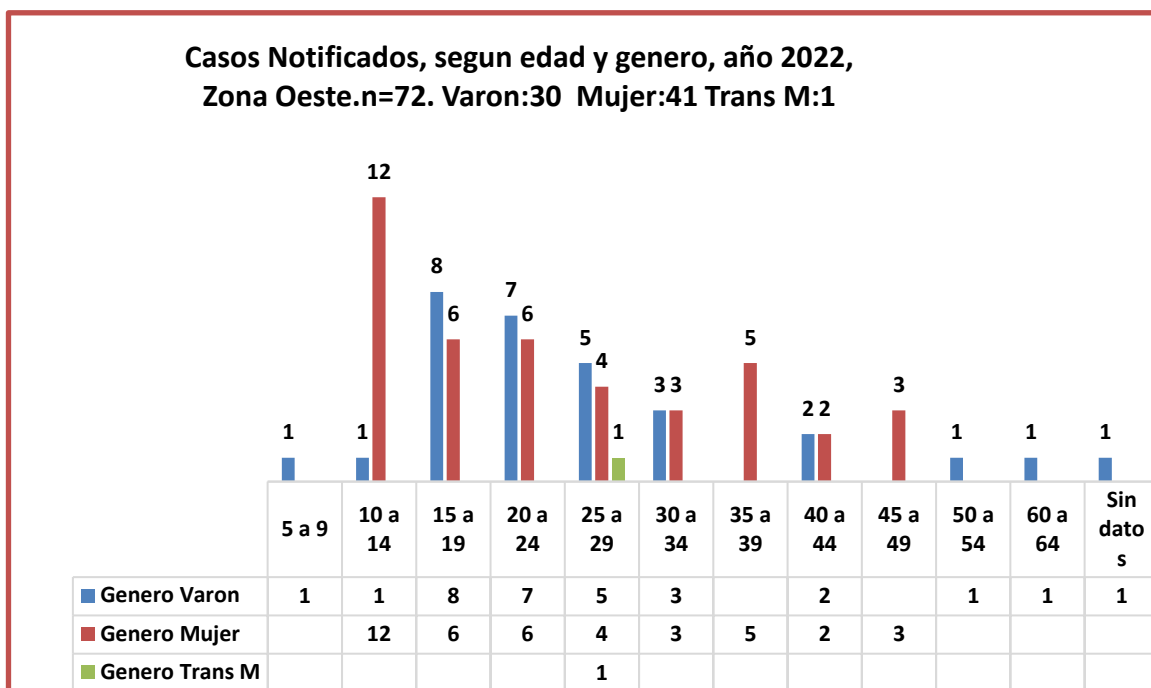
Tabla Nº 5 Casos por Intento de Suicidio- Ideación Suicida en Zona Oeste según grupos quinquenales y Áreas Operativas, año 2022

Grupo edad	H. Cachi		H. Cafayate		El Carril		La Viña		H. Chicoana		H. Cerrillos		H.S.A.Cobr		H. Caldera		H. Toldos		H. Merced		C. Quijan		R. Lerma		C. Moldes		H. Guachip		Total
	Varon	Mujer	Varon	Mujer	Varon	Mujer	Varon	Mujer	Varon	Mujer	Varon	Mujer	Varon	Mujer	Varon	Mujer	Varon	Mujer	Varon	Mujer	Varon	Mujer	Varon	Mujer	Varon	Mujer	Varon	Mujer	
5 a 9					1																								
10 a 14	1						1		1		4	1	1			1				1						2			
15 a 19	1				1					1			2	1					1	1		1		1	1	1	1	1	
20 a 24		1							1		1	2	1	1						1	1		1	1	2				
25 a 29				1	1	1	1			1	1		1	1							1						1		
30 a 34						1					1				1					1			1			1			
35 a 39						2				1														1	1				
40 a 44												1	1									1	1						
45 a 49						1						2																	
50 a 54																		1											
60 a 64					1																								
Sin datos										1																			
Total	1	2		1	4	5	1	1	2	3	4	9	6	4	1	0	1	1	1	3	2	3	3	3	3	5	2	1	72
	3	1		9	2			5	13	10	1	2	4				5	6	8	3									72

Fuente: Programa GUIAF- Secretaria de Salud Mental y Adicciones – M.S.P.

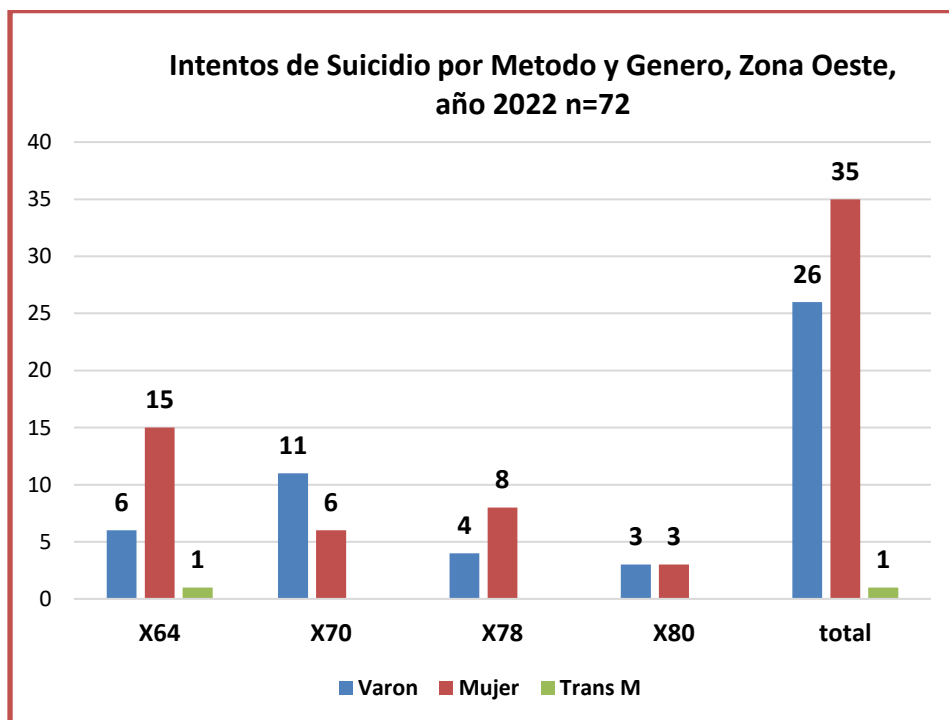
Gráfico Nº18





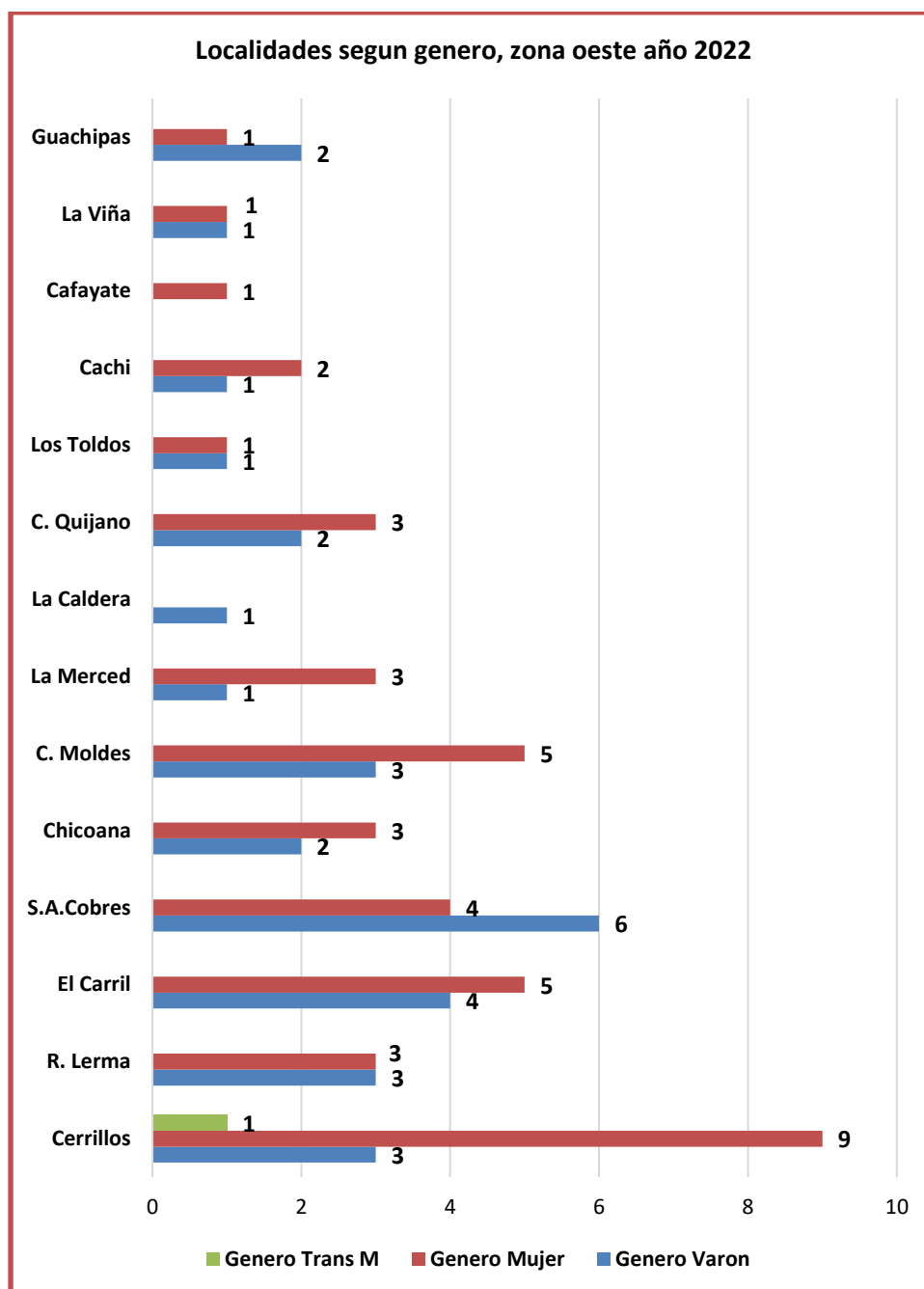
Fuente: Programa GUIAF- Secretaria de Salud Mental y Adicciones – M.S.P.

Gráfico Nº 19



Fuente: Programa GUIAF- Secretaria de Salud Mental y Adicciones – M.S.P

Gráfico Nº 20



Fuente: Programa GUIAF- Secretaria de Salud Mental y Adicciones – M.S.P

Consideraciones Generales

- Potenciar los factores de protección para fomentar la resiliencia en poblaciones específicas, implementando estrategias multisectorial.

- Fortalecer acciones de prevención de la conducta suicida, orientada a poblaciones de riesgo: niños, adolescentes y jóvenes.
- Se sugiere consolidar el trabajo en conjunto con las áreas operativas desde un abordaje coordinado, interdisciplinario, interinstitucional y multisectorial para el fortalecimiento de los servicios asistenciales.
- Promover la capacitación del equipo de salud – salud mental para la asistencia en la posvención y el correspondiente sistema de registros.
- Fortalecer el sistema de vigilancia epidemiológica del intento de suicidio con unidades centinelas en efectores provinciales.

Informe Realizado por E.U. Montoya María Soledad

Supervisora a cargo de Proyecto: Vigilancia Epidemiológica en episodio de Suicidio e
Intento de Suicidio. GUIAF

ANEXO II



ACTA COMPROMISO

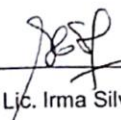
PRÁCTICA PARA TRABAJO INTEGRADOR FINAL

Dentro del Convenio Marco firmado entre la UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SALTA y el Gobierno de la Provincia de Salta, Resolución Rectoral R.R. N° 231/2021, las partes representadas en este acto por la Decana de la Facultad de Artes y Ciencias, Lic. María Dolores Medina Bouquet DNI 14.727.833, con domicilio en Campo Castañares de la ciudad de Salta por la FACULTAD DE ARTES Y CIENCIAS y el Grupo Interdisciplinar de Apoyo Familiar en Episodios de Suicidio o intento de suicidio representada en este acto por la Secretaria de Salud Mental y Adicciones Lic. Irma Silva DNI 11.692.402, con domicilio en Av. Sarmiento N° 655 de la Ciudad de Salta Capital, suscriben el presente ACTA COMPROMISO para la realización de la PRÁCTICA PARA TRABAJO INTEGRADOR FINAL (PASANTÍA ACADÉMICA) DE LA LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA, según las siguientes cláusulas:

- 1) La alumna designada para realizar la Práctica es: Axa Mariel Paz, D.N.I. 40.788.241.
- 2) La Práctica se llevará a cabo en las instalaciones del el Grupo Interdisciplinar de Apoyo Familiar en Episodios de Suicidio o intento de suicidio con domicilio en calle Av. Sarmiento N° 655 de la Ciudad de Salta Capital.
- 3) El Plazo se extenderá entre el día 12 de diciembre del 2022 y hasta el día 29 de marzo del 2023.
- 4) La Facultad designa como Profesor Tutor a la Lic. Solange Garijo DNI 18.233.281 y el Grupo Interdisciplinar de Apoyo Familiar en episodios de Suicidios o intento de suicidio, designa como responsable a la profesional Psicóloga Lic. Nuria Monserrat Saavedra DNI 27.379.770.
- 5) El plan de trabajos a desarrollar por la alumna será de acuerdo con la reglamentación vigente para adquirir competencias en un área de la Psicología.
- 6) La inserción en la realidad profesional será de un mínimo de 300 (trescientas) hs. con un máximo de 4 (cuatro) hs. diarias, no inferior a 15 (quince) semanas ininterrumpidas en una misma institución en sectores acordes con los objetivos planteados.
- 7) La alumna designada deberá:

- Elevar un Proyecto de la Práctica a la Facultad, el cual deberá dar cuenta de los requisitos formales pertinentes y contar con todos los datos necesarios para que el tribunal evaluador tenga una clara idea de su futuro desarrollo.
 - Una vez admitido el proyecto por el tribunal, concurrir al lugar de trabajo en el horario indicado, con plena disposición para realizar las tareas con dedicación y responsabilidad.
 - Cumplir con las indicaciones de quienes estén a cargo de la supervisión y control de sus tareas.
 - Realizar sus actividades con plena sujeción a las normas internas de la [empresa/institución], tanto en lo referido a aspectos técnicos como de relaciones humanas. Deberá abstenerse de realizar actividad proselitista alguna.
 - Suscribir el Compromiso de Confidencialidad.
 - Elevar un trabajo final de grado que dé cuenta de las exigencias establecidas en el Anexo I R.R. N° 421/11.
- 8) La alumna declara conocer en todos sus términos la R.R. N° 797/08 y la R.R. N° 421/11 artículos 10 a 19 que regula la Práctica para TIF (Pasantía Académica).
- 9) El término de la Práctica podrá extenderse del tiempo previsto en el punto 3, para el caso de que no se haya concluido el trabajo en el plazo estipulado, y que ambas partes estén de acuerdo.
- 10) El carácter de la práctica será 'ad honorem' y voluntario, por lo que no será rentada ni generará vínculo jurídico alguno con el Grupo Interdisciplinar de Apoyo Familiar en episodios de Suicidio o intento de suicidio.
- 11) La Universidad dará a la practicante un seguro que le cubrirá de las contingencias que puedan suscitarse en la realización de la práctica.
- 12) El Grupo Interdisciplinar de Apoyo Familiar en episodios de Suicidio o intento de suicidio, podrá dar por finalizada la práctica antes del cumplimiento mínimo de las horas exigidas cuando hubiere una conducta grave o si el comportamiento de la alumna afectara el normal funcionamiento de la dependencia en que se lleva adelante la práctica.
- 13) El Director del TIF tendrá a su cargo la elaboración de un informe donde explicita el desempeño del pasante en cuanto a aspectos de cumplimiento y desarrollo de la Práctica, y sugerencias que considere pertinentes.

En prueba de conformidad, se firman 3 (tres) ejemplares de un mismo tenor y a un solo efecto en Salta, a los 7 días del mes de diciembre del 2022.



Lic. Irma Silva

P/Grupo Interdisciplinar de Apoyo Familiar
en episodios de Suicidio o intento de
suicidio.



Lic. María Dolores Medina Bouquet

P/Facultad de Artes y Ciencias



COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD

TRABAJO INTEGRADOR FINAL

Por el presente, Axa Mariel Paz DNI 40.788.241, alumna de la Licenciatura en Psicología de la Universidad Católica de Salta, manifiesta conocer y cumplir con la normativa establecida en el Reglamento de Trabajo Final de Grado, (RR 797/08), el Reglamento Específico del Dpto. de Psicología (RR 421/11), el Anexo Aspectos Formales (RF 008/09) y demás normas universitarias, y asume el formal Compromiso de Confidencialidad, comprometiéndose a:

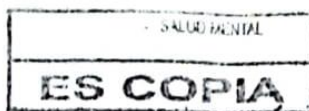
- Utilizar la información adquirida de forma reservada.
- No divulgar ni comunicar la información técnica facilitada por la Institución donde realiza el Trabajo Final de Grado.
- Impedir la copia o revelación de esa información a terceros, salvo que gocen de aprobación escrita de la Institución, y únicamente en los términos de tal aprobación.
- No utilizar la información o fragmentos de ésta para fines distintos de la ejecución de este compromiso.
- No difundir de ninguna forma todas aquellas innovaciones técnicas desarrolladas en el Trabajo Final de Grado y en la Institución que no sean de carácter público.
- No difundir rendimientos internos estudiados durante el periodo del desarrollo del Trabajo Final de Grado.

El incumplimiento por parte del alumno de esta acta compromiso lo hará pasible de las sanciones previstas en el Reglamento del Alumno (RR 851/17).

Salta, 7 de diciembre del 2022

DNI 40788241

Axa Mariel Paz



Salta, 5 de Abril de 2022.

A la secretaria de Salud Mental y Adicciones Licenciada Irma Silva

Tengo el agrado de dirigirme a usted con el fin de solicitar autorización para llevar a cabo la pasantía académica como Trabajo Final de grado para la Lic. En Psicología de la Universidad Católica de Salta. La misma se encuentra contemplada bajo el marco del convenio N° 231/21 y resolución N° 531/20 entre la Universidad Católica de Salta y el Gobierno de la Provincia de Salta el 31 de marzo del 2021, que tiene como objetivos:

- Integrar los conocimientos teóricos y prácticos elaborados a lo largo de la carrera con la práctica de la psicología clínica en el contexto del programa de psiquiatría y psicología del GUIAF de Salta Capital.
- Conocer los modos de intervención que llevan adelante los psicólogos del servicio del GUIAF de Salta Capital, al responder a los servicios de interconsulta en los pacientes.
- Construir un conocimiento experiencial sobre los procedimientos que llevan adelante en los diversos casos en los que intervienen, los psicólogos del programa GUIAF.

La pasantía académica tendrá como directora y tutora institucional a Lic. Nuria Monserrat Saavedra DNI 27.379.770 y se desarrollara entre los meses de mayo y septiembre del año 2022.

Sin otro particular y a la espera de una favorable respuesta, saludo cordialmente.

Paz, Axa Mariel

DNI 40.788.241

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA SECRETARÍA GENERAL DE ADICCIONES		
RECIBIDO		
Fecha	Turno	Nº
05/04/22	1106	1
GISEL DAHAS ADMINISTRATIVA SECRETARÍA DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA - SALTA		

V.B. Base de Guaf para
 presentar propuesta Pasantía
 Lic. Irma Lidia Silva
 Secretaria de Salud Mental y Adicciones
 M.S.P. Pcia de Salta

PLANILLA DE ASISTENCIA DIARIA

Grupo Interdisciplinar de Apoyo Familiar en Episodios de Suicidio o intentos de Suicidio

Tutor institucional: Lic. Nuria Monserrat Saavedra

Alumna pasante: Axa Mariel Paz

INSTITUCIÓN Y SECTOR	FECHA	HORA DE ENTRADA	HORA DE SALIDA	FIRMA Y SELLO DEL TUTOR INSTITUCIONAL
Interrelación de distintos sectores	16/12/22	8:00 am	12:00 am	Lic. Nuria Saavedra PSICÓLOGA M.P. 758
Interrelación de distintos sectores	19/12/22	8:00 am	12:00 am	Lic. Nuria Saavedra PSICÓLOGA M.P. 758
Interrelación de distintos sectores	20/12/22	8:00 am	13:00 pm	Lic. Nuria Saavedra PSICÓLOGA M.P. 758
Interrelación de distintos sectores	21/12/22	8:00 am	12:00 am	Lic. Nuria Saavedra PSICÓLOGA M.P. 758
Interrelación de distintos sectores	22/12/22	8:00 am	13:00 pm	Lic. Nuria Saavedra PSICÓLOGA M.P. 758
Interrelación de distintos sectores	26/12/22	8:00 am	13:00 pm	Lic. Nuria Saavedra PSICÓLOGA M.P. 758
Interrelación de distintos sectores	27/12/22	8:00 am	13:00 pm	Lic. Nuria Saavedra PSICÓLOGA M.P. 758
Consultorio Interno	28/12/22	7:30 am	13:00 pm	Lic. Nuria Saavedra PSICÓLOGA M.P. 758

PLANILLA DE ASISTENCIA DIARIA

Grupo Interdisciplinar de Apoyo Familiar en Episodios de Suicidio o intentos de Suicidio

Tutor institucional: Lic. Nuria Monserrat Saavedra

Alumna pasante: Axa Mariel Paz

INSTITUCIÓN Y SECTOR	FECHA	HORA DE ENTRADA	HORA DE SALIDA	FIRMA Y SELLO DEL TUTOR INSTITUCIONAL
Visitas Danieliana	29/12/22	8:00 am	13:00 pm	Lic. Nuria Saavedra PSICOLOGA M.P. 759
Consultorio Interno	2/1/23	8:00 am	12:00 pm	Lic. Nuria Saavedra PSICOLOGA M.P. 759
Visitas Danieliana	3/1/23	8:00 am	17:00 pm	Lic. Nuria Saavedra PSICOLOGA M.P. 759
Consultorio Interno	4/1/23	8:00 am	13:00 pm	Lic. Nuria Saavedra PSICOLOGA M.P. 759
Visitas Danieliana	5/1/23	7:30 am	13:00 pm	Lic. Nuria Saavedra PSICOLOGA M.P. 759
Consultorio Interno	6/1/23	7:30 am	13:00 pm	Lic. Nuria Saavedra PSICOLOGA M.P. 759
Consultorio Interno	9/1/23	7:30 am	12:00 pm	Lic. Nuria Saavedra PSICOLOGA M.P. 759
Visitas Danieliana	10/1/23	7:30 am	12:00 pm	Lic. Nuria Saavedra PSICOLOGA M.P. 759

PLANILLA DE ASISTENCIA DIARIA

Grupo Interdisciplinar de Apoyo Familiar en Episodios de Suicidio o intentos de Suicidio

Tutor institucional: Lic. Nuria Monserrat Saavedra

Alumna pasante: Axa Mariel Paz

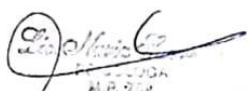
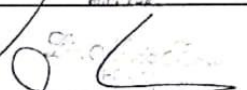

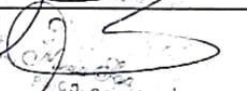
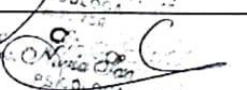
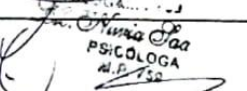

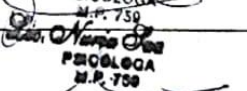
INSTITUCIÓN Y SECTOR	FECHA	HORA DE ENTRADA	HORA DE SALIDA	FIRMA Y SELLO DEL TUTOR INSTITUCIONAL
Consultorio Intome	11/1/23	7:30 am	13:00 pm	Lic. Nuria Saavedra PSICÓLOGA M.P. 759
Visitas, Danielvaris	12/1/23	8:30 am	13:00 pm	Lic. Nuria Saavedra PSICÓLOGA M.P. 759
Seguimiento Telefónicos	13/1/23	7:30 am	12:30 pm	Lic. Nuria Saavedra PSICÓLOGA M.P. 759
Seguimiento telefónicos	16/1/23	8:00 am	12:30 pm	Lic. Nuria Saavedra PSICÓLOGA M.P. 759
Visitas Danielvaris	17/1/23	7:30 am	12:30 pm	Lic. Nuria Saavedra PSICÓLOGA M.P. 759
Seguimiento Telefónicos	18/1/23	7:30 am	12:30 pm	Lic. Nuria Saavedra PSICÓLOGA M.P. 759
Visitas Danielvaris	19/1/23	7:30 am	12:30 pm	Lic. Nuria Saavedra PSICÓLOGA M.P. 759
Seguimiento Telefónicos	20/1/23	7:30 am	12:30 pm	Lic. Nuria Saavedra PSICÓLOGA M.P. 759

PLANILLA DE ASISTENCIA DIARIA

Grupo Interdisciplinar de Apoyo Familiar en Episodios de Suicidio o intentos de Suicidio

Tutor institucional: Lic. Nuria Monserrat Saavedra

Alumna pasante: Axa Mariel Paz

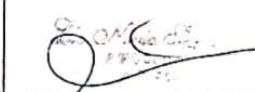
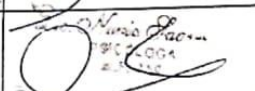
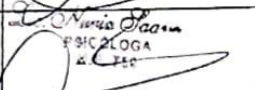
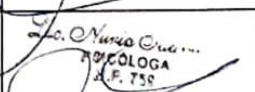
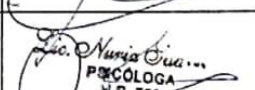
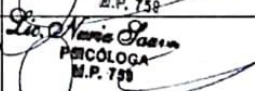


INSTITUCIÓN Y SECTOR	FECHA	HORA DE ENTRADA	HORA DE SALIDA	FIRMA Y SELLO DEL TUTOR INSTITUCIONAL
Consultorio Intame	23/1/23	8:00am	12:30pm	
Visitas Domesticas	24/1/23	8:00am	12:30pm	
Seguimiento Consultorio	25/1/23	7:30am	12:30pm	
Visitas Domesticas	26/1/23	7:30am	12:30pm	
Control Epidemiológico	27/1/23	8:00am	12:30pm	
Control Epidemiológico	30/1/23	8:00am	12:30pm	
Visitas Domesticas	31/1/23	8:00am	12:30pm	
Control Epidemiológico	1/2/23	8:00am	12:30pm	

PLANILLA DE ASISTENCIA DIARIA

Grupo Interdisciplinar de Apoyo Familiar en Episodios de Suicidio o intentos de Suicidio

Tutor institucional: Lic. Nuria Monserrat Saavedra

Alumna pasante: Axa Mariel Paz

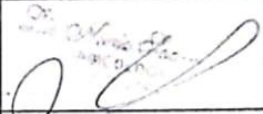

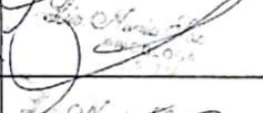
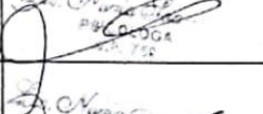
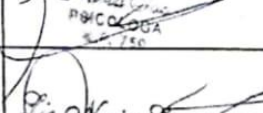
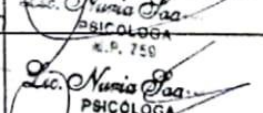
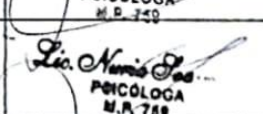

INSTITUCIÓN Y SECTOR	FECHA	HORA DE ENTRADA	HORA DE SALIDA	FIRMA Y SELLO DEL TUTOR INSTITUCIONAL
Visitas Domiciliares	2/2/23	8:00 am	12:00 am	
Control Epidem. Seguimiento	3/2/23	7:30 am	12:00 am	
Consultorio Interno	6/2/23	7:30 am	17:00 am	
Visitas Domiciliares	7/2/23	7:30 am	12:00 am	
Control Epidemiológico	8/2/23	7:30 am	12:00 am	
Visitas Domiciliares	9/2/23	7:30 am	13:00 am	
Seguimiento Telefónico	10/2/23	7:30 am	12:00 am	
Control Epidemiológico	13/2/23	7:30 am	17:00 am	

PLANILLA DE ASISTENCIA DIARIA

Grupo Interdisciplinar de Apoyo Familiar en Episodios de Suicidio o
intentos de Suicidio

Tutor institucional: Lic. Nuria Monserrat Saavedra

Alumna pasante: Axa Mariel Paz

INSTITUCIÓN Y SECTOR	FECHA	HORA DE ENTRADA	HORA DE SALIDA	FIRMA Y SELLO DEL TUTOR INSTITUCIONAL
Visitas Domiciliares Casertano	14/2/23	7:30am	13:00pm	
Intervenciones	15/2/23	7:30am	12:00am	
Visitas Domiciliares Casertano	16/2/23	7:30am	13:00pm	
Intervenciones Control	17/2/23	7:30am	12:00am	
Episodios	22/2/23	7:30am	12:00am	
Visitas Domiciliares Control	23/2/23	7:30am	13:00pm	
Episodios Casertano	24/2/23	7:30am	12:00pm	
Intervenciones	27/2/23	7:30am	12:00am	

PLANILLA DE ASISTENCIA DIARIA

Grupo Interdisciplinar de Apoyo Familiar en Episodios de Suicidio o intentos de Suicidio

Tutor institucional: Lic. Nuria Monserrat Saavedra

Alumna pasante: Axa Mariel Paz

INSTITUCIÓN Y SECTOR	FECHA	HORA DE ENTRADA	HORA DE SALIDA	FIRMA Y SELLO DEL TUTOR INSTITUCIONAL
Visitas Domiciliares	28/2/23	7:30 am	13:00 pm	Lic. Nuria Saavedra PSICOLOGA M.P. 750
Consultorio Interno.	1/3/23	7:30 am	12:00 am	Lic. Nuria Saavedra PSICOLOGA M.P. 750
Visitas Domiciliares	2/3/23	7:30 am	13:00 pm	Lic. Nuria Saavedra PSICOLOGA M.P. 750
Seguimiento Telefónico	3/3/23	7:30 am	12:00 am	Lic. Nuria Saavedra PSICOLOGA M.P. 750
Seguimiento Telefónico	6/3/23	7:30 am	12:00 am	Lic. Nuria Saavedra PSICOLOGA M.P. 750
Visitas Domiciliares	7/3/23	7:30 am	13:00 pm	Lic. Nuria Saavedra PSICOLOGA M.P. 750
Consultorio Interno	8/3/23	7:30 am	12:00 am	Lic. Nuria Saavedra PSICOLOGA M.P. 750
Visitas Domiciliares	9/3/23	7:30 am	13:00 pm	Lic. Nuria Saavedra PSICOLOGA M.P. 750

PLANILLA DE ASISTENCIA DIARIA

Grupo Interdisciplinar de Apoyo Familiar en Episodios de Suicidio o
intentos de Suicidio

Tutor institucional: Lic. Nuria Monserrat Saavedra

Alumna pasante: Axa Mariel Paz

INSTITUCIÓN Y SECTOR	FECHA	HORA DE ENTRADA	HORA DE SALIDA	FIRMA Y SELLO DEL TUTOR INSTITUCIONAL
Consultorio Interno	10/3/23	7:30 am	12:00 pm	Lic. Nuria Saavedra PSICÓLOGA N.º 739
Consultorio Tutorado	13/3/23	7:30 am	12:00 pm	Lic. Nuria Saavedra PSICÓLOGA N.º 739
Visitas Domiciliares	14/3/23	7:30 am	13:00 pm	Lic. Nuria Saavedra PSICÓLOGA N.º 739
Planificación de Proyectos	15/3/23	7:30 am	12:00 pm	Lic. Nuria Saavedra PSICÓLOGA N.º 739
Visitas Domiciliares	16/3/23	7:30 am	13:00 pm	Lic. Nuria Saavedra PSICÓLOGA N.º 739
Seguimiento Telefónico	17/3/23	7:30 am	12:00 pm	Lic. Nuria Saavedra PSICÓLOGA N.º 739
Consultorio Interno	20/3/23	7:30 am	12:00 pm	Lic. Nuria Saavedra PSICÓLOGA N.º 739
Visitas Domiciliares	21/3/23	7:30 am	13:00 pm	Lic. Nuria Saavedra PSICÓLOGA N.º 739

PLANILLA DE ASISTENCIA DIARIA

Grupo Interdisciplinar de Apoyo Familiar en Episodios de Suicidio o intentos de Suicidio

Tutor institucional: Lic. Nuria Monserrat Saavedra

Alumna pasante: Axa Mariel Paz

INSTITUCIÓN Y SECTOR	FECHA	HORA DE ENTRADA	HORA DE SALIDA	FIRMA Y SELLO DEL TUTOR INSTITUCIONAL
Seguimiento Telefónico	22/3/23	7:30 am	12:00 pm	Lic. Nuria Sa. PSICÓLOGA M.P. 759
Visitas Domiciliares Consulta	23/3/23	7:30 am	13:00 pm	Lic. Nuria Sa. PSICÓLOGA M.P. 759
Interno	27/3/23	7:30 am	12:00 pm	Lic. Nuria Sa. PSICÓLOGA M.P. 759
Visitas Domiciliares	28/3/23	7:30 am	13:00 pm	Lic. Nuria Sa. PSICÓLOGA M.P. 759
Seguimiento Telefónico	29/3/23	7:30 am	12:00 pm	Lic. Nuria Sa. PSICÓLOGA M.P. 759
Crece Pasante Académico	30/3/23	7:30 am	13:00 pm	Lic. Nuria Sa. PSICÓLOGA M.P. 759

CARTA DE INTENCION


Las partes firmantes manifiestan la intención de que la alumna Paz, Axa Mariel conDNI: 40.788.241, lleve a cabo su trabajo final de grado (TFG) bajo la modalidad de pasantía académica, en la institución Grupo Interdisciplinar de Apoyo Familiar en Episodios de Suicidio o intentos de Suicidio, sita en Avenida Sarmiento N°655 de la ciudad de Salta Capital, en la provincia de Salta.

Esta carta de intención no es vinculante en tanto que dependerá la realización del TFG de la aprobación del proyecto por parte del tribunal evaluador correspondiente, y por las autoridades de la institución destinadas para tal fin.

La pasantía académica no generará ninguna obligación económica ni laboral por parte de la institución en relación a la estudiante.

El tema del TFG aprobado por Jefatura del Dpto. de Psicología de la Facultad de Artes y Ciencias es: "Abordaje clínico en el Grupo Interdisciplinar de Apoyo Familiar en Episodios de Suicidio o intentos de Suicidio" y estará dirigido por la Lic. Nuria Monserrat Saavedra.

Se extiende la presente, a los 14 días del de Junio de 2022, para ser presentado ante el Tribunal Evaluador del TFG.


Lic. Irma Lidia Silva
Secretaría de Salud Mental y Adicciones
M.S.P. Pcia de Salta


Lic. SONIA GUIJARRO
Jefa del Dpto. Psicología
Facultad de Artes y Ciencias
UNIVERSIDAD CATOLICA DE SALTA

Lic. Irma Silva

Lic. Sonia Guijarro

p/Grupo Interdisciplinar de

p/Facultad

de Artes y Ciencias Apoyo Familiar en Episodios de Suicidio

o Intento de suicidio

MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**Consentimiento Informado****Pasantía Académica**

La Facultad de Artes y Ciencias de la Universidad Católica de Salta ofrece a los alumnos que se encuentran próximos a recibirse, la oportunidad de hacerlo mediante la realización de la Pasantía Académica como Trabajo Final de Grado. De esta manera, los alumnos adquieren competencias teórico prácticas a través de la inserción en la realidad profesional de su área de interés.

En esta oportunidad se le solicita a usted que autorice la presencia, como observador, de la alumna de la carrera de Lic. En Psicología Paz Axa Mariel DNI 40.788.241, en las entrevistas clínicas que llevara a cabo el profesional psicólogo.

La decisión de que dicha alumna esté presente en sus encuentros con el Psicólogo es voluntaria y usted puede o no aceptar su presencia. Además, usted puede interrumpirla en el momento que lo decida.

Toda información que surja será confidencial y se resguardaran tanto su identidad como la información que surgiera en las entrevistas clínicas.

AL FIRMAR ESTE CONSENTIMIENTO INFORMADO, UD. ESTA ACEPTANDO QUE LA PASANTE PAZ AXA MARIEL DNI 40.788.241 PRESENCIA LAS ENTREVISTAS DEL PSICOLOGO DURANTE EL TRATAMIENTO CLINICO QUE LE OFRECE.

LA PRESENTE PASANTIA ACADEMICA ESTA AUTORIZADA POR EL GRUPO INTERDISCIPLINAR DE APOYO FAMILIAR CON VICTIMAS EN EPISODIOS DE SUICIDIOS O INTENTO DE SUICIDIO Y LA FACULTAD DE ARTES Y CIENCIAS DE LA UNIVERSIDAD CATOLICA DE SALTA.

Yo _____ habiendo sido informado y entendiendo los objetivos y características de la Pasantía Académica, al firmar este consentimiento informado, acepto que la pasante Paz, Axa Mariel DNI 40.788.241 presencie las entrevistas clínicas del psicólogo, durante el tratamiento clínico que me ofrece.

Firma: _____

Aclaración: _____

Fecha: _____

Firma Pasante: _____

HOJA DE EVALUACION

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SALTA

FACULTAD DE ARTES Y CIENCIAS

LICENCIATURA EN PSICOLOGIA

ABORDAJE CLINICO EN EL GRUPO INTERDISCIPLINAR DE
APOYO FAMILIAR CON VICTIMAS EN EPISODIOS DE SUICIDIO
O INTENTO DE SUICIDIO

PASANTIA ACADEMICA-GUIAF- SALTA CAPITAL

Alumna: Axa Mariel Paz

DNI: 40.788.241

Director: Nuria Monserrat Saavedra

DNI: 27.379.770



Lic. Nuria Saavedra
PSICÓLOGA
M.P.-754

EVALUACIÓN

-Decisión:

-Tribunal evaluador:

Jurado:

Jurado:

Jurado:

-Lugar y fecha: