

CENTRO HOSPITALARIO DE INTERVENCIÓN EN CRISIS Y REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL. Una senda hacia la Suicidología Comunitaria

Carlos Martínez

Centro de Intervención en Crisis y Rehabilitación Psicosocial, Hospital Regional de Río Gallegos, Argentina

Resumen

Desde mediados de 2011 se comienza a desarrollar en Río Gallegos, Capital de la Provincia de Santa Cruz, un trabajo sistemático de abordaje integral de Prevención y Posvención del Suicidio. Se inaugura con un Plan Piloto de Capacitación Profesional e Intervención en terreno. Después de ocho meses se crea, en la mencionada ciudad, el Centro de Intervención en Crisis y Rehabilitación Psicosocial.

A partir de una evaluación cuantitativa y cualitativa del sujeto, demandante o derivado, se ubica el caso – usuario en crisis más grupo familiar– en un triage de campo, a partir del cual se inicia un seguimiento presencial y telefónico intensivo desde el modelo de Intervención en Crisis.

El Centro cuenta también con un Equipo de Comunidad que desarrolla evaluaciones colectivas en escuelas, en articulación con el Equipo de Equidad en Redes, del Consejo Provincial de Educación. El abordaje se realiza en terreno, constituyendo una instancia de cribado donde la detección precoz del riesgo se gestiona a través de programas breves de intervención grupal involucrando a toda la comunidad educativa.

Ante situaciones de suicidios consumados se interviene también en las ciudades del interior de la provincia, fundamentalmente a través del Equipo Hospitalario que opera como convocante del entramado social intersectorial.

Palabras clave: Prevención del Suicidio, Posvención, Intervención en Crisis, Psicología Comunitaria, Suicidología Comunitaria

Abstrac

This work on the systematic comprehensive approach towards the Prevention and Postvention of Suicide started to develop back in mid 2011 in Río Gallegos, capital of Santa Cruz Province.. The first step on this development was a Pilot Plan for the Training of Professionals and also field intervention.

The Center for Crisis Intervention and Psycho-social Rehabilitation was founded eight months later.

The case – client in crisis plus family group – undergoes quantitative and qualitative evaluation by means of a triage system, all of which allows to start intensive face-to-face and also phone follow up according to the Crisis Intervention Model. Such intervention is developed by means of the participation in the “Grupo Sostén”, the Adolescents Group if the client fits into that age, and also family relationship interviews as well as Multi-family meetings open to the Community.

There is also a Community Team in the Center which performs collective assessment in schools, in conjunction with the “Equidad en Redes” Educational Speciality Team, belonging to the Provincial Education Council. The approach takes place on the field, and works as a screening step for the early detection of risk. Such risk is dealt with by means of short term intervention group programs involving the whole of the educational community.

When facing situations of committed suicide there are interventions in communities to the interior of the province, fundamentally through the Hospital Team which works as the cluster convener for the social intersectorial frame- work.

Key words: *Suicide prevention, Postvention, Crisis intervention, Psycho-social approach, Community Suicidology, Community Psychology*

Introducción

Es muy probable que la representación más extendida sobre el suicidio esté asociada a la imagen de un acto individual, intencional y con un propósito claro. Sin embargo cada vez más, y sobre todo después de la primera mitad del siglo pasado, con la estructuración de la Suicidología, este evento de la vida humana es considerado en toda su complejidad, multideterminación y evitabilidad. (Martínez, 2008)

El suicidio debe ser considerado en todo el espectro de su producción autodestructiva en la subjetividad humana, tanto individual como colectivamente. Esto significa poder dar cuenta e identificar los niveles de deterioro progresivo que dicho proceso va instalando en las personas y la subsecuente vulnerabilización de sujetos y relaciones que se reproduce en todo su ámbito de influencia.

Si bien para muchos aún hoy sigue vigente la concepción bisecular del suicidio como enfermedad, también es cierto que, cada vez más –y sobre todo en Latinoamérica– se ha podido verificar empíricamente la incidencia de factores socioculturales y filosóficos en la génesis de la ideación suicida.

A partir de conceptualizar el suicidio como el *proceso sistémico de síntesis de la disposición autodestructiva que, más allá del grado de conciencia de quien lo exterioriza, está orientado a comunicar la intención de una resolución al conflicto que le da origen, por medios letales* (Martínez, 2007a) se habilita el entramado de acciones posibles para despatologizar la intervención y crear una serie de interrelaciones psicosociales y comunitarias tendientes al establecimiento y/o restablecimiento del bienestar individual, vincular e institucional.

Esta concepción científica, crítica y expansiva –a la vez que específica– del desarrollo de la ideación suicida hasta su consumación, permite plantearse cómo operan los procesos de vulnerabilización en la producción del evento; pero al mismo tiempo también habilita el planteo complementario acerca de los valores, creencias y paradigmas intervinientes en la construcción, tanto del concepto de normalidad como del de sufrimiento y malestar humano instaurando condiciones de inclusión y modificando o desmitificando las de exclusión.

¿Por qué desde la psicología comunitaria?

Una vez que se ubica al suicidio por fuera de la patología, otorgándole determinantes biológicos y psicológicos, pero también y fundamentalmente sociales, culturales y filosóficos, eso quiere decir que no es solo un tema de Salud Mental Comunitaria; y mucho menos solo un problema que se resuelve con la prescripción de psicofármacos.

Si se toma la definición de Maritza Montero (1984) donde denomina la Psicología comunitaria como aquella que permite desarrollar, fomentar y mantener el control y poder que los individuos pueden ejercer sobre su entorno para solucionar los problemas que los aquejan y lograr cambios en esos ambientes y en la estructura social, el abordaje de la problemática suicida se ubica dentro de los procesos vitales y modificables en convergencia y sinergia con los prój(x)imos.

En una lectura de lo antedicho aplicada al dispositivo que nos ocupa hoy se puede afirmar que en esta ciudad capital y por extensión a otras localidades de la provincia, aquel que atraviesa una crisis suicida

cuenta con sostenes y recursos diversos en instituciones y organizaciones de la comunidad, además del dispositivo hospitalario.

Hay un factor mucho más determinante aún y surge de la conceptualización de Bennet (1966) acerca del rol del psicólogo comprometido en esta tarea. Él lo llama "participante-conceptualizador", dando cuenta de su trabajo como promotor, tanto como el de profesional e investigador (Montero, 1984).

Entre otras vertientes, de allí se desprende uno de los postulados metodológicos más distintivos y productivos de esta manera de implicarse en la tarea: la investigación-acción. Si bien no se puede afirmar que el Centro de Intervención en Crisis está sostenido en esta metodología, sí lo han estado experiencias precursoras, denominadas intervenciones poblacionales (Martínez, 2007), de las cuales el Centro toma su concepción y espíritu fundacional.

Aquí se podría abrir un largo debate sobre si el acuerdo sobre la dinámica comunitaria conlleva de por sí, automática y necesariamente, el proceso de desarrollo comunal. También se puede considerar que este es un resultado de procesos institucionales, sociales y políticos que se van gestando en la relación dialéctica entre la investigación y la acción que se retroalimentan mutua y permanentemente. Esta movilidad incesante provoca y obliga cambios, no solo en el contexto de desarrollo, sino también en el profesional interviniente.

Quizás en este punto resida una de las mayores dificultades de implementación de esta modalidad de relación con el objeto de estudio e intervención. Nadie pasa neutro por este tipo de experiencias. El investigador interviniente es a la vez interpelado e intervenido por los sujetos y por la problemática que decidió abordar. Para sostener y profundizar el compromiso profesional en esta línea y en la premisa ética de "cuidar a los que cuidan", forma parte de reuniones y diálogos cotidianos –sin horario ni espacio físico fijo–, el Análisis de Implicación, en el sentido foucaultiano del concepto Implicación y en la crítica frankfurteana del Análisis de las Prácticas.

Como ya se vislumbra la interdisciplinariedad está en la misma esencia de este tipo de abordaje, llevando a su máxima connotación esta manera de vivir y profesar la práctica: la interdisciplinariedad no se instrumenta, se habita.

De la psicología comunitaria se desprende esta impronta ya que en su trama epistemológica vamos a encontrar enclaves de conceptos tales como la teoría del rol del interaccionismo simbólico, tensión y *stress* social, conceptos de la psicología ecológica transaccional, foco de control, acuñado por el neoconductismo, desesperanza aprendida de la psicología positiva, bienestar, teoría de la personalidad autoritaria de la Escuela de Frankfurt, teoría de la alienación del marxismo y teoría latinoamericana de la dependencia, entre otras.

Para concluir por ahora con esta escueta enumeración de razones de ¿por qué desde la psicología comunitaria?, las cuales se fueron reproduciendo y enriqueciendo en el desarrollo mismo de la acción, es importante tener en cuenta que para romper con los saberes hegemónicos, investigador interviniente y comunidad deben estar del mismo lado en la relación de estudio ya que ambos cohabitan el mismo entorno (Montero, 1984)

El plan piloto para Río Gallegos

Por tratarse de un Plan piloto a desarrollar en un tiempo acotado (siete meses), de junio a diciembre de 2011, se eligió un objetivo de desarrollo, evaluable cuali-cuantitativamente por la gestión a cargo.

Se implementó un proceso mixto de capacitación e intervención intersectorial, tendiente a la instalación de dispositivos de política sanitaria para la prevención y posvención del suicidio:

- Clínicos: de prevención, posvención y asistencia.
- Comunitarios: de detección temprana, contención e intercambio de saberes.

A continuación de las tareas de sensibilización, capacitación y puesta en marcha de los dispositivos, se destinaron los meses siguientes para la supervisión, ajuste de procesos, evaluación y seguimiento. Paralelamente, en la última etapa, se trabajó en la articulación y consolidación de la red de actores comunitarios que debían hacer circular la demanda de atención de la urgencia hacia los dispositivos sanitarios, conformado por personal profesional capacitado a tal efecto.

Tal eslabonamiento de acciones progresivas e inclusivas generó la identificación de capacidad profesional instalada que, al operar sincrónicamente con los diversos sectores gubernamentales y de la sociedad civil intervinientes, mejoraron la eficacia en la búsqueda de la ampliación y crecimiento de los parámetros de bienestar psicosocial en la población.



Figura 1

Además de los lineamientos vigentes de la OMS, también se adaptó la experiencia capitalizada en una intervención pobacional realizada por la Asociación Argentina de Prevención del Suicidio, en Rosario de la Frontera-Provincia de Salta, Argentina, ante una demanda por reproducción suicida adolescente.

El siguiente diseño fue realizado e implementado por la directora del hospital local para abordar la creciente demanda de atención y los diversos focos de manifestación de la crisis.

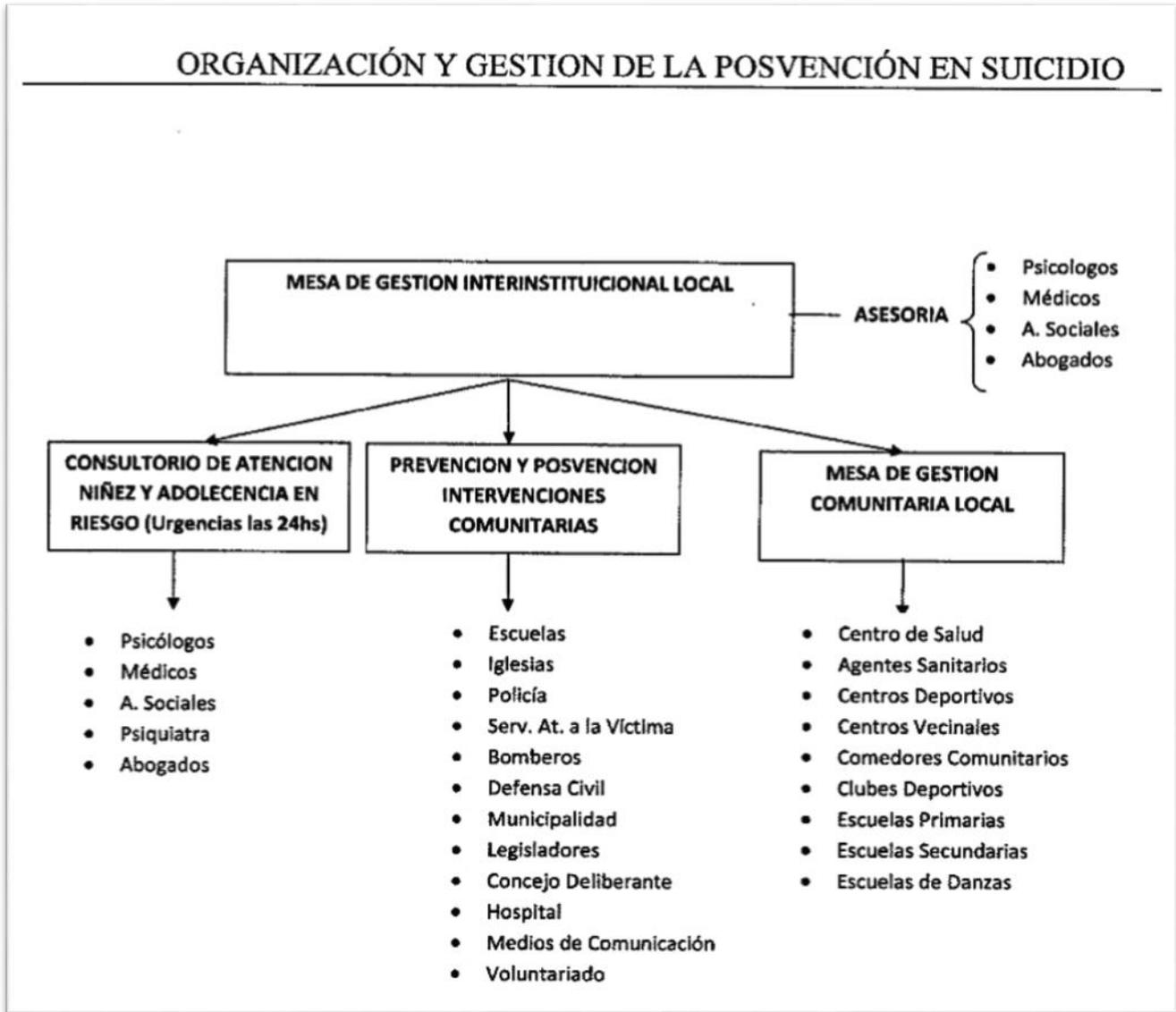


Figura 2

Esta oportunidad, además de sistematizar las experiencias de intervenciones poblacionales y comunitarias realizadas a lo largo de más de una década (Martínez, 2007b), constituyó el desafío de asumir el compromiso y la responsabilidad de gestar los cimientos del primer dispositivo público, específico e integral que actuaría en forma permanente en Argentina, ya que dependía del Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Cruz (Subsecretaría de Salud Colectiva-Dirección Provincial de Salud Mental).

En ese momento, independientemente de las estadísticas epidemiológicas variables según la fuente de consulta, la provincia arrastraba una situación crítica en tasas de suicidios durante largos años.

Esta situación se acrecentaba en la percepción social a través de los titulares de los medios de comunicación masiva que ubicaban a Santa Cruz como la provincia con la tasa de suicidios más alta del País.

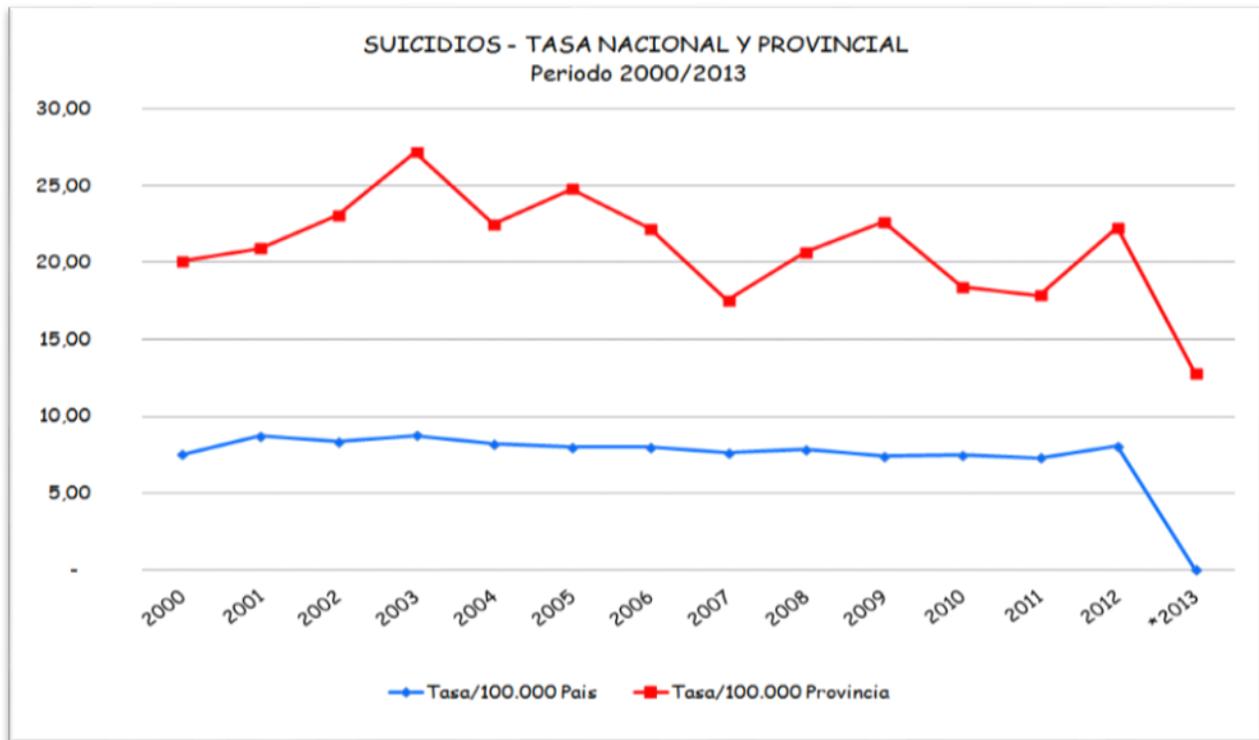


Figura 3

En virtud de esta situación se propone un objetivo general consistente en: “Dar una respuesta socio-comunitaria desde el área de salud, a la problemática del suicidio en la provincia de Santa Cruz, a través de un dispositivo de intervención y asistencia”, a la vez que se realiza una planificación de objetivos específicos, cuyo cumplimiento representan en sí una dimensión intervencionista: (Martínez, 2012).

Relevamiento de datos y actualización epidemiológica a nivel local con miras a una proyección provincial posterior.

Capacitación del personal sanitario.

Conformación de equipos de crisis.

Elaboración de un mapa local de riesgo y seguimiento desde la guardia e intervención del equipo de crisis.

Instalación de dispositivos inespecíficos e indicados.

Armado de la Red de contención psicosocial

En los encuentros correspondientes al plan piloto para Río Gallegos, se desarrolló un Programa de capacitación académico para profesionales universitarios, consistente en el desarrollo de siete unidades conceptuales temáticas correspondientes a las que conformaban el programa de la materia Introducción a la Suicidología, dictada en la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Palermo, de Buenos Aires.

Simultáneamente se instrumentó un programa paralelo y complementario donde se trabajaron aspectos de sensibilización, divulgación y operacionalización con los diversos sectores de la comunidad (agentes de fuerzas de seguridad, de justicia, de educación formal, bomberos, ONG's, personal de los programas extracurriculares de Consejo Provincial de Educación y enclaves sociales significativos del Ministerio de Desarrollo Social de la provincia, juntas barriales, grupos de padres, cruz roja, *boyscouts*, agentes sanitarios, medios de comunicación, voluntariado, etc.).

3. El Centro Provincial de intervención en crisis y rehabilitación psicosocial

Después de una evaluación mayoritariamente favorable del desarrollo del Plan Piloto, el 20 de marzo de 2012 comienza el funcionamiento público del Centro de referencia, a cargo de un equipo conformado por cuatro profesionales psicólogos: el referente y formador más tres psicólogas elegidas para la conformación del dispositivo, con una actualización de formación teórica y de procedimientos realizada en quince días.

Los ítems evaluados en relación a la conclusion de esa primera etapa fueron los siguientes:

- Aumento de profesionales formados en Suicidología.
- Monitoreo de acciones en gestión.
- Registro de demanda, consulta y seguimiento de pacientes con eventos autodestructivos (relación entre nivel de consulta y cantidad de suicidios) con las correspondientes tablas para tabulación de datos.
- Seguimiento mensual de demandas, a través de video o teleconferencias con los Servicios de Salud Mental de los hospitales del interior de la provincia.
- Comparación de suicidios consumados en 2011 en relación con años anteriores.
- Disminución de los eventos suicidas y comunicación más cuidada en los medios de comunicación masiva.
- Toma de conocimiento del estado parlamentario de las iniciativas legislativas vinculadas a la temática.
- Intervenciones, con profesionales en formación, en dos escuelas de la capital de la provincia donde se produjeron un suicidio de una alumna de primaria y otra en las que habían acontecido intentos y reiteradas amenazas de alumnos con ideación suicida.
- Intervención de una profesional formada en Suicidología, en la desarticulación de una amenaza de suicidio colectivo en una escuela de la Ciudad de Las Heras, con un compromiso hipotético de sectas existentes en la mencionada localidad.

A la hora de pensar, diseñar e implementar un dispositivo provincial permanente de este tipo se tomaron en cuenta ciertas variables y verificaciones generales, al no contar con referencias concretas a nivel provincial, ni nacional:

- En nuestro país en general y en adolescentes en particular, estudios e intervenciones institucionales y poblacionales venían demostrando recurrentemente la asociación entre “dificultades de afrontamiento en la resolución de problemas” con el desarrollo de conflictos y crisis que desembocan en actuaciones individuales y colectivas que van desde autolesiones deliberadas a suicidios frustrados y/o consumados.

En el año 2003 se publica un estudio de la Universidad de Alberta-Canadá (Disponible en [<http://www.ahfmr.ab.ca>]) cuyo objetivo consistía en identificar qué tipos de estrategias de prevención del suicidio han sido evaluadas en las investigaciones, y determinar cuáles de ellas eran efectivas. Desde el año 1990 se analizaron diez revisiones sistemáticas: Cerca de treinta tipos de estrategias de prevención del suicidio han sido evaluadas en la investigación. Las tres revisiones sistemáticas calificadas como buenas encontraron que los programas de prevención basados en las escuelas, dirigidos a los estudiantes en riesgo mejoran los factores protectores y reducen los factores de riesgo y las conductas suicidas.

- Una de las más eficaces formas de intervención en las crisis es previniéndolas, y a su vez una pauta eficiente de prevención lo constituye la Promoción de la Salud, en este caso, mental.

Se podría afirmar que una buena manera de no enfermar o no vulnerabilizarse es **producir salud**. El proceso de elaboración e implementación del Programa y del Centro se orientan a atenuar y revertir el proceso de vulnerabilización a través de la *prevención selectiva* y posvención en estadíos lo más tempranos posibles de la evolución del *continuum* autodestructivo.

- **Producir salud** a través de la *prevención universal*, concientizando a la población en los métodos y/o procedimientos para reducir o eliminar la exposición a factores vulnerabilizantes, productores de dolor psíquico.
- Si bien el proceso, en el programa en general y en el centro en particular, no está regido por el paradigma de sanar –porque no está erigido a partir del concepto de enfermedad–; la **Producción de salud** en la *prevención indicada* se logrará a través de la rehabilitación o posvención específica. Este proceso se irá complejizando a medida que el participante vaya implicándose en su pasaje por el Centro (CICr): desde la evaluación de riesgo inicial, el Grupo sostén, los talleres, el restablecimiento del lazo, la instalación en un tratamiento psicoterapéutico externo, ya que dentro del Modelo de Intervención en crisis aplicado no se contempla la posibilidad de tratamiento individual dentro del dispositivo, y la revisión y/o construcción de su proyecto de vida inmediato, hasta el descenso en su nivel de riesgo que posibilite la desactivación del *continuum* autodestructivo.

Las mencionadas premisas generales se tradujeron en objetivos específicos, adaptados a la realidad de la provincia y a un naciente Ministerio de Salud, que se estaba separando de su anterior pertenencia al Ministerio de Asuntos Sociales como Subsecretaría de Salud. Cabe hacer notar que a esta altura de los acontecimientos inaugurales no hay todavía claridad sobre la diferenciación acerca de la implicancia provincial del CICr. Ha sido motivo de largas reuniones e intercambios una premisa más que obvia; un centro en Río Gallegos no era ni sería capaz de revertir el crítico cuadro situacional

de la provincia respecto a esta problemática. Tal dualidad, producto de los balbuceos operativos iniciales se notan en la elaboración de la nómina de objetivos determinantes y los indicadores de eficacia esperables, tanto de desarrollo como de resultado. De todas maneras con ese marco se empezó a trabajar buscando:

- Atender el impacto subjetivo de las crisis en la salud mental de la población santacruceña.
- Implementar programas de rehabilitación psicosocial para aquellas personas, grupos, instituciones y/o comunidades que manifiesten emergentes críticos en su salud mental, como consecuencia del intento de elaboración de crisis individuales y/o colectivas.
- Capacitar teórica y prácticamente el capital humano directamente implicado en la atención de la población crítica.
- Orientar a las organizaciones de la comunidad en la detección temprana de los indicadores de la crisis subjetiva en curso, generando un entramado social que opere simbólicamente como malla de contención de la población a la vez que lo haga como alivio de la demanda a los efectores específicos del sistema público de salud.
- Relevar y mantener actualizados los registros de los recursos comunitarios con los que se cuenta en las diversas áreas geográficas, para satisfacer la demanda explícita o implícita de reinserción de aquellas personas que han sido afectadas por las consecuencias de una crisis individual y/o colectiva.
- Medir, en forma periódica, cualitativa y cuantitativamente, la incidencia de la tarea del Centro / Programa en los indicadores sensibles del esquema sanitario de la provincia.

A esto habría que sumar la incidencia de la densidad poblacional de menos de un habitante por kilómetro cuadrado –recientemente superado– en una superficie 243 943 km² de extensión, siendo la segunda provincia más extensa del país, solo superada por Buenos Aires. La intransitabilidad de la mayoría de sus rutas interiores durante el invierno. La comunicación digital crítica o inexistente con diversos hospitales distantes de la capital de la provincia, durante gran parte del día. Hasta hace poco un dato significativo en el desarrollo de las gestiones gubernamentales, de la cual la salud no estuvo exenta, lo constituyó el enfrentamiento explícito con la administración nacional, que dificultó la implementación y complementación en el desarrollo de proyectos y programas. En síntesis no estaban dadas las mejores condiciones para dar a luz un dispositivo psico-socio-sanitario tan sensible como el que nos ocupa.

De todas maneras se planificó y se está logrando adecuadamente que el Centro, además de asistir en esta localidad, sea Centro de referencia para las demás localidades de la provincia, trabajando a la vez en la generación de recursos varios para su desarrollo autónomo al respecto. En reiteradas oportunidades ante emergentes críticos se ha establecido contacto periódico –de supervisión por ejemplo- vía skype o telefónica.

Cuenta, además de un sistema de asistencia vincular y grupal, con una guardia pasiva que articula con el Hospital Regional de Río Gallegos (Nivel VIII) y especialmente con el Servicio de Salud Mental y el de Tratamiento de las adicciones.

Ante situaciones de crisis, en otras localidades de la provincia, parte del equipo se traslada a la localidad correspondiente, orienta a los equipos de salud e implementa el abordaje socio-comunitario en conjunto con el equipo de salud del hospital correspondiente, capacitando y supervisando sus

acciones, de acuerdo al siguiente flujograma, acordado intersectorialmente durante el desarrollo del Plan Piloto:

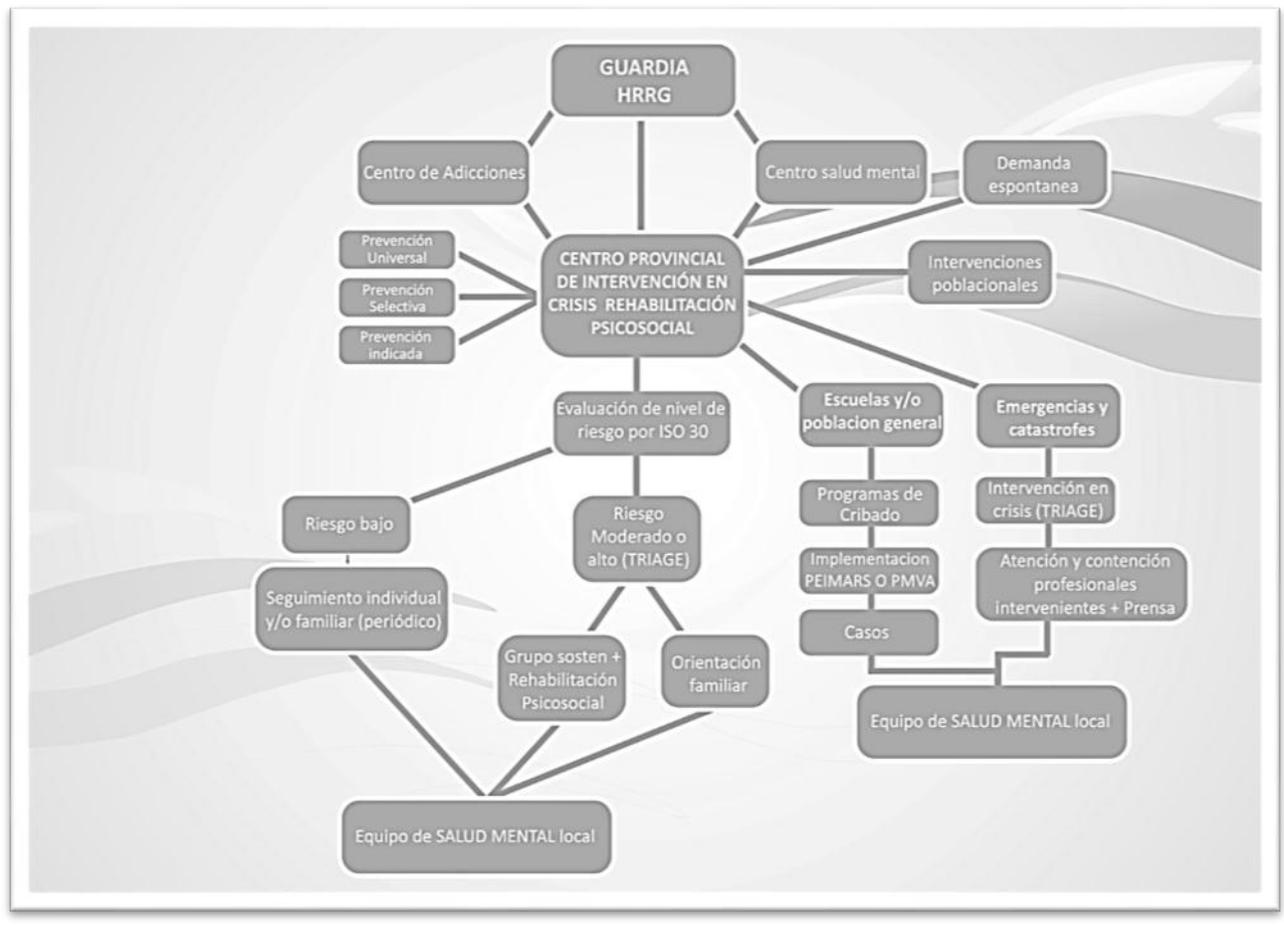


Figura 4

Las funciones de desarrollo para cumplir con el diseño proyectado se articulan en cuatro áreas, hoy sostenidas, en forma permanente, por nueve profesionales: cuatro psicólogos, dos trabajadoras sociales, una psicopedagoga, una técnica en psicopedagogía social y un acompañante terapéutico

Intervención en Crisis:

- Individuales y colectivas
- 1ra. etapa: 30 días
- 2da. etapa: 60 a 90 días
- Abordajes: individuales con su entorno, familiares, grupales, institucionales y sociales

Rehabilitación psicosocial:

- Grupos psicoeducativos para padres, adolescentes y usuarios en general
- Espacios de interlocución con operadores internos y externos

Capacitación y Formación:

- Equipo del centro/programa
- Equipos de la provincia
- Equipos externos a la provincia de Santa Cruz

Prevención Comunitaria e Institucional

- Programa transversal de prevención y orientación
- Evaluación de grupos críticos
- Talleres psicoeducativos y de autocuidado en escuelas
- Detección temprana (Programas escolares extracurriculares y otros espacios comunitarios)

Los perfiles requeridos y en los que son formados los integrantes del equipo, adaptados a sus profesiones de origen son:

Perfil técnico:

- Manejo de técnicas de evaluación
- Intervención en emergencia
- Conducción de procesos grupales (pacientes, familias, asambleas...)
- Aptitudes para la capacitación de otros profesionales y sectores comunitarios en general
- Orientación de la tarea hacia la investigación/acción

Perfil actitudinal

- Interés en la tarea
- Dispuesto/a a un alto nivel de compromiso profesional
- Capacidad y deseo de aprender y formarse en la disciplina
- Disponibilidad para trabajar en terreno tanto en Río Gallegos como en el Interior de la provincia
- Buena capacidad de trabajo en equipo

Los criterios de ingreso de los usuarios al dispositivo de crisis se basan en una evaluación cuantitativa por ISO 30 (Inventario de Orientación Suicida) (King, J. y Kowalchuk, B., 1994; Casullo, M. *et al*, 2006) y un mapeo sociodemográfico de la persona en crisis, su familia y entorno, en cortes sincrónico y diacrónico (Martínez, C., 2007c)

Los usuarios para ser aceptados en los grupos de intervención en crisis y rehabilitación psicosocial del Programa Provincial deben estar eutímicos y estabilizados al momento de su ingreso.

Las actividades indicadas de manera intensiva durante el período amplio de Intervención en Crisis consisten en la participación de dos reuniones semanales de grupos sostén, grupo psicoeducativo

para adolescentes si pertenece a ese grupo etario, grupo para padres, entrevistas vinculares con la familia y/o referentes afectivos de su vida cotidiana y participación en la reunión multifamiliar que se realiza una vez por semana, única actividad abierta para toda la comunidad. En múltiples situaciones se trabaja con grupos de pertenencia, tanto en el ámbito escolar, laboral y en algunas oportunidades en el universitarios. Para entrar al dispositivo del CICr tiene que haber obtenido puntaje de Riesgo alto o moderado y/o manifestar Ideación Suicida persistente con alto potencial en la evaluación cualitativa.

La evaluación de riesgo se aplica a todo el grupo familiar y/o conviviente. En su defecto y, atendiendo a las características singulares subjetivas, se implementará con todas aquellas personas que el profesional estime significativas en el entorno del paciente para evaluar su incidencia e influencia interpersonal en la configuración del cuadro autodestructivo.

Una vez determinado su nivel y potencial de riesgo, tanto cuantitativo como cualitativo, se ubica el caso (usuario + entorno significativo) en un triage de campo adaptado, de cuatro alternativas:

Código rojo: riesgo y/o potencial alto o moderado.

Código amarillo: salida de la etapa aguda de la crisis y en proceso de Intervención en crisis amplio.

Código verde: riesgo y potencial descendido, con tratamiento psicoterapéutico externo. Si bien el proceso se realiza mayoritariamente de manera ambulatoria, en esta etapa se espera haber establecido los acuerdos mínimos para una reinserción vincular funcional y orientada a un desarrollo saludable de su proyecto de vida.

Código celeste: incluye a aquellos usuarios que requieren y están en proceso de una reinserción psicosocial que amerita de un acompañamiento en la búsqueda laboral y/o económica por parte del Estado, hasta que la consiguen y se instalan.

Los usuarios ubicados en código rojo son llamados por el profesional de guardia del Centro (CICr) las veces que se consideren necesarias, durante el día y/o la noche, cualquier día de la semana; ellos o sus familiares pueden llamar ante una emergencia imprevista, implementando, de considerarse pertinente, una consulta presencial del grupo en crisis en el Centro (CICr), en la guardia de salud mental o en la guardia general del Hospital Regional.

El objetivo principal del *triage*, y de los planes hospitalarios de emergencia, es proveer a este limitado y seleccionado grupo de pacientes severamente traumatizados un nivel de cuidado que se aproxime lo más cerca posible al nivel óptimo de atención que reciben pacientes similares en condiciones de servicio normales. (De Guía para manejo de urgencias. Cap II Triage de campo. Disponible en: http://www.aibarra.org/Apuntes/criticos/Guias/prehospitalario/Triage_de_campo.pdf)

Si bien hay distintos algoritmos de aplicación del triage prehospitalario y hospitalario, en este caso se tomó el algoritmo *Care Flight* por ser el más rápido de realizar en el medio prehospitalario porque sus discriminantes son cualitativas y no cuantitativas. (Garner, Lee *et al*, 2001)

Es preciso establecer que el triage es un proceso dinámico y por ello, los responsables de efectuarlo deben estar alerta ante las condiciones cambiantes de los usuarios y de la propia emergencia que puede sustancialmente modificarse imprevistamente.

En este diseño se realizó una translación conceptual no directa de este algoritmo, aplicada a las implicancias traumáticas de las crisis suicidas. La psicodinamia del evento y las características del dispositivo permiten abordar la evaluación cuali-cuantitativamente, con presencia familiar lo más ampliada posible y con un equipo entrenado especialmente en esta metodología de abordaje, dispuesto a implementar una cobertura asistencial y de seguimiento intensivas.

Las implicancias de este Modelo de Intervención en Crisis (Slaikeu, 1999), entre otros, marca la impronta de la resolución de los emergentes *in situ*, situación de la que también está imbuído el Equipo de Comunidad del Centro (CICr).

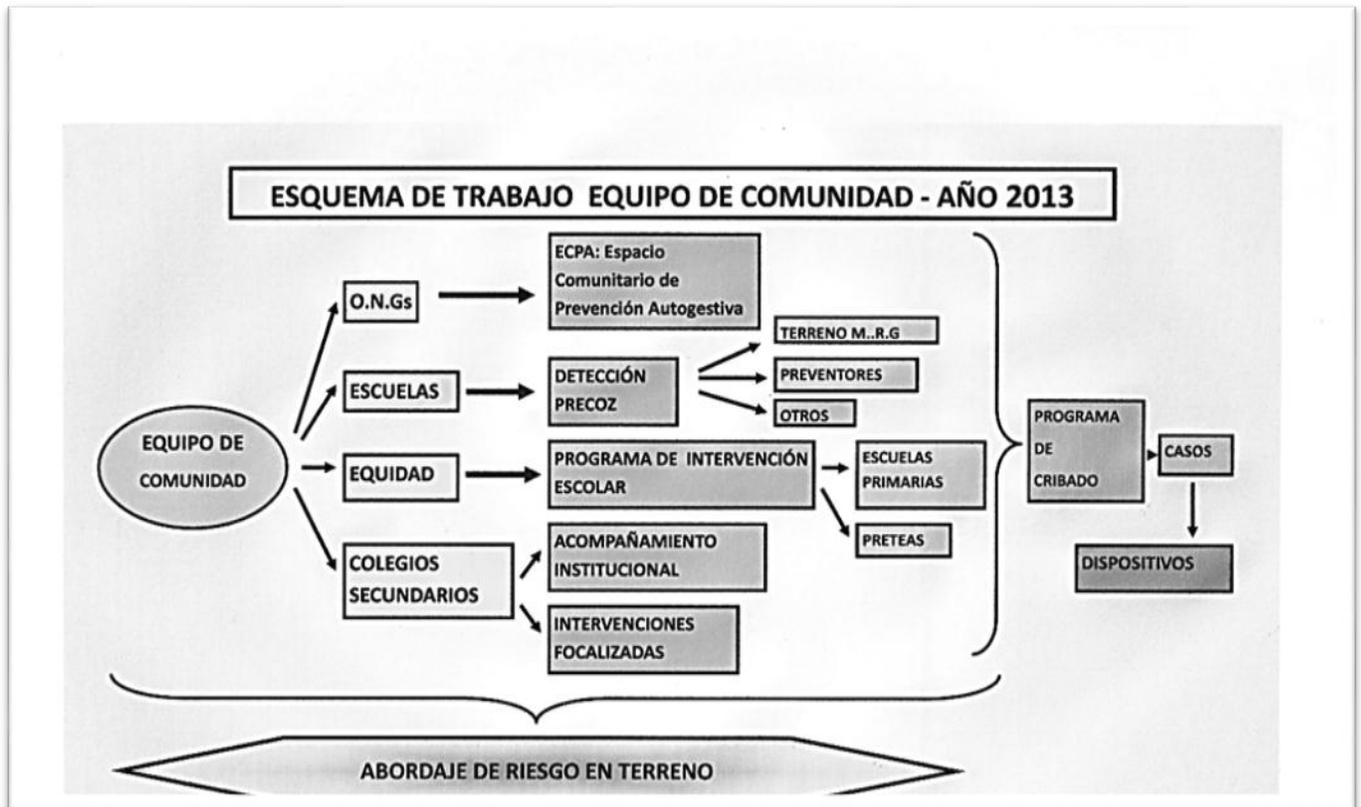


Figura 5

Este esquema de epistemología en acción y la premisa de la territorialidad del abordaje requieren inevitablemente de la concepción y articulación interdisciplinaria e interinstitucional (Martínez, 2009), dando una clara señal a la comunidad que el suicidio constituye un evento previsible, predecible y prevenible en cualquier escenario en que se presente el emergente. Si bien no resulta fácil transformar los prejuicios y preconceptos culturales de una población y, a veces, mucho menos los de los profesionales de su sistema de salud, un instituyente avalado y sostenido por el Estado puede ser contundente y facilitador de este proceso de humanización del dolor psíquico como producto relacional y colectivo, estableciendo claramente –y sin ambivalencias– que desde ese sesgo debe ser abordado.

4. Conclusiones

Si bien este dispositivo obtuvo en los dos primeros años de su existencia tres reconocimientos institucionales, de la OMS y de la International Association for Suicide Prevention, como único centro público, específico e integral del país, no estuvo ubicado en la grilla orgánica del Ministerio hasta estos últimos meses.

En estos momentos el Centro (CICr) forma parte del Departamento de Salud Mental del hospital regional de Río Gallegos, a la vez que se potencia y se proyecta el desarrollo del área de Intervención en Crisis en la Dirección Provincial de Salud Mental, a Nivel Central, generando la posibilidad de extender a los otros trece hospitales de la provincia los parámetros de capacitación e intervención que se aplicaron en el dispositivo de la ciudad capital.

Otra de las conclusiones que deja esta experiencia desarrollada hasta el momento es la ratificación que esta problemática debe ser abordada en equipo y no por profesionales individuales. Que debe ser conceptualizada en el marco de lo comunitario –sobre todo porque allí reside su génesis–. Este equipo debe tener una interlocución permanente, lo mismo que su esquema de capacitación y su acción incesante de instrumentos institucionales para cuidar a los que cuidan.

Lo categórico de estas afirmaciones surgen de un resultado proveniente de la comprobación que al haber pasado por este Centro (CICr) aproximadamente dos mil usuarios y familiares, sin contar los abordajes en terreno del Equipo de Comunidad, estando todos vinculados a un emergente de alto y/o moderado riesgo suicida, en todo este tiempo no se ha registrado ningún suicidio consumado entre los consultantes.

A pesar de los recaudos tomados con los profesionales del equipo, altamente entrenados, habrá que encontrar la manera en lo sucesivo de minimizar las variables productoras de condiciones de *burn out* que empiezan a manifestarse con el transcurso del año calendario. La mayor cantidad de profesionales, con una mayor insistencia en intercambios internos basados en la solidaridad, la escucha más atenta y diligente de los funcionarios ocupados de la gestión, serían entre otros, recursos válidos para atenuar el impacto de la inevitable exigencia de la tarea.

Queda por profundizar, en lo inmediato, el abordaje de instituciones provinciales con alto grado de emergentes en esta problemática, inclusión en la tarea preventiva de los sectores migrantes y marginalizados. Una mirada inteligente sobre el futuro tendrá que incluir planes de abordaje temprano para familias que llegan a la provincial en busca de trabajo en mineras, petroleras y esperanzadas en los nuevos proyectos energéticos.

En fin, si bien este balizado hacia la construcción de un camino orientado a la Suicidología Comunitaria no parece fácil, no resulta imposible, a juzgar por los resultados. Si se logran vencer las premisas de la “Ciencia tímida”, al decir de Almeida-Filho, si se respetan críticamente y se sistematiza el aprendizaje epistemológico, epidemiológico y metodológico que este avance genera, se podrá consolidar esta deconstrucción generativa, que a la luz de lo publicado hasta el momento parece ser patrimonio de la Suicidología Latinoamericana.

Bibliografía

Conference on the education of psychologysts for community mental Health. Boston. *Boston University Press*.

Casullo, M.; Bonaldi, P. y Fernández Liporace, M. (2006). *Comportamientos suicidas adolescentes. Morir antes de la muerte*, cap. 4, pp. 87-129. Buenos Aires: Lugar.

Garner, A., Lee, A., Harrison, K., Schultz, C., (2001). *Comparative analysis of multiple-casualty incident triage algorithms*. *Ann Emerg Med* 2001; 38:541-548.

King, J. Y Kowalchuk. (1994). *ISO 30 Inventory of Suicide Orientation*. Minesotta. National Computer Sitems.

Martínez, C. (2007 a). *Introducción a la Suicidología. Teoría, Investigación e Intervenciones*, pp. 15/26, Buenos Aires: Lugar.

_____ (2007b). *Introducción a la Suicidología. Teoría, Investigación e Intervenciones*, cap. 3, pp. 61/81. Buenos Aires: Lugar.

_____ (2007c). *Introducción a la Suicidología. Teoría, Investigación e Intervenciones*, pp. 28/31. Buenos Aires: Lugar.

_____ (2008). El abordaje comunitario de la crisis suicida en sus diferentes ámbitos de intervención. *Revista de la asociación levantina de ayuda e investigación de los trastornos de personalidad* nro. 4 – mayo 2008. Castellón-ESPAÑA Disponible en <http://www.alai-tp.com/>

_____ (2009). Suicide Prevention in Argentina. En *Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention. A Global Perspective*. Wasserman D. & Wasserman C. – Oxford. Oxford University Press, pp. 839/840.

_____ (2012). Documento interno del Ministerio de Salud de Santa Cruz para el análisis y justificación de la creación de un Centro y/o Programa de Intervención en Crisis y Rehabilitación Psicosocial.

Martínez Duarte, R., FCCS. Médico de Planta, Servicio de Urgencias. Fundación Santa Fe de Bogotá.

Montero, M. (1984). La Psicología Comunitaria: Orígenes, Principios Y Fundamentos Teóricos. En *Revista Latinoamericana de Psicología*, vol. 16, núm. 3, 1984, pp. 387-400. Fundación Universitaria Konrad Lorenz. Bogotá, Colombia.

Slaikou, K., (1999). *Intervención en Crisis. Manual para práctica e Investigación*, pp. 103/216, México: El Manual moderno.

Universidad de Alberta-Canadá. Estrategias de Prevención del Suicidio: evidencias desde revisiones sistemáticas.