

UNIVERSIDAD ABIERTA INTERAMERICANA

Facultad de Psicología y Relaciones Humanas



Trabajo Final Integrador

Licenciatura en Terapia Ocupacional

**“Análisis del abordaje interdisciplinario de personas con
comportamiento suicida en Argentina”**

Alumna: Ferrero, Luciana

Director de tesis: Prof. Lic TO Durand, Florencia

Tutora: Prof. Lic. TO Ciampa, Agustina

Tutora externa: Lic. TO Gibbons, Estefani

Año: 2022

Tabla de contenido

Tema	3
Planteamiento del problema	3
Palabras claves	5
Relevancia y Justificación	5
Relevancia social	5
Relevancia teórica	6
Relevancia práctica	6
Preguntas problema	6
Variables de Investigación	6
Objetivos	7
Marco Teórico	7
Construyendo el concepto de suicidio según distintas disciplinas	7
Factores protectores y de riesgo cierto e inminente	9
Epidemiología del suicidio	11
Acciones gubernamentales	13
La importancia de la teoría sobre el suicidio y sus causales	16
La interdisciplinariedad y el porqué de su abordaje	17
<i>Terapia Ocupacional</i>	20
<i>Psicología</i>	27
METODOLOGÍA	30
Tipo de Investigación	30
<i>Según el grado de conocimiento:</i>	30
<i>Según el momento del objeto en el tiempo</i>	31
<i>Según el enfoque metodológico</i>	31
Universo y muestra. Criterios de inclusión y exclusión	31
Instrumento de recolección de datos	31
Plan de trabajo	31

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	31
Procesamiento y sistematización	31
Análisis	32
Resultados	32
Conclusión y propuesta	34
Bibliografía	35
ANEXOS	41
Anexo I. Entrevista	42

Tema

Análisis del abordaje interdisciplinario de personas con comportamiento suicida en Argentina

Planteamiento del problema

Pareciera ser que, para la mayoría de las personas, el concepto de suicidio es claro y no revela mayores complicaciones en cuanto a su entendimiento. Simplemente es “el acto de matarse a sí mismo” (Díaz Suárez, J. 2004, p. 01). Si bien no hay nada errado en ese concepto, lo cierto es que el suicidio va más allá de la autodeterminación de acabar con la propia existencia. Esconde un universo plagado de problemáticas interrelacionadas que atraviesan la esfera social, biológica, psicológica y cultural.

El suicidio, si bien es una práctica que lleva siglos siendo ejecutada; en la mayoría de los países es invisibilizada y convertida en tabú. Es aquello de lo que no se habla, que se oculta; es una práctica que se va arraigando en la sociedad por años e incluso siglos, como una especie de control social que puede llegar a ser más o menos consciente (Muñoz, J. 2017). Según la Organización Mundial de la Salud (en adelante, OMS) (2014) el suicidio es un fenómeno multidimensional que ha ido en aumento, especialmente en la población adolescente. Desde el año 2003 es considerado por esta organización como una problemática de salud pública (Chávez Hernández, M.; Leenars, A. 2010).

A lo largo del tiempo, el suicidio fue estudiado por muchas disciplinas. Por mencionar las más importantes, se destacan los aportes de la sociología con Emile Durkheim (2003) como su principal exponente, quien sostenía que las causas del suicidio se deben a factores sociales. La psicología, con Sigmund Freud como su portavoz, quien hallaba en los factores intrapersonales las causas de tal comportamiento. Finalmente, la neurobiología hizo énfasis en los procesos neurofisiológicos y en la forma en que repercuten en los procesos vitales básicos (Rodríguez, Sánchez. 2013). En todas, el denominador común es el suicidio como factor multicausal. Ninguno descarta la influencia de factores externos, como los sociales, o los internos como lo son la psiquis o los procesos orgánicos.

Si bien no se han hallado los causales exactos de dicho comportamiento, las investigaciones realizadas al momento, pudieron determinar una serie de factores protectores y de riesgo cierto e inminentes (OMS, 2000) en los que las personas están expuestas y que pueden tanto ayudar a evitar un suicidio, como favorecerlo. La OPS

(2014) clasifica los factores protectores en sociales, ambientales, económicos y aquellos relacionados con la familia; mientras que los factores de riesgo cierto e inminentes están relacionados con la falta de atención sanitaria, padecimientos psíquicos y físicos, conflictos sociales y factores interpersonales. Teniendo en cuenta esta clasificación, se puede vislumbrar la presencia de los postulados teóricos de cada disciplina mencionada anteriormente.

Teniendo en cuenta la multicausalidad que interviene en el comportamiento suicida, es lógico pensar en un abordaje integral en donde todos los efectores de salud puedan intervenir de forma apropiada para el bienestar de la persona con comportamiento suicida. Para poder lograrlo de forma exitosa se tiene que pensar en, al menos, intervenciones interdisciplinarias con profesionales apropiadamente capacitados para atender las demandas que estas personas necesitan, cuya cantidad se encuentra en incremento día a día (OMS, 2000). En línea con este planteamiento, la Ley Nacional de Prevención del Suicidio N° 27130 (2015) aboga por un abordaje coordinado que no sea sólo interdisciplinario, sino también interinstitucional, apelando a la sensibilización de la población, con la creación de redes de apoyo para la prevención y detección de personas con comportamientos suicidas; por otro lado, desarrollar servicios asistenciales y capacitación de los recursos humanos son otros objetivos que propone esta Ley, catalogada de interés Nacional.

Para poder cumplir con los objetivos que esta Ley propone, se debe dejar de lado el conocimiento hegemónico, es decir, el predominio de una disciplina sobre las otras en donde un profesional asume el control del tratamiento mientras que el resto del equipo de trabajo se encuentra subyugado a las creencias y actuación del líder, el cual se transforma en una barrera que impide este tipo de abordaje (Fridman G. 2005). El individualismo limita la posibilidad de alcanzar las metas propuestas que terminan estancándose y transformándose en verdaderas utopías (París, E. 2006). Por lo tanto, si se tiende a un accionar interdisciplinario, se logra una práctica enriquecedora puesta al servicio de las personas, generando espacios polivalentes que mejoran nuestro accionar individual.

La interdisciplina no sólo posibilita la amplitud de conocimientos; sino también, la manera en que se conocen y resuelven los conflictos (París, E. 2006). Alicia Stolkiner (1999) refiere que un equipo interdisciplinario es un grupo y, como tal, debe tenerse en cuenta los aspectos subjetivos e intersubjetivos. Implica numerosas renunciadas ligadas a aceptar que la disciplina, como tal, es incompleta y que, en definitiva, no es más que un recorte de la realidad para su estudio y aproximación (París, E. 2006). Una forma única de observación limita el conocimiento de los problemas globales de una persona en particular (Cohn, E. 2005). Es por ello que todo el equipo que participe en su tratamiento debe actuar de forma colaborativa, incluyendo en el proceso a su red contención (sus familiares cercanos, amigos/as, conocidos/as, etc.) (Martínez Glatli. s.f). Éstos son

quienes mejor conocen a la persona y, si no representan un impedimento, tienen la mejor disposición para el bienestar y el futuro de su familiar (Mulligan, S. 2003).

Las personas, a lo largo de su ciclo vital desarrollan ocupaciones que muchas veces resultan vitales para alcanzar un proyecto de vida y son fundamentales para tener un propósito que guíe nuestras decisiones. En este aspecto, la Terapia Ocupacional es una disciplina que utiliza las ocupaciones como herramienta terapéutica para todas aquellas personas que presentan un problema ocupacional. Es importante para el profesional de Terapia Ocupacional ayudar a las personas a descubrir el significado de sus ocupaciones, facilitando su pleno desarrollo para influir de forma positiva en su estado de salud (Pellegrini, M. 2013). Conociendo las necesidades específicas de cada persona, de su entorno y los recursos disponibles del mismo, se obtiene un análisis global pormenorizado de su salud, en donde la Terapia Ocupacional puede aplicar estrategias efectivas para mejorar la calidad de vida (Rodríguez Sánchez, 2013). De esta forma, se puede intervenir en la prevención del suicidio y lograr que un comportamiento suicida devenga en un acto suicida, a través de la concreción de un proyecto de vida real y alcanzable para la persona utilizando las ocupaciones como herramienta terapéutica fundamental.

Este trabajo de investigación tiene por finalidad mostrar la forma en que un equipo de trabajo interdisciplinario interviene en el tratamiento de personas con comportamientos suicidas. Entendiendo la manera en la que trabajan las diversas disciplinas de salud mental, se podrá comprender cómo son los procesos que, de forma conjunta, se llevan a cabo para lograr que la persona no sólo alcance un óptimo bienestar y lo sostenga en el tiempo, sino que sepa cómo pedir ayuda y adónde acudir al momento de necesitarla.

Palabras claves

Comportamiento suicida; suicidio; factores de riesgo; factores protectores; equipo de trabajo; interdisciplina; prevención

Relevancia y Justificación

Relevancia social

Este trabajo de investigación pretende dar a conocer las posibilidades que la atención interdisciplinaria ofrece a personas con comportamientos suicidas; así como también, poner de manifiesto los factores de riesgo cierto e inminentes presentes en la cotidianidad de todos los actores involucrados en la sociedad y cuáles son y cómo funcionan los espacios de atención disponibles tanto para personas con comportamientos suicidas como para sus familiares y allegados. Por otro lado, y aunque no es un tema a tratar en esta investigación, se considera que un mejor conocimiento acerca de la problemática aleja a las personas de los llamados “mitos” que involucran el

suicidio y los comportamientos asociados a éste, mostrando una visión mucho más enriquecedora y amplia al alcance de todos y todas.

Relevancia teórica

En Argentina los estudios sobre suicidio y comportamiento suicida son escasos. Oficialmente se registran más aportes científicos de la población infanto-juvenil pero no se cuenta con la suficiente información de la problemática en la población adulta que supongan de la utilidad necesaria para planificar estrategias adecuadas (Teti, G. y cols., 2014). El vacío de conocimiento hallado, posiciona a la Terapia Ocupacional como una disciplina capaz de hacer frente a esta problemática que crece día a día a nivel mundial. Es una oportunidad para dar a conocer los alcances que tiene la disciplina en atención a personas con comportamientos suicidas y mostrar el rol que ocupa en un equipo interdisciplinario.

Relevancia práctica

Esta investigación pretende dar a conocer a todos los efectores de salud, profesionales y no profesionales, un conocimiento más enriquecedor acerca del abordaje interdisciplinario en pacientes con comportamientos suicidas. A su vez, al centrarnos en disciplinas de salud mental, aporta un conocimiento introductorio acerca de algunos marcos y modelos frecuentemente utilizados. Finalmente, y no menos importante, este trabajo pretende demostrar cómo se puede intervenir en la prevención del suicidio [y comprender que, a través de una atención adecuada se puede evitar el riesgo de suicidios] y lograr que un comportamiento suicida devenga en un acto suicida, a través de la concreción de un proyecto de vida real y alcanzable para la persona utilizando las ocupaciones como herramienta terapéutica fundamental.

Preguntas problema

- ¿Cómo trabaja un equipo interdisciplinario con un paciente con comportamiento suicida?
- La Terapia Ocupacional, ¿es tenida en cuenta por las otras disciplinas?

Variables de Investigación

- **Variable/s dependiente/s:** equipos interdisciplinarios, profesionales de distintas disciplinas de salud mental.
- **Variable/s independiente/s:** comportamiento suicida

Objetivos

Relevar la intervención propia de cada disciplina respecto al tratamiento de personas con comportamientos suicidas.

- Indagar acerca de los modelos teóricos más utilizados en la actualidad.
- Describir los diferentes modelos teóricos implementados de cada disciplina.
- Mencionar la forma de abordaje de los modelos presentados.

Analizar el abordaje de un equipo interdisciplinario a personas con comportamiento suicida.

- Relevar los aspectos que los miembros del equipo perciben como positivos y negativos en cuanto al abordaje interdisciplinario.
- Indagar sobre cómo perciben los miembros del equipo la interacción de los diferentes roles dentro del equipo interdisciplinario.
- Analizar el rol de la Terapia Ocupacional dentro de un equipo interdisciplinario.
- Identificar políticas públicas tendientes a contribuir con la asistencia de personas con comportamiento suicida.

Marco Teórico

Construyendo el concepto de suicidio según distintas disciplinas

Emile Durkheim (2003) se refiere al suicidio como “todo caso de muerte que resulte, directa o indirectamente de un acto positivo o negativo, llevado a cabo por la propia víctima, que sabía que iba a producir ese resultado”; mientras que la tentativa “es el acto que lo define, pero frenado antes de que la muerte se produzca” (p. 11). El sociólogo francés Baechler (1975), refiere que más que un acto es “una conducta tendiente a solucionar un problema existencial, atentando contra su propia vida” (como se cita en Martínez, 2007, p. 03). Partiendo de estos conceptos, si bien no son objeto de estudio para esta investigación, es importante considerar la existencia de otras modalidades de comportamientos suicidas como lo son la ideación suicida, la planificación y los intentos de suicidio (OPS, 2016).

El sociólogo Emile Durkheim (2003) realizó un estudio exhaustivo acerca de lo que hoy se considera una problemática de salud a nivel mundial, exponiendo el rol que la sociedad tiene en la incidencia del suicidio. Postuló que la mayoría de las causas son externas, resultado de un mayor o menor control social sobre las personas. Cuando el control es mayor, se produce un determinado tipo de suicidio: el fatalista y el anómico. El primero se refiere un control social excesivo, surgido ante la falta de control de una situación; mientras que el anómico surge como resultado de una pobre regulación, en donde la persona queda desprovista de una norma que las regule, causando sufrimiento e

incapacidad para cumplir sus metas. Este sociólogo habla también sobre el suicidio anómico *doméstico* que se da en casos en que, por ejemplo, la muerte del cónyuge genera una perturbación en la familia, y la viuda (Durkheim habla generalmente de la mujer, no del hombre) no logra adaptarse a su nueva vida. La anomia genera un estado de “exasperación y cansancio inusitado que puede volverse contra el sujeto mismo o contra otros” (p. 289). Las causas están relacionadas con la constitución moral de la persona e indica que un hombre con una moral media, mata antes de matarse y agrega que “el estado de exacerbación es tal que para aliviarse necesita de víctimas” (p. 289).

Además de esta clase de suicidios, Durkheim se refiere a la integración de las personas en la sociedad. La integración la define como “el grado en que se comparten los sentimientos colectivos” (p. 166), poniendo como ejemplo la moral y la religión como ordenadores sociales por excelencia. Por otro lado, refiere que, ante una mayor integración social, surgirá un tipo específico de suicidio: el altruista, que ocurre en personas que ven el sentido de la vida misma por fuera de su plano personal. Indica que existen tres tipos de suicidios altruistas: el obligatorio, en donde el grado de integración en la sociedad es tan elevado que la propia persona queda en segundo plano. “Un hombre tiende a suicidarse cuando está excesivamente integrado a la sociedad. Suicidarse en estas sociedades constituye un deber” (p. 017); el facultativo, que es similar al anterior sólo que no está atravesada la obligatoriedad del acto y se asemeja más a aquellas personas que ven que su objetivo en la vida ha sido cumplido; y el agudo, que lo relaciona con el misticismo, ocurre cuando la persona se quita la vida por placer. En cambio, cuando la integración es menor, se presenta un suicidio egoísta caracterizado por un estado de depresión y apatía cuyo núcleo es el individualismo. Al no haber (o haber poca) integración de la persona con la sociedad, se genera “un sentimiento muy intenso de sí mismo y de su propia valía queriendo ser su propio fin, arrastrando una existencia carente de sentido” (p. 203). Según este sociólogo, lo que nos aleja de este tipo de suicidio es la socialización.

A mediados del siglo XIX se deja de lado cuestiones como la moralidad o la religión y, con los desarrollos de la psiquiatría y psicología, se produjo un cambio de enfoque en el estudio del suicidio, poniendo énfasis en el diagnóstico y tratamiento (Contardo, Tornese & Galarza, 2018). Freud (1920) cambió la forma de interpretar al suicidio, haciendo hincapié en la pugna entre las pulsiones de vida (Eros) y de muerte (Tanatos) propias de los seres humanos. Expuso, además, que los impulsos suicidas neuróticos generalmente resultaban ser autocastigos por deseos de muerte dirigidos a otros y avanzó esta formulación más adelante en el tiempo cuando comparó al duelo con la melancolía, indicando que “el Yo sólo puede darse muerte si se trata como a un objeto, dirigiendo la hostilidad que recae en el objeto contra sí mismo” (Freud, 1917, s.p.).

Edwin S. Shneidman, considerado padre de la suicidología moderna, ayudó a establecer el estudio del suicidio desde una mirada interdisciplinaria, indicando que es “el acto

consciente de autoaniquilación, que se entiende como un malestar pluridimensional en un individuo, quien percibe este acto como la mejor solución” (según cita Chávez Hernández, A., Leenaars, A. 2010 p. 358). Shneidman llevó a cabo entrevistas a pacientes sobrevivientes a actos suicidas, en donde éstos relataron el sufrimiento que experimentaron antes de cometer el acto suicida como una “urgente necesidad de acabar con la vivencia insoportable de dolor psicológico que experimentan” (según cita Diaz Suarez, J. 2004, p. 4).

La neurobiología no se aleja del punto de vista sociológico y psicológico. Los aportes de la neuroanatomía y neurofisiología están orientados hacia la relación entre el cuerpo, la mente y la conducta desde los procesos neurofisiológicos (neurotransmisores) y la forma en que éstos repercuten en los procesos vitales básicos (Rodríguez, Sánchez. 2013). El comportamiento suicida es visto de forma global, teniendo en cuenta los aspectos biopsicosociales multifactoriales y concomitantes (Cuesta Blandón, 2015). Esta disciplina explica, entre otras cosas, cómo la actividad de algunos neurotransmisores perturba el modo en que la persona se percibe a sí misma respecto de los otros; por ejemplo, una disfunción del sistema serotoninérgico en la corteza frontal, ocasiona alteraciones importantes en la regulación de conductas ansiosas, impulsivas y agresivas (Martínez Aguayo, 2015). Los desequilibrios genéticos tienen un rol muy importante a la hora de determinar la propensión al acto suicida y guardan relación con la alteración psicosocial de los patrones vitales, que se suman a los demás factores de riesgo cierto e inminentes anteriormente mencionados (Cuesta Blandón, 2015).

Factores protectores y de riesgo cierto e inminente

El conocimiento que se tiene acerca del suicidio y el comportamiento suicida ha aumentado notablemente. Actualmente, el suicidio es considerado como un fenómeno multidimensional ya que interactúan factores psicológicos, biológicos, sociales, culturales y ambientales (OMS, 2014). La identificación de los factores protectores y de riesgo supone un paso fundamental ante la prevención del suicidio.

En cuanto a factores de riesgo, la OPS (2014) los agrupa en individuales, familiares, institucionales y comunitarios, pero refieren que “hay muchos otros que se pueden clasificar o catalogar de otro modo ya que la clasificación mencionada no llega a ser exhaustiva” (p. 30). Dentro de los factores de riesgo sistémicos se encuentran las barreras para obtener acceso a la atención de la salud, fundamental para reducir el riesgo de suicidio por lo que, si el sistema de salud de un país determinado carece de los recursos necesarios para abordar la problemática o los mismos son muy complejos, acceder a ellos es casi imposible. Dentro de los factores de riesgo sociales, se encuentra el acceso a medios utilizables para suicidarse, en donde, dependiendo del contexto en el que se encuentre la persona, ésta puede acceder de forma fácil; y el estigma social que genera

la búsqueda de ayuda, los cuales pueden actuar como “una barrera que impide que las personas reciban ayuda. El estigma es clave en la resistencia al cambio y la implementación de las respuestas de prevención del suicidio” (p. 32).

En relación a la atención médica, cabe destacar que una proporción importante de las personas que cometen suicidio muere sin haber consultado a un profesional en salud mental; de hecho, según la OMS (2000) “de un 40% a 60% de las personas que cometen suicidio, visitaron a un médico clínico un mes antes del hecho”. Cuatro de cada diez personas que consultan con estos profesionales no hablan de ideación suicida. Hacerlo supone un beneficio para la persona, ya que muchas veces el profesional puede ayudar al paciente a (re)plantearse otras alternativas (Martínez Glattli, H. s.f). Los servicios de urgencias tienen la responsabilidad de realizar la valoración inicial de todos los pacientes que solicitan atención sanitaria y priorizarlos según su gravedad; evitando actitudes negativas y ambivalentes hacia aquellos que son atendidos por intento de suicidio (Ariza Álvarez, M. y cols. 2011). Según la OMS (2000), cuando los médicos detectan un paciente con riesgo suicida, se enfrentan al dilema de no saber cómo proceder e incluso pueden llegar a sentirse incómodos con ellos. Una posible explicación de este tipo de actitudes podría ser que la formación de los profesionales de un Hospital General está enfocada hacia el diagnóstico y tratamiento de una patología determinada; es por ello que, ante un paciente con una sintomatología psicológica, puede generarse sentimientos de impotencia, actitudes negativas o de indiferencia (Ariza Álvarez, M. y cols. 2011). Según la OMS (2000) es importante, en estos casos, nunca ignorar o negar el riesgo, tomar conciencia de esos sentimientos y derivarlos rápidamente al área de salud mental. Es importante destacar, según afirma Juan Carlos Stagnaro (2006), que “muchas veces el paciente verbaliza directa o indirectamente sus propósitos y es por esta razón que en la mayoría de los casos se puede intervenir de manera preventiva”. Los resultados de autopsias psicológicas arrojaron que aproximadamente el 50% de las personas que cometieron suicidio, “habrían mencionado sus ideas a su entorno e incluso relatado probables escenarios suicidas” (p. 115)

Continuando con los factores de riesgo, en el plano personal se encuentran los genéticos y biológicos, antecedentes familiares de suicidio, dolor crónico, desesperanza, pérdida de trabajo o financiera, consumo problemático de alcohol, trastornos mentales e intento de suicidio previos. Éstos últimos representan un factor de riesgo sumamente importante a tener en cuenta, ya que “una o dos de cada diez de estas personas van a morir por suicidio y aportan a la totalidad de los suicidios la mitad de las muertes” (Glattli, s.f. p. 45). En cuanto a los trastornos mentales, la OMS (2016) indica que, en países de ingresos altos, un 90% de las personas que se suicidan los padecen y el 10% restante presenta síntomas psiquiátricos sin un diagnóstico claro. Según John Mann (1999), no todos los pacientes psiquiátricos cometen suicidio y para identificar los factores de riesgo, es necesario mirar más allá de la presencia de un trastorno psiquiátrico.

En contraposición con los factores de riesgo mencionados, se encuentran los factores protectores sociales, ambientales y económicos (la integración de las minorías étnicas, interacciones interpersonales positivas, participación social, servicios sociales, apoyo social y redes comunitarias); y los relacionados con la familia (estimulación cognitiva temprana, buena crianza, alfabetización, apego positivo y lazos afectivos tempranos, interacción positiva entre padres e hijos y apoyo social de la familia y amigos); y los individuales, referidos a la fortaleza emocional, resiliencia, autoestima, destrezas sociales y de resolución de problemas” (Berrueta Maeztu, Bellido Mainar. 2013 p. 36). Juan Carlos Stagnaro (2006) menciona que hay autores que consideran a la demencia como un factor protector.

Epidemiología del suicidio

Es importante tener en cuenta, respecto a las estadísticas existentes sobre el suicidio, que no se puede limitar a una simple lectura de las estadísticas ya que las muertes por suicidio, en muchas ocasiones, se encuentran solapadas por otros tipos de muertes. Lo más importante es detectar los grupos de riesgo, por lo que las estadísticas pueden servir de ayuda para lograr ese cometido (Stagnaro, J. C. 2006)

A nivel mundial, sólo en el año 2012 hubo un total de más de 800.000 muertes por suicidio (OMS, 2014), aunque esta cifra no es exacta dada la dificultad en algunos países para que una muerte por suicidio sea catalogada como tal. Esto se debe no sólo a cuestiones religiosas o culturales; sino también a que son tipificadas como accidentes. Se estima que cada 40 segundos una persona se quita la vida; y que por cada suicidio existen de 10 a 20 intentos de suicidio (OPS, 2016). Estas cifras aumentan cuando se trata de personas con intentos previos (Martínez Glattli. S.f.).

En América Latina, en los últimos 16 años, el suicidio se triplicó y continúa en alza, siendo Uruguay el país latinoamericano con la mayor tasa de suicidios de la región, registrando unos 16,5 suicidios anuales por cada 100 mil habitantes. Lo sigue Cuba con 12,3 y Chile con 11,2; mientras que Perú es el país con la menor tasa de suicidios, registrando un 0,9 cada 100 mil habitantes (Martínez, 2017).

La OMS sostiene que la prevención del suicidio no se abordó apropiadamente debido a la falta de sensibilización social y al tabú existente en muchas sociedades y, como iniciativa preventiva, en el año 2000 desarrolló una serie de documentos dirigidos a diferentes actores sociales relevantes para la prevención del suicidio, entre los que se encuentran: efectores de salud, educación, justicia, medios de comunicación y comunidad en general. Los documentos fueron preparados como parte de SUPRE, la iniciativa mundial de esta organización para la prevención del suicidio y, junto a la OPS, continuaron desarrollando escritos en años posteriores, dentro de un marco preventivo a nivel mundial.

ABORDAJE INTERDISCIPLINARIO EN SUICIDIO

En Argentina, según el Ministerio de Salud (2018) el suicidio está catalogado, junto a los accidentes y homicidios, como “muertes por causas externas”, siendo un 17,5 las muertes por esta causa, con una tasa de 0,07 de defunciones cada 1000 habitantes. En un informe publicado por DEIS, junto con el Ministerio de salud, los principales mecanismos involucrados en 2018 han sido el ahorcamiento o sofocación con 2.626 defunciones (tasa de 0,05 por cada 1.000 habitantes). En ese año, los accidentes y suicidios fueron las principales causas de muerte en el grupo de edad de 15 a 24 años, con una tasa de 0,23 y 0,13 por cada 1.000 habitantes de esta edad, respectivamente. Las tasas de mortalidad por estas causas fueron entre 4 y 8 veces mayores en hombres que en mujeres (Ministerio de Salud de la República Argentina, 2018).

Para dar cumplimiento a la Ley Nacional de Salud Mental, en el año 2019 la Secretaría de Gobierno de Salud del Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación realizaron el primer “Censo de Personas Internadas por Motivos de Salud Mental”. En dicho documento, se señala la dificultad que tienen las personas con un padecimiento mental de acceder al sistema de salud y garantizar la accesibilidad de atención en las guardias de los Hospitales Generales. Por tal motivo,

se realizaron capacitaciones destinadas a equipos de salud del Primer Nivel de Atención, de Hospitales Generales, de Dispositivos Intermedios y otros sectores vinculados a la salud mental, como fuerzas de seguridad y justicia. Asimismo, para apoyar la tarea de los equipos del primer nivel de atención, se promovió la creación e implementación de Equipos de Abordaje Psicosocial (EAPS) en el territorio, especializados en salud mental.

Se censaron a 12.035 personas internadas en hospitales y clínicas de ámbito público y privado de todo el país, registrándose un “36,4% de internaciones por presentar riesgo cierto e inminente” (p. 26), término definido en el Artículo N° 20 de la Ley Nacional de Salud Mental como

“(…) aquella contingencia o proximidad de un daño que ya es conocido como verdadero, seguro e indubitable que amenace o cause perjuicio a la vida o integridad física de la persona o de terceros” (B.O., 2013, Argentina)

Tomando las palabras de Stagnaro (2006) “la simple lectura de las estadísticas de mortalidad por suicidio no puede resumir la epidemiología de este comportamiento”. Muchas estadísticas se basaron en las llamadas “autopsias psicológicas” o “Relevamiento Psicosocial Integral” (RPI), en donde la primera se utilizó desde los años '50 en el ámbito jurídico. Las dos evalúan de forma exhaustiva a la familia y allegados de la persona que cometió suicidio, acerca de los últimos meses de vida. En base a esto, muchos autores señalan el desconocimiento de señales de alerta por parte de estas personas.

Acciones gubernamentales

En la provincia de Salta y a cargo de la Lic. Silvana Rodríguez, se propuso para el año 2009, el Programa Grupo Interdisciplinario de Apoyo Familiar en Episodio de Suicidio e Intento de Suicidio (G.U.I.A.F) (Res. N° 1315/2009), cuyo objetivo principal es el “abordaje de pacientes y familias que se encuentran atravesando una situación de crisis (relacionada con suicidio y/o intento de suicidio). Para ello, proponen “articular derivaciones de otras instituciones (...), sobre personas, familiares y/o referentes con exposición a situaciones de riesgo en salud mental, por suicidio o intento de suicidio” (p. 10). La modalidad de trabajo pensada para llevar a cabo estos objetivos está enfocada mayormente a la familia y a las personas expuestas a situaciones de riesgo cierto e inminentes, ya sea desde el acompañamiento del grupo familiar, como el diagnóstico de cada caso en particular y su posterior derivación según la prioridad y necesidad en cada caso. Se destaca la importancia del “seguimiento del caso hasta la total inclusión en el sistema de salud” (p. 11).

A raíz de los avances científicos, los cambios en los modelos de atención sanitarios, entre otros puntos, se crea bajo Resolución N° 275/2009, el Programa Nacional de Patologías Mentales Severas y Prevalentes (2009) el cual comprende dos subprogramas: de Trastornos Mentales Severos y de Asistencia y Prevención del Suicidio, siendo los objetivos de este último la prevención primaria, a través del fortalecimiento de sus redes y la mejora de instrumentos de prevención, detección y seguimiento de casos; mejorar la información que se tiene sobre la problemática local; la asistencia mediante “mecanismos de teleayuda para crisis” y finalmente, “la reducción de la tasa de suicidio en al menos un punto a nivel país” (p. 07).

Ese mismo año, el senador provincial por Mendoza Mauricio Sat, presentó un proyecto de Ley local estableciendo la creación del “Programa Integral de Prevención y Atención del Suicidio” (PIPAS) debido a la falta de normativas locales vigentes relacionadas con la problemática. Los ejes propuestos en el programa son similares a los descriptos en este trabajo de investigación, pero se destaca, a diferencia del resto, la garantía de la atención a “personas víctimas de intento de suicidio y a sus familias” por parte de las obras sociales, medicina prepaga y todas las entidades sanitarias (p. 03).

En el año 2011, se aprobó el Proyecto de Ley S-2323/10 estableciendo el 10 de septiembre de cada año como Día Nacional de Prevención del Suicidio. El proyecto de ley fue presentado por la Senadora Nacional por la Provincia de Jujuy Ada M. Maza, quien expuso la realidad de la provincia argumentando que entre octubre del año 2009 y marzo del año 2010 se registraron, en promedio, 2,5 casos de suicidios por mes; ubicando a La Rioja como la provincia con la mayor tasa de suicidios de la Argentina. La hoy ex senadora menciona el caso de la Provincia de Córdoba en donde “el 69% de los jóvenes que intentaron suicidarse no recibieron tratamiento y volvieron a intentarlo” (p. 06).

En Río Gallegos, Santa Cruz se llevó a cabo un plan piloto de prevención e intervención del suicidio (2011), dado que la provincia, para ese entonces, “arrastraba una situación crítica en tasas de suicidios durante largos años” (Martínez, J. C. 2017 p. 31) y masificándose gracias a los medios de comunicación que la ubicaban como la provincia con la mayor tasa de suicidios de la República Argentina. El plan se trazó para ser desarrollado en un período de tiempo de 7 meses, tiempo en el cual “se determinó un objetivo de desarrollo evaluable cuali-cuantitativamente; (...) se realizaron acciones de capacitación e intervención intersectorial para instalar dispositivos clínicos: de prevención, posvención y asistencia; y comunitarios: de detección temprana, contención e intercambio de saberes” (p. 29). Los meses siguientes se basaron en la evaluación, seguimiento y ajuste o modificación de estos dispositivos. En paralelo, se trabajó con la comunidad a través de una “red de actores comunitarios”, encargados de “hacer circular la demanda de atención de la urgencia hacia los dispositivos sanitarios, conformado por personal profesional capacitado a tal efecto” (p. 30). Los resultados obtenidos del plan piloto fueron positivos, por lo que se procedió con la creación de un “Centro de Referencia”, conformado por cuatro profesionales: el referente y formador y tres psicólogas. Para llevar a cabo un dispositivo que haga frente a esta problemática, se tuvieron en cuenta ciertas cuestiones referidas a la prevención, intervención y posvención del suicidio ya que, dentro de la República Argentina, no se contaba con un proyecto similar. Al momento, “se está logrando adecuadamente que el Servicio, además de asistir en esta localidad, sea un Centro de referencia para las demás localidades de la provincia” (p. 36)

Años más tarde, el 11 de marzo del año 2015, se sancionó la Ley Nacional N° 27.130 de Prevención del Suicidio, promulgada el 06 de abril del mismo año. Esta ley declara como interés nacional “la atención biopsicosocial, la capacitación profesional en la detección de las personas en riesgo de suicidio y la atención de sus familias” (s.p) El objetivo es la prevención, capacitación, detección de personas en riesgo y su tratamiento a través del “trabajo interdisciplinario e interinstitucional de la problemática del suicidio” (s.p.)

Luego de la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 y su posterior reglamentación en el año 2013 bajo decreto reglamentario N° 603/2013, se crea el Plan Nacional de Salud Mental (2018) cuyos objetivos son “proteger y promover la Salud y Salud Mental de todos los habitantes del suelo argentino, formulando contenidos para el diseño, implementación, monitoreo y evaluación de estrategias, planes, proyectos, programas, actividades, procedimientos, directrices e intervenciones” (p. 01), priorizando temas como “adiciones con énfasis en el consumo episódico excesivo de alcohol, la prevención del suicidio y las problemáticas de salud mental que afectan a los niños y a los adultos mayores” (p. 28).

Ese mismo año, el gobierno de la provincia de La Rioja llevó a cabo un Plan de Prevención del Suicidio para “reducir la incidencia y prevalencia de la conducta suicida” (p. 05). Para

llevar a cabo este objetivo, el gobierno propuso la sensibilización de la población, mejorar la coordinación de los efectores de salud y sociales, aumentar la detección de los casos, mejorar la asistencia y seguimiento de estos pacientes y sus familias y fomentar la formación e investigación sobre la problemática a nivel local. La metodología a aplicar comprende varios pasos consecutivos a mencionar: la creación de un grupo de trabajo y análisis de la situación, la confección de un Plan Preventivo, la difusión y puesta en marcha del Plan y, finalmente, el seguimiento y evaluación, para lo cual propone la creación de una comisión específica.

Finalmente, en el año 2018, la Secretaría de Salud Mental y Adicciones del Ministerio de Salud del Gobierno de Jujuy confeccionó un “Protocolo de abordaje de conductas de riesgo suicidas y autolesivas”, como respuesta al creciente aumento en dicha provincia. Refieren que el primer semestre del año 2018 se registraron 188 casos, de los cuales 10 corresponden a suicidios consumados y estiman que en los posteriores meses “existirán 41 casos de suicidios consumados en diferentes localidades de nuestra provincia” (p. 03). Con este protocolo, se espera que participen

“no solo los organismos de salud dedicados a la atención y seguimiento de los casos presentados (CAPS, Hospitales, Secretaría de Salud Mental y Adicciones, SAME), sino que la red se encuentre conformada por: Ministerio de Desarrollo Humano, Ministerio de Educación, Ministerio de Seguridad, diferentes ONG, como también diferentes instituciones sin fines de lucro que trabajen tanto en la prevención como en posvención de los casos de suicidio consumado. Todos ellos congregados y representados por diferentes actores sociales en el Comité Provincial de Suicidio”.

Ya hacia mediados del año 2020, y con el decreto del Gobierno Nacional del aislamiento preventivo y obligatorio debido al virus COVID-19, se crea en la provincia de Chubut una Mesa Interministerial Provincial para la Prevención y el Abordaje de la Problemática del Suicidio (INTERSUI) que incluye prevención, asistencia y posvención con foco en las adolescencias, promoviendo factores protectores. En líneas generales, los puntos de intervención están destinados a mejorar la información que se tiene acerca del suicidio en la provincia, capacitación a todos los actores sociales (comunidad, profesionales y medios de comunicación), la articulación de los diversos dispositivos existentes y la creación de nuevos en donde sea necesario.

Como parte de la capacitación a efectores de salud y sociales, el Gobierno Nacional lanzó en el año 2020, el curso virtual y asincrónico denominado “Abordaje de la problemática del suicidio en el marco de la pandemia por COVID-19” que responde a la implementación del

“Plan de Acción para la Construcción de una Red Nacional de Respuesta en Salud Mental y Apoyo Psicosocial frente a Emergencias y Desastres’ con el objetivo de

construir una respuesta sanitaria organizada y de acompañar a los trabajadores y trabajadoras de la salud que desarrollan sus tareas como parte de la primera línea de respuesta ante la actual situación de emergencia sanitaria declarada a partir de la pandemia por COVID-19”.

Además, invita a la exposición de proyectos, programas y trabajos de investigación de la problemática con énfasis en la comunidad, “con el objetivo de seguir construyendo la Red Integrada de Salud Mental con Base en la Comunidad” iniciada en el año 2019. Al respecto, según las Pautas Para La Organización y Funcionamiento de Dispositivos de Salud Mental refiere que “los efectores conforman una red funcional por la cual transitan los/as usuarios/as según sus necesidades. También los profesionales se desplazan de un efector a otro asegurando la continuidad de la atención” (OMS, 2009 p. 07)

Es evidente la necesidad de llevar adelante programas de prevención del suicidio, sin embargo, son pocos los dispositivos existentes y pocas las capacitaciones a los efectores de salud y comunidad en general. El fortalecimiento de los recursos comunitarios está en vías de desarrollo y, por otro lado, no existe el apoyo suficiente para aplicar los programas a nivel local (Altavilla, D. 2019)

La importancia de la teoría sobre el suicidio y sus causas

Como se pudo observar en el apartado anterior, no todas las provincias en la República Argentina tienen protocolos o programas de atención específicos para prevenir esta problemática; por otro lado, muchas de ellas carecen de recursos para llevar a cabo estos programas que resultan, en su mayoría, prometedores, pero al ser la Argentina un país federal, no existe un protocolo que responda a la realidad del país en general y de las provincias en particular. Si bien no se profundizó en cada uno de los programas mencionados, quedó expuesta la ausencia de la Terapia Ocupacional como disciplina necesaria dentro de los equipos interdisciplinarios. El único caso que excede a esta afirmación, es el Plan Piloto de Río Gallegos, en la provincia de Santa Cruz; aunque la terapeuta ocupacional no haya pertenecido al equipo organizador del mencionado Plan. Por otro lado, la mayoría de los programas hacen mención a la importancia en la capacitación de los y las profesionales en el abordaje de la problemática del suicidio. En relación a esto, un estudio realizado por Juliana Puig Contardo, Lucia Tornese y Aixa L. Galarza (2018) a psicólogos de la ciudad de Mar del Plata, demuestra que los profesionales poseen “un grado de conocimiento y formación específica de la problemática de bajo a moderado, un tanto intuitivo, lo que aumenta la probabilidad de aceptar mitos como verdades”. Destacaron la baja empleabilidad de intervenciones específicas para actuar ante una crisis suicida, el desconocimiento de las señales de alerta, inconsistencias sobre la relación de las lesiones autoinfligidas (NSSI) con comportamientos suicidas recurrentes. El estudio indica, además, que “sólo un 15% de la

muestra estaba familiarizada con la Ley Nacional de Prevención del Suicidio N° 27.130 y el 5% refirió conocer su existencia, pero no su contenido”. Asimismo, “solamente una persona cuenta con formación en la temática y conocimiento de los protocolos de actuación; mientras que los restantes se guían por un accionar más intuitivo”. El hallazgo que más notoriedad cobró para las autoras es “la falta de conocimiento certero basado en la literatura científica especializada y actualizada” mostrando una preocupación por la falta de espacios de formación y difusión. Este estudio, más allá del número acotado de la muestra, refleja la importancia no sólo de generar espacios de conocimiento específico, sino también del enriquecimiento que la interdisciplina puede aportar. Martínez Glattli (s.f.) señala, como médico psiquiatra y docente, la necesidad de contar con profesionales preparados, equipados de conocimientos técnicos para diagnosticar. Una investigación conducida por Gibb y cols. (2010) señala que los profesionales de salud que atienden a personas con lesiones autolíticas presentan “frustración, falta de confianza en el tratamiento, sensaciones mixtas (pesimistas y optimistas), y tasas de *burnout* mayores a otros profesionales” (como cita Maizara, S. 2014. p. 189)

Tanto la psicología como la psiquiatría son disciplinas que deben interesarse en el estudio del suicidio, ya que, como se indicó anteriormente, un 90% de las personas que se suicidan tienen diagnóstico de patología psiquiátrica y el porcentaje restante no ha sido diagnosticado aún (OMS, 2016). Teniendo en cuenta estos datos, se podría pensar que tratando la patología psiquiátrica se resolvería el suicidio, pero “lo cierto es que no se puede anticipar los beneficios de los psicofármacos sobre el espectro suicidal, ya que sólo nos permite anticipar qué ocurrirá con algunos de los síntomas centrales de la patología de base” y la terapia farmacológica no fue capaz de reducir la tasa de suicidios pese al aumento en la prescripción medicamentosa; incluso, algunos medicamentos pueden “interactuar de manera impredecible respecto a las tendencias suicidas” (Martínez Aguayo y cols. 2015).

La interdisciplinariedad y el porqué de su abordaje

La comunicación es indispensable no sólo para establecer un vínculo terapéutico, sino también para desempeñar el rol profesional dentro de los equipos de trabajo. Dentro de un equipo interdisciplinario, cada miembro evalúa a la persona según la mirada propia de su profesión para luego hacer una puesta en común entre todos las y los miembros del equipo para poder establecer un plan de tratamiento integral (López Martín, O. 2016)

Como se indicó anteriormente, y según las investigaciones y los análisis de organismos como la OMS o la OPS, es necesario abordar la problemática del suicidio desde una mirada integral, sin desatender ninguna esfera que atraviesa a la persona que la padece. Existe una Ley Nacional de Prevención del Suicidio con lineamientos claros y específicos para prevenir esta problemática. Es menester que se conozca la existencia y la práctica

de la misma y generar capacitaciones a los diferentes efectores sociales y sanitarios y lograr la sensibilización de todos los ciudadanos de la República Argentina. Para hacer frente al desafío que nos propone esta Ley, es necesario pensar en la interdisciplina como la única manera de abordar un tema tan complejo como lo es el suicidio (Martínez, 2017). Según Alicia Stolkiner (1999), la interdisciplina se caracteriza por

la asignación de tareas específicas a cada miembro, quien a su vez puede solicitar ayuda a los demás miembros del equipo según sea necesario (...), permitiendo que las habilidades de todos los integrantes del equipo de salud sean aprovechadas en beneficio del paciente (s.p).

Para entender cómo funciona la interdisciplina, es necesario comprender su significado. La interdisciplina es “la forma de generación de conocimiento que busca diferenciarse del conocimiento mono-disciplinar en el que las disciplinas de manera aislada examinan fenómenos de la realidad” (Grisolia, J. 2016 s.p.) Por tal motivo, pensar en la prevención, intervención o, incluso, posvención de una problemática con las características que el suicidio presenta iría en detrimento del sujeto padeciente y obturaría las prácticas cotidianas de los y las profesionales, y todo aquello que puedan aportar entre sí. Hablar de interdisciplina es pensar en inter-saberes, que llevan a una comunión entre profesiones-profesionales en pos de un abordaje enriquecedor no sólo para la persona en cuestión, sino para el equipo en sí. La interdisciplina genera nuevos conocimientos, fruto de la participación colectiva de las diferentes disciplinas que confluyen en un mismo espacio (Stolkiner, A. 1999).

Alicia Stolkiner (1999) indica que la coordinación de un equipo interdisciplinario debe ser facilitador y generador de los dispositivos necesarios para la producción de un marco común entre disciplinas. La interdisciplinariedad implica la renuncia a la creencia que una profesión posee todo el conocimiento de una problemática determinada, por lo que la renuncia es imprescindible para poder lograr la cohesión en pos de la mejoría en la persona. Como postulan las diferentes disciplinas, el suicidio es un fenómeno multicausal; por lo que todos los actores sociales están implicados en la prevención, tratamiento y posvención. Abordar el suicidio desde una mirada tecnócrata supone reducir a la persona a nivel de objeto, descuidando aspectos fundamentales en cada individuo (Martínez Aguayo y cols. 2015). Es por ello que todo el equipo que participe en su tratamiento debe actuar de forma colaborativa, incluyendo en el proceso a la red de contención de la persona (sus familiares cercanos, amigos/as, conocidos/as, etc.) (Martínez Glattli. s. f). La iniciativa del Gobierno de Jujuy se presenta como esperanzadora, ya que, como se detalló anteriormente, con el protocolo de intervención se intenta abarcar a todos los actores sociales, incluyendo la comunidad y la escuela, espacios de suma importancia debido al aumento de la tasa de suicidio adolescente.

La interdisciplina, entonces, se presenta como una fuente de aprendizaje que permite el intercambio de saberes con otras disciplinas. Constituye “un modo de posicionarse frente al objeto y también frente a los otros campos de saber” (Azaretto, Ros. s. f., p. 50). Pero un equipo interdisciplinario sólo puede alcanzar el éxito cuando los miembros de éste trabajan en forma conjunta, abarcativa y simultánea; dejando de lado “el miedo a perder espacios y status profesional, la disputa por el poder y la existencia de “feudos” profesionales difíciles de desterrar” (Vázquez, Veronesi. 2013, p.154). Carlos Martínez (2017) va más allá del campo profesional, adscribiendo la importancia de la integración de la comunidad en los procesos de prevención del suicidio y agrega “al ser habitado por la interdisciplinariedad, los compañeros de equipo pasan a ser sujetos implicados, con historia, con-movidos y con-frontados diversamente por cada una de las acciones desarrolladas, más allá del título y cargo que porten (...) 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. (...) Nadie pasa neutro por este tipo de experiencias” (p. 29). En referencia a estas aseveraciones, el Plan Nacional de Salud Mental (2014) refiere que

“las responsabilidades interdisciplinarias no ponen en juego las incumbencias, pero sí las hegemonías, de algunas profesiones. No borran especificidades ni diluyen responsabilidades, sino que suman aportes con perspectivas integradoras que permiten atender servicios y sostener dispositivos, en la multiplicidad de formas de atención que se necesitan para lograr recuperaciones sostenibles”

Para la Terapia Ocupacional, la interdisciplina representa un espacio indispensable para el abordaje de cualquier disfunción ocupacional. En sus saberes está arraigada la necesidad de una visión global de la persona y para ello es necesaria la mirada de todos los campos posibles que la puedan enriquecer. Como valor agregado, es un espacio para dar a conocer no sólo la profesión en sí, sino también el rol que ocupa(ría) en el estudio y abordaje de las personas con comportamiento suicida y sus familias.

Para poder conocer un poco más acerca de algunas profesiones que son parte de un equipo interdisciplinario enfocado a personas con comportamientos suicidas, se detalla a continuación diversos modelos teóricos de la Psicología y Psiquiatría orientados específicamente a abordar esta problemática o sus factores de riesgo, como ser la depresión. Asimismo, para profundizar en el conocimiento de la Terapia Ocupacional, se proponen tres modelos teóricos y un marco de trabajo propios de la disciplina que son utilizados a nivel internacional y pueden responder al abordaje de personas con comportamientos suicidas.

Terapia Ocupacional

Siendo la terapia ocupacional una profesión joven respecto de otras, es importante poder conceptualizarla para comprender el rol preponderante que tiene en el tratamiento de personas con comportamientos suicidas. Tomando como referencia a Moruno Miralles, P. y Romero Ayuso, D. (2004), la Terapia Ocupacional es “la praxis que aplica o utiliza la ocupación como agente, entidad o medio terapéutico, con el propósito de preservar, promover, mantener, restablecer y mejorar la salud o aliviar una situación penosa que afecta al bienestar del individuo” (p. 08). Asimismo, la disciplina concibe a las personas como seres ocupacionales con características propias y únicas; por lo que la intervención apuntará a la mejora en un desempeño ocupacional lo más autónomo posible, dentro de sus capacidades y ajustado a los deseos e intereses intrínsecos de las personas dentro de un contexto determinado. A fin de lograrlo, el profesional debe posicionarse como una guía para el descubrimiento de ocupaciones significativas para la persona. Las ocupaciones son definidas por el Marco de Trabajo para la Práctica de Terapia Ocupacional (en adelante, el Marco de Trabajo) (Asociación Americana de Terapia Ocupacional (en adelante, AOTA), 2014) como

“actividades de la vida diaria en las cuales las personas se comprometen. Las ocupaciones ocurren en un contexto y son influenciadas por la interacción entre los factores del cliente, destrezas de ejecución y patrones de ejecución. Las ocupaciones ocurren a través del tiempo, tienen un propósito, un significado, y una utilidad percibida por el cliente; y pueden ser observadas por otros o ser conocidas sólo por la persona involucrada. Las ocupaciones pueden involucrar la ejecución de múltiples actividades para la finalización y pueden tener varios resultados. El marco de trabajo identifica una amplia gama de ocupaciones categorizadas como actividades de la vida diaria, actividades instrumentales de la vida diaria, descanso y sueño, educación, trabajo, juego, ocio y participación social”.

Sin ahondar en la historia de la disciplina, es importante saber que la terapia ocupacional, cuyo origen data de principios del siglo pasado, ha soportado numerosas transformaciones. Los constructos teóricos de la disciplina se basaron en la epistemología y estuvieron influenciados por distintas profesiones que fueron enriqueciendo el cuerpo de conocimientos con los que se contaba. Pero para darle validez y sustento científico al quehacer, era necesario generar teoría. En esto se basaron los trabajos de Mary Reilly, quien planteó la necesidad de desarrollar una disciplina científica coherente con las necesidades de la terapia ocupacional. Esta terapeuta, una de las personalidades más influyentes e importantes de la profesión, sentó las bases de la disciplina y del proceso terapéutico que sigue vigente hoy en día (Kielhofner, G. p.60). Sobre la esencia misma de la terapia ocupacional, conceptualizada en este apartado, se erigen los diversos marcos y modelos para delimitar y ordenar el abordaje del proceso de terapia ocupacional, que

es definido como “la entrega del servicio centrado en el cliente de terapia ocupacional. El proceso incluye la evaluación y la intervención para lograr los resultados previstos (...)” (AOTA, 2014). Luego de sufrir varias crisis de identidad, la terapia ocupacional se encuentra inmersa en un paradigma crítico producto de la desigualdad en las sociedades que generan pobreza, violación de los derechos humanos, marginación, entre otros. Salvador Simó Algado (2015) refiere que las diversas conceptualizaciones de terapia ocupacional ponen énfasis en la importancia de la participación, pero cada vez hay más personas improductivas, que son descartadas del marco económico actual. Y agrega

Al capacitar a las personas para encontrar significado en sus vidas, desarrollamos una labor de prevención ante algunas de las principales problemáticas contemporáneas, como son la depresión y el suicidio, la adicción y la agresión, siguiendo las enseñanzas de Frankl, quien afirmaba que éstas son las tres consecuencias de la falta de sentido. Esto nos convierte sin duda en una profesión relevante.

A continuación, se detallarán algunos de los marcos y modelos propios de terapia ocupacional que se consideran más importantes para el abordaje de personas con comportamientos suicidas. Finalmente, se hará mención de modelos y abordajes de otras disciplinas que la terapia ocupacional toma para el abordaje del proceso terapéutico.

Marco de Trabajo para la Práctica de Terapia Ocupacional

El Marco de Trabajo es un documento oficial de la Asociación Americana de Terapia Ocupacional (AOTA) que describe la práctica de la profesión y tiene por objetivo posicionarse como una guía para la práctica de la terapia ocupacional. Este documento especifica las definiciones con el objetivo de fomentar un lenguaje en común. Originalmente, fue desarrollado para “articular la perspectiva y la contribución a la promoción de la salud y la participación de las personas, grupos y poblaciones hacia un compromiso con la ocupación” (p. 02) y está basado en los valores que fundaron a la terapia ocupacional como profesión. Dicho documento se revisa y actualiza cada 5 años y está abierto a ser utilizado por otras profesiones, financiadores y consumidores (p. 01).

El principio general que describe el proceso de la terapia ocupacional es “lograr la salud, bienestar y la participación en la vida hacia un compromiso ocupacional”, reconociendo que “la participación activa en la ocupación promueve, facilita, apoya y mantiene la salud y la participación” (p. 05). Esta última se da por el nivel de compromiso que tiene la persona con una ocupación determinada, contribuyendo a una vida equilibrada y funcional (p. 09).

La salud se mantiene (y mejora) cuando las personas interactúan de forma exitosa en sus contextos y entornos. Este último es definido como “las condiciones externas, físicas y sociales que rodean a la persona y en las cuales ocurren las ocupaciones de la vida

cotidiana del cliente” (p. 70) e incluye tanto el entorno físico como el social. A su vez, el contexto es definido como “la variedad de condiciones interrelacionadas dentro y alrededor del cliente que influyen el desempeño, incluyendo los contextos culturales, personales, temporales y virtuales” (p. 68). Por tal motivo, todo lo que ocurra dentro de éstos será importante para la/el terapeuta ocupacional ya que, como se indicó anteriormente, existen factores de riesgo y protectores que pueden incidir en el comportamiento suicida y, por consiguiente, influir de forma directa o indirecta en las ocupaciones. Las personas con comportamientos suicidas presentan una disfunción en éstas, ya que están atravesadas por un profundo dolor psicológico que cercena cualquier intento de vivir (Shneidman, s.f.). Y vivir, justamente, es encontrar el sentido a nuestra propia existencia, es hacer por placer y por una necesidad intrínseca. Y esto lo podemos alcanzar a través de las ocupaciones logrando, además, un crecimiento personal y ser (y sentirnos) parte del medio que nos rodea; es decir, tener un rol dentro de la sociedad en la que vivimos.

Finalmente, en cuanto al proceso terapéutico, la AOTA (2014) engloba al “proceso de prestación de servicios de terapia ocupacional en 3 etapas: la evaluación, la intervención y la focalización de resultados” (p. 16), tal como se muestra en el siguiente cuadro:

Evaluación
<p><i>El perfil ocupacional</i> - Paso inicial en el proceso de evaluación, el cual proporciona una comprensión de la historia ocupacional y experiencias del cliente, los patrones de la vida diaria, intereses, valores y necesidades. Las razones por las cuales el cliente solicita servicios, sus fortalezas y preocupaciones en relación con las ocupaciones que realiza y las actividades de su vida diaria, también se identifican las potenciales áreas de disrupción ocupacional, apoyos y barreras, y prioridades.</p> <p><i>Análisis del desempeño ocupacional</i> – El paso en el proceso de evaluación en el que los problemas activos o potenciales del cliente son más específicamente identificados. El rendimiento real se observa a menudo en el contexto para identificar apoyos y barreras para el desempeño del cliente. Destrezas de ejecución, patrones de ejecución, contexto o entorno, las características del cliente y demandas de la actividad son consideradas, pero sólo ciertos aspectos pueden ser específicamente evaluados. Se identifican con resultados previstos</p>
Intervención
<p><i>El plan de intervención</i> - El plan que guiará las acciones tomadas y que se desarrolla en colaboración con el cliente. Se basa en las teorías seleccionadas, marcos de referencia y evidencias. Se confirman los resultados que se han propuesto.</p> <p><i>Implementación de la intervención</i> - Acciones relativas a la aplicación en curso de intervención adoptadas para influir y apoyar la mejora del desempeño y participación del cliente. Las intervenciones se dirigen a los resultados identificados. La respuesta del cliente es monitoreada y documentada.</p> <p><i>Revisión de la intervención</i> - Revisión del plan de intervención y el progreso hacia los resultados específicos.</p>
Focalización de los resultados
<p><i>Resultados</i>- factores determinantes del éxito en logro del resultado deseado del proceso de terapia ocupacional. La evaluación de resultados otorga información para planificar las acciones futuras con el cliente y para evaluar el programa de servicios (es decir, evaluación de los programas)</p>

Cuadro2 Proceso de prestación de servicios de terapia ocupacional

El proceso de prestación de servicios se aplica dentro del dominio de la profesión para apoyar la salud y la participación del cliente

Modelo de Ocupación Humana

Desde el Modelo de Ocupación Humana (MOHO), desarrollado por Gary Kielhofner (2011), se propone una mirada profunda sobre la naturaleza de la ocupación, entrelazada en tres aspectos fundamentales: la **volición**, referida a la voluntad consciente de hacer que involucra valores, intereses y causalidad personal, compuesta ésta última por “el sentido de capacidad personal y el conocimiento de la propia eficiencia en el mundo” (p. 35); la **habituación**, que es el patrón de comportamientos que desarrollan las personas dentro de un contexto determinado y de forma semi autónoma, anudado a los hábitos que desarrollan las personas a lo largo de su ciclo vital; y la **capacidad de desempeño**, referida a la competencia de las personas para hacer cosas, íntimamente ligado con los componentes cognitivos y musculoesqueléticos.

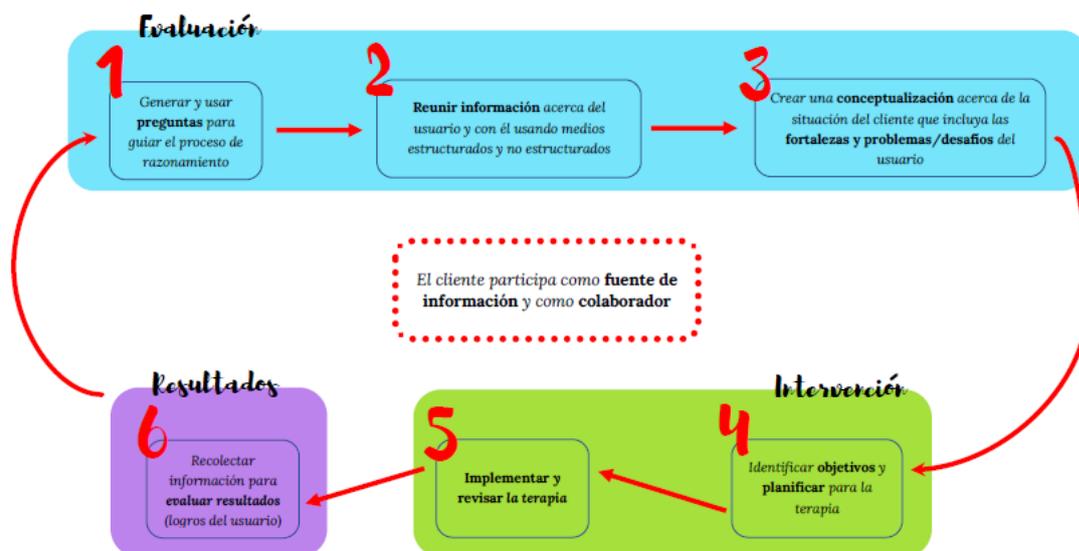
Como se puede apreciar, este modelo tiene en cuenta la interrelación de estos tres aspectos con el contexto físico, temporal y sociocultural de las personas. Un cambio en cualquiera de ellas, generará una alteración en las áreas de ocupación; es por ello que, para comprender globalmente una situación particular, deben evaluarse estos aspectos dentro de un abordaje dinámico, dada su interrelación. Todos los componentes que conforman el entorno y el contexto “pueden capacitar o incapacitar a un individuo” (MOHO, 2014, p. 21) ya que demandan determinados comportamientos y posibilitan otros. Estas demandas y restricciones ejercen una influencia en el desarrollo de los hábitos y roles (p. 87). Todas las personas se mueven en diferentes contextos que generan oportunidades, recursos, demandas y limitaciones; y su influencia en la conducta estará relacionada con los aspectos mencionados anteriormente (p. 05).

Tomando nuevamente como referencia la clasificación de los factores de riesgo planteadas por la OPS (2014), en la esfera de lo individual encontramos dolor crónico, desesperanza, pérdida de trabajo o financiera, consumo problemático de alcohol y trastornos mentales, entre otros. En estos casos, el sentido de capacidad se encuentra alterado, por lo que la visión de uno mismo está desdibujada. “El conocimiento de que uno es menos capaz que otros (...) puede ser una fuente de considerable dolor emocional” (Kielhofner, G. 2014, p. 37). Esto tiene un doble efecto, llamémoslo discapacitante, dado que no sólo está la presencia de los factores de riesgo, sino también los sentimientos negativos asociados a ellos (Fainblum, A. 0000). Los intereses, referidos a aquellas cosas que provocan plena satisfacción, pueden verse alterados ya que pueden reducir o eliminar el sentido de placer en las ocupaciones coartando la plena participación en actividades de su agrado. El bienestar psicosocial también se encuentra amenazado ante la ausencia o carencia de roles “sin suficientes roles, uno pierde identidad, propósito y estructura en la vida cotidiana” (Kielhofner, G. p. 63).

Conforme a lo planteado por diversos autores, quienes experimentan comportamientos suicidas, atraviesan por situaciones internas de profundo dolor psicológico provocadas

por la combinación de una variedad de factores personales, ambientales, sociales y culturales. En consonancia con este planteo, que atraviesa a todas las disciplinas mencionadas, este modelo no considera sólo un factor como el responsable de un comportamiento, pensamiento o sentimiento emergente; postulando que “siempre surgen de la interacción dinámica de la volición, la habituación, la capacidad de desempeño y del contexto ambiental” (p. 26). Es así como el MOHO (2014) se presenta como una base teórico-práctica muy rica a la hora de intervenir con personas con comportamientos suicidas ya que todos los aspectos anteriormente mencionados están afectados.

El proceso terapéutico que el MOHO (2014) propone, está compuesto de seis pasos no consecutivos; es decir, el terapeuta puede ir del primer paso al quinto durante el proceso terapéutico.



2Extraído del "Modelo de Ocupación Humana"

Modelo Canadiense de Desempeño Ocupacional

Este modelo fue creado en el año 1997 a partir del trabajo de terapeutas ocupacionales canadienses a través de la Asociación Canadiense de Terapia Ocupacional (CAOT). Es un modelo que tiene a la espiritualidad como eje central de la práctica y trabaja de forma colaborativa con la persona. Describe el posicionamiento de la terapia ocupacional sobre la relación dinámica de las personas, sus medios ambientes (conformados por el entorno y el contexto según la AOTA) y ocupaciones, que dan como resultado el desempeño ocupacional de la persona. Según Salvador Simó Algado (2006)

“se basa en una perspectiva centrada en el cliente, recobrando así las raíces humanistas de la profesión (...) y ve a las personas como seres espirituales que son agentes activos con el potencial para identificar, escoger e involucrarse en

ocupaciones en su medioambiente, y que pueden participar como compañeros dentro de una práctica centrada en la persona” (p. 05).

Pretende dar respuesta a los cambios que ocurren en los contextos y entornos de las personas, quienes son vistas de forma holística, es decir, como seres completos, integrados por el cuerpo, la mente y el espíritu. “Es nuestra esencia verdadera, que nosotros intentamos expresar en nuestras ocupaciones” (p. 16). Se destaca el hecho de que, al igual que el MOHO, la terapia tiene como eje central la persona y busca justamente que éste sea protagonista del proceso terapéutico y trabaje en colaboración con el terapeuta, quien es una guía dentro del abordaje (p. 08); por otro lado, los dos modelos tienen un proceso dinámico en donde la ocupación nace por la interacción de la persona con el medio. En cuanto al término *ocupación*, más allá de ser éste el medio terapéutico por excelencia de la Terapia Ocupacional, el Modelo Canadiense determina que la ocupación es una necesidad humana básica, fuente de significado de la vida cuando responden a los propósitos de la persona. A su vez, organiza el comportamiento ya que es expresión de la propia personalidad, posibilita la conexión con el entorno social y es un medio de crecimiento personal (p. 13). El contexto y el entorno resultan ser factores muy importantes para el Modelo Canadiense dada su influencia en la persona, otorgándole significado a las ocupaciones; por tal motivo “la persona y su desempeño ocupacional jamás se pueden considerar de forma aislada de su medio” (p. 19).

En cuanto al proceso, el Modelo Canadiense presenta el *Canadian Occupational Performance Process Model* (en adelante, COPPM) que describe el proceso terapéutico. Como se mencionó anteriormente, éste proceso está centrado en la persona y su enfoque es de colaboración y alianza con éste, por lo tanto su participación es esencial. Si por algún motivo no puede participar, se buscará que la misma se realice de forma gradual; o bien, se contará con la familia. El proceso se basa en las siguientes fases:

1. **Nominar, validar y priorizar las áreas del desempeño ocupacional con las que vamos a trabajar. Búsqueda de los problemas presentes con la persona.** Se establecerá la relación terapéutica, fundamental para todo el proceso, y se negociará con la persona los objetivos de tratamiento. En esta fase se realizan las evaluaciones necesarias.
2. **Seleccionar un enfoque teórico.** Se busca el modelo que mejor se adapte a la persona y no al revés
3. **Identificar los componentes de la función ocupacional y de las condiciones ambientales.** Se puede optar por métodos cualitativos o cuantitativos, sin olvidarse de los componentes medioambientales.
4. **Identificar fortalezas y recursos.** Las fortalezas se analizan en el plano de lo afectivo, cognitivo y físico; los recursos, en cuanto al medioambiente (familiar, social, comunitario, etc.). Es importante que el terapeuta pueda identificar las fortalezas y recursos que, muchas veces, no son tan evidentes.

5. **Negociar los objetivos de intervención, desarrollar un plan de acción.** Se parten de aquellos objetivos que son importantes para la persona, aunque estos no coincidan con lo que éste necesite. Se va a tener en cuenta el presente y la proyección hacia el futuro. Se negocian los objetivos con la persona o su familia, si así lo requiere, y se establece de forma detallada un plan de acción.
6. **Implementar planes a través de la ocupación.** En esta fase se realizará una valoración intermedia y adaptar el plan de acción a las contingencias que se presenten, que pueden ser propias de la persona, del medioambiente o, simplemente, porque la estrategia utilizada no fue la adecuada.
7. **Evaluar los resultados de la intervención.** Este paso es fundamental y se puede optar por realizar las mismas evaluaciones que al inicio de este proceso.

Conociendo las necesidades específicas de cada persona, de su medioambiente y los recursos presentes en éste, se obtiene un análisis global pormenorizado de su salud, para aplicar estrategias efectivas para mejorar la calidad de vida de todas las personas (Rodríguez Sánchez, 2013). De esta forma, se logra el cumplimiento de las metas y objetivos planteados, todos ellos, en conjunto con la persona quien ejerce un papel relevante en el proceso terapéutico.

Como se indicó anteriormente, desde la Terapia Ocupacional se puede intervenir en la prevención del suicidio disminuyendo los comportamientos asociados a éste, a través del desarrollo de un proyecto de vida real y alcanzable para todas las personas, utilizando como herramienta terapéutica las ocupaciones. Esta afirmación está sustentada en la Ley 27.051 (2014) del “Ejercicio de la Profesión de Terapeutas Ocupacionales” que señala el alcance de la profesión indicando, en el Artículo 8°, inciso C “participar en la elaboración, implementación y evaluación de planes, programas y proyectos de desarrollo comunitario que impliquen la instrumentación de actividades y ocupaciones como recursos de integración persona, educacional, social y laboral”.

Modelo Kawa

Este modelo surge del contexto social japonés ya que los terapeutas ocupacionales se vieron en una crisis de identidad al no poder explicar la terapia ocupacional dentro de un contexto oriental. Tal como indica Michael K. Iwama (2007) la terapia ocupacional tradicional está basada en supuestos y normas occidentales, sin posibilidad de adaptación al mundo oriental o a cualquier otro ámbito. Este terapeuta indica que los ideales que occidente pretende alcanzar no siempre son compartidos por otras culturas; por lo tanto, agrega, es menester “ir más allá de la mera adaptación de su forma y tecnología, para satisfacer las necesidades en los diferentes contextos prácticos potenciales” (p. 215).

Este modelo es fácilmente adaptable a cualquier contexto, constituyéndose como “una incorporación novedosa al progreso del desarrollo de la teoría de la terapia ocupacional convencional” (p. 216).

El modelo Kawa, que en japonés significa río, utiliza una metáfora muy conocida por la cultura oriental: “la vida es un viaje complejo y profundo que fluye a través del tiempo y el espacio como un río. El estado de bienestar óptimo en la vida o río de uno puede representarse metafóricamente por medio de una imagen de corriente fuerte, profunda y libre de obstáculos. Ciertas estructuras y componentes de un río pueden afectar a su curso. Las rocas (circunstancias de la vida), las paredes y el lecho del río (entorno), y los troncos que arrastra (recursos y desventajas) son todas partes inseparables de un río que determinan su curso. Por lo tanto, el propósito de la terapia ocupacional desde esta perspectiva es ayudar a aumentar y mejorar el flujo vital” (p. 219).

La utilización de esta metáfora genera una armonía entre el usuario (persona, grupo o comunidad) y el contexto en el que se encuentra, en donde el universo de significados del usuario cobra relevancia. Por ejemplo, en Japón, las relaciones sociales son consideradas un determinante central del flujo vital, por lo tanto la ocupación cobra especial relevancia no sólo para el usuario, sino también para la comunidad en la que éste pertenece.

El terapeuta, gracias a este modelo, logrará ver e intervenir con una persona de forma holística e inseparable del contexto, trabajando en pos de eliminar las obstrucciones futuras del flujo vital e incrementar éste.

Psicología

Una consideración importante, es el hecho que no existe un tipo de conducta que el o los profesionales deben adoptar en la práctica. La bibliografía consultada siempre hace mención a un trabajo interdisciplinario y continuo que debe ir más allá de la persona y el evento en sí, ya que es la única manera de prevenir un nuevo evento suicida. Según Juan Carlos Stagnaro (2006) la crisis suicida puede durar entre 6 y 8 semanas y es allí en donde es posible la intervención. Otra consideración importante a tener en cuenta es que la angustia disminuirá ante el contacto con el profesional, pero ésta puede resurgir apenas el profesional se aleje y el pasaje al acto puede aparecer nuevamente. El profesional, en el caso que el tratamiento sea ambulatorio, deberá evaluar la capacidad de contención del entorno (familia, allegados, amigos, compañeros, etc.) y capacitarlos para que sean un verdadero apoyo a la persona. Se puede optar por un acompañamiento terapéutico domiciliario para garantizar la seguridad física y administración de medicación en el caso que sea necesario.

Germán Teti y cols. (s.f.) refieren que las personas con comportamientos suicidas y autolesivas, recibían tratamientos que, al fracasar, aumentaban la desesperanza de los

pacientes y sus familiares. Es por ello que un abordaje psicoterapéutico es importante para internarse en los conflictos intrapsíquicos e interpersonales que llevaron a la persona a cometer un comportamiento suicida y lograr una alianza terapéutica que continúe finalizada la crisis suicida (Stagnaro, J. C. 2006).

A continuación, se exponen algunos modelos teóricos utilizados en pacientes con comportamientos suicidas.

Terapia Cognitiva (TC)

Su principal exponente es Aaron Temkin Beck, quien plantea que “cualquier influencia sobre la cognición debería verse seguida de un cambio en el estado del ánimo y, en consecuencia, de cambios a nivel de la conducta” (Korman, G. 2011). Se parte del tratamiento de la parte cognitiva, identificando los pensamientos automáticos, distorsiones cognitivas y pensamientos que se activaron justo antes del intento suicida; para luego producir cambios en lo emocional y conductual. Otras estrategias que se utilizan parten del desarrollo de formas más adaptativas de pensar sobre lo que acontece a la persona y formas de responder en momentos de estrés emocional agudo (Henriquez, Beck, Brown, 2003).

El énfasis está puesto en reducir el comportamiento suicida a través del desarrollo de medios eficaces para hacer frente a la desesperanza y el comportamiento suicida, involucrar a los pacientes en el tratamiento para reducir la deserción, aumentar el uso adaptativo de los servicios de salud y de soporte social (Toro, R. 2013).

Terapia Dialéctico Conductual (DBT)

Desde su inicio y hasta la actualidad, la terapia dialéctico conductual demostró eficacia en el tratamiento de problemas conductuales dentro de los que se incluyen los intentos de suicidio, comportamientos autolesivos, abuso de sustancias, bulimia, depresión en adultos mayores, entre otros.

Los principales supuestos de esta terapia son la aceptación y el cambio, siendo la teoría biosocial su base, la cual “surge para explicar la etiología de la desregulación emocional, resultado de la combinación y transacción en el tiempo entre una vulnerabilidad biológica y un ambiente invalidante”. Entienden que las personas no sólo tienen vulnerabilidades emocionales, sino que carecen de habilidades para regularlas; por lo que sus funciones son: aumentar y generalizar las habilidades, aumentar la motivación y disminuir las conductas disfuncionales; aumentar y mantener las habilidades y motivación del terapeuta; y estructurar el ambiente. Para lograrlo, se utiliza una combinación de estrategias como ser: el entrenamiento de habilidades, parte esencial del tratamiento, a

través de mindfulness, regulación emocional, tolerancia al malestar, desarrollo de habilidades interpersonales; manejo de contingencias; modificación cognitiva reforzando las creencias, expectativas, reglas e interpretaciones válidas y adaptativas; exposición a emociones tales como el miedo, la ira, el enojo, la tristeza, la vergüenza, la alegría o cualquier emoción puesta de manifiesto en la terapia. A través de la terapia dialéctico conductual, el profesional no sólo dispone de un conjunto de opciones para poder intervenir; sino que “puede estructurar su práctica para poder brindar un tratamiento eficaz y humano a pacientes con severos problemas” (Teti, G. y cols, s.p.).

Psicoterapia Gestalt

En líneas generales, la psicoterapia de la Gestalt es un proceso creativo de aprendizaje orientado hacia la resolución y el cambio; propiciando el autoapoyo de las personas quienes tienen un lugar central en el proceso, dado que poseen una sabiduría interna que los vuelven expertos en su problemática. Sus principios fundamentales son la experiencia, el darse cuenta, la interacción y la acción del grupo como comunidad (Revista Electrónica de Psiquiátrica Iztacala, 2019). La psicoterapia gestáltica es una terapia vivencial, que hace foco en las gestalts inconclusas para restablecer el funcionamiento total y unificado de la persona para que ésta pueda modificar su conducta. El terapeuta ayuda a la persona a que tome conciencia de los obstáculos que lo bloquean y a superarlos, contribuyendo a restablecer las condiciones bajo las cuales la persona pueda hacer uso de su propia capacidad para la resolución de sus problemas y lo hace a través de las sensaciones, del cuerpo, tratando que se responsabilice de sus actos, sensaciones y emociones. (Burga, R. 1981).

Según la Gestalt, existen dos maneras de aprender del mundo: una es la agresión, en donde el organismo cambia las estructuras de las cosas para reconocer sus partes. Ser agresivo implica no conformarse con los mandatos sociales impuestos y cambiar su forma; la otra es la violencia, en donde el organismo acepta, se somete y no cuestiona. En este caso, la persona aprende a vivir sin entender por qué y cómo debe ser para conseguir un reconocimiento social; por lo que, al intentar controlarse y frustrarse, deviene la violencia como resultado de la tensión acumulada que puede explotar contra sí mismo o contra el mundo (Ramos, L. 2013)

En cuanto a la problemática del suicidio, la perspectiva gestáltica afirma que es un “acto en donde la función es emitir un mensaje al otro significativo, con la finalidad de modificar el campo ambiental y satisfacer su necesidad de acogida y protección” (Revista Electrónica de Psiquiátrica Iztacala, 2019).

Modelo Estrés-Diátesis

Este modelo hace referencia a una multicausalidad del riesgo suicida. Entiende la importancia del aspecto genético y su interacción con el ambiente. Mann, Waternaux, Haas y Malone (1999) consideran que la transmisión familiar influye en la externalización de la agresividad y en una tendencia a comportamientos suicidas; aunque consideran que el riesgo suicida no se limita a este factor genético, sino que también influyen otros como el tabaquismo, traumatismo craneal, baja actividad serotoninica, alcoholismo, abuso de sustancias, entre otros (Aranguren, M. 2009).

Activación Conductual

El objetivo ulterior de esta terapia es que las personas que padecen depresión, retomen o emprendan actividades significativas. Esto se logra modificando el ambiente relacionado con la pérdida, ya que posibilita que haya una mayor interacción con los elementos fundamentales que mantienen los comportamientos depresivos y, por consiguiente, mayor cantidad de refuerzos. Esta terapia es prometedora y ha mostrado grandes resultados en el manejo de la depresión (Bianchi-Salguero, J.; Muñoz-Martínez, A. 2014). Esta terapia tiene diferentes estrategias de intervención, a saber:

- **Propuesta de activación de Jacobson y cols. (2001)**, cuyo objetivo es que la persona pueda detectar conductas evitativas o de escape y pueda actuar en consecuencia ya sea disminuyéndolas a través de actividades determinadas o incrementar la participación de actividades que tengan refuerzo positivo. Esta propuesta utiliza estrategias propias de la terapia cognitivo-conductual.
- **Tratamiento de Activación Conductual Breve para Depresión (TACBD) de LeJuez & Hopko (2001)** En este caso, los autores consideran que la conducta depresiva se mantiene por ausencia de un refuerzo de conductas alternativas que alejen a la persona de conductas depresivas; por lo tanto, proponen incrementar actividades opuestas al comportamiento depresivo ya que esto disminuiría el comportamiento depresivo e incrementarían los alternativos.

METODOLOGÍA

Tipo de Investigación

Según el grado de conocimiento:

El tipo de investigación va a ser no experimental, ya que hay investigaciones similares.

Según el momento del objeto en el tiempo

Transversal, de tipo descriptivo

Según el enfoque metodológico

Cualitativa, ya que “proporciona profundidad a los datos, dispersión, riqueza interpretativa, contextualización del ambiente o entorno, detalles y experiencias únicas. Asimismo, aporta un punto de vista “fresco, natural y holístico” de los fenómenos, así como flexibilidad” (Sampieri, 2014)

Universo y muestra. Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión: profesionales de salud mental que trabajen en equipos interdisciplinarios, cuya experiencia profesional sea equivalente o mayor a 5 (cinco) años dentro del campo de la salud mental y que intervengan o hayan intervenido en tratamientos a personas con comportamientos suicidas.

Criterios de exclusión: profesionales que no trabajen en el área de la salud mental y/o que no cumplan con la cantidad de años de recibidos. Profesionales que vivan en el exterior; o extranjeros que trabajen en la República Argentina. Profesionales que no tengan experiencia en equipos interdisciplinarios que intervengan con personas con comportamientos suicidas.

Instrumento de recolección de datos

Entrevista semiestructurada. Preguntas basadas en la tipología de Grinnell, Williams y Unrau (Sampieri, R; Mendoza Torres, C. 2018) Ver anexo I.

Plan de trabajo

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Procesamiento y sistematización

Para el desarrollo de la muestra, que estuvo conformada por 12 participantes, se confeccionó una entrevista escrita utilizando la plataforma *Google Forms* la cual fue difundida por correo electrónico a diversas asociaciones que nuclean psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, entre otras profesiones comunes al campo de la salud mental. La difusión también se realizó a través de redes sociales, WhatsApp y, en menor medida, Telegram.

Dicha entrevista es de carácter anónimo y está compuesta de 19 preguntas, 10 de las cuales están referidas al desarrollo de la atención de personas con comportamientos

ABORDAJE INTERDISCIPLINARIO EN SUICIDIO

suicidas y 3 orientadas al conocimiento que se tiene sobre la Terapia Ocupacional. La entrevista es semiestructurada y, para confeccionar las preguntas, se basó en la tipología de Grinnell, Williams y Unrau (Sampieri, R; Mendoza Torres, C. 2018 p. 449)

Los criterios de inclusión se comprendieron en los siguientes: profesionales de la salud que trabajen en equipos interdisciplinarios, cuya experiencia profesional sea igual o mayor a 5 (cinco) años dentro del campo de la salud mental; mientras que los criterios de exclusión englobaron a todos los profesionales que no trabajen en el área de la salud mental y que no cumplan con la cantidad de años de experiencia. Profesionales que vivan en el exterior; o extranjeros que trabajen en la República Argentina.

El tipo de investigación es exploratoria, su diseño es no experimental transversal. El enfoque metodológico es cualitativo; mientras que el diseño de campo es narrativo siendo la muestra no probabilística.

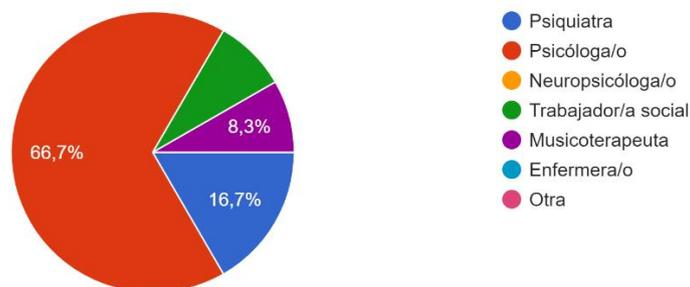
Análisis

Resultados

La muestra estuvo conformada por 12 profesionales: 8 psicólogos/os, 2 psiquiatras, 1 trabajador/a social y 1 musicoterapeuta. Todos/as ellos/as ejercen su profesión dentro de la República Argentina y, en su mayoría, la experiencia profesional supera o iguala los 11 años. Solamente un/a profesional tiene 5 años de experiencia.

¿Cuál es su profesión? (de tener más de una, elegir la principal)

12 respuestas



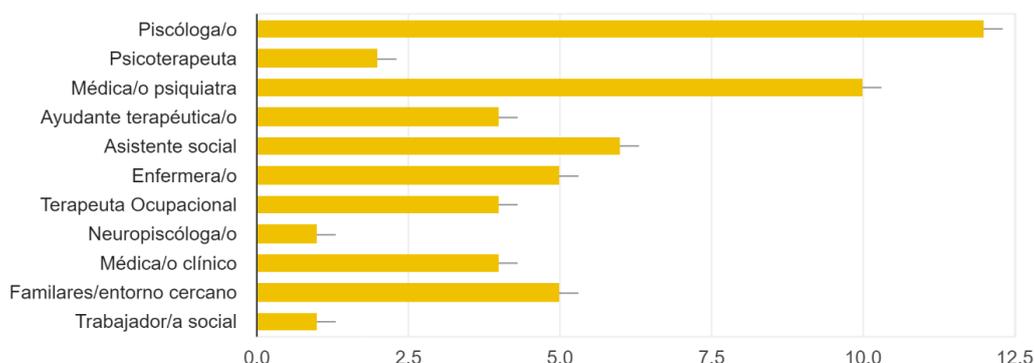
El enfoque más utilizado por los/as profesionales es el *psicoanálisis*, seguido por terapias de tercera generación como la *terapia dialéctico conductual* y, en menor medida, *Rehabilitación Psicosocial*, *Perspectiva de las Fortalezas*, *Terapia Cognitiva*, *Sistémica* y *Modelo de la Complejidad de Morin*.

La mayoría de los profesionales consideran que adoptar diversos enfoques es muy enriquecedor. Un/a entrevistado/a refiere "no podría pensar en un modo o modelo "único" de abordaje válido para todos los casos, pienso que el dispositivo es algo que se construye caso por caso de acuerdo a la evaluación que se haga del paciente" (sic)

En relación al equipo de trabajo, en todos los casos se observa la presencia de psicología, seguido por psiquiatría con un 83.3%. Si bien están presentes en un 33.3% ayudante terapéutico y terapia ocupacional, están igualmente equiparados, no pudiendo superar a enfermería que se encuentra presente en un 41.7%. La neuropsicología, junto con trabajo social y psicoterapia tienen menor presencia que las profesiones restantes. Finalmente, sólo un 41.7% de la muestra tiene a la red de contención de la persona como parte del equipo de trabajo.

¿Cómo se compone el equipo al que pertenece? (puede elegir más de una opción)

12 respuestas



En cuanto a la modalidad de trabajo adoptada por los equipos de trabajo de la muestra, un 75% refiere trabajar interdisciplinariamente y un 16.7%, transdisciplinariamente. El 8.3 % restante participa en equipos multidisciplinarios.

La dinámica de atención varía según el dispositivo en el que se encuentre el equipo de trabajo “depende de manera estricta del proceso que atraviesa la persona; no hay un protocolo único al que se ajuste la intervención” (sic) Teniendo en cuenta esto, como primera medida se evalúa a la persona mediante una entrevista, en donde se detecta cuál es (o cómo se conforma) la *red de contención* y qué *factores de riesgo cierto e inminentes* están presentes en ese caso en particular. Si el profesional trabaja de forma individual, a raíz de esa primer evaluación se puede optar por generar un equipo *ad hoc* en donde la persona se beneficia con un abordaje interdisciplinar. En la mayoría de los casos los/as entrevistados/as evalúan la *red de contención*.

Cinco de los doce entrevistados/as refieren haberse capacitado en la temática, siendo la intervención en crisis la adoptada por la mayoría. Los siete profesionales restantes no recibieron ni realizaron ningún tipo de capacitación. En cuanto a éstas, uno/a realizó una *diplomatura en suicidología* y cuatro una *formación de asistencia en crisis y emergencia*.

Siguiendo por los programas, proyectos o políticas públicas que conocen (locales y/o nacionales) dos de doce entrevistados/as desconocen dichas acciones; mientras que el resto de los/as entrevistados/as refieren conocer y apoyarse en la Ley de Prevención del Suicidio, aunque no todas las provincias están adheridas a esta Ley, lo que dificulta su implementación. Al respecto, los/as entrevistados/as refieren que ésta ha modificado la práctica diaria de forma positiva, ya que determina los pasos a seguir y ordena la práctica con personas con comportamientos suicidas. Además, cuatro de doce entrevistados/as indican que, al existir la Ley, visibiliza la

problemática y otorga herramientas para una intervención más efectiva mediante protocolos de intervención y creación de “unidades centinelas piloto” en provincias como Buenos Aires, Catamarca, Mendoza y Santa Cruz; o “equipos de enlace” pertenecientes a la Subsecretaría de Salud Mental y Adicciones.

Los factores de riesgo cierto e inminentes que más se tienen en cuenta son, en orden de importancia: ideas suicidas, gesto suicida, intentos de suicidio previos, consumo problemático de drogas, nula o baja contención del entorno social, vivencia de desvalimiento, ausencia de equipos de asistencia específicos y patologías de base.

En lo que respecta a Terapia Ocupacional, un 91.7% de los/as entrevistados/as conocen la profesión de Terapia Ocupacional y un 8.3% refiere conocerla “más o menos”. La importancia que se le da a dicha profesión se reduce en el sostenimiento de los hábitos y rutinas de la persona dentro de las actividades de la vida diaria. Cinco de los doce entrevistados/as valoró a la terapia ocupacional como una profesión que apunta a que la persona desarrolle una ocupación satisfactoria; mientras que dos de doce entrevistados/as mencionan la importancia del “acompañamiento” a la persona con comportamientos suicidas. Finalmente, ante la pregunta “¿qué aportes significativos considera Ud. que tiene la Terapia Ocupacional dentro del equipo de trabajo?” la mayoría de las respuestas se centraron en los aportes hacia la persona y no al equipo de trabajo en sí. Quienes lo hicieron, refieren que la terapia ocupacional aporta una mirada disciplinar diferente y articula la salud mental con espacios propios de la comunidad.

Conclusión y propuesta

El suicidio representa una problemática de salud pública no sólo a nivel nacional, sino a nivel mundial. Específicamente en la República Argentina se logró la creación de la Ley Nacional de Prevención del Suicidio N° 27130, lo que posibilitó la creación de dispositivos específicos de atención y capacitaciones presenciales y virtuales a todos los efectores de salud que deseen ahondar en esta problemática; pero aún hoy, 7 años más tarde, falta implementar la Ley en muchas provincias y protocolizar a nivel nacional la atención a personas con comportamientos suicidas, capacitar a todos los efectores de salud y realizar verdaderas acciones de prevención y posvención del suicidio con el objetivo de educar a la población, brindarle asesoramiento y acompañamiento a la comunidad. En este aspecto, la profesión de terapia ocupacional tiene mucho por ofrecer y es trabajo de quienes la conforman poder visibilizar las herramientas que se tienen, generando acciones que validen nuestra intervención sin quedar reducidos al desarrollo y mantenimiento de los hábitos, roles y rutinas; o a conseguir la independencia en las actividades de la vida diaria básicas e instrumentales.

Si bien el rol de la terapia ocupacional es tenido en cuenta por la mayoría de los/as profesionales que conformaron la muestra, éste se limita a la construcción y mantenimiento de una rutina y hábitos saludables. Actualmente, y basando la siguiente afirmación en los programas y políticas públicas mencionados en esta investigación, la terapia ocupacional no es parte integrante de dispositivos (públicos o privados) de prevención y/o posvención del suicidio. Es menester que esta realidad cambie, ya que la profesión posibilita la apertura a una mirada biopsicosocial en donde la persona con comportamientos suicidas es protagonista y artífice de su tratamiento y, junto a ella, se puede trazar un proyecto de vida real; es decir, acorde no sólo a las capacidades

de la persona, sino también al contexto social de ésta, la cual posee sus propias demandas, que impactan tanto positiva como negativamente, lo que repercute, indefectiblemente, en el bienestar de las personas.

Finalmente, cabe destacar que, si bien esta investigación es preliminar y con una muestra acotada, sienta las bases para un desarrollo más exhaustivo de la problemática, allanando el camino hacia investigaciones que profundicen el rol de la terapia ocupacional en la prevención del suicidio.

Bibliografía

1. Aranguren, M. (2009) "Modelos teóricos de comprensión del suicidio". I Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVI Jornadas de Investigación Quinto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. Disponible en <https://www.aacademica.org/000-020/155.pdf>
2. Asociación Americana de Terapia Ocupacional (2014) "Marco de Trabajo para la Práctica de la Terapia Ocupacional: Dominio y Proceso"
3. Abad Fernández, A; Sánchez Rodríguez, O. (2013) "Relación entre la motivación para la ocupación y la salud mental" Terapia Ocupacional en Salud Mental: Teoría y técnicas para la autonomía personal. ISBN 978-84-9835-364-8. Editorial Médica Panamericana. Madrid, España.
4. Álvarez, A. M. y cols. (2011) "Evaluación y manejo del paciente con conducta suicida en el Servicio de Urgencias" Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Evaluación y Tratamiento. Guías de Práctica Clínica en el SNS. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Galicia, España. Disponible en https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2019/01/GPC_481_Conducta_Suicida_Avaliat_compl.pdf
5. Avilés Álvarez, B. (2015) "Influencias de la Familia" Terapia Ocupacional, 8va. Edición. Editorial Panamericana. Madrid, España.
6. Azaretto, C. Ros, C (2015.) "Las relaciones del psicoanálisis y otros campos de saber en términos de multidisciplina-interdisciplina-transdisciplina" VII Congreso Internacional de

- Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXII Jornadas de Investigación XI Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina. Disponible en <https://www.aacademica.org/000-015/690.pdf>
7. Burga, R. (1981) "Terapia Gestáltica" Revista Latinoamericana de Psicología. Volumen N° 13, N°1 p. 85-96. Lima, Perú. Disponible en <https://www.redalyc.org/pdf/805/80513106.pdf>
 8. Berrueta Maeztu, Bellido Mainar (2013) "Factores Sociales que influyen en la Salud Mental" Terapia Ocupacional en Salud Mental: Teoría y técnicas para la autonomía personal. ISBN 978-84-9835-364-8. Editorial Panamericana. Madrid, España.
 9. Cohn, E. (2005). "Comunicación Interdisciplinaria y supervisión del personal" Terapia Ocupacional, 10° Edición pp. 907-917. Editorial Médica Panamericana. Madrid, España.
 10. Casullo, M. (2005) "Ideaciones y comportamientos suicidas en adolescentes una urgencia social" Anuario de Investigaciones, vol. XII, 2005, p. 179-182 Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina. Disponible en <https://www.redalyc.org/pdf/3691/369139941017.pdf>
 11. Contardo, Tornese & Galarza (2018) "Actitudes de psicólogos clínicos frente a los comportamientos suicidas" Revista Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina. ISSN: 0001-6896 p.100-110
 12. Censo de Personas Internadas por Motivos de Salud Mental (2019)
 13. Chávez Hernández, M.; Leenars, A. (2010) "Edwin S Shneidman y la suicidología moderna". Salud Mental, vol. 33, núm. 4, julio-agosto, 2010, p. 355-360. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. Distrito Federal, México. Disponible en http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252010000400008
 14. Cuesta Blandón, O; Andrade Salazar, J; Quintero Nuñez, H. y cols. (2015) "El suicidio: Cuatro perspectivas" Fundación Universitaria Luis Amigó. ISBN: 978-958-8399-86-7. Medellín, Colombia. Disponible en https://www.researchgate.net/publication/331235181_EL_SUICIDIO_CUATRO_PERSPECTIVAS
 15. Díaz Suarez, J. (2004) "Concepto y clasificación de los comportamientos suicidas". Comportamientos Suicidas: Prevención y Tratamiento. ARS Médica ISBN 9788497060769. Barcelona, España.
 16. Durkheim (2003) "El Suicidio" ISBN 978-950-03-9291-4. Editorial Losada. Buenos Aires, Argentina.
 17. Fainblum, A. (2004) "Conceptos de rehabilitación – Normalización e Integración. Equipo Interdisciplinario - Postura Transdisciplinaria. Los Tres Niveles de Prevención". Discapacidad: Una perspectiva clínica desde el psicoanálisis. 1° edición, Editorial Tekné. Buenos Aires, Argentina.

18. Frankl, V. (2001) "El hombre en busca de sentido" Editorial Herder S.A., 12° ed. Disponible en https://www.inaes.edu.py/application/files/6515/8516/6361/RESILIENCIA_FRANKL_VIKTOR_-1979_-_EL_HOMBRE_EN_BUSCA_DE_SENTIDO.pdf
19. Fridman G. (2005) "Enfoque Filosófico-Histórico de la Interdisciplina en las Ciencias de la Salud". Acta farmacéutica bonaerense. Buenos Aires, Argentina. ISSN 0326-2383 Disponible en http://www.latamjpharm.org/trabajos/24/1/LAJOP_24_1_8_1_28LW5VCRK2.pdf
20. Freud (1920) "Más allá del principio del placer" ISBN 978-84-460-4915-9. Editorial Akal. Disponible en <http://web.seducoahuila.gob.mx/biblioweb/upload/MAS%20ALLA%20DEL%20PRINCIPIO.pdf>
21. Freud, S. (1917) "Duelo y melancolía" Sigmund Freud: Obras completas, tomo XIV. Disponible en <http://files.usal-psicopatoinfante.webnode.com.ar/200000162-b8ac3b98dd/freud.%20Duelo%20y%20Melancolia.pdf>
22. Galende, E. (1997) "Subjetividad y cultura: el malestar de la individuación". De un horizonte incierto: Psicoanálisis y Salud Mental en la sociedad actual, Cap. 2. Editorial Paidós. Disponible en http://www.bibliopsi.org/docs/carreras/terapia-ocupacional/PSICOLOGIA%20SOCIAL%20Y%20DE%20LAS%20INSTITUCIONES/De%20un%20horizonte%20incierto%20-%20Subjetividad%20y%20Cultura_El%20malestar%20de%20la%20individuacion,%20EMILIANO%20GALENDE.pdf
23. González Airas, S.; María de los Ángeles O'Farril Fernández (2003)
24. Kielhofner, G. (2014) "Modelo de Ocupación Humana; Teoría y aplicación" 4° edición. ISBN 978-950-06-0099-6. Editorial Médica Panamericana. Madrid, España.
25. Korman, G. (2011) "Bases teóricas en la conformación de la terapia cognitiva en la Argentina". Interamerican Journal of Psychology, vol. 45, núm. 2. Disponible en <https://www.redalyc.org/pdf/284/28422741002.pdf>
26. Ley 26.657 (2010) Ley Nacional de Salud Mental. Disponible en <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>
27. Ley 27.051 (2014) "Ejercicio de la Profesión de Terapeutas Ocupacionales"
28. Mann, J; Waternaux, C.; Haas, G. y cols. (1999) "Toward a Clinical Model of Suicidal Behavior in Psychiatric Patients" American Journal of Psychiatry. Washington, DC Estados Unidos. Disponible en https://www.researchgate.net/publication/13299020_Toward_a_clinical_model_of_suicidal_behavior
29. Martínez, C. (2017) "Suicidología Comunitaria Para América Latina. Teoría y experiencias" ISBN 978-607-96454-8-9. Editorial Alfepsi. Disponible en <https://www.alfepsi.org/wp-content/uploads/2017/12/Suicidolog%C3%ADa-Comunitaria-Carlos-Mart%C3%ADnez.pdf>

30. Martínez Aguayo, J.C.; Arancibia, M; Silva, H. (2015) "Psicofarmacología del suicidio: un análisis crítico" pp. 127-133. Revista Chilena de Neuropsiquiatría. Disponible en https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-92272015000200008&script=sci_abstract
31. Martínez Gattli, H. (s.f) "Hojas clínicas de salud mental". Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina. Disponible en http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/electivas/616_psicofarmacologia/material/evaluacion.pdf
32. Dirección de Estadísticas e Información de la Salud (2018). Síntesis de Estadística N° 6. Ministerio de Salud de la República Argentina.
33. Moruno Miralles, P. y Romero Ayuso, D. (2004) "Terapia ocupacional en salud mental la ocupación como entidad, agente y medio de tratamiento" Revista Gallega de Terapia Ocupacional TOG. Disponible en <https://www.revistatog.com/num1/pdfs/num1art3.pdf>
34. Muñoz, J. (2017) "Suicidio: el control de la sociedad y sentido a la vida de los individuos". Suicidios contemporáneos: vínculos, desigualdades y transformaciones socioculturales. Ensayos sobre violencia, cultura y sentido. Cap. 5. Santiago de Chile: FLACSO-Chile. Disponible en <https://biblio.flacsoandes.edu.ec/libros/digital/56700.pdf>
35. Muñoz, P. (2008). La locura del pasaje al acto. XV Jornadas de Investigación y Cuarto Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. Disponible en <https://www.aacademica.org/000-032/584.pdf>
36. Mulligan, S. (2003) "Terapia ocupacional en pediatría. Proceso de evaluación" Editorial Panamericana. Madrid, España. Disponible en <http://www.bibliopsi.org/docs/carreras/terapia-ocupacional/TEORIA%20Y%20TECNICA%20DE%20TO%202/Terapia%20Ocupacional%20en%20pediatria,%20SHELLEY%20MULLIGAN.pdf>
37. Organización Mundial de la Salud (2000) "Prevención del suicidio: Un instrumento para médicos generalistas" Disponible en <https://apps.who.int/iris/handle/10665/75428>
38. Organización Panamericana de la Salud (2014) "Prevención del Suicidio: un imperativo global" Organización Mundial de la Salud ISBN 978-92-75-31850-8. Washington, DC, Estados Unidos. Disponible en <https://iris.paho.org/handle/10665.2/54141>
39. Organización Panamericana de la Salud (2016) "Prevención de la conducta suicida" Organización Mundial de la Salud. ISBN: 978-92-75-11919-8. Washington, DC, Estados Unidos. Disponible en <https://iris.paho.org/handle/10665.2/31167>
40. París, E. (2006) "Psicología, interdisciplina y comunidad" Revista de enseñanza e investigación en Psicología. Vol II N° 2. Consejo Nacional para la Enseñanza e

- Investigación en Psicología A.C. Ciudad de México, México. Disponible en <https://www.redalyc.org/pdf/292/29211212.pdf>
41. Pellegrini, M. (2013) "El proceso de la terapia ocupacional" Terapia Ocupacional en Salud Mental. Editorial Médica Panamericana. ISBN 978-84-9835-364-8. Madrid, España.
 42. Proyecto de Ley S-2323/10 <https://www.senado.gov.ar/parlamentario/comisiones/verExp/2323.10/S/PL>
 43. Protocolo de abordaje de conductas de riesgo suicidas y autolesivas (2018). Red Asistencial de salud. Secretaría de Salud Mental y Adicciones. Gobierno de la Provincia de Jujuy. Disponible en <http://salud.jujuy.gov.ar/wp-content/uploads/sites/14/2018/11/PROTOCOLO-DE-SUICIDIO-2018-mds.pdf>
 44. Puig Contardo, J.; Tornese, L.; Galarza, A. L. (2018) "Actitudes de psicólogos clínicos frente a los comportamientos suicidas y autolesivos" Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET) Buenos Aires, Argentina. Disponible en https://repositoriosdigitales.mincyt.gov.ar/vufind/Record/CONICETDig_c21356fa15761a1a7cac2adfc818c39f
 45. Rivière, E. (1985) "Consideraciones generales acerca del vínculo" Teoría del vínculo. Editorial Nueva Visión. Buenos Aires, Argentina. Disponible en <https://filadd.com/doc/pichon-riviere-teoria-del-vinculo-pdf-psicologia>
 46. Rodríguez Sánchez, O. (2013) "Planes estratégicos de actuación" pp. 41-52. Terapia Ocupacional en Salud Mental: Teoría y técnicas para la autonomía personal. ISBN 978-84-9835-364-8. Editorial Médica Panamericana. Madrid, España.
 47. Salazar V.; Puc, H. (2019). "Promotion to mental health and the prevention of suicidal behavior in young people through gestalt psychotherapy". pp. 319-337. Revista Electrónica de Psiquiátrica Iztacala. Disponible en <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumenI.cgi?IDARTICULO=85975>
 48. Stolkiner, A. (1999) "La Interdisciplina: entre la epistemología y las prácticas" Revista electrónica El Campo Psi. Buenos Aires, Argentina. Disponible en <https://eva.udelar.edu.uy/mod/resource/view.php?id=5250>
 49. Teti, G.; Boggiano L.; Gagliesi, P. (2014) "Terapia dialéctico Conductual (DBT): un tratamiento posible para pacientes con trastornos severos" Fundación Centro Argentino de Terapias Contextuales. Buenos Aires, Argentina. Disponible en [https://www.catc.com.ar/terapia-dialectico-conductual-dbt.html#:~:text=DBT%20establece%20que%20los%20pacientes,y%20efectividad%20interpersonal%20\(2\)](https://www.catc.com.ar/terapia-dialectico-conductual-dbt.html#:~:text=DBT%20establece%20que%20los%20pacientes,y%20efectividad%20interpersonal%20(2))
 50. Toro, R. (2013) "Conducta suicida: consideraciones prácticas para la implementación de la terapia cognitiva". ISSN: 1900-2386. Fundación Seré. Universidad Católica de Colombia. Bogotá, Colombia. Disponible en <https://www.redalyc.org/pdf/2972/297226904010.pdf>

ABORDAJE INTERDISCIPLINARIO EN SUICIDIO

51. Vázquez, B.; Veronesi, M. (2013) "Importancia de la rehabilitación interdisciplinaria post-UCI" Revista Argentina de Terapia Intensiva. Volumen 30 N° 3 154-155. Disponible en <https://www.sati.org.ar/images/files/seguimiento/02-Importanciarehabilitacion.pdf>
52. Wright (1986) "Changing motivation in severely suicidal patients". CMAJ Canadian Medical Association Journal. Vol. 135, N° 12. Canadian Medical Association. Disponible en <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3779571/>

ANEXOS

Anexo I. Entrevista

1. ¿Cuál es su profesión? (de tener más de una, elegir la principal)
 - Psiquiatra
 - Psicóloga/o
 - Neuropsicóloga/o
 - Trabajador/a social
 - Musicoterapeuta
 - Enfermera/o
 - Otra

2. Si su respuesta fue "otra" especificar su profesión

3. ¿Desarrolla su profesión dentro de la República Argentina?
 - Sí
 - No

4. Experiencia profesional
 - 1 - 5 años
 - 6 - 10 años
 - 11 o más años de experiencia
 - Sin experiencia profesional

5. ¿Qué tipo de enfoque, modelo o marco utiliza Ud. para abordar el tratamiento de personas con comportamientos suicidas?

6. Según su experiencia, ¿Qué enfoque, marco o modelo considera que mejores resultados brinda ante pacientes con comportamientos suicidas? ¿porqué?

7. ¿Cómo se compone el equipo al que pertenece? (puede elegir más de una opción)
 - Psicóloga/o
 - Psicoterapeuta
 - Médica/o psiquiatra
 - Ayudante terapéutica/o
 - Asistente social
 - Enfermera/o
 - Terapeuta Ocupacional
 - Neuropsicóloga/o
 - Médica/o clínico
 - Familiares/entorno cercano

- Otro: _____
8. ¿qué modalidad de trabajo adopta el equipo profesional para el abordaje de personas con comportamientos suicidas?
- **Multidisciplinario** (existe una interacción entre los profesionales, pero cada uno plantea sus objetivos y plan de tratamiento sin que ninguno intervenga en el trabajo del otro)
 - **Interdisciplinario** (existe una integración y coordinación de los profesionales en donde hay un enriquecimiento de todos los integrantes)
 - **Transdisciplinario** (esta modalidad de trabajo trasciende las profesiones, generando una visión integral que sobrepasa lo institucional y yendo más allá de la segmentación de los saberes de cada disciplina)
9. ¿Cuál considera, según su experiencia, el enfoque, marco o modelo que mejor/es resultado/s brindó a sus pacientes?
- Terapia Cognitivo Conductual
 - Terapia Dialéctico Conductual
 - Psicoterapia de Gestalt
 - Modelo Estrés-Diátesis
 - Activación conductual
 - Otro:
10. ¿Cómo es la dinámica de atención que realiza el equipo interdisciplinario a personas con comportamiento suicida?
11. En su provincia, ¿existen programas, proyectos o políticas públicas de su región que apunten a la prevención, detección y tratamiento del suicidio?
- Si
 - No
 - Desconozco
12. Si la respuesta anterior fue afirmativa, ¿el equipo de trabajo forma parte de las mismas?
- Si
 - No
13. Los miembros del equipo interdisciplinario, ¿han tenido capacitación sobre el abordaje del suicidio?
- Si
 - No
14. ¿Qué factores de riesgo cierto e inminente el equipo de trabajo tiene más en cuenta?

ABORDAJE INTERDISCIPLINARIO EN SUICIDIO

15. ¿Cómo se compone el equipo interdisciplinario al que pertenece?

- Psicóloga
- Psicoterapeuta
- Medica psiquiatra
- Ayudante terapéutico
- Asistente social
- Enfermera
- Terapia ocupacional
- Otros:

16. Retomando el trabajo en equipo, ¿cuáles considera que son los aspectos positivos del abordaje a personas con comportamiento suicida que más destacaría?

17. La Ley Nacional de Prevención de Suicidio, ¿mejoró la práctica cotidiana del equipo de trabajo?

- Mucho
- Poco
- Nada

18. ¿Conoce la Terapia Ocupacional?

- Si
- No

19. Si su respuesta anterior fue afirmativa, ¿cuán importante considera Ud. el rol de la Terapia Ocupacional respecto del tratamiento de personas con comportamientos suicidas?

- Muy importante
- Importante
- Poco importante
- Nada importante

20. ¿Qué aportes significativos considera que tuvo o tiene la Terapia Ocupacional en su abordaje e intervención?