

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUYO

Facultad de Filosofía y Humanidades

Licenciatura en Psicología

**PREVENCIÓN DEL SUICIDIO EN MUJERES ADULTAS DE LA
COMUNIDAD DE LA BEBIDA, MEDIANTE INTERVENCIONES
PSICOSOCIALES.**

TOURIS CAMUS, María Lara.

San Juan
JUNIO 2026

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUYO

Facultad de Filosofía y Humanidades

Licenciatura en Psicología

**PREVENCIÓN DEL SUICIDIO EN MUJERES ADULTAS DE LA
COMUNIDAD DE LA BEBIDA, MEDIANTE INTERVENCIONES
PSICOSOCIALES.**

Trabajo Integrador Final.

Área Psicología Social Comunitaria.

AUTORA: TOURIS CAMUS, María Lara.

DIRECTOR DE ÁREA: DRA. MORENO, María Eugenia.

TUTOR ACADÉMICO: LIC. MEJIBAR, Ana Paula.

San Juan

JUNIO 2026

ÍNDICE

	PÁG.
PREFACIO	6
CAPÍTULO I.....	8
INTRODUCCIÓN.....	8
1.1. Psicología Social Comunitaria.....	9
1.1.1. Rol del psicólogo social comunitario.....	11
1.1.2. Atención primaria de la salud.....	13
1.2. Adultez	14
1.3. Suicidio.....	16
1.3.1. Mitos y realidades sobre el suicidio.....	19
1.3.2. Señales de alerta.....	21
1.3.3. Factores de riesgo.....	24
1.3.4. Estrategias psicosociales.....	27
1.4. Prevención.....	28
1.4.1. Prevención del suicidio.....	29
1.4.2. Marco normativo.....	31
CAPÍTULO II.....	34
MATERIALES Y MÉTODOS.....	34
2.1. Metodología.....	34
2.2. Diagnostico Situacional.....	35
2.2.1. Descripción de la comunidad.....	36

2.2.2. Problemáticas a nivel comunitario.....	36
2.3. Etapas del proceso.....	38
2.3.1. Etapa de exploración.....	38
2.3.2. Etapa de Diseño y Planificación Estratégica.....	40
2.3.3. Etapa de Ejecución.....	40
2.3.3.1. Taller “Prevención de la conducta suicida. Guía para familiares y allegados en situación de emergencia”	41
CAPÍTULO III.....	45
RESULTADOS	45
3.1. Resultados de la etapa de exploración	45
3.1.1. Resultados de la observación participante y no participante	46
3.1.2. Resultados de las entrevistas semidirigidas.....	48
3.1.2.1. Entrevista semidirigida al personal del CAPS.....	48
3.1.2.2. Entrevista semidirigida al personal policial.....	51
3.1.3. Resultados de la encuesta.....	52
3.2. Resultados de la etapa de ejecución.....	66
3.2.1. Intervención taller: “Prevención de la conducta suicida. Guía para familiares y allegados en situación de emergencia”.	66
3.3. Resultados sobre el rol del psicólogo socio comunitario.....	68
3.4. Autoevaluación.....	70
CAPÍTULO IV.....	72

DISCUSIÓN.....	72
4.1. Conclusiones Generales.....	72
4.2. Recomendaciones y propuestas.....	77
BIBLIOGRAFÍA.....	80
APÉNDICE.....	84
Anexo I: Área programática.....	84
Anexo II: Entrevistas a profesionales.....	85
Anexo III: Encuestas anónimas.....	87
Anexo IV: Folleto tríptico entregado a las mujeres adultas de la comunidad de La Bebida.....	89
Anexo V: Taller informativo sobre la Prevención de la conducta suicida a mujeres adultas de la comunidad de La Bebida.....	90

PREFACIO

El suicidio constituye un fenómeno humano complejo que trasciende el ámbito individual, implicando dimensiones psicológicas, sociales, biológicas y existenciales. Por ello, estudiar el suicidio involucra abordar las formas en que las personas significan su sufrimiento, su tejido social y los modos en que la sociedad responde frente al malestar subjetivo.

Esta temática es un asunto preocupante para la salud pública y, además, un verdadero tabú en las personas, dificultando que este asunto pueda ser hablado con naturalidad. Estas razones llevan también a que cuando se vuelve motivo de conversación, los argumentos que se exponen suelen ser ambiguos.

Frente a esto, la prevención requiere un enfoque comunitario en el que las mujeres y madres ocupan un rol fundamental, dado que suelen ser referentes dentro de sus hogares y redes cercanas. Brindarles herramientas para reconocer señales de alerta, saber a quién acudir en caso de emergencia y conversar abiertamente sobre el tema permite no solo actuar a tiempo, sino también fortalecer vínculos de cuidado dentro de la comunidad. Al acompañarlas e involucrarlas en estas acciones preventivas, se promueve la creación de redes de apoyo que favorecen la detección temprana, el acompañamiento emocional y la búsqueda de ayuda profesional cuando es necesario.

La motivación central de esta investigación es ofrecer información relevante que permita estar alerta frente a indicadores que muchas veces pasan inadvertidos, promoviendo una mirada más atenta, inclusiva y despojada de prejuicios. También, se pretende visibilizar que la problemática abordada atraviesa a todas las clases sociales, edades y contextos socioculturales, derribando mitos y promoviendo la construcción de nuevos conocimientos.

Se agradece la predisposición de las madres en los comedores comunitarios, quienes manifestaron interés en adquirir herramientas para atender las necesidades emocionales y sociales de sus familias, resultando especialmente significativo su

compromiso y predisposición. Esta experiencia evidenció la importancia del acompañamiento, la sensibilización y la formación continua en la comunidad.

Por otro lado, se reconoce la orientación, el apoyo y la disponibilidad de la Lic. Eugenia Molina, psicóloga del centro de salud y tutora académica durante la práctica. Así también, se destaca la colaboración de la directora del proyecto Dra. María Eugenia Moreno por el asesoramiento y disposición para la realización de este proyecto.

Además, se agradece el apoyo y cariño incondicional de mi familia, pareja, amigos y cada persona que fue parte de este proceso para alcanzar este logro.

Por último, a la Universidad Católica de Cuyo por brindar la posibilidad de realizar prácticas profesionales, que permiten conocer la realidad del ejercicio del rol profesional.

Este trabajo constituye una instancia de cierre y, al mismo tiempo, una apertura hacia nuevas interrogaciones, prácticas y desafíos que orienten el ejercicio profesional hacia una comprensión más integral y comprometida de la realidad social.

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

El suicidio puede entenderse como un acto intencional a través del cual una persona pone fin a su propia vida, constituyendo un fenómeno complejo que atraviesa todas las edades, géneros y contextos socioculturales. Se trata de un problema de salud pública que exige un abordaje integral, en el que la prevención ocupe un lugar central. Esta debe orientarse a la sensibilización social, la identificación temprana de señales de riesgo y la posibilidad de acceder a una atención en salud mental adecuada y accesible, implicando la participación conjunta de los diferentes sectores de la comunidad.

En Argentina, la Ley Nacional N.º 27.130 de Prevención del Suicidio, promulgada el 8 de mayo de 2015, establece un marco normativo integral orientado a la promoción, prevención, asistencia y posvención del suicidio, reconociéndolo como un problema de salud pública y de derechos humanos. En el ámbito provincial, la Ley N.º 2405-Q de la Provincia de San Juan, adhiere a la Ley Nacional, reafirmando el compromiso local con la promoción de políticas públicas orientadas a la prevención, asistencia y acompañamiento de las personas en situación de riesgo.

El presente trabajo, se realizó en el marco de las Prácticas Profesionales Supervisadas (PPS), como Trabajo Integrador Final, para acceder al título de Licenciada en Psicología, en la Facultad de Filosofía y Humanidades de la Universidad Católica de Cuyo.

Dichas actividades se realizaron en el Área de la Psicología Social Comunitaria, en el Centro de Atención Primaria de la Salud (CAPS) La Bebida, ubicado en Rivadavia, perteneciente a la Zona Sanitaria IV, del Ministerio de Salud de la Provincia de San Juan.

Este trabajo tiene como objetivo general:

- Prevenir el suicidio en mujeres adultas de la comunidad de La Bebida, mediante intervenciones psicosociales.

A partir de este objetivo general se plantean los siguientes objetivos particulares:

- Favorecer espacios de encuentros sobre prevención del suicidio en mujeres adultas de la comunidad de La Bebida.
- Brindar Información sobre mitos y realidades acerca del suicidio en mujeres adultas de la comunidad de La Bebida.
- Promover redes de apoyo y recursos socio comunitarios en mujeres adultas de la comunidad de La Bebida.
- Analizar las características del rol del psicólogo socio comunitario, y reflexionar acerca del desempeño en el ejercicio del propio rol, durante el proceso de ejecución de la práctica profesional supervisada.

Considerando a los sujetos activos de su propio desarrollo, se busca, desde el rol que ocupa el psicólogo, acompañar, concientizar y brindar tanto herramientas como conocimientos para la transformación de la comunidad, a través de las acciones de prevención, promoción y detección temprana realizadas por los equipos comunitarios.

A continuación, se plantearán los temas principales necesarios para poder comprender el trabajo integrador final.

1.1. Psicología Social y Comunitaria

La Psicología Social Comunitaria surge en América Latina en la década de 1970 como una respuesta crítica a los modelos tradicionales de la psicología social y clínica, los cuales eran percibidos como insuficientes para abordar las profundas desigualdades sociales, políticas y económicas de la región. Se enfocó en explorar los aspectos positivos de la comunidad (no solo lo negativo), buscando desplegar sus recursos, y concediéndoles a sus miembros el protagonismo necesario para construir una mejor realidad.

Dentro del desarrollo teórico latinoamericano, Montero (1984, citado de Buzaglo, Cravero, Divita, Fedorchuk, Gonzalez y Augsburg, 2020, p.5) conceptualizó a la Psicología Social Comunitaria como “la rama de la psicología cuyo objeto es el estudio de los factores psicosociales que permiten desarrollar, fomentar y mantener el control y poder que los individuos pueden ejercer sobre su ambiente individual y social para solucionar problemas que los aquejan y lograr cambios en esos ambientes y en la estructura social”. Entonces, la Psicología Social Comunitaria encuentra su espacio en la psicología, siendo una disciplina en proceso de consolidación y que tiene como su objeto de estudio al cambio social.

Según la autora, el psicólogo comunitario cumple un rol de agente de cambio, cuyo propósito es facilitar procesos colectivos de organización y de fortalecimiento de recursos comunitarios.

Desde una perspectiva norteamericana, Rappaport (1977) dice que “la psicología comunitaria acentúa la importancia de la perspectiva ecológica de la interacción, sosteniendo posibilidad de mejorar la adaptación entre las personas y su ambiente mediante la creación de nuevas posibilidades sociales y a través del desarrollo de recursos personales en vez de hacer hincapié exclusivamente en la supresión de deficiencias de los individuos y de sus comunidades” (Citado en Bravo 2019, p. 10). Para el autor, el trabajo comunitario implica generar condiciones para que las personas y grupos puedan transformar sus contextos de manera autónoma.

Este modelo se asocia a los planteamientos de Bronfenbrenner que señala la influencia de diversos sistemas que rodean a las personas, distinguiendo entre los entornos más inmediatos como la familia y la escuela, hasta la ideología y las instituciones sociales. Este enfoque permite observar las complejas redes de influencia recíproca que hay entre las personas y sus contextos (Herrero, 2004, citado en Bravo, 2019, p. 10).

En Argentina, De Lellis (2022) retoma estas tradiciones y plantea que la psicología social comunitaria debe articularse con las políticas públicas y los movimientos sociales, promoviendo la salud integral y la participación comunitaria. Estas

perspectivas han contribuido a consolidar un enfoque que no solo busca comprender las problemáticas sociales, sino también transformarlas a través de prácticas colectivas, participativas y emancipadoras.

En síntesis, la Psicología Social Comunitaria se configura como un campo crítico y transformador que integra ciencia, ética y compromiso social. El suicidio, tema central de este trabajo, es una problemática social que no solo afecta a la persona que atraviesa la crisis; sus consecuencias alcanzan a las familias, a los grupos cercanos, a las instituciones y, en definitiva, a toda la comunidad. Por eso, la prevención no puede pensarse solo desde lo individual, es necesario que toda la sociedad se involucre, promoviendo mayor conciencia, acompañamiento y acciones colectivas que ayuden a detectar señales tempranas y a cuidar a quienes puedan estar atravesando situaciones de riesgo.

1.1.1. Rol del Psicólogo Social Comunitario

El rol del psicólogo social comunitario en América Latina, y particularmente en Argentina, se ha configurado como una práctica crítica, ética y transformadora, orientada a la promoción de la participación y el empoderamiento colectivo. Este profesional no se limita a un abordaje técnico o meramente clínico, sino que asume un compromiso social y político frente a contextos de desigualdad, exclusión y vulnerabilidad. En este sentido, su función trasciende la intervención individual, constituyéndose en un facilitador de procesos colectivos que buscan fortalecer los recursos internos de las comunidades, promoviendo su autonomía.

De acuerdo con Gaviria Stewart y Morales Domínguez “los psicólogos sociales se ocupan de las relaciones entre el contexto social y los procesos psicológicos. Les interesan también los grupos, las sociedades y las instituciones, pero como producto de la interacción entre los individuos, como algo interiorizado en la mente de las personas y que influye en lo que piensan, sienten y hacen” (2019, p. 3).

En Argentina, algunos autores han profundizado en esta perspectiva. De Lellis (2022) resalta que el rol del psicólogo comunitario se vincula con la promoción de la

salud, la prevención de problemáticas sociales y el fortalecimiento de lazos comunitarios. El autor subraya que el profesional debe articular su intervención con políticas públicas, contribuyendo a la consolidación de ciudadanía activa y a la construcción de redes de apoyo social. Menciona que el rol de la psicología resulta impulsor del cambio social.

Continuando en el marco latinoamericano, Montero (2003) sostiene que “el psicólogo comunitario cumple la función de agente de cambio, cuya tarea fundamental es la de promover la participación social, fortalecer los recursos internos de la comunidad y fomentar procesos de transformación que estén orientados hacia la equidad y la justicia. Por ello, su rol es activo en la comunidad y con sus integrantes. Es descrito como “colaboradores y no “padres simbólicos”, ni expertos o directores con control sobre la transformación que ellos planifican, sino como acompañantes o facilitadores de un proceso que ocurre en la comunidad” (citado en Bravo, 2019, p.25).

De manera similar, Morales (2020) plantea que el psicólogo comunitario tiene la función de posibilitar la integración social, incrementar el sentido de comunidad y operar estratégicamente en el proceso de reconstruir y restablecer el orden alterado por la emergencia de situaciones conflictivas. Además, subraya que el rol del psicólogo comunitario se encuentra definido por actividades relacionadas con el bienestar individual y social. De este modo, es tarea del psicólogo generar vínculos de apoyo y redes de cooperación que potencien el desarrollo humano y propicien bienestar integral.

En conjunto, estos aportes permiten comprender que el rol del psicólogo social comunitario trasciende el ámbito técnico para configurarse como una praxis transformadora que integra ciencia, ética y compromiso social. Tanto en Argentina como en el resto de América Latina, el psicólogo comunitario es concebido como un facilitador de la participación y un actor comprometido con la construcción de justicia social. De este modo, la psicología comunitaria se reafirma como un campo que no

solo busca interpretar la realidad social, sino también transformarla en pos del bienestar colectivo y la ampliación de derechos.

1.1.2. Atención Primaria de la Salud

Dentro de las estrategias implementadas por la psicología sanitaria, encontramos la Atención Primaria de la Salud; este nivel de atención constituye el primer punto de contacto con el Sistema Nacional de Salud. Su propósito es acercar los servicios sanitarios al entorno de vida y trabajo de las personas, siendo el componente inicial de un proceso continuo de atención primaria.

Para Cantera (2004, citado en Bravo, 2019) las metas y acciones son integrales, afectando a lo preventivo y a lo curativo. Por esto, se acostumbra a denominarlas: prevención primaria (promoción y protección de la salud), prevención secundaria (tratamiento, curación) y prevención terciaria (rehabilitación). La Organización Mundial de la Salud (2020, p. 6) la define como “un enfoque de la salud que incluye a toda la sociedad y que tiene por objeto maximizar el nivel y la distribución de los servicios de salud y bienestar mediante tres componentes:

- Servicios de salud integrados y centrados en la atención primaria y las funciones esenciales de salud pública.
- La política y las acciones multisectoriales.
- La capacidad de acción y decisión de las personas y las comunidades.

Esto significa que no se limita al primer nivel de atención médica, sino que busca integrar los distintos componentes del sistema de salud con la comunidad, priorizando la equidad, la accesibilidad y la sostenibilidad.

Uno de los objetivos centrales de la APS, es reducir las desigualdades en el acceso a la salud mediante la provisión de servicios cercanos al lugar de vida de las personas y adaptados a sus contextos socioculturales. De acuerdo con la OMS (2018), la APS persigue tres metas principales:

1. Garantizar una cobertura sanitaria universal, asegurando que todas las personas tengan acceso a servicios de calidad sin enfrentar dificultades económicas.
2. Responder a las necesidades de salud a lo largo de la vida, abordando desde la niñez hasta la vejez y considerando la salud física, mental y social.
3. Empoderar a individuos y comunidades, promoviendo la participación activa en las decisiones sobre su salud y en la formulación de políticas públicas.

Estos compromisos reflejan que la atención primaria de salud no solo abarca la prestación de servicios, sino que también implica una participación activa de la sociedad y la integración de políticas multisectoriales para promover sistemas de salud más equitativos y sostenibles.

La APS también se concibe como un enfoque de la salud en el que participan todas las instancias gubernamentales y de la sociedad, y que combina componentes políticos y medidas multisectoriales; capacidad de acción y decisión de las personas y las comunidades; y servicios de salud integrados y centrados en la atención primaria y las funciones esenciales de salud pública (OMS 2021).

Así, la APS se convierte en una herramienta fundamental para responder a problemáticas complejas como la violencia, adicciones o la conducta suicida, ya que promueve la integración de la salud mental en los servicios de primer contacto y fomenta la construcción de redes comunitarias de apoyo que trascienden el consultorio. El área de salud representa solo un plano, para la comprensión general que incluye: lo comunitario, lo legal, lo político y lo social.

1.2. Adultez

La edad adulta es una etapa del ciclo vital marcada por transformaciones físicas, psicológicas, sexuales y relacionales. Dichos cambios se ven modelados por diversos factores ambientales, sociales, culturales y económicos, que influyen tanto en la manera en que las personas transitan esta etapa como en los desafíos que deben afrontar. Un contexto de pobreza y vulnerabilidad puede afectar de manera

significativa la salud al restringir el acceso a servicios médicos y psicológicos, aumentando los factores de riesgo.

Desde la Psicología del Desarrollo “se concibe cada etapa vital como un proceso de cambios que se explica tanto por factores biológicos u orgánicos como por otros vinculados al contexto, el aprendizaje o la cultura. La adultez, como toda etapa vital, se describe atendiendo a las pautas culturales y sociales que esperan una serie de aptitudes en la persona que se encuentra en una edad determinada” (Triadó Tur et al., 2019, p. 16).

Triadó Tur (2019) distingue dentro de la adultez diferentes etapas o momentos. Habla de una primera etapa, la adultez joven (hasta aproximadamente los 40 años), distinta de una segunda etapa, denominada adultez intermedia o mediana edad. La primera la considera una etapa de crecimiento y de adquisición de los roles de la persona adulta (pareja, trabajo, hijos, principalmente), mientras la segunda está marcada por la estabilidad de dichos roles.

La edad adulta además se diferencia de otras etapas de la vida, caracterizándose por una mayor madurez psicológica, reflejada en menores niveles de impulsividad, mayor resistencia a la influencia de los iguales, una mirada más a largo plazo de sus decisiones y comportamientos y mayor percepción de riesgos (Triadó Tur et al., 2019).

En la misma línea, Jeffrey Arnett (2000) acuñó el término adultez emergente para describir el estado de las personas que se encuentran en la transición a la adultez. Inicialmente concebida durante la etapa entre los 18 y 25 años y posteriormente ampliada hasta los 29 años, la adultez emergente es entendida como un periodo de exploración para la persona en el que se postergan todos aquellos roles que tradicionalmente definían a los adultos, como tener un trabajo estable o ser padres (Citado en Triadó Tur et al., 2019, p. 20).

La existencia y estilos de vida asociados a la adultez emergente están ligados no solo a parámetros culturales (qué espera cada cultura de una persona de una

determinada edad), sino también a criterios económicos que posibilitan ese periodo extendido de experimentación y postergación de los roles adultos en los jóvenes (Triadó Tur et al., 2019).

Según Razo González, Díaz Castillo y López González (2018) “Al llegar a la adultez madura lo que toca a la persona es alcanzar todo aquello que se propuso en las otras etapas de la vida, trabajar para obtener estabilidad económica, formar una familia, establecer relaciones interpersonales, viajar, crear, sentirse capaz de generar y construir su vida, esta etapa abarca la procreación, la productividad y la creatividad. El adulto maduro tiene que descubrir si todo lo que hace tiene sentido porque tiene una dirección, un punto hacia dónde ir, una meta que cumplir, un porqué y un para quién avanzar” (p. 154).

De acuerdo con Erikson, en la etapa adulta se cultiva la virtud del cuidado, como un compromiso ampliado de cuidar de las personas, los productos y las ideas. La madurez sirve de faro que guía a los más jóvenes y su camino está trazado puesto que es la generación destinada a “transformarse en un modelo luminoso para la próxima generación”. Estas circunstancias pueden traducirse en una preocupación por la productividad y la supervivencia (Razo González et al., 2018, p. 154).

En conclusión, la adultez no implica únicamente asumir roles y responsabilidades, sino también adaptarse a las demandas y transiciones propias de cada contexto. La presente investigación se realizó con mujeres adultas de la comunidad de La Bebida, quienes viven esta etapa desde realidades sociales y económicas particulares. Además, se reconoce el rol importante que tienen en sus familias y grupos cercanos, permitiendo que, a través de ellas, sea posible informar, prevenir y generar espacios de diálogo para que compartan estos conocimientos, acompañen a otros y puedan fortalecer redes de apoyo dentro de la comunidad.

1.3. Suicidio

Cuando hablamos de suicidio, nos referimos a un fenómeno muy complejo en el que están implicados diversos factores, tanto genéticos, como psicológicos, culturales, vinculares, existenciales y espirituales.

El término suicidio proviene del latín *sui* (sí mismo) y *caedere* (matar), lo que significa literalmente “matarse a sí mismo” (Real Academia Española, 2023). Si bien esta definición etimológica remite a la acción individual, se ha demostrado que el suicidio constituye un fenómeno complejo, multicausal y multidimensional, cuya comprensión requiere integrar perspectivas sociológicas, psicológicas y de salud pública. Del mismo modo, El Grupo de Trabajo (2011, citado en Echeburúa, 2015) define el suicidio como “muerte producida por uno mismo con la intención precisa de poner fin a la propia vida”. El término resulta polisémico, por lo que señala que las conductas suicidas en la clínica psicológica se presentan de forma diversa y requieren vías de intervención distintas.

El suicidio es uno de los fenómenos que ha acompañado a la humanidad desde la prehistoria. Es un serio problema que afecta a la población a nivel global, con un gran número de personas que mueren por esta causa cada año (Amador, 2015; Guerrero, 2019, citado en López-Díaz et al., 2024). Ante la creciente demanda de atención que ha suscitado este fenómeno, se han desarrollado e implementado diversas estrategias y programas de intervención que buscan disminuir la incidencia de los casos de suicidio.

Siguiendo a Flores, Gómez, Hidalgo, Manzano, Rosado y Talavera (2020, p. 5), en la conducta suicida suelen aparecer las siguientes fases:

- Ideación suicida: se refiere a un continuo que va desde pensamientos sobre la muerte o sobre morir, deseos de morir, pensamientos de hacerse daño hasta un plan específico para suicidarse.
- Intento de suicidio: implica una serie de conductas o actos con los que una persona intencionalmente busca causarse daño hasta alcanzar la muerte, no logrando su consumación.

- Suicidio consumado: término que una persona, de forma voluntaria e intencional, hace de su vida. La característica preponderante es la fatalidad y la premeditación.

Para Casas-Muñoz et al. (2024), “las conductas suicidas son un fenómeno complejo y multifactorial, la literatura sobre factores de riesgo para la conducta suicida se concentra en su mayoría en países de altos ingresos y no existen suficientes estudios que organicen comprensivamente estos factores y sus posibles interacciones” (p.61). Por su parte, Echeburúa (2015) afirma que la conducta suicida implica un sufrimiento intenso, una carencia de recursos psicológicos para hacerle frente y una desesperanza profunda ante el futuro, acompañada de la percepción de la muerte como única salida.

Por ello, el suicidio no es un problema moral, los que intentan suicidarse no son cobardes ni valientes, sólo son personas que sufren, que están desbordadas por el sufrimiento y que no tienen la más mínima esperanza en el futuro (Bobes, Giner y Saiz, 2011, citado en Echeburúa, 2015).

La Organización Mundial de la Salud considera al suicidio un grave problema de salud pública y lo reconoce como una de las principales causas de mortalidad en adolescentes y adultos jóvenes a nivel mundial. Enfatiza que cada año ocurren más de 700.000 muertes por suicidio en el mundo y cada una de ellas es una tragedia que tiene repercusiones de gran alcance en familias, amigos y comunidades. Asimismo, enfatiza que la conducta suicida no debe entenderse como un acto aislado ni como una expresión de debilidad de carácter, sino como el resultado de una compleja interacción entre factores psicológicos, sociales, culturales y ambientales (OMS 2021).

En el año 2021, la OMS propuso una iniciativa con lineamientos estratégicos que orientan a los Estados en la implementación de planes nacionales de prevención del suicidio, integrando la salud, la educación y la participación comunitaria. Los informes actualizados de la OMS (2023) reafirman la necesidad de fortalecer los programas de salud mental y reducir el estigma asociado a esta problemática,

entendiendo que el suicidio es prevenible si se abordan de manera simultánea los factores de riesgo y los determinantes sociales de la salud.

En síntesis, se tiene la convicción de que advertir la urgencia del asunto, indagar en sus posibles causas, en su proceso, sus factores, tanto de riesgo como protectores, es de extrema necesidad para poder llevar adelante la ejecución de la prevención del suicidio y que esta sea más eficiente.

1.3.1. Mitos y Realidades sobre el suicidio

Cuando se aborda el suicidio, uno de los principales obstáculos para su comprensión y prevención es la persistencia de diversos mitos que lo rodean. Estos relatos, basados en creencias erróneas y en el estigma social, dificultan tanto la detección temprana de señales de alerta como la implementación de estrategias preventivas eficaces.

Es importante advertir que el suicidio sólo puede comprenderse dentro del contexto de la cultura individual, que debe ser la base de cualquier programa de prevención de suicidio.

Flores, Gómez, Hidalgo, Manzano, Rosado y Talavera (2020, p. 26) mencionan algunos mitos y sus respectivas realidades:

- “Si una persona comunica que se ha autolesionado no quería suicidarse, es una llamada de atención”: Normalmente, la mayoría de las personas que han consumado el acto de suicidio han expresado de alguna manera su idea previamente, ya sea mediante palabras, gestos, amenazas o un cambio en su conducta. Su deseo de acabar con su vida nunca debe ser considerado como una llamada de atención.
- “Las personas que se suicidan tienen problemas graves”: Debemos tener en cuenta la persona que piensa en el suicidio se encuentra en un estado de desesperanza que le lleva a pensar que su vida no tiene sentido, cualquiera sea su motivo, siempre estará sometido a un elevado nivel de estrés.

- “La persona que se quiere suicidar no lo dice”: Es importante tener en cuenta que nueve de cada diez personas avisaron previamente de sus intenciones, por lo tanto, es necesario intervenir preventivamente ante cualquier amenaza de autolesión.
- “El suicidio es un acto impulsivo que no podemos prevenir”: El suicidio puede ser un acto impulsivo o una conducta con una planificación previa muy cuidadosa, pero, en cualquier caso, la persona ha emitido previamente unas señales de alerta que es importante detectar para intervenir lo antes posible.
- “Al hablar con una persona con factores de riesgo de suicidio se le puede incitar a que lo realice”: Está demostrado que hablar con una persona que pueda estar en riesgo reduce el peligro de que lo cometa. Es importante mantener una actitud de escucha activa, de comprensión y de respeto, de esta manera aliviaremos su tensión y le transmitiremos que puede contar con nuestra ayuda.
- “Solo especialistas pueden ayudar a una persona con ideas de suicidio, intervenir puede ser perjudicial”: La persona con conducta suicida necesita ayuda, el mero hecho de interesarse por sus sentimientos y emociones alivia el sufrimiento. Esta intervención es un primer paso, para escucharle acompañarle y apoyarle en todo el proceso de ayuda posterior.

Siguiendo la misma línea, se comentan otros mitos propuestos por Martínez (2017, p. 71):

- “Los suicidas sólo desean morir y nadie puede sacarlos de esa idea”: Es muy frecuente que las personas con ideación suicida tengan sentimientos ambivalentes respecto a la propia muerte, aunque manifiesten lo contrario.
- “Un intento de suicidio implica que la persona siempre tendrá ideas suicidas”: A menudo las tentativas suicidas se dan en períodos altamente estresantes, que requieren de un trabajo elaborativo de los conflictos que lo provocaron.
- “Solamente las personas que están muy psicóticas se suicidan”: A pesar de que en numerosos casos de intentos o de suicidios concretados se verifica

la comorbilidad de diferentes psicopatologías, la mayor parte de ellas no aluden a cuadros psicóticos.

- “La mayor parte de los casos de suicidio se dan en gente de bajo nivel social, con pocos recursos económicos”: En las últimas décadas se ha comprobado el aumento de las tasas de suicidio entre los más jóvenes (15 a 24 años) y no necesariamente en quienes se ubican en los niveles socioeconómicos más bajos. En la clínica del intento suicida son tan frecuentes las consultas de personas con escasos recursos económicos, como aquellos que se encuentran en niveles más altos de la escala social.

Se concluye que los mitos entorpecen la prevención, de manera tal que es de enorme significación concientizar para acabar con los tabúes.

1.3.2. Señales de Alerta

Se considera que muchas personas antes de suicidarse evidencian una serie de signos y síntomas que si se detectan a tiempo pueden servir para disminuir el riesgo de la aparición de un intento suicida.

Para iniciar, González Ruiz (2015) señala que se debe tener en cuenta la diferencia entre factores de riesgo y señales de alerta, esta distinción posee una relevancia clínica extremadamente útil. Aunque a primera vista puedan parecer el mismo concepto y se suelen integrar dentro de los factores de riesgo, las señales de alerta son conductas o síntomas específicos que un determinado sujeto tiene en un momento puntual, de forma aguda; al contrario de lo que sucede con factores de riesgo, suelen ser inmutables. Las señales de alerta como la ansiedad, agitación o desesperanza, pueden ser identificadas, exploradas y abordadas con intervenciones clínicas y psicosociales que ayuden a remitirlas. Por todo ello, en el manejo de pacientes con conductas suicidas siempre se debe individualizar la atención.

Estas señales de alerta pueden clasificarse en directas, cuando la persona comunica de manera explícita su sufrimiento o su deseo de morir, e indirectas,

cuando el malestar se expresa de forma más sutil o a través de cambios conductuales, emocionales o relacionales (Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia, 2023).

En relación con las señales directas de alarma, estas se expresan a través de manifestaciones verbales o conductas que indican ideación suicida de manera explícita. Entre las más frecuentes se destacan:

- Hablar sobre el deseo de morir o de quitarse la vida, ya sea de modo literal (“quiero morirme”) o metafórico (“ojalá no despertara mañana”).
- Expresar sentimientos de desesperanza o inutilidad, indicando la creencia de que nada puede mejorar.
- Elaborar planes o buscar medios concretos para suicidarse, como adquirir medicamentos, armas o materiales peligrosos.
- Despedirse o dejar mensajes escritos o digitales, que pueden interpretarse como legados o notas de despedida.

Estas señales implican una comunicación directa del sufrimiento psíquico, y requieren intervención inmediata y acompañamiento profesional. Tal como sostiene la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia (2023), toda amenaza de suicidio debe ser tomada en serio, entendiendo que no se trata de un acto de manipulación, sino de un pedido urgente de ayuda.

Por su parte, las señales indirectas pueden manifestarse en cambios conductuales, emocionales o relacionales que reflejan un estado de malestar persistente, aislamiento o desorganización emocional. Se consideran indicadores de riesgo cuando se sostienen en el tiempo o aparecen de forma abrupta y sin causa aparente. Entre ellas se incluyen:

- Aislamiento progresivo de familiares, amistades o instituciones, pérdida de interés por actividades que antes resultaban placenteras.
- Cambios significativos en hábitos cotidianos, como el sueño, la alimentación o la higiene personal.

- Regalar pertenencias con valor afectivo, escribir mensajes de despedida o mostrar desinterés por el futuro.
- Fluctuaciones emocionales intensas, alternando entre tristeza profunda, irritabilidad o calma repentina tras un periodo de crisis.
- Disminución del rendimiento escolar o laboral, aumento del ausentismo o desmotivación generalizada.
- Conductas de riesgo o consumo problemático de sustancias, que pueden expresar impulsividad o auto descuido.
- Historial de intentos previos o ideación recurrente: uno de los factores de mayor riesgo de muerte por suicidio es un intento previo.
- Señales contextuales o situacionales: pérdidas importantes (rupturas, desempleo, deudas, problemas legales), estigmatización o antecedentes de violencia/abuso aumentan la vulnerabilidad.
- Manifestaciones somáticas del sufrimiento psíquico, como dolores recurrentes, fatiga, apatía o falta de energía.

La diferenciación entre señales directas e indirectas permite a profesionales y referentes comunitarios construir intervenciones adecuadas. Su presencia no equivale necesariamente a una intención firme y permanente; muchas personas están ambivalentes, por eso la evaluación y el acompañamiento inmediato son clave. Es importante reconocer que toda señal puede potenciarse cuando hay un agravamiento de un trastorno psicopatológico, presencia de una enfermedad crónica dolorosa o cuando se produce un aislamiento social indeseado (Echeburúa, 2015).

En la adolescencia muchos comportamientos pueden ser muy parecidos a las señales de alerta, la diferencia la hará su persistencia en el tiempo, la pérdida de interés y la imposibilidad de pensar o hacer otra cosa. Cualquier niño, niña o adolescente que exprese pensamientos de suicidio debe ser escuchado y la situación debe abordarse inmediatamente intentando reducir el dolor, reforzando los vínculos y ofreciendo esperanza (Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia, 2023)

Algunos intentos de suicidio o suicidios consumados pueden no manifestar señales previas, sin embargo, en la mayoría de los casos estas sí se pueden observar. Si aparecen varias señales juntas o un cambio brusco en el comportamiento, aumentan la probabilidad de riesgo.

1.3.3. Factores de Riesgo

Es importante identificar los factores de riesgo en la conducta suicida ya que son aquellas condiciones que incrementan la vulnerabilidad de una persona. No se trata de causas directas ni determinantes, sino de elementos que, al combinarse entre sí o con situaciones de crisis, pueden aumentar la probabilidad de que la conducta suicida se desarrolle. Reconocer estos factores permite comprender mejor la complejidad del problema y orientar intervenciones preventivas.

Un modelo que puede permitir la organización de los factores de riesgo es el Modelo Ecológico de Bronfenbrenner, quien plantea que el desarrollo psicológico del ser humano se puede analizar a través de su interrelación con el entorno. Esta perspectiva, sostiene que el ambiente es la principal fuente de influencia sobre la conducta humana, y lo concibe como un conjunto de estructuras seriadas y estructuradas en cuatro niveles concéntricos desde lo individual hasta lo social: el primer nivel u ontosistema, el segundo o microsistema, el tercero o exosistema y el cuarto o macrosistema. El modelo ecológico postula que la salud está influenciada por factores interrelacionados en estos cuatro niveles (Casas-Muñoz et al., 2024).

A partir de esto, para Casas-Muñoz et al. (2024) al momento de abordar las conductas suicidas se debe comenzar por la identificación de los factores de riesgo, los cuales abarcan desde los sistemas sanitarios y la sociedad hasta los niveles comunitario, relacional e individual. Estos factores suelen actuar de forma acumulativa para aumentar la vulnerabilidad a la conducta suicida. Se presenta a continuación información rápida y práctica sobre la identificación e interacción de estos factores de riesgo:

Los factores de riesgo individuales (ontosistema) están relacionados con el antecedente de conductas suicidas y el acceso a medios para hacerlo, la comorbilidad psiquiátrica y su tratamiento farmacológico, los problemas emocionales, el consumo o abuso de sustancias, pertenecer a minorías, las conductas de riesgo, comorbilidades sistémicas y enfermedades crónicas.

Por otra parte, dentro de los factores de riesgo a nivel familiar (en el microsistema) se han encontrado fuertes asociaciones entre las tendencias suicidas en jóvenes y el maltrato infantil, con un incremento en el riesgo de consumir un suicidio. La vulnerabilidad en los jóvenes con antecedentes familiares de trastornos mentales o comportamiento suicida puede reflejarse en sus tendencias a experimentar mayores tasas de trastornos mentales o de abuso de sustancias y comportamientos suicidas.

Los factores de riesgo a nivel comunitario (en el exosistema) están relacionados principalmente con las experiencias de violencia entre los pares u otras personas cercanas o conocidas. La violencia por bullying, cyberbullying y/o ambas, junto con otras experiencias violentas, como la violencia sexual forzada, presentándose tanto a nivel familiar como comunitario, son de los factores que mayormente incrementan el riesgo.

Por último, encontramos factores de riesgo a nivel social (en el macrosistema), donde el factor que se ha relacionado con el desarrollo de conductas suicidas es la inseguridad alimentaria, pobreza y la falta de acceso a servicios de salud, educación y seguridad.

Grande Ratti, Malleza, Bertolani, Faccioli, Valdez D'stefano, Martínez y Matusevich (2024) destacan que la conexión entre factores sociales y el riesgo de suicidio acentúa la necesidad de intervenciones que aborden no sólo los aspectos clínicos, sino también los determinantes sociales que influyen en la salud mental de las personas.

Por otro lado, tal como plantea la Organización Panamericana de la Salud (2023), entre los factores de riesgo asociados con el sistema de salud y con la sociedad en

general, figuran las dificultades para acceder a la atención de salud y recibir la asistencia necesaria; la fácil disponibilidad de los medios que se utilizan para suicidarse; y el sensacionalismo de los medios de difusión en lo concerniente a los suicidios, que aumenta el riesgo de imitación de actos suicidas. También conspiran otros factores, como la estigmatización de quienes buscan ayuda por comportamientos suicidas (ideación o planificación) o los que tienen problemas de salud mental o por consumo de sustancias psicoactivas.

Para la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia (2023), es también importante poder distinguir entre factores predisponentes o de vulnerabilidad, factores precipitantes y factores protectores.

- Factores de vulnerabilidad o predisponentes: como la violencia intrafamiliar; el abuso sexual, la falta de contención familiar, y las patologías mentales no atendidas, las vulnerabilidades escolares, la discriminación, violencia y abusos en vínculos; el consumo de sustancias, la falta de vínculos o de redes por fuera de lo familiar y los noviazgos violentos.
- Factores precipitantes: la pérdida de soportes afectivos, rupturas amorosas; los desfases entre expectativas y logros; situaciones de violencia y abusos en su fase de revelación o sanción para el sujeto son los que dan cuenta del colapso del sujeto y generalmente están asociados a escenarios de rechazo y de humillación.
- Factores protectores: tener un sostén vincular cuando se pierden los soportes, capacidad para mitigar los conflictos entre expectativas y logros cuando se promocionan las habilidades, capacidad para reflexionar sobre exigencias sociales y experiencias vivenciadas, integración de esquemas valorativos diferentes y más flexibles, existencia de ambientes que promocionen la posibilidad de comunicar y expresar aquello que las personas sienten.

Reconocer y actuar sobre estos niveles de riesgo permite avanzar hacia un abordaje integral y situado del suicidio, que contemple simultáneamente la dimensión subjetiva del sufrimiento y las condiciones socioeconómicas y culturales que lo

determinan. Tal como proponen los marcos de la salud pública y la psicología comunitaria, la prevención de la conducta suicida no se limita a la intervención clínica individual, sino que implica una responsabilidad social compartida, orientada al fortalecimiento de las redes comunitarias, la promoción de la inclusión social y la garantía de los derechos humanos en salud mental.

1.3.4. Estrategias Psicosociales

Se contempla la importancia de dar a conocer estrategias psicosociales para saber cómo actuar cuando se detectan una o varias señales de alerta o situaciones potenciales de riesgo suicida. Al conocer estas señales, se pueden aplicar estrategias para realizar un acompañamiento a la persona en potencial riesgo suicida.

No necesariamente tiene que ser un profesional en salud mental el que primero aborde a una persona con intento de suicidio. Se puede ofrecer el apoyo con permitir cercanía, escucha empática, etc., que a veces puede ser la única y suficiente medida para evitar la conducta suicida. Algunas estrategias básicas, son: tratarlo con respeto, tomarlo en serio, creer lo que nos manifiesta, escucharlo con genuino interés, permitirle expresar sus sentimientos, preguntar sobre la idea suicida (Malla & Romero, 2018, p. 118).

Jiménez Pietropaolo, Martín Ulloa, Pacheco Tabuenca, Pérez-Íñigo Gancedo, Petersen Guitarte, Robles Sánchez, Santiago García, Tébar del Río, Torras García, & Villoria Borrego (2016) sugieren que la conducta más apropiada es comunicarse lo antes posible con el profesional que lo está tratando o, si aún no está en tratamiento, contactarse con el sistema de salud mental. Es muy importante contar con el apoyo de los distintos agentes que integran la red preventiva del suicidio: médicos, psiquiatras, psicólogos, enfermeros, trabajadores sociales, familiares y amigos.

Es elemental además limitar el acceso a posibles medios lesivos, no dejarlo solo, involucrar a familiares y amigos y comprender que preguntar sobre la existencia de

las ideas suicidas no incrementa el riesgo de desencadenar este tipo de acto, sino que puede ser la única oportunidad, tal vez la última, de iniciar las acciones preventivas.

Los facilitadores sociales como bomberos y miembros de las fuerzas de seguridad pueden encontrarse en su desempeño profesional ante situaciones de riesgo inminente de suicidio.

Se debe evitar generar falsas expectativas y formular promesas que no se puedan cumplir. Es clave transmitir a la persona en riesgo que la situación en la que se encuentra tiene salida, y que, aunque aún no haya encontrado solución a la misma, ésta existe. Se intentará encontrar conjuntamente alternativas que la “visión en túnel” de la lógica suicida impide vislumbrar (Jiménez, et al. 2017).

En conclusión, prevenir el suicidio implica un cambio social profundo. Cada persona, desde su lugar, puede contribuir modificando sus creencias y actitudes, comprendiendo que gobiernos, profesionales y comunidad, comparten la responsabilidad de generar conciencia y actuar para reducir este problema.

1.4. Prevención

Tomar medidas desde un principio puede evitar que un problema se desarrolle de manera más grave en el futuro. Intervenir temprano permite identificar señales de riesgo, acompañar a las personas en momentos críticos y reducir la posibilidad de que la situación avance hacia conductas autolesivas.

Existen tres tipos de prevención, por un lado, la prevención primaria que tiene por objeto conocer las causas de los problemas y busca disminuir la frecuencia de los casos. La prevención secundaria, actúa durante la irrupción del problema y busca disminuir la duración de las crisis, la detección precoz de posibles casos. Por último, la prevención terciaria opera después de la aparición del problema y busca minimizar el impacto, la reducción de síntomas, evitar recaídas y la rehabilitación biopsicosocial (Cantera, 2004, citado en Bravo, 2019).

De acuerdo con Bravo (2019), la prevención primaria es la que más se liga con la psicología comunitaria, debido al énfasis en los determinantes sociales de la salud y enfermedad. Desde la disciplina comunitaria se dispone de un abanico de estrategias, técnicas y actividades que pueden ser utilizadas para generar diagnósticos locales participativos, diseño, implementación y evaluación de intervenciones sociales dirigidas al ámbito de la salud mental.

Para Cantera (2004, citado en Bravo, 2019, p. 22) “la prevención primaria tiene por objeto conocer las causas de los problemas y busca disminuir la frecuencia de los casos, para ello fortalece los recursos de las comunidades, que permitan evitar la incidencia. Como estrategias se utilizan la información, la sensibilización, la concientización, las redes de apoyo social y el empoderamiento”.

Las llamadas intervenciones preventivas abarcan acciones dirigidas a sensibilizar e informar, identificar a las personas en riesgo, reforzar los recursos de ayuda y potenciar la seguridad en el entorno (Gabilondo, 2020). Actualmente, la prevención del suicidio se ha consolidado como una prioridad sanitaria a nivel internacional. En este contexto, se reconoce la urgencia de adoptar enfoques que sean efectivos y respaldados por la evidencia (Abbott-Smith et al., 2023, citado en Grande Ratti et al., 2024).

Para la tarea preventiva, los profesionales de la salud deberían ser quienes fomenten los acercamientos a la comunidad, promoviendo dinámicas, y no esperando a que los individuos tomen la iniciativa y recurran a los medios de salud disponibles. Las acciones preventivas serán más eficaces cuanto más se logre alcanzar e involucrar a los actores que forman el entorno social.

1.4.1. Prevención del Suicidio

El suicidio continúa siendo un tema poco abordado socialmente; por ello, se considera necesaria la implementación de tareas de sensibilización y la mejora de la información que se brinda a la comunidad

Aproximadamente la mitad de las personas que mueren por suicidio visitaron a su proveedor de atención primaria dentro del mes previo, en comparación con menos de 1 de cada 5 que contactó a un especialista en salud mental. Por lo tanto, la Atención Primaria de la Salud es indefectiblemente un entorno importante en donde se debería mejorar la identificación temprana y el tratamiento del riesgo de suicidio (Dueweke & Bridges, 2018, citado en Ratti, 2019)

Como expone González Ruiz (2015, p. 242), la prevención es la medida fundamental que se debe aplicar para reducir el número de personas víctimas del suicidio. De esta forma, puede ser aplicada a diferentes niveles, en función de la población objetivo, pudiendo distinguir así tres tipos diferentes:

- La prevención universal, que tiene como objetivo reducir la incidencia de nuevos casos en poblaciones grandes, como naciones o grandes comunidades, mediante la información, fundamentalmente.
- La prevención selectiva se centra en los grupos de alto riesgo, que muestran signos anticipados de pensamientos o conductas suicidas y pueden encontrarse expuestos a pérdidas importantes y situaciones vitales que pueden hacerlos vulnerables a la depresión y el suicidio. Habitualmente, esta prevención se centra en la reducción de los factores de riesgo, la potenciación de los factores de protección y la mejora de la capacidad de recuperación del paciente.
- La prevención indicada se dirige a individuos que exhiben claramente conductas de riesgo de suicidio, como determinados sujetos con enfermedad psiquiátrica, así como a aquellas personas que expresan deseos de morir o ideas de suicidio y que se encuentran en inminente peligro de intentar quitarse la vida.

La creciente comprensión de la diversidad de perfiles suicidas y la influencia de factores individuales y contextuales requiere estrategias adaptables y centradas en la persona. El abandono de los enfoques unidimensionales implica la necesidad de considerar las particularidades de cada individuo, reconociendo que las

intervenciones efectivas pueden variar según la edad, el género, el cuadro clínico y otros factores específicos (Niculescu et al., 2017, citado en Ratti, 2019).

La OMS (2019) afirma que los sistemas de salud deben incorporar la prevención del suicidio como un componente básico para intervenir a tiempo cuando se detecta a las personas en riesgo de suicidio. Junto a ello, los sistemas de atención de salud deben coordinar las rutas asistenciales para la derivación de las personas a fin de que reciban apoyo de seguimiento en la comunidad o atención especializada en salud mental.

Es también importante promover que los agentes ajenos al sector de la salud que entran en contacto con personas en riesgo (p. ej., en la comunidad) puedan ser competentes en materia de detección oportuna y seguimiento. Frente a esto, Gabilondo (2020) aconseja trabajar también desde una perspectiva no sanitaria, con intervenciones dirigidas a sensibilizar y formar a agentes clave comunitarios, el sistema educativo y la ciudadanía en su conjunto.

Para este autor, probablemente la principal barrera para la prevención es de tipo cultural y parte del estigma y del desconocimiento que rodea al fenómeno, lo que dificulta la petición de ayuda o la posibilidad de ofrecerla desde el entorno (Gabilondo, 2020). Ante la pregunta “¿Cómo podemos prevenir?”, la respuesta radica en generar espacios de promoción de derechos, aprendiendo a escuchar, reconociendo los signos de alerta, mostrando interés y apoyo, respetando las diferentes expresiones de sentimientos, eliminando prejuicios y derribando mitos.

El suicidio se debe hablar, siempre con prudencia: esta es la forma de prevenirlo.

1.4.2. Marco Normativo

El abordaje del suicidio en Argentina se apoya en un marco legal que orienta las políticas públicas de salud mental y la protección de los derechos humanos. Estas leyes marcan pautas para la prevención, la atención y la posvención, y buscan que tanto el Estado como la comunidad trabajen de manera coordinada. En conjunto,

ofrecen una base que respalda las acciones preventivas y las intervenciones con población joven y adulta.

En primer lugar, la Ley N.º 26.529 de Derechos del Paciente en su relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud (Argentina, 2009) aporta un soporte ético y legal fundamental para el trabajo en prevención. En esta normativa se garantiza el acceso a información clara, el consentimiento informado, la confidencialidad y la atención sin discriminación. Estos puntos resultan centrales cuando se realizan encuestas, entrevistas o actividades comunitarias, ya que aseguran que la participación se dé con respeto, autonomía y cuidado de la intimidad de cada persona.

En segundo lugar, la Ley Nacional de Salud Mental N.º 26.657 (Argentina, 2010) establece un modelo de atención centrado en la promoción, la prevención y la inclusión social. Se priorizan los dispositivos comunitarios y la conformación de equipos interdisciplinarios, elementos claves para abordar el suicidio desde diferentes miradas y sostener redes de apoyo en el territorio. De esta manera, la investigación se inscribe en un enfoque de salud mental integral y comunitario, tal como lo plantea la política pública nacional.

Por su parte, la Ley N.º 27.130 de Prevención del Suicidio (Argentina, 2015), es el marco específico más importante en relación con esta temática. Se declara de interés nacional la prevención y la atención integral de las personas en riesgo, y se establece la obligación de implementar políticas de detección temprana, asistencia y posvención. También promueve la capacitación de profesionales, docentes y agentes comunitarios, y fomenta campañas de sensibilización abiertas a toda la sociedad.

En el plano provincial, resulta también significativa la sanción de la Ley N.º 2405-Q, mediante la cual San Juan adhiere a la Ley Nacional N.º 27.130 (Provincia de San Juan, Argentina, 2016), reafirmando el compromiso del Estado provincial con la prevención del suicidio. Esta adhesión permite articular políticas nacionales con

estrategias locales, fortaleciendo las intervenciones comunitarias y otorgando respaldo jurídico y político al trabajo en salud mental.

En conjunto, estas normativas conforman un marco jurídico sólido que sostiene la prevención como una política pública prioritaria. Su orientación se basa en la perspectiva de derechos, la mirada comunitaria, la interdisciplinariedad y el respeto por la dignidad humana.

Es importante aclarar que, en el Código Penal de la Nación Argentina, el intento de quitarse la vida no constituye un delito, por lo que no corresponde realizar una denuncia policial. En el caso de niñas, niños y adolescentes que han intentado hacerlo, sí es obligatorio informar a la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia (SENAF) o a la autoridad administrativa de protección de derechos que corresponda en el ámbito local, a fin de implementar las medidas de protección necesarias.

En el caso de las personas adultas, ante una situación de riesgo o intento de suicidio, se debe actuar de manera inmediata, priorizando la atención médica y psicológica. Puede recurrirse a los servicios de emergencia (911 o 107), a las guardias de salud mental de hospitales, o comunicarse con las líneas de atención y prevención del suicidio disponibles. Estas intervenciones permiten resguardar la integridad de la persona y garantizar el acceso a una atención adecuada y oportuna.

A modo de cierre, el objetivo de esta investigación es acercar los aportes de la psicología social comunitaria al saber cotidiano de las personas, favoreciendo un intercambio entre profesionales y comunidad. Construir ese encuentro permite comprender situaciones tan delicadas como el suicidio y, sobre todo, habilita espacios de diálogo donde el malestar pueda expresarse sin juicios.

CAPÍTULO II

MATERIALES Y MÉTODOS

En el presente capítulo se especifican las estrategias, técnicas e instrumentos utilizados, tanto en las intervenciones realizadas dentro de la institución, como en la recolección de datos e instancia de diagnóstico situacional.

2.1. Metodología

Las Prácticas Profesionales Supervisadas, como se mencionó anteriormente, se realizaron en el CAPS “La Bebida”, ubicado en el distrito La Bebida, Rivadavia, San Juan.

Se emplearon diversas técnicas de recolección de datos, entre ellas la observación participante y no participante, así como entrevistas y encuestas, las cuales facilitaron un acercamiento más profundo a las necesidades y conflictos en la comunidad. Estas acciones también hicieron posible comprender con mayor claridad el papel del psicólogo social y comunitario, además de aportar una visión más amplia del funcionamiento del CAPS.

El enfoque adoptado fue de carácter cualitativo, dado que se buscó comprender en profundidad cómo las personas viven, significan y explican una problemática social compleja como el suicidio. Más que relevar indicadores cuantitativos, se priorizó la exploración de experiencias, percepciones y prácticas situadas en un contexto comunitario determinado. La unidad de análisis seleccionada fueron mujeres adultas de la comunidad de La Bebida, donde se localiza el CAPS La Bebida.

Como unidades de información se destacan los aportes obtenidos a través de entrevistas realizadas a referentes sociales y a los profesionales del CAPS (psicólogas, trabajadora social, médica pediatra, kinesióloga y agente sanitario), así como al personal policial. Finalmente, también se incluyeron los datos proporcionados por las personas que asisten al CAPS, quienes completaron encuestas de manera anónima.

La variable considerada para el actual estudio fue:

- Prevención del suicidio: conjunto de acciones dirigidas a disminuir conductas de riesgo, aumentar los factores protectores y promover el acceso a recursos comunitarios y profesionales de salud mental.

Por medio de los indicadores se identifican las características de las variables para realizar el Trabajo Integrador Final. A partir de ello, se identificaron: redes de apoyo, recursos socio comunitarios, información (mitos y realidades) y consideraciones generales (conducta suicida, factores de riesgo y señales de alerta).

El objetivo principal es prevenir el suicidio en mujeres adultas de la comunidad de La Bebida, mediante intervenciones psicosociales. Para el logro del objetivo principal se desprenden otros objetivos, más específicos, tales como:

- Favorecer espacios de encuentros sobre prevención del suicidio en mujeres adultas la comunidad de La Bebida.
- Brindar Información sobre mitos y realidades acerca del suicidio en mujeres adultas de la comunidad de La Bebida.
- Promover redes de apoyo y recursos socio comunitarios, en mujeres adultas de la comunidad de La Bebida.
- Analizar las características del rol del psicólogo socio comunitario, y reflexionar acerca del desempeño en el ejercicio del propio rol, durante el proceso de ejecución de la práctica profesional supervisada.

2.2. Diagnóstico Situacional.

El Diagnóstico Situacional - Ambiental constituye una herramienta central para la labor del Psicólogo Social, ya que brinda información esencial acerca de la comunidad analizada. Este instrumento posibilita describir y examinar el contexto social, institucional y comunitario en el que se inscribe la realidad estudiada, con el propósito de identificar las condiciones, dinámicas, recursos y dificultades que caracterizan ese entorno. Todo ello permite comprender de qué manera estos elementos inciden en la problemática del suicidio y en las posibilidades de su prevención.

En este caso, se efectuó sobre la comunidad de La Bebida, la cual le compete al Centro de Atención Primaria de Salud La Bebida. Para este propósito se llevaron a cabo entrevistas a referentes sociales como policías y personal del CAPS La Bebida. Además, se realizaron encuestas a personas que se encontraban en la sala de espera del centro de salud.

2.2.1. Descripción de la comunidad

El Centro de Salud La Bebida se encuentra ubicado sobre la Avenida José Ignacio de la Roza a pocos metros de la calle Carlos Pellegrini, en el departamento de Rivadavia, al Oeste de la Ciudad de San Juan. Corresponde a la Zona 4 junto con los departamentos de Ullum, Zonda y Calingasta (Ver Anexo N° 1).

En general, la comunidad cuenta con viviendas otorgadas por el IPV (Instituto provincial de la Vivienda). Cuentan con dos habitaciones, un baño, cocina-comedor y un patio. Todas las casas tienen acceso a agua potable, luz, gas, paneles solares, servicio de recolección de basura y red cloacal. En su mayoría, las familias tienen Wifi y DirecTV. En menor medida hay ampliaciones antisísmicas. Es usual que las casas se encuentran ocupadas por muchos habitantes, siendo frecuente el hacinamiento en los hogares.

La comunidad cuenta con acceso al transporte público, las líneas de colectivo que transitan cerca del Centro de Salud son el TEO 1, TEO 2 y TEO 3, 120, 130 y 142 pertenecientes a la Red Tulum.

Las principales actividades económicas de la zona comprenden el comercio minorista, como locales de indumentaria y kioscos, así como talleres de gomería y la recolección de cartón, realizada por trabajadores informales.

Predomina una población joven, de clase baja.

2.2.2. Problemáticas a nivel comunitario

Entre las problemáticas más frecuentes señaladas por los profesionales del centro de salud y por los propios habitantes de la comunidad, se mencionan la delincuencia e inseguridad, embarazos adolescentes, suicidio y autolesiones en menores de

edad. También identifican la desocupación, bajo nivel de escolaridad y escasez de recursos económicos.

En el plano sanitario, se destacan diagnósticos frecuentes de hipertensión e hipotiroidismo. Mencionan que personas cada vez más jóvenes tienen diabetes, asociado a una alimentación deficiente, alto consumo de carbohidratos y poca presencia de una dieta equilibrada.

Con respecto a la comunidad, se observan dificultades en la convivencia dentro de los hogares, relacionadas con el uso de los espacios compartidos, situaciones de hacinamiento, episodios de violencia intrafamiliar y problemas asociados a las adicciones. También se registran conflictos entre vecinos, vinculados a la unión de familias provenientes de distintos barrios y villas erradicadas de la provincia. Esta diversidad de condiciones sociales y formas de vida genera tensiones que afectan la dinámica comunitaria.

Es frecuente que parejas jóvenes comiencen a convivir en la vivienda de los padres o en construcciones levantadas en el patio, donde suelen encontrarse ampliaciones precarias, realizadas con materiales como paja, troncos o lonas. En menor medida se observan ampliaciones con estructura antisísmica.

La tasa de desempleo es alta. Muchos de los trabajadores se encuentran en el sector informal, implicando inestabilidad en sus ingresos y afectando directamente a su bienestar social y personal. La mayoría de ellos no cuentan con cobertura de obras sociales, ni seguro de trabajo.

En cuanto a su accesibilidad, se advierte que muchas de las personas que viven en la zona no cuentan con movilidad propia y en muchos casos no tienen los recursos económicos necesarios para movilizarse en colectivo, dificultando las derivaciones médicas a otras instituciones sanitarias.

En relación con el centro de salud, las necesidades más mencionadas por los profesionales refieren a la falta de espacio físico frente a la alta demanda de la

población. Los ambientes disponibles resultan insuficientes para la cantidad de trabajadores que desempeñan sus funciones, generando limitaciones en la disponibilidad de espacios seguros y cómodos para la atención de los pacientes. Esta situación se vio profundizada por la anexión del centro de salud La Bebida con el CAPS San Justo, realizada debido a las reformas edilicias en este último en noviembre del año 2024. Como resultado, no solo se produjo una mayor concentración de profesionales en un mismo edificio, sino que también las personas que antes eran derivadas al CAPS San Justo ahora deben asistir al centro de La Bebida, incrementando la sobrepoblación tanto de trabajadores como de pacientes.

Esta problemática impacta de manera directa en la población, especialmente en lo relacionado con la temática del suicidio, dado que los equipos de salud no cuentan con los recursos necesarios para brindar un acompañamiento adecuado. Con frecuencia, no se dispone de turnos ni de espacios apropiados para recibir a personas que llegan en situaciones de crisis.

Por último, se observa un alto nivel de desinformación en la comunidad respecto al suicidio y a las acciones necesarias ante un riesgo inminente. Esto vuelve imprescindible fortalecer la promoción, derribar mitos y desarrollar estrategias de prevención y protección que involucren activamente a la comunidad.

2.3. Etapas del Proceso

Para el desarrollo del presente Trabajo Integrador Final fue necesario transitar las siguientes tres etapas:

- Primera etapa: de exploración.
- Segunda etapa: de diseño y planificación.
- Tercera etapa: de ejecución.

A continuación, se describirán cada una de estas fases.

2.3.1. Etapa de exploración

En esta etapa, el objetivo es recolectar datos sobre la comunidad y sus problemáticas, para luego conocer el rol del Psicólogo Social en este contexto.

En un primer momento se efectuó un recorrido por el CAPS, donde se pudieron conocer tanto las instalaciones como a los profesionales y demás trabajadores que forman parte de la institución. Más adelante, se llevó a cabo un acercamiento a la comunidad mediante la observación no participante de distintos espacios públicos, instituciones y condiciones habitacionales.

Luego, se realizaron entrevistas semidirigidas a los profesionales del CAPS, entre las que se encontraban psicólogas, kinesióloga, trabajadora social, agente sanitario, farmacéutico y médica pediatra, permitiendo obtener una comprensión más profunda del funcionamiento interno del centro de salud. A partir de estas entrevistas fue posible identificar el rol que desempeñan tanto el psicólogo social como el resto del equipo interdisciplinario, así como los objetivos institucionales y la dinámica del vínculo que mantienen con la comunidad.

También se tuvo la oportunidad de participar en una Kermes de la Salud, siendo ésta una actividad articulada entre la Unidad de Salud Mental Zona Sanitaria IV en conjunto con el Centro Barrial “Vientos de Libertad”. Además, por su parte, el CAPS realizó nexos con un merendero del barrio para conocer sus necesidades y planear actividades a futuro.

En última instancia, se llevaron a cabo entrevistas más específicas vinculadas a la temática del suicidio, dirigidas particularmente a la agente sanitaria, las psicólogas y la trabajadora social (Ver Anexo N° 2). Estas indagaciones permitieron profundizar en las percepciones, experiencias y abordajes que el equipo realiza frente a esta problemática dentro del ámbito comunitario.

En cada una de las actividades realizadas se puso especial énfasis en identificar las problemáticas y necesidades más relevantes para la comunidad. La información obtenida resultó fundamental, ya que permitió orientar y planificar de manera adecuada las intervenciones posteriores.

2.3.2. Etapa de Diseño y Planificación Estratégica

Durante esta fase, se llevó a cabo un análisis exhaustivo de todos los datos recaudados, con el objetivo de comenzar a planificar qué acciones se van a ejecutar.

Se trabajó con entrevistas individuales, generando un espacio de debate y diálogo sobre aspectos relacionados al suicidio, permitiendo conocer el grado de entendimiento de los profesionales y la comunidad sobre la problemática. Además, se mantuvo a lo largo de las distintas intervenciones la observación participante y no participante.

Es importante destacar que el suicidio generaba un marcado interés y preocupación en la comunidad. En este sentido, se volvió fundamental ofrecer respuestas y estrategias de abordaje frente a esta problemática, ya que su adecuado tratamiento contribuye de manera significativa a mejorar la calidad de vida de la población.

Como parte fundamental del proceso, se administraron encuestas en la sala de espera del CAPS (Ver Anexo N° 3), con la finalidad de determinar el grado de conocimiento de las personas sobre la temática. Además, se buscó promover la participación comunitaria, fortaleciendo las capacidades de las personas para enfrentar sus dificultades y favoreciendo su bienestar.

2.3.3. Etapa de Ejecución

En la tercera y última etapa se le da lugar a las intervenciones que fueron pensadas en la fase previa.

Se desarrolló un taller en un merendero coordinado por mujeres adultas de la comunidad, quienes mostraron gran predisposición e interés por la temática.

Al inicio, se realizó la presentación de los estudiantes, de las profesionales en Psicología y de la Agente Sanitaria del CAPS. Con la coordinación de las Licenciadas, se trabajaron las principales inquietudes planteadas por las madres del merendero, vinculadas especialmente a la crianza respetuosa y al establecimiento de límites con sus hijos. Posteriormente, se articuló con la temática central del

encuentro, se explicó el propósito de la actividad, se realizó la charla informativa con entrega los folletos y se agradeció la predisposición y participación de las integrantes.

A continuación, se desarrollará la intervención planteada.

2.3.3.1. Taller: “Prevención de la conducta suicida. Guía para familiares y allegados en situación de emergencia”.

- Destinatarios: Mujeres adultas y madres del merendero.
- Fundamentación: Responde a la demanda de la comunidad, marcada por un alto índice de suicidios y una evidente falta de información para abordar esta problemática. Trabajar estos contenidos fortalece la capacidad de la población para identificar señales de riesgo, actuar a tiempo y desarrollar estrategias psicológicas básicas que favorezcan el acompañamiento y la prevención.
- Objetivos: Proponer información para que los familiares puedan diferenciar entre mitos y realidades del suicidio y sus señales de alerta. Además, brindar estrategias para tener en cuenta ante una situación de potencial riesgo suicida. Finalmente, generar un espacio de reflexión en la comunidad sobre esta temática.
- Duración: Diez minutos aproximadamente.
- Materiales: folleto tríptico (Ver Anexo N° 4).
- Desarrollo:

Primera parte, “Introducción”: Se inicia el taller dialogando y reflexionando sobre la temática. Se distribuyen los folletos a las mujeres del merendero, con el fin de que sirvieran de apoyo durante la exposición de la información, comprendan los temas y planteen sus preguntas.

Posteriormente, se explica que la conducta suicida es un problema serio que puede afectar a cualquier persona, sin importar su edad, género o situación económica. No es debilidad ni falta de carácter, sino un problema complejo que puede prevenirse si actuamos a tiempo.

Segunda parte, “Mitos y realidades”: Se propone romper con ideas falsas que nos impiden actuar correctamente. Junto a ello, se leen los mitos anotados en el folleto, para luego reflexionar y desmitificarlos.

Mitos y realidades del suicidio expuestos:

- “En el momento en el que una persona intenta suicidarse, es una persona con riesgo suicida siempre”: Generalmente, las personas que desean terminar con su vida (y no lo hacen), son personas con conductas suicidas durante un periodo limitado de tiempo.
- “La gente que dice que va a suicidarse, no lo hace”: La mayoría de las personas que se suicidan han dado algún tipo de aviso.
- “Hablar sobre el suicidio puede fomentarlo y hasta facilitarlo”: Es fundamental, cuando sospechemos que existe ideación suicida tratar abiertamente este tema. Para la persona será un alivio poder hablarlo con alguien sin ser juzgada.
- “El suicidio ocurre más entre pobres que entre ricos”: No existen diferencias significativas entre niveles sociales.
- “Todas las personas con conductas suicidas son personas con una enfermedad mental”: Las personas con conductas suicidas no necesariamente presentan una enfermedad mental. El suicidio no es una enfermedad, es una conducta.

Tercera parte, “Señales de alerta”: En primera instancia, se hace una distinción entre señales directas e indirectas. Se explica que las primeras son manifestaciones claras, explícitas y sin ambigüedad sobre la idea o intención de morir. Entre ellas podemos encontrar:

- Hablar sobre querer morir o suicidarse.
- Expresar desesperanza o sentimientos de inutilidad.
- Investigar métodos para suicidarse.
- Hablar de sentirse una carga para los demás.

Por otro lado, las señales indirectas son expresiones más sutiles, ambiguas o conductuales que indican sufrimiento emocional y posible riesgo, pero sin mencionar explícitamente la intención suicida.

Se incluyeron:

- Conductas autolesivas o riesgosas.
- Incrementar conductas de riesgo como el consumo de alcohol y/o sustancias.
- Hablar sobre la muerte de forma recurrente.
- Cambios inexplicables en el estado de ánimo.
- Alejarse de amigos, familiares o actividades habituales.
- Cambios en los hábitos de vida (sueño, apetito, descuidar la higiene o apariencia personal).

Cuarta parte, “Estrategias de intervención”: Frente a estas situaciones, se expone la importancia de validar los sentimientos de la persona que atraviesa la crisis, tomar en serio cualquier amenaza o tentativa, escuchar con calma y empatía lo que nos manifiestan, transmitir tranquilidad, interés, no prometer guardar silencio y acompañar, si es posible no dejarla sola hasta que pueda recibir la ayuda adecuada.

- Cierre: Se refuerzan las líneas gratuitas de ayuda y se fortalece la idea de que el suicidio no debe ser un tema tabú. Hablar, escuchar y actuar puede salvar vidas; si se observan señales de alerta, no se debe dudar en buscar apoyo o hablar con alguien de confianza.

Para concluir, cada una de estas fases permitió avanzar de manera progresiva en la identificación de necesidades, el análisis de la información obtenida y la elaboración de intervenciones acordes a la realidad comunitaria. El trabajo articulado con el equipo interdisciplinario del CAPS y con los miembros de la comunidad resultó central para fortalecer la participación, promover el intercambio de saberes y favorecer un abordaje integral de la problemática.

La ejecución del taller de prevención de la conducta suicida evidenció la importancia de las intervenciones psicosociales orientadas a la promoción de la salud mental y

al fortalecimiento de las redes de apoyo comunitarias. Esta actividad, posibilitó brindar información, desmitificar creencias erróneas y ofrecer herramientas básicas para la detección temprana y el acompañamiento ante situaciones de riesgo. De este modo, el presente capítulo sienta las bases para el análisis de los resultados y reflexiones posteriores, reafirmando el rol del psicólogo social comunitario en la prevención del suicidio desde una perspectiva integral, participativa y contextualizada.

CAPÍTULO III

RESULTADOS

En el tercer capítulo, se detallan los resultados obtenidos de acuerdo con los objetivos planteados durante el desarrollo del presente Trabajo integrador Final (TIF).

En primer lugar, se expondrán los resultados obtenidos durante la etapa de exploración, es decir, aquellos derivados de instrumentos de recolección de datos como la observación participante y no participante, las entrevistas semidirigidas y las encuestas administradas en la sala de espera del CAPS La Bebida. Los mismos, permitieron analizar la dinámica comunitaria, familiarizarse con las actividades y servicios ofrecidos en el Centro de Atención Primaria de la Salud, identificar las necesidades sentidas por la comunidad, determinar cuál era la más trascendente y establecer los objetivos del TIF.

En un segundo momento, se expondrán los resultados derivados de la etapa de ejecución. En este apartado, se detallarán los resultados y el impacto del taller “Prevención de la conducta suicida. Guía para familiares y allegados en situación de emergencia”, aplicado a las mujeres adultas y madres del merendero de la comunidad de La Bebida.

Posteriormente, se profundizará en la comprensión del rol del psicólogo socio-comunitario, a partir de las experiencias vivenciadas durante el proceso de intervención. Por último, se concluye el capítulo con un apartado de autoevaluación, donde se relata la experiencia vivida durante el desarrollo de las Prácticas Profesionales Supervisadas (PPS).

3.1. Resultados de la Etapa de Exploración

En esta fase inicial, se implementaron diversas acciones orientadas a conocer en profundidad la comunidad de La Bebida y su contexto sociocultural. El propósito fue recolectar información relevante para la investigación, lo que permitió realizar un

diagnóstico situacional-ambiental detallado, facilitando la identificación de problemáticas, necesidades y fortalezas específicas de la población.

Los resultados obtenidos a lo largo de esta etapa fueron fundamentales para estructurar las intervenciones futuras, garantizando que respondieran de manera efectiva a las necesidades identificadas en la comunidad. Para alcanzarlos, se aplicaron diversos métodos y técnicas, entre ellos entrevistas y observación participante y no participante.

A continuación, se expondrán en profundidad su aplicación y los hallazgos obtenidos.

3.1.1. Resultados de la observación participante y no participante

Se percibió que la comunidad cuenta con buenas condiciones habitacionales, ya que posee edificaciones relativamente nuevas y goza de los servicios considerados esenciales para la vida cotidiana de los habitantes. Asimismo, se constató la existencia de comercios de cercanía, tales como kioscos y almacenes, que ofrecen alimentos, productos de limpieza y de uso personal. Tiene acceso los servicios básicos tales como educación pública, transporte público, seguridad, alumbrado público y provisión de agua potable.

En relación con el funcionamiento del Centro de Atención Primaria de la Salud (CAPS), se observó una elevada concurrencia de personas durante el turno mañana, la cual disminuía notablemente en el horario de siesta y tarde. Esta situación se vincula con el hecho de que la mayoría de las especialidades médicas atienden en el turno matutino. Se registró una alta demanda en el área de pediatría y en el servicio de farmacia, sin requerimiento de turnos previos.

Por su parte, las entrevistas realizadas permitieron visibilizar manifestaciones de disconformidad por parte de los vecinos. Los entrevistados expresaron preocupación frente a la inseguridad en el barrio, señalando que la respuesta policial resulta, en numerosas ocasiones, insuficiente o ineficaz. En relación con el CAPS, señalaron que el Centro de Salud dispone de los recursos necesarios para dar

respuesta a las problemáticas frecuentes y de carácter básico que se presentan en la cotidianeidad.

En paralelo, algunos vecinos caracterizaron al lugar como marginal. Señalaron que el bajo nivel educativo de una parte significativa de la población se manifiesta en diversas problemáticas culturales y sociales. A su vez, indicaron que los alumnos que asisten a la institución presentan con frecuencia situaciones vinculadas al consumo de sustancias, embarazos adolescentes, conductas delictivas, violencia intrafamiliar e ideación suicida, registrándose incluso casos de suicidios consumados.

En el recorrido por los distintos barrios se identificaron problemáticas vinculadas al entorno, tales como escasez de espacios verdes, plazas deterioradas con elementos quitados y terrenos baldíos con acumulación de residuos y escombros. Asimismo, se observó que la mayoría de las viviendas contaban con rejas en puertas y ventanas, lo cual podría asociarse a la percepción de inseguridad mencionada por los vecinos.

Durante las tardes se registró un mayor movimiento en los merenderos de la zona, donde se realizaban entregas de almuerzo y merienda. Las familias que asistían retiraban las raciones en recipientes destinados a cubrir las necesidades de todo el grupo familiar. Estos espacios también funcionaban como ámbitos de articulación comunitaria, ya que profesionales del CAPS coordinaban con el personal de los merenderos la implementación de campañas de vacunación y acciones de concientización sobre diversas temáticas de salud.

En este contexto, se llevó a cabo una charla-taller de Prevención del suicidio dirigida a mujeres y madres que concurren al merendero. Durante la actividad se abordaron mitos y realidades en torno a la problemática, promoviendo el diálogo, el cuestionamiento y la respuesta a sus inquietudes. Posteriormente, se trabajó sobre la identificación de señales de alerta y las posibles estrategias de intervención ante situaciones de riesgo.

Este tipo de intervenciones, surgidas a partir de las necesidades expresadas por los propios actores comunitarios, posibilitaron un acercamiento significativo entre los profesionales y la comunidad. Asimismo, favorecieron el intercambio de experiencias, la puesta en práctica de una escucha activa por parte de todos los involucrados y la transmisión de información relevante sobre problemáticas de interés para los habitantes del barrio.

3.1.2. Resultados de las entrevistas semidirigidas

En el transcurso de las PPS, se llevaron a cabo entrevistas semidirigidas a referentes sociales, con la finalidad de conseguir un mayor conocimiento de la comunidad.

A continuación, se exponen los resultados.

3.1.2.1. Entrevista semidirigida al personal del CAPS

En una primera instancia, se realizó una entrevista a la psicóloga de la institución. La profesional refirió que, a raíz del cierre temporal del CAPS San Justo por tareas de refacción, una parte significativa de la población que concurría a dicho centro debió asistir de manera transitoria al CAPS La Bebida. Esta situación generó una sobrecarga en su funcionamiento, evidenciada en un número de profesionales superior a la cantidad de consultorios, así como en un aumento considerable de la demanda de pacientes y en la saturación de la agenda de atención.

En este contexto, la licenciada señaló que los principales motivos de consulta en el centro de salud se vinculan con problemáticas tales como el consumo de sustancias, la presencia de dinámicas familiares disfuncionales, situaciones de hacinamiento, condiciones de vulnerabilidad social, conflictos inter barriales y conductas suicidas. Asimismo, indicó que, ante la necesidad de intervención psiquiátrica, se efectúan derivaciones al Hospital Marcial Quiroga, dado que el CAPS no cuenta con profesionales de dicha especialidad.

En relación con las estrategias preventivas, mencionó que desde la institución se llevan a cabo charlas y actividades enmarcadas en distintas efemérides, abordando temáticas específicas como la prevención del suicidio o la promoción de la salud mental, en consonancia con dichas fechas.

Explicó que organiza su jornada laboral entre la atención en consultorio y el trabajo de campo. En los días destinados a la práctica clínica, prioriza la atención con turnos programados, respetando los tiempos que los pacientes necesitan para concurrir al centro de salud. En estos casos, su modalidad de intervención se basa en asignar un número acotado de sesiones, evaluando la necesidad de dar continuidad al tratamiento.

Por otro lado, señaló que en otros momentos de la semana realiza recorridos territoriales, visitas a domicilios particulares y coordina talleres junto a otros profesionales en distintos espacios comunitarios, dirigidos a alumnos, padres y a la comunidad en general.

Por su parte, en la entrevista realizada a la médica pediatra de la institución, aclaró que cumple funciones tanto asistenciales en el área de pediatría, como administrativas. La profesional indicó que la población que asiste al centro de salud abarca todas las franjas etarias; sin embargo, señaló que la mayor demanda de consultas corresponde a niños que concurren para la actualización de sus cartillas sanitarias y a adultos que realizan controles de enfermedades crónicas. Asimismo, advirtió que el volumen de consultas varía en función de las patologías propias de cada estación del año.

En cuanto a los recursos institucionales, la entrevistada consideró que el CAPS dispone de los elementos básicos necesarios para la atención, aunque señaló limitaciones en términos de cantidad y calidad. Frente a situaciones en las que no se cuenta con las herramientas requeridas, afirmó que se realizan las denuncias correspondientes y se recurre a los medios de comunicación para visibilizar las problemáticas, destacando la recurrente falta de vacunas y de equipamiento para emergencias.

Posteriormente, se entrevistó al personal del área de farmacia, quienes manifestaron que dicho sector cuenta con los insumos necesarios para el adecuado desempeño de sus funciones. No obstante, señalaron que el espacio físico resulta insuficiente en relación con la cantidad de personas que concurren al CAPS, lo cual limita tanto la capacidad de almacenamiento de la medicación como las condiciones de trabajo y la comodidad de los profesionales.

En relación con las problemáticas de salud más frecuentemente observadas, destacaron la prevalencia de diabetes, asociada a hábitos de alimentación inadecuados desde edades tempranas. También, remarcaron la frecuencia de embarazos adolescentes vinculados a la falta de utilización de métodos anticonceptivos. Frente a esta situación, indicaron que desde el área de farmacia se trabaja de manera interdisciplinaria con el servicio de ginecología, cuyos profesionales realizan controles generales y prescriben el método anticonceptivo más adecuado, el cual posteriormente es entregado y registrado en la farmacia del CAPS.

Por último, se entrevistó a la trabajadora social de la institución, quien señaló que, desde su perspectiva, las principales problemáticas presentes en la comunidad se relacionan con un bajo nivel de instrucción, siendo éste un factor que incide negativamente en las condiciones generales de salud de la población.

En cuanto a su modalidad de intervención, explicó que esta se activa, en la mayoría de los casos, a partir de denuncias o derivaciones cuando algún miembro de la comunidad se presenta en el centro de salud para exponer una situación problemática, siendo menos frecuentes las demandas espontáneas. Indicó que la población que más a menudo accede a este dispositivo está conformada por adolescentes.

Sus funciones principales se vinculan con tareas de orientación, educación, articulación con otras instituciones, asesoramiento y seguimiento para la realización de controles. Además, destacó que su rol requiere un abordaje interdisciplinario sostenido, principalmente con profesionales de psicología y agentes sociales,

efectuando derivaciones cuando se requiere intervención farmacológica o internación hospitalaria.

Expresó que muchas veces suelen preparar alguna actividad en la sala de espera, porque de esta forma aprovechan a los que se acercan al centro de salud. Explicó, además, que las actividades funcionan o tienen mayor concurrencia fuera del edificio del centro de salud, por eso es que se prefiere trabajar en red con el merendero, escuelas o con referentes fuertes de la comunidad. Se trabaja en la promoción de salud y prevención.

3.1.2.2. Entrevista semidirigida al personal policial

Frente al CAPS La Bebida se encuentra un puesto de control policial, cuyo personal mostro gran predisposición para participar de la entrevista.

El entrevistado describió a la comunidad como una zona en la que se registran de manera frecuente hechos delictivos, tales como robos y asaltos, particularmente en paradas de transporte público y entre vecinos. Señaló la presencia recurrente de situaciones de violencia intrafamiliar y el consumo problemático de drogas y alcohol como fenómenos cotidianos.

En relación con las intervenciones ante llamados de emergencia, indicó que la población suele comunicarse con el servicio 911, a partir de lo cual el personal policial acude para brindar atención inmediata. En los casos vinculados a intentos de suicidio, explicó que la primera acción consiste en evaluar el lugar, el contexto y el estado emocional de la persona involucrada. En una instancia inicial, procuran mantener una actitud calma, evitar acercamientos abruptos, priorizando estrategias de negociación, contención y diálogo, indagando acerca de los motivos que desencadenaron la crisis.

El entrevistado aclaró que no existen protocolos específicos para el abordaje de estas situaciones, por lo que el accionar se basa en la búsqueda de la alternativa más adecuada para cada caso, orientada a tranquilizar a la persona en crisis y a

solicitar la intervención del servicio de emergencias médicas cuando se requiere el traslado hospitalario. En situaciones de urgencia extrema, señaló que se comunican mediante radio con profesionales médicos, quienes les brindan indicaciones hasta la llegada de la ambulancia al lugar del hecho

Asimismo, afirmó que el personal recibe capacitaciones anuales relacionadas con la temática; sin embargo, aclaró que estas instancias no son de carácter obligatorio ni brindan lineamientos específicos para el abordaje de personas en situación de crisis.

Finalmente, comentó que durante el año 2024 se registró un aumento significativo en la frecuencia de intentos de suicidio y suicidios consumados, observándose una mayor incidencia en jóvenes de entre 15 y 17 años. Según su relato, las causas más frecuentes se vinculan con el consumo problemático de sustancias, conflictos en las relaciones de pareja y sentimientos de desesperanza respecto del proyecto de vida. Además, afirmó que, en numerosas intervenciones, las personas asistidas presentan conductas violentas hacia terceros, lo que requiere no solo estrategias de contención psicológica, sino también intervenciones de tipo físico para resguardar la seguridad de los involucrados.

3.1.3. Resultados de la encuesta

A partir de lo recolectado en la observación no participante y participante, como así también en lo obtenido a partir de las entrevistas semidirigidas, se dispuso a crear una encuesta con el fin de indagar más profundamente la temática del suicidio y así obtener el punto de vista que las personas tienen sobre el asunto.

Se administró el cuestionario en la sala de espera del CAPS La Bebida, con una presentación sencilla de preguntas múltiple opción, concretas, de fácil lectura e interpretación. Las mismas permitían una respuesta rápida de las personas que se encontraban en el centro de salud y alrededores.

De esta manera, se tuvo una participación de un total de 16 personas anónimas. A continuación, se exponen los resultados de los ítems más significativos.

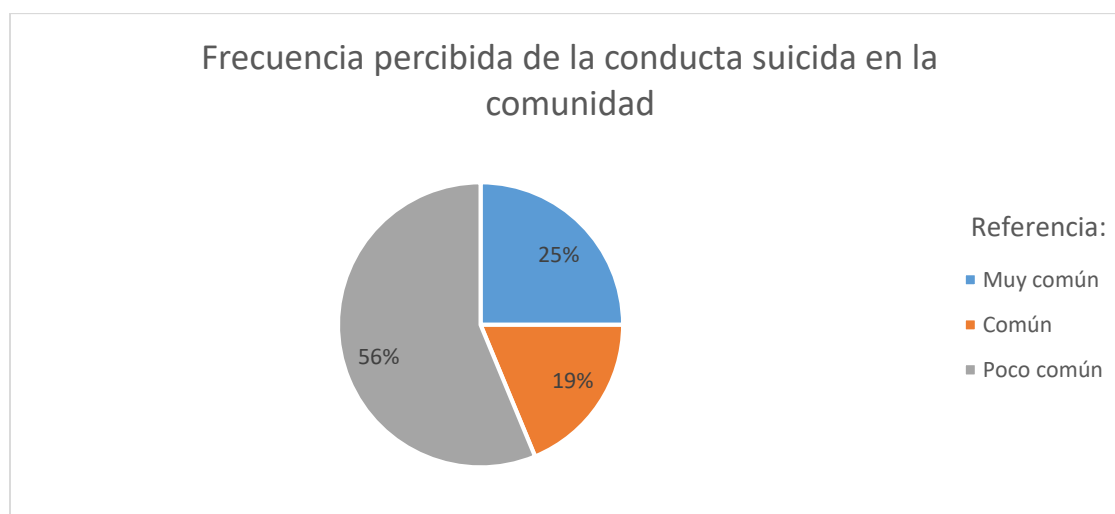
Ítem N° 1: Se evaluó la frecuencia percibida de la conducta suicida en la comunidad, a partir de la pregunta: “¿Qué tan común crees que es la conducta suicida en la comunidad?”

Tabla N° 1: *Frecuencia percibida de la conducta suicida en la comunidad*

Percepción	Frecuencia	Porcentaje (%)
Poco común	9	56%
Común	3	19%
Muy común	4	25%

Se puede decir que el suicidio es un fenómeno preocupante, poco informado y desmitificado en la comunidad. Esto se ve reflejado en el 56% de las personas entrevistadas que aseguran que la problemática es poco común, evidenciando falta de conocimiento sobre una de las mayores problemáticas en la comunidad. Por otro lado, el 25% afirmó que es una problemática muy común, mientras que el 19% sostuvo que es común.

Gráfico N° 1: *Frecuencia percibida de la conducta suicida en la comunidad*



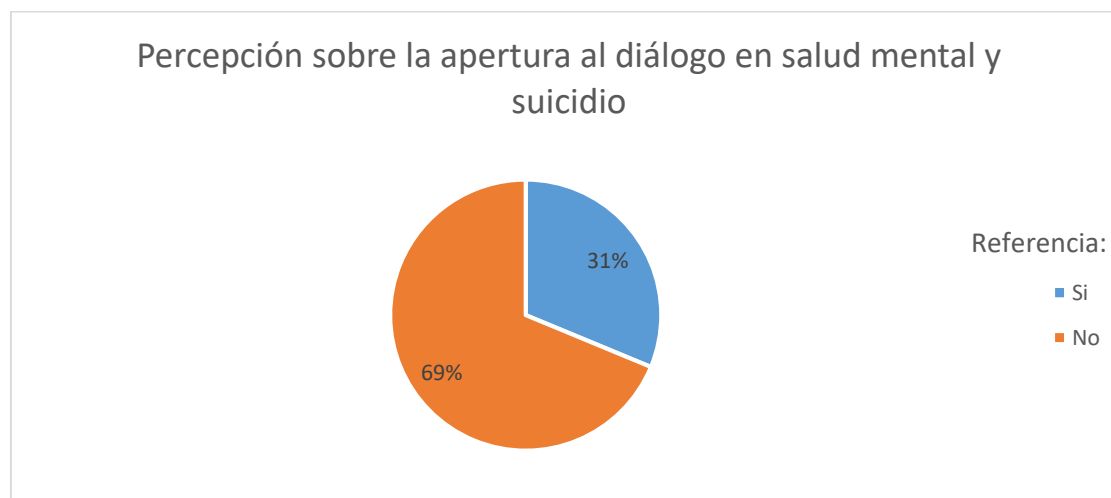
Ítem N° 2: Se indagó la percepción sobre la apertura comunitaria al diálogo en salud mental y suicidio, mediante la pregunta: “¿Consideras que en la comunidad se habla abiertamente sobre temas de salud mental y suicidio?”

Tabla N° 2: *Percepción sobre la apertura al diálogo en salud mental y suicidio*

Apertura al diálogo	Frecuencia	Porcentaje (%)
Si	5	31%
No	11	69%

El 69% de las personas afirmaron que no es una temática que se habla abiertamente en la comunidad, mientras que el 31% indica que sí.

Gráfico N° 2: *Percepción sobre la apertura al diálogo en salud mental y suicidio*



Ítem N° 3: Se evaluó el nivel percibido de conocimiento para actuar ante señales de riesgo suicida en un entorno cercano, a partir de la pregunta: “¿Sabrías cómo actuar si un familiar o amigo cercano mostrara señales de riesgo suicida?”

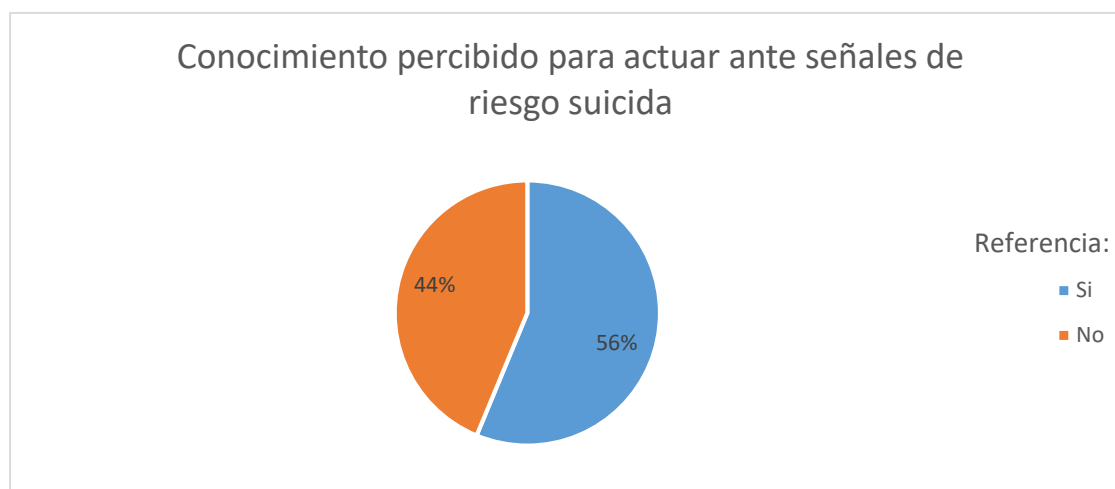
Tabla N° 3: *Conocimiento percibido para actuar ante señales de riesgo suicida*

Percepción de frecuencia	Frecuencia	Porcentaje (%)
Si	9	56%

No	7	44%
----	---	-----

Nota. El 56% de las personas entrevistadas expresan tener conocimiento sobre cómo actuar en caso de riesgo suicida, mientras que el 44% de la población no, evidenciando la falta de herramientas en gran parte de la población para intervenir en situaciones de crisis.

Gráfico N° 3: *Conocimiento percibido para actuar ante señales de riesgo suicida*



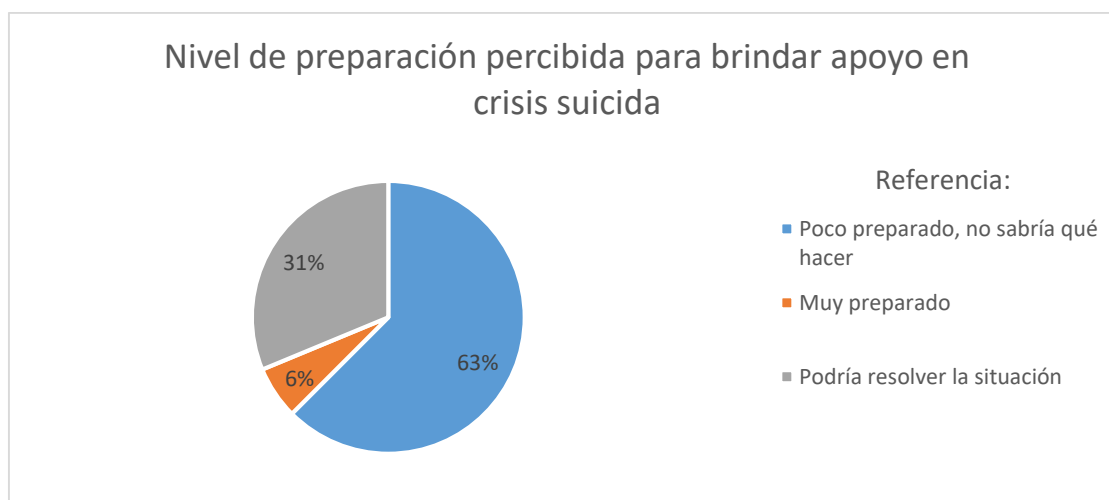
Ítem N° 4: Se indagó el grado de preparación percibida para brindar apoyo emocional en situaciones de crisis suicida, mediante la pregunta: “¿Qué tan preparado te sientes para apoyar emocionalmente a alguien que esté pasando por una crisis o esté considerando el suicidio?”

Tabla N° 4: *Nivel de preparación percibida para brindar apoyo en crisis suicida*

Nivel de preparación	Frecuencia	Porcentaje (%)
Poco preparado, no sabría qué hacer	10	63%
Podría resolver la situación	5	31%
Muy preparado	1	6%

A partir de los resultados, se puede confirmar la falta de preparación, herramientas y recursos sociocomunitarios en la comunidad, donde el 63% afirman no sentirse preparados para apoyar emocionalmente a alguien que esté pasando por una crisis, mientras que el 31% considera que podría resolver la situación y solo el 6% manifiesta sentirse muy preparado.

Gráfico N° 4: Nivel de preparación percibida para brindar apoyo en crisis suicida



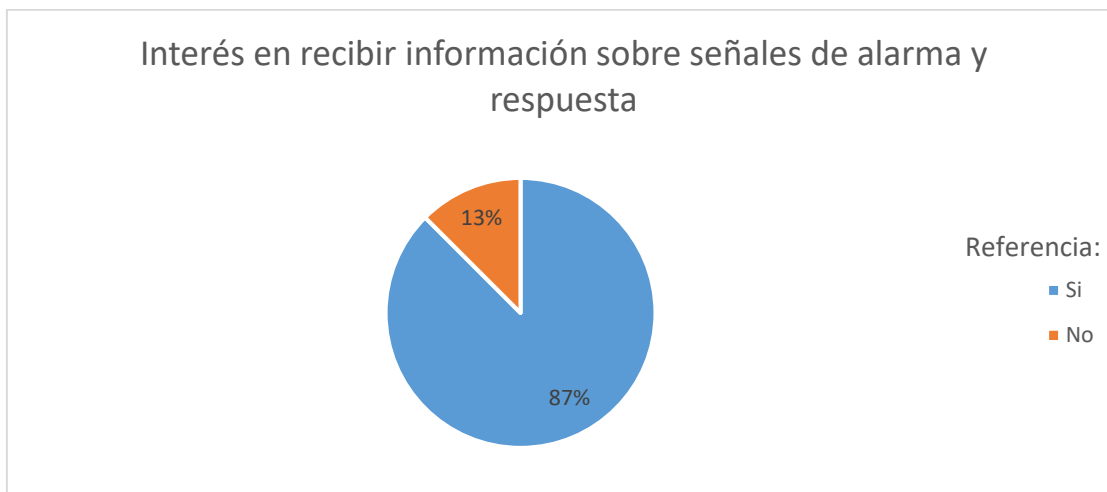
Ítem N° 5: Se exploró la disposición a recibir información sobre identificación de señales de alarma y estrategias de respuesta.

Tabla N° 5: Interés en recibir información sobre señales de alarma y respuesta

Interés	Frecuencia	Porcentaje (%)
Si	14	87%
No	2	13%

Nota. La mayoría de los entrevistados afirmaron querer recibir información, conformando un 87%, mientras que un 13% no mostró interés.

Gráfico N° 5: Interés en recibir información sobre señales de alarma y respuesta



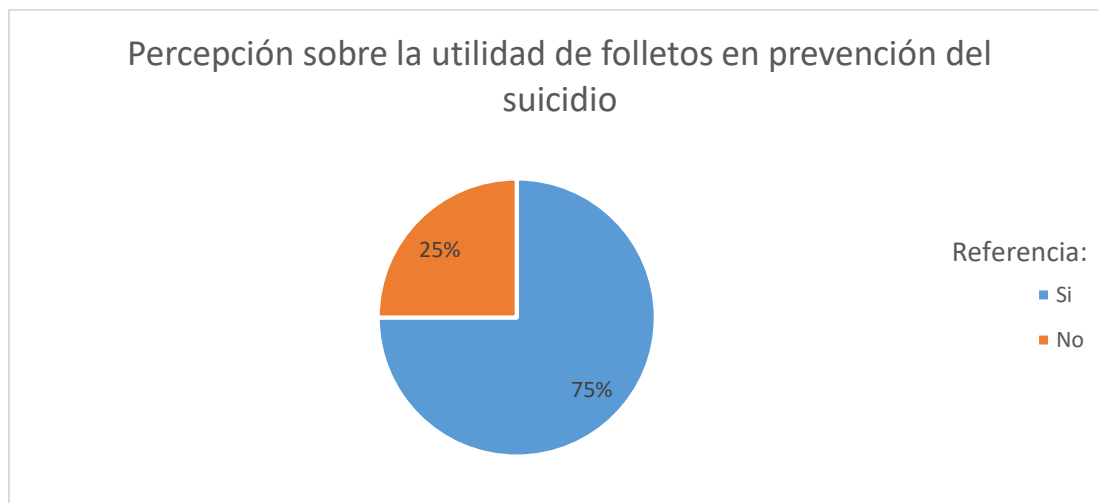
Ítem N° 6: Se evaluó la percepción sobre la utilidad de materiales informativos impresos para la sensibilización comunitaria en prevención del suicidio a partir de la pregunta: “¿Consideras que la entrega de folletos podría ayudar a sensibilizar y educar sobre la prevención del suicidio?”

Tabla N° 6: *Percepción sobre la utilidad de folletos en prevención del suicidio*

Utilidad de folletos	Frecuencia	Porcentaje (%)
Si	12	75%
No	4	25%

Se buscó indagar cuáles eran los medios posibles para obtener mayor alcance. El 75% de las personas considera que la entrega de folletería podría ayudar a sensibilizar, mientras que el 25% cree que no.

Gráfico N° 6: *Percepción sobre la utilidad de folletos en prevención del suicidio*



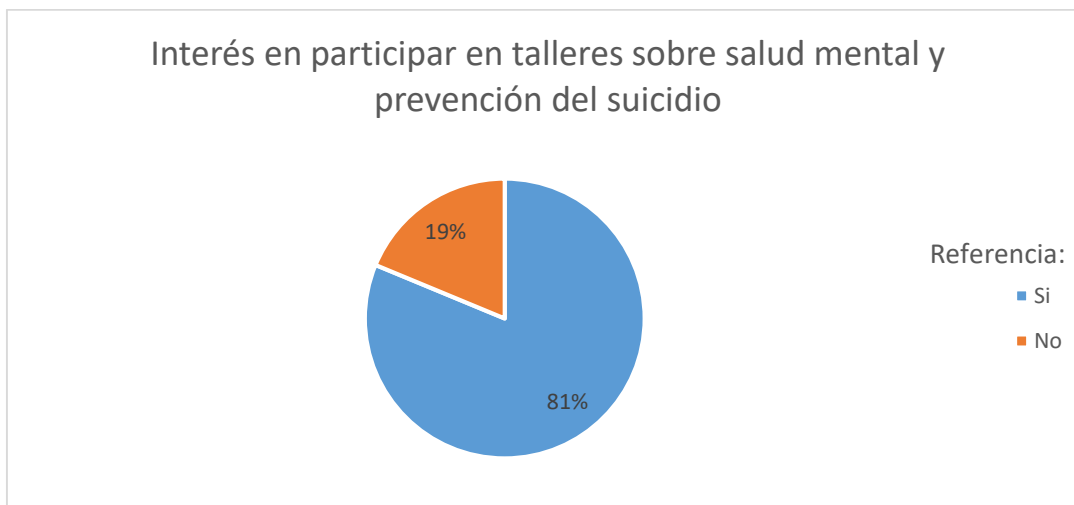
Ítem N° 7: Se indagó la disposición a participar en espacios de conversación o talleres sobre salud mental y prevención del suicidio.

Tabla N° 7: *Interés en participar en talleres sobre salud mental y prevención del suicidio*

Interés	Frecuencia	Porcentaje (%)
Si	13	81%
No	3	19%

La mayoría de las personas, conformando el 81% mostro predisposición a participar en charlas o talleres sobre la temática. El 19% expresó que no.

Gráfico N° 7: *Interés en participar en talleres sobre salud mental y prevención del suicidio*



Ítem N° 8: Se exploró el conocimiento y reconocimiento de mitos asociados a la conducta suicida, mediante una pregunta: “¿Cuáles crees que son los mitos más comunes sobre el suicidio?”

Tabla N° 8: *Identificación de mitos frecuentes sobre la conducta suicida*

Mitos	Frecuencia	Porcentaje (%)
Hablar sobre el suicidio puede fomentarlo y hasta facilitarlo	10	27%
En el momento en que una persona intenta suicidarse, es una persona con riesgo suicida para siempre	9	24%
Todas las personas con conductas suicidas son personas con una enfermedad mental	7	19%
No existen diferencias entre clases sociales	6	16%

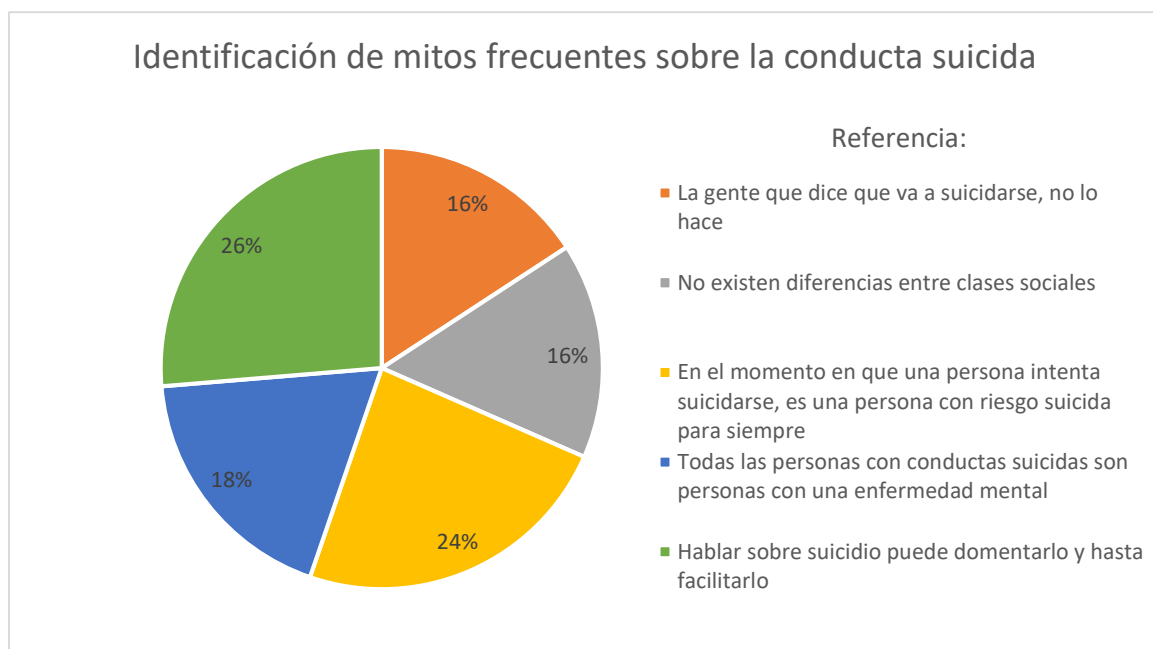
La gente que dice que va a suicidarse, no lo hace

16%

Los resultados más registrados fueron “Hablar sobre el suicidio puede fomentarlo y hasta facilitarlo”, siendo seleccionado por el 27% de los entrevistados. Junto a ello, la afirmación “En el momento en que una persona intenta suicidarse, es una persona con riesgo suicida para siempre” reunió el 24% de reconocimiento.

Por otro lado, se registra que el mito “Todas las personas con conductas suicidas son personas con una enfermedad mental” obtuvo un 19% de registro, “No existen diferencias entre clases sociales” un 16% y “La gente que dice que va a suicidarse, no lo hace” un 16%.

Gráfico N° 8: *Identificación de mitos frecuentes sobre la conducta suicida*



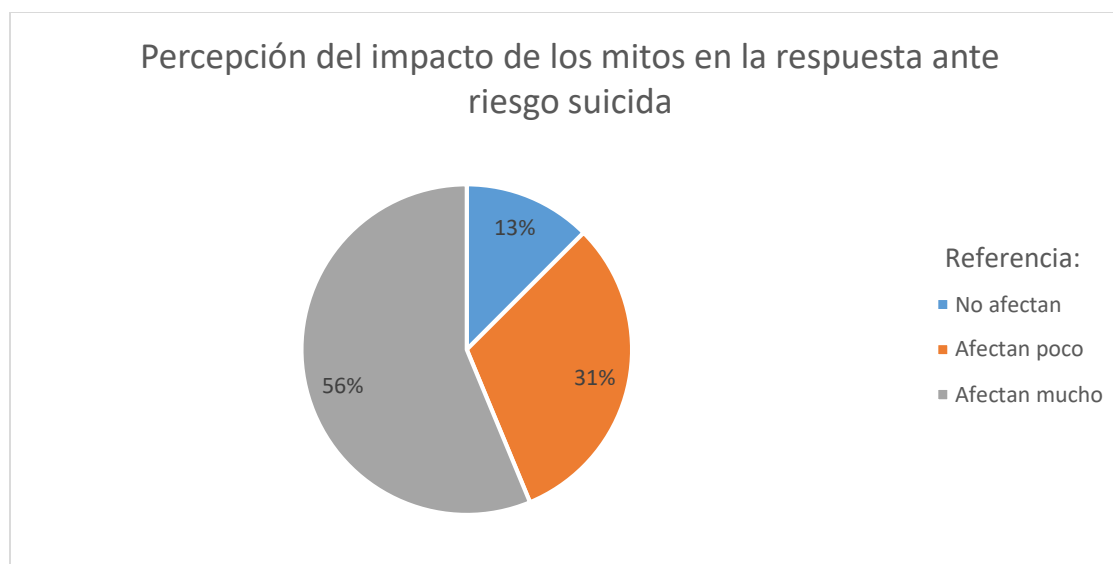
Ítem N° 9: A partir del ítem 8, se evaluó la percepción del impacto de la información errónea en la respuesta ante situaciones de riesgo suicida, cuestionando: “¿Qué tanto crees que la información errónea o los mitos pueden afectar la forma en que respondemos ante una persona en riesgo?”

Tabla N° 9: *Percepción del impacto de los mitos en la respuesta ante riesgo suicida*

Impacto de los mitos	Frecuencia	Porcentaje (%)
No afectan	2	14%
Afectan poco	5	23%
Afectan mucho	9	63%

El 63% de las personas afirma que la información errónea afecta mucho, mientras que un 23% considera que afecta poco y un 14% cree que no afecta.

Gráfico N° 9: *Percepción del impacto de los mitos en la respuesta ante riesgo suicida*



Ítem N° 10: Se indagó el conocimiento sobre recursos e instituciones comunitarias disponibles ante situaciones de crisis, consultando: “¿Sabes qué instituciones o personas en la comunidad podrían brindar apoyo en una situación de crisis?”

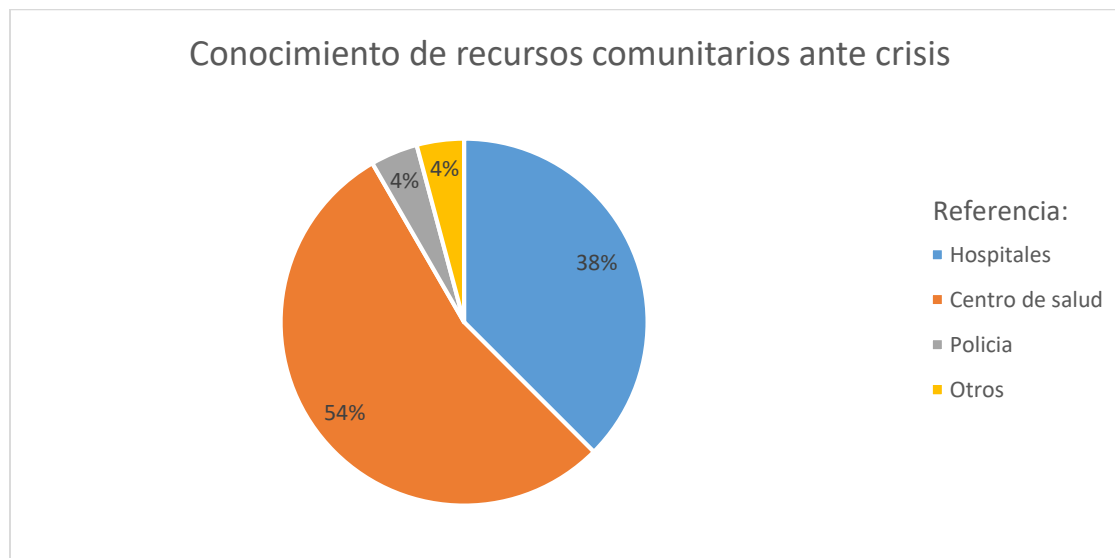
Tabla N° 10: *Conocimiento de recursos comunitarios ante crisis*

Conocimiento	Frecuencia	Porcentaje (%)
Hospitales	9	38%
Centro de salud	13	54%

Policía	1	4%
Otros	1	4%

El 54% de la comunidad considera que los centros de salud son una de las instituciones a quienes pueden recurrir en situaciones de crisis. Junto a ello, los hospitales también fueron los más considerados, con un 38% de selecciones. La policía compone el 4% y, finalmente, en la opción “otros”, escribieron como posibles instituciones a los establecimientos escolares, con psicólogos como personas que pueden brindar soporte emocional.

Gráfico N° 10: *Conocimiento de recursos comunitarios ante crisis*



Ítem N° 11: Se evaluó el conocimiento de números de emergencia y recursos específicos para casos de intento de suicidio, visualizado a partir de la pregunta: “¿Tienes conocimiento de algún número de emergencia o recurso local específico para casos de intento de suicidio?”

Tabla N° 11: *Identificación de recursos telefónicos y dispositivos de emergencia locales*

Conocimiento	Frecuencia	Porcentaje (%)
--------------	------------	----------------

Si	5	31%
No	11	69%

El 69% de la gente no sabía a quién recurrir en caso de necesitar ayuda, mientras que el 31% estimaba saberlo. Se pueden contemplar las dudas existentes con respecto a la falta de certeza de no saber a quién recurrir ante una emergencia, hecho que se pudo observar también durante las entrevistas y en la observación participante.

Gráfico N° 11: *Identificación de recursos telefónicos y dispositivos de emergencia locales*



Ítem N° 12: Se exploró la valoración de la utilidad de contar con una lista accesible de contactos y recursos de emergencia, consultando: “¿Te resultaría útil contar con una lista de contactos y recursos de emergencia accesible y clara?”

Tabla N° 12: *Utilidad percibida de una lista accesible de recursos de emergencia*

Utilidad	Frecuencia	Porcentaje (%)
Si	16	100%
No	0	0%

El 100% de las personas entrevistadas afirmaron considerar útil una lista de recursos de emergencia.

Gráfico N° 12: *Utilidad percibida de una lista accesible de recursos de emergencia*



Ítem N° 13: Se evaluó la participación en talleres o espacios seguros vinculados a la prevención del suicidio.

Tabla N° 13: *Participación en talleres de prevención del suicidio*

Participación	Frecuencia	Porcentaje (%)
Si	16	100%
No	0	0%

El 100% de las personas revelaron disposición personal a participar en talleres u otras actividades referidas a la problemática, como también consideran que los jóvenes de la comunidad formarían parte de dichas dinámicas.

Gráfico N° 13: *Participación en talleres de prevención del suicidio*



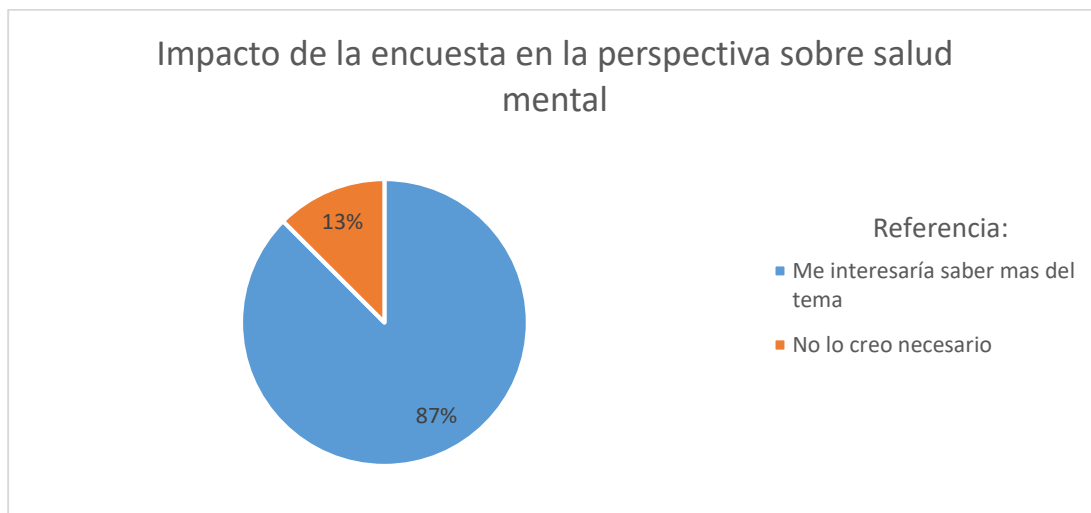
Ítem N° 14: Por último, se indagó el impacto subjetivo de la encuesta en la perspectiva sobre salud mental y motivación para informarse, preguntando: “¿Ha afectado esta experiencia en tu perspectiva sobre la salud mental o te ha motivado a informarte más sobre el tema?”

Tabla N° 14: *Impacto de la encuesta en la perspectiva sobre salud mental*

Impacto	Frecuencia	Porcentaje (%)
Me interesaría saber más del tema	14	87%
No lo creo necesario	2	13%

La mayoría de los entrevistados, conformando el 87%, confirmaron tener interés sobre el tema. Por otro lado, el 13% no lo considera necesario. Esto expresa, en líneas generales, el interés de la comunidad frente a la temática.

Gráfico N° 14: *Impacto de la encuesta en la perspectiva sobre salud mental*



3.2. Resultados de la etapa de ejecución

En la etapa de ejecución se realizaron diferentes actividades, como talleres y charlas informativas, a partir de la información obtenida previamente. Estas intervenciones tuvieron como objetivo principal prevenir el suicidio en mujeres adultas de la comunidad de La Bebida mediante intervenciones psicosociales. De este modo, se buscó generar espacios de intercambio que favorecieran el involucramiento de los habitantes en la mejora de su entorno.

3.2.1. Intervención taller: “Prevención de la conducta suicida. Guía para familiares y allegados en situación de emergencia”.

El taller “Prevención de la conducta suicida”, destinado a mujeres adultas de la comunidad de La Bebida, fue organizado con anticipación y el material utilizado fue supervisado por la Lic. Molina.

Previamente, a través de encuestas realizadas a personas que se encontraban en la sala de espera del CAPS y en zonas cercanas, se indagó el interés de la comunidad en relación con la temática, lo que permitió identificar la necesidad de llevar adelante la intervención y definir un espacio adecuado para su realización, respondiendo al objetivo de generar instancias de encuentro comunitario.

La licenciada en Psicología, junto con la agente sanitaria, propusieron como lugar de encuentro un merendero ubicado a pocas cuadras del centro de salud. Para la convocatoria se elaboró un flyer dirigido a madres y mujeres de la zona, en el que se indicó el día, el horario y el lugar del encuentro.

Durante la actividad se generó un clima tranquilo y de confianza, con la participación aproximada de 25 mujeres de la comunidad. La asistencia y participación activa constituyen un indicador del interés y la necesidad de abordar la temática en el ámbito comunitario, favoreciendo la creación de un espacio de intercambio y fortalecimiento de redes informales de apoyo.

En un primer momento se abordaron temas de interés personal, respondiendo consultas relacionadas con la maternidad, la crianza, la puesta de límites y el funcionamiento familiar. Luego, se presentó la temática del taller y se dio inicio a la intervención (Ver Anexo N° 5).

Se comenzó explicando de manera sencilla qué se entiende por conducta suicida, incluyendo consideraciones generales, factores de riesgo y señales de alerta. A partir de allí, se trabajaron algunos de los mitos más frecuentes, consultando a las participantes si los conocían y qué opinaban al respecto. Este intercambio permitió identificar creencias previas y brindar información clara que contribuyera a su esclarecimiento, en línea con el indicador de “informar sobre mitos y realidades”.

Posteriormente, se abordaron las señales de alerta más habituales y cómo pueden ser identificadas en personas cercanas, como familiares o amigos. También se brindaron orientaciones básicas sobre cómo actuar ante estas situaciones, promoviendo conductas de acompañamiento responsable y remarcando la importancia de pedir ayuda profesional.

En relación con el indicador “recursos socio comunitarios”, se compartieron los números de emergencia disponibles y se mencionaron instituciones y dispositivos locales a los que se puede recurrir en situaciones de crisis. Esto permitió visibilizar

redes formales de apoyo y promover su utilización ante posibles situaciones de riesgo.

Como cierre de la actividad, se propició un momento en el que las participantes pudieron realizar preguntas, compartir experiencias o expresar aquello que consideraron necesario. Muchas de ellas manifestaron su agradecimiento y destacaron la importancia de contar con espacios de escucha. Estas expresiones dan cuenta del impacto subjetivo del taller y de la relevancia de sostener intervenciones preventivas en el ámbito comunitario.

En función de los indicadores establecidos, puede señalarse que la intervención permitió generar un espacio de encuentro, ampliar la información sobre conducta suicida, incluyendo mitos, factores de riesgo y señales de alerta, y visibilizar recursos socio comunitarios disponibles ante situaciones de crisis. De este modo, se avanzó en el cumplimiento de los objetivos específicos propuestos para la etapa de ejecución

3.3. Resultados sobre el rol del psicólogo socio comunitario

En relación con el objetivo específico de analizar las características del rol del psicólogo socio comunitario y reflexionar sobre el desempeño profesional durante las Prácticas Profesionales Supervisadas en la comunidad de La Bebida, la experiencia permitió comprender, desde la práctica concreta, cómo se configura este rol en el trabajo cotidiano.

A partir del trabajo en el CAPS y de la entrevista realizada a la psicóloga de la institución, se pudo observar que la tarea del psicólogo no se limita al consultorio, sino que se construye día a día a través de distintas intervenciones, como la orientación, el acompañamiento, la escucha y, cuando es necesario, la derivación a otros dispositivos. Esto pone en evidencia la amplitud del rol y su inserción en los distintos espacios institucionales y comunitarios.

La profesional entrevistada explicó que la organización de la agenda muchas veces se ve modificada por situaciones imprevistas, propias del trabajo comunitario, lo que requiere flexibilidad y capacidad de adaptación. También señaló que toda interacción con la comunidad implica una intervención, ya sea un saludo en la sala de espera, una charla informal o una consulta breve, lo que muestra la presencia constante del rol en los distintos espacios del CAPS.

Otro aspecto importante del trabajo del psicólogo social y comunitario es el abordaje interdisciplinario. En el CAPS La Bebida se observó un trabajo articulado con otros profesionales, como la trabajadora social y los agentes sanitarios, lo que permitió abordar de manera integral diversas problemáticas de la comunidad, como el consumo problemático de sustancias, la violencia, la deserción escolar, los embarazos adolescentes y distintas dificultades en salud mental.

En este sentido, se destacó la importancia del trabajo en red, tanto a nivel institucional, mediante la articulación entre profesionales y dispositivos de salud, como a nivel comunitario, a través del vínculo con actores de la comunidad como los referentes barriales, quienes cumplen un rol fundamental en el acompañamiento y la contención de los vecinos. Esta articulación favorece una intervención más amplia y situada en las necesidades del contexto.

Asimismo, se remarcó la necesidad de generar intervenciones fuera del consultorio, en los espacios donde la comunidad desarrolla su vida cotidiana, entendiendo que cada acción, por pequeña que sea, puede generar efectos positivos y fortalecer los vínculos sociales. En este sentido, el psicólogo socio comunitario cumple una función de facilitador, articulador y promotor de recursos, más allá de la atención individual.

En cuanto al desempeño personal durante la ejecución de la práctica, fue necesario adaptar el lenguaje técnico a un registro accesible, sostener la escucha activa y delimitar el encuadre preventivo de las intervenciones realizadas. Este proceso permitió reflexionar sobre los alcances y límites del rol, diferenciando la intervención comunitaria de la práctica clínica individual.

En síntesis, el ejercicio del rol durante las PPS en La Bebida permitió identificar sus características principales: flexibilidad, trabajo interdisciplinario, articulación en red y enfoque preventivo. Esta experiencia no solo posibilitó la intervención en problemáticas concretas de la comunidad, sino que también sentó las bases para una práctica profesional comprometida, ética y acorde a las necesidades del contexto.

3.4. Autoevaluación

Durante el proceso de PPS fue posible vivenciar de manera cercana el ejercicio del rol del psicólogo social y comunitario, comprendiendo desde la experiencia concreta cómo se desarrolla la actividad profesional en este ámbito. La práctica permitió poner en juego conocimientos adquiridos durante la formación académica, particularmente aquellos vinculados a la promoción de la salud, la prevención y el trabajo territorial.

En este sentido, se pudo observar que el rol del psicólogo socio comunitario excede el espacio del consultorio, ya que implica un trabajo directo en territorio, articulado con instituciones y con la comunidad.

Se considera especialmente valiosa la apertura brindada por la tutora de campo, Lic. María Eugenia Molina, quien permitió la participación activa en diversas actividades del centro de salud. Esta posibilidad favoreció la comprensión del funcionamiento institucional y del trabajo interdisciplinario, reconociendo la importancia de la articulación para el abordaje integral de las problemáticas comunitarias.

En cuanto a las fortalezas personales, se destacan las habilidades comunicativas desarrolladas durante las entrevistas, encuestas e intervenciones grupales, sintiendo comodidad durante los acercamientos a la comunidad y transmisión de la información. Asimismo, se logró sostener una postura ética basada en la escucha activa y el respeto por las opiniones y experiencias de los participantes, entendiendo que la comunidad no es un objeto de intervención sino protagonista de los procesos

de cambio. También fue posible mantener un adecuado manejo emocional frente a situaciones sensibles abordadas en las entrevistas, procurando conservar una actitud profesional que no interfiriera en el desarrollo de la investigación.

No obstante, el proceso también permitió identificar debilidades. Una de ellas fue la dificultad para tolerar la frustración ante cambios constantes en la organización de actividades y frente a la falta de disponibilidad de algunos profesionales para participar de entrevistas o brindar espacios de trabajo. Estas situaciones exigieron adaptación y flexibilidad, aspectos centrales del trabajo comunitario. Asimismo, en las primeras semanas surgieron ciertos prejuicios vinculados a dinámicas institucionales y al funcionamiento del sistema de salud pública. Si bien no incidieron directamente en el desarrollo de la investigación, fue necesario revisarlos críticamente para evitar que condicionaran la mirada profesional.

En síntesis, la experiencia de las PPS no solo permitió afianzar conocimientos teóricos, sino también reconocer fortalezas y áreas de mejora en el ejercicio del rol profesional. La práctica favoreció la construcción de una mirada más situada, crítica y comprometida con las realidades comunitarias, entendiendo que el desempeño del psicólogo socio comunitario implica aprendizaje continuo, flexibilidad y responsabilidad ética.

CAPÍTULO IV

DISCUSIÓN

4.1. Conclusiones Generales

El presente capítulo está dedicado a la exposición de las conclusiones alcanzadas en función de los objetivos planteados, las intervenciones y de la temática abordada en este Trabajo Integrador Final (TIF) titulado: “Prevención del suicidio en mujeres adultas de la comunidad de La Bebida, mediante intervenciones psicosociales”.

En primer lugar, se especifican los objetivos que orientaron el presente trabajo:

Objetivo general:

- Prevenir el suicidio en mujeres adultas de la comunidad de La Bebida, mediante intervenciones psicosociales.

Objetivos particulares:

- Favorecer espacios de encuentro sobre prevención del suicidio en mujeres adultas de la comunidad de La Bebida.
- Brindar Información sobre mitos y realidades acerca del suicidio en mujeres adultas de la comunidad de La Bebida.
- Promover redes de apoyo y recursos socio comunitarios en mujeres adultas de la comunidad de La Bebida.
- Analizar las características del rol del psicólogo socio comunitario, y reflexionar acerca del desempeño en el ejercicio del propio rol, durante el proceso de ejecución de la práctica profesional supervisada.

En segundo lugar, se presentan los principales resultados obtenidos durante el desarrollo de las Prácticas Profesionales Supervisadas, los cuales se originan en la “etapa de exploración”.

En esta instancia, resultó fundamental la utilización de entrevistas semidirigidas realizadas tanto a vecinos de la comunidad como a agentes de distintos organismos

locales, complementadas con herramientas como la observación participante, la observación no participante y la elaboración del Diagnóstico Situacional Ambiental.

A partir del análisis de la información recabada, fue posible identificar diversas problemáticas sociales, entre las cuales, y en articulación con el tutor de campo, se destacó el suicidio como una de las necesidades más relevantes de la comunidad. Además, el diagnóstico permitió reconocer los recursos disponibles en el territorio, tales como organizaciones comunitarias (como el merendero) y el CAPS La Bebida, institución que no solo brinda atención en salud, sino que también desarrolla intervenciones interdisciplinarias en distintos espacios comunitarios.

En un tercer momento, se desplegó la “etapa de diseño y planificación”. En la misma, se trazaron tanto el objetivo principal como los objetivos particulares y sus respectivas intervenciones.

Para este propósito, se tuvo en cuenta que el suicidio generaba en los individuos de la localidad preocupación e incertidumbre a causa de no tener la suficiente información sobre el tema.

Finalmente, se puso en marcha la denominada “etapa de ejecución”, donde se planteó como intervención psicosocial la prevención del suicidio, brindando información, sensibilizando y concientizando al respecto, y al mismo tiempo, fomentando la participación, el compromiso y empoderamiento comunitario.

En relación con el primer objetivo particular, se llevó a cabo una instancia de preparación bibliográfica orientada a lograr un abordaje adecuado de la problemática seleccionada: la prevención del suicidio en mujeres adultas de la comunidad de La Bebida, constituyendo esto uno de los principales desafíos en términos de transmisión clara y accesible de la información.

En este sentido, dicha preparación resultó fundamental, considerando que el suicidio continúa siendo, en gran medida, un tema atravesado por el tabú y la desinformación. Esto evidencia la necesidad de generar instancias de sensibilización y de mejorar la calidad de la información que se brinda a la comunidad, favoreciendo una comprensión más adecuada de la problemática. A

partir de ello, se destaca la importancia de promover estrategias preventivas centradas en la escucha, el reconocimiento de señales de alerta, la expresión de interés y apoyo, y el respeto por las distintas manifestaciones del malestar, contribuyendo a derribar prejuicios y creencias erróneas.

De este modo, contar con una base teórica sólida no solo permite orientar de manera más precisa las intervenciones, sino también facilitar la comunicación de la temática de forma responsable y accesible, entendiendo que hablar sobre el suicidio, con el cuidado y la sensibilidad que requiere, constituye una herramienta clave para su prevención.

Es entonces que, en relación con el segundo objetivo particular, se propuso abordar un aspecto determinante de la problemática: la presencia de mitos sobre la conducta suicida en la sociedad, entendidos como uno de los principales obstáculos para su prevención. Estas creencias erróneas, tienden a obturar la posibilidad de detectar señales de alerta de manera temprana, así como también dificultan la implementación de estrategias preventivas eficaces. En este sentido, se buscó desarticular dichas creencias y promover información veraz que permita un posicionamiento más adecuado y responsable frente a la temática.

Para ello, se implementó una intervención psicosocial a través de una charla-taller orientada no solo a informar y sensibilizar, sino también a fomentar la participación y el compromiso comunitario. La dinámica consistió en la utilización de folletos con mitos y verdades sobre el suicidio, facilitando la generación de un espacio de intercambio, debate y reflexión colectiva. A partir de esta actividad, se pudo problematizar, por ejemplo, la creencia de que hablar sobre suicidio con una persona en riesgo puede incentivar el acto, concluyéndose que, por el contrario, abordar la temática de manera adecuada y sin minimizarla puede resultar fundamental para la prevención.

Asimismo, resulta relevante considerar que trabajar sobre los mitos en torno al suicidio no solo mejora el acceso a información adecuada, sino que también modifica la forma en que la comunidad responde frente al malestar. Al generar

espacios de diálogo y cuestionamiento de creencias erróneas, se favorece una mayor apertura a la escucha, al acompañamiento y a la detección temprana. De este modo, transformar estas representaciones sociales resulta clave para fortalecer estrategias de prevención más efectivas y acordes al contexto comunitario.

Con respecto al tercer objetivo particular, se orientó a promover el empoderamiento de las participantes, incentivándolas a asumir un rol activo en la prevención del suicidio y a reconocerse como actoras sociales con capacidad de incidencia en su comunidad.

Durante la actividad, algunas asistentes señalaron haber observado señales de alerta en personas cercanas, pero manifestaron no haber sabido cómo actuar ni haber podido intervenir a tiempo, generando sentimientos de impotencia.

En este marco, resulta fundamental brindar herramientas psicosociales que orienten el accionar frente a situaciones de riesgo, ya que el desconocimiento constituye uno de los principales obstáculos para la intervención temprana. A partir de esto, se trabajó sobre la idea de que siempre es posible brindar algún tipo de ayuda, destacando la importancia del acercamiento, la escucha y el acompañamiento como herramientas fundamentales para la prevención. Contar con información sobre señales de alerta y formas adecuadas de intervención permite que las personas puedan actuar con mayor seguridad, favoreciendo respuestas más oportunas y reduciendo la probabilidad de que situaciones de riesgo pasen desapercibidas.

Desde esta perspectiva, promover el empoderamiento no solo implica transmitir conocimientos, sino también fortalecer la confianza en la propia capacidad de intervenir, habilitando a los sujetos a implicarse frente al malestar de otros. Esto resulta especialmente relevante si se considera que, en muchos casos, el primer contacto de una persona en riesgo no se da con un profesional, sino con alguien de su entorno cercano. Por ello, fomentar este tipo de recursos en la comunidad contribuye a generar redes de apoyo más activas, disminuyendo la pasividad y favoreciendo una respuesta colectiva más comprometida frente a la problemática.

En relación con el cuarto y último objetivo particular, centrado en conocer el rol del psicólogo comunitario, se realizó inicialmente una revisión bibliográfica que permitió identificar sus principales funciones, entre ellas el desarrollo comunitario, la promoción del empoderamiento y el impulso de procesos de cambio social. Luego, durante el trabajo de campo, se pudo observar en la práctica la complejidad de este rol, especialmente en contextos de alta demanda, donde resulta clave no solo conocer la comunidad, sino también construir vínculos con sus integrantes.

Así, se evidenció que la tarea del psicólogo comunitario no se limita al ámbito institucional, sino que implica una participación directa en la comunidad, promoviendo la escucha, el acompañamiento y el fortalecimiento de redes sociales. Asimismo, la experiencia permitió reconocer que toda acción, ya sea gestos, silencios o intervenciones verbales, adquiere valor en la práctica, configurándose como parte del proceso de intervención y del vínculo con la comunidad.

Estas experiencias, junto con los desafíos y situaciones imprevistas surgidas, favorecieron un aprendizaje práctico que va más allá de lo estrictamente teórico, permitiendo construir una comprensión más integral del rol profesional.

Desde esta perspectiva, resulta fundamental comprender que la Psicología Social Comunitaria no se orienta únicamente al abordaje de problemáticas específicas, sino también a la transformación de las condiciones sociales que las producen. En relación con el suicidio, esto implica reconocer que no se trata de un fenómeno exclusivamente individual, sino de una problemática que impacta en múltiples niveles, incluyendo el familiar, institucional y comunitario, reforzando también la necesidad de intervenciones comprometidas con el contexto y articuladas con la comunidad. De este modo, el rol del psicólogo comunitario adquiere una relevancia central en la promoción de la conciencia social, el acompañamiento y la construcción de respuestas colectivas frente a situaciones de riesgo.

Para finalizar, se concluye y se tiene la convicción de que se lograron cumplir los objetivos planteados. También, se pudo denotar que es necesario seguir trabajando

en la mejora de propuestas preventivas destinadas a dar respuesta al tema suicidio, empleando todos los recursos que se encuentren al alcance.

4.2. Recomendaciones y propuestas

Se presentan a continuación recomendaciones y propuestas elaboradas a partir de los resultados y conclusiones obtenidas:

- Generar instancias de psicoeducación en habilidades sociales y emocionales, con el objetivo de que los miembros de la comunidad se constituyan como agentes preventores.
- Promover la concientización y sensibilización sobre el suicidio como problemática social, abordando factores de riesgo y factores protectores.
- Propiciar la participación de organismos públicos y privados para ampliar los espacios de concientización y fortalecer el trabajo en red.
- Articular acciones con referentes comunitarios claves, favoreciendo agentes multiplicadores que funcionen como detectores tempranos.
- Desarrollar estrategias de seguimiento y acompañamiento comunitario para personas en situación de vulnerabilidad.
- Fortalecer las redes de apoyo social, disminuyendo el aislamiento social.
- Favorecer la creación de espacios de detección temprana de conductas de riesgo en distintos ámbitos de la comunidad.
- Diseñar e implementar intervenciones territoriales creativas como espacios de expresión emocional y construcción de sentido colectivo.
- Desarrollar instancias de capacitación sobre el suicidio desde un enfoque integral, multisectorial, interdisciplinario y comunitario con el fin de articular acciones anticipatorias para optimizar la prevención del suicidio.
- Fomentar la participación comunitaria en las propuestas del CAPS, fortaleciendo el vínculo entre la institución y la comunidad.
- Garantizar el acceso a dispositivos de escucha y orientación (espacios de consulta, líneas de ayuda, guardias), reduciendo barreras simbólicas y materiales.

- Optimizar la articulación con los servicios de salud mental, a fin de asegurar circuitos de derivación claros, accesibles y oportunos.
- Establecer protocolos de actuación ante situaciones de riesgo suicida en instituciones comunitarias, que orienten la detección temprana, la derivación y el acompañamiento.

Por último, resulta fundamental destacar que el suicidio, al igual que otras problemáticas sociales como el consumo de sustancias o la violencia, debe ser abordado sin tabúes y con la importancia que requiere, entendiendo que atraviesa a la comunidad en su conjunto. Desde esta perspectiva, la prevención no se restringe a acciones puntuales, sino que implica fortalecer el entramado comunitario, promoviendo redes de apoyo basadas en la escucha, la empatía y la participación activa.

En consonancia con el enfoque de la Psicología Social Comunitaria, los resultados obtenidos deben comprenderse en función del contexto particular en el que se inscriben, reconociendo la singularidad de cada comunidad y la necesidad de diseñar estrategias acordes a sus características. En este sentido, el presente trabajo no solo buscó prevenir el suicidio, sino también articular los saberes técnicos con los recursos propios de la comunidad, favoreciendo su protagonismo en la identificación de necesidades y en la construcción de soluciones.

Asimismo, se resalta la importancia de ampliar los espacios de sensibilización y diálogo en torno a la temática, tanto en el ámbito profesional como en la vida cotidiana, entendiendo que la comunicación y la posibilidad de poner en palabras el malestar constituyen herramientas clave para su abordaje. Dado su carácter multicausal, resulta esencial la identificación de señales de alerta, así como la desmitificación de creencias erróneas que obstaculizan su comprensión.

En este marco, se evidencia que la articulación entre la comunidad y los profesionales favorece una comprensión más profunda de la problemática y potencia la eficacia de las intervenciones. A su vez, se subraya la necesidad de

fortalecer la atención en salud mental en instituciones como el CAPS La Bebida, especialmente en contextos de alta demanda, promoviendo abordajes que incluyan no solo a la persona en riesgo, sino también a su entorno, fomentando el compromiso colectivo.

Desde esta perspectiva, el psicólogo comunitario se configura como un agente de cambio que desarrolla su labor a partir de la investigación y la intervención, requiriendo compromiso, flexibilidad y capacidad de adaptación frente a situaciones imprevistas propias del trabajo en territorio. Su tarea implica, además, propiciar el acercamiento a la comunidad, promoviendo el diálogo y el intercambio de saberes, con el objetivo de fortalecer el empoderamiento y el rol activo de sus miembros.

En esta línea, las intervenciones realizadas, como los talleres, no solo permitieron trabajar en la prevención, sino también fortalecer el empoderamiento, favoreciendo que las personas se reconozcan como protagonistas capaces de generar transformaciones en su propia realidad. De este modo, se reafirma que la Psicología Social Comunitaria concibe a la comunidad no solo como destinataria de acciones, sino como sujeto activo con participación y voz propia.

Finalmente, el presente Trabajo Integrador Final pretende constituirse como un aporte a la prevención del suicidio, promoviendo la reflexión e incentivando la participación comunitaria. En este sentido, la comunicación, el hecho de hablar sobre el suicidio y habilitar espacios de diálogo, se posiciona como una herramienta fundamental para su prevención, ya que poner en palabras el malestar puede ser un paso decisivo para evitarlo.

BIBLIOGRAFÍA

Argentina. (2009). Ley N.º 26.529 de derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud. Boletín Oficial.

Argentina. (2010). Ley Nacional de Salud Mental N.º 26.657. Boletín Oficial.

Argentina. (2015). Ley N.º 27.130 de prevención del suicidio. Boletín Oficial.

Bravo, J. (2019). Conceptos básicos de psicología comunitaria: desde la acción comunitaria al cambio social. Universidad San Sebastián.

Buzaglo, A., Cravero, N., Divita, M., Fedorchuk, M., González, R., & Augsburger, C. (2020). Orígenes de la psicología social comunitaria en América Latina: Algunas dimensiones de análisis. En Actas de Publicación IX Jornadas de Investigación en Psicología 2020 (pp. 97–109). Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Rosario.

Casas-Muñoz, A., Velasco-Rojano, A. E., Rodríguez-Caballero, A., Gallardo-Pérez, N. P., Sánchez-Olivera, K., García-Piña, C., & Molina-Valdespino, D. (2024). Risk factors for suicidal behaviors in adolescents, literature review. Acta Pediatr Méx, 45(Supl 1), S60–S72.

De Lellis, M. (2022). La psicología comunitaria y el ciclo de las políticas públicas. Revista It, 9(9), 42–61.

Echeburúa, E. (2015). Las múltiples caras del suicidio en la clínica psicológica. Terapéutica Psicológica, 33(2), 149–162.

Flores Carrasco, M. Á., Gómez Labrador, C., & Hidalgo Carmona, A. (2020). Guía de actuación ante indicadores de conductas suicidas o autolíticas en el ámbito educativo. Junta de Andalucía, Consejería de Educación y Deporte.

Gabilondo, A. (2020). Prevención del suicidio, revisión del modelo OMS y reflexión sobre su desarrollo en España. Gaceta Sanitaria, 34(S1), 27–33.

Gaviria Stewart, E., & Morales Domínguez, J. F. (2019). ¿Qué es la psicología social? En E. Gaviria & J. F. Morales (Eds.), *Introducción a la psicología social* (pp. 1–17). UNED.

González Ruiz, M. (2015). Prevención y manejo de conductas suicidas en atención primaria. *Reduca (Enfermería, Fisioterapia y Podología)*. Serie Trabajos de Fin de Grado, 7(1), 212–259. Universidad Complutense de Madrid.

Grande Ratti, M. F., Malleza, S., Bertolani, F. C., Faccioli, J. L., Valdez D'stefano, L., Martínez, B. J., & Matusevich, L. D. (2024). Prevención, detección temprana y posvención del riesgo de suicidio: Una revisión narrativa. *Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría*, 35(166), 85–97.

Jiménez Pietropaolo, J., Martín Ulloa, S., Pacheco Tabuenca, T., Pérez-Íñigo Gancedo, J. L., Petersen Guitarte, G., Robles Sánchez, J. I., Santiago García, P., Tébar del Río, I., Torras García, A., & Villoria Borrego, L. (2016). Guía para la detección y prevención de la conducta suicida: Dirigida a profesionales sanitarios y facilitadores sociales [Guía]. Salud Madrid.

López-Díaz, R., Rivera-Heredia, M. E., Morales-Rodríguez, M., Hermosillo-De la Torre, A. E., Salazar-García, M. A., & González-Betanzos, F. (2024). Programas de intervención para la prevención del suicidio con jóvenes, sus familiares y amigos: Una revisión sistemática. *Revista de Psicología y Educación*, 19(2), 128–138.

Malla, I. M., & Romero, M. de L. (2018). Intento de suicidio. *Revista Ateneo*, 20(1), 35–42. Colegio de Médicos del Azuay.

Martínez, C. (2017). *Suicidología comunitaria para América Latina*. Editorial ALFEPSI.

Morales, J. (2020). Rol del psicólogo en el contexto comunitario: Aportaciones teórico-metodológicas para la generación de procesos de intervención efectivos. *Revista GICOS*, 5(2), 115–129.

Organización Mundial de la Salud. (2018). Declaración de Astaná: Conferencia mundial sobre atención primaria de salud: Astaná (Kazajstán).

Organización Mundial de la Salud. (2020). Atención primaria de salud: Proyecto de marco operacional: Transformar la visión en acción: Informe del Director General. Ginebra: OMS.

Organización Mundial de la Salud. (2021). Vivir la vida: Guía de aplicación para la prevención del suicidio en los países. Organización Panamericana de la Salud.

Organización Mundial de la Salud y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). (2021). Marco operacional para la atención primaria de salud: Transformar la visión en acción. Ginebra: OMS.

Organización Panamericana de la Salud. (2023). Factores contextuales asociados con la mortalidad por suicidio en las Américas, 2000–2019. OPS/OMS.

Provincia de San Juan, Argentina. (2016). Ley N.º 2405-Q, mediante la cual la provincia de San Juan adhiere a la Ley Nacional N.º 27.130 de prevención del suicidio. Boletín Oficial de la Provincia de San Juan.

Razo-González, A. M., Díaz-Castillo, R., & López-González, M. P. (2018). Construcción de las representaciones sociales sobre la calidad de vida en diferentes etapas de la edad adulta. *Aletheia*, 1(9), 1–21. Centro de Investigación en Ciencias Sociales y Humanidades.

Real Academia Española. (2023). Suicidio. En *Diccionario de la lengua española*.

Salcedo Ochoa, E. (2015). Una mirada reflexiva a la psicología social. *Tesis Psicológica*, 10(1), 108–122. Universidad Simón Bolívar.

Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia [SENAF]. (2023). Herramientas de abordaje comunitario para la prevención del suicidio en las adolescencias. Ministerio de Desarrollo Social de la Nación. Dirección Nacional de Promoción y Protección Integral.

Triadó Tur, C., Villar Posada, F., Calderón Castro, M., Cannella, V., Serrat Fernández, R., Fabà Ribera, J., Juncos Rabadán, O., Pereiro Rozas, A., Facal Mayo, D., Losada Baltar, A., Márquez González, M., & Pérez Miguel, A. (2019). Desarrollo adulto y envejecimiento (2.^a ed. revisada y actualizada). Alianza Editorial.

APÉNDICE

Anexo I: Área programática.



Anexo II: Entrevistas a profesionales.

Profesión:

- ¿Los casos son por derivación, llegan acompañados de familiares o solos?
- ¿Con qué frecuencia llegan pacientes pidiendo ayuda o con este motivo de consulta? ¿Es más frecuente ahora o antes?
- ¿Cuáles crees que son las principales causas y factores de riesgo?
- ¿Los casos que llegan al centro de salud son atendidos en el momento? ¿Se realizan derivaciones?
- ¿Cómo se coordina el trabajo entre los diferentes profesionales de salud (psicólogos, psiquiatras, enfermeros, médicos generales) para brindar atención a estos pacientes?
- ¿Cómo es el protocolo en casos de emergencia con pacientes en riesgo suicida? ¿Qué se hace después?
- ¿Existen diferencias en el protocolo si el paciente tiene antecedentes de intento de suicidio?
- ¿Qué tipos de intervención inmediata suelen ofrecer a los pacientes con conducta suicida?
- ¿Cuáles son las principales técnicas terapéuticas que utilizan para trabajar con pacientes en situación de crisis?
- ¿Qué herramientas o métodos de evaluación utilizan para identificar el nivel de riesgo suicida de un paciente?
- ¿Existen programas de apoyo o terapia continua en el centro de salud para ayudar a estos pacientes?
- ¿Se realiza algún tipo de seguimiento para los pacientes con riesgo suicida tras su egreso hospitalario?
- ¿Incluyen a la familia o allegados en el proceso de intervención? ¿De qué manera?
- ¿Qué tipo de orientación o apoyo se les ofrece a los familiares o amigos de personas con conducta suicida?

- ¿Cómo se maneja la confidencialidad y el manejo de la información sensible en estos casos?
- ¿Qué medidas preventivas implementa el hospital para reducir el riesgo de suicidio en la comunidad?
- ¿Realizan alguna labor de educación o talleres sobre salud mental para el personal médico o la comunidad?
- Como profesionales, ¿Tienen capacitaciones para abordar casos de personas con conducta suicida?
- Como profesionales, ¿Consideran que tienen las herramientas necesarias para abordar estos casos? ¿Qué recursos consideran necesarios para mejorar la atención de estos pacientes?
- ¿Qué mejoras propondrían en el abordaje hospitalario de la conducta suicida?
- ¿A quiénes deben recurrir las personas en caso de tener pensamientos suicidas?

Anexo III: Encuestas anónimas.

ENCUESTAS ANÓNIMAS

Sexo: _____

Edad: _____

Marque con una cruz (una o mas opciones)

- ¿Qué sabes o has escuchado acerca de la conducta suicida en jóvenes?

- ¿Qué tan común crees que es en la comunidad?

Muy común _____ Común _____ Poco común _____

- ¿Consideras que en la comunidad se habla abiertamente sobre temas de salud mental y suicidio?

Si _____ No _____

- ¿Sabrías cómo actuar si un familiar o amigo cercano mostrara señales de riesgo suicida?

Si _____ No _____

- ¿Qué tan preparado te sientes para apoyar emocionalmente a alguien que esté pasando por una crisis o esté considerando el suicidio?

Poco preparado, no sabría qué hacer _____ Muy preparado _____ Podría resolver la situación _____

- ¿Te gustaría recibir información sobre cómo identificar señales de alarma y cómo responder ante ellas?

Si _____ No _____

- ¿Consideras que la entrega de folletos podría ayudar a sensibilizar y educar sobre la prevención del suicidio?

Si _____ No _____

- ¿Te gustaría participar en espacios de conversación o talleres sobre salud mental y prevención del suicidio?

Si _____ No _____

- ¿Cuáles crees que son los mitos más comunes sobre el suicidio?

La gente que dice que va a suicidarse, no lo hace _____

No existen diferencias significativas entre clases sociales _____

En el momento en que una persona intenta suicidarse, es una persona con riesgo suicida para siempre _____

Todas las personas con conductas suicidas son personas con una enfermedad mental _____

Hablar sobre el suicidio puede fomentarlo y hasta facilitarlo _____

- ¿En tu zona, cuáles crees que son las principales causas?

- ¿Qué tanto crees que la información errónea o los mitos pueden afectar la forma en que respondemos ante una persona en riesgo?

No afectan _____ Afectan poco _____ Afectan mucho _____

- ¿Sabes qué instituciones o personas en la comunidad podrían brindar apoyo en una situación de crisis?

Hospitales _____ Centros de Salud _____ Policía _____ Otros _____

- ¿Tienes conocimiento de algún número de emergencia o recurso local específico para casos de intento de suicidio?

Si _____ No _____

- ¿Te resultaría útil contar con una lista de contactos y recursos de emergencia accesible y clara?

Si _____ No _____

- ¿Crees que los jóvenes de la zona participarían en actividades o talleres sobre prevención del suicidio si tuvieran espacios seguros y privados?

Si _____ No _____

- ¿Ha afectado esta experiencia tu perspectiva sobre la salud mental o te ha motivado a informarte más sobre el tema?

Me interesaría saber más del tema _____ No lo creo necesario _____

Anexo IV: Folleto tríptico entregado a las mujeres adultas de la comunidad de La Bebida.



 MITO		 REALIDAD	
En el momento en que una persona intenta suicidarse, es una persona con riesgo suicida para siempre.	Generalmente, las personas que desean terminar con su vida (y no lo hacen), son personas con conductas suicidas durante un periodo limitado de tiempo.	 SEÑALES DE ALERTA Directas • Hablar sobre querer morir o suicidarse. • Expresar desesperanza o sentimientos de inutilidad. • Investigar métodos para suicidarse. • Hablar de sentirse una carga para los demás. Indirectas • Conductas autolesivas o riesgosas. • Incrementar conductas de riesgo como el consumo de alcohol y/o sustancias. • Hablar sobre la muerte de forma recurrente. • Cambios inexplicables en el estado de ánimo. • Alejarse de amigos, familiares o actividades habituales. • Cambios en los hábitos de vida (sueño, apetito, descuidar la higiene o apariencia personal). 	
La gente que dice que va a suicidarse, no lo hace.	La mayoría de las personas que se suicidan han dado algún tipo de aviso.		
Hablar sobre el suicidio puede fomentarlo y hasta facilitarlo.	Es fundamental, cuando sospechemos que existe ideación suicida tratar abiertamente este tema. Para la persona será un alivio poder hablarlo con alguien sin ser juzgada.		
El suicidio ocurre más entre pobres que entre ricos.	No existen diferencias significativas entre niveles sociales.		
Todas las personas con conductas suicidas son personas con una enfermedad mental.	Las personas suicidas no tienen por qué ser - ni estar - enfermas mentales. El suicidio no es una enfermedad es una conducta.		

¿QUÉ HACER? ¿QUÉ NO HACER?

 Tener en cuenta cualquier amenaza o tentativas

 Validar sus sentimientos.

 Escuchar con empatía.

 Transmitir tranquilidad.

 Tener paciencia y mostrar interés.

 Animar a buscar ayuda profesional.

 Julgar

 Criticar sus emociones o intentar

 Dejar sola a la persona.

 Restraerla.

 Mostrar desconfianza.

 Dar falsas expectativas ni miedo.

Anexo V: Taller informativo sobre la Prevención de la conducta suicida a mujeres adultas de la comunidad de La Bebida.

