



**ESPECIALIZACION EN ADMINISTRACION Y GESTION DE
POLITICAS PUBLICAS**

TESIS

**PROGRAMA DE PREVENCION DE SUICIDIO EN
ADOLESCENTES**

“ACTIVANDO ESTRELLAS”

DISEÑO DE POLITICA PUBLICA EN SALUD



TESISTA:

López, Roberto Antonio

TUTORA

Lic. Aquilino, Natalia

2021-2022

Índice

Resumen	Pag.3
Introducción	Pag. 4
Objetivos	Pag. 5
Capítulo 1: Marco teórico	Pag. 6
1.1 El suicidio y la adolescencia.....	Pag.6
1.2 Antecedentes epidemiológicos.....	Pag. 8
1.3 Marco legislativo.....	Pag. 11
Capítulo 2: Diagnostico de situación	Pag.12
2.1 El Mojón.....	Pag. 12
2.2 Salud mental: Riesgo de suicidio, Ansiedad y Depresión.....	Pag. 14
2.3 Metodología de trabajo.....	Pag. 15
2.4 Resultados estadísticos.....	Pag. 17
2.5 Análisis y procesamiento de datos.....	Pag. 25
Capítulo 3: Brief de políticas públicas aplicables	Pag.27
3.1 Problema	Pag. 27
3.2 Criterios	Pag.27
3.3Comparación de alternativas y elección de política pública.....	Pag. 27
3.4Consideraciones sobre las restricciones políticas y organizacionales.....	Pag. 28
3.5 Implementación y evaluación del programa.....	Pag. 29
Capítulo 4: Propuesta de intervención	Pag. 30
4. Programa integral "Activando estrellas".....	Pag. 30
4.1 Objetivos operativos.....	Pag. 30
4.2 Estructura organizacional de la política pública.....	Pag. 31
4.3 Metodología de trabajo.....	Pag. 35
Capítulo 5 : Intervenciones ejecutadas	Pag. 38
Bibliografía	Pag. 48
Anexo I	Pag. 53
Anexo II	Pag. 62
Anexo II	Pag. 63
Anexo IV	Pag. 64

Resumen

El suicidio en adolescentes es una problemática multifactorial, que amerita un abordaje interdisciplinario y complejo, ya que, la adolescencia es una etapa de desarrollo sometida a cambios radicales, tanto físicos como psicológicos. El presente trabajo tiene como objetivo general diseñar un programa regional de prevención del suicidio en adolescentes con factores de riesgo en el interior de Santiago del Estero. Para ello se realizó un diagnóstico de situación de la población de uno de los pueblos de la región donde desempeño mi función de medico (El Mojón), identificando un 59 % de riesgo de suicidio en adolescentes de 15 a 19 años (n=182) y como principales factores de riesgo estadísticamente asociados (p=0.0): Depresión grave (12%), ansiedad moderada-grave (26%) y disfuncionalidad familiar (14%). Sin embargo, también se puso en evidencia que la comunidad cuenta con recursos sociopolíticos suficientes para mejorar la situación epidemiológica. A partir del análisis de los resultados obtenidos se diseñó el programa de prevención de suicidio adolescente "Activando estrellas" con el fin de mejorar no solo la situación de salud de Mojón sino también de aquellas comunidades adyacentes como Nueva Esperanza y San José del Boquerón, basado en el trabajo articulado de los diferentes sectores sociales: Salud pública, Municipalidad y Educación; desarrollando intervenciones comunitarias basadas en talleres cognitivos conductuales y actividades recreativas, dada la base psicoemocional de este flagelo, además de la instalación de un consultorio amigable adaptado a los recursos disponibles en la región, poniendo a la disposición de la comunidad la atención profesional de un psicólogo/a, ofreciendo de esta manera, un espacio libre de prejuicios, donde el adolescente pueda expresar con libertad sus inquietudes.

Palabras claves: Riesgo de suicidio - Trastorno de depresión – Trastorno de ansiedad – Funcionalidad familiar- Programa de prevención del suicidio adolescente.

Introducción

La adolescencia es una etapa crucial en el desarrollo humano, donde se configuran los ideales de vida que después van a constituir la identidad personal del adulto. La carga de los trastornos emocionales en la adolescencia es sentida especialmente por los familiares y los amigos de los afectados (Zamorano, 2000).

Los trastornos depresivos se caracterizan por un sentimiento de tristeza, pérdida de interés o de placer, sentimientos de culpa o autoestima baja, alteraciones del sueño o del apetito, fatiga y falta de concentración. En su forma más severa, la depresión puede conducir al suicidio (Organización Panamericana de la Salud, 2017) o bien al consumo de sustancias psicoactivas ilícitas (Gómez Rodríguez, Gutiérrez Herrera, & Londoño, 2013) . En cambio, el paciente ansioso se presenta hipervigil, atento y pendiente del exterior todo el tiempo, sus síntomas predominantes son la tensión y la angustia, percibe un peligro que no puede definir, existe una actitud fóbica, mientras que en la depresión la actitud es de desinterés (American Psychiatric Association, 1999).

Además de estos trastornos emocionales, existen otros trastornos mentales que contribuyen al comportamiento suicida: trastornos bipolares, esquizofrenia y el abuso de alcohol u otras sustancias (Kotila & L., 1989) (Fergusson & Lynskey, 1995).

Es menester mencionar que la funcionalidad familiar es un factor, que merece su consideración al momento de abordar esta problemática, ya que, la familia cumple un papel importante en el desarrollo de una base estable emocional desde la cual pueden explorar y experimentar el mundo, representando un entorno donde es posible volverse en busca de tranquilidad, apoyo y amor incondicional en tiempos difíciles (Intento suicida y funcionamiento familiar., 2001). En adición, los contextos socioeconómicos, escolares, o bien aquellas limitaciones físicas, se asocian también a la conducta suicida.

No obstante, aquellos acontecimientos estresantes como rupturas, pérdidas de seres queridos, conflictos con los allegados, problemas legales, financieros, o bien, aquellos que conducen al estigma, humillación, o la vergüenza, pueden provocar tentativas suicidas (Buitrago, 2011).

Desde el ámbito local, donde desempeñé mi función médica (Dpto. Copo y Pellegrini – Santiago del Estero), en reiteradas ocasiones se planteó la preocupación por la frecuencia con la que se presentaban los casos de intentos de suicidio adolescente en las guardias médicas, siendo más notable en el hospital de Mojón.

Ahora bien, considerando la complejidad y multicausalidad de esta problemática, sobre todo en región donde trabajo se decidió diseñar un programa de prevención del suicidio en adolescentes, el cual, deberá ser: Permanente e intersectorial; e incluir los siguientes tópicos:

- Un sistema de información y vigilancia.
- Capacitación del personal de salud.
- Intervenciones preventivas en las escuelas secundarias.
- Sistemas de ayuda en situaciones de crisis.
- Trabajo con los medios de comunicación.

Sin embargo, para llegar a definir la implementación de esta política pública existió todo un proceso previo para determinar una base de datos suficientes para justificar esta postura, empezando con la comunidad de Mojón.

A partir de lo aprendido en el cursado de la especialidad, se procedió con la ejecución de cada una de las etapas previas al diseño de una política pública:

1. Revisión bibliográfica del problema a nivel mundial y local.
2. Diagnóstico de situación.
3. Brief de alternativas de políticas públicas aplicables.
4. Propuesta de intervención (Diseño de la política pública).

Objetivos

Objetivo general

Diseñar un programa regional de prevención del suicidio en adolescentes con factores de riesgo en el interior de Santiago del Estero, que permita el abordaje intersectorial de la problemática con intervenciones comunitarias que fomente aquellos factores protectores asociados a la conducta suicida.

Objetivos específicos

1. Identificar los factores de riesgo en adolescentes de 15 a 19 años relacionados a la conducta suicida.

2. Identificar las limitaciones socio-culturales y los recursos socio-políticos que dispone el pueblo de El Mojón.
3. Determinar entre las alternativas potenciales de políticas públicas aplicables, aquella que se ajusta a la situación epidemiológica de la población en estudio.
4. Diseñar un programa regional de prevención del suicidio en adolescentes destinado a la población de Mojón, Nueva Esperanza y San José del Boquerón.

Capítulo 1: MARCO TEÓRICO

1.1 El Suicidio y la adolescencia

Antes de abordar al suicidio como tal, es necesario aclarar la diferencia entre los siguientes términos: ideación, comportamiento e intento suicida. La ideación suicida es la intrusión de pensamientos negativos que motivan a quitarse la vida. El comportamiento suicida se refiere a las acciones tomadas por alguien que está considerando o preparando la causa de su muerte. Mientras que el intento suicida corresponde a la acción enfocada a provocar la propia muerte que no resulta exitoso consecuentemente. Finalmente, el suicidio, es tradicionalmente definido por la OMS como "El acto con resultado letal, deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, con pleno conocimiento del resultado letal" (Brooke & OMS, 1976).

Sin embargo, siguiendo la línea de abordaje de la OMS: "tener ocasionalmente pensamientos suicidas no es anormal. Estos son parte de un proceso normal de desarrollo mental en la infancia y adolescencia al tratar de elucidar los problemas existenciales cuando se trata de comprender el sentido de la vida y la muerte" (Organización Mundial de la Salud, 2021).

Está claro que, la etapa de la adolescencia es un periodo de cambio radical en la vida del ser humano, tanto física como mentalmente, un periodo de transición entre la niñez y la adultez. Es por esta razón, que los adolescentes son más proclives a adoptar estas conductas autodestructivas, ya que se encuentran muy influenciados por sentimientos de estrés, miedo, confusión e incertidumbre, más aún si

consideramos que existen factores externos que influyen en la mente de los adolescentes, tales como las malas amistades. Bullying y por supuesto la disfuncionalidad familiar (Buitrago, 2011)

Desde el punto de vista epidemiológico se ha observado que esta problemática se vincula con un modelo multifactorial si nos referimos a su etiología, interviniendo factores socio-culturales, ambientales y psicopatológicos. Como fue mencionado anteriormente, los adolescentes cursan una etapa de vida radical, donde son más influenciados a diversos factores, ya sean, de riesgo o bien protectores.

Respecto a los **factores de riesgo**, es menester mencionar primeramente que, la existencia de algunos de estos, no determinan un suicidio, no obstante, son predisponentes, ya que, cuando perduran en el tiempo, la balanza se inclina cada vez más hacia el final indeseado (Marttunen, Aro, & Lönnqvist, 1993). Entre los más comunes están:

- Disfuncionalidad familiar: Problemas familiares graves como violencia doméstica o agresividad, exigencia parental y en el peor de los casos abuso sexual.
- Problemas escolares: Hostigamiento o acoso escolar (Bullying) como acontecimiento vital humillante y el cyberbullying.
- Factores socioeconómicos y culturales: como la falta de expectativas laborales y de estudio.
- Factores intrapsíquicos y de personalidad, particularmente los estados depresivos y de ansiedad.
- Autoexigencia y fracasos en logros esperados.
- Orientación sexual: Temor a la reacción de la familia.
- Consumo de alcohol y otras sustancias.

Ahora bien, en la literatura epidemiológica también encontramos aquellos factores que ayudan a evitar el suicidio en este grupo etario, siendo los más representativos (Teruel & Bello, 2014):

- Autoconcepto positivo.
- Flexibilidad cognitiva.
- El autocontrol emocional.
- El optimismo disposicional.

- Adaptabilidad situacional.

Estos factores atribuyen a ciertos patrones socioculturales, cognitivos, personales y sociodemográficos que los protegen de aquellos pensamientos intrusivos autodestructivos, tales como, las buenas relaciones sociales, la confianza en uno mismo, la receptividad hacia nuevas experiencias y soluciones de otras personas, estar dispuestos a buscar y aceptar ayuda de otros cuando surgen dificultades; así también, a la integración social, participación en deportes, asociaciones religiosas, clubes, entre otras actividades donde implique entablar buenas relaciones con otros jóvenes o bien con profesores u otros adultos.

1.2 Antecedentes epidemiológicos

Según la OMS, la depresión es la causa predominante de enfermedad y discapacidad en los niños y jóvenes de 10 a 19 años. Además, indica que las tres principales causas de muertes de adolescentes en todo el mundo son los accidentes de tránsito, el VIH/SIDA y el suicidio. A nivel global, se estima que 1,3 millones de adolescentes murieron en 2012 (Organización Panamericana de la Salud, 2014). Además, Según la Encuesta Mundial de Salud Escolar, del año anteriormente mencionado, se observó que el 11% de los varones y el 22,3% de las mujeres adolescentes consideraron seriamente la posibilidad de suicidarse en los últimos 12 meses (Organización Panamericana de Salud, 2017). Sin embargo, las estadísticas vitales demuestran que los varones jóvenes consuman los suicidios en mayor medida que las mujeres (Programa Nacional de Salud integral en la Adolescencia, 2016).

Se estima que, en el 2015, la proporción de la población mundial con depresión fue de 4,4% (322 millones) siendo más común en las mujeres (5,1%) que en los hombres (3,6%), mientras que el número total estimado de personas con trastornos de ansiedad en el mundo es de 3,6%(264 millones) (Organización Panamericana de la Salud, 2017).

En 2011, se realizó un estudio en jóvenes de 10 a 17 años en Colombia donde detectaron síntomas ansiosos o depresivos en el 40,5 % de la población estudiada (538); de los cuales el 28,3 % presentaron síntomas sugestivos de ansiedad exclusivamente, con síntomas depresivos exclusivamente en 3,3 % y síntomas tanto de ansiedad, como de depresión en 8,9 %. Los síntomas ansiosos fueron más

frecuentes en las mujeres y los síntomas depresivos y mixtos se presentaron con más frecuencia en hombres (Del Carmen Ospina-Ospina, Hinestrosa-Upegui, Paredes, Guzmán, & Granados, 2011).

En Guatemala durante el 2015 se reportó un incremento del 40% de los trastornos mentales, encabezados por depresión y ansiedad. Con el objetivo de estimar la prevalencia de depresión y ansiedad en adolescentes de institutos nacionales de educación básica y diversificada, se realizó un estudio descriptivo de corte transversal. Se seleccionaron tres municipios del departamento de Santa Rosa, a conveniencia y tres institutos públicos de cada municipio. Con una muestra aleatoria simple de 587 adolescentes, distribuida proporcionalmente. Se obtuvo una participación de 56.4% de sexo femenino y 43.6% del sexo masculino. La prevalencia de síntomas sugestivos de depresión fue de 23.7% y de ansiedad 61.2%, presentándose, ambas, con mayor frecuencia en el sexo femenino (Arriaga, Galindo, & al., 2017).

En 2017 se realizó una investigación que determinó el grado de depresión y ansiedad en los adolescentes de bachillerato del Colegio Adolfo Valarezo en Ecuador, para lo cual se realizó un estudio descriptivo, relacional, cuantitativo de corte transversal, se aplicó el Test de Hamilton de ansiedad y depresión en 179 estudiantes pertenecientes a la sección de bachillerato; se determinó que: el 29,1% presentó depresión leve y el 5,6% depresión severa, el 40,8% presentó ansiedad leve y el 34,1% ansiedad moderada/grave. La prevalencia de depresión y ansiedad fue del 53,6% y 74,9% respectivamente, la relación entre depresión y ansiedad fue estadísticamente significativa ($p < 0,05$) (Ordoñez Mullo, 2017).

En cuanto, a la ideación suicida se encontró en la ciudad de Manizales en 2008 una prevalencia de 38% de depresión clínica global y un 45% de ideación suicida, evidenciando un mayor riesgo de suicidio en adolescentes de 15 a 17 años (Amezquita Medina, González Pérez, & Zuluaga Mejía, 2008). Además, en 2010, en México se determinó una frecuencia de 47% de ideación suicida en una población de 12.424 adolescentes de escuelas públicas y un 9% refirieron intentar auto eliminarse (Pérez-Amezcu, y otros, 2010). Mientras que en 2013 se detectó una prevalencia de ideación, planificación e intento de suicidio en adolescentes en Estados Unidos es de 12.1%, 4% y 4.1% respectivamente (Nock, y otros, 2013).

Cabe destacar el estudio realizado en 2015, sobre adolescentes escolares en Colombia donde encontraron una frecuencia de 25% para la ideación suicida entre riesgo medio y alto, 16% para la depresión; evidenciando una relación significativa entre la depresión e ideación suicida ($r=0,295$ significancia= $0,000$) (Ceballos Ospino & al., 2015).

Sin embargo, durante el mismo año, Chile superó ampliamente las cifras internacionales, reportándose una prevalencia de vida de intento suicida en adolescentes de entre el 19% y el 26.3% en la región metropolitana (Ventura-Juncá, y otros, 2010) (MarcadorDePosición1) (Barroilhet, y otros, 2012) y de 25.6% en Concepción (Valdivia, Silva, Sanhueza, Cova, & Melipillán, 2015). No obstante, el año pasado en un estudio realizado en la última ciudad mencionada anteriormente, obtuvieron una prevalencia de vida del intento de suicidio de 14.3%. Esta menor prevalencia lo atribuyeron a que en dicho estudio se consideraron sólo estudiantes del primer año medio (secundario) que constituían el grupo más joven de los cuatro años del ciclo medio, y, por lo tanto, concluyeron que podría haber un aumento de la prevalencia en la medida que la muestra avanza en la adolescencia (Silva & al., 2017).

Respecto a nuestro país, en un estudio realizado en Empedrado (Corrientes, 2008), se determinó una prevalencia de 11 % de ansiedad y una de 24 % de depresión y se observó que generalmente estos trastornos coexisten. De un total de 12 pacientes con ansiedad grave, 10 presentaban depresión grave, y los otros dos restantes coexistían con depresión moderada. A su vez de los 26 adolescentes con ansiedad moderada; 5 presentaban depresión grave; 12 depresión moderada, y 9 depresión leve. 59% presentó depresión; similar al de Ciudad de Corrientes 52,77% (Festorazzi Acosta, Rodríguez, & al., 2018).

En 2011 Casullo, M. y Fernández, M., publicaron un trabajo de investigación cuyos resultados de un estudio descriptivo-comparativo realizado en una muestra de 1320 estudiantes adolescentes residentes en tres áreas geográficas de Argentina: Buenos Aires, Tucumán y Patagonia; determinaron que los síntomas depresivos predominaban en los adolescentes de 15 a 18 años en Tucumán y en Buenos Aires con mayor frecuencia en las mujeres (Casullo & Fernández, 2011).

Ahora bien, en nuestro país se han evidenciado a través de las estadísticas vitales que más de la mitad de las defunciones anuales de adolescentes resultan evitables,

y dentro de este grupo se encuentran, los suicidios. La mortalidad por esta causa es más alarmante en las provincias del norte, dentro de las cuales Santiago del Estero ocupa el décimo lugar con una tasa trienal de 7.5 suicidios por cada cien mil adolescentes (Ministerio de salud y desarrollo social.).

1.3 Marco Legislativo

Ley Nacional de prevención del suicidio (ley 27.130) (Ministerio de justicia y derechos humanos., 2015): Sancionada el 11 de marzo de 2015 y promulgada el 6 de abril del mismo año. El objeto de esta ley es disminuir la incidencia y prevalencia del suicidio, a través de la prevención, asistencia y posvención, es decir, aquellas acciones dirigidas a trabajar sobre el entorno de la persona que se quitó la vida, con el fin de evitar nuevos eventos autodestructivos.

Los objetivos de esta ley son:

1. El abordaje coordinado, interdisciplinario e interinstitucional de la problemática del suicidio.
2. El desarrollo de acciones y estrategias para lograr la sensibilización de la población.
3. El desarrollo de los servicios asistenciales y la capacitación de los recursos humanos.
4. La promoción de la creación de redes de apoyo de la sociedad civil a los fines de la prevención, la detección de personas en riesgo, el tratamiento y la capacitación.

La norma declara de interés nacional "la atención biopsicosocial, la investigación científica y epidemiológica, la capacitación profesional en la detección y atención de las personas en riesgo de suicidio y la asistencia a las familias de víctimas del suicidio".

Además, esta ley destaca que ante un caso de intento de suicidio de un niño/a o adolescente, es obligatoria la comunicación, no la denuncia, a la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia o la autoridad administrativa de protección de derechos del niño que corresponda en el ámbito local; así también, agrega que toda persona que, en el marco de la asistencia, haya tomado conocimiento de la situación de un paciente que ha intentado suicidarse estarán obligadas a la confidencialidad de la información.

Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657: Sancionada en 2010 y reglamentada en 2013, es un marco de referencia clave para este tema. Dentro de este contexto, Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (DNSMyA), junto con el Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia (PNSIA), elaboraron los "Lineamientos para la Atención del Intento de Suicidio en Adolescentes" (2012) destinados a equipos de guardia del 2do. nivel de atención y, junto con el área de Información Pública y Comunicación del Ministerio de Salud de la Nación, la guía "Comunicación responsable: recomendaciones para el tratamiento de temas de salud mental en los medios" (2013), que cuenta con un capítulo dedicado a cómo hablar del suicidio en los medios.

Sumando a lo anteriormente mencionado, el Plan Nacional de Salud Mental 2013-2018 (PNSM), aprobado por Resolución Ministerial 2.177/2013, prevé la capacitación continua en el tema de suicidio de profesionales y trabajadores de salud mental, además de otros actores sociales relevantes, entre ellos docentes, educadores y comunicadores populares, así como también el personal de las fuerzas de seguridad.

Para finalizar y teniendo en cuenta uno de los factores de riesgo mencionados, en el marco de la Comisión Nacional Interministerial de Políticas en Salud Mental y Adicciones (CONISMA), también se ha desarrollado un espacio de trabajo intersectorial para el abordaje comunitario de esta problemática, considerando, la influencia del consumo de alcohol y otras sustancias.

Capítulo 2: DIAGNOSTICO DE SITUACION

2.1 El Mojón

Es una población rural situada al noroeste de Santiago del Estero, en el departamento Pellegrini cuyo acceso principal es la ruta provincial 175, situado al margen del Río Horcones, a 121 km de San Miguel de Tucumán y a 183 km de Salta. Cuenta con una población total de 1.828 habitantes, de los cuales 969 son hombres y 909 mujeres.



Referencias

1. Comisión municipal
2. Sub Comisaria
3. Plaza "Juan Manuel Belgrano"
4. Iglesia "Ntra. Sra. Del Valle"
5. Hospital de Transito "Dr. Rene Favaloro"

6. Plazoleta "Gral. San Martin"
7. Colegio Secundario "El Mojon"
8. Jardín de Infantes n° 105
9. Escuela N° 770 "Dante Franzzini"
10. Club Atlético "Rio Horcones"
11. Club Atlético "Mataderos"
12. Torre elevadora de agua
13. Matadero Municipal
14. Estafeta de correo
15. Centro de Jubilados
16. Templo Evangélico "Getsemani"
17. Centro de integración comunitario
18. Registro civil
19. Plazoleta "Virgen del Valle"
20. Agrupación gaucha "El palenque"
21. Antena "Personal"
22. Receptoría provincial de Rentas
23. Futura plaza publica
24. Templo Evangélico "Estrella de David"
25. Pista de salud
26. Academia Folclórica

2.2 Salud mental: Riesgo de Suicidio, Ansiedad y Depresión.

Teniendo en cuenta la complejidad de esta problemática, se realizó un diagnóstico de situación de la salud mental de los adolescentes de 15-19 años, con el fin de generar datos estadísticos que justifiquen el diseño de una política pública en salud destinada a la prevención del suicidio en la población adolescente de la comunidad. Para esta etapa se plantearon los siguientes objetivos:

- Determinar la frecuencia de Trastornos de Depresión (TD), de Ansiedad (TA) y de riesgo de suicidio en Adolescentes entre 15 a 19 años de la comunidad de "EL MOJON" en noviembre - diciembre del 2021.
- Relacionar el nivel de TD y de TA con el sexo y riesgo de suicidio de la población elegida.

- Relacionar la funcionalidad familiar con el nivel de TD, TA y el Riesgo de Suicidio en la población en estudio.

2.3 Metodología de trabajo

Se realizó un estudio observacional, descriptivo de corte transversal y con un enfoque cuantitativo.

La población de estudio fueron los adolescentes de 15 a 19 años que pertenecen a la comunidad de "El Mojon", representando un total de 189 adolescentes.

Se tomó como muestra representativa (n=182), al azar, aquellos adolescentes matriculados en el colegio secundario de la región que desearon participar voluntariamente del estudio que se realizó entre los meses de noviembre - diciembre del año 2021 garantizando la confidencialidad del estudio.

Se excluyó aquellos alumnos que no quisieron participar del estudio o se encontraron ausentes en el momento de la entrega del cuestionario.

Las variables que se estudiaron fueron:

- Edad: Tiempo en años desde el nacimiento del individuo hasta el momento del estudio. Se consideró lo expresado por el individuo en el cuestionario agrupándolos en los siguientes grupos: 15-17 y 18-19
- Sexo: Característica fenotípica que nos diferencia en varones y mujeres. Se consideró lo expresado por el individuo en el cuestionario.
- Nivel de Depresión: Patología caracterizada por un sentimiento de tristeza, pérdida de interés o de placer, sentimientos de culpa o autoestima baja, alteraciones del sueño o del apetito, fatiga y falta de concentración. Se midió con la adaptación española del Inventario de depresión de Beck-II (BDI-II) que consta de 21 ítems, y se usó como puntuaciones de corte y grados de depresión correspondientes aquellas propuestas por en el manual original de BDI-II: 0-13 puntos indica depresión mínima, 14-19 puntos depresión leve, 20-28 puntos depresión moderada y 29-63 puntos depresión grave (Beck, Steer, & Brown, 1996).
- Nivel de Ansiedad: Patología caracterizada por una sensación de miedo, inquietud, tensión, taquicardia y dificultad respiratoria, que puede no estar asociada a ningún estímulo aparente. Se lo evaluó con la Escala de Valoración de la Ansiedad de Hamilton (HAS), basada en 14 ítems, categorizando a los alumnos de la siguiente manera: Ausencia de Ansiedad

(0 – 5 puntos), Ansiedad leve (6-14 puntos), Ansiedad moderada/grave (15 o más puntos).

- Riesgo de suicidio: Probabilidad que tiene una persona de intentar acabar con su vida. Se usó la escala de Ideación suicida de Beck, que presenta 19 ítems, se consideró que una puntuación igual o mayor que 1 es indicativa de riesgo de suicidio, indicando una mayor puntuación un más elevado riesgo de suicidio. Siguiendo las recomendaciones de Beck en su estudio, en caso de que, la puntuación desde el 1^{er} hasta el 4^{to} y 5^{to} incluyendo a estos últimos reactivos, sea "0", se omitió las secciones siguientes y finalizó el cuestionario, codificando como: "Sin riesgo" (BECK, KOVACS, & WEISSMAN, 1979) (Gonzalez Macip, Diaz Martinez, & al, 2000).
- Funcionalidad familiar: Es la capacidad de la familia para enfrentar la crisis, valorar la forma en la que se permiten las expresiones de afecto, el crecimiento individual de sus miembros y la interrelación entre ellos, sobre la base del respeto y la autonomía. Se midió aplicando el APGAR familiar categorizando de la siguiente manera: Familia gravemente disfuncional (0 – 3 puntos), moderadamente funcional (4 – 6 puntos), normofuncional (7- 10 puntos).

Para la recolección de datos se utilizó un cuestionario (Anexo IV) que consta de 4 partes: La BDI-II, que consta de 21 ítems diseñado para evaluar la gravedad de la sintomatología depresiva. En cada uno de sus ítems el alumno tuvo que elegir, entre cuatro alternativas ordenadas de menor a mayor gravedad, la frase que mejor describió su estado durante las últimas dos semanas (excepto en los ítems 16 y 18 que presentan siete alternativas). Cada ítem se valora de 0 a 3 puntos en función de la alternativa escogida y, tras sumar directamente la puntuación de cada ítem, se obtiene una puntuación total que varía de 0 a 63 (Muñiz & Fernández-Hermida, 2010). Por otro lado, se añadió para investigar el TA otra parte al cuestionario: La HAS que se utiliza para evaluar el estado de ansiedad, consta de 14 ítems, cada uno con puntuaciones de 0 a 4 y la suma total de puntos va de 0 a 56 (Hamilton, 1959). Dicha escala posee un $\alpha = 0.79$ a 0.86 de consistencia interna y una fiabilidad test-retest = 0.96 ; mientras que la puntuación total presenta una elevada validez concurrente con otras escalas que valoran ansiedad como The Global Rating of Anxiety by Covil ($r = 0.63 - 0.75$) y con el inventario de ansiedad de Beck ($r = 0.56$)

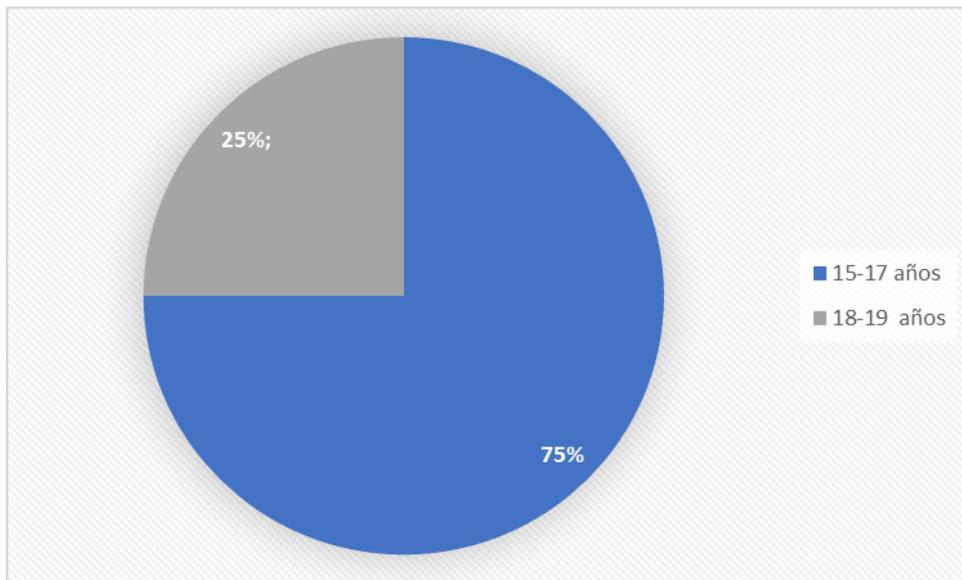
(Avalos Rebatta, Guerra Huari, & al., 2018). Se incluyó también la escala de Ideación suicida de Beck al cuestionario, que consta de 19 ítems que miden la intensidad de las actitudes, conductas y planes específicos para suicidarse. Cada ítem se puntuó de 0-2 (0= ausente hasta 2= máxima intensidad de la ideación suicida), y la puntuación total de la escala es la suma de los valores asignados a los 19 ítems, la cual es de 0-38. La ficha técnica de la Universidad Complutense de Madrid determina que una puntuación igual o mayor que 1 es indicativa de riesgo de suicidio, indicando una mayor puntuación un más elevado riesgo de suicidio" (Hamilton, 1959). Dicha escala consta de un $\alpha = 0.89-0.96$ y una fiabilidad ínter examinador de 0.83. Por último, se agregó una sección en el cuestionario donde se aplicó el APGAR familiar para evaluar la funcionalidad de la unidad familiar, representado como un cuadro con 5 preguntas con 3 opciones: casi nunca, a veces, casi siempre, asignándole un puntaje de 0, 1, 2 respectivamente. Dicho instrumento cuenta con un índice alfa de Crombach de 0,84 (J., A., & al.).

Previo a la entrega del instrumento anteriormente descrito, se solicitó consentimiento escrito a la rectora del colegio secundario (Anexo II), adolescentes (Anexo II) y oral a las autoridades del efector sanitario y docentes, garantizando la confidencialidad y el anonimato de los datos obtenidos, y que los mismos sólo serán utilizados con fines de investigación. Los datos se tabularon en el programa Microsoft Excel 2010. Luego de la recolección de datos, los mismos fueron sometidos a un análisis descriptivo de las variables en estudio y se determinó asociaciones de interés mediante Test Exacto utilizando un nivel de significación $\alpha=5\%$. Los datos fueron volcados en una planilla electrónica y se procesaron con el programa Microsoft Excel 2010.

2.4 Resultados estadísticos

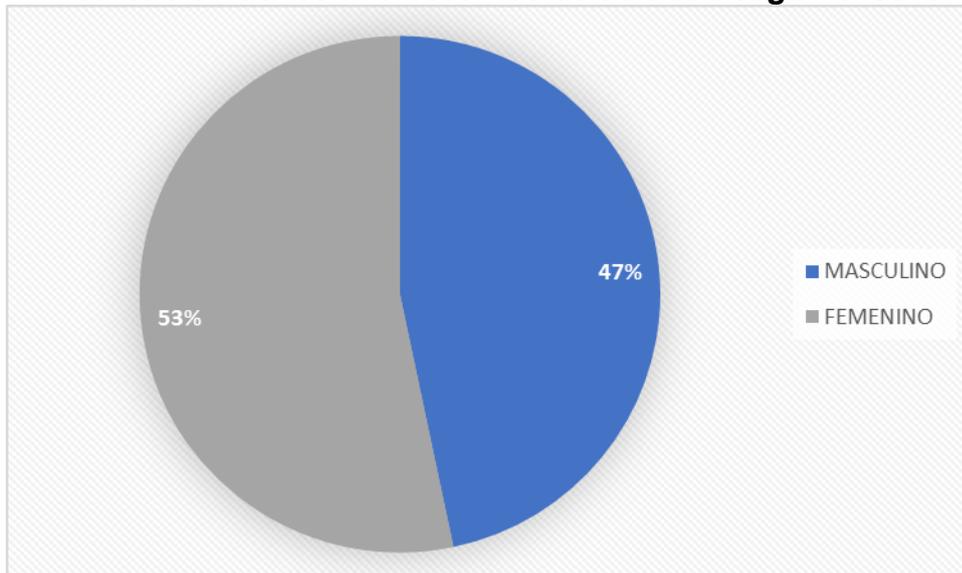
Se encuestaron a 182 estudiantes de 15 a 19 años que concurren al colegio secundario de "El MOJON" matriculados en el periodo lectivo 2021 durante el periodo de noviembre-diciembre. Los resultados obtenidos fueron:

Gráfico 1: Distribución de los adolescentes encuestados según la edad. (n=182)



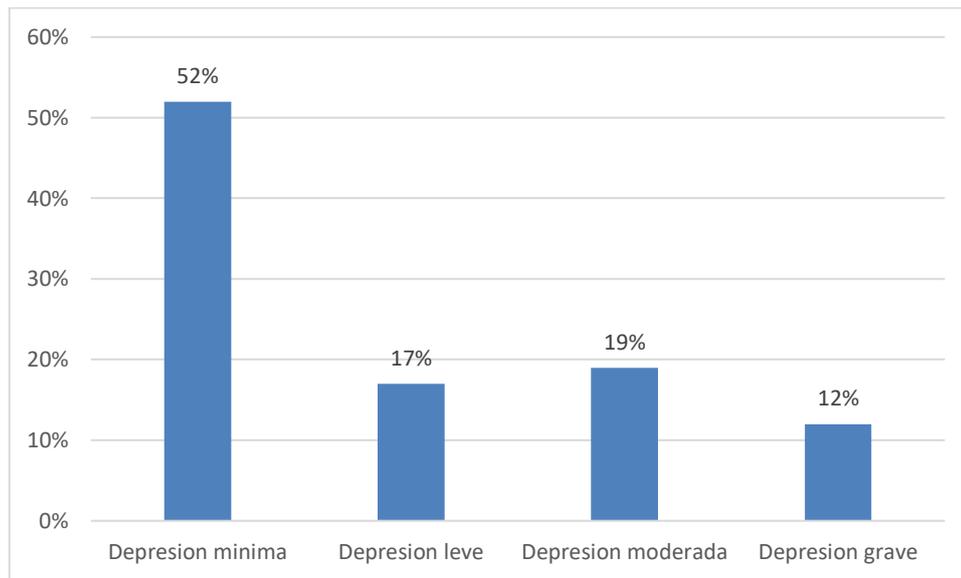
El grupo etario con mayor frecuencia estuvo representado por los adolescentes de 15-17 años con un 75% (137).

Gráfico 2: Distribución de los adolescentes estudiados según el sexo. (n=182)



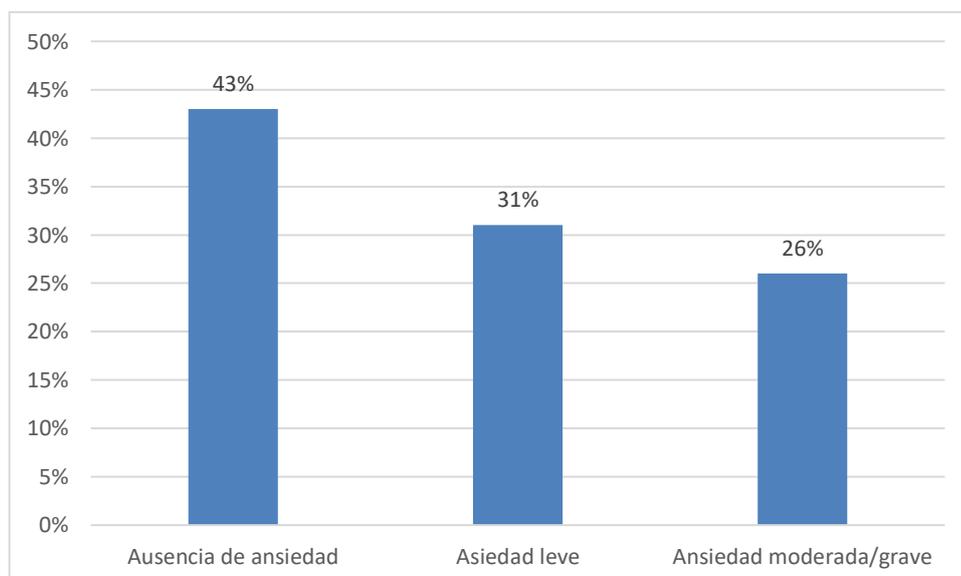
Se observó que un 53% (97) del grupo estudiado son de sexo femenino.

Gráfico 3: Distribución de los adolescentes estudiados según el Nivel de depresión. (n=182)



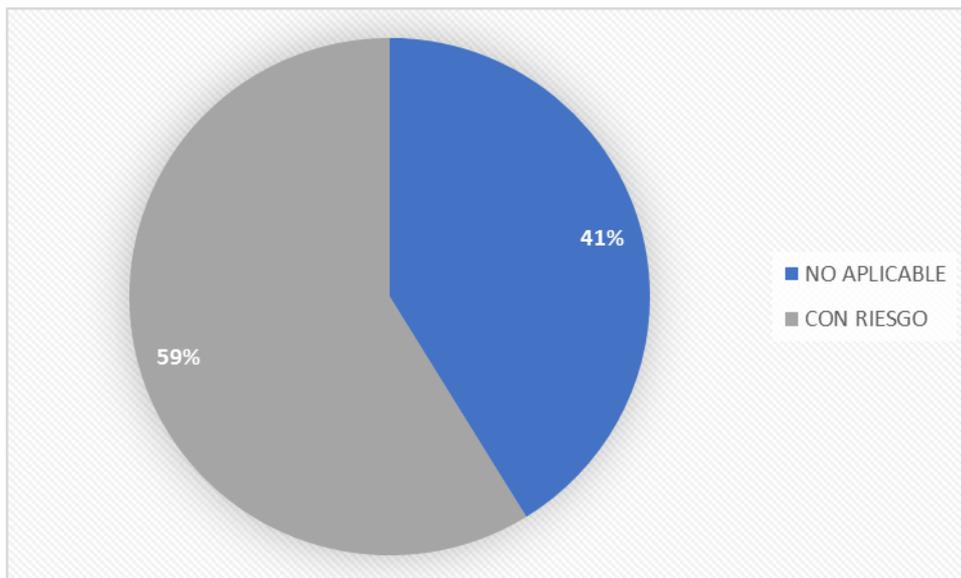
Se observó que un 52% (95) de los estudiantes estudiados presentaron depresión mínima, seguidos por un 19% (34) con depresión moderada y un 12% (22) con depresión grave.

Gráfico 4: Distribución de los adolescentes estudiados según el Nivel de ansiedad. (n=182)



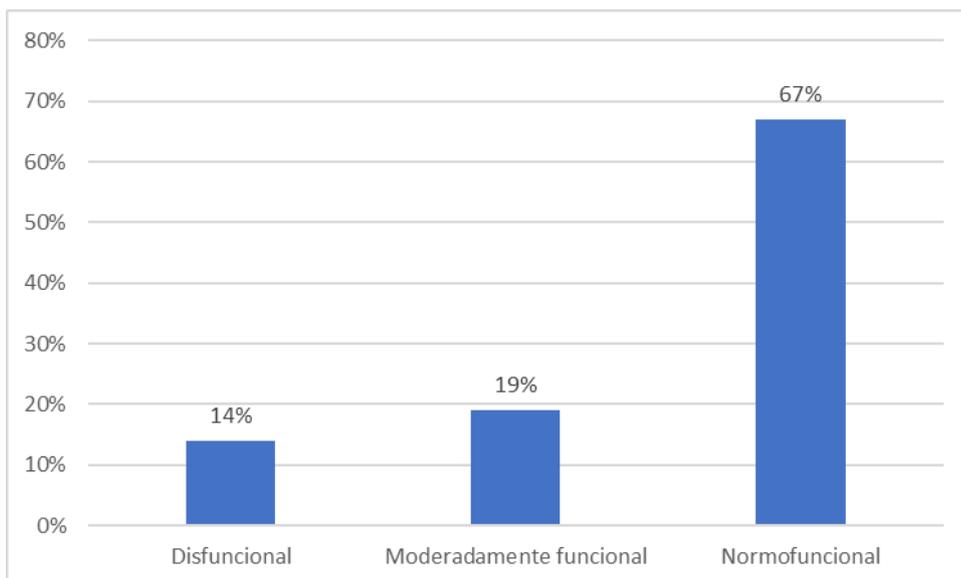
Se observó que un 31% (56) de los estudiantes estudiados presentaron ansiedad leve, y un 26%(47) mostraron ansiedad moderada/grave.

Gráfico 5: Distribución de los adolescentes estudiados según el Riesgo de Suicidio. (n=182)



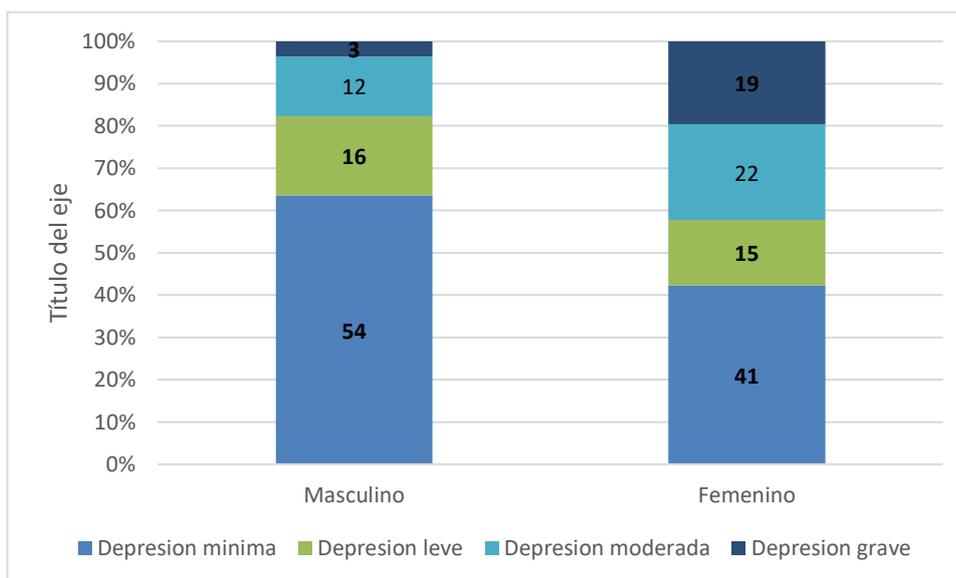
Se observó que un 59%(107) de los encuestados presentaron Riesgo de Suicidio.

Gráfico 6: Distribución de los adolescentes estudiados según la Funcionalidad familiar. (n=182)



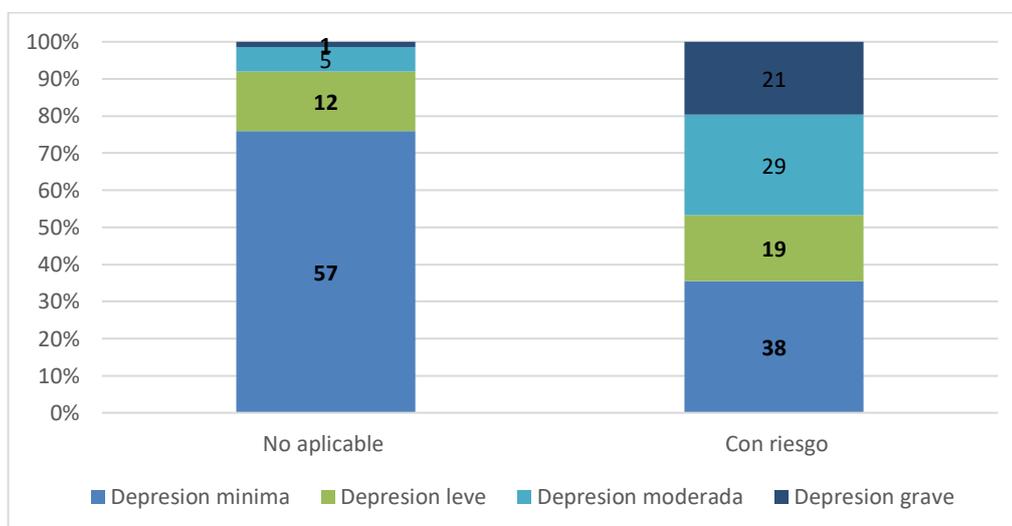
Se observó que un 14%(26) de los estudiantes viven en una familia gravemente disfuncional, en contra posición, es notable que un 67%(121) tienen una familia normofuncional.

Gráfico 7: Relación entre el Nivel de depresión con el sexo. (n=182)



Se observa que en la población estudiada 20% (19) de las mujeres estudiadas presentaron Depresión grave en cambio en el grupo de masculinos estudiados fue un 3% (3). Se encontró asociación estadística significativa entre las variables según el Test Exacto de Fischer con un nivel de significación del 5 % (p valué de 0,01) lo que podría indicar que el sexo es un factor para el nivel depresión en esta población.

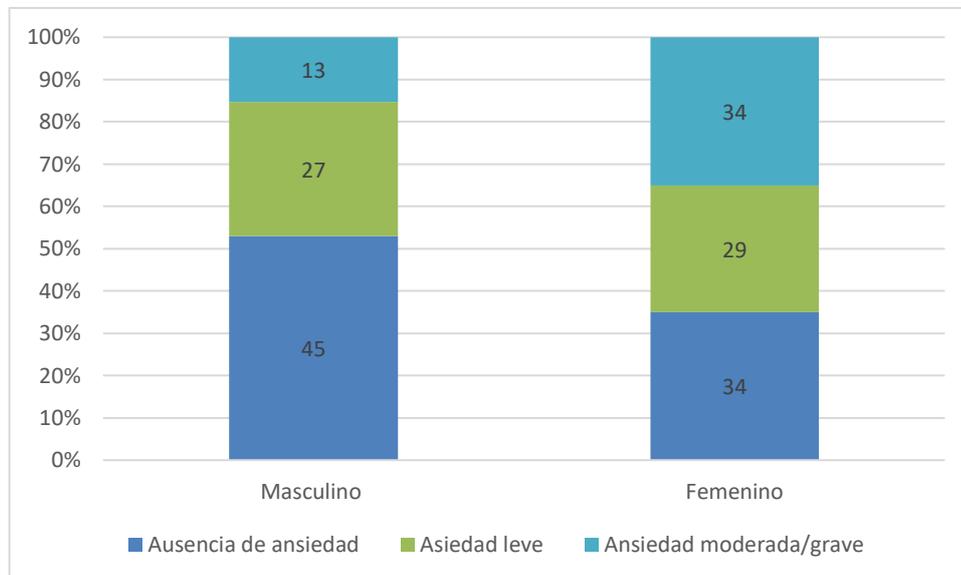
Gráfico 8: Relación entre el Nivel de depresión con el riesgo de suicidio. (n=182)



El análisis del riesgo de suicidio y el grado de depresión se puede observar que, en aquellos con riesgo de suicidio, el nivel de depresión grave se presentó en un 20% (21) en cambio en el grupo donde el riesgo no es aplicable solo se presentó en un 1% (1) y en el análisis de asociación según el test exacto de Fischer se encontró

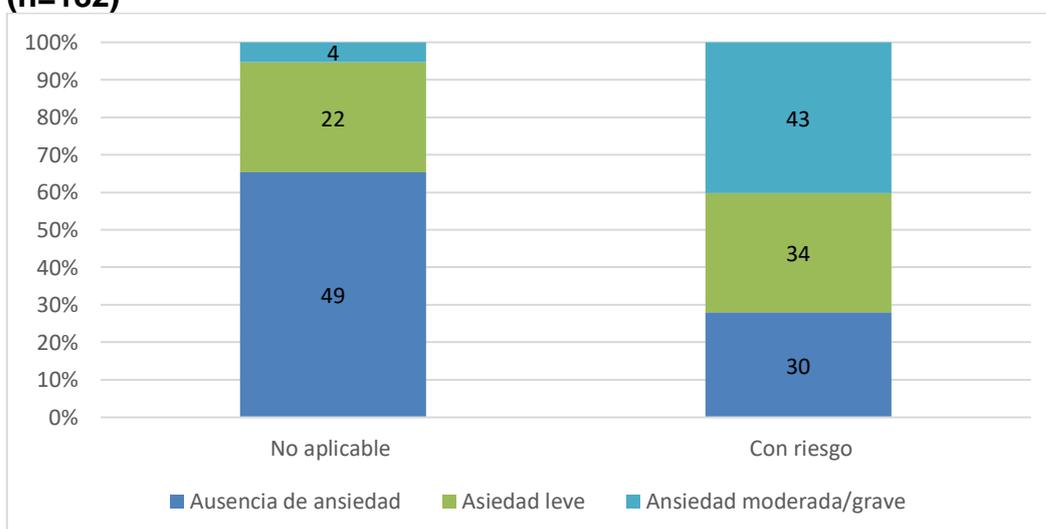
asociación estadística significativa entre las variables con un valor de p valúe de 0.000 lo que podría indicar que el grado de depresión es un factor de riesgo para el suicidio.

Gráfico 9: Relación entre el Nivel de ansiedad con el sexo. (n=182)



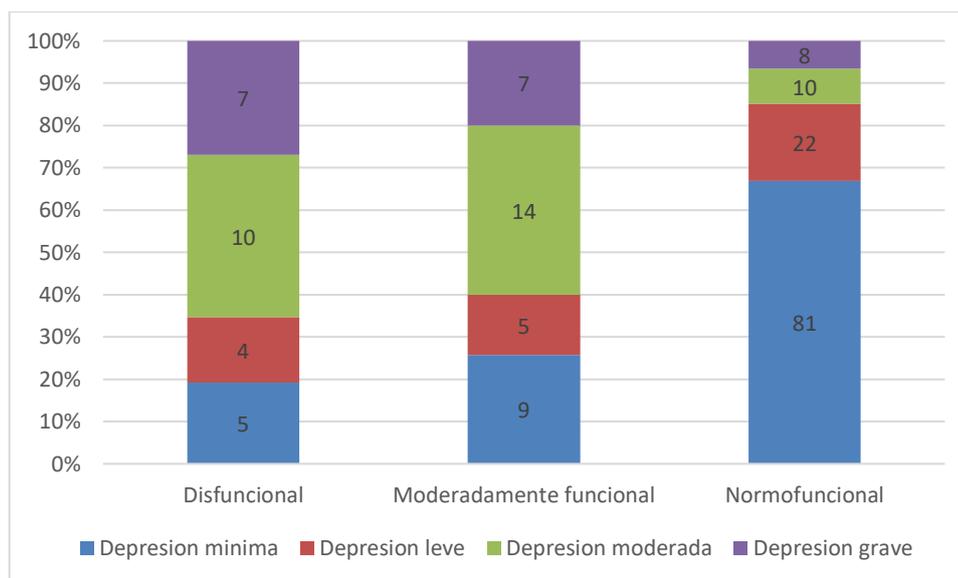
Se puede observar que el 35 % (34) de las mujeres estudiadas presentaron nivel de ansiedad moderada/grave en cambio en el grupo de masculinos estudiados solo un 15% (13) presento dicho nivel. Se encontró asociación estadística significativa entre las variables según el Test Exacto de Fischer con un nivel de significación del 5 % (p valúe de 0.005) lo que podría indicar que el sexo es un factor para los niveles de ansiedad en esta población.

Gráfico 10: Relación entre el Nivel de ansiedad con el riesgo de suicidio. (n=182)



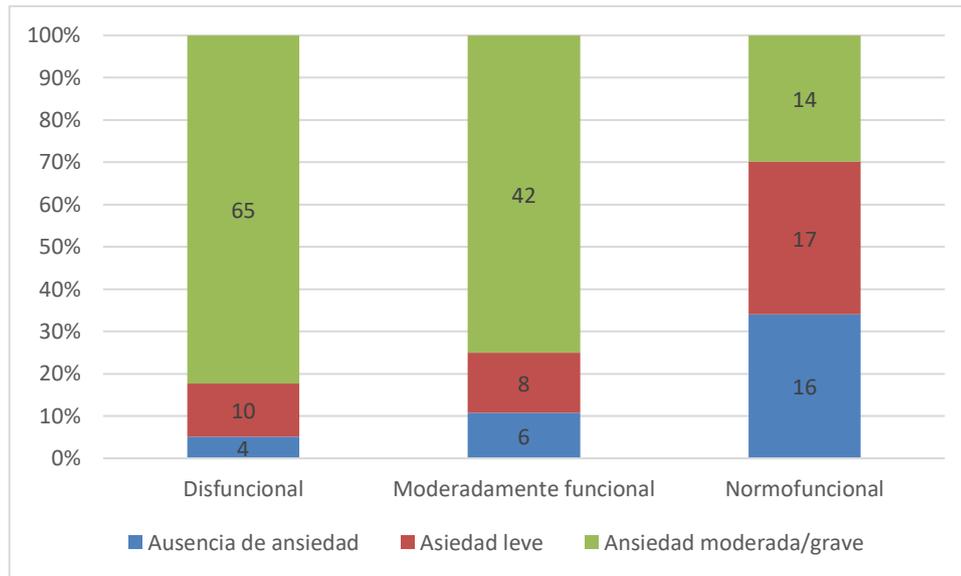
El análisis del riesgo de suicidio y el nivel de Ansiedad se observa que en el grupo que presento riesgo de suicidio el grado de ansiedad moderada/ grave se presentó en un 40% (43) en cambio en el grupo que el riesgo no es aplicable solo se presentó en un 5% (4) y en el análisis de asociación según el test exacto de Fischer se encontró asociación estadística significativa entre las variables con un valor de p valúe de 0.000 lo que podría indicar que el grado de ansiedad es un factor de riesgo para el suicidio.

Gráfico 11: Relación entre la funcionalidad familiar con el Nivel de depresión. (n=182)



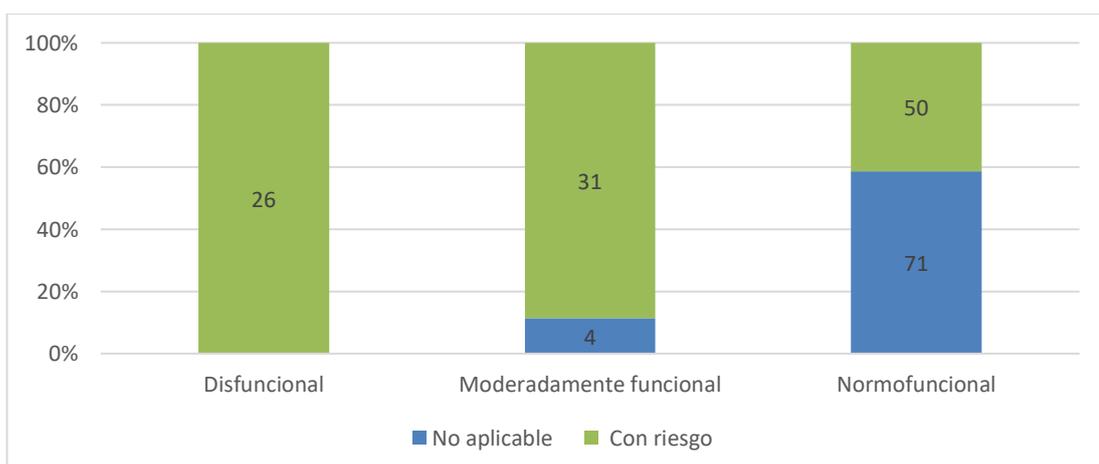
Se puede observar que la depresión grave se presenta en un 7% (8) en el grupo de las familias normofuncionales, mientras que en el grupo de funcionalidad moderada la depresión grave se presentó en un 20% (7) y en 27% (7) en el grupo de los que presentaron disfuncionalidad. Al realizar el análisis del test de hipótesis según el Test Exacto de Fischer se encontró un $p = 0,00$ que podría estar indicando que existiría una asociación entre la presencia de la disfuncionalidad familiar y la presencia de la depresión.

Gráfico 12: Relación entre la funcionalidad familiar con el Nivel de ansiedad. (n=182)



Se puede observar que la ansiedad moderada/ grave se presenta en un 30% (14) en el grupo de las familias normofuncionales, mientras que en el grupo de funcionalidad moderada la ansiedad moderada/ grave se presentó en un 75% (42) y en 82% (65) en el grupo de los que presentaron disfuncionalidad. Al realizar el análisis del test de hipótesis según el Test Exacto de Fischer se encontró un $p = 0,00$ que podría estar indicando que existiría una asociación entre la presencia de la disfuncionalidad familiar y la presencia de la ansiedad.

Gráfico 13: Relación entre la funcionalidad familiar con el Riesgo de suicidio. (n=182)



Al Realizar el análisis de riesgo de suicidio y la funcionalidad familiar podemos observar que el 100 % (26) de los que presentaron disfuncionalidad familiar presentó riesgo al suicidio, y el grupo de los que presentaron disfuncionalidad moderada el 88% (31) la presento en cambio en el grupo de los que presentaron normo funcionalidad el 41% (50) presento riesgo al suicidio. El análisis de asociación según el test exacto de Fischer mostro un valor de $p= 0,00$ indicando que la presencia de la disfuncionalidad familiar estaría asociada al riesgo de suicidio.

2.5 Análisis y procesamiento de datos

Con la ejecución de este proyecto de investigación se observó que de los 182 estudiantes encuestados de 15 a 19 años, matriculados en el colegio secundario de "EL MOJON", un 12% y 19% evidenciaron depresión grave y moderada respectivamente, mientras que un 26% del total de estudiantes presentaron Ansiedad moderada/grave, comparado con los resultados del estudio realizado por Ordoñez Mullo, L. el año 2017 en Ecuador, quien encontró un 5,6% de depresión severa y 10,6% de depresión moderada, y un 34,1% ansiedad moderada/grave (Ordoñez Mullo, 2017), se puede observar que es mayor la prevalencia del TD en esta población. También, se encontró un 59% de jóvenes con riesgo de suicidio, cifra que representa a 107 estudiantes del total de encuestados que a partir del instrumento usado para analizar esta variable (escala de Ideación suicida de Beck), mostraron actitudes, conductas y planes específicos para suicidarse en un futuro cercano. Si se contrapone este dato con la prevalencia de esta problemática en otras ciudades como Los Manizales de Colombia con un 45% (Amezquita Medina, González Pérez, & Zuluaga Mejía, 2008) o bien otros países como en México o EE. UU. donde encontraron un 47% y 12.1% respectivamente (Pérez-Amezcu, y otros, 2010) (Nock, y otros, 2013), de adolescentes con riesgo suicida, se observa que es una problemática que afecta en gran medida a la población de adolescentes de 15 - 19 años en EL MOJON, lo que justificaría el desarrollo de estrategias sanitarias dirigidas a combatir este flagelo.

En adición, se evidenció una asociación significativa entre la depresión ($p=0,000$) y la ansiedad ($p=0,000$) con el riesgo de suicidio, coincidiendo con el trabajo realizado por Ceballos Ospino et al (Ceballos Ospino & al., 2015)., y el trabajo realizado por Amézquita Medina et al (Amézquita Medina, González Pérez, & Zuluaga Mejía,

2003) en Colombia; sumado a esto también se observó que el TD grave y el TA moderado/grave compromete en mayor medida al sexo femenino ($p=0.01$ y $p=0.005$ respectivamente), por lo que se puede inferir que estas patologías son factores de riesgo que predisponen a las mujeres al suicidio, y más aun teniendo en cuenta que los adolescentes de esta región viven en circunstancias que los lleva a caer en la depresión o la ansiedad, como ser la situación epidemiológica que atravesamos con las pérdidas vitales sufridas últimamente, o bien la escasa oferta académica que los motive a superarse académicamente, ya que, la mayoría de las carreras universitarias están en la capital o bien viajan a Tucumán, hecho que les dificulta el poder acceder a una formación universitaria si no cuentan con los medios económicos para ello.

En cuanto a otro aspecto que se destacó en el estudio fue la asociación significativa encontrada entre la disfuncionalidad familiar con la Depresión grave, Ansiedad moderada/grave y principalmente con el riesgo de suicidio ($p=0,00$), lo que confirma que la funcionalidad familiar es un factor a considerar cuando se quiere disminuir la prevalencia de los trastornos mentales en cuestión y sobre todo la del suicidio en la población de adolescentes, ya que, si se tiene presente lo expresado en el trabajo de Cid Rodríguez María del Carmen et al, el rol de la familia tiene una marcada influencia en la salud de sus integrantes tanto orgánica como psicológicamente (Cid Rodríguez, Montes de Oca Ramos, & Hernandez Díaz, 2014) especialmente en el fortalecimiento de la autoestima (Amézquita Medina, González Pérez, & Zuluaga Mejía, 2003) .

A partir de los datos generados con esta investigación, se observó que tanto la depresión como la ansiedad y la funcionalidad familiar juegan un papel importante en el riesgo de suicidio de los adolescentes, es por ello, que se considera necesario la implementación de una política pública que se aplique precozmente para mejorar la situación de salud mental de la población en estudio.

Capítulo 3: BRIEF DE ALTERNATIVAS DE POLITICAS PUBLICAS **APLICABLES**

3.1 Introducción

Según el último informe presentado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en junio de 2021, más de 700.000 personas se suicidan cada año en el mundo. Los datos relevados indican que una de cada 100 muertes es por suicidio y que este hecho se encuentra entre las 10 primeras Causas de muerte a nivel mundial (OMS, 2021).

Según la información de Estadísticas Vitales del Ministerio de Salud de la Nación, durante el período 2010-2019 se produjeron en nuestro país, 31.847 muertes por suicidios. El suicidio, además, es la cuarta causa principal de muerte entre los jóvenes de 15 a 29 años, por Detrás de los traumatismos por accidentes de tránsito, la tuberculosis y la violencia interpersonal (Ministerio de salud y desarrollo social, s.f.).

Sin embargo, desde el punto de vista local, en la región donde desempeño mi función laboral, se ha podido definir estadísticamente un 59 % de jóvenes con riesgo de suicidio pertenecientes al grupo etario en cuestión, equivalente a 107 adolescentes en riesgo de vida, cifra que supera como se observó en capítulos anteriores aquellas que se obtuvieron en estudios realizados en otros países.

3.2 Problema

Alta prevalencia de Riesgo de suicidio, Ansiedad y depresión en adolescentes de 15 a 19 años de la población de Mojón y la repercusión negativa que esta problemática pueda generar en regiones adyacentes.

3.3 Criterios

- Costos: Cantidad de recursos financieros que se deberá invertir para implementar la política pública.
- Tiempo: Es decir, el periodo de tiempo aproximado que pueda llegar a tardar en implementarse la política pública.
- Trascendencia: Nivel de importancia y adaptación de la comunidad del pueblo al funcionamiento de la política pública, considerando el grado de influencia en otras localidades vecinas.
- Disponibilidad de recursos humanos: Cantidad de personal capacitado para la ejecución de la política.

- Articulación intersectorial: Participación y compromiso activo de las tres áreas sociopolíticas: Municipalidad, Ministerio de salud y de Educación.

3.4 Comparación de alternativas y elección de política pública

Alternativas de políticas públicas

1. Rediseñar y modificar la infraestructura del centro integral comunitario para destinar nuevas instalaciones para el desarrollo de actividades psicopedagógicas para adolescentes.
2. Diseñar y ejecutar un programa regional para los adolescentes para prevenir la ideación suicida y ofrecer la orientación profesional necesaria para beneficiar la salud mental de los jóvenes.

Criteria Alternative Matrix

Criterios	Alternativas	
	Remodelación del CIC	Programa regional
<i>Costo</i>	++++	++
<i>Tiempo</i>	++++	++
<i>Trascendencia</i>	++	++++
<i>Disponibilidad de RRHH</i>	++	+++
<i>Articulación intersectorial</i>	+++	++++

Referencias: (+) Bajo (++) Regular (+++) Alto (+++++) Muy alto

Política Pública Seleccionada

Teniendo en cuenta el análisis realizado a partir de los criterios expuestos anteriormente, decido optar por:

“Diseñar y ejecutar un programa regional para los adolescentes para prevenir la ideación suicida y ofrecer la orientación profesional necesaria para beneficiar la salud mental de los jóvenes”.

Fundamento:

Si bien, disponer de un espacio determinado para el desarrollo de estrategias comunitarias destinadas a la salud mental de los adolescentes, es un gran beneficio para la comunidad no solo de Mojón sino también de aquellas zonas cercanas a la misma (Nueva Esperanza y San José del Boquerón), el tiempo y el costo son

elevados para implementarla de manera inmediata, además de no promover la actividad articulada de los tres sectores sociales en su totalidad. Teniendo en cuenta, la necesidad imperiosa de ejecutar una política lo más pronto posible para paliar esta problemática, donde el tiempo es una variable importante a considerar por las posibles pérdidas vitales que pudieran llegar a ocurrir, es más efectivo diseñar y ejecutar un programa regional destinado a la prevención del suicidio adolescente, invirtiendo todos los recursos disponibles para mejorar la situación actual de los jóvenes. Además, en contraposición a la política, primeramente, mencionada, el nivel de participación intersectorial en el programa será alto y, consecuentemente, la disponibilidad de recursos humanos.

Sin embargo, la desventaja principal de esta política pública es el tiempo que tardara la comunidad en adaptarse al nuevo régimen de trabajo, no solo referido a la población en general, sino también a los empleados de los tres sectores sociopolíticos, dado que, implica una nueva forma de trabajo. Sin embargo, existen estudios que evidencian desde el punto de vista psicológico que, durante la curva de desempeño de un equipo, en un principio existe una etapa de tormenta, donde la estructura de la organización se ve comprometida por los cambios que implica la formación de un nuevo sistema de trabajo con nuevos actores a considerar, lo que implica salir de la zona de confort (Sanchez & Rodríguez, 2010).

Para concluir, la política seleccionada demuestra que puede contribuir a la población de la manera más pronta y eficaz posible, sin dejar de lado, el hecho que en un futuro posibilite el desarrollo de sedes representativas en cada localidad que sirvan de centros de salud integral del adolescente.

3.5 Consideraciones sobre las restricciones políticas y organizacionales

Factibilidad política: Desde este punto de vista es factible, dado que, implica un operativo de gran valor comunitario e interés sociopolítico, ya que, implica reducir la frecuencia de defunciones juveniles, comprometiendo negativamente a la población desde el punto de vista demográfico.

Factibilidad organizacional: Esta política, demuestra una viabilidad potencial dado que esta región presenta ciertas características epidemiológicas que la definen como

área vulnerable, por lo que, es necesario invertir los recursos materiales y humanos necesarios para mejorar la situación de la población en riesgo.

Por lo tanto, disponemos de la oportunidad para poder generar un cambio positivo en la comunidad, y tal cual, como Jon Elster expresó "El agente escoge la acción que promete las mejores consecuencias, conforme lo evalúan sus deseos o preferencias". En este caso, los deseos y las oportunidades están presentes de manera simultánea, además del hecho de que el factor que podría imponer un obstáculo (las restricciones) se encuentran a nuestro favor, reafirma más la decisión de implementar la política pública.

3.6 implementación y evaluación del programa

Para la implementación de dicha política pública será necesario el financiamiento de las operaciones por parte del Municipio, programa sumar del ministerio de salud, la autogestión hospitalaria y del ministerio de educación.

Respecto a la evaluación considero adecuado un Análisis Expert, método basado en la aplicación de indicadores diseñados por especialistas en el contexto donde se desarrolla el problema en cuestión, en este caso, es conveniente articular el trabajo con un referente en sociología, dado que para estos casos es importante mantener la objetividad, y así evitar sesgos que no generan beneficios.

Capítulo 4: PROPUESTA DE INTERVENCION

4.PROGRAMA REGIONAL "ACTIVANDO ESTRELLAS"

4.1 Objetivos operativos

- Explicar la importancia de la prevención del suicidio en adolescentes.
- Desmitificar el suicidio como tema tabú en la comunidad.
- Estimular la autoconciencia emocional y flexibilidad mental, fomentando resiliencia en la población en estudio.

- Promover y optimizar la autoconfianza, autocuidado, adaptación y autocontrol.
- Estimular la empatía y mejorar las relaciones interpersonales.
- Generar las competencias necesarias para la prevención y actuación ante situaciones de riesgo.
- Proveer de espacios seguros donde los adolescentes puedan expresar sus inquietudes y problemas, recibiendo la orientación profesional adecuada.

4.2 Estructura organizacional de la Política Publica

Este programa preventivo se plantea como una estrategia multifactorial e interdisciplinaria, que articula la intervención activa de tres áreas sociopolíticas: Municipalidad, Ministerio de educación y de Salud de Santiago del Estero. Cuyos actores representativos de cada una, estarían representadas localmente por las autoridades correspondientes de: la Comisión Municipal, Colegio secundarios del pueblo y Hospitales locales".(Grafico 14)

Gráfico 14: Actores Involucrados en el programa

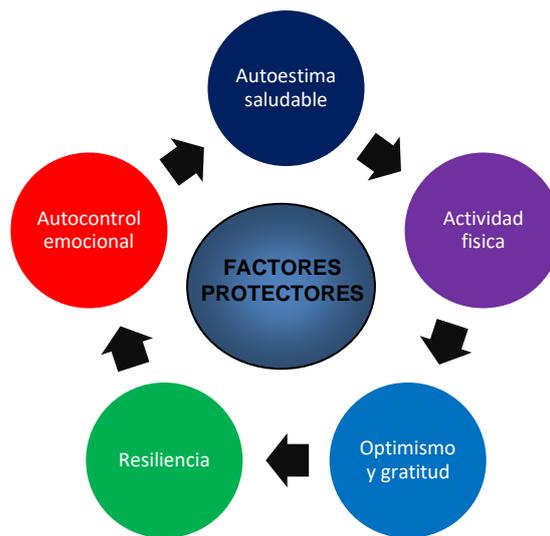


Fuente: Elaboración propia

De esta manera las intervenciones estarían dirigidas a diferentes niveles garantizando un compromiso social pleno por la salud de los adolescentes, aumentando las probabilidades de disminuir la tasa local de suicidio.

Teniendo en cuenta los factores de riesgo evidenciados a partir del diagnóstico de situación realizado, se plantearon métodos de intervención orientados a estimular aquellos factores de protección de la salud mental en este grupo etario combatiendo de esta manera aquellas falencias detectadas. (Grafico 15)

Gráfico 15: Factores protectores de la salud mental

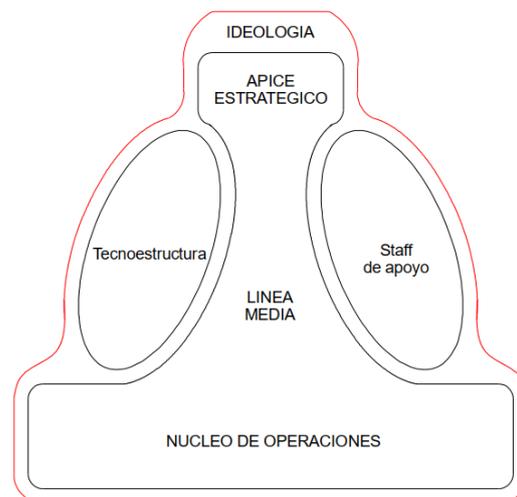


Fuente: Elaboración propia

De acuerdo con Mintzberg (Mintzberg, 1989)⁴⁴ las configuraciones estructurales (grafico 16) de una organización son sistemas formados por la combinación y agrupamiento natural de los parámetros de diseño, los mecanismos coordinadores y los factores situacionales (Lencioni, 2004) (Boncheck) (Aarons & Sawitzk, 2006). Además, postula que los seis componentes básicos de una organización son:

1. Ideología.
2. Cumbre estratégica.
3. Línea Media
4. Tenoestructura
5. Staff de apoyo.
6. Núcleo operativo.

Gráfico 16: Diagrama de Mintzberg. Componentes básicos de una organización.

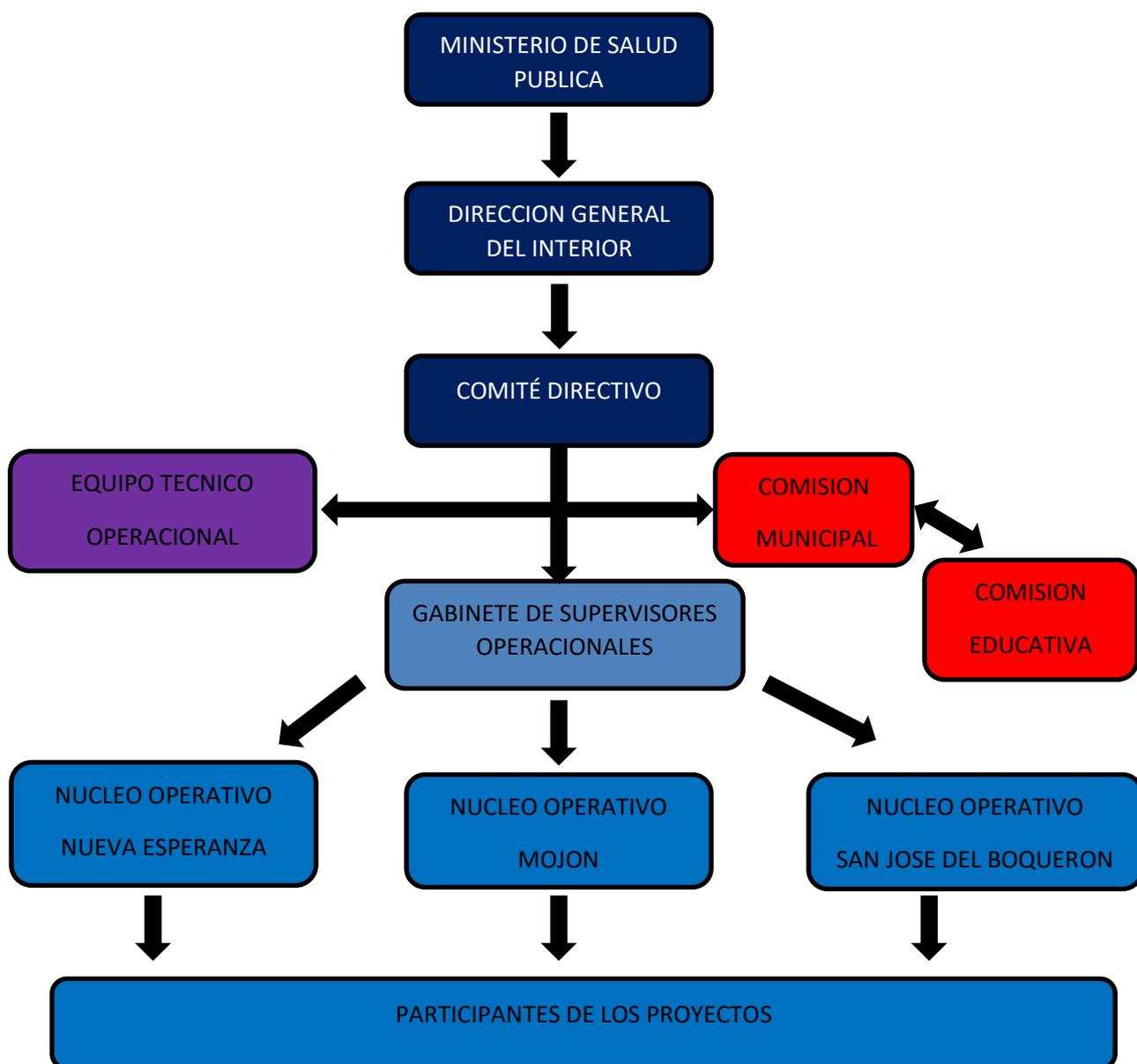


Fuente: Diseño de organizaciones eficientes. Henry

Entonces, tomando como referencia la postura de Mintzberg y lo mencionado al principio, se diseña un organigrama (grafico 17), donde existirá aquellos vínculos estratégicos para beneficiar a la población en estudio y concretar los objetivos operacionales, evidenciando un sistema de flujos:

- Flujos de autoridad formal.
- Flujos de material de trabajo.
- Flujos de información.
- Flujos de procesos de decisión.

Gráfico 17: Organigrama del programa "Activando estrellas"



Fuente: Elaboración propia

Como se puede apreciar en el organigrama, se distinguen los componentes básicos de una organización eficiente: Cumbre estratégica (Azul oscuro), Staff de apoyo (Rojo), Tecnoestructura (púrpura), Línea Media (Celeste), Núcleos operativos (Azul).

Ahora bien, es menester mencionar que la cumbre estratégica está representada por las autoridades del sector de la salud pública porque, este actor será el motor de las operaciones estratégicas destinadas para intervenir socialmente en la población. A continuación de detallará, cuáles son las funciones de las partes que componen el organigrama:

- **Comité directivo:** Tiene tres obligaciones: a) Supervisión: para que la organización actúe como una unidad integrada; b) Gestión de las relaciones con el entorno: realiza contactos, informa y establece relaciones estratégicas con los grupos externos que lo requieran; y c) las que corresponden al diseño y desarrollo de la estrategia de la organización.
- **Gabinete de supervisores operacionales:** Funcionaran como nexo entre los núcleos operativos y el comité directivo. Este gabinete estará representado por los supervisores de APS, liderados por un profesional capacitado en el manejo de la conducta suicida (Psicólogo/a). Todos ellos ejercerán autoridad sobre los núcleos operativos y coordinarán las intervenciones mediante supervisión directa. No obstante, su función no solo se limitará a la supervisión sino también, deberán tener conocimiento objetivo de la situación de salud de la población en estudio.
- **Núcleos operativos:** Integrados por los agentes sociosanitarios de cada una de las regiones en donde se intervendrá, quienes ejecutaran las intervenciones comunitarias para la prevención del suicidio en adolescentes.
- **Equipo técnico operacional:** Se encargará del análisis y carga estadística de los datos recolectados por los núcleos operativos en el sistema de salud, para disponer de un enfoque objetivo de la situación de salud de la población en estudio, por consiguiente, adaptar y cambiar la organización en función a la evolución del entorno; formalizando de esta manera, los procesos de trabajo.
- **Staff de apoyo (comisión municipal y educativa):** Su función consistirá en proporcionar apoyo a la organización fuera de la corriente de trabajo operativo

con recursos humanos y materiales propios para la ejecución de las intervenciones.

4.3 Metodología de Trabajo

Teniendo en cuenta la base psicoemocional de esta problemática, el programa preventivo presenta un enfoque integral orientado en la autorregulación y validación de las emociones, como así también en la programación neurolingüística (PNL), para mejorar la conciencia de aquellas construcciones psicológicas que deterioran la salud mental en los adolescentes. Dicho en otras palabras, se trabaja en la calidad de los pensamientos y emociones de los jóvenes.

Ahora bien, los tópicos que este programa propone son los siguientes:

1- Un sistema de información y vigilancia

Concerniente al desarrollo de una base de datos de calidad, relevante y oportuna que contengan en detalle aquellas variables involucradas en esta problemática, que sirva de insumo para la planificación y evaluación de estrategias de salud que se puedan implementar.

Objetivos:

- Fortalecer el acceso a información epidemiológica científicamente validada y actualizada.
- Implementar un sistema de notificación obligatoria de las defunciones ocasionadas por suicidio.
- Recopilar y analizar constantemente los datos para la planificación, ejecución y evaluación de las estrategias destinadas a la prevención.

2- Capacitación del personal de salud

El desarrollo de jornadas de formación académica sobre el abordaje inicial de la prevención de suicidio en adolescentes destinado principalmente al personal sanitario, pero sin excluir la posibilidad de que también puedan participar aquellos actores de ámbitos educativos, laborales, recreativos, y agentes interesados en la prevención y abordaje de la conducta suicida.

Objetivos

- Implementar estrategias de capacitación sobre el abordaje integral del suicidio acorde al nivel de atención.
- Fomentar campañas de capacitación en ámbitos educativos, laborales, recreativos, entre otros.
- Promover la capacitación en las fuerzas de seguridad para que sepan abordar aquellas situaciones relacionadas a la problemática en domicilios y en la vía pública.

3- Intervenciones preventivas en las escuelas secundarias

Considerando la importante influencia social del contexto educativo donde se desarrolla el adolescente, sin dejar de lado el hecho de que estos espacios también representan nodos de captación de situaciones de riesgo de suicidio, se considera necesario, la implementación de estrategias que mitiguen aquellas conductas que propicien un riesgo de vida para los alumnos.

Objetivos

- Fomentar la creación de un departamento psicopedagógico en cada uno de los establecimientos educativos.
- Promover aquellos factores protectores de salud mental a partir de talleres cognitivos conductuales.
- Desarrollar un sistema de captación de aquellos alumnos en riesgo de vida para articular acciones preventivas con el efector de salud más cercano.

4- Sistema de ayuda en situaciones de crisis

A partir de la aplicación de un sistema que contribuya aportando la guía necesaria ante situaciones de autolesiones o intentos de suicidios que ponga en riesgo la vida de las personas, se lograría ampliar el alcance y mejorar el acceso a una atención profesional en el tema, manteniéndose siempre dentro del marco del respeto de los derechos de las personas.

Objetivos

- Implementar una red de comunicación profesional entre el personal idóneo en el abordaje del suicidio (psiquiatras y psicólogos) y el personal médico de las guardias de aquellos nosocomios del interior de Santiago del Estero.
- Promover la ampliación del acceso a la cobertura prestacional en Salud Mental de personas con intento de suicidio y sus referentes afectivos.
- Promover la creación de una línea telefónica gratuita para la atención de situaciones críticas.

5- Trabajo con los medios de comunicación

Es notoria la influencia de este recurso audiovisual en la vida de las personas, y es por esta razón, que se lo puede aprovechar para lograr mayor alcance de información adecuada y profesional sobre el problema en cuestión, considerando el hecho que aun esta instalado en la mente de algunas personas la percepción errónea sobre hablar libremente del suicidio, ya que, existen aquellos en contra de esta acción, creyendo que se fomentaría esta conducta en los más jóvenes.

Objetivos

- Promover la difusión de información profesional sobre el suicidio y otros temas relacionados a la salud mental, a través de los medios de comunicación locales (emisiones radiales o bien publicaciones en diarios locales).
- Desarrollar un pagina web o red social donde se fomente estrategias protectoras de salud mental.
- Hacer uso de las redes sociales para mantener informadas a las personas de la comunidad sobre las actividades que ofrecen los efectores de salud.

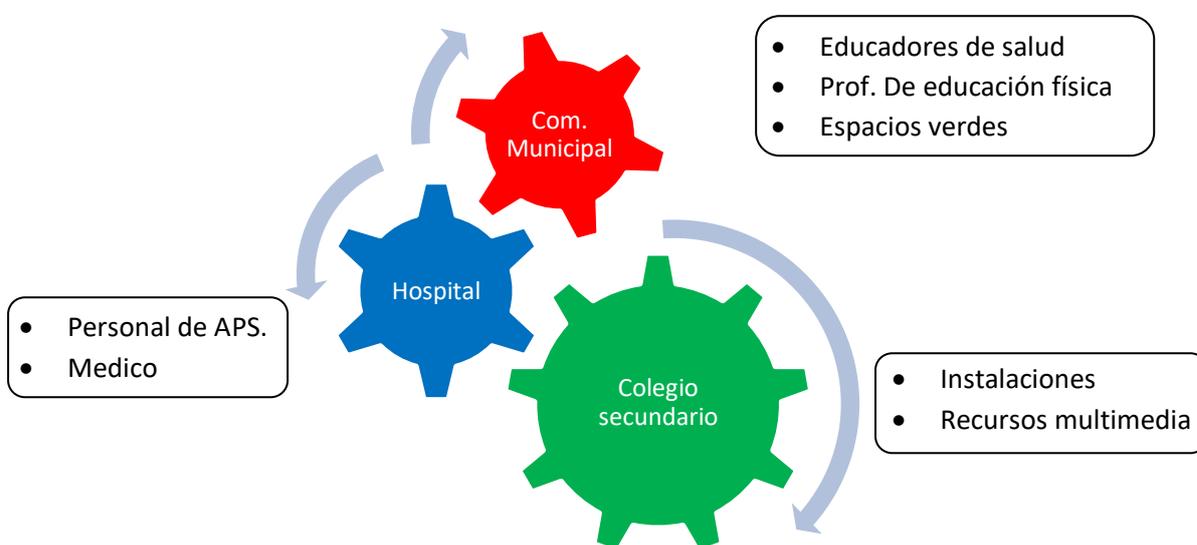
Capítulo 5: INTERVENCIONES EJECUTADAS

5.1 Localidad: El Mojon

Siguiendo el enfoque principal de la propuesta de intervención se procedió con el trabajo intersectorial, aplicando los recursos de los actores que intervienen en esta política pública, para llevar adelante las actividades cognitivo-conductuales:

- Comisión municipal: Profesionales educadores de salud y de educación física, materiales y espacios de recreación (Clubes y el CIC).
- Hospital de Transito "Dr. Rene Favaloro": Personal de APS (Atención Primaria de Salud) promotores de salud, capacitados en la prevención de suicidio,
- Colegio Secundario del Mojón: Instalaciones y recursos multimedia.

Gráfico 18: Diagrama representativo de la actividad articulada intersectorial.



Fuente: Elaboración propia

Centro Polideportivo

Fundamento

El ocio y la recreación son "recursos importantes para el desarrollo personal, social y económico, y un aspecto importante de la calidad de vida" (WLRA, 1993, 2.2) a la vez que "fomentan una buena salud general y un bienestar al ofrecer variadas oportunidades que permiten a los individuos y grupos seleccionar actividades y experiencias que se ajustan a

sus propias necesidades, intereses y preferencias". Por lo tanto, estos dos factores juegan un papel importante en el desarrollo del ser humano y más aún en los adolescentes, ya que se encuentran en una etapa de transición, donde construyen su identidad basada en las experiencias que viven durante esta etapa.

No obstante, desde el punto de vista sociológico, se considera que la cultura del tiempo libre debe estar precedida y acompañada de una educación para el tiempo libre, es decir, saber en qué ocupar las horas libres, para estimular positivamente el potencial que cada uno lleva en su interior, aprovechando aquella oportunidad de esparcimiento al aire libre para crecer de la mejor manera posible, manteniendo la mente libre de aquellos pensamientos negativos que solo llevan al fracaso personal.

Es por ello que este proyecto, tiene como propósito generar un espacio donde los adolescentes puedan ocupar su tiempo libre, realizando actividades recreativas donde puedan adquirir fundamentos motivacionales para crear bases sólidas en su personalidad para poder sobrellevar airoosamente aquellas situaciones problemáticas que se puedan presentar en sus vidas.

Objetivo general

Aumentar los niveles de participación juvenil, diversificando las opciones en las actividades físicas, deportivas y recreativas para los adolescentes de 15 a 19 años, con el uso formativo y recreativo del tiempo libre de las instalaciones, áreas, recursos humanos y demás materiales disponibles, contribuyendo, de esta manera con la elevación de la calidad de vida.

Objetivos específicos

- Diseñar un proyecto de actividades físicas, deportivas y recreativas con el uso racional del tiempo libre disminuyendo los factores de riesgo en su salud mental.
- Incrementar los niveles de participación en las actividades físicas, deportivas y recreativas no solo de los adolescentes sino también de su familia.
- Fortalecer actitudes positivas en los adolescentes a partir de las disciplinas deportivas.

Actores que intervienen:

- Comisión municipal
- Hospital de Transito "Dr. Rene Favaloro

Ficha Técnica

LUGAR:	Polideportivo y club Mataderos
DEPORTES:	Futbol y vóley.
DIAS y HORARIOS:	Sábados mañana 9 a 12 hs y por la tarde de 15-18hs
RECURSOS FISICOS:	<ul style="list-style-type: none">• Pelotas, arcos, redes• Equipo de música.
RECURSOS HUMANOS:	<ul style="list-style-type: none">• Profesores de educación física.• Personal de maestranza.• Personal a cargo de los elementos deportivos
REQUISITOS	<ul style="list-style-type: none">• Adolescentes matriculados en el colegio que cuenten con el apto físico emitido por un profesional médico.• Edad: 15 a 19 años.

Gráfico 19: Reunión con el Sr. Mandy Verón, Comisionado local



Cine educativo

Fundamento

Actualmente, los adolescentes se encuentran influenciados mayormente por los medios audiovisuales, y desde el punto de vista pedagógico, el cine mostró utilidad relevante como herramienta educativa usada para formar estudiantes activos, críticos y receptores

responsables de la información. Asimismo, el cine se ha convertido en un aliado para los docentes, porque los ayuda a capturar la atención y emoción de los estudiantes con el fin de propiciar conexiones conceptuales que generan aprendizaje.

Teniendo en cuenta, los resultados epidemiológicos generados recientemente sobre ciertas condiciones negativas que afectan la salud mental de los jóvenes de 15-19 años y la utilidad pedagógica del cine, considero aprovechable el uso de películas preseleccionadas basadas en hechos reales para fortalecer la RESILIENCIA, es decir, la capacidad para enfrentar las adversidades de la vida y no dejarse caer.

Es frecuente escuchar el dicho: "Ver para creer". Por lo tanto, con esta iniciativa se mostrará a través de la pantalla ejemplos de vida, aquellas personas que a pesar de tener todo en su contra, pudieron sobresalir y demostrar que, para tener éxito, no es necesario tener una buena genética o condiciones económicas favorables, sino perseverancia y determinación.

Objetivos

- Fortalecer la resiliencia en los alumnos a través de películas preseleccionadas basadas en hechos reales.
- Estimular un comportamiento analítico y crítico en los estudiantes para aprovechar en mayor medida esta herramienta audiovisual.
- Generar un espacio de debate donde puedan asimilar los fundamentos demostrados en la pantalla.

Actores que intervienen:

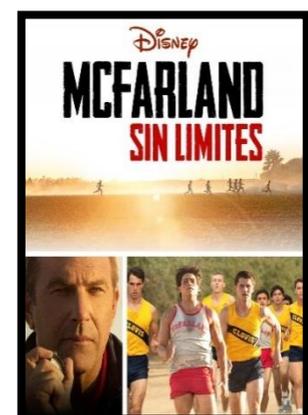
- Comisión municipal
- Hospital de Transito "Dr. Rene Favaloro"
- Colegio secundario del Mojón.

Metodología

Se llevarán a cabo tres talleres mensuales que constarán de dos módulos cada uno: una presentación de la película (con la entrega de una guía de preguntas para pensar sobre la película) y un taller donde se llevara a cabo el análisis de la película. Los días estimativos serían 2 viernes por mes después de las clases.

1) Película: "McFarland"

Sinopsis: McFarland es un lugar apacible, agrícola por excelencia, gracias a la labor de personas con origen latino. A este lugar arriba Jim White para trabajar en la escuela secundaria como profesor de educación física, y observa que un grupo de estudiantes posee cualidades innatas para convertirse en corredores. El profesor decide entonces conformar un equipo competitivo de cross-country y para lograr ese objetivo "El señor Blanco" y su familia tienen que adaptarse a las costumbres



mexicanas y ayudar a los alumnos a superar obstáculos familiares

a) **Presentación:** 6 de mayo.

b) **Taller Motivacional:** "Conviertete en un titán"

Gráfico 20: Taller motivacional



2) Película: "Talentos ocultos"

Sinopsis: Narra la historia nunca contada de tres brillantes mujeres científicas afroamericanas que trabajaron en la NASA a comienzos de los años sesenta (en plena carrera espacial, y asimismo en mitad de la lucha por los derechos civiles de los negros estadounidenses) en el ambicioso proyecto de poner en órbita al astronauta John Glenn.

a) **Presentación:** 3 de junio

b) **Taller Motivacional:** "Cuida la calidad de tus pensamientos"



Gráficos 21: Taller motivacional

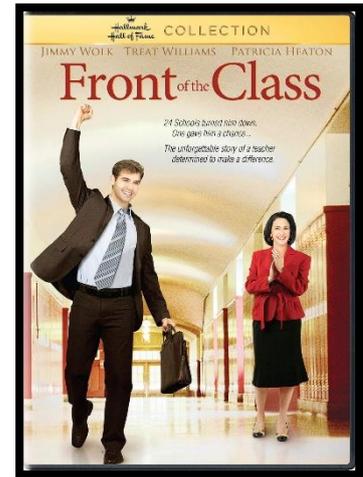


3) Película: "Al frente de la clase"

Sinopsis: Brad Cohen sufre, desde los 6 años de edad, síndrome de Tourette, una enfermedad cerebral que lo ha condicionado toda su vida causándole muchos problemas y suponiéndole un gran impedimento, sin embargo, apoyado por su madre, Brad nunca ha dejado que su enfermedad le gane. Brad desea ser profesor, pero en cada entrevista de trabajo a la que acude es rechazado por su enfermedad. No obstante, tras 24 intentos fallidos, Brad consigue que le den una oportunidad en una escuela, y gracias a su esfuerzo y a su lucha logra un puesto como profesor. Además, es nombrado profesor del año e incluso encuentra pareja.

c) **Presentación:** 3 de junio

d) **Taller Motivacional:** "Autoestima saludable"



Gráficos 22: Taller motivacional



Maratón "Activando corazones"

Fundamento

Uno de los factores de riesgo que se ha destacado en este estudio fue la disfuncionalidad familiar, la falta de compromiso por parte de los tutores de los adolescentes. Es por ello, que es necesario que los padres también se involucren en el cuidado de la salud mental de sus hijos. Esta actividad ofrece un espacio de interacción de la población adulta con los jóvenes, compartiendo una linda experiencia junto a sus hijos.

Objetivos

- Fortalecer el trabajo en equipo de los estudiantes en la organización de la actividad.
- Promover la actividad física como factor protector de la salud mental.
- Estimular la participación de los padres de los jóvenes en actividades como esta.

Metodología

Para llevar a cabo la actividad se contó con la participación de los cursos de 4° año de la secundaria para la organización del evento bajo la supervisión de un grupo de docentes y de la rectora del establecimiento. El Hospital contribuyó con el control del apto físico de los participantes, control de la tensión arterial previa al inicio de la carrera, entrega de folletos educativos y con la disposición de un móvil con asistencia médica. La comisión municipal aportó el control del tránsito, puestos de hidratación y los trofeos para la premiación de los tres primeros lugares en cada categoría.

Gráficos 23: Maratón "Activando corazones"



5.2 Localidad: San Jose del Boqueron y Nueva esperanza

Siguiendo los lineamientos y tópicos del programa "Activando estrellas" se procedió con las primeras intervenciones comunitarias en esta localidad, articulando el trabajo con el Director del Hospital de San José Del Boquerón, Rectores de las escuelas secundarias de la región y los comisionados municipales locales.

Capacitación del Recurso Humano

Fundamento:

Antes de iniciar con las intervenciones comunitarias en población en estudio, es necesario fortalecer al recurso humano disponible sobre el abordaje de esta problemática, dado que como se ha descrito anteriormente, es compleja, mas aun si se considera las barreras culturales instaladas en la comunidad rural, ya que la mayoría considera erróneamente que "Hablar de suicidio, condiciona a los adolescentes a concretarlo".

Es por esta razón, es menester brindar la capacitación adecuada a todos los trabajadores de salud de los principales efectores de salud de las regiones (Hosp. De S. J. del Boqueron y Hosp. Zonal de Nueva Esperanza).

Objetivos:

- Fortalecer teóricamente a los trabajadores de salud.
- Brindar información científicamente validada para el abordaje inicial de esta problemática.



Gráficos 24 y 25: Capacitación del recurso humano del Hosp. De San J. Del Boquerón y del Hosp. Zonal de Nueva Esperanza.

1ª Jornada regional de capacitación docente

Fundamento:

Considerando que las principales esferas sociales donde el adolescente desarrolla su vida son la familia y la escuela, los docentes también juegan un papel importante en el abordaje de este flagelo, ya que, en ocasiones el apoyo o bien la contención, los jóvenes lo reciben desde el ámbito escolar. Por lo tanto, es importante incluir estos actores sociales en el abordaje social del suicidio adolescente, para que los mismo sepan como intervenir ante crisis emocionales de adolescentes con ideación suicida.

Objetivos:

- Fortalecer teóricamente a los docentes de los diferentes establecimientos educativos del departamento Copo, Pellegrini y Alberdi.
- Coordinar esta actividad junto con otros sectores sociales (Autoridades educativas y municipales) para ofrecer un punto de encuentro adecuado considerando la distancia entre localidades.

Observaciones:

El encuentro fue realizado en un colegio secundario de Santo Domingo, ya que, desde el punto de vista geográfico, fue mas accesible para los participantes de esta jornada. Respecto a esto último, se evidencio interés no solo de parte de los docentes sino también de otros referentes comunitarios (Trabajadores de salud, municipalidad y referentes de las fuerzas policiales). Cabe destacar que los comisionados municipales colaboraron con los viáticos de los referentes comunitarios de los diferentes parajes de los departamentos Copo, Pellegrini y Alberdi.



Gráficos 26: 1ª jornada de capacitación docente "Prevención del suicidio adolescente": se contó con la participación de diferentes actores sociales.

BIBLIOGRAFÍA

- Aarons, G., & Sawitzk, A. (2006). Organizational climate partially mediates the effect of culture on work attitudes and staff turnover in mental health services. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 33(3), 289-301.
- American Psychiatric Association, D. I. (1999). *Manual de Clasificación y Diagnóstico* (5ª ed.). Barcelona: Masson.
- Amézquita Medina, M., González Pérez, R., & Zuluaga Mejía, D. (2003). Prevalencia de la depresión, ansiedad y comportamiento suicida en la población estudiantil de pregrado de la Universidad de Caldas, año 2000. *Revista colombiana de psiquiatría*, 32(4), 341-356. Obtenido de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80632404>
- Amezquita Medina, M., González Pérez, R., & Zuluaga Mejía, D. (2008). PREVALENCIA DE DEPRESIÓN E IDEACIÓN SUICIDA EN ESTUDIANTES DE 8º, 9º, 10º Y 11º GRADO, EN OCHO COLEGIOS OFICIALES DE MANIZALES. *Hacia la Promoción de la Salud*, 13, 143-153. Obtenido de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309126690010>
- Arriaga, I., Galindo, P., & al., e. (2017). Depresión y Ansiedad en adolescentes de Santa Rosa, Guatemala. *Ciencia, Tecnología y Salud*, 4. Obtenido de <http://digi.usac.edu.gt/ojsrevistas/index.php/cytes/article/view/497/300>
- Avalos Rebatta, L., Guerra Huari, M., & al., e. (2018). Efectividad de una Intervención estructurada Pre quirúrgica de Enfermería sobre Ansiedad, Dolor, y Satisfacción de su cuidado en las pacientes Histerectomizadas del

- Hospital Alberto Sabogal Sologuren. *Universidad peruana Union - Escuela de posgrado*. Recuperado el 13 de mayo de 2021, de <https://es.slideshare.net/r5154/informe-de-investigacin-magdalena-3>
- Barroilhet, S., Fritsch, R., Guajardo, V., Martínez, V., Vörhinger, P., Araya, R., & Rojas, G. (2012). Ideas autolíticas, violencia autoinflingida y síntomas depresivos en escolares chilenos. *Revista medica de Chile*, 140, 873-881.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *BDI-II. Beck Depression Inventory* (Segunda ed.). San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- BECK, A., KOVACS, M., & WEISSMAN, A. (1979). Assessment of suicidal intention: The scale for Suicide Ideation. *J. Consult Clin Psychol*, 47(2), 343-352.
- Boncheck, S. (s.f.). Elección Racional. El modelos de preferencia.
- Brooke, E. M., & OMS. (1976). El suicidio y los intentos de suicidio. *Ginebra: Organización Mundial de la Salud*.
- Buitrago, S. C. (2011). Factores de riesgo asociados a conductas suicidas en niños y adolescentes. *Archivos de Medicina (col)*, 11(1), 62-67.
- Buitrago, S. C. (2011). Factores de riesgo asociados a conductas suicidas en niños y adolescentes. *Archivos de medicina*, 11(1), 62-67.
- Casullo, M., & Fernández, M. (2011). Malestares Psicológicos en Estudiantes Adolescentes Argentinos. *Psykhé*, 10(1). Recuperado el 20 de abril de 2021, de <http://www.psykhe.cl/index.php/psykhe/article/view/405>
- Ceballos Ospino, G. A., & al., e. (2015). Ideación suicida, depresión y autoestima en adolescentes escolares de Santa Marta. *Duazary: Revista internacional de ciencias de la salud*, 12(1), 15-22. doi:<http://dx.doi.org/10.21676/2389783X.1394>.
- Cid Rodríguez, M. d., Montes de Oca Ramos, R., & Hernandez Díaz, O. (2014). La familia en el cuidado de la salud. *Rev. Med. Electrón*, 36(4), 462-472. Recuperado el 12 de mayo de 2022, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242014000400008&lng=es.
- Del Carmen Ospina-Ospina, F., Hinestrosa-Upegui, M. F., Paredes, M. C., Guzmán, Y., & Granados, C. (2011). Síntomas de ansiedad y depresión en adolescentes escolarizados de 10 a 17 años en Chía, Colombia. *Revista de Salud pública*, 13(6), 908-920. Recuperado el 19 de abril de 2021, de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642011000600004&lng=en.
- Fergusson, D. M., & Lynskey, M. T. (1995). Childhood circumstances, adolescent adjustment and suicide attempts in a New Zealand birth cohort. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 34, 612-22.

- Festorazzi Acosta, A., Rodríguez, A., & al., e. (2018). Epidemiología De Los Trastornos De Ansiedad Y Depresión En Adolescentes De Una Población Rural. *Revista de Posgrado de la VI Cátedra de Medicina*, 184.
- Gómez Rodríguez, D., Gutiérrez Herrera, M., & Londoño, S. (2013). Depresión y consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes en la ciudad de Bogotá. *Psychologia. Avances de la disciplina*, 7(1), 45-51. Recuperado el 17 de junio de 2021, de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=297226904003>.
- Gonzalez Macip, S., Diaz Martinez, A., & al, e. (2000). Características Psicométricas de la Escala de Ideación Suicida de Beck (ISB) en Estudiantes Universitarios de la ciudad de México. *Revista de salud mental*, 23(2).
- Hamilton, M. (1959). The Assessment of Anxiety states by Rating. *British Journal of Medicine and Psychology*, 32, 50 – 55.
- Intento suicida y funcionamiento familiar. (2001). *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 17(5), 452-460. Recuperado el 22 de Agosto de 2022, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252001000500008&lng=es&tlng=es.
- J., B. S., A., D. S., & al., e. (s.f.). Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar Apgar-familiar. *ELSEVIER*, 18(6). Recuperado el 21 de JULIO de 2021, de <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-validez-fiabilidad-cuestionario-funcion-familiar-apgar-familiar-14357#elsevierItemBibliografias>
- Kotila, L., & L., L. (1989). Suicide and violent death among adolescent suicide attempters. En *Acta Psychiatr Scand* (págs. 453-9).
- Lencioni, P. (2004). *Equipos ideales*. Empresa activa.
- Marttunen, M. J., Aro, H. M., & Lönnqvist, J. K. (1993). "Precipitant stressors in adolescent suicide". *Am Acad Child Adolesc. Psychiatry*, 32(6), 1178-83.
- Ministerio de justicia y derechos humanos. (11 de marzo de 2015). Ley 27.130. Ley nacional de prevención del suicidio. Recuperado el 20 de junio de 2022, de <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/245000-249999/245618/norma.htm>
- Ministerio de salud y desarrollo social. (s.f.). *Estadísticas de los hechos vitales de la población adolescente en la Argentina*. Recuperado el 15 de MAYO de 2021, de https://www.unicef.org/argentina/sites/unicef.org.argentina/files/2018-11/Salud_PoblacionAdolescenteDEIS_0.pdf
- Ministerio de salud y desarrollo social. (s.f.). Estadísticas de los hechos vitales de la población adolescente en la Argentin. *UNICEF*. Recuperado el 15 de Mayo de 2021, de https://www.unicef.org/argentina/sites/unicef.org.argentina/files/2018-11/Salud_PoblacionAdolescenteDEIS_0.pdf
- Mintzberg, H. (1989). *"Diseño de organizaciones eficientes"* (2ª ed.). Librería el ATENEO.

- Muñiz, J., & Fernández-Hermida, J. R. (2010). La opinión de los psicólogos españoles sobre el uso de los test. *Papeles del Psicólogo*, 31, 108-121.
- Nock, M. K., Green, J. G., Hwang, I., McLaughlin, K. A., Sampson, N. A., & Zaslavsky, A. M. (2013). Prevalence, correlates, and treatment of lifetime suicidal behavior among adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. *JAMA Psychiatry*, 70, 300-310.
- OMS. (2021). Guía de Servicios de Salud Mental Comunitaria (Guidance on community health mental services).
- Ordoñez Mullo, L. (2017). *La Depresión y Ansiedad en los Adolescentes del Bachillerato del colegio Adolfo Valarezo de la ciudad de Loja*. Tesis - Residencia de medicina general, Loja-Ecuador. Recuperado el 20 de abril de 2021, de <http://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/19346/1/TESIS%20LUIS%20ORDO%C3%91EZ.pdf>
- Organizacion Mundial de la Salud. (2021). Suicidio. OMS. Recuperado el 20 de abril de 2022, de <http://www.who.int/topics/suicide/es/>
- Organización Panamericana de la Salud. (2014). "La OMS pide prestar mayor atención a la salud del adolescente". *Ginebra 2014*. Recuperado el 20 de abril de 2021, de https://www.paho.org/arg/index.php?option=com_content&view=article&id=1319:la-oms-pide-prestar-mayor-atencion-a-la-salud-del-adolescente&Itemid=289
- Organización Panamericana de la Salud. (2017). *Depresión y otros trastornos mentales comunes. Estimaciones sanitarias mundiales*. Washington.
- Organizacion Panamericana de Salud. (2017). Estrategia de cooperación de la OPS/OMS con Argentina, 2017-2021. OPS. Recuperado el 24 de abril de 2022, de http://www.legislaud.gov.ar/pdf/OPS_2017_2021.pdf
- Pérez-Amezcu, B., Rivera-Rivera, L., Atienzo, E., De Castro, F., Leyva-López, A., & Chávez-Ayala, R. (2010). Prevalencia y factores asociados a la ideación e intento suicida en adolescentes de educación media superior de la República mexicana. *Salud Publica Mex*, 52, 324-333.
- Programa Nacional de Salud integral en la Adolescencia, M. -U. (2016). Situación de Salud de las y los Adolescentes de la Argentina. UNICEF. Recuperado el 26 de Abril de 2022, de <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000872cnt-linea-base-adolescencia-2016.pdf>.
- Sanchez, E., & Rodríguez, A. (2010). 40 Años de la teoría del liderazgo situacional : una revisión. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 42(1), 29-39.
- Silva, D., & al., e. (2017). Intento de suicidio y factores de riesgo en una muestra de adolescentes escolarizados de Chile. *Revista de Psicopatología y Psicología*

Clínica, 22(1), 33-42.
doi:<https://doi.org/10.5944/rppc.vol.22.num.1.2017.16170>

- Teruel, D. S., & Bello, M. A. (2014). Factores protectores que promueven la resiliencia ante el suicidio en adolescentes y jóvenes. *Papeles del psicólogo*, 35(3), 181-192.
- Valdivia, M., Silva, D., Sanhueza, F., Cova, F., & Melipillán, R. (2015). Prevalencia de intento de suicidio adolescente y factores de riesgo asociados en una comuna rural de la provincia de Concepción. *Revista medica de Chile*, 143, 320-328.
- Ventura-Juncá, R., Carvajal, C., Undurraga, S., Vicuña, P., Egaña, J., & Garib, M. J. (2010). Prevalencia de ideación e intento suicida en adolescentes de la Región Metropolitana de Santiago de Chile. *Revista medica de Chile*, 318, 309-315.
- Zamorano, L. E. (2000). El diagnóstico psicopatológico y los trastornos mentales en la adolescencia. En M. Suarez Richards, *Introduccion a la Psiquiatria* (Segunda ed., págs. 389-406). Buenos Aires: Salerno.

ANEXOS

Anexo I

Proceso del trabajo de campo ejecutado

Etapa 1: "Presentación y autorización del operativo"

Durante la misma se llevó a cabo reuniones con las autoridades correspondientes del efector sanitario de la región, con el fin de presentar el proyecto y solicitar la autorización de la Sra. Ministra de salud de Santiago del Estero y de la Rectora del colegio secundario de EL MOJON.



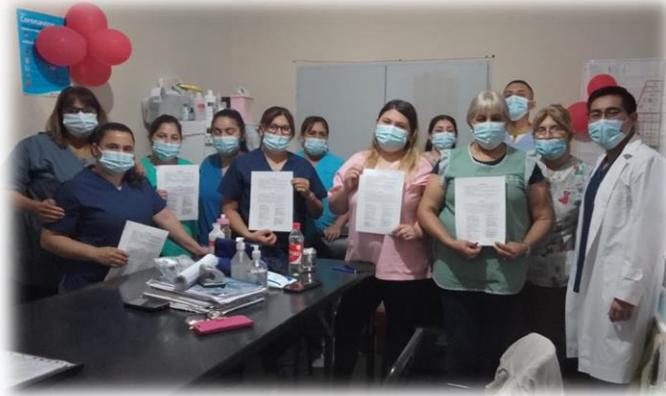
Reunión con la **Sra. Ministra de salud**, Lic. Natividad Nassif.
Ministerio de Salud de Santiago del Estero



Reunión con la **Sra. Rectora del colegio secundario de El Mojón**, Lic. Fabiana Gomez.

Etapa 2: "Capacitación del personal de salud"

Se realizó el taller de capacitación "El suicidio y los enemigos de la mente: La ansiedad y depresión", siguiendo las medidas de bioseguridad correspondientes, dirigidos al personal de APS con la finalidad de transmitir la información necesaria para aclarar ciertos mitos existentes sobre el tema y sobre todo instruirlos para fortalecer su actividad promotora de salud.



Personal sanitario del Hospital de Transito EL MOJON "Dr. Rene Favalaro" (APS)

Etapa 3: "Planificación del operativo"

Se ideó un método adecuado para organizar los recursos disponibles en la institución sanitaria: humanos y físicos, para realizar de manera ordenada las visitas escolares a los respectivos cursos donde se encontraron los adolescentes cuyas edades se encuentren en el rango etario en estudio.



Personal sanitario del Hospital de Transito EL MOJON "Dr. Rene Favalaro" (APS)

Etapa 4: "Recolección de datos"

Se realizó la entrega de un cuestionario (Anexo IV) a los alumnos del colegio secundario del mojón que desearon participar voluntariamente del estudio; este constó de 4 partes: el Inventario de depresión de Beck-II, la Escala de Valoración de la Ansiedad de Hamilton, la escala de Ideación suicida de Beck y el APGAR familiar



ALUMNOS DEL COLEGIO SECUNDARIO DE EL MOJON



Etapa 5: Ejecución de las primeras intervenciones comunitarias en Mojón

Se desarrollaron talleres cognitivos conductuales basados en la aplicación de cine educativo como método de estimulación audio visual para generar espacios de debates y expresión del alumnado. Además, se realizaron actividades recreativas que motiven a los adolescentes a orientar su interés en el deporte y en aquellas actividades de ocio, que puedan llevar a cabo para ocupar su tiempo libre.

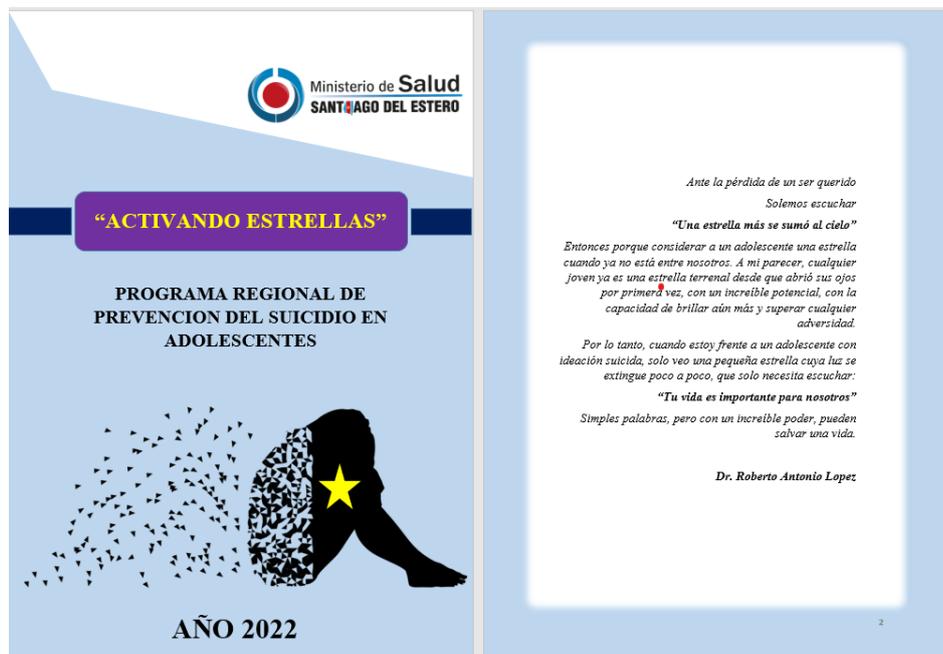




Talleres cognitivos conductuales, actividades recreativas y maratón "Activando corazones".

Etapa 6: Redacción y diseño del programa regional "Activando estrellas"

Teniendo en cuenta los resultados del diagnóstico de situación se diseñó un programa de prevención del suicidio adolescente que pueda aplicarse no solo en Mojién sino también en aquellas localidades vecinas como Nueva Esperanza y San José del Boquerón. Esta propuesta, tiene como finalidad promocionar aquellos factores protectores de la salud mental y de manera consecuente, mejorar la situación de salud de las personas residentes en estos pueblos del interior de Santiago. La misma se elevó al Ministerio de salud provincial.



Caratula del programa regional de prevención del suicidio adolescente y la primera hoja donde se expresa la razón del título del mismo.

Etapa 7: Autorización ministerial del programa "Activando estrellas" y coordinación del trabajo en conjunto con el centro provincial de salud mental.

Una vez recibido el aval directo de la Sra. Ministra, se llevó a cabo una reunión con el Director del Centro Provincial de Salud mental, el Lic. Néstor Medina, para coordinar intervenciones comunitarias articulando los recursos del interior con aquellos del Ministerio de salud. Además, se planteó la posibilidad de definir una mesa provincial interdisciplinaria, con un enfoque integral de esta problemática.



Reunión con el **Lic. Néstor Medina, director del centro provincial de salud mental**

Etapa 8: Reunión intersectorial de autoridades referentes de la provincia de Santiago del Estero

En el Centro Provincial en Red de Salud Mental se realizaron unas jornadas interinstitucionales para diseñar estrategias de intervención comunitaria para el abordaje de problemáticas Infanto Juveniles. Los temas abordados surgieron del diagnóstico que realizó el Consejo Nacional de Adolescencias y Juventudes, luego de una encuesta que se realizó con adolescentes y jóvenes como protagonistas que plantearon estos temas como más importantes: intentos de suicidios, los consumos problemáticos de sustancias, y las problemáticas de las violencias. En esta ocasión tuve el honor de participar de la misma junto con directores de hospitales generales de Capital y La Banda, APS, adolescencia y Plan Enia, Area Salud Mental del Ministerio de Salud y representantes de la Secretaria de DDHH, Subsecretaría de

Niñez Adolescencia y Familia, Defensoría de Familia, equipos interdisciplinarios de DIGAIA y del Centro de Salud Mental.



Jornada interinstitucional en la Banda - Santiago del Estero

Etapa 9: Ejecución del segundo tópico del programa regional "Activando estrellas"

Se realizó la capacitación dirigida al personal de salud del Hospital de San José del Boquerón y del Hospital de Nueva Esperanza sobre el abordaje inicial de la prevención del suicidio adolescente, con el fin de preparar al recurso humano disponible para el trabajo en terreno destinado al diagnóstico de situación de la población en estudio.



Jornada de capacitación al personal de Salud del Hospital de San José del Boquerón



Jornada de capacitación al personal de Salud del Hospital de Nueva Esperanza

*Etapas 10: Ejecución del tercer tópico del programa regional "Activando estrellas"
(Diagnostico de situación de salud)*

Se ejecuto las primeras intervenciones en la escuela secundaria del Ceibal en San José del Boquerón, con el diagnostico de situación de salud de la población adolescentes, haciendo entrega del cuestionario diseñado para la detección de los niveles de ansiedad, depresión y el riesgo de suicidio, contando con el consentimiento informado del Rector del establecimiento (Anexo III), además de los docentes y alumnos.



Diagnóstico de situación de salud en adolescentes de la escuela secundaria del Ceibal – San J. del Boquerón

Nota en la pagina del Centro Provincial de Salud Mental de S.E.

https://m.facebook.com/story.php?story_fbid=pfbid02LDrphZ49Agtb6a5WAXYc7TPrUfu6bELGXxLQ1MyF9BTNqt4rDoupN1mkF2sAkaEl&id=100083212868237&sfnsn=scwspwa

Etapa 11: Ejecución del tercer tópico del programa regional "Activando estrellas" (Capacitación docente)

Se realizó la 1ª Jornada de capacitación docente sobre "Prevención del suicidio adolescente" basado en un encuentro intersectorial, contando con la presencia de docentes de diferentes establecimientos del departamento Copo, Pellegrini y Alberdi - Santiago del Estero, además de trabajadores de salud y otros referentes comunitarios, que demostraron interés en el abordaje de esta problemática. En esta oportunidad, trabajé junto con el Director del Centro Provincial de Salud Mental en la coordinación y disertación de esta intervención comunitaria, además se contó con la

colaboración del Director del Hospital de San José del Boquerón y la rectora del Colegio secundario Agrup. N° 86019 Santo Domingo.



1ª Jornada de capacitación Docente y Encuentro Intersectorial sobre prevención del suicidio adolescente

Nota en el Diario "El LIBERAL"

<https://www.elliberal.com.ar/noticia/interior/615939/prevencion-suicidio-fue-tema-hospital-san-jose-boqueron>

Nota en la pagina del Ministerio de salud de Santiago del Estero

<https://www.facebook.com/100069345993804/posts/445481451106718/?flite=scwspnss>

Anexo II

EL MOJON, noviembre de 2021

A Sra. Gomez Fabiana
Rectora del colegio secundario de EL MOJON
S...../.....D

En carácter de médico del Hospital de tránsito de San José del Boquerón, me dirijo a usted con el fin de solicitar su autorización para llevar a cabo un test a los alumnos del establecimiento, para realizar un screening poblacional para detectar la prevalencia de trastornos de ansiedad y depresión en adolescentes de 15- 18 años y su relación con el riesgo al suicidio.

Dada la relevancia y el interés objetivo que el contenido de este operativo presenta para el sistema de salud pública, más aún teniendo en cuenta la situación epidemiológica por la que estamos atravesando, garantizamos que las respuestas emitidas por el adolescente en el test serán anónimas y se preservará la confidencialidad de los datos obtenidos.

En espera de una respuesta positiva, lo saludo cordialmente.

Dra. Rosana Roldan
Directora
Hospital de tránsito de EL MOJON

Dr. López, Roberto Antonio
Medico

Anexo III

EL CEIBAL, noviembre de 2022

A Sr. Villalva Damian
Rector del colegio secundario de EL CEIBAL
S...../.....D

En carácter de médico del Hospital de tránsito de San José del Boquerón, me dirijo a usted con el fin de solicitar su autorización para llevar a cabo un test a los alumnos del establecimiento, para realizar un screening poblacional para detectar la prevalencia de trastornos de ansiedad y depresión en adolescentes de 13- 19 años y su relación con el riesgo al suicidio.

Dada la relevancia y el interés objetivo que el contenido de este operativo presenta para el sistema de salud pública, más aún teniendo en cuenta la situación epidemiológica por la que estamos atravesando, garantizamos que las respuestas emitidas por el adolescente en el test serán anónimas y se preservará la confidencialidad de los datos obtenidos.

En espera de una respuesta positiva, lo saludo cordialmente.

Dr. Albaro Ramos
Director
Hospital de tránsito de San J. del Boquerón

Dr. López, Roberto Antonio
Medico

Anexo IV

La siguiente encuesta es anónima, voluntaria y consta de 4 partes. Los datos recabados en la misma son totalmente confidenciales, y solo serán utilizados para los fines de la investigación en curso.

Las preguntas hacen referencia a su estado de ánimo, como se ha sentido últimamente y sobre la valoración de su vida. Intente responder de la manera más exacta posible.

Es importante tu aporte en este estudio, ya que, a partir de los resultados del mismo, se podrá desarrollar medidas para ayudar a chicos/as como vos.

Edad:

Sexo: F / M

1^{RA} PARTE

Se presentarán 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido **LAS ÚLTIMAS DOS SEMANAS, INCLUYENDO EL DÍA DE HOY**. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. **Verifique que no haya elegido más de uno por grupo**, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de Sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito)

1.
 0. No me siento triste.
 1. Me siento triste gran parte del tiempo
 2. Me siento triste todo el tiempo.
 3. Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.
2.
 0. No estoy desalentado respecto del mi futuro.
 1. Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
 2. No espero que las cosas funcionen para mí.
 3. Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.
3.
 0. No me siento como un fracasado.
 1. He fracasado más de lo que hubiera debido.
 2. Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.
3.
 0. Siento que como persona soy un fracaso total.
4.
 0. Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
 1. No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
 2. Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
 3. No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.
5.
 0. No me siento particularmente culpable.
 1. Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haberhecho.
 2. Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
 3. Me siento culpable todo el tiempo.

-
- 6.**
0. No siento que este siendo castigado
 1. Siento que tal vez pueda ser castigado.
 2. Espero ser castigado.
 3. Siento que estoy siendo castigado.
- 7.**
0. Siento acerca de mi lo mismo que siempre.
 1. He perdido la confianza en mí mismo.
 2. Estoy decepcionado conmigo mismo.
 3. No me gusto a mí mismo.
- 8.**
0. No me critico ni me culpo más de lo habitual
 1. Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo
 2. Me critico a mí mismo por todos mis errores
 3. Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.
- 9.**
0. No tengo ningún pensamiento de matarme.
 1. He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría
 2. Querría matarme
 3. Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.
- 10.**
0. No lloro más de lo que solía hacerlo.
 1. Lloro más de lo que solía hacerlo
 2. Lloro por cualquier pequeñez.
 3. Siento ganas de llorar pero no puedo.
- 11**
0. No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.
 1. Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
 2. Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto
 3. Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento ohaciendo algo.
- 12**
0. No he perdido el interés en otras actividades o personas.
 1. Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
 2. He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
 3. Me es difícil interesarme por algo.
- 13.**
0. Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.
 1. Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones
 2. Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
 3. Tengo problemas para tomar cualquier decisión.
- 14.**
0. No siento que yo no sea valioso
 1. No me considero a mi mismo tan valioso y útil como solía considerarme
 2. Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
 3. Siento que no valgo nada.
- 15.**
0. Tengo tanta energía como siempre.
 1. Tengo menos energía que la que solía tener.
 2. No tengo suficiente energía para hacer demasiado
 3. No tengo energía suficiente para hacer nada.
- 16.**
- 0.**No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
- 1. a)** Duermo un poco más que lo habitual.
 - 1. b)** Duermo un poco menos que lo habitual.
 - 2. a)**Duermo mucho más que lo habitual.
 - 2. b)**Duermo mucho menos que lo habitual
 - 3. a)**Duermo la mayor parte del día
 - 3. b)**Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

17.

0. No estoy tan irritable que lo habitual.
1. Estoy más irritable que lo habitual.
2. Estoy mucho más irritable que lo habitual.
3. Estoy irritable todo el tiempo.

18.

0. No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
1. a) Mi apetito es un poco menor que lo habitual.
1. b) Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.
2. a) Mi apetito es mucho menor que antes.
2. b) Mi apetito es mucho mayor que lo habitual.
3. a) No tengo apetito en absoluto.
3. b) Quiero comer todo el día.

19.

0. Puedo concentrarme tan bien como siempre.
1. No puedo concentrarme tan bien como habitualmente.
2. Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.
3. Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

20.

0. No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.
1. Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.
2. Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.
3. Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía.

21.

0. No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
 1. Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.
 2. Estoy mucho menos interesado en el sexo.
 3. He perdido completamente el interés en el sexo.
-

2^{DA} PARTE

A continuación, te presento una serie de frases en un cuadro que se refieren a las reacciones que la gente comúnmente manifiesta cuando se enfrenta a situaciones difíciles en la vida. Procura identificar con una X cómo han aparecido estas reacciones en vos. La información que proporcionesservirá para conocer las formas de ayudar a superar esta problemática, razón por la que te pido que contestes cada una de las frases con toda sinceridad. Recuerda la encuesta es **ANONIMA** y está libre de Prejuicios.

- (0) Nunca
- (1) Algunas veces
- (2) Regular / Varias veces
- (3) Casi siempre
- (4) Siempre

ITEMS	0	1	2	3	4
1.Presiento que algo malo puede pasarme, que me puede suceder lo peor. Me siento preocupado e irritable.					
2.Tengo la sensación de inquietud y no puedo relajarme. Me canso fácilmente. Me sobresalto. Tiemblo y lloro con facilidad.					
3. Tengo miedo a la oscuridad, de quedarme solo, de la gente desconocida, de los animales, del tráfico y de la multitud.					
4.Tengo dificultad para conciliar el sueño. Me despierto varias veces. Me levanto cansado/a. No hay sueño reparador					
5.Tengo mala memoria especialmente de los eventos recientes. Me cuesta concentrarme.					
6.No tengo interés por lo que me rodea. Me siento triste. Me adormezco por el día y no puedo dormir por la noche.					

<p>7. Siento dolores y molestias musculares. Me rechinan los dientes. Tengo la voz poco firme e insegura.</p>					
<p>8. Tengo zumbidos de los oídos. Vista borrosa. Siento oleadas de calor o frío. Tengo picores y sensación de debilidad</p>					
<p>9. Siento que mi corazón late más deprisa que de costumbre. Siento palpitaciones, dolores en el pecho y agitación.</p>					
<p>10. Tengo sensación de ahogo y falta de aire. Necesito respirar. Siento en el pecho una opresión o pena.</p>					
<p>11. Tengo dificultad al tragar. Siento ardores, pesadez o sensación de plenitud gástrica. Siento náuseas y vómitos. Estreñimiento.</p>					
<p>12. Siento sensación de orinar frecuentemente, aunque sea poco. Tengo alteraciones hormonales. Mi vida sexual está deteriorada.</p>					
<p>13. Siento la boca seca. Me ruborizo y palidezco fácilmente. Me mareo y las cosas me dan vuelta. Se me ponen los pelos de punta.</p>					
<p>14. Me siento incomodo, inquieto, tenso, impaciente, me sudan las manos y el pulso se me acelera al contestar estas preguntas</p>					

3^{RA} PARTE

Ahora, **MARQUE CON UN CIRCULO UNA FRASE** de cada grupo que mejor te describa. Asegúrate de leer todas las opciones antes de elegir.

I CARACTERÍSTICAS DE LAS ACTITUDES HACIA LA VIDA

1. Su deseo de vivir es:
 0. Moderado a fuerte
 1. Mediano o poco (débil).
 2. No tengo deseo (Inexistente).
2. Su deseo de morir es:
 0. No tengo deseos de morir.
 1. Pocos deseos de morir
 2. Moderado a fuerte.
3. Sus razones para Vivir/Morir son:
 0. Vivir supera a morir.
 1. Equilibrado (es igual).
 2. Morir supera vivir.
4. Su deseo de realizar un intento de suicidio activo es:
 0. Ninguno (inexistente).
 1. Poco (Débil).
 2. Moderado a fuerte.
5. Realizar un intento de suicidio pasivo:
 0. Tomaría precauciones para salvar su vida.
 1. Dejaría la vida/muerte a la suerte.
 2. Evitaría los pasos necesarios para salvar o mantener su vida.

Nota: Si la puntuación en los reactivos 4 y 5 es "0" –Deje de contestar el cuestionario -

II CARACTERÍSTICAS DE LOS PENSAMIENTOS/DESEOS

6. Su duración de Pensamientos/Deseos son:
 0. Breves, duran poco tiempo o pasajeros.
 1. Temporadas o períodos largos.
 2. Duran un tiempo largo o continuo.
7. Su frecuencia de Pensamientos/Deseos son:
 0. Rara vez; ocasionalmente (baja)
 1. Frecuentemente pienso/deseo
 2. Casi todo el tiempo pienso/deseo
8. Su actitud hacia los Pensamientos/Deseos es:
 0. Rechazo los pensamientos/deseos
 1. Ambivalente; indiferente.
 2. Aceptación de pensamientos/deseos
9. Su Control sobre la acción/deseo de suicidio:
 0. Tiene capacidad de control
 1. Inseguridad de capacidad de control
 2. No tiene capacidad de control
10. Sus Razones o motivos que detienen la tentativa suicida. (familia, religión, irreversibilidad o fallar):
 0. No lo intentaría porque algo lo detiene.
 1. Tiene cierta duda hacia los intereses que lo detienen.
 2. No tiene o mínimo interés en las razones que detienen.
11. Sus razones para Pensar/Desear el intento suicida:
 0. Manipular el ambiente, llamar la atención, venganza.
 1. Combinación de 0 — 2.
 2. Escapar, acabar, manera de resolver problemas.

III CARACTERÍSTICAS DEL INTENTO

12. El método: Especificidad/Oportunidad de pensar el intento:
0. Sin considerar método o plan
 1. Considerado, pero sin elaborar los detalles.
 2. Plan elaborado, detalles elaborados y bien formulados.
13. El método: Disponibilidad/Oportunidad de pensar el Intento:
0. Método no disponible; no oportunidad.
 1. Método requeriría tiempo/esfuerzo; oportunidad no disponible realmente.
 2. Método y oportunidad disponible.
 - 2^a Oportunidad en el futuro o disponibilidad de anticipar el método.
14. La Sensación de "capacidad" para llevar a cabo el Intento:
0. No tiene el valor, o capacidad. (debilidad o asustado).
 1. No está seguro de tener valor o capacidad.
 2. Está seguro de tener valor.
15. La expectativa de anticipación de un intento real:
- 0 No
 1. Sin seguridad, sin claridad.
 2. Si.

IV ACTUALIZACIÓN DEL INTENTO

16. La preparación real de realizarlo:
0. Ninguna preparación
 1. Alguna preparación (guardar pastillas, conseguir instrumentos)
 2. Completa (preparativos terminados)
17. La Nota Suicida:
0. No ha escrito nota o carta (ninguna)
 1. Sólo pensada, iniciada, sin terminar.
 2. Nota o carta escrita (terminada)
18. Ha realizado acciones finales para preparar suicidio (testamento, arreglos, o pagos, regalos):
0. No
 1. Pensamientos de realizar algunos arreglos finales.
 2. Planes realizados y arreglos finales
19. Encubrimiento de la idea de realizar el intento suicida
0. Revela las ideas abiertamente.
 1. Evita o revela las ideas con reserva.
 2. Encubre, oculta o engaña y miente.

4^{TA} PARTE

Para finalizar, completa el siguiente cuadro marcando con una (X), **UNA OPCION**, en cada ítem. Muchas gracias por participar de este estudio.

<i>PREGUNTAS</i>	Casi nunca	A veces	Casi siempre
¿Está satisfecho/a con la ayuda que recibe de su familia?			
¿Discuten juntos los problemas que tienen en la casa?			
¿Las decisiones importantes se toman en conjunto?			
¿Está satisfecho/a con el tiempo que usted y su familia permanecen juntos?			
¿Siente que su familia lo quiere?			