The background of the book cover is a vibrant blue with a repeating pattern of black chairs. A diagonal line with a yellow-to-blue gradient runs from the top left towards the bottom right. The title is written in large, bold, white capital letters.

**EL TRABAJO SOCIAL
COMO CAMPO DE
INTERVENCIÓN CON
ADOLESCENTES CON CONDUCTAS
AUTODESTRUCTIVAS
-UNA MIRADA EPOCAL-**

CLAUDIA AGUILERA

 **margen** editorial

EL TRABAJO SOCIAL COMO CAMPO DE
INTERVENCIÓN
CON ADOLESCENTES
CON CONDUCTAS AUTODESTRUCTIVAS
-UNA MIRADA EPOCAL-

En honor a mis padres

A mis compañeras y compañeros
del Servicio Infanto Juvenil del
Hospital Gobernador Centeno.

A las de ayer y a los/as que hoy
tomaron la posta. Gracias!!

A Lalo, Rodrigo y Morena. Son el
amor, fortaleza y sostén. Son las
personas más hermosas que me
habitan

CLAUDIA M. AGUILERA

**EL TRABAJO SOCIAL COMO CAMPO DE
INTERVENCIÓN CON ADOLESCENTES
CON CONDUCTAS AUTODESTRUCTIVAS
- UNA MIRADA EPOCAL -**



EDITORIAL **margen**

Aguilera, Claudia M.

El Trabajo Social como campo de intervención con adolescentes con conductas autodestructivas - una mirada epocal – / Claudia M. Aguilera. – 1a ed. – Ciudad Autónoma de Buenos Aires : Editorial Margen, 2020.

158 p. ; 13 x 21 cm.

ISBN 978-987-47749-0-3

1. Trabajo Social. 2. Adolescencia. I. Título.

CDD 361.3

Arte de tapa: Rosa Audisio

Diseño de tapa e interior: Miguel Parra Casas

Editorial Margen – Cooperativa de Trabajo Margen Ltda.

Miller 2039 PB “A” / Ciudad Autónoma de Buenos Aires

C1431GDF / Argentina

+54 011 4522 8113

e-mail: correo@margen.org

sitio web: margen.org



2020. Esta obra se edita bajo una Licencia Creative Commons Atribución – Sin Obra Derivada 4.0 Internacional.

Índice

Prólogo	
Por Alfredo Juan Manuel Carballada	11
Introducción	15
Definiciones. Marcos conceptuales	16
Datos y registros de la Mortalidad Adolescente	18
Distribución geográfica	19
Relación entre llanura y altura geográfica.	21
Relación entre felicidad y suicidio	22
Relación entre géneros	22
Capítulo 1	23
Plan de trabajo	23
Capítulo 2	35
Descripción del problema	35
Intentos de suicidio y suicidio: ¿por qué en la actualidad aumenta en los adolescentes el pasaje al acto autodestructivo?	35
¿Qué razones tendrían para no querer vivir?	36
¿Qué responsabilidad tiene la sociedad?	37
¿Qué responsabilidad tienen las Iglesias?	38
Relato	39
Relato: La Historia de Emiliano (Emilia-NO)	41
Interés Superior de los/as adolescentes	43
Algunas indicaciones de la Ley Nacional de Prevención del Suicidio No 27.130 que los/as Trabajadores/as Sociales debemos conocer	46

Capítulo 3	47
Especificidad y Neoliberalismo	47
Relato: Anelia	53
Capítulo 4	55
La Nueva Expresión de la Cuestión Social - Rol del Trabajo Social desde las Instituciones que contratan	55
Algunas acciones de política social que impactaron directamente en las vidas de las infancias y adolescencias	56
Relato: Abril	59
Cuando desde el Trabajo Social hablamos de la “cuestión social”, ¿de qué estamos hablando?	64
¿Por qué es importante hablar de suicidio desde el Trabajo Social?	67
Capítulo 5	69
Fragilidad del Lazo Social	69
Relato: La historia de los Manolos (Manuel)	75
Capítulo 6	79
Adolescencia e Instituciones	79
La necesaria superación de la condición de pobreza asociada a patología	81
Adolescencias	82
Con este análisis, ¿estamos definiendo a los/as jóvenes o estamos definiendo a los/as adultos/as?	82
De los Antecedentes a los Nuevos Escenarios de Trabajo Social en Salud Mental	83
¿Los equipos interdisciplinarios consideran necesario enfrentar estos nuevos desafíos?	86

Contexto Político 2015-2019. Salud - Adolescencia - Calidad de Vida	87
Capítulo 7	91
Definición del SUJETO SOCIAL	91
Relato: Paula	94
Factores de Riesgo - Factores de Protección	97
¿Cómo son los adultos que cuidan o descuidan a estos adolescentes?	101
Sujeto Portador de Necesidades y Carencias	102
Relato: Lara	103
Capítulo 8	107
La posvención y el Trabajo Social campo de intervención - campo de tensión	107
¿Qué hacer ante los hechos trágicos?	110
En la Escuela	111
La Familia	112
Los profesionales de Salud	112
Los Medios de Comunicación	113
Rol del Estado	114
Capítulo 9	117
La prevención de los suicidios e intentos de suicidios adolescentes como Política de Estado	117
Glosario	123
Tapa del libro	145

Anexo documental.	
Ley 27.130. Ley Nacional de Prevención del Suicidio.	147
Bibliografía	153

Prólogo

El suicidio en una cultura autodestructiva

Por Alfredo Juan Manuel Carballada

El Contexto. Suicidio y Cuestión Social

Los desmontes, la contaminación del agua, el uso de agrotóxicos, el calentamiento global, entre muchas otras degradaciones, son muestras de una época que contextualiza de diferentes maneras a la muerte. Un clima de época que contiene, marca y ratifica a una cultura generadora del malestar que atraviesa subjetividades, que pone en cuestión los sentidos de identidad y pertenencia, vaciando la cotidianidad, recortando horizontes; una civilización depredadora que se autodestruye tratando de explicar y construir una sociedad que se encuadra dentro de la voracidad de un mercado cada vez más feroz y omnipotente.

Las características que dejó el siglo XX y que prevalecen en el siglo XXI parecieran sentar y definir formas de malestar y desencanto que confluyen en la autodestrucción como una marca de época, proponiendo a la incertidumbre como una meta en un mundo en el que la adolescencia se hace cada vez más difícil de definir mientras pareciera que se prolonga de distintas formas, especialmente en la esfera del deseo.

La cultura que vivimos es también adolescente, pero sólo en el sentido de la estética y el consumo. La promesa de una juventud eterna moldea cuerpos, perspectivas y horizontes que conjugan y recorren a todos los grupos etarios, donde estética y ética entran en permanente contradicción.

Así, el suicidio se presenta marcado por una época, una cultura y una civilización donde el uno por ciento de la población acapara la producción del ochenta y dos por ciento de quienes habitamos el planeta. Un saqueo autodestructivo, obsceno, suicida, con brutales empobrecimientos, donde aún en medio de las tragedias resuenan los llamados de las lógicas que las niegan y ocultan a través de una forma sutil que culpabilizaría a quien padece gracias a la “autoayuda” y la meritocracia como forma de resolución única, individual y esencialmente solitaria de problemas, encrucijadas y perspectivas.

La soledad es una marca de época. Las manifestaciones de la subjetividad dialogan muchas veces en forma desesperada con el vacío, con la falta del Otro. Ese vacío muchas veces insondable y angustiante construye el sentido de la época que habitamos, allí donde manda el mercado y la satisfacción es una especie de barril sin fondo que se sufre en soledad y que no logra construir más satisfactores que nuevas formas de consumo que hacen más duro el padecimiento.

El suicidio se contextualiza hoy en una sociedad en la que los proyectos colectivos se enfrentan a las lógicas manipuladas y puestas al servicio de una supuesta oferta y demanda en las que predomina como suceso casi único el camino del éxito individual.

Una sociedad de calumnias y mentiras construidas desde intereses económicos ocultan la verdad donde, nuevamente el mercado es el dueño de una forma de la verdad que se inscribe subjetivamente, donde la sociedad se presenta como un vacío indescifrable, complejo y hostil; una sociedad fragmentada en la que el lazo social perdido muestra una ausencia que tal vez sea posible recuperar desde complejos procesos de intervención social apoyados en lo colectivo, en los otros. Así, los factores predisponentes, condicionantes y desencadenantes dialogan con múltiples biografías que se entrecruzan en instituciones arrasadas y desmanteladas. La institución también, a veces, muestra su imposibilidad o azoramiento.

El texto

“El Trabajo Social como campo de intervención con adolescentes con conductas autodestructivas. Una mirada epocal” nos invita a reflexionar desde los múltiples diálogos que construye la época que habitamos con las prácticas, los padecimientos y en este caso especialmente con las conductas autodestructivas. Desde esa perspectiva, las prácticas se consolidan como espacios de construcción de conocimiento y de nuevas alternativas de intervención en diálogo con las diferentes expresiones de la Cuestión Social. A través de diferentes historias expuestas como casos de intervención en lo social, es posible aproximarse a éstas, las que tienen una intensa relación con las biografías, padecimientos, trayectorias y acciones desde distintos campos disciplinares, construyendo categorías y diferentes formas de comprensión y explicación; reafirmando que la intervención del Trabajo Social es una forma de clínica desde lo social que se integra desde lo interdisciplinario.

El trabajo logra articular tanto los aspectos cuantitativos y cualitativos de la cuestión. Plantea y resume una interesante serie de definiciones que se presentan como material útil para el análisis, incluso para otras lecturas del problema. A su vez, el texto invita a pensar -desde el contexto- las prácticas y las instituciones en las que ellas se llevan adelante. La integración entre la temática y la Cuestión Social atraviesa todo el texto, marcando otra forma de singularización del tema.

A su vez, la mirada a lo institucional, lo instituido y lo instituyente, construye otra forma de aporte y de caminos hacia más y nuevos diálogos en los que resalta una interesante discusión acerca de los factores de riesgo y su tensión con los factores de protección. Estas cuestiones se entrecruzan en forma permanente con la presentación de distintas viñetas que muestran la contrastación empírica de las conceptualizaciones y reflexiones con la práctica cotidiana.

En síntesis, estamos frente a un escrito que convoca a repensar un tema como problemática social compleja, donde los ejes principales pasan por la construcción de espacios, lugares, intersticios de diálogo entre el hacer y su conceptualización; es decir, desde las diferentes preguntas que interpelan el conocimiento desde la intervención en lo social, lo que implica una interesante convocatoria a su lectura.

Introducción

...Y así ando yo, tratando de problematizar mi ignorancia sobre ese misterio que a la hora de intervenir -o de mirar como otros intervienen- se convierte en una práctica que me desconcierta y no me permite actuar con cierto nivel de seguridad. No soy lo suficientemente ingenua como para creer que para todo malestar que genera el desconocimiento en el campo profesional debería existir una respuesta. De hecho, para estas dudas que hoy les traigo, sigo teniendo solo interrogantes para compartir. ¿Cómo lograr que los y las adolescentes vivan en un mundo con menos desigualdad y más protección?

Claudia Aguilera

Los suicidios e intentos de suicidio adolescentes marcan una tendencia en aumento y nos ubican ante una realidad compleja que requiere de actuaciones profesionales amplias y abarcativas. Si bien es real que la responsabilidad de estos hechos recae en Salud y más específicamente en el tratamiento que se proporciona en Salud Mental, se intentará dar cuenta de que Prevención, Asistencia y Posvención son intervenciones que implican la corresponsabilidad de todos los ámbitos, entendiendo que es un problema de todos y no sólo de Salud.

Numerosos autores relacionan los sucesos suicidas con el sufrimiento, la desesperanza, estilos de familia, vulnerabilidad, necesidades materiales y simbólicas, desigualdad, contextos sociales, económicos y culturales frágiles, violencia familiar, pérdida de un ser querido, conductas imitativas, etc. Todos estos factores, sin lugar a dudas, aumentan notablemente el riesgo en este grupo etario pero no coexisten como únicas causas, no son por sí mismos los únicos responsables que provocan el problema. Pueden leerse como factores predisponentes de riesgo o factores

que desencadenan la conducta de un/a joven con derechos vulnerados.

Definiciones

- **Suicidio:** “el acto deliberado de quitarse la vida”.
- **Intento de suicidio:** es toda acción autoinfligida con el propósito de generarse un daño potencialmente letal, sin llegar a la muerte. Según cifras globales, los intentos fallidos son entre 20 y 40 veces más frecuentes que los suicidios consumados.
- Las **conductas suicidas:** abarcan desde la ideación suicida, la elaboración de un plan, la obtención de los medios para hacerlo hasta la consumación del acto (con o sin éxito).

Marcos conceptuales

UNICEF Argentina (2019, p.11 y 12) publicó un trabajo sobre el tema en el que se expone con claridad cuáles son los marcos conceptuales a tener en cuenta para estudiar esta problemática:

“El tema del suicidio adolescente fue analizado en estudios de diferentes disciplinas, cuyos principales antecedentes en la Argentina provienen de las investigaciones realizadas desde la década de 1990 por el equipo de María Martina Casullo, las que realizó Edith Serfaty (1996), Deborah Altieri (2007) y el equipo que dirige Alejandra Pantelides (2013).

Casullo y colegas (1994) administraron una Escala para la Detección de Adolescentes en Riesgo Suicida (ISO 30) en su adaptación local, a un total de 1.297 estudiantes adolescentes de ambos sexos residentes en las provincias de Catamarca, Tucumán, Buenos Aires y Ciudad de Buenos Aires, con una edad promedio de 15 años. Detectaron un 11% de sujetos con alto riesgo suicida en los centros urbanos y un 13% en localidades de menor densidad poblacional. Concluyeron que ser mujer, hijo/a único/a, vivir en pequeños centros poblacionales, así como el bajo nivel educativo de los padres resultaron los principales factores de riesgo.

Serfaty y colegas (2004) realizaron un análisis de la mortalidad por suicidio de adolescentes y jóvenes ocurrida en el país entre los años 1991 y 2000. Encontraron que la tasa de mortalidad por esta causa se incrementó desde 1991 a 2000, de 3,09 a 6,1 por cada 100.000 habitantes. Las formas de suicidio más frecuentes fueron el ahorcamiento y el disparo por arma de fuego, seguidas por el envenenamiento. La mortalidad fue más elevada en el sexo masculino y mayor a medida que aumentaba la edad.

Altieri (2007), tomando el rango etario entre 15 y 29 años, llama la atención sobre el aumento de la mortalidad por suicidio. Señala que mientras que en 2000-2004, el 32% de las muertes por suicidio correspondió a adolescentes y jóvenes entre 15-29 años, esta proporción alcanzaba el 19% veinticinco años antes. Esto se debió al incremento del 228% en los suicidios de varones y del 56% en mujeres.

El trabajo de Pantelides y colegas (2013), realizado mediante entrevistas con informantes clave en el área de suicidio, muestra la carencia de profesionales adecuadamente capacitados y la falta de vinculación entre ellos, lo que dificulta el tratamiento y la derivación. Se identificaron factores de riesgo individuales, familiares y sociales. También se remarcó la invisibilidad del problema en los ámbitos familiar, escolar, comunitario y de salud, lo que impide la detección temprana de señales para su prevención.

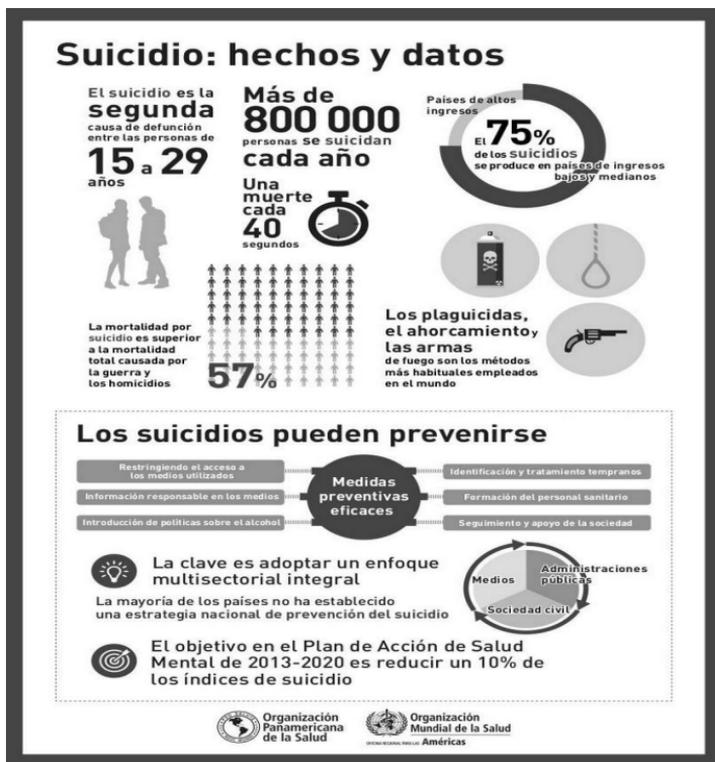
Marcos teóricos considerados

El suicidio es definido por la Organización Mundial de la Salud (2010) como “el acto deliberado de quitarse la vida”. El intento de suicidio es toda acción autoinfligida con el propósito de generarse un daño potencialmente letal, sin llegar a la muerte. Según cifras globales, los intentos fallidos son entre 20 y 40 veces más frecuentes que los suicidios consumados (Fernández y otros, 2017). Las conductas suicidas abarcan desde la ideación suicida, la elaboración de un plan, la obtención de los medios para hacerlo, hasta la consumación del acto (con o sin éxito)...”

Datos y registros de la Mortalidad Adolescente

Como muestra la siguiente infografía realizada por la OMS, la situación actual de la población adolescente invita a que:

- reflexionemos sobre la necesidad generar aportes disciplinares,
- realicemos análisis de sus conductas de época,
- acerquemos marcos teóricos que puedan dar cuenta de aquello que les está pasando.



Fuente: OMS, en: (https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/suicide-infographic-es.pdf)

A partir de allí podremos aproximarnos a la identificación de las dificultades que los/as atraviesan y superar esta escalada de suicidios o intentos de suicidio.

Para la OMS (2020), la adolescencia es:

“el período de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años. Se trata de una de las etapas de transición más importantes en la vida del ser humano, que se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento y cambios, superado únicamente por el que experimentan los lactantes. Esta fase de crecimiento y desarrollo viene condicionada por diversos procesos biológicos. En la Argentina, los suicidios constituyen la segunda causa de muerte en la franja de 10 a 19 años. En el grupo de 15 a 19 años, la mortalidad es más elevada, alcanzando una tasa de 12,7 suicidios cada 100.000 habitantes, siendo la tasa en los varones 18,2 y en las mujeres 5,9. Desde principios de la década de 1990 hasta la actualidad la mortalidad por suicidio en adolescentes se triplicó considerando el conjunto”.

Distribución geográfica

El cuadro que se presenta a continuación es un estudio a partir de la estadística realizada por el INDEC (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, Argentina) de suicidios adolescentes del año 2018 en cada provincia de la Argentina.

Tasa de mortalidad de Suicidio en Adolescentes y Jóvenes (10-24 años) en ambos sexos, por provincias en Argentina. Año 2018			
Jurisdicciones	Problación de 10-24 años	Número de Suicidios	Tasa x 100.000
Total país	10.598.462	942	8.88
Catamarca	109.692	30	27.34
Salta	386.578	85	21.99
Jujuy	204.800	40	19.53
Tucumán	429.197	75	17.47

El TS como campo de intervención con adolescentes con conductas autodestructivas

Neuquén	156.049	26	16.66
La Rioja	99.149	16	16.13
La Pampa	81.637	12	14.69
Tierra del Fuego	41.647	6	14.40
Corrientes	293.297	36	12.27
Mendoza	462.304	49	10.59
Formosa	170.743	18	10.54
Santiago del Estero	273.733	28	10.22
Entre Ríos	334.818	34	10.15
Chubut	144.296	14	9.70
Chaco	327.709	30	9.15
Misiones	356.903	32	8.96
San Luis	126.010	11	8.73
Santa Cruz	86.862	7	8.05
Santa Fe	776.075	55	7.08
San Juan	198.272	14	7.06
Río Negro	175.652	12	6.83
Buenos Aires	3.926.558	257	6.54
Córdoba	850.001	42	4.94
C. Autónoma Bs.As.	586.490	2	0.34

Fuente: María del Carmen Tinari. Elaboración basada en Estadísticas Vitales, Información Básica, Ministerio de Salud de la Nación, Argentina, Año 2018, publicado en diciembre de 2019.

El cuadro evidencia que las provincias argentinas con mayor complejidad en suicidios adolescentes son Catamarca y Salta. En tanto, la tasa de suicidios adolescentes que se observa en CABA (ciudad autónoma de Buenos Aires) es significativamente inferior en el porcentaje.

Con respecto al registro de datos sobre muertes por suicidio, desde UNICEF (2019) se planteaba que:

“es importante recalcar que el procedimiento de registro de las muertes por suicidio aún es deficiente. Requiere de mayor articulación y acuerdo en los criterios de codificación entre los diversos actores institucionales e individuales que intervienen para garantizar el registro de casos. Es necesario conectar los certificados de defunción con las historias clínicas, de manera de mejorar los datos sobre causa de muerte, y crear un registro electrónico unificado con distribución de la información para los diferentes organismos, respetando los criterios éticos de confidencialidad, anonimato y fuertes normas de resguardo de la información” .

Relación entre llanura y altura geográfica

Otro dato que fue discutido en diferentes épocas por expertos que estudian el tema es que existirían más suicidios en lugares de llanura que en aquellos de altura. Algunos estudios dan por tierra esta hipótesis e indican que vivir en altas altitudes debe considerarse un factor de riesgo. Debe mencionarse que no se ha encontrado material probatorio que constate alguna de las dos hipótesis.

Sí, en cambio, aparece en diferentes estudios e investigaciones la necesidad de considerar de riesgo aquellas ciudades con temperaturas extremas y largos periodos con falta de luz solar (ejemplo: Oslo, Noruega), lo que estaría relacionado con la correlación entre la duración de la luz del sol y los suicidios violentos de adolescentes en el mundo.

Relación entre felicidad y suicidio

En un artículo de divulgación, la periodista Amalia Rodríguez Gómez (2011) levantó un estudio realizado por científicos de la Universidad de Warwick (Inglaterra), el Hamilton College y la Universidad de San Francisco (USA), que indicaba que países desarrollados como Dinamarca, Canadá, Estados Unidos de Norteamérica, Islandia, Irlanda y Suiza, entre otros con mayor felicidad y prosperidad, son los que registran las tasas más altas de suicidio.

En ese artículo se lo cita al profesor Andrew Oswald, de la Universidad de Warwick, quien afirmó que:

“Las personas descontentas pueden sentirse particularmente hastiadas de la vida en lugares felices. Estos contrastes pueden incrementar el riesgo de suicidio. Si los seres humanos estamos expuestos a los cambios de humor, las comparaciones con los demás pueden hacer más tolerable nuestra existencia en un ambiente donde otros son completamente infelices” (En Rodríguez Gómez, 2011).

Relación entre géneros

Respecto a la incidencia de suicidio entre varones y mujeres, todas las investigaciones consultadas evidencian que los varones se suicidan más que las mujeres y utilizan métodos más letales para cometer suicidio (por ejemplo, ahorcamiento, arrojar al vacío, arma de fuego). Por el contrario, es la población femenina la que se visualiza con mayor porcentaje de intentos de suicidio (por ejemplo, ingestas de veneno, medicamentos, cortes, etc) (Mosqueira, 2016).

Capítulo 1

Plan de trabajo

El desarrollo de este trabajo se estructuró a partir de tres objetivos:

1. Compartir la inquietante preocupación disciplinar por los suicidios e intentos de suicidio adolescente, en tanto y según la OMS, hay varias cifras para destacar: **cerca de 800.000 personas fallecen al año a nivel global por suicidio y es la segunda causa de muerte entre la franja etaria de entre 15 y 29 años.**

2. Comunicar la evidencia profesional de casi tres décadas de trabajo en investigación e intervención con adolescentes y jóvenes que llegan para ser atendidos en el Servicio Infanto Juvenil de Salud Mental del Hospital Gobernador Centeno (Polivalente) de General Pico, La Pampa, República Argentina.

3. Aportar recursos del Trabajo Social que orienten para la Detección, Prevención e Intervención de la Conducta Suicida y la Posvención cuando el suceso resulte trágico.

1. Compartir la inquietante preocupación disciplinar por los suicidios e intentos de suicidio adolescente.

Al respecto, la Dra. Margaret Chan (Directora General de la Organización Mundial de la Salud) en la introducción del libro “Prevención del suicidio - un imperativo global”, afirma:

“Cada suicidio es una tragedia. Se calcula que cada año se suicidan más de 800.000 personas, y por cada una de ellas se cometen muchos intentos de suicidio. Los efectos sobre las familias, los amigos y las comunidades son terribles y de amplio alcance, aún mucho tiempo después de que un ser querido se haya quitado la vida.

Lamentablemente, el suicidio no suele priorizarse como un importante problema de salud pública. A pesar del aumento de las investigaciones y los conocimientos acerca del suicidio y su prevención, el tabú y el estigma alrededor del suicidio persisten y muchas personas no buscan ayuda o quedan solas. Y si la buscan, muchos sistemas y servicios de salud no logran proporcionar una ayuda oportuna y eficaz.

No obstante, los suicidios son prevenibles...

Mediante intervenciones oportunas y eficaces basadas en datos científicos, tratamiento y apoyo, pueden prevenirse tanto suicidios como intentos de suicidio. La carga del suicidio no pesa exclusivamente en el sector de la salud; tiene repercusiones múltiples sobre muchos sectores y sobre la sociedad en su conjunto. Por lo tanto, para comenzar a prevenir eficazmente el suicidio, los países deben emplear un enfoque multisectorial que aborde el suicidio de una manera integral, reuniendo los diferentes sectores e interesados directos más pertinentes para cada contexto....

Una sola vida perdida por suicidio ya es demasiado. El camino a seguir consiste en actuar juntos, y el momento de actuar es ahora.” (Chan, 2014).

2. Comunicar la evidencia profesional de casi tres décadas de trabajo en investigación e intervención con adolescentes y jóvenes

En este texto se podrán encontrar los relatos de varias historias recreadas. El Trabajo Social Clínico personal con adolescentes con intento de suicidio y suicidio fue la fuente de inspiración para cada historia de vida novelada en este libro. Los nombres no son reales como tampoco lo son sus composiciones familiares o los métodos utilizados. Se resguardó todo dato personal, familiar y/o comunitario.

También he podido recrear historias compartidas en espacios de supervisiones clínicas, disciplinares e interdisciplinares con interesantes compañeras/os del escenario de la Salud Mental.

Con cada relato se desarrolló una reconstrucción de la historia de vida de adolescentes que intentaron o consumaron suicidios. Las situaciones descritas se caracterizan como procesos de índole social que pueden orientar la comprensión de las experiencias de adolescentes en diferentes momentos históricos. Son el puntapié para un diálogo e intercambio acerca de los marcos conceptuales que atraviesan la práctica desde una lectura rigurosa de los casos planteados. Cada historia refleja vivencias, describe intervenciones, muestra la falta de políticas públicas y desarrolla la posibilidad de evaluar las consecuencias negativas y positivas del acto profesional.

3. Aportar recursos del Trabajo Social que orienten para la Detección, Prevención e Intervención de la Conducta Suicida y la Posvención cuando el suceso resulte trágico.

La vida y la muerte son dos representaciones que interactúan para los y las adolescentes de manera compleja en esta época y ponen en evidencia una variable más de la telaraña de desigualdades sociales que anida en nuestros jóvenes. Es importante tener en cuenta que, por cada suicidio consumado, se realizan entre 20 y 40 intentos que dejan secuelas para el/la joven, su familia, amigos y comunidad. Un gran porcentaje terminan medicados, hospitalizados y apartados por un tiempo de su grupo territorial. Estas conductas complejas provocan miedo y el miedo provoca estigmatización.

En este texto se compartirán los factores de riesgo y de protección que se han reconocido en la experiencia de la práctica cotidiana, con el fin de señalar elementos identificatorios de las variables intervinientes, orientar la práctica social y encontrar modos de intervenir que provoquen el menor daño posible. Entonces, la idea es identificar algunos rasgos de las conductas autodestructivas adolescentes y poder anticiparnos profesionalmente desde la prevención.

Ser Trabajador/a Social exige de una postura crítica, práctica ética, actitud responsable y de una permanente confrontación científica acorde a los tiempos históricos que nos atraviesan, cuestionarnos el más común de los sentidos repensando y analizando también nuestras conductas adultas.

La Ley Nacional de Prevención del Suicidio nos habla de la “corresponsabilidad”, por cuanto también es nuestra responsabilidad profesional observar las políticas públicas construidas para atender y entender estos sucesos; solicitar a las autoridades que dejen claros sus principios de justicia social; denunciar la ausencia de acciones tendientes a la prevención, promoción, asistencia y posvención; recomendar la eficacia de todo aquello que se hace bien y asumir la dimensión simbólica que tiene para el Trabajo Social el intento de suicidio o el suicidio de un/a adolescente en nuestra comunidad. Poner en evidencia estos eventos es una incumbencia profesional legítima de solidaridad y responsabilidad con los/as más vulnerables, es trabajar para potenciar una vida adolescente más sana.

Una de las variables en tensión es que los suicidios e intentos de suicidio adolescentes están sostenidos de igual forma por el código de área telefónica en el que habitan (territorio, cultura) y por aquello heredado de su familia. Ignorar estas dos variables sería ignorar que somos parte de un entramado social que nos atraviesa y desconocer que la misma responsabilidad que se le atribuye a la familia en los casos de suicidios e intentos de suicidio, la tenemos también todos los integrantes de la sociedad civil, las instituciones y sus representantes.

Es importante también diferenciar que no es lo mismo el suicidio de un kamikaze, un enfermo terminal, un terrorista, una persona que perdió su amor, un adolescente que sufre bullying y realiza un tiroteo en la escuela y luego se autolesiona, o la de un integrante de una familia en la que el suicidio es una conducta repetitiva durante varias generaciones para sortear o evitar las situaciones más dolorosas y difíciles de la vida.

Podemos encontrar en estos ejemplos un acto común, el suicidio consumado o el intento de suicidio. En algunas situaciones eligiendo (si sostenemos que la muerte se puede elegir) el deceso individual y en otras arrastrando consigo a otros/as. Todas estas personas ponen fin a su existencia, pero las circunstancias y el entorno familiar, religioso y socio cultural y económico son condicionantes que hacen insoslayable no ubicarlas desde una generalización.

El suicida ejerce una conducta de autodeterminación sobre su vida, el kamikaze o terrorista se ofrenda junto a quienes asesina. Existe en estos casos un componente importante religioso, de fanatismo y odio. Es común escuchar de estos grupos extremistas que el advenimiento a la vida y la muerte son vinculantes y parte de un tránsito en el que la salvación se alcanza con cualquier situación que sea entendida como justa. Algo así como el fin justifica los medios.

Émile Durkheim se explaya sobre la moralidad de cada acto suicida en tres definiciones o categorías: suicidio egoísta, suicidio altruista y suicidio anómico.

En relación a la primera categoría, Durkheim (en Romero y Gonnet, 2013) afirmó que:

“El egoísmo no es un factor secundario, es su causa. Si el lazo que liga al hombre a la vida se afloja, es porque el nexo que le une a la sociedad se ha relajado. Los incidentes de la existencia privada, que parecen inspirar inmediatamente el suicidio y pasan por ser sus condiciones determinantes, en realidad no son más que causas excepcionales. Si el individuo cede al menor choque de las circunstancias es porque, en el estado en el que se encuentra, la sociedad le ha predispuerto al suicidio”.

Sobre el suicidio altruista planteó:

“En el orden de la existencia nada es bueno sin medida. Un rasgo biológico no puede cumplir los fines que debe más que a condición de no traspasar ciertos límites. Igual ocurre con los fenómenos sociales. Si, como acabamos de ver, una

individuación excesiva conduce al suicidio, una individuación insuficiente produce los mismos efectos. Cuando el hombre se desliga de la sociedad, tiende a suicidarse, pero también cuando está excesivamente integrado en ella.”

Y en referencia al suicidio anómico, afirmó que:

“La sociedad no es sólo un objeto que atraiga, con desigual intensidad, los sentimientos y la actividad de los individuos. Es también un poder que los regula. Existe una relación entre la forma de ejercer esta acción reguladora y la tasa social de suicidios.

La influencia agravante que tienen las crisis económicas sobre la tendencia al suicidio es de sobra conocida”

En ese sentido, los autores citados expresan que:

“Foucault dice que el suicidio no tiene tanto que ver con la desaparición de normas, sino que más bien hace visible la institución de nuevas formas de control social que se anclan en la vida. Entonces la problematización del suicidio es justamente la operacionalización de un modo específico del ejercicio del poder.

Para uno, el suicidio es la ausencia del poder de la sociedad; para el otro es justamente lo opuesto, es decir, la consolidación de un nuevo modelo de poder social. No obstante, tanto Durkheim como Foucault observan el suicidio como un fenómeno estrictamente social, debido a que ambos lo comprenden en su vinculación con determinado estado de la sociedad. Esto muestra que el suicidio es un hecho social cuya aparición no puede ser entendida a partir de procesos ajenos al mundo social mismo. Otra similitud observable en los planteamientos de los autores se plasma en la concepción del suicidio como límite de poder. Foucault no sólo concibe el suicidio como un nuevo modo de problematización política de la vida, sino que también da cuenta del suicidio como resistencia, como disputa con determinado ordenamiento social. Sin embargo, mientras que para Durkheim esto es un fenómeno condenable (patológico), para Foucault constituye

una forma de doblegación del poder ejercido sobre la vida” (Romero y Gonnet, 2013).

Cada una de estas características tiene diferentes anclajes con la vida y la muerte, por lo que se hace imprescindible leer el suicidio o el intento de suicidio desde un enfoque integral con énfasis en la cultura, la economía, el territorio, las instituciones, la familia y obviamente, la política.

Otro tema que intentaré desarrollar se refiere a si la prevención del suicidio es posible o no, en tanto, durante la recopilación de datos para este texto, he escuchado a algunos profesionales afirmar que la prevención del suicidio no existe o es imposible, ya que el pasaje al acto se produce por una contingencia de esa persona y no por características de su personalidad. Pareciera que, si no existen características para organizar categorías, no existe posibilidad de estandarizarlas.

Al respecto, Susana Al-Halabí (2019) dice que el suicidio es prevenible:

“El suicidio es una muerte acallada. En muchas ocasiones se vive con un atentado indescifrable, hermético contra lo que nos parece el principio “elemental” de conservación de la vida. Sin embargo, creo que todos podríamos empatizar con la idea de que las personas que se suicidan, por lo general, no quieren dejar de vivir, sino dejar de sufrir. Pero es difícil pedir ayuda o saber que ésta está disponible si no hay lugar ni momento para hablar de ese sufrimiento. Me pregunto cuántas personas saben que el suicidio es prevenible, que se puede aprender a detectar las señales de alarma y nuevas estrategias de afrontamiento, etc. Lo que no se menciona no existe (ni siquiera en los planes de estudios de los grados universitarios vinculados a las ciencias de la salud).”

Siguiendo esta línea de pensamiento, desde el campo del Trabajo Social se puede pensar en la prevención como escenario de intervención en el que el sujeto que sufre -o alguien en directa relación con esa persona- se acerca a relatar su malestar a un “otro”.

El psicoanálisis lo llama transferencia. Cuando las adolescencias tienen acceso a adultos de referencia, ya sea su familia, un docente, un orientador/a etc., es muy difícil que se llegue al suicidio. Pero si ese adulto se asusta, se angustia, no puede escuchar y hace intervenir a un sinnúmero de profesionales e instituciones (deriva la solicitud de pedido de ayuda para tramitar su propia angustia, su falta de recursos para sostener la transferencia), ahí ya no habrá adulto cuidador y responsable, habrá dos sujetos que sufren y adolescencias vacías, maltrechas y sin responsables adultos capaces de contenerlos/as y cuidarlos/as.

Los/as Trabajadores/as Sociales tenemos más recursos de los que creemos, la cuestión es habilitarnos, generar debates y encontrar respuestas señalando las responsabilidades de cada uno de los integrantes de la vida ciudadana. Evitar esta discusión nos implicaría como cómplices necesarios de las desigualdades en las que viven las clases subalternas con las que trabajamos o como meros observadores de la ausencia de legitimidad de las políticas públicas necesarias para que los/as jóvenes tengan una vida digna y saludable.

En nuestro país -América Latina y el Caribe no escapan a esta tendencia creciente- muchos de los profesionales que trabajan con Niñas, Niños y Adolescentes en escuelas, clubes, organismos de protección de derechos, etc. y aquellos que hacemos tratamiento en Salud Mental, entendemos que es necesario comenzar a poner en tensión el tema, generar estrategias, revisar intervenciones, buscar espacios de prevención y realizar campañas que ofrezcan herramientas para que los y las jóvenes no interpreten que la muerte es la salida ante tanto malestar y sufrimiento; que tengan el derecho a vivir una vida que valga la pena ser vivida.

El Trabajo Social no va a suplantar los saberes e incumbencias de psiquiatras, psicólogos/as, docentes, sistema de emergencias o justicia. Por el contrario, la idea es trabajar con todos/as ellos/as ofreciendo nuestra especificidad en el campo problemático, modalidad de intervención que es un punto de partida, es una

forma de hacer visible las variables que intervienen en un suceso autodestructivo. Ofrecer a la interdisciplina este tipo de Trabajo Social es ser capaces de trascender, de interrogar, de pensar y de pensarnos; de afrontar el malestar desarticulando la oferta capitalista de los laboratorios que medicalizan, psicologizan y estigmatizan la conducta de los jóvenes.

Este texto propone deconstruir el “de esto no se habla” y transitar desde el Trabajo Social el “de esto sí se habla”. El suicidio adolescente nos interpela desde nuestra especificidad, nos invita a visibilizarlo como un tabú en la sociedad al que hay que desinstalar, porque cuando dejamos que la negación se instale, el desenlace puede transformarse en mayor cantidad de episodios trágicos.

Hay tres preguntas que atraviesan este trabajo:

1. ¿Qué puedo hacer yo, como Trabajador/a Social, con esta problemática?
2. ¿Por qué los adolescentes intentan matarse?
3. ¿La ausencia de políticas públicas desde el Estado, valida los suicidios e intentos de suicidio?

Otra variable que es indispensable compartir, porque ha orientado la práctica de mi especificidad profesional, es que cada caso de intento de suicidio o suicidio adolescente es único e irrepetible, que la intervención posible es, a mi entender, en el una/o a una/o. Que la casuística, los factores protectores o de riesgo y el análisis teórico que aquí se comparten, han surgido desde el relato de mi experiencia y no son una evidencia científica por cuanto para todo ejercicio de la profesión, indistintamente al ámbito laboral donde cada TS desarrolle su tarea -salud, educación, desarrollo social, justicia, etc.-, se recomienda la no estandarización de las conductas juveniles.

La intervención con la singularidad de cada suceso enriquece la práctica y posibilita el tiempo necesario para recrear miradas más

minuciosas. Digo esto en relación a ser cuidadosas/os de las intervenciones “protocolares” que las instituciones proponen. En otras disciplinas, los protocolos de intervención son necesarios en relación a este tema específico y a otros, pero en nuestra disciplina debemos ser minuciosos/as y no aceptar la implementación de protocolos; utilizarlos nos ubicaría en un lugar de denuncia si no se cumple con el estándar o de controladores directos de las conductas adolescentes, no dando lugar a la interrogación de lo macro, escenario propio e ineludible en nuestra lectura de la “cuestión social”.

Cuando algunos colegas de otras instituciones comentan que les pidieron que diseñaran y produjeran un “protocolo” ¹, inmediatamente pienso: “cuánto tiempo valioso del Trabajo Social se está perdiendo”. El/la Trabajador/a Social “protocolar”, aquel/la que no se habilita para dar tiempo a la escucha singular de la palabra cargada de sufrimiento y ofrecer recursos simbólicos y materiales que colaboren con ese singular dolor, se termina transformando en un/a Trabajador/a Social burocrático/a y casi siempre derivador/a. En este camino es muy factible que se pierdan las utopías, las fuerzas emancipadoras y transformadoras de la opresión. En muchas ocasiones, lamentablemente con el fin de responder a la demanda de lo urgente y lo institucional, se anula el rumbo que direcciona la especificidad y el modo de intervenir en el complejo entramado de los procesos sociales.

El Trabajo Social implica la observación participante, escucha activa y actitud transformadora de la situación de vulnerabilidad. En este sentido, lo “protocolar” no garantizará ni actitudes profesionales anticipatorias ni intervenciones éticas y fundadas. Y

¹ Según el Diccionario esencial de la lengua española ©2006, se entiende por protocolo: M. 1. Regla ceremonial diplomática o palatina establecida por decreto o por costumbre. || 2. Serie ordenada de escrituras matrices y otros documentos que un notario o escribano autoriza y custodia con ciertas formalidades. || 3. Acta o cuaderno de actas relativas a un acuerdo, conferencia o congreso diplomático. || 4. Secuencia detallada de un proceso de actuación científica, técnica, médica, etc. || 5. Inform. Conjunto de reglas que se establecen en el proceso de comunicación entre dos sistemas

mucho menos, mecanismos para generar un proyecto de vida de los y las jóvenes con verdadera inclusión social.

Los/as Trabajadores/as Sociales activos/as y comprometidos/as con la profesión debemos mostrar nuestras disidencias con el orden social preestablecido que estigmatiza las adolescencias y las tilda de peligrosas. Debemos develar qué se esconde detrás de esas “verdades” naturalizadas, reaccionar y batallar frente a la domesticación de los imperios farmacéuticos para el control de las conductas.

Es justamente en este punto en el que se puede virar desde nuestra especificidad, deconstruyendo las prácticas derivadoras a Salud Mental, en tanto muchas de las derivaciones que llegan podrían haber sido abordadas por los/las mismos/as que derivaron. Somos los Trabajadores Sociales quienes, dentro de un equipo interdisciplinario, tomamos la posta para visibilizar que no toda conducta de malestar debe ser psicopatologizada; que es necesario trabajar con los adultos responsables antes de etiquetar a los/as jóvenes; es necesario comprometer a todos los ciudadanos para que acompañen su inestabilidad, ofreciéndoles un mundo menos hostil y violento.

Es la intención de este texto poder observar y actuar ante conductas graves e intervenir en aquellas que son la expresión del malestar, sin derivar, sin utilizar esa incomodidad que los habita como un instrumento socio-sanitario-educativo creado por el capitalismo y los laboratorios que utilizan a los jóvenes para someterlos a su autoridad y perpetuar el orden social como algo natural.

Los y las adolescentes NO tienen hábitos emocionales y conductas prolijas que redunden en nuestra propia tranquilidad, pero si como adultos les ofrecemos un lugar que los cobije con honestidad vincular, seguramente les estaremos asegurando un mundo más fácil de vivir. Que molesten, que sufran, que se expresen en un mundo que los estigmatiza y los utiliza como

usuarios del neoliberalismo más despótico es una respuesta a nuestra forma de intervenir en sus conductas de época

Así las cosas, los/as Trabajadores Sociales tenemos la obligación ética y moral de reinventar instrumentos que orienten un cambio real de paradigma en el que las adolescencias estén incluidas, donde la patologización de sus conductas desaparezca, donde lo diverso o distinto no se tilde de “enfermo/a” y donde aquel o aquella que realmente esté enfermo/a tenga un espacio de salud al que se dirija su cura.

Capítulo 2

Descripción del problema

Resulta significativo el crecimiento progresivo de las tasas de suicidio en los/las adolescentes en Argentina. Según UNICEF (2019), actualmente es la segunda causa de muerte en el grupo etario de 10 a 19 años. Por cada suicidio consumado existen entre 20 y 40 Intentos de Suicidio Adolescente.

La OMS (2019) afirma que las tasas de suicidio han aumentado un 60% en los últimos 50 años y ese incremento ha sido más marcado entre los jóvenes, al punto de convertirlos en la actualidad en el grupo de mayor riesgo en un tercio de los países del mundo.

Algunas teorías refieren que estas conductas autodestructivas han aumentado en función de los cambios propios de esta etapa evolutiva y la vulneración de derechos en tanto el lazo social se encuentra debilitado (Scarafia, 2015).

En lo personal creo que no existe una única forma de comprender estos hechos tan dolorosos, porque son multicausales. Y es en el caso a caso donde, como profesionales, podemos aportar indicadores particulares. He podido encontrar algunos motivos comunes, pero no estarían dadas las condiciones en este trabajo para generalizarlos. Hay disparadores o motivos precipitadores que son comunes, pero la historia de cada adolescente tiene sus particularidades y ninguna es igual a otra.

Intentos de suicidio y suicidio: ¿por qué en la actualidad aumenta en los adolescentes el pasaje al acto autodestructivo?

Algunas hipótesis:

- Están sufriendo mucho y ese sufrimiento se les hace insoportable
- La única forma que encuentran para liberarse de tanto dolor es infligiéndose un dolor corporal igual o mayor al que sienten emocionalmente.
- Necesitan tomar una decisión urgente que les permita descansar. Están muy cansados, agotados de sufrir.
- Replican conductas de sus adultos de referencia. Intentar matarse es una conducta aprendida.
- Se sienten derrotados y no visualizan un futuro en el que puedan revertir esa derrota.
- No encuentran recursos propios o ajenos que les permita modificar su sufrimiento. Los/as adolescentes no se matan o intentan matarse cuando sus cosas funcionan mal, lo hacen cuando están realmente defraudados/as y desilusionados/as.

¿Qué razones tendrían para no querer vivir?

- Se sienten miserables material y simbólicamente en un mundo donde sólo los exitosos son felices.
- Seguir viviendo es inaguantable y sólo muriendo morirá (terminará) su padecimiento.
- Su única libertad es la autodestrucción y reivindican esa libertad mostrando cómo son capaces de gobernar el dolor.
- Desprecian aquello que está por venir, desechan la posibilidad de una vida mejor.
- Se sienten indignos, por ejemplo, de ser hijos de la pobreza, de no haber sido deseados, de no haber sido reconocidos por alguno de sus progenitores, de tener un familiar preso, enfermo o muerto.

- No se sienten queridos ni alojados en espacios que deberían sentir como propios (familia, escuela, club, grupo de pares, etc.) ·
- Se deciden culpables de lo propio y lo ajeno, todo lo malo que les pasa a ellos y a su mundo afectivo o de pertenecía es, en gran parte, su responsabilidad.
- Son prisioneros de un cuerpo que les cuesta reconocer como propio: por muy lindo, por muy feo, por gordo, por flaco, por muy parecido a un padre o una madre en quien no quieren reflejarse.
- Se sienten incompletos e innecesarios, en tanto no se visualizan como lo que de ellos se espera o, por el contrario, sienten que nada se espera de ellos. Nadie los necesita y si los necesitaran, nada tendrían para dar, o bien, aquello que podrían dar es sólo mucho dolor.
- En ese acto necesitan liberarse de un destino macabro impuesto o autoimpuesto, porque no encuentran recursos para eliminar-matar-visualizar aquello que los hace sufrir. Sufren por mucho, sufren por poco, sufren por todo.
- Nada de lo que se les brinda para calmar su dolor alcanza para satisfacer su desdicha. Su tormento es inmensamente superior a cualquier acto de felicidad, esperanza, amor, inclusión o deseo.

¿Qué responsabilidad tiene la sociedad?

El suicidio o intento de suicidio adolescente pone en evidencia una desunión entre lo individual y el lazo social. Si el suicidio se consuma, todos somos un poco responsables de no haber podido llegar a procurarle el gusto por la vida y ahuyentar su muerte; cierto sentimiento de derrota deberá aparecer ante la muerte de un adolescente que se desprende de todo vínculo. La muerte -su muerte- no puede alzarse radiante sin dejar el sentimiento de cierto grado de irresponsabilidad comunitaria. Es la expresión del

debilitamiento de la solidaridad y la fraternidad. Es crisis.

Una cosa es clara, “muerto el perro no se acabó la rabia”.

Por el contrario, la sociedad y sus instituciones deberemos estar preparados/as para una escalada de conductas autodestructivas. El suicidio incita al intento de suicidio. El vacío que deja la muerte instala sentimientos de incertidumbre en los familiares y amigos/as cercanos. Se quedan sin ese vínculo, se quedan con un sinsentido y allí donde ellos/ellas no encuentran sentido, la sociedad y sus instituciones deberíamos marcar el horizonte, deberíamos protegerlos de su pérdida y de su fragilidad.

Si ante un suceso de muerte adolescente no se funda una particular manera de reconstruir la escucha, el dolor se sentirá como insuperable frente a la temporalidad de esos adolescentes que se quedaron mirando la muerte de su amigo/a. Ante esto, la indiferencia resulta el peor de los maltratos que pueden recibir de su comunidad, del mundo adulto. La ausencia de políticas públicas representa el peor remedio a un acto que significa la interrupción del tiempo de espera del sufrimiento de los/las adolescentes.

Ante una situación de muerte de un/a adolescente, debemos estar preparados/as para que, en un breve espacio de tiempo, aparezca una reacción en cadena. El miedo se hace carne en ellos/as y en la sociedad, confrontando el paradigma de derechos humanos e instalando discursos meritocráticos.

¿Qué responsabilidad tienen las Iglesias?

5º mandamiento: “No matarás ni al prójimo ni a ti mismo”

Es muy importante no soslayar esta variable. Para la Iglesia Católica el suicidio es un pecado. Hasta el siglo pasado era común juzgar al suicida como responsable y culpable de su acto, el que se consideraba una acción amoral. Esa persona, la que atentaba

contra su propia vida -vida que le había dado Dios y que sólo Dios podía decidir cuando terminaba- era un amoral. No matarás, ni te matarás, estaban en el mismo escalón. La Justicia respondía a este mandato, se consideraba un acto delictivo. La persona que se suicidaba era una vergüenza para la familia, la que no sólo sufría esa pérdida, sino que también cargaba con el estigma de ser una familia con un integrante “amoral” que había osado injuriar a Dios.

Relato

Recuerdo que hace unos diez años, un adolescente que había realizado una ingesta de psicofármacos me dijo:

“mi abuela me dijo que no lo tengo que volver a hacer, que si me hubiera muerto no me iba al cielo”.

Le pregunté ¿cómo es eso?,

“...y, mi abuelo se colgó del silo y cuando lo íbamos a enterrar el cura no dejó que pasáramos por la Iglesia”.

¿Y por qué?

“Porque es pecado matarse”.

Algo de lo que pasó con el abuelo, o lo que dijo la abuela, operó para que el jovencito pudiera superar esa situación: la culpa, el miedo, la fe o quizás el desasosiego que le causó a la familia que otro integrante desapareciera trágicamente. De hecho, no fue necesario seguir trabajando con el adolescente. Se realizaron tres entrevistas con los padres y la abuela viuda. Se escuchó el relato del suicidio del abuelo (hacía cuatro meses que se había suicidado), lo que sentían como familia, las culpas que circulaban por no haberse dado cuenta de que el hombre estaba... ¿deprimido?, la sanción del cura en tanto la abuela era muy creyente e iba a misa, y esa actitud la enojaba al punto de poner en duda su fe al

tiempo que también la angustiaba.

Fue una familia interesante, contenedora y capaz de pensarse y pensar la vida.

El intento de suicidio de este adolescente se configuró como el último día del duelo familiar por el abuelo.

En los tiempos que corren, la Iglesia Católica ha tenido que bajar la vara con la que medía al suicidio ya que son muchos los y las fieles que cuentan entre sus miembros con algún integrante suicidado. Al respecto, el Papa Francisco adecuó su discurso y planteó que la misericordia de Dios es infinita y que quien comete un suicidio no tiene conciencia ni libertad plena.

El Cristianismo Evangélico tiene una postura muy similar a la católica. Considera a la vida como un don que da Dios, pero no hablan de infierno porque Cristo asegura la vida eterna.

La experiencia y tres de las historias que relato en este trabajo muestran cómo los suicidios e intentos de suicidios están atravesados por quiméricas creencias de salvación. Episodios de exorcismo y magia de dudosos pastores o curas hacen estragos en las frágiles vidas de estos/as adolescentes maltrechos/as. Pero nobleza obliga, he tenido el gusto de trabajar con curas y pastores que no sólo hicieron lugar al espacio profesional, sino que los/las acompañaron y fueron un lazo muy necesario para recuperar sus ganas de vivir. Después, cada quien hará su propia valoración moral sobre el poder de las Iglesias. Se los dice una atea.

“Reconocer estrategias propias a nuestro campo, implica la acumulación previa de herramientas teóricas y metodológicas que se anticipen con la mayor precisión posible a la hora de intervenir en situaciones críticas con un “saber- hacer” desde nuestra especificidad.” (García Salord, 1998).

Relato

La Historia de Emiliano (Emilia-NO)

Emiliano, 14 años, ingresa por Guardia con intento de suicidio por ingesta de veneno para ratas. Procedimiento de protocolo por ingesta de veneno con seguimiento del Hospital Externo. Lavaje de estómago. Queda internado en UTI un día y luego pasa a Sala al cuidado de su madre.

Vive en un pueblo con su mamá, su papá y tres hermanas más pequeñas. Necesidades materiales satisfechas.

A los dos días de estar internado concurre al Servicio Infante Juvenil Roxana, 24 años, quien dice ser hermana de Emiliano y relata a la Trabajadora Social que tiene otra hermana, Patricia de 26 años; que viven en diferentes localidades, tienen hijos y no se tratan con la madre, pero sí tienen vínculos con su padre y con Emiliano (con las hermanas más chicas no tienen contacto).

Pide ver a su hermano. Emiliano accede feliz a la visita, la madre se niega categóricamente. Se le explica a la madre los derechos de sus hijos a encontrarse. La madre se retira del Hospital enojada con la Trabajadora Social. Roxana queda al cuidado del adolescente. Aparece la otra hermana y comienzan a turnarse entre ambas y el padre para acompañar a Emiliano en la internación.

De las diferentes entrevistas sociales realizadas surgen indicadores de que estaríamos ante una **situación de violencia familiar**. Tanto Emiliano como las dos hermanas mayores y su padre relatan que la mamá ejerce malos tratos hacia los integrantes de la familia, los relatos son confusos y encubiertos, pero se despliegan historias que dejan claramente explicitado el miedo que le tienen y las relaciones de poder y subordinación construidas. Relatan que su madre los insulta, les pega, los trata de inútiles, que amenaza con matarse, se autolesiona delante de sus hijos y su marido. Dicen: *“mamá siempre tuvo ataques de nervios”*.

Se evalúa un pronóstico desfavorable, en tanto la vida del adolescente y sus hermanas no se modifique y la situación familiar/vincular no logre ser un espacio de cuidado y contención.

Por lo antes descrito y la posibilidad de que el maltrato de la madre y la inmovilidad del padre sean una de las variables que interviene en la decisión de Emiliano de autoagredirse, el Equipo de Salud Mental solicita al Organismo de Protección de Derechos valoración familiar y territorial.

Se constatan las situaciones de violencia permanente sobre sus hijos y peleas de larga data con los vecinos por diferentes motivos. La Escuela confirma que se trata de una madre con la que nunca se pudieron comunicar, que no participaba de actividades escolares y que cuando eran llamados los adultos responsables, siempre concurría el papá, a quien definían como un hombre bueno y muy trabajador. Ante la negativa del padre a separarse de su esposa y hacerse cargo de sus hijos, el Organismo de Protección de Derechos decide Medida Excepcional, sus dos hermanas más chicas son retiradas del hogar y alojadas en una familia de contención. Emiliano iría a la misma casa cuando se le diera el alta.

Emiliano lleva 7 días internado, buena adherencia al tratamiento, confianza con el Equipo, dice: *“me siento cuidado”*.

Comienza a contar sobre su vida y los motivos por los cuales intentó matarse:

- *“me gustan los varones, mi mamá se dio cuenta de mi elección sexual y me llevó a una iglesia para que me sacaran el demonio”*

- *“fue horrible, todos gritaban, yo me desmayé, o me hice el desmayado y todos dejaron de gritar y el Señor dijo, el demonio ya se fue”*.

- *“Llegué a mi casa, me fui a un galpón que hay en el fondo y me tomé todo el veneno para ratas”*.

Refiere que la madre le prohibió que contara lo que había pasado, que cuando pudo contárselo a su papá, éste también le dijo que por el bienestar de la familia

mejor no dijera nada, que si lo contaba todos iban a tener problemas.

A los quince días Emiliano es dado de alta, la hermana decide llevarlo a él y a sus hermanas más pequeñas a su casa. Se restringe la posibilidad de acercamiento a sus hijos del padre y la madre.

La madre siempre rompió ese límite legal y encontró la forma de acercarse. Los amenazaba, se victimizaba, les daba regalos, les compraba ropa, les daba plata, los insultaba, los abrazaba, los empujaba y volvía una y otra vez el espiral de violencia. El padre, nada.

Las necesidades materiales se convierten en un problema importante porque la hermana tuvo que dejar de trabajar para atender a sus hermanos y su marido fue despedido de su trabajo por “reducción de personal ante la falta de productividad”.

Solicitamos a la Justicia que la Asignación Universal por Hijo (AUH) que cobra la madre sea entregado a Roxana para colaborar con la economía doméstica. Muchos trámites burocráticos. Nunca lograron/mos que la madre dejara de cobrar el salario y éste fuera destinado a los hijos. Apareció el hambre y junto con tantas necesidades materiales y simbólicas insatisfechas, los niños son entregados nuevamente a sus progenitores.

Emiliano deja de concurrir a su espacio en nuestro Servicio.

Un año y dos meses pasó desde que lo conocimos en el Hospital por ingesta de veneno y el día que decidió matarse. Se ahorcó. La hermana hizo un intento de suicidio. Los padres se separaron. Las hijas menores quedaron al cuidado del padre. La madre vive en pareja con una persona de su mismo género.

Interés Superior de los/as adolescentes

¿Por qué se los judicializa, se los psiquiatiza, se los medicaliza

o se los psicologiza? ¿Por qué se sigue trabajando desde lugares y redes discursivas adultocráticas que no interpelan a los jóvenes desde su historia vital en este mundo actual, sino desde las experiencias que tienen los adultos de sus propios tránsitos por la juventud en otro contexto histórico-social?

Pareciera que el interés superior del/a adolescente quedaría supeditado a lo que el mundo adulto cree más conveniente para él/ella, sin revisar las diferencias históricas, sociales y políticas entre los/as adolescentes y los adultos de hoy, justificando y legitimando de esta manera el poder desigual de unos/as sobre otros/as y repitiendo la cultura adultocrática que establece una relación vincular asimétrica que, lejos de intentar entender las diferencias lógicas, se asienta en la discriminación y en la violencia de aquello que resulta incomprensible, por desconocido. Se perpetúa así un abordaje de las adolescencias desde intervenciones hegemónicas y paternalistas por sobre prácticas y políticas públicas inclusivas y centradas en buscar el bienestar, reforzar la autoestima, reparar daños, contribuir a que se le retribuyan los derechos vulnerados y apelar a que los/as jóvenes sigan siendo ciudadanos/as sanos/as e incluidos/as en su comunidad.

Lo antes descripto muestra claramente que estamos atravesando un momento de mutación, de huracanes y tormentas; de coexistencia de dos paradigmas, el tutelar y el de desarrollo de protección de niñas, niños y adolescentes. El primero los/as considera “menores” e “incompletos/as”. El otro los/as considera “sujetos de derecho” y su principio rector es el interés superior del niño, niña o adolescente.

Esta coexistencia se configura como una instancia difícil para nuestra profesión y para todas aquellas disciplinas que consideran que es necesario resistirse ante el intento de arrasar con prácticas profesionales con bases firmes en los derechos humanos, la protección de las infancias y con adultos capaces de protegerlos cuando sus derechos son vulnerados.

Estos dos modelos interpelan nuestras intervenciones en tanto aparece en forma concomitante el/la “joven objeto” versus el/la “joven sujeto”. Uno separa al sujeto de su familia, lo/a crítica y lo/a estigmatiza. El otro, contenido en las nuevas legislaciones vigentes -Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 y Ley Nacional de Protección Integral de Niñas, Niños y Adolescentes N° 26.061- nos propone un paradigma de construcción de ciudadanía, contextualizado en la historicidad de los procesos políticos, sociales, económicos y culturales; centra su atención en prácticas integradoras que indagaran en el sufrimiento de los/as adolescentes desde la multicausalidad, la inclusión/exclusión, la construcción de subjetividad y el remplazo del/a adolescente vulnerable como “objeto de protección” al de “sujeto de derecho”.

Estas leyes aportan en Salud Mental una nueva forma de relacionarnos con el/la “paciente/usuario/a” y con el viejo pero persistente modelo médico/judicial/asistencial hegemónico. Nos permiten actuar en escenarios con la certeza de la legalidad. Pero eso no quita la distancia existente entre la letra de la Ley y la aplicación real de esa norma. Esta distancia es preciso analizarla desde la confrontación de fuerzas que puján por intereses particularísimos que se resisten, que tienen poder y que propugnan encubiertamente la perpetuación del viejo paradigma servil a los monopolios farmacéuticos, a la exclusión de los sectores más vulnerados.

Desde los años 2013/2014 a la actualidad existe un creciente decaimiento de políticas públicas con justicia social. Si bien lo asistencial cumplió diferentes funciones según la política general desplegada por gobiernos populares o por gobiernos antipopulares, a ambos tipos de gobierno se les puede cuestionar la ausencia de acciones desde el Estado respecto al incremento de los suicidios e intentos de suicidio adolescentes. A la fecha no existe plan nacional o provincial, ni un informe serio sobre la situación de vulnerabilidad de las y los adolescentes que intentan matarse. Desde nuestra práctica cotidiana en los hospitales, en escuelas, desarrollo social, etc., sabemos que trabajamos con una

población destruida, víctimas de la asimetría entre lo que el Estado dice que ofrece como inclusivo por naturaleza, pero lo excluye naturalizándolo como conducta patológica.

Otro de los falsos discursos que se expresan desde el Estado con una legitimidad sin fisuras es el de la inclusión de los/as adolescentes en la comunidad a través de la escolarización. Pero esta legitimación pierde fuerza cuando rescatamos el relato de los/as jóvenes que llegan con un suceso autodestructivo y su falsa inclusión. Si bien están incluidos/as en la matrícula de alguna escuela, su trayectoria escolar es pobre, tienen alto grado de ausentismo o han abandonado la institución. Algunos datos estadísticos nos refieren que, en la Argentina, un 50% de los adolescentes que ingresan al nivel medio no lo terminan.

Algunas indicaciones de la Ley Nacional de Prevención del Suicidio N° 27.130 que los/as Trabajadores/as Sociales debemos conocer:

- Realizar un abordaje coordinado, interdisciplinario e interinstitucional de la problemática del suicidio.
- Generar estrategias que sensibilicen a la población.
- Desarrollar los servicios asistenciales y capacitar al recurso humano.
- Promover la creación de redes de apoyo de la sociedad civil. Realizar seguimientos de los casos agudos.
- Capacitar al Recurso Humano para trabajar en Posvección, entendiendo por ésta a toda acción necesaria posterior al suceso autodestructivo, destinado a intervenir con personas, familia o instituciones vinculadas con la persona que se quitó la vida.

Capítulo 3

Especificidad y Neoliberalismo

En este capítulo compartiré el análisis práctico y teórico de mis primeros años de intervención como Trabajadora Social en un equipo interdisciplinario trabajando con niños, niñas, adolescentes y su familia en el contexto de Salud Mental.

El interés personal y profesional por los hechos en los que los y las adolescentes ponen en riesgo su vida se remonta al año 1992. La pregunta rectora siempre fue: ¿cuáles son los motivos por los cuales los y las adolescentes intentan matarse? Es decir, más allá de los hechos suicidas que han existido en todas las épocas, el objetivo principal es hacer foco en el problema, en las personas vinculadas con este problema, cómo es interpretado desde las políticas públicas y la tensión que instala -o no- al interior de nuestra práctica disciplinar.

Introducimos en el tema es poder reconocer las conductas juveniles a la luz del análisis del contexto político, social y económico de cada época y el constructo desde el cual los y las Trabajadores/as Sociales entendemos esa “cultura juvenil” de cada época.

La cultura juvenil es el producto de condiciones específicas de cada momento histórico, por cuanto analizar la metodología utilizada desde lo disciplinar implica situarnos en la historicidad crítica que sustentó y sustenta las intervenciones de los y las Trabajadoras Sociales a la hora de colaborar para la elaboración de políticas que traten el tema de la prevención de los suicidios e intentos de suicidio.

La adolescencia es un momento evolutivo de la vida y es crucial para la construcción de la identidad. Al mismo tiempo, los suicidios adolescentes se configuran como conductas aprendidas y son respuestas a la falta de inclusión real en las sociedades

modernas. Cada momento o época colaborará o generará dispositivos preventivos para que la pulsión de muerte en este grupo etario se precipite o encuentre respuestas tendientes a valorar la vida.

Como explica Alfredo Carballada (2007, p.57):

“La noción de sujeto, desde esta perspectiva, se construye a partir de los diferentes posicionamientos conceptuales con los cuales se dialoga y que construyen una visión de ese “otro” sobre el que se interviene.

También la representación o conceptualización que se tenga del sujeto de la intervención se relaciona con el escenario de esta. Estas cuestiones se expresan desde las diferentes relaciones entre los diferentes marcos conceptuales, las representaciones sociales, el “clima de época” del momento en el que se está interviniendo y la visión de las dificultades sociales que lo atraviesan...”

Vale entonces detenerse a examinar las ideas que se han ido construyendo respecto al problema y repensarlo desde la década de los 90. En ese momento era presidente de la Argentina el Dr. Carlos Saúl Menem y en concordancia con lo que pasaba a nivel mundial, se consolidaba en nuestro país un modelo de **Estado Neoliberal**, modelo de acumulación, de privatización de las empresas públicas y reducción del Estado, hasta llegar al Estado mínimo de comienzos del capitalismo. Reconocemos las características más emblemáticas de las políticas sociales de aquella época en: Políticas Focalizadas (enlatadas), Descentralización y Privatización (la ley del embudo).

Respecto al rol del Trabajo Social, los 90 fueron una década en la que se instaló la “gerencia social”. Apareció la “planificación social orientada a resultados” y uno de los programas sociales más desarrollados fue el de MU.JE.FAS (Mujeres Jefas de Familia).

Los espacios laborales de los Trabajadores Sociales se caracterizaron por su precarización, subsidiados por Planes de Trabajo Transitorios (los mismos planes que se debían

administrar para las familias en estado de marginación, pobreza y exclusión). La intervención del Estado con familias pobres desplazó al varón como proveedor histórico del sostenimiento familiar e instaló en la subjetividad de ese varón un “no lugar”. En Salud Mental asistimos a una escalada de patologías ligadas a la depresión y el incremento de suicidios de varones adultos e intentos de suicidios adolescentes de mujeres en mayor cantidad que en varones

Los planes de Salud Mental fueron aislados y de Asistencia Directa en desmedro de la prevención y el trabajo interinstitucional, escenario que se caracterizó por el avance indiscriminado de los laboratorios médicos, la institucionalización de formas de llamar a las conductas juveniles como trastornos o patologías y se incrementó desmesuradamente la medicalización de las infancias, situación que aún hoy -y luego de casi tres décadas- no se ha podido revertir.

Por esos tiempos, al interior de la profesión comenzaron a hacer ruido las nuevas formas de denominarnos: “Recurso Humano” y/o “Capital Humano”. La primera remite a las capacidades, habilidades y talentos con las que una persona contribuye a obtener mejores resultados en una empresa, organización o institución. Estas habilidades del trabajador/trabajadora le posibilitarán a quien contrata un mejor posicionamiento de poder frente a sus competidores. Aquí nadie es imprescindible. O su reversa, todos son prescindibles.

Por Capital Humano se entiende que, a mayor cantidad de conocimientos que adquiera un/a trabajador/a, le corresponderá una modificación de actitudes y posturas que redundarán en beneficio propio y de la empresa, organización o institución en la cual se desempeña. Aquí pareciera que el conocimiento humano... ¿no es sustituible?

Esta nueva dimensión con la que se nos nombró a los/as trabajadores, obreros/as, asalariados/as, jornaleros/as, empleados/as públicos/as, etc., se relacionó directamente con las

variadas formas de contratación laboral precaria al servicio de los capitalistas, terratenientes, oligarcas, empresarios y algunos políticos.

Aclaro que durante muchísimos años no registré esta circunstancia, como tantas otras cosas que naturalicé sin siquiera cuestionar o poner en tensión, como por ejemplo lo lingüístico en el caso de los y las trabajadores/as públicos/as contratados/as. Tal como clarifica Décima (2012:29), “Se habla aquí de cuestión social como el conjunto de problemas sociales (vagancia, promiscuidad, alcoholismo, droga, delito, prostitución, enfermedades de transmisión sexual, embarazo adolescente, etc.) producidos por la falta de valores, de educación, de adaptación de los pobres a la sociedad moderna, industrial y civilizada”.

Aquellos/as que no generamos ganancias trabajábamos para el Estado en relación directa con los sectores más vulnerables, en tanto nosotros/as también éramos vulnerables. Nuestro trabajo de todos los días era un acto político de subsistencia.

Varios políticos de aquella época se relacionaban con los/as trabajadores/as, con los/as precarizados/as, los/as desempleados/as, los/as caídos/as del sistema, nominándolos/as como “capital humano” necesario para el crecimiento de un país y, junto a ese discurso de tiempos políticos neoliberales extremos, regalaban recursos materiales o subsidios económicos temporales. Más que políticos/as parecían comerciantes de recursos materiales que ubicaban a los/as más necesitados/as como un “recurso humano” indispensable para la prosperidad de su emprendimiento –seguir siendo un/a privilegiado/a del poder político-.

En ese tiempo histórico lo ideológico se relacionaba con ganancia política partidaria o personal y no con el empoderamiento de los/as trabajadores/as como fuerza productiva. Era la época de la pizza con champagne; de la Ferrari Testa Rossa; del despilfarro de unos pocos y la miseria de muchos.

Al decir de Luciana Peker (2007):

“Pizza con champagne fue una definición de gustos gastronómicos, estilos políticos, tendencias culturales que definía en un plato y una bebida al peronismo privatizador de los noventa. La idea de que ese mix entre comida barata y bebida exclusiva decía algo más de la Argentina que una mera alianza fue la que llevó a que la pizza con champagne se convirtiera, incluso, en el título del libro de Sylvina Walger sobre la cultura menemista. La pizza con champagne combinaba la muzarella dicroica de la pizza con café que poblaron Buenos Aires y despoblaron gallegos (con oficio de pedir sin anotar) y el champagne de los nuevos ricos con gustos populares y debilidad por el derroche (tan chic y tan cliché de quien no gana la plata trabajando)”.

¿Pero cómo aprendemos a trabajar los Trabajadores Sociales? Trabajando, trabajando y comprendiendo qué tipo de relación establecemos con quienes nos contratan y cuáles son los intereses que están en juego. Trabajando con quienes demandan nuestra intervención y reconociendo el impacto de los recursos que podemos acercarles, sobre la base de la recuperación de cualquier derecho humano vulnerado.

¿Y qué peso tienen en la balanza del neoliberalismo los derechos humanos de los/as trabajadores/as y las clases subalternas con los dueños del capital?

Estos dos interrogantes expresan claramente la diferencia entre TRABAJADOR/A SOCIAL, Recursos Humanos y Capital Humano. Mientras que el y la Trabajadora Social tienen derechos y deberes respecto a su fuente de trabajo, ya que es el escenario en el que ponen en juego destrezas, habilidades, conocimientos, ganas de aprender y actitud solidaria (entre tantas otras aptitudes); en las otras dos caracterizaciones sólo hay un “deber”, trabajar para producir ganancia, ser un recurso positivo en el ámbito competitivo y un capital que produzca prósperas inversiones.

En un análisis que resulta complejo, ambas formas de nombrar o incluir discursivamente a los/as trabajadores/as (pareciera que

una es superadora de la otra, aunque no existen grandes diferencias) remiten deshonestamente a niveles de paridad entre capital y fuerza física o intelectual de trabajo.

Estas construcciones no son ingenuas o inocentes, son construcciones políticas cargadas de autoritarismo y control -trabajo, producción y ganancias-.

No fueron épocas en las que se plantearon los problemas de la clase trabajadora o subalterna. Fue un momento histórico de imposición y hegemonía ideológica, de esas que se implantan sin dar muchas explicaciones, de esas que sin darnos cuenta introducimos en nuestro vocabulario, de esas que hacemos propias y naturalizamos sin hacer el proceso inverso: desmenuzar, desarmar, separar y luego sí, saborear, armar y unir.

De modo que ni Recursos Humanos ni Capital Humano fueron formas de nombrarnos e incluirnos en el sistema. Solapadamente se nos excluyó desde su misma nominación. No somos ninguna de las dos nominaciones. En tanto no compartamos sus recursos o su capital, seguiremos siendo trabajadores/as.

Desde la perspectiva disciplinaria, los y las Trabajadores Sociales contamos con instrumentos útiles para prevenir y asistir las conductas suicidas de las y los jóvenes. Estamos entrenados/as para observar y actuar ante conductas individuales, familiares y socioculturales o de época.

Con este texto intento compartir la práctica cotidiana, poner en tensión los marcos teóricos, acercar herramientas y observar cómo -desde el Trabajo Social- actuamos como intermediarios reales a la hora de generar el dialogo interinstitucional necesario, propicio y eficaz de una situación epocal demasiado enmarañada.

Nuestra incumbencia es actuar en escenarios complejos en tanto ninguna intervención Social se produce porque todo anda bien. Sin dudas, nuestra tarea cotidiana es proveer a las personas de recursos para que se apropien de sus derechos. Y es en este escenario en el que las/os adolescentes y sus familias se

constituyen en nuestro contexto de intervención. Allí donde la crisis, la urgencia, el dolor y el sufrimiento se expresan, hay algún/a TS para observar, comprender, generar empatía, dar espacio a la palabra y buscar alternativas que alojen mejores y más igualitarias condiciones materiales y simbólicas de existencia.

Relato:

Anelia

En el año 1992 llega al Servicio Anelia, una joven de 14 años que ingresa a la Guardia General por intoxicación voluntaria de veneno para ratas y drogas ilegales. Su estado de salud es grave.

Nadie me convocó a trabajar en esa situación compleja, pero como parte de un equipo interdisciplinario estuve en cada una de las reuniones que se hacían con los médicos de Guardia, luego con los de Terapia Intensiva y en la denuncia judicial [porque en aquel momento los intentos de suicidio se denunciaban en tanto era la Justicia la que determinaba si había sido un acto voluntario o una inducción al suicidio, lo cual se entendía como un posible acto delictivo].

Escuchaba cómo la psiquiatra y la psicóloga intervenían, pero no podía visualizar mi lugar, mis incumbencias. Fue un estadio profesional de gran incertidumbre, la academia no me había preparado para estas intervenciones. Buscaba en los textos algún antecedente del Trabajo Social con adolescentes con intento de suicidio. Nada. Había algún saber que no estaba pudiendo descifrar. Sentía que había dos opciones: no intervenir en tanto no tenía nada para aportar o revisar mi marco teórico y hacer lugar a esa intervención que sólo los y las Trabajadores/as Sociales somos capaces de construir.

Empecé pensando qué nos estaba faltando, qué no podía o quería ser traído a la luz. Debe tenerse en cuenta que se trataba de un hecho que estaba siendo analizado

por la Justicia y que nadie debía enterarse de la situación, por aquello del secreto profesional. La vida y la intención de muerte de Anelia eran competencia de Salud y responsabilidad de un grupo muy reducido. ¡Cuánta omnipotencia!

En el Servicio sólo conocíamos de Anelia y su madre lo que ellas aportaban o querían contar.

Decido entonces ir a su casa y, a partir de allí, la intervención social comienza a ser un eslabón importante en la dirección de la cura. Conozco y hago conocer a mi equipo su hogar, su cultura; su mundo y sus emociones representados en su habitación. Aparece el relato de la abuela y de su tío, sus familiares convivientes, relato que pudo dar cuenta de qué le pasaba a la adolescente.

Las entrevistas fueron varias, aportaban para comprender su historia vital, los comprometía con lo que estaba pasando, en tanto eran ellos también parte de la red a la que volvería Anelia si superaba el suceso autodestructivo.

En 1993 y luego de varias intervenciones con adolescentes que ingresaban al Hospital con intentos de suicidio, decidí comenzar una recolección de datos. La idea era sistematizar la práctica social y revisar las potencialidades del abordaje interdisciplinario. Fue una muestra cuantitativa y cualitativa. Durante tres años se analizaron cuarenta y tres casos de intentos de suicidio. Así fue que en 1996 presenté el trabajo "Intento de Suicidios en Púberes y Adolescentes" en las Primeras Jornadas de Investigación del Equipo de Salud, "Salud Pública de La Provincia de La Pampa, Ing. Guillermo Covas".

Capítulo 4

La Nueva Expresión de la Cuestión Social – Rol del Trabajo Social desde las Instituciones que contratan

Como les venía refiriendo en el capítulo anterior, los 90 fueron la expresión del malestar, aumentaron inconmensurablemente los pasajes al acto², pudiendo observarse un alto índice de suicidios de varones adultos e intentos de jóvenes.

En el año 2000 los argentinos estábamos devastados y se produjo en el país un estallido social con cacerolazos populares y reclamos bajo el lema “que se vayan todos”. En medio de una compleja inestabilidad institucional del Estado Argentino, en mayo de 2003 asumió la presidencia el Dr. Néstor Kirchner, quien en su primer discurso como presidente estableció como meta “superar la fragmentación social provocada por el neoliberalismo” y “recuperar los derechos sociales”, “la promoción del empleo y el fortalecimiento del rol del Estado”. Expresaba su intención de trabajar por un modelo de país con crecimiento económico e inclusión social.

Se presentaba como un modelo comprometido con la integración social y los Derechos Humanos, con la intención de llevar adelante un proceso de transformaciones culturales e institucionales, estructuradas en base a un nuevo paradigma de políticas sociales. Esto implicaba un abordaje integral de la complejidad social y la concepción de las personas, sus familias y comunidades, ya no como beneficiarios pasivos sino como

² Según Jorge Grippo (2014), “Como lo indican las palabras mismas, se supone que estos actos marcan el punto en que el sujeto pasa de una idea o una intención violenta al acto correspondiente.”

ciudadanos portadores de derechos y, por lo tanto, protagonistas de su propio cambio.

En este escenario, los/as Trabajadores/as Sociales comenzamos a transitar una época de amplia participación en el diseño de políticas sociales y surgió la necesidad de reflexionar críticamente desde las diferentes corrientes de pensamiento socio-político-culturales y actuar e intervenir en relación a las manifestaciones que adquiriría la “cuestión social” en ese momento histórico.

Algunas acciones de política social que impactaron directamente en las vidas de las infancias y adolescencias

- Año 2005. Se sancionó la Ley Nacional N° 26.061. La provincia de La Pampa recién adhirió en el año 2012 bajo número de Ley 2.703 de Protección Integral de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes, inaugurando una nueva etapa en la historia de la infancia que puso fin a casi cien años de patronato. A partir de la aplicación de esta norma, niños, niñas y adolescentes dejaron de ser entendidos como “objetos” bajo la tutela del Estado para pasar a ser reconocidos como sujetos de pleno derecho.
- Año 2007. Con la sanción de la Ley Nacional N° 26.233 de Promoción y Regulación de los Centros de Desarrollo Infantil Comunitarios, se abrió un espacio de trabajo conjunto entre organizaciones comunitarias, actores locales, provinciales y nacionales.
- Año 2007. Se creó el Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia, que abordaba a la salud de los jóvenes como un derecho humano y social, identificándose en la actualidad el intento de suicidio como una de las problemáticas de mayor importancia en la situación de salud de los y las adolescentes, junto al consumo excesivo de alcohol y el embarazo no planificado. Por la Ley Nacional N° 25.673 se creó también el Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable, que

reconoce que el Derecho a la Salud comprende también la Salud Sexual. Ésta incluye la posibilidad de desarrollar una vida sexual gratificante y sin coerción, así como la prevención de embarazos no deseados. Mas tarde y en total coherencia con la ley antes descripta, se dictó la Ley de Aborto No Punible.

- Año 2009. Se implementó la Asignación Universal por Hijo, que intentó ser una medida de inclusión social a la que se le destinó el 1.2 por ciento del Producto Bruto Interno (PBI). La Asignación Universal por Hijo para Protección Social (AUH) consistía en una suma de dinero que les correspondía a los hijos de las personas desocupadas, que trabajaban en el mercado informal o que ganaban menos del salario mínimo, vital y móvil.

- Año 2010. Se sancionó la Ley N° 26.206 de Educación Nacional (LEN) para la cual se destinaba el 6 por ciento del PBI a la educación y cultura. La política educativa contó también con el plan Conectar Igualdad, el cual proyectó la entrega de más de tres millones de netbooks en todo el país. En 2010 se sumó el Programa PROGRESAR para el nivel de Educación Superior, cuyos requisitos fueron tener entre dieciocho y veinticuatro años de edad, no estar trabajando o hacerlo de manera formal o informal, pero que tanto esos ingresos como los de la familia fueran menores a tres salarios mínimos, vitales y móviles

- Año 2010. Se sancionó la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, marco que reconoce a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos y cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos.

- Año 2010. Se sancionó la Ley 26.618 de Matrimonio Civil, constituyendo además un antecedente para la sanción de otras leyes, como la Ley 26.743 de Identidad de Género, el Decreto de fecha 10/06/2012 de Reconocimiento Igualitario para hijos e hijas y la Ley 26.862, de Fertilización Asistida

- Año 2011. Se amplió la cobertura de la Asignación Universal por Hijo (AUH) a las mujeres embarazadas desde la décimo segunda semana de gestación hasta el nacimiento o interrupción del embarazo, a través de la Asignación por Embarazo para Protección Social. La medida que otorgaba el ochenta por ciento de la Asignación (el veinte por ciento restante se concretaba al momento de nacimiento del hijo) abarcaba a las mujeres embarazadas que estuvieran desocupadas, a las monotributistas sociales, a las que se desempeñaban en la economía informal o en el servicio doméstico y que percibían un salario igual o inferior al salario mínimo vital y móvil.
- Año 2015. Se dictó la Ley Nacional de Prevención del Suicidio, ante el aumento de la tasa de suicidio e intentos de suicidio. Esta ley, que estaba en borrador desde hacía un largo tiempo, se declaró de interés nacional y tuvo la intención de hacer pie en la prevención, asistencia y posvención. Se comprometía a tener una mirada de aplicación biopsicosocial, de investigación científica y epidemiológica y desarrollo de capacitación permanente de los y las profesionales (*se adjunta en el Anexo documental*).

Hasta aquí se han enumerado algunas de las leyes y programas. Podríamos seguir el listado, ya que son numerosas y todas ellas con un principio rector, el de los Derechos Humanos, que, si bien significaron y significan una sustancial diferencia con las políticas antecedentes, aún no son la condición suficiente para plantear un modelo en el que la vulnerabilidad de nuestros jóvenes haya desaparecido. Al contrario, las manifestaciones de la “cuestión social” y las coordenadas que estructuran el campo problemático de los jóvenes a lo largo del recorrido histórico plantean una demanda a los/as Trabajadores/as Sociales por la necesidad de desnaturalizar la patologización y medicalización de las infancias, el aumento de las consultas en Salud Mental, la psicologización de las conductas juveniles, el abandono escolar, el abuso de sustancias tóxicas, las conductas autodestructivas, la

violencia sexual que sobre ellos/as se ejerce, las muertes por accidentes de tránsito, etc.

Como afirma Rozas Pagaza (2004. p.4):

“La intervención profesional del Trabajo Social se da en un campo problemático y es un proceso que se construye a partir de las manifestaciones de la cuestión social. Las manifestaciones son las coordenadas que estructuran el campo problemático. El concepto de coordenada está pensado en el sentido de apropiarse de elementos y datos necesarios referidos a las manifestaciones de la cuestión social que nos posibilita definir un punto de partida en la direccionalidad de la intervención. Entonces, el origen de la cuestión social, en tanto relación contradictoria entre capital / trabajo, adquiere particularidades y manifestaciones específicas en cada momento histórico. Esto constituye el punto de partida que permite desentrañar las condiciones en las cuales se explicita la cuestión social, y, por lo tanto, su relación con el campo problemático. Al mismo tiempo, dichas manifestaciones se expresan en la vida cotidiana de los sujetos generando un conjunto de tensiones que afectan sus condiciones de vida y que se constituyen en obstáculos para el proceso de reproducción social...”

Relato:

Abril

A mediados de la década de 2000 ingresa al Servicio Abril. Es traída por sus padres. Hacen consulta de admisión y describen a su hija de 15 años como una adolescente que se corta, es solitaria, apática, depresiva, que escucha canciones de muerte, mira series y películas donde los y las adolescentes son infelices y eligen morir.

Encontraron un diario íntimo en el que Abril explicaba que se iba a matar ingiriendo veneno de ratas. Refieren que llegaron al hospital público luego de que el psicólogo que habían consultado en privado les sugiriera esta consulta, en tanto entendía que las conductas de su

hija remitían a una patología grave y era mejor que fuera abordada por equipo interdisciplinario.

Respecto a la constitución familiar, se definen como una familia “normal”, mamá ama de casa, papá empleado, dos hijas mayores que trabajan en el mercado informal y un hijo del padre que vive con su mamá, que tiene 15 años (la misma edad de Abril) y que estaría integrado a la dinámica familiar como un “hermano más”. Interrogados sobre esta situación, la madre intenta despegar esa historia de la situación actual de su hija, en tanto el padre se angustia en la entrevista y relata que hubo un tiempo en el que él y su mujer no estaban bien como pareja y ambos tuvieron relaciones paralelas.

Abril no habla. Su aspecto personal es descuidado, su cabello le tapa la cara. Camina con el cuerpo hacia adelante, con los brazos caídos.

Se le ofrece leer algo de su interés, no quiere. Se le pregunta sobre música, películas o series y se vislumbra un espacio de comunicación. Todo era muerte, el equipo comienza a interiorizarse de todo el material que traía Abril. Eso le gusta, se siente cómoda con poder compartir su cultura. El equipo no se siente cómodo, la alerta estaba encendida, la gravedad era cierta e inminente.

Primera internación. Llega a la Guardia con ingesta de psicofármacos que le habían sido indicados a ella, y que deberían estar bajo responsabilidad de los adultos -toma más de 40 comprimidos-. Lavaje e internación de 10 días al cuidado de su madre y sin restricción de visitas. Interesante desorden, se replicó el desorden familiar en el desorden institucional.

Segunda internación. Cortes muy profundos que hubo que suturar. A los dos días de internación le cuenta al equipo que hacía más de 10 días que no tomaba la medicación. Cuando su madre o padre se la daban, ella hacía que la tomaba, pero la dejaba detrás de la lengua y luego las guardaba. Su intención era juntar más de 60 comprimidos y mezclarlos con mucha cantidad de sal. Efectivamente, la familia encuentra la medicación que la adolescente venía guardando.

Abril no miente ni manipula, Abril tiene una decisión tomada. La madre no parece tener registro de la gravedad, el padre llora, se angustia, pide perdón. La madre le pregunta: “¿Por qué pedís perdón?”, él no responde, sólo la mira desolado, casi la misma mirada que tiene Abril desde que el equipo la conoció.

Luego de estar internada durante 17 días, se va de alta voluntaria, sus padres deciden externarla.

Dejan de concurrir al Servicio, pero se mantiene un seguimiento telefónico con TS. La llevan a una consulta con un psiquiatra de otra provincia, tratamiento que no prospera. La llevan a un curandero, a la iglesia evangélica, a hablar con un cura católico, la exponen a un ritual umbanda. Relatan un episodio de intento de ahorcamiento sin informar a ningún profesional del privado o a equipo de salud pública.

Transcurre un año. Nunca se interrumpe la comunicación entre el servicio y la familia.

Tercer y último ingreso. Ingesta de dos cajas de veneno para ratas. Realizan intervención en Guardia y posteriormente es valorada por el equipo del Servicio Infante Juvenil. Los profesionales actuantes acuerdan acerca de la necesidad de que se efectivice la internación Clínica y de Salud Mental en tanto no existe conciencia de riesgo, no hay arrepentimiento y no se observan signos de alarma en los adultos responsables. Se efectúan los procedimientos médicos según protocolo por envenenamiento acordado con el Hospital Externo, se interna en UTI durante 24 horas y luego pasa a sala.

Se informa sobre la compleja situación de Abril a todos los ministerios pertinentes. Se relata que Abril es una joven con tendencia repetitiva de pasaje al acto, se ha realizado cortes en reiteradas oportunidades - algunos de los cuales requirieron sutura-, ha tomado pastillas, veneno y posible intento de ahorcamiento; que luego de un año de tratamiento no se registran indicadores de angustia ni arrepentimiento, se presenta desafectivizada, no hay conciencia de enfermedad, se evidencia marcada impulsividad, aislamiento,

dificultades para entablar vínculos, no muestras áreas de interés.

En los adultos responsables no se observan conductas anticipatorias que puedan evitar el riesgo, como así tampoco presentan adherencia al tratamiento

El equipo realiza un pedido -ante quien corresponda- para la inmediata derivación, en tanto la familia desestima el abordaje de las profesionales que atienden a su hija.

Los dispositivos creados para tratamiento, asistencia y seguimiento no han alcanzado, por cuanto la INTERCONSULTA se configura como la última alternativa que evalúe a la joven y eche luz sobre una práctica profesional, institucional e interinstitucional que no sería suficiente para evitar su posible muerte.

La situación de vida y muerte antes relatada nos llevó como equipo a convocar varias supervisiones externas y a realizar ateneos clínicos con el fin de revisar el marco teórico y la práctica. Se reiteraba, como diez años antes en el suceso de Anelia, un equipo de Salud Mental solo, único responsable, pero ahora se sumaba la descalificación de la familia, la falta de confianza. Estábamos asustadas y nos sentíamos presionadas.

Recuerdo que en una jornada de preparación para el Ateneo por el caso de Abril, mi compañera por ese tiempo, la Lic. Cecilia Isasti (psicóloga), compartió conmigo un material muy interesante. Mientras yo insistía con las nuevas manifestaciones de la cultura juvenil y su relación directa de pasaje al acto, la Lic. Isasti me atrapó con su material teórico:

“Para Freud el acto suicida es el desenlace de un severo conflicto psíquico y es en la clínica donde podremos descifrar las fuerzas pulsionales que actúan y que sólo encontraron esta vía de expresión.

No basta el deseo de muerte para morir, hace falta llevar a cabo el acto. El adolescente debe renunciar a la omnipotencia infantil, trabajo que no siempre se logra. La tentativa suicida es un gesto dirigido contra un enemigo externo al sujeto que en realidad se ataca y lastima a sí mismo. Arriesgar la vida o creerse inmortal

son fantasías defensivas contra la desesperación y la desesperanza. La auto lesión, el cortarse, está al servicio del sufrimiento físico para aliviar el dolor psicológico”.

Seguimos conversando y yo insistía con la expresión del malestar como una conducta de época y buscaba y rebuscaba en mis saberes una respuesta. Ella me respondió que “el suicidio es un evento de todas las épocas” y me dijo, “¿no recordás las historias de...”

- Romeo y Julieta. Dos adolescentes, ¿querían o no realmente morir? Querer matarse no significa necesariamente querer morir. Son de destacar las palabras del padre de Romeo: “¿Qué maneras son éstas de precipitarte a la tumba antes de tu padre?” (El suicidio ataca los vínculos que unen al sujeto a su vida, pero también a nuevas generaciones.)

- Goethe. Werther enamorado de Carlota, en carta a su amigo le cuenta sus pesares por su amor imposible. Para “no molestar” decide quitarse la vida con un tiro. Fue y es una obra literaria de alto impacto y que impactó en la generación de jóvenes provocando suicidios. (No hay suicidio que no incluya como soporte identificador a un personaje suicidante ya inscripto en los modelos familiares).

- Hemingway, Lugones, Quiroga. (Por fuerte que sea la represión, un trauma no desaparece, por lo tanto no hay proceso psíquico más o menos importante que una generación no le legue a la que sigue. Siempre habrá huellas que continuarán ligando a las generaciones entre sí).

Ese Ateneo fue un espacio muy interesante para el equipo, pero para mí principalmente fue como encontrar una aguja en un pajar. Fue encontrarme con lo que estaba buscando. A partir de allí me dediqué a intentar diferenciar la “cuestión social” del momento histórico, cómo el escenario modifica la “cuestión social” y determina que un suceso peligroso pueda ser abordado no sólo por los/as profesionales de Salud Mental sino también por los/las encargados/as de generar políticas públicas, que puedan y

quieran contenerlo o, por el contrario, que dejen que se transforme en una gran bola de nieve con efecto de posible avalancha.

Cuando desde el Trabajo Social hablamos de la “cuestión social”, ¿de qué estamos hablando?

Desde un pensamiento conservador podríamos decir que hablamos de aceptar que hay un problema social y que es necesario solucionarlo con intervenciones que apelen a formas de control social para que no produzcan un desequilibrio en la sociedad. Es decir, es necesario intervenir en la “cuestión social” para restablecer el orden, haciendo intervenciones técnico-manipulativas y administrativas para solucionar el problema: buenos planteamientos operacionales y buen uso de los recursos disponibles.

Se despolitiza la “cuestión social” ubicándola en el mismo rango de los problemas estructurales del orden burgués. Sería pues, cualquier situación angustiante, cualquiera de las circunstancias que a lo largo de la historia interpelan las posibilidades de integración vigentes en cualquier orden social. Se habla aquí de cuestión social tal como lo plantea Fabiana Décima (2012), considerada como:

“el conjunto de problemas sociales (vagancia, promiscuidad, alcoholismo, droga, delito, prostitución, enfermedades de transmisión sexual, embarazo adolescente, etc.) producidos por la falta de valores, de educación, de adaptación de los pobres a la sociedad moderna, industrial y civilizada”.

Así, los/as TS *a-bordamos* nuestro campo sin interrogarlos/nos; posición que cierra, es sesgada, moralizante y tiene un punto final.

Cuando ES el Trabajo Social el que reconoce y da cuenta de la “cuestión social” como tal, siendo ésta su objeto de trabajo

específico, proponiendo formas de intervenir desde las instituciones, generando dispositivos disciplinares, reconociendo obstáculos y fortalezas, identificando categorías amplias, abarcativas y dinámicas, etc., es en este escenario donde el TS crea el espacio para la profesionalización de nuestra práctica; opción que abre un abanico de variables, tiene puntos suspensivos.

Con la opción conservadora de entender la “cuestión social”, los intentos de suicidio adolescentes pueden ser abordados desde la manicomialización que encierra y estigmatiza; la judicialización que controla y deslegitima las subjetividades; la medicalización que atrapa al/la adolescente con un chaleco farmacológico. Podemos pensar muchas más opciones que tiendan a controlar a las/os descontroladas/os, lo importante es distinguir que en lo que se va a intervenir es en restituir el orden social.

Cuando desde el TS nos interrogamos sobre el sufrimiento de los/las adolescentes que intentan matarse o se matan, cuando sostenemos una escucha activa con esas personas, su familia, sus compañeras/os, sus docentes, etc., estamos comenzando a bordear una nueva “cuestión social”, estamos comenzando a problematizar un escenario que no invalida, enjuicia o somete al adolescente con conductas autodestructivas. Por el contrario, aparece aquí la idea de construcción de desafíos, de invenciones, de encontrar respuestas y propuestas; de crear momentos, espacios, experiencias en las que los sujetos (adolescentes que sufren) puedan encontrar herramientas que les restituyan aquello que no tienen porque les ha sido vulnerado. El TS no va a otorgar soluciones, pero quizás pueda reparar su condición de sujeto y su capacidad de no ser excluido/a por el solo hecho de querer morir o no saber vivir con tanto sufrimiento.

Para el TS, la “cuestión social” es una realidad específica, determinada, percibida y experimentada por una cierta forma de entender lo social. Esta forma de comprender el mundo, entendida como ideología, no es estática ni la única posible, ha ido inevitablemente variando en función de las exigencias que le impone cada contexto socio-histórico. Hoy le toca sufrir mucho a

los/as adolescentes, tanto que desechan la vida y con su malestar arrasan las instituciones, dejan sin respuestas a los adultos y ponen en tensión viejos y nuevos paradigmas.

No existen propuestas ni respuestas hechas a la medida de todos los individuos. Diría que desde Salud, todos los días nos autogeneramos interrogantes e intervenimos dirigiendo nuestro “hacer” hacia cada particular necesidad de cada adolescente y su familia, la que a su vez es muy particular. No existen las generalizaciones o estandarizaciones.

Hacer clínica desde lo social implica abordar el uno a uno que atraviesa lo particular y bordar esas particularidades.

Hacer clínica desde lo social es intervenir desde lo interdisciplinario, nunca en soledad, siempre con otros/as. Entonces, cuando algo no sabemos o no tenemos seguridad, lo mejor es intentar hacer el menor daño posible -a todos/as- y, por consiguiente, estar capacitados/as para una actividad exigente, dinámica, extremadamente cambiante y que requiere de profesionales con un conocimiento exhaustivo de los daños potenciales que se pueden infligir si no se interroga ante sus dudas, si no se lee el presente sin prejuicios.

Anudamientos y desanudamientos en la práctica profesional. Necesidad de reconocer nuestra propia limitación para poder crecer, adaptando nuestras intervenciones a los tiempos actuales sin perder la esencia, ni las incumbencias.

“Partimos diciendo que el objeto de intervención de una profesión es el equivalente teórico de una necesidad demandada por la realidad, para cuya realización (satisfacción o redefinición) debe ejercerse una función específica. El hecho de que la nuestra sea una profesión de intervención (y el objeto, por tanto, objeto de intervención), no elude, ni mucho menos, el problema teórico. Por el contrario, la definición de objeto designa a través de conceptos la realidad del campo, y así la teoría –lugar de planteo del problema hace de la intervención –lugar de modificación o resolución del problema- una intervención fundada,

y la inscribe, por lo tanto, en el campo de las prácticas científicas”.
(Margarita Rozas Pagazza, 2004).

¿Por qué es importante hablar de suicidio desde el Trabajo Social?

Es de suma importancia que los profesionales del Trabajo Social que trabajamos en Instituciones en las que se aloja la escucha activa de las problemáticas adolescentes (escuelas, salud, organismos de protección de derechos, juzgados, policía, etc.) podamos interpelarnos ante el malestar y desasosiego que nos provoca un adolescente que intenta matarse.

Si el/la adolescente, en cualquier ámbito territorial de su pertenencia, muestra o cuenta a un/a Trabajador/a Social su dolor, *ella* profesional tiene la obligación ética de ofrecer su mirada y escuchar la advertencia que se le está depositando. Siempre se debe tomar en cuenta la escena mostrada o contada por un/a adolescente. Esa escena tiene pistas que deben ser tenidas en cuenta, porque cuando lo dicen o lo muestran están buscando averiguar el lugar que tiene en la mirada y la escucha de ese/a otro/a. Si por el contrario su sufrimiento es desoído, podrá necesitar mostrarlo de forma más trágica.

El/la adolescente que quiere dejar de sufrir y encuentra en las conductas autodestructivas la forma de expresar su dolor es, sin lugar a duda, nuestro sujeto de intervención, sujeto-desecho. Estos sujetos adolescentes no encuentran otra forma de contar su verdad por cuanto es necesario estar formados/as desde nuestras incumbencias profesionales para rescatar su relato ante el acto autodestructivo que está instalado como una ideación, como algo que se avecina en sus palabras o que ya se ha producido y necesita compartirlo para buscar ayuda.

Capítulo 5

Fragilidad del Lazo Social

Concepción de instituciones: *“tiene en cuenta el comportamiento de los otros; tiene un valor significativo y simbólico para los demás; se modifica en función de la acción de los otros y de sí misma.”*

Max Weber (1864-1920)

Un acercamiento posible o una intervención ética y fundada desde Salud Mental con familias pobres y excluidas implica una mirada crítica al contexto y un análisis que nos posibilite a los profesionales lograr una articulación entre la teoría y la práctica, abordando aquellas situaciones complejas que llegan a nuestra institución desde un enfoque de derechos y una visión interdisciplinaria. Así, Institución, Derechos Humanos e Interdisciplina son las bases fundantes para trabajar en contextos cada vez más difíciles.

La fragilidad del lazo social con que se presenta la demanda en la institución hospitalaria es el territorio fértil para la expresión del malestar y el florecimiento de los síntomas. El síntoma es aquello que nos obliga a estructurar la respuesta hospitalaria. Es el borde que nos muestra la cultura y el territorio, es la marca entre el adentro y afuera. Es aquello que nos denomina: Institución, Trabajadores e Ideología. La complejidad de los escenarios en los que trabajamos nos induce a repensar nuestras prácticas profesionales. Las actuales (no tan actuales, tienen sus añitos) problemáticas psicosociales complejas acarrear, con sus obstáculos y emergentes de poca o nula resolución, un estallar de las instituciones, ponen en jaque a sus trabajadores y paralizan al equipo.

Los problemas se presentan sin límites ni fronteras. Los recursos no alcanzan. Las disciplinas pierden objetividad en la práctica aislada, pero tampoco sienten que se enriquecen en los intercambios interdisciplinarios o interinstitucionales. Si no hay transformación del malestar, si el malestar es la constante, irrumpe el padecimiento por la manipulación (intervenidos e intervinientes, lugar de movimientos dinámicos y no excluyentes entre unos y otros, ambos deshechos)

La mirada o intervención individual NO alcanza, sea ésta la de un médico, un docente, un psicólogo, un abogado, un trabajador social, un acompañante terapéutico o pedagógico, etc. Tampoco alcanza con la intervención de una institución sola. Y pareciera que no está alcanzando con la intervención de muchos y muchas trabajadores e instituciones. Los lazos sociales se han enredado, las redes se han fragmentado y es en este contexto donde inevitablemente nos vemos interpelados a buscar “certidumbres” o construcciones teóricas y metodológicas que den luz a nuestra práctica.

Pensar prácticas fundadas implica necesariamente dos aspectos a tener en cuenta:

- El trabajo con otras disciplinas e instituciones. Cada intervención en SM es con otro -interdisciplinaria- y con otros -interinstitucional-. La idea entonces es poner la situación de cada uno de estos sujetos sufrientes en debate, demostrar los agujeros por donde cada profesión o muchas profesiones e instituciones hacemos agua a la hora de ayudar a reparar historias de vidas devastadas. ¿Con eso alcanza? ¿Llegaremos a acuerdos que les modifiquen esas condiciones de vida? ¿Lograremos realizar intervenciones fundadas y acompañarlos para que algo, aunque sea algo, mejore?
- No tengo respuestas, sólo que la incertidumbre y los interrogantes siempre fueron constitutivos de las ciencias sociales.
- Formarnos y reformarnos, adquirir una firme pero dinámica posición teórica-metodológica-ideológica. Entender que lo actual no existiría si el pasado no le hubiera dado lugar, o

viceversa, si el presente no hubiera arrasado con el pasado. Pero la modernidad es la expresión de la sociedad, sólo que en este tiempo histórico ninguna institución (ni siquiera la familia) es la única responsable de los sujetos que la demandan, ni productora de los beneficios que vienen a buscar. Este paradigma nos invita a dejar de lado las hostilidades profesionales (ocasionadas cuando no sabemos que hacer y tampoco sabemos decir que no sabemos) y comenzar a transitar algunos postulados de la modernidad, para quizás, encontrar nuevas formas para intervenir.

Algunos ejemplos de situaciones psicosociales complejas de Niñas, Niños y Adolescentes que llegan a nuestra Institución y que son parte de otras Instituciones son Niños, Niñas y Adolescentes abandonados por sus padres, hijos/as que no fueron deseados/as o que están atravesando un duelo por la muerte de un ser muy querido. Otros/as, que sus padres se separaron, que tuvieron o están por tener un hermano/a en alguna de las familias ensambladas que volvieron a construir alguno de sus padres y ellos/as sin encontrar un lugar en esa nueva constelación familiar. NNyA maltratados/as, abusados/as y/o violados/as. NNyA que consumen sustancias tóxicas, que se autolesionan, hacen intentos de suicidio o sufren un accidente de tránsito que les deja graves lesiones físicas. Madres adolescentes que no saben materner. Jóvenes embarazadas que quieren abortar. Adolescentes que quieren abandonar la escuela secundaria, se aíslan y se pasan el día sumergidos/as en aparatos tecnológicos. Jóvenes que quieren estudiar en la universidad, pero no tienen recursos económicos.

Todos/as ellos/as con pobreza estructural, unos/as cuantos/as con hambre. Todos/as en estado de tensión permanente, en alerta, fragmentados/as, excluidos/as y estigmatizados/as - peligrosos/as para sí y para terceros-.

“Estos temas se presentan como desafíos que surgen desde la intervención social y que muestran la necesidad de repensar perfiles institucionales, políticas públicas y formaciones académicas. Así, las problemáticas sociales complejas se

expresan como un verdadero desafío para las políticas públicas y la legislación, ya que, son demostrativas de la vulneración de derechos, la incertidumbre, el desencanto y especialmente de las nuevas formas de construcción de procesos de estigmatización ligados a grupos sociales determinados. La intervención en lo social desde esta perspectiva debe tener en cuenta la historicidad de los cambios, los padecimientos del presente y una representación con respecto al futuro.

Si la intervención, significa transformación, en los escenarios actuales, la misma se relaciona con los problemas sociales desde sus posibilidades de resolución, pero también a partir de su inscripción como tales tanto a nivel societario como subjetivo y el padecimiento que se expresa en los mismos. O sea desde su complejidad. Cabe preguntarse si la intervención es un campo de conocimiento y que como tal debe definirse como un saber que se construye a posteriori, en definitiva a partir de la experiencia. De ese modo la experiencia interroga a la teoría, le genera nuevas preguntas, elabora nuevas síntesis atravesadas por la inminencia del contexto en la singularidad microsocia de escenario de intervención.” (Carballeda, 2013),

Con suerte, sus padres cobran la AUH. Algunos sí y otros no, porque hecha la ley, hecha la trampa. Por ejemplo, un papá pobre que cría 2 hijos desde que eran bebés no cobra AUH sino que lo cobra la madre, madre prolífera que los abandonó hace más de 8 años. O una mamá separada de los dos padres de sus 5 hijos y sometida al maltrato económico por el poder que detentan esos hombres, padres de sus hijos que al tener trabajo estable y cobrar el salario por ellos, no le permiten cobrar la AUH, en tanto no son lo suficientemente dignos como para hacerse cargo de darles a sus hijos aquello que les corresponde, es decir el salario.

Madres que fueron violadas y que en la cara de sus hijos reeditan la cara del agresor. Madres y padres adictos a las drogas ilegales y/o a alcohol o psicofármacos. Madres y padres que no saben quiénes son sus padres -“sin el nombre del padre” (parafraseando a Lacan)- y que tampoco saben el nombre del padre de sus hijos. Hijos que portan sólo el apellido materno, sólo

su lengua, sólo sus reglas, sólo sus límites... ilimitados o eliminados de una identidad paterna que en algún momento de sus vidas se les hará necesaria.

Padres que no tienen una institución en la que internar a un hijo que necesita un espacio de recuperación o una escuela que lo albergue porque carga con un extenso legajo de exclusiones. Niñas embarazadas que no pueden abortar porque los profesionales son objetores de conciencia.

Todos ellos son sujetos deseantes, sujetos de derechos y con derechos. Son pobres, explotados, violentos y violentados, excluidos o falsamente incluidos. Tienen hambre de comida, pero también tiene hambre de ser libres, de poder elegir vivir en un mundo de igualdad y no de privilegios para algunos/as y sufrimiento para muchos/as.

Supongo que debe haber muchas otras intervenciones poco felices y otras muy gratificantes, pero éstas quedaron en el tintero, quizás porque todavía no aparece el sentimiento profesional de derrota, quizás porque cada una de ellas tiene una historia que la singulariza y por lo tanto no puede ser reducida al problema que hoy los/as amenaza pero no los/as inhabilita para siempre, porque seguimos creyendo que un mañana es posible para cada uno/a de ellos/as. Quizás porque todavía tienen nombre y apellido y no cargan con una etiqueta que los/as patologiza como objetos de algún laboratorio que quiere acallar su malestar. Quizás porque junto a algunos/as otros/as profesionales, NO nos hemos centrado sólo en escuchar aquel síntoma por el que consultan o son derivados/as, pero SÍ nos hemos centrado en aprender a conocer la situación contextual de cada uno/a y correr el riesgo de seguir soñando su sueño: un mundo con justicia social, donde la inclusión no sólo sea una declamación vacía sino un derecho adquirido, ¿UTOPIA?...

En cada ejemplo aparece: abandono, negligencia, descuido, ausencia no sólo de la madre / padre sino de muchos adultos. Se

desdibuja lo simbólico de lo real y aquello mínimo y necesario para que un/a adolescente pueda ser adolescente.

Y así estamos los adultos, a veces llegando a buen puerto y otras naufragando, con certezas e incertidumbres, con ensayo y error, bordeando en muchas prácticas la iatrogenia o mala praxis.

El sentido regulador de la institucionalización es observable desde la perspectiva de la acción de los individuos. Ante determinada situación, los individuos actúan guiados por lo que Bourdieu denomina una determinada «lógica de acción»:

"... Esta lógica es la que otorga a los individuos un sentido práctico mediante el cual les es posible hacer coincidir el «habitus» (lo que se ha institucionalizado en el individuo) y el espacio social (el conjunto social con el cual el individuo se relaciona). Estos habitus (en tanto que esquemas de percepción, apreciación y acción) permiten "engendrar prácticas inmediatamente ajustadas a un determinado orden social, y, por lo tanto, percibidas y valoradas, por quien las lleva a cabo, y también por los demás, como justas, correctas, hábiles, adecuadas, sin ser en modo alguno consecuencia de la a un orden en el sentido imperativo, a una norma o a las reglas de derecho" (Bourdieu, 1999: 189-190).

A veces, ante la sensación de negligencia profesional, frente a situaciones psico sociales complejas en las que el padecimiento se vuelve insoportable y los síntomas rozan lo trágico, es necesario parar y revisar nuestro "saber científico", porque no hacerlo transforma la intervención en un acto de omnipotencia y, sin "querer queriendo", reeditamos el lugar de sujeto "no deseado". Es necesario reconocer que su padecimiento, su dolor y su exclusión superan las posibilidades profesionales e institucionales. Parar y examinar-nos es quizás la única forma de empezar a transitar caminos en los que rescatemos sus deseos y tramitemos esas singularidades. Sin dudas, las situaciones psicosociales complejas nos obligan a repensar y construir nuevos dispositivos de intervención.

Finalizando, las diversas expresiones del malestar de la cultura, las dificultades para dejar de ser grupos y trabajar como equipos, la crisis que atraviesa el campo de las disciplinas e impacta en las instituciones, vuelven a remontarme a mis orígenes académicos, a mis maestros:

Intervenir desde el conocimiento, conocer el contexto, no permitir que el capitalismo me discipline, buscar en la historia los interrogantes que hoy me preocupan y ocupan, denunciar la inmoralidad.

Relato:

Voy a rescatar otra historia de vida que vino a mi memoria cuando cité a Lacan en “En el nombre del padre”. Esta historia remite también a la frase final del párrafo anterior: rastrear la historia, conocer el contexto e intervenir desde el conocimiento más acabado al cual pueda se pueda arribar desde el Trabajo Social. Cada historia es única. Cada historia individual hace historia en la familia y la comunidad.

La historia de los Manolos (Manuel)

La primera muerte es la del abuelo Manolo de 90 años, un gallego de pura cepa. Sucede sin que nadie pueda definir las causas de defunción, solo se sabe que todos los días subía hasta una cruz que había en un cerro muy bajo en una localidad montañosa donde vivía con su único hijo y su familia.

Quizás fue por hipotermia, quizás se resbaló, cayó y se lastimó la cabeza, quizás alguien quiso robarle y lo empujó. La familia determinó que Don Manolo era tan bueno que se fue a morir solo y sin molestar a nadie. Obviaron pensar que bomberos, policías y ambulancias trabajaron arduamente durante más de 12 horas para

encontrarlo, bajarlo y asistir a sus deudos.

No pasaron más de 5 años para que el hijo del gallego Don Manolo, también apodado Manolo, se suicidaría colgándose de un árbol en el mismo camino a la cruz del cerro. Él no subía todos los días, solo los domingos, por cuanto el día que se suicidó era un clásico domingo de las clásicas familias argentinas, todos juntos reunidos para el almuerzo. Manolo hijo era un importante empresario del rubro gastronómico y hotelero, tenía una esposa con la cual estaba casado hacía más de 50 años, una hija viuda y tres nietas. También tenía un hijo, el tercer Manolo, que vivía en un país caribeño con su familia: esposa, un hijo y una hija.

El suicidio conmovió a toda la localidad. Eran las 12 del mediodía y no llegaba de su caminata. A las 13:00, la familia completa y vecinos -salvo su esposa porque era una mujer que recién había sido operada de la cadera- salieron hacia la montaña a buscarlo, así como la policía, los bomberos y una ambulancia que quedó en la base del cerro. Se hizo de noche y no lo encontraron. Se tejieron mil hipótesis: que tenía deudas, que se había fugado con una amante, que lo habían secuestrado. A primera hora de la mañana siguiente un baqueano lo encontró entre unas piedras, su cuerpo apenas se veía porque la rama de la que se había colgado se había quebrado y el cuerpo había caído en un lugar inaccesible por lo frondoso de los arbustos propios del cerro.

Después de una semana llegó al país el hijo que vivía en el extranjero. Conversando con él, escuchando su relato, me cuenta sobre la mala relación que tenía con su padre. Refiere haberse ido de la Argentina porque nunca sintió que su padre lo quisiera. También me comenta que siempre interfirió -su padre- en el amor incondicional que él y su madre se tenían, aunque ellos -hijo y madre- siempre encontraban la forma de encontrarse, en un

llamado, una carta o algún viaje por año.

Recuerdo dos cosas que me dijo y que sentí muy impactantes:

“siempre me hizo sentir que yo no cumplía sus expectativas”
y *“este hijo de puta no se suicidó, nos asesinó a todos”*.

A los dos años, el tercer Manolo se arrojó al vacío en un acantilado del mar y murió. Como con su abuelo y su padre, no dio ninguna pista. Fue buscado, se tejieron mil hipótesis, hasta que un pescador lo encontró entre las piedras.

Hace poco tiempo se comunica conmigo la mujer del Manolo nieto e hijo y con gran tristeza me comenta que Manuel (el último y más chico Manolo de esta familia) se había suicidado. Muerte por una sobredosis.

Cuatro varones de una familia muertos. Los sobrevivieron las seis mujeres. Quedaron rotas, son sobrevivientes de esos hombres muertos trágicamente.

¿Existió un origen de sentencia familiar suicida?, ¿el primer Manolo instaló el mandamiento suicida en los restantes tres Manolos?, ¿habrá habido otros Manolos anteriores?, ¿fue el gran monto de ira, resentimiento o perturbación emocional lo que hizo estragos en estos varones de la misma familia?

Aparece en esta historia una secuencia de muertes, sentimientos de culpa, violencia, la muerte como castigo para los y las sobrevivientes. ¿Podríamos decir que el segundo y tercer Manolo castigan con su afecto violento al objeto amado -la madre-?

Las muertes trágicas de los Manolos fueron dirigidas a otros, con una gran carga de ambivalencia entre el amor y el odio que los habitaba.

Decía el tercer Manolo:

“este hijo de puta no se suicidó, nos asesinó a todos”. Algo de esto es menester seguir pensando.

Capítulo 6

Adolescencia e Instituciones

“La única práctica lamentable del Trabajo Social es aquella que se acomoda a una cierta rutina, a la adopción invariable de las mismas medidas ante cualquier situación sin ninguna reflexión previa o espíritu de aventura”.

Mary Richmond

Los conceptos con los que desarrollaré este capítulo surgen de pensarnos a los/as Trabajadores Sociales como profesionales activos a la hora de intervenir con adolescentes que están sufriendo y que, a la luz de ese sufrimiento que los atraviesa, podamos darnos un espacio disciplinar de reflexión, debate, retroalimentación de experiencias, planteamiento de alternativas metodológicas y que esta actividad pueda tener impacto directo en el ejercicio de nuestra práctica cotidiana.

Estos conceptos son:

- La identificación del sujeto que demanda nuestra practica
- El reconocimiento del objeto por el cual intervenimos
- La definición del problema social que demanda nuestra intervención
- La construcción de marcos teóricos y metodológicos propios (lo disciplinar nos interpela para diferenciar lo que tomamos prestado para conformar una visión más clara de la realidad)

Ante la consulta sobre saber/hacer respecto a los suicidios o intentos de suicidio, todos los/as Trabajadores Sociales que nos

desempeñamos en Instituciones directamente relacionadas con adolescentes hemos coincidido en la falta de capacitación respecto a este tema y el desconocimiento de políticas de Estado para su prevención, asistencia y posvención.

Por otro lado, los/as responsables del Estado no muestran voluntad en la implementación de políticas públicas para revertir el aumento de estas conductas. Por el contrario, depositan mucha de la responsabilidad sobre los/as profesionales de la Salud, específicamente de la Salud Mental.

En este escenario, las y los Trabajadores Sociales observamos que nuestros Hospitales son puertas giratorias para los/as adolescentes con conductas autodestructivas y que no existe una política de Estado que realice un análisis epidemiológico integral para reducir daños y bajar los niveles de suicidio, por lo que se hace necesario revisar nuestra practica disciplinar, recopilar y analizar información de cada abordaje que hacemos con una persona que intenta matarse, no sólo para poder intervenir mejor con la próxima persona sufriende sino para visibilizar el sufrimiento ante un Estado ausente en esta problemática y llevar a cabo recomendaciones que resulten útiles al diseño y evaluación de políticas públicas destinadas a la prevención, asistencia y posvención de las conductas autodestructivas adolescentes.

Darnos el tiempo para examinar nuestras intervenciones, los procedimientos realizados, las herramientas utilizadas y atrevernos a comenzar a elaborar una sistematización y registro de cada caso nos permitirá identificar buenas y malas prácticas, indagar fortalezas y debilidades profesionales y personales, distinguir los factores multicausales, las barreras institucionales o los cuellos de botella por donde al Trabajo Social no se le permite ingresar.

Pero pese a la ausencia del Estado, los/as Trabajadores Sociales estamos provistos/as de lenguaje, confrontados/as a esta nueva emergencia y comprometidos/as con el dolor y sufrimiento de los/as adolescentes que intentan matarse.

La necesaria superación de la condición de pobreza asociada a patología

El/la usuario/a de nuestras intervenciones (niño/a, joven y su familia) llega a la consulta con dolor, sufrimiento, miedo y ansiedad (entre tantas otras sensaciones). Tan distante a veces que no puede participar en las decisiones para resolver las problemáticas que lo/a atraviesan (en algún punto y en ciertas situaciones nos vemos reflejados/as en quienes nos consultan). Llega con el estigma de pobre, pasivo/a o excesivamente activo/a, enfermo/a e incapaz para incluirse sanamente con el/la o los/as "OTROS/AS" en aquellas instituciones en las cuales -por su edad- deberían estar y ser parte.

Aparece aquí la primera contradicción, ¿es necesario bregar por la inclusión si el respeto por las diferencias fuera una condición natural? Cuán ligado sigue estando en el imaginario socio-profesional y en lo real aquello de que lo diferente debe ser integrado o incluido/excluido. Esto deja claramente establecido que hay adolescentes que por su sola condición de existencia en este mundo (aquello que les tocó en la rueda de la fortuna, capitalismo, neoliberalismo, etc.), deben encontrar referentes que los ayuden a estar incluidos/as e integrados/as. Entonces, y por sí sola, la condición de integración e inclusión no existe. Es un discurso, son posiciones políticas alejadas de la práctica profesional en Salud Mental y de la vida misma de quienes nos consultan.

Aceptar esta condición sin reflexionar al respecto es a las claras aceptar el sometimiento sin generar resistencia institucional. Esto implica ser funcional a la perpetuación de los mecanismos de dominación y de hegemonía, al mismo tiempo que promueve la construcción de una identidad del pobre como receptor de una práctica que muy pocos/as necesitan o reclaman y muchos/as son obligados/as a recibir como condición para permanecer en otras instituciones desde las que se los/as deriva; instituciones que también son parte del Estado por cuanto se extiende su deuda (la del pobre) y se mantiene la dádiva del Estado. Estamos hablando

de que en las Instituciones oficiales persisten en forma solapada la caridad y la filantropía como modelos de intervención.

Adolescencias

Partimos en primer lugar de entender que la condición de “adolescente” nos remite -como adultos/as- a la idea de que algo de ellos/as no lo vamos a entender y que ese algo, muy moderno e inentendible, nos puede descolocar. Si nos descoloca entonces nos ponemos en riesgo. Y si nos ponemos en riesgo, podríamos negar las diferencias naturales que existen entre los jóvenes y los adultos.

Por otro lado, los/as adolescentes sienten que habitan un mundo viejo en el que todo está hecho, al cual tienen que conocer y del cual tienen que apropiarse para estar incluidos/as, ya que al hablar de adolescentes, los/as adultos/as lo hacemos desde un lugar de experiencia (de los/as niños/as o jóvenes que fuimos) que nos permite comparar y calificar algo como mejor o peor, en tanto ellos/as, como adolescentes, no cargan con esta experiencia de los/as adultos/as y transitan el proceso sin la experiencia de haber sido adolescentes ni adultos/as. Sólo cuentan con su tránsito por la niñez cercana, tan cercana que casi no llegan a divisar la línea imaginaria que divide subjetivamente el proceso.

Con este análisis, ¿estamos definiendo a los/as jóvenes o estamos definiendo a los/as adultos/as?

Estamos intentando realizar un enfoque socio cultural del vínculo entre jóvenes y adultos/as en los tiempos que corren y las dificultades que atravesamos en este vínculo, a la luz de los profundos y vertiginosos cambios culturales con los que convivimos unos/as y otros/as. Y es en este contexto en el que los problemas de vieja y nueva data estallan. Y ese estallido trae aparejada la necesidad que tenemos como adultos/as de hacernos cargo de nuestros/as jóvenes, de desafiar las diferencias y

enfrentar, desde abordajes sanos, el malestar que ellos/as atraviesan, evitando las derivaciones a tratamientos innecesarios en Salud Mental, la judicialización, el fracaso escolar, las conductas autodestructivas y la vulneración de sus derechos ciudadanos.

Para finalizar esta primera aproximación a una definición de las actuales culturas juveniles, podemos afirmar que se trata de sujetos de derecho en este contexto histórico-social y económico y que habitan nuestro mundo circundante, que se construyen y reconstruyen en su identidad ciudadana en un ámbito hostil que los/as crítica y los/as enferma porque les tiene miedo o porque generan en nosotros, los/as adultos/as, un sentimiento dicotómico que va desde la acusación de “peligrosos/as” a la admiración solapada por la honestidad con la que son capaces de resistirse al sistema, aun haciendo uso y abuso de lo que él les provee.

Es necesario que nos miremos y los/as miremos como adultos/as, desde un posicionamiento ético-profesional y político que supere la brecha de lo diferente como peligroso, lo nuevo como improvisado y lo viejo como desechable.

De los Antecedentes a los Nuevos Escenarios de Trabajo Social en Salud Mental

El campo de acción de los/as Trabajadores Sociales de la Salud Mental, el campo tradicional, ha sido (hace mucho y allá lejos) un trabajo en una consulta muchas veces aislada e independiente, que consideraba al/a paciente y a su familia como únicos/as beneficiarios/as; un trabajo de mucha autonomía respecto de otras instituciones con las que sólo nos vinculábamos para aceptar derivaciones o solicitar recursos.

Sin embargo, en la actualidad el Trabajo Social clínico se encuentra grata, total y absolutamente vinculado a otras instituciones (escuelas, municipios, ONGs, obras sociales,

cárceles, empresas, etc.), que cuentan en sus grupos de trabajo con equipos interdisciplinarios relacionados con la Salud Mental y cuyo objetivo de contratación es que intervengan en su territorio con las incumbencias de los y las trabajadores/as formados/as en la academia para realizar su aporte disciplinar al trabajo de cada institución que los/as contrata.

Este nuevo paradigma de lo interdisciplinar como superador de lo disciplinar, como entrada a un mundo de nuevas intervenciones para lo complejo en estos nuevos contextos de trabajo en Salud Mental, tiene en sí mismo un rasgo contradictorio, ambiguo y plantea una batalla innecesaria, ya que no es en sí mismo crítico o revelador ni conlleva una propuesta que ponga en evidencia o formule respuestas que den cuenta de la resolución de los problemas institucionales o territoriales.

Descartar lo disciplinar por incompleto o simple e instalar lo interdisciplinar como potenciador de las organizaciones no alcanza, hace implosionar al grupo y/o explotar a la institución. Es una forma de disciplinar los conocimientos individuales y generar instituciones con compartimientos estancos que fragmentan la realidad en tanto buscan redefinir desde “un todos” nuevos objetos y métodos para intervenir, pero no transformar.

La ilusión de que ciertas disciplinas o modelos -médico hegemónico, psiquiátrico, pedagógico, etc.- podrían por sí mismos resolver los problemas de la sociedad, demostró ser sólo una quimera. Ahora bien, la superposición de muchas disciplinas tampoco resuelve la cuestión por el solo hecho de ser muchas sobre un mismo objeto de intervención. Sólo se constituirá en un modelo de intervención sólido cuando se consolide al interior de cada campo disciplinar la necesidad del otro, no como subalterno sino como complemento para lograr modelos de intervención lo más completos posibles; lógica que subyace en la construcción de conocimientos profesionales en una realidad que es lo suficientemente compleja como para no aceptar la simplificación que afirma que un modelo sólo es verdadero cuando no se contamina de otros modelos. Confirmamos

entonces que se necesitan muchas experiencias, muchos conocimientos y varias teorías para abordar la compleja trama de lo psicosocial. Eso, que precede desde lo disciplinar, dará lugar a lo interdisciplinar y se generarán nuevos criterios y formas de expresión profesional. Si resulta válido, dará lugar a lo transdisciplinar que se constituye sobre tres dimensiones estructurantes: lo económico, lo político y lo ideológico.

Esta situación impone un desafío para los equipos interdisciplinarios y específicamente para los y las Trabajadores Sociales tradicionales, quienes ahora deberán saber también cómo insertarse con otros equipos de trabajo conformados por distintos actores profesionales y no profesionales que forman parte de la red psicosocial en la que se encuentra integrada la persona/paciente/beneficiaria/usuario (formas con que se lo ha nombrado y se lo nombra al sujeto portador de sufrimiento y/o necesidad).

Se deberá reaprender entonces a relacionarse con profesionales de otros ámbitos del saber y, por otro lado, muchas veces a ser miembro activo en la conformación de esos equipos, ya que la práctica nos demuestra que ello se constituye como una tarea específica a nuestro campo de conocimiento.

Muchas instituciones mirando, muchos profesionales interviniendo y un mismo sujeto social sobreintervenido, sobreobservado, sobrevalorado, sobredeseído. Escenario que nos inunda y al que debemos cuestionar y desafiar. Es decir, a aquello que era lo “común” en Salud Mental se necesitará incorporar lo complementario, lo histórico social y lo actual, desde una intervención que atraviesa más que el plano de lo individual y familiar, para aparecer como una demanda organizacional o bien de las instituciones como parte de una misma comunidad que nos engloba a todos.

En un Ateneo Clínico que compartí con la Dra. Viviana Waisblat (psiquiatra infantil), ella decía que:

”...lo institucional deberá incorporar aquello que se instituye para que desde el acto reflexivo se transforme en un “instituido” y que puede ser sostenido con salud mental pese a las contradicciones que acarrea dentro de los equipos y las practicas disciplinares”.

El Trabajo Social Institucional se aquieta, se mueve, se muere, nace y renace. El cambio es la condición del crecimiento, o al menos una de ellas.

El cambio también forma parte constitutiva de nuestra profesión y es imprescindible poder atravesarlo. Tenemos herramientas poderosas: la reflexión, la palabra, la introspección, el pensamiento creativo y el deseo puesto en juego.

Cambia, todo cambia

Y por si esto fuera poco, también se han modificado radicalmente las presentaciones en la clínica social, que obligan a revisar permanentemente los conceptos aprendidos desde el marco teórico de referencia. Análisis, supervisión, ateneos y discusiones mediante, vamos batallando los escollos.

Las nuevas (no tan nuevas) legislaciones nos interpelan ideológicamente. Y a esta altura, para trabajar con adolescentes es condición ineludible revisar con honestidad el marco epistemológico de referencia para poder transformar-nos.

Alicia Stolkiner dijo una vez algo que me quedó grabado para siempre: si la escucha es un acto de hospitalidad, sólo es posible desde una posición de desamparo de nuestras certezas.

¿Los equipos interdisciplinarios consideran necesario enfrentar estos nuevos desafíos?

Los nuevos desafíos sociales complejos nos advierten que las políticas gubernamentales son muy contradictorias. Por un lado,

nos plantean el trabajo conjunto entre los distintos sectores o actores e instituciones de la comunidad en pos de un abordaje integral, mientras que, por otro, enfatizan que nuestra intervención en ASISTENCIA es un recurso que sólo nosotras/os estamos capacitadas/os para brindar. Es decir, debemos orientarnos (sin desorientarnos) a integrar: lo individual, familiar, comunitario, promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación; todo de una forma coordinada y sin rupturas.

También nos exige que trabajemos para recuperar la responsabilidad de la sociedad civil, la participación ciudadana y la bendita inclusión de los/as adolescentes excluidos/as. Bendita no es una palabra usada por casualidad. Lo bendito está ligado aquí a lo mágico, a lo improbable dentro de una disciplina científica. Bendita, como lo imposible que nos quieren hacer leer como posible; bendita como lo instituido sin que lo cuestionemos. Bendita para que nos quedemos quietos/as y aceptemos sin reflexión intelectual. Bendita es igual a sometimiento, que primero tensiona y luego genera malestar en las Instituciones y en los Sujetos.

Somos receptores (no pasivos) de un discurso ambivalente. Discurso en el que se subalterna un significante a otro, con el riesgo de que prácticas no objetivantes como el psicoanálisis o el trabajo social, puedan derivar en acciones que sí lo son. Aparece entonces lo que nunca desapareció, aquello que atraviesa todo y a todos, también a la producción científica, que es “la sacralización y el disciplinamiento” de aquellos que trabajamos con los más vulnerables. Abundan los equipos interdisciplinarios disciplinarizados en su hacer cotidiano.

Contexto Político 2015-2019

Salud - Adolescencia –Calidad de Vida

Al momento de terminar de escribir este trabajo, hacía apenas tres meses que finalizaba en nuestro país el gobierno del

Ingeniero Mauricio Macri. Su plan de gobierno fue inspirado en su antecesor neoliberal de los 90, Dr. Menem. Ambos proponían una economía competitiva, pujante y transparente. Macri le sumó su propósito de pobreza cero, plan maquiavélico que no sólo no concretó, sino que amplió la brecha de desigualdades y desencadenó el aumento desmesurado del “hambre” y la pobreza en la Argentina.

Al Macrismo poco le importó generar políticas asistenciales para este grupo etario, mucho menos aquellas que tuvieran que ver con la prevención.

Estamos finalizando una época política en la que se restringieron los derechos de los/as jóvenes sin que el Estado intentara atenuar siquiera las causas estructurales de un sistema obscuramente desigual. Al incremento de la pobreza adolescente le respondieron con un Estado pobremente asistencialista y altamente controlador.

A la acentuación de su situación crítica de vida o deseos de muerte instalaron el disciplinamiento para contrarrestar el reclamo de los/as jóvenes que con sus conductas autodestructivas visibilizan la ausencia de un futuro con posibilidades.

Se instaló una nueva doctrina, la meritocracia, discurso ideológico que brotó como constructo para esparcir el poder político y empresarial. Lamentablemente, este discurso ideológico generó empatía con ciertos grupos de la clase media. La meritocracia intentó sustituir en esos cuatro años de gobierno a la fuerza colectiva por sobre la base de que un sujeto podrá, en relación a los méritos adquiridos, consagrarse como un triunfador.

La consigna “¡felicidad, cambio, se puede!” fue un plan ideológico de la burguesía capitalista que, a través del encanto y la algarabía, intentaban solapadamente liquidar la lucha de clases. Desde esta concepción, invitaban a los emprendedores de clase media-baja a transformarse en exitosos a partir de su propio esfuerzo y a forjar un país a imagen y semejanza de los más poderosos.

Algunos de los indicadores que Macri nos legó:

- Aumento de los índices de pobreza e indigencia (el 30% de las chicas y chicos de entre 0 y 17 años que vive en Argentina son pobres, el 8,4% es extremadamente pobre).
- Despido de trabajadores/as
- Tarifazos y pérdida de empleo público y privado.
- Reducción de la capacidad adquisitiva de las capas medias y bajas
- Transferencia de miles de millones de dólares a los sectores concentrados
- Derogación de la resolución 1484 de septiembre de 2015 que propiciaba “asegurar el derecho a la protección de la Salud Mental de todas las personas, y el pleno goce de los derechos humanos”, establecido por la Ley de Salud Mental 26.657.

A partir de lo anteriormente citado, la única apreciación que surge es que fueron cuatro años lúgubres, tan lúgubres como el tema que estamos compartiendo.

Si bien he tratado de realizar una sistematización del momento epocal recientemente atravesado, lo leo como insuficiente, aunque alcanza para identificar las variables heredadas como causas que explican los efectos devastadores sobre las instituciones, los vínculos interinstitucionales, el desmesurado aumento de suicidios adolescentes y la falta de recursos para poder ejercer nuestra profesión en el marco de la defensa de los derechos humanos.

Puestas, así las cosas, quedamos a la espera de un plan de gobierno que sea suficiente y superador, que observe microscópicamente las problemáticas complejas y su incidencia en las conductas autodestructivas adolescentes.

Problematizar los dilemas es una tarea pendiente.

Capítulo 7

La Tecnología y las Redes: amigos inseparables de las y los adolescentes a la hora de informarse sobre métodos para intentar suicidarse.

Factores de Riesgo - Factores de Protección - Definición del SUJETO SOCIAL

En la actualidad podemos observar que un alto porcentaje de adolescentes con intentos de suicidio presenta iguales patrones en sus conductas: no pueden socializar, son violentos/as, no aceptan las reglas del contexto, se les hace imposible asistir y permanecer en la escuela, hablar con sus padres, tener amigos, hacer deportes, etc. Aparece cierto trastorno en el sueño; mejor dicho, pocas horas de sueño y muchas horas de estar conectados/as a la variada gama de redes que ofrece la tecnología. Pero todos esos malestares, sufrimientos, síntomas o como queramos llamar a los motivos de consulta que los/as trae a Salud Mental, no implican que estemos ante adolescentes aislados/as, encapsulados/as o en “otro mundo”. Estas nuevas adolescencias nunca están del todo aisladas, siempre tienen de amiga a “la tecnología”. Pero -y esto es una apreciación muy personal- los/as chicos/as quieren y necesitan tener amigos/as reales.

No interactúan en el contexto social, pero están conectados vía Internet. Tienen fobia escolar y hacen ataques de pánico, pero pueden aprender vía formato digital en sus casas. No dialogan con sus familiares cercanos, pero por WhatsApp todos los integrantes de la familia están en contacto, se dejan mensajes, suben fotos y videos, etc.

No tienen amigos/as reales o tienen muy pocos/as, pero llegan a tener cientos de amigos/as virtuales con los/as cuales

interactúan. No van al club a hacer deporte, pero dedican muchísimas horas a jueguitos interactivos en red.

Pese al uso indiscriminado de la tecnología y la supuesta felicidad que les otorga tener un celular o, por el contrario, que el no tenerlo los transforma en personas infelices, manipuladoras y tan feroces como gatos encerrados, las y los adolescentes reclaman otra forma de vincularse: el juego al aire libre en compañía de otros/as y en contacto con la naturaleza y los seres vivos. Reclaman y extrañan vivir en comunidad, con y para su comunidad. No les alcanza con ser parte de una comunidad virtual.

Los valores se han modificado. Esto que digo no tiene una connotación valorativa o de falsa o doble moral, en todo caso tiene que ver con mi ignorancia. Los momentos de encuentro familiar son cada vez más escasos y casi siempre el diálogo es interrumpido por un llamado o mensaje de celular o por la misma televisión. Vemos familias hiperconectadas, pero con poco dialogo interpersonal. Es habitual que cuando uno indaga al respecto de “¿qué hicieron ayer que fue domingo y todos estaban en casa?”, las respuestas más habituales no sean: nos juntamos primos, tíos abuelos, hicimos un asado... fuimos a la plaza... jugamos un fútbol. Lo común es que hablen de series de Netflix, de juegos interactivos, de chatear, de sitios de internet, etc.

En la práctica cotidiana se puede observar que los y las adolescentes que intentan suicidarse recurren a las redes sociales como Facebook, Instagram, Snapchat o WhatsApp para ser parte de comunidades virtuales en las que se “comparten” alternativas y métodos para suicidarse. El impacto que este tipo de redes sociales tiene sobre ellos y ellas es un fenómeno desproporcionado en relación a otras juventudes que tienen proyectos de conexión con la vida, aunque estén igualmente atrapados por las redes.

Los relatos de adolescentes que llegan a Salud Mental por intentos de suicidio expresan que se trata de una conexión que

saben que les hace mal, pero no pueden evitar enfrentarse a ese mundo en línea que exacerba sus ideas de muerte. Primero lo viven como un espacio en el que son entendidos/as, donde hay otros/as que sienten la misma desazón, que se muestran empáticos/as y calman por un rato tanto dolor. Al fin encontraron personas que atraviesan la misma situación, pero cuando se dan cuenta de que algo no es lo apropiado, que no les hace tan bien, no son capaces de tomarse un descanso digital porque ya están atrapados/as.

Esos espacios digitales les muestran la receta de una muerte perfecta, aseguran la letalidad del método, de más grave a menos grave, de más doloroso a menos doloroso, de mayor impacto social a pasar totalmente inadvertidos/as y, aunque este escenario les provoque miedo y los/as induzca a algo que todavía no tienen resuelto, cuesta mucho tiempo de trabajo lograr que corten esa interacción digital y que sus adultos responsables se animen a restringir el uso del celular.

Una de las cuestiones a tener en cuenta es que un alto porcentaje de adolescentes que intentan matarse suben su decisión a las redes. Algunos/as dan datos concretos sobre el método y el lugar y otros/as sólo informan acerca de la decisión. Esta situación ofrece la posibilidad de encontrar al/la adolescente y poder salvarlo/a, pero también conlleva la angustia de sus pares, quienes no saben qué hacer con esa información y estimula en los/as más vulnerables una puerta de ingreso a la puesta en acto de sus malestares.

Si bien no existe bibliografía que relacione directamente al suicidio o intento de suicidio con la tecnología, en tanto estos hechos son multicausales, es importante estar atentos/as a qué cosas consumen las adolescencias en internet.

El año pasado, Instagram y Facebook actualizaron su algoritmo y fortalecieron sus filtros de comentarios, utilizando técnicas automáticas de identificación de patrones de riesgo

El lingüista Noam Chomsky sugirió en cierta ocasión que nuestra ignorancia se podía dividir en problemas y misterios. Cuando abordamos un problema, puede que no sepamos su solución, pero tenemos intuición, un conocimiento cada vez mayor y ciertas ideas de qué andamos buscando. Cuando nos enfrentamos a un misterio, sin embargo, sólo podemos quedarnos mirando fijamente, maravillados y desconcertados, sin siquiera saber qué aspecto tendría una explicación.

Como plantea la Lic. Liliana González, lo escolar para estos adolescentes es sentido como una tortura, en tanto allí circulan los vínculos interpersonales, la palabra, lo social, el pensamiento, el lenguaje. La escuela no permite hacer zapping, ni doble clic.

En este punto, creo que el lenguaje humano nos permite expresar infinidad de ideas, informaciones y emociones. Entonces, ¿qué hacemos con lo que vemos?, porque la realidad es que todo es más fácil en la vida virtual, pero se va perdiendo el arte de las relaciones sociales y la amistad. Los grupos de amigos/as o las comunidades de vecinos *“no te aceptan porque sí, pero ser miembro de un grupo de en Facebook es facilísimo”*. Puedes tener más de 500 contactos sin moverte de casa, sin necesidad de ser simpático/a, tolerante, estar limpio/a, perfumado/a, ser solidario/a.

Relato:

A fines del año 2011 ingresa Paula al Servicio, quien en la actualidad se define como una cibernauta de 15 años.

A Paula la conocimos cuando iba a primer grado y fue derivada por Educación. En ese momento convivía con su madre (embarazada), su padre afín, su hermano de 11 años y su hermana de 4 años. Todos tiene padres diferentes.

El papá biológico de Paula está preso por homicidio, robo a mano armada y venta de drogas –no existe vínculo entre ambos-. En ese momento las necesidades materiales estaban satisfechas

La madre refiere que llora todo el tiempo. Berrinches. Celos. Estado de ánimo variable.

El informe de la escuela dice: dificultades para relacionarse con pares, no hace nada de las actividades, pobre representaciones en el juego. Sentimiento de temor hacia el padre de su hermana menor. Disociación, inestabilidad, regresión, depresión, sexuación.

Segundo ingreso.

Concurre su mamá. Está en tercer año del secundario. Convive con su madre, sus tres hermanas. La madre se divorció -hace tres años- del padre de sus tres hermanas menores. Separación conflictiva, violencia de género, judicialización por tenencia de hijos y por bienes materiales.

Existen en este momento graves necesidades materiales, la madre trabaja en el mercado informal. Los ingresos no alcanzan. La alimentación es a base de harinas.

Al momento actual Paula presenta fugas del hogar a repetición. Pelea con todos, tanto en la casa como en la escuela. Sus hermanas y sus compañeros le dicen “gorda”. Se corta en la casa y en la escuela. Se lleva todas las materias y repite. No tiene amigos/as, su único y mejor amigo es el celular. Le gustan las chicas y los chicos, pero nadie gusta de ella. Paula sufre mucho.

Se comunica el equipo Educación con Equipo de Salud. Preocupación en la escuela, malestar entre sus compañeras/os y docentes. Conductas imitativas de

otros/as adolescentes. Paula cuenta en las redes sus intentos de suicidio.

Visita la cárcel a ver al padre y lo muestra en las redes, las imágenes son de felicidad y de fascinación de que otros se enteren que está en la cárcel con su padre preso. En su espacio de Salud cuenta que no le gusta ir, que le da miedo, la angustia y la avergüenza. Preguntada por qué no evita subirlo a las redes, responde que *"es necesario que todos sepan la vida de mierda que tengo"*

La mamá refiere verla desganada, angustiada. Aparecen dificultades para dormir, deambula de noche y está muchas horas con Internet, consume música, series y grupos de chat que incitan a la muerte. Come mucho y se autoprovoa el vómito.

Paula dice que le dan ataques de nervios que no son normales y se desahoga cortándose. Lloro y se angustia mucho. Refiere miedo a la muerte, pero quiere morir. Dice que les hace mal a otras personas, que la mamá sufre por su culpa. *"Era muy amiga de una chica del barrio que se suicidó, pero no quiero terminar así"*. *"Estoy cansada de ver mal a mi mamá"*. *"Extraño a Pedro (hermano mayor) Ahora no está"*. Pedro está preso por venta de drogas y robo a mano armada.

Le preocupa mucho la opinión de los demás. Idea de muerte latente. Cortes, ingesta de medicamentos y fugas del hogar.

Abandona el tratamiento y transita por diferentes profesionales en el privado, cambiando continuamente y sin sentirse bien con nadie.

Diversos ingresos por Guardia por conductas autodestructivas: cortes muy profundos que hubo que suturar, ingesta de veneno, ingesta de medicamentos, auto y hétero agresión. Ante situaciones de conflicto es

muy reactiva y violenta, pero inmediatamente después de insultar y/o pegar se siente culpable, se angustia y vienen las ganas de cortarse. *“ver como la piel se abre y la sangre chorrea...eso me calma”*.

En uno de los ingresos por Guardia relata que tiene mucho miedo, que fue a una Iglesia y que fue parte de un ritual de exorcismo donde la inducen a tomar sangre, *“me dicen que Satán está en mi cuerpo”*. Se desorganiza, dice escuchar voces que la incitan a matar al Satanás que está dentro suyo.

Se utiliza el dispositivo de internación en varias oportunidades. Intenta matarse dentro de la internación, se fuga, intenta tirarse de altura.

Factores de Riesgo - Factores de Protección

A continuación describiré, a partir de mi experiencia de trabajar con adolescentes que intentan matarse, los factores individuales y socio familiares que considero de riesgo y aquellos que han sido factores protectores a la hora de asistirlo/a y lograr que remitieran las conductas autodestructivas.

Lo más interesante es compartir signos de alerta, lugares por donde incluir la escucha social, qué datos son significativos en esa escucha y cuáles son los aportes interesantes y complementarios para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento.

Rescato como muy importante -y como signo de alarma- la falta de conciencia de riesgo de la familia, así como también la falta de arrepentimiento del/la joven que intentó matarse, la ausencia de miedo y el enojo por no haber logrado su cometido.

Es peligroso no manifestar arrepentimiento o alivio de no haber muerto.

La indiferencia de la familia del/la adolescente ante este tipo de hechos nos ubica ante una situación grave que debe ser abordada desde la interdisciplina y la interinstitucionalidad. Ante la falta de conciencia de riesgo, es muy probable que el/la joven reintente su plan macabro y refuerce las medidas para no ser descubierto/a.

Factores de Riesgo

Contexto Socio Familiar:

- Antecedentes previos de Intentos de Suicidio.
- Consumo de sustancias tóxicas.
- Antecedentes de familiares que se han suicidado.
- Antecedentes familiares con Intentos de Suicidio.
- Antecedentes de violencia familiar y maltrato.
- Antecedentes de abuso sexual.
- Muerte de algún familiar cercano al adolescente.
- Falta de registro de gravedad de los adultos responsables. Naturalizan el episodio o lo definen como un llamado de atención y no buscan ayuda.
- Red familiar escasa. Familias monoparentales y excesiva responsabilidad del/la adolescente respecto a hermanos más pequeños, la economía doméstica y la dinámica familiar.
- Familias encapsuladas, con poca o nula red social, desprecian toda posibilidad de vínculos familiares o de amistad. Exaltan a la competencia y el aislamiento (casi siempre, en este tipo de familia que asfixian al adolescente, existen enfermedades psiquiátricas graves que son descubiertas cuando se produce el intento de suicidio)

- Padre, madre, hermanos o abuelos presos por delitos graves: asesinato, violación, narcotráfico, etc.
- Necesidades básicas insatisfechas.
- Prostitución.

Contexto Social y Educativo:

- Aislamiento, con poca o nula red de amigos/as. Dificultades para vincularse afectivamente.
- Consumo excesivo de conexión a las redes sin supervisión de adultos.
- Cultura musical, de lectura, series o películas que naturalizan la muerte y dan recursos para la letalidad del acto.
- Antecedentes de compañeros/as o amigos/as que se han suicidado.
- Pertenencia a grupos cibernéticos en los que se exalta la muerte.
- Bajo rendimiento escolar. Repitencia. Ausentismo.
- Alto nivel de exigencia escolar e intolerancia ante la frustración.
- Concurrencia a espacios pseudoreligiosos en los que se exalta lo mágico y se desafía la muerte. Ritos de alta agresividad.
- Impulsividad, episodios reiterados de auto y heteroagresividad.
- Explotación sexual

Métodos Utilizados (de alta a baja letalidad):

- Ahorcamiento. Alto riesgo.
- Lanzamiento de altura. Alto riesgo.
- Armas de fuego. Alto riesgo.

- Intoxicación con veneno. Alto riesgo.
- Lanzarse a la calle con intención de ser arrollado/a. Alto riesgo.
- Intoxicación con psicofármacos. Riesgo alto si es en grandes dosis, si fue planificado, si se mezcló con grandes dosis de otros medicamentos, con alcohol, veneno y/o drogas. Baja el riesgo cuando el consumo es en pequeñas dosis.
- Heridas cortantes en brazos, piernas, pliegues de los senos. Disminuye el riesgo en cuanto los cortes son en menor cantidad y en menor profundidad.

Factores de Protección

- Familia contenedora, preocupada y ocupada.
- Familia con signos de alarma.
- Red familiar ampliada.
- Disponibilidad familiar para acompañar en un tratamiento y hacer individualmente un tratamiento. Posibilidades de repensar su lugar de padre, madre, hermano/a de la persona que realizó el intento de suicidio.
- Necesidades básicas satisfechas.
- Buena organización de la dinámica familiar o recursos para modificarlas a partir del evento de intento de suicidio.
- Recursos personales para poner límites desde el afecto.
- Lugar del adulto y lugar del adolescente diferenciado.
- Integración social, educativa, recreativa y cultural de la familia y el/la adolescente.
- Capacidad de la Escuela para alojar al/la adolescente sin censurarlo/a o estigmatizarlo/a.
- Capacidad de todos los adultos responsables (instituciones que trabajen en pos de asistir o restituir derechos vulnerados) sobre las nuevas culturas juveniles y el manejo de herramientas teóricas y metodológicas para asistir al adolescente que sufre, desde una escucha activa y una mirada empática que sustituya el miedo. La NO

estigmatización como enfermo/a es uno de los medicamentos más potentes.

¿Cómo son los adultos que cuidan o descuidan a estos adolescentes?

La clínica nos enfrenta con cuidadores familiares o institucionales con pocos o nulos recursos materiales y simbólicos.

Son/somos adultos que padecen/padecemos de un dolor inconmensurable, materialistas existenciales, consumidores irrefrenables, miserables en la pobreza o en el deseo inmediato de alcanzar un objetivo tras otro sin que medie el tiempo necesario que dé lugar a sentir el placer de lo adquirido o el fracaso por lo no logrado.

El éxito adulto se mide en ganancias producidas y méritos reconocidos en detrimento de instantes de felicidad, momentos de disfrute de la vida o aprendizaje construido.

La pesadilla deja de ser parte de un sueño del adulto para transpolarse como realidad concreta al análisis que se hace sobre los costos/beneficios de continuar arrastrándose en una vida que se hace o se siente como insoportable.

La diferencia es que lo insoportable se puede soportar en la vida madura porque hay una vida vivida entre el sufrimiento y las satisfacciones cotidianas. Si no fuera por esa cuota de contradicción y de experiencia acumulada, casi que la realidad sería sentida como una derrota cotidiana igual a la que padecen los/as adolescentes que intentan matarse.

Pero, ¿cómo receptan ese sufrimiento adulto los/as adolescentes?, ¿cómo tramitan sus culpas, exigencias, amores, desamores, odios?, ¿cómo cargan con su desesperada vida llena de necesidades?

Los/as adolescentes no pueden hacer frente a un mundo hostil que se presenta como un ogro que los devora si no cuentan con

cuidadores/as medianamente sanos/as, incluidos/as en el sistema, productores de seguridad y protección hacia las infancias de las que son responsables.

Es de suma importancia seguir trabajando desde el Trabajo Social sobre la definición de Sujeto y la construcción de una escucha activa y crítica del/a adolescente que quiere matarse o no quiere seguir viviendo atravesado/a por el sufrimiento, escuchar el relato de su familia y comprender empáticamente su contexto. La intervención desde el Trabajo Social es, a veces, el primer o último refugio antes que un/a adolescente agobiado/a se tire a un vacío que desconoce pero que supone mejor que las certezas que lo/a atraviesan. Como afirma Alfredo Carballeda:

“Escuchar en términos de intervención, implica acceder a un proceso de comprensión y explicación que intenta organizar los sentidos, pautas, códigos, implicancias, y perspectivas de quien está hablando. Como así también una búsqueda de elucidación y revisión crítica que conforma las circunstancias, valores y perspectivas del que está escuchando. La posibilidad de visibilizar y reflexionar sobre el poder de la escucha, el silencio y las palabras en todo proceso de intervención, puede proveer de más instrumentos para comprender, explicar y hacer, entendiendo a ese Otro, en este caso el niño/a como sujeto de derechos. Es importante recuperar la noción de relato como constructor de sentido. Así, la escucha, tiene la posibilidad de salir de los lugares establecidos, adentrándose en otros donde la interacción no implica sometimiento”.

Sujeto Portador de Necesidades y Carencias

La idea de definir al SUJETO que demanda nuestra intervención profesional surgió como una necesidad en el marco del trabajo de diseño de una capacitación disciplinar sobre este tema junto a la colega Lic. Gabriela Viñas.

Después de analizar casos clínicos, revisar marcos teóricos, valorar intervenciones interdisciplinarias e interinstitucionales, llegamos a la conclusión que era de suma importancia entender quién era ese SUJETO del que veníamos hablando y a partir de qué

esquema formateábamos conceptual e ideológicamente esa definición.

Fue un tiempo de rico intercambio, de revisar la práctica y los dogmas que nos atravesaban; de poder desentrañar que algunos conceptos que manejamos cotidianamente no poseen rigor científico previo. Con nombrarlos así no nos alcanzaba. Debimos parar para luego avanzar y llegamos a estas conclusiones,

SUJETO SOCIAL es:

- Quien lo dice, lo que dice, desde dónde lo dice.
- Quien lo escucha, desde qué lugar político lo escucha, cómo resignifica esa escucha y en qué sentido es capaz de interpelar e interpelarse a la hora de dar cuenta a través de la intervención de todo aquello que escuchó.

Finalmente, con mi querida colega pudimos desenmarañar que el Sujeto Social es -para el Trabajo Social- una construcción, es producto de su historia y de la historia en general. Del amor o desamor con el que advino a este mundo.

De las posibilidades o imposibilidades materiales y simbólicas con las que el contexto lo/a alojó, porque nuestro Sujeto Social de intervención es una construcción política, colectiva -nunca individual-.

Es cultural, en tanto NO es un Sujeto terminado, sino que se va construyendo en un mundo cargado de significantes muy complejos y que mutan permanentemente.

Falsas intervenciones y la premisa de hacer el menor daño posible

Relato:

Lara

Hace dos años un colega de Educación llama desesperado al Servicio Infanto Juvenil solicitando

evaluación urgente para una niña de 13 años que tiene ideación suicida.

Se organiza inmediatamente la entrevista de admisión en Salud a cargo de un Psicólogo, un Trabajador Social y una Psiquiatra.

Llega Lara acompañada de su mamá y papá. Los tres estaban muy asustados y referían no saber por qué estaban allí. Toma la palabra el padre y relata que el día anterior decidió ponerle un límite a su hija, restringirle por una semana el uso del celular porque no conversaba con ellos, estaba todo el día cansada y apática, no dormía de noche y se pasaba largas horas conectada a las redes, contexto que no favorecía su desempeño escolar ni su vínculo familiar o de amigos.

Ante las palabras del padre, verbosamente la adolescente cuenta que, enojada con su padre porque le quería sacar el teléfono por una semana, decide tirarlo violentamente contra la pared antes que dárselo al padre, destrozando el dispositivo.

La madre no puede hablar, sólo llora.

Lara miraba a su mamá con mucha tristeza, le tocaba tímidamente la pierna, como temiendo que rechazara el contacto físico.

Al padre lo miraba con bronca, enojo. Casi seguro, quien lea este relato podrá imaginar la cara de una adolescente que odia y ama a ese hombre que le pone límites desde el amor, que le saca un celular porque siente que ese objeto los separa, a ese hombre que le instala la contradicción más absoluta: AMOR-ODIO

El padre sigue su relato, intenta mostrarse tranquilo, no mira ni a su compañera ni a su hija. Su mirada está direccionada a los/as profesionales. Dice: *“cuando vi el celular roto le dije –vos te embromas, te lo iba a suspender por una semana y ahora directamente ya no tenés celular porque vos decidiste romperlo”*.

Acto seguido dice haber mandado a su hija a la habitación y toda la familia se acostó a dormir.

Ante la seguridad que emanaba de las palabras del padre y ciertas intervenciones profesionales, la madre comienza a armarse, deja de llorar y dice que a media mañana fue llamada desde la escuela con carácter de urgente por la directora, quien le refirió que su hija tenía claras intenciones de suicidarse, que compartió en las redes sociales su intención de matarse. Que gracias a la mamá de un compañero de su hija se habían enterado de la grave situación y que debían concurrir a nuestro Servicio en el día de la fecha a las 15:00.

La madre desesperada y sin entender nada de lo que estaba pasando llamó a su marido y le informó lo sucedido. Organizó con sus familiares para que retiraran a sus otros hijos de la escuela, emprendiendo el viaje (claro, obvié en el relato referenciar que vivían en un pueblo que queda a 30 kilómetros de nuestra localidad). En el camino, ninguno de los tres entendía que estaba pasando, el miedo era un sentimiento compartido, hasta que Lara les preguntó *¿a dónde vamos?, ¿qué pasa?* La mamá le respondió: *"vamos a hablar con una psiquiatra porque vos te querés matar"*.

Lara los miraba sin entender y así continuaron el viaje, en silencio, con miedo. Ellos no entendían y nosotros no entendíamos.

El Trabajador Social le pregunta: *¿Qué pasó Lara?* – *"nada, escribí en Facebook me quiero matar, rompí el celular, me peleé con mi papá y lo tiré contra la pared,"*

¿La psicóloga le pregunta – *"Lara vos pensaste anoche en matarte?"*

- *"¡¡NO!! Fue sólo una forma de decir, ¿ustedes nunca dijeron: me quiero matar o me quiero morir cuando algo les sale mal?"*

Ante este relato, las preguntas que surgen son, ¿ustedes creen que un padre y una madre que reclaman atención de su hija merecían pasar por esta situación? ¿Lara merecía ser llevada a un Servicio de Salud Mental? ¿Qué pasó con los espacios de escucha territorial? ¿Qué espacios de saberes están faltando?

HACER EL MENOR DAÑO POSIBLE. Estimados/as colegas cualquier intervención desde el miedo atrapa y no nos deja pensar. Debajo de cada palabra de un/a sujeto/a asustado/a hay otras palabras de alguien más asustado/a, sólo necesitamos saber escuchar.

Capítulo 8

La posvención y el Trabajo Social campo de intervención - campo de tensión

Entendemos al Trabajo Social como una profesión basada en la práctica, como una disciplina científica con una marcada “teoría ideológica”, en la medida que NO proponemos el conocimiento por el conocimiento mismo, sino que nuestros objetivos de intervención proponen operar sobre el objeto. Los y las Trabajadores Sociales siempre debemos ser accesibles, nunca insensibles; debemos estar dispuestos/as, nunca mal predispuestos/as; debemos contar con la información y los recursos necesarios, aunque no tengamos ni capacitación ni recursos y, por último, aunque lo anterior ya es agotador, debemos demostrar alto compromiso con la situación dilemática, aunque nadie o muy pocos/as se comprometan desde lo comunitario.

Nuestro campo teórico es fundamentalmente ideológico, dinámico y pone en tensión las contradicciones de los vínculos y las relaciones sociales de los sujetos que demandan nuestra intervención y las instituciones en las que somos contratados/as para realizar nuestra práctica.

El Trabajo Social no siempre se asienta sobre una comprensión fundada teóricamente en la realidad, una actitud crítica y una estrategia metodológica de intervención planificada de la complejidad del campo problemático en el que vamos a intervenir.

Es en este escenario incierto donde los y las TS podemos y debemos parar y revisar nuestras fortalezas y debilidades y valorar la ausencia del Estado, la incidencia que tiene en nuestro campo de intervención el desfinanciamiento y los recortes de los

dispositivos con los que deberíamos contar a la hora de intervenir en sucesos trágicos.

En el tema que se está planteando no existen estadísticas, los datos son informales, los registros de defunción incompletos o imprecisos, existen serias dificultades para el registro de los intentos de suicidio como tales y hay un desordenado sistema de registro entre los datos de la Policía, la Justicia, Salud y el boca a boca del territorio.

El Trabajo Social es doblemente castigado:

- Como prestadores/as u operadores/as de servicios que ofrece el Estado, la práctica cotidiana nos enfrenta a intervenciones sin recursos o en las que el único recurso es nuestra capacidad para garantizar cierto nivel protección de los más vulnerables apoyándonos en las legislaciones vigentes sin instrumentación real y en la protección de los derechos humanos.
- Como trabajadores/as asalariados/as hemos sido -y somos- protagonistas de las más descarnadas formas de contratación, ofertas laborales vacías de derechos en las que el Estado es nuestro primer y casi único empleador, situación asimétrica que nos dispone en un campo de tensión en el que es muy difícil ubicarse, encontrar un horizonte, rebelarnos, cuestionar, etc. Muchas veces, escuchar a un/a colega implica capacidad de empatía y posibilidad de empoderarlo/a para que resignifique su práctica sin quedar atrapado/a en una telaraña legitimada desde la necesidad de estar en un trabajo que le permita satisfacer sus propias necesidades materiales y simbólicas.

Así las cosas, la **POSVENCIÓN** como dispositivo posterior a un hecho trágico es un escenario de intervención con pocas definiciones e información de nuestro campo científico. Los datos

no son del todo precisos y existe bastante ambigüedad en cómo se presenta el problema y las respuestas que estamos en condiciones de ofrecer desde nuestro rol como integrantes de un equipo interdisciplinario en una institución.

A modo de ejemplificar, relataré una experiencia que compartimos con la Licenciada Ileana Martín (psicóloga). Nuestro Servicio fue convocado para trabajar con los y las docentes de una Escuela a la que concurría un adolescente que se suicidó y donde en forma conexas se dieron una catarata de intentos de suicidio, algunos muy graves y con riesgo de vida y otros leves, pero no por eso menos importantes. El adolescente que murió era su alumno y era nuestro paciente. Los y las adolescentes que hicieron pasajes al acto posterior al suceso trágico de su compañero eran sus alumnos/as, eran y son nuestros/as pacientes o usuarios/as.

Ir a esa Escuela y escuchar la angustia de los/as docentes nos exigía como personas y profesionales una provisión extra. Poder hacer “algo” con ellas/ellos nos demandaba de una reserva, un plus, frente a aquello que a nosotras también nos movilizaba y nos dolía. Igual fuimos sin conversar con el resto del equipo las dudas y el miedo que nos daba enfrentar esta situación. Es más, ni siquiera lo conversamos entre nosotras. Preparamos un powerpoint con dudosos datos estadísticos locales, provinciales, nacionales y globales. Armamos un esquema conceptual y teórico de los factores de riesgo y de protección y arrancamos a enfrentar esta nueva manifestación de la demanda. No nos detuvimos a pensar qué efectos iba a producir en ellos/as y en nosotras. No especulamos con qué producto experimental y teórico nos conducíamos y cómo hacíamos andar esta nueva función de la Posversión sin que ello implicara un salto al vacío.

En nuestro Servicio trabajamos instaladas en “lo reflexivo”. El pensamiento y el lenguaje son nuestra reserva natural. Lo instituyente (de adentro y de afuera) expresa con su lenguaje “lo condicionado”. Ese encuentro fue movilizador, doloroso y enriquecedor. No por ello fue recomendable. Su angustia y la nuestra pudo enlazarse.

Lo **institucional**, lo **instituido** y lo **instituyente** fueron el objeto para compartir activamente la infinidad de variables existentes entre lo que nos condicionaba, para que pudiera ser el condicionante o, por el contrario, pudiera transformarse en nuestra condición de existencia profesional/ institucional. Pasivos o activos, dos caras de una misma moneda.

Después de esta experiencia fue necesario detenernos y pensar en tanto los intentos de suicidios y los suicidios adolescentes nos atrapan en un círculo en el que la necesidad de responder a la demanda es inmediata, es urgente y hace mucho ruido individual, familiar, institucional y social.

Cuando el síntoma es reiterado, las condiciones familiares son adversas e inciden en la organización de “lo social”, la prioridad de las instituciones que nos contratan es la de actuar, generar recursos y satisfactores, trabajar interdisciplinariamente e interinstitucionalmente.

Lo urgente no da lugar a dimensionar el fenómeno social, a delimitar el objeto de intervención, evaluar carencias y construir respuestas factibles.

Otra vez aparece el Estado ausente y los/as trabajadores/as intentando dar las respuestas que éste omite y las /os trabajadoras/es, en forma omnipotente, respondemos.

¿Qué hacer ante los hechos trágicos?

Lo que se haga después es tan importante como lo que se pudo haber realizado antes, pero no se hizo. Los/as amigos/as, familia, docentes, comunidad y los profesionales de salud entramos en un espiral de emociones encontradas: enojo, decepción, confusión, culpa, angustia, sentimiento de responsabilidad, miedo a que se transforme en una problemática a la que no podamos responder, etc. Luego de un hecho trágico, quedan los y las sobrevivientes.

Todo suicidio es tenebroso, tortuoso, deja incertidumbre y un halo de misterio. Misterio que nunca podremos develar porque quien ha cometido el acto trágico se ha llevado consigo las respuestas, o no, pero es un acto difícil de aceptar y muy complicado para comprender, salvando la distancias entre lo que siente un profesional de la salud, de educación y la familia o amigos/as.

En la Escuela

El suicidio o intento de suicidio adolescente marca, entre los/as adolescentes cercanos/as a quien cometió el episodio trágico, un escenario de grupo vulnerable, por cuanto se sugiere hablar, no negar la situación y menos aún ocultarla, desarticular el murmullo y acercar información certera, evitando dar datos que asusten aún más.

Usar un lenguaje adecuado (nunca se debe decir “suceso o acto exitoso” a un suicidio).

Desarrollar dispositivos que tiendan a mejorar el clima de la comunidad educativa.

Generar talleres para docentes, alumnos, padres y grupo de gestión institucional, en los que circule la palabra, se expresen los sentimientos y se ofrezcan módulos de apoyo.

Capacitar a los adultos para que puedan monitorear las expresiones de angustia y conductas alarmantes, estar atentos/as a las expresiones que los/as jóvenes comparten en las redes respecto al hecho traumático (este seguimiento también lo deben hacer los padres o adultos responsables) y contar con un grupo profesional de Salud Mental para supervisar toda situación que provoque dudas.

La Familia

La familia debe ser contenida en caso de que lo pida, en tanto al no ser una muerte natural sino una muerte trágica y autodeterminada, la entrega del cuerpo, la ceremonia de velatorio y entierro, estarán supeditados a situaciones que aumentan el dolor: interrogatorios, investigación legal, etc. Es decir que, una vez consumado un suicidio y estar atravesando el dolor y la pérdida de un ser muy querido, todavía le queda a esa familia un largo camino antes de que le entreguen el cuerpo.

Los familiares están agotados, devastados, enojados, tristes, decepcionados, con sentimiento de culpa, con miedo que alguien más de la familia repita la acción. Es una situación de mucha violencia por cuanto se debe dar lugar a que los familiares expresen sus miedos y sentimientos, asegurándoles una red de Salud Mental que los contenga si es necesario y si lo demandan. Y en el caso en que no lo pidan, hay que permitirles hacer el duelo como ellos/as quieran y puedan.

Los profesionales de Salud

Como Trabajadora Social y parte de un equipo profesional, lo institucional me aloja, en tanto la práctica disciplinar es llevada a la práctica en Salud Pública - Hospital Polivalente y Servicio de Salud Mental Infanto Juvenil.

Partiendo del concepto de cosa establecida o fundada, la Institución que nos contrata nos imbrica, somos parte y por lo tanto conformamos un entramado complejo en el que existe un discurso hegemónico y casi siempre positivista que espera de los y las trabajadores resultados traducidos en números que conduzcan a marcar la eficacia.

Desde el Trabajo Social es posible desafiar la cosa fundada. De hecho, es lo que se pretende visibilizar en este texto. Pero esto

ofrece enormes dificultades a la hora de actuar en episodios trágicos.

El Equipo de Salud también se angustia, se autocuestiona las intervenciones, aparecen sentimientos de responsabilidad, estrés, miedo a una denuncia por mala praxis, pasar a ser parte de una investigación legal, etc. La muerte de un/a adolescente nos hace transitar, al interior del equipo y hacia el afuera, tiempos de rupturas, continuidades y discontinuidades.

Los Medios de Comunicación

La Defensoría del Público³ cuenta con recomendaciones para el trato responsable en los medios de comunicación ante sucesos trágicos (casos de suicidio).

Entre algunas de las recomendaciones se puede destacar que no se debe dar información de la familia, ni publicar fotografías o nombres del/la adolescente. No exponer ante la opinión pública el método o detalles específicos del suicidio o intento de suicidio. No utilizar conceptos religiosos o culturales. No sensacionalizar la información. No describir al hecho en términos de éxito o fracaso (“el suicidio ha sido exitoso”, “la tentativa de suicidio ha fallado”), en tanto la obtención de la muerte no es pensable en términos de conquista. No ubicarse en el lugar de jueces y designar a posibles culpables. Direccionar la información hacia especialistas o autoridades de Salud.

Por otro lado, se establecieron líneas de ayuda para personas en crisis. En La Pampa existe desde hace más de 20 años la línea de Atención de Personas en Crisis - Línea 136.

Se recomienda que los profesionales del Trabajo Social estemos al tanto de la línea de cada localidad donde nos

³ *Es importante conocer estas recomendaciones y ante la presencia de la prensa, hacer extensiva la información que aparece en el siguiente link: <https://defensadelpublico.gob.ar/recomendaciones-para-el-tratamiento-responsable-de-casos-de-suicidio/>*

desarrollamos profesionalmente para difundirla, ya que es un recurso eficaz que se encuentra disponible las 24 horas del día, los 365 días del año. Y es gratuita.

Rol del Estado

*Ya me siento mejor
porque me ayudará el Estado.
Ya me siento mejor: ¡Mejor me siento a esperar sentado!
La vida es hermosa.*
Les Luthiers

Ante este tipo de contingencias, el Estado debería ser garante y ofrecer dispositivos de asistencia, contención y posvención para responder a cada una de las necesidades que presenta la escuela, la familia y el equipo de salud. Y ser también el revisor de la información que se brinda en los medios de comunicación.

Le incumbiría contar con la disponibilidad de un equipo profesional formado para dar respuesta en el territorio donde se expresa la demanda.

Mostrar compromiso y ser accesible ante las necesidades de una comunidad.

Entrenar y formar a profesionales de todos los ámbitos (salud, educación, desarrollo social, policía, etc.) para prevenir los suicidios adolescentes.

Mejorar los niveles de investigación epidemiológica.

Generar una política de Estado frente al aumento de los suicidios e intentos de suicidio es garantizar una intervención anticipatoria y forjar conciencia colectiva ante el riesgo.

Se requiere un Estado que articule, entre todos los ministerios, la corresponsabilidad que contempla a unos y a otros cuando un/a joven se suicida o realiza un acto autodestructivo que pone en

riesgo su vida y despliega un abanico de malestares que es necesario atender desde todos los ámbitos.

“Esa situación de urgencia y de respuestas inmediatas no nos da lugar a pensar las diferencias existentes entre lo singular de cada caso y lo estructural que atraviesa nuestro escenario de intervención. Reconocer estrategias propias a nuestro campo, implica la acumulación previa de herramientas teóricas y metodológicas que se anticipen con la mayor precisión posible a la hora de intervenir en situaciones críticas con un “saber-hacer” desde nuestra especificidad”. (García Salord, 1998)

Para finalizar, y a la luz de las fortalezas y debilidades expresadas en este capítulo, considero oportuno explorar la práctica disciplinar a partir de las modificaciones que se han originado al interior de la profesión con las legislaciones vigentes y sin instrumentación.

Esta situación se presenta como un paradigma.

Lo social se ha modificado, podríamos decir que está “en jaque”, en tanto se modificó radicalmente la idea de rol del Estado en Salud, el rol de las Instituciones de Salud Mental y el lugar que juegan los diferentes actores/ciudadanos, ya sean trabajadores/as o pacientes/usuarios/as. Esto no quita que a esos cambios los consideremos **logros**, en tanto las nuevas Leyes son parte de un proyecto/proceso que pugna por devolver derechos vulnerados. Pero esos derechos por los que trabajamos no se visualizan en nuestro espacio público laboral, tenemos pocas posibilidades de decidir, de institucionalizar derechos y de crear nuevas herramientas que nos permitan mejorar el modo intervenir, cuestión que nos deja con la sensación de que no trabajamos en bienestar ni transmitimos bienestar en nuestro espacio, el mismo espacio y contradictoriamente en el que sigo sintiendo “orgullo de pertenecer”.

Capítulo 9

La prevención de los suicidios e intentos de suicidios adolescentes como Política de Estado

Para finalizar, creo importante compartir algunas de las premisas que considero podrían mejorar el actual escenario de muerte de los y las adolescentes o los intentos que ellos y ellas hacen para mostrarnos que están sufriendo y que algo de nosotros/as esperan para tener un futuro con mayor calidad de vida.

Así las cosas, pensar desde el TS en la prevención de estos sucesos es realizar acciones para advertir a las autoridades de las Instituciones en las que nos desempeñamos acerca del aumento desmesurado de jóvenes que se matan o intentan matarse e intentar revertir esta realidad.

Esta situación nos implica -como autores/as y no como meros/as ejecutores/as- en la planificación y gestión de la reorganización de las instituciones en las que nos desempeñamos. El objetivo central es virar nuestras intervenciones de un modelo asistencialista, biologicista y controlador hacia un abordaje comunitario, interinstitucional y profesional con sustento en la interdisciplina.

Lo anteriormente planteado requeriría del diseño de un diferente modo de intervenir desde el TS, intervención que se hace sumamente necesaria para reflejar desde nuestra profesión un cambio real en el paradigma que actualmente orienta nuestra práctica.

Este tipo de dispositivo daría la posibilidad de trabajar con las y los adolescentes que intentan matarse o presentan conductas autodestructivas, no sólo con intervenciones desde la clínica hospitalaria en Salud Mental sino orientando la práctica del TS a la prevención e inclusión a través de actividades comunitarias,

intersectoriales e interinstitucionales que potencien fortalezas de los y las adolescentes y reduzcan debilidades. Se hace necesario que los/as TS contemplemos las necesidades y los recursos con los que contamos a la hora de intervenir y exijamos a cada Institución que nos contrata la implementación coordinada de un plan territorial, provincial y nacional que promueva el bienestar de la población adolescente y que, simultáneamente, estimule la capacitación permanente de los/as profesionales que intervenimos en situaciones de la vida cotidiana y situaciones críticas con este grupo etario (social, educacional, legal, biológico, antropológico etc.).

Es hora que los/as TS dejemos de ser funcionales a las decisiones de otros/as (los/as que nos contratan, los/as que pagan nuestro salario y quienes determinan con qué recursos trabajamos) y rechacemos la burocracia como método de intervención. Derivar es una cadena que nunca se corta y tiene poco nivel resolutivo. Escuchar nuestra práctica y dar respuestas oportunas es, sin lugar a dudas, mejorar los estándares de vida de las personas con las que trabajamos. Es importante repensar la práctica “derivadora”. A veces la burocracia institucional es más letal que la burguesía opresora.

Los y las TS estamos preparados para diferenciar entre “situaciones complejas” y “circunstancias complejas”. Las primeras son merecedoras de un trabajo interinstitucional. Las segundas pueden ser resueltas desde el ámbito territorial en el que se expresa el malestar. Asumir esta responsabilidad y diferenciar una de otra, circunstancia y situación, daría lugar a despejar demandas, no judicializar, medicalizar, psiquiatrizar y/ o psicologizar.

“Escucharlos no es tarea fácil. Lo que tienen para decir nos interpela. Escucharlos es el primer paso a seguir si es que algo deseamos hacer en conjunto con ellos y no, exclusivamente, para ellos. Darles la palabra a los chicos a fin de habilitar espacios de intercambio y dialogo con ellos hace estallar las

instituciones. Darle lugar a la palabra de los chicos nos compromete. (Minnicelli, 2004, p 14)”

Estoy convencida de que los y las Trabajadores/as Sociales podemos, por nuestras incumbencias, filtrar los casos más graves y/o complejos de aquellos que sólo requieren un nivel de intervención comunitaria en el lugar donde son expresados los malestares. Evitaríamos un alto grado de estigmatización. Estigmatización que adquieren los y las adolescentes que se resisten a ser derivados/as a un lugar al que no quieren ir. Repito una y mil veces como muletilla, llegar a ser paciente o usuario/a de Salud Mental no es gratuito, el estigma de loco o loca atraviesa a cada sujeto que llega y no siente que necesita de ese espacio. Por ello es que se hace necesario que los y las TS seamos responsables a la hora de derivar, que agotemos las prácticas profesionales en el lugar donde se expresa la demanda, que tengamos un conocimiento real y acabado de cada una de las circunstancias que atraviesan a esa persona y que podamos acercar a las otras disciplinas determinantes individuales, familiares y comunitarios que colaboren para un buen diagnóstico y pronóstico.

Es la intención de este texto realizar un esfuerzo teórico - metodológico y proponer una nueva forma de abordar con ojo crítico, mirada integradora, territorial y política, una intervención profesional e institucional que nos permita establecer objetivos y destinos posibles para mejorar -desde el Trabajo Social - la escucha de los y las adolescentes que intentan matarse. Dejar claramente establecido que es necesario revisar y valorar los sesgos que atraviesan nuestro recorrido y nuestra práctica profesional. Visibilizar la tendencia a mantener todo como está, a no cuestionarnos y a no evaluarnos.

¿Por qué nunca nos preguntamos sobre la relevancia de una conducta, qué daño produce, la cantidad de personas afectadas, cuántas muertes causa y/o cuánta discapacidad? Quizás si nos lo empezáramos a preguntar también empezaríamos a buscar alternativas.

Si sobre cada conducta autodestructiva de un/a adolescente pudiéramos protocolizar el nivel de discapacidad, la cronicidad, el compromiso familiar, la ausencia de Estado, la estigmatización, el sufrimiento y la falta de inclusión en el sistema productivo, quizás podríamos enojarnos más con el afuera y en vez de derivar para ofrecer recetas de medicamentos o formas para alojarlos en una cama de Hospital, nos resistiríamos y trabajaríamos desde una concepción más amplia, abarcativa e inclusiva: la casa donde duermen, el hogar en el que viven, el trabajo/escuela donde se los/as incluye o excluye, las necesidades materiales y simbólicas que los y las atraviesan, etc.

Los y las TS que estamos en la “trinchera” somos muy permeables a la demanda externa. En cambio, las autoridades que deberían conducir son poco permeables a la hora de establecer un enfoque de asistencia, intervención, capacitación y gestión. Los y las TS de trinchera no contamos con la disponibilidad de un método para medir, cuantificar, evaluar el antes y el después de un evento traumático, por cuanto se hace necesario que lo construyamos y se lo acerquemos a nuestras autoridades.

Somos los TS, desde una concepción de protección de derechos humanos, quienes debemos desnaturalizar la medicalización y los rótulos de enfermos de algo y/o necesitados de “algún psicofármaco” para aquellas juventudes maltrechas que atraviesan este momento histórico. Es una deuda con ellos y ellas visibilizar y poner en agenda la lógica mercantil y el capitalismo que en la actualidad se apropia de sus vidas y los conduce hacia un laberinto donde no encuentran salida.

Somos los TS quienes podemos desterrar esta tendencia “lógica” instalada, que ante cualquier manifestación de malestar adolescente se termina diagnosticando una “enfermedad” que sólo se puede curar en el ámbito de la Salud Mental.

“La expresión del malestar, nos habla de adultos en muchos casos perplejos, (...) quienes también corren el riesgo de apelar a fórmulas pseudo científicas mercantiles para acallar lo que

bulle pulsionalmente de modo descontrolado sólo resultando acotado por actos. Perplejidad que inhibe la posibilidad de hacer algo diferente con lo que se presenta de dudoso abordaje, cayendo en la trama de un círculo vicioso que nos interesa pueda ser interferida por ceremonias mínimas creadoras de condiciones de posibilidad subjetivantes². (Minnicelli, 2010, p 3).

Las intervenciones individuales, familiares y/o comunitarias pobres y deficitarias, junto a las gestiones de poca calidad y ausencia de evidencia científica, se constituyen en un entramado peligroso que deslegitima cualquier intento de cambio, naturaliza la patologización y estigmatiza las conductas de los y las adolescentes que sufren. Así las cosas, la responsabilidad de este círculo nada virtuoso nos ubica en un lugar muy parecido a los/as trabajadores y a quienes son los/as encargados/as de gestionar. A ambos nos habita lo ideológico, ambos estamos formateados para criticar intervenciones y gestiones del que hace, de los medios que utiliza, pero no estamos habilitados para instalar qué hacer, con qué objetivos y a través de qué medios. Si los/as TS no nos encargamos de mostrar y actuar sobre el conocimiento que nos atraviesa, nadie lo hará.

Es necesario poner en marcha el motor más allá de las dificultades. Establecer objetivos a corto y mediano plazo, tener claro que se trata de un proceso de transformación de la coyuntura que tiene sus bases en la historicidad del lugar que se les ha dado y se les da a las adolescencias y juventudes (peligrosos/as de desestabilizar el orden natural de las clases sociales hegemónicas). Que es ineludible mirarlo como un sistema complejo, pero no imposible de abordar. Y que la única garantía con la que contamos los y las TS es aquella de no reproducir discursos reduccionistas, biologicistas y controladores. Para ello es necesario resetear el chip o deconstruirnos, no esperar que otros/as nos enseñen. En todo caso, trabajar con esos/as otros/as para operativizar dispositivos inclusivos que les garanticen a los/as adolescentes que intentan matarse un proyecto de vida amparados/as por un mundo en el que los adultos los podamos cuidar, contener y propiciar la construcción o reconstrucción de sus derechos más esenciales.

Escuchemos a los/as adolescentes, profundicemos nuestra mirada sobre ellos y ellas, articulemos discursos desde una teoría y una praxis vinculadas a su sufrimiento, sus necesidades y sus potencialidades. Hacerlo implicará una reflexión crítica que historicice nuestra práctica y una posición ética ante las intervenciones que silencian su dolor y los/as excluye proponiendo la internación o el encierro.

Los y las TS nos desempeñamos a diario confrontados con la hegemonía de otras disciplinas y el lugar accesorio en el cual se nos ubica. Superar este dilema implica dar un salto cualitativo que nos aleje de la queja y nos ubique en la toma de decisiones. La lucha por ocupar un lugar igual al de "otros/as" en el escenario de lo social es parte constitutiva de nuestra profesión, proceso que desgasta, pero enseña, porque en tanto la lucha se sostenga, también se sostiene el lugar, se ganan espacios y no se permite que nuestras prácticas sean invisibilizadas.

Hoy no estamos igual que ayer. Las otras profesiones han aprendido a valorar nuestro aporte, nos han aceptado como parte necesaria del abordaje interdisciplinario, han priorizando en su agenda nuestro aporte discursivo y nuestras múltiples y variadas expresiones sobre lo Social.

Hoy no estamos igual que ayer, pero podemos estar mejor que mañana si los y las TS nos comprometemos a promover la aplicación de los conocimientos adquiridos sobre las conductas adolescentes que ponen en riesgo su vida. El compromiso es para con el bienestar de nuestros adolescentes.

Finalmente, los y las saludo con un abrazo fuerte y el deseo de que sigamos transitando caminos con una mirada comprometida con el padecimiento de las singularidades, que carguemos los deseos sociales y que nunca, pero nunca, nos cansemos de construir nuevos puentes para las situaciones sociales complejas. Quizás así, juntos/as, podremos lograr que el capitalismo no nos discipline.

Glosario

En este capítulo formulo un glosario de términos con los que se intenta contribuir a un lenguaje común e integrador del tema de suicidios e intentos de suicidio adolescentes. Añado entonces, el vocabulario de términos relativos al tema planteado con una breve definición o explicación de cada uno de ellos.

Pensar en que la prevención es posible, nos invita a reconocer que para su efectividad tendrán que actuar varias profesiones y diversas instituciones, es decir que para que una red brinde el apoyo necesario debería tenerse en cuenta la necesidad de manejar un lenguaje al que accedan quienes tienen vasta experiencia en el campo y quienes recién se están acercando.

Al hablar como si todos/as entendiéramos de que se trata podemos caer en una situación peligrosa donde pocos/as entiendan. Cuantas más personas entendamos en este y otros temas lo que leemos, mayores posibilidades tenemos de intervenir con cierto grado de eficacia y eficiencia a la hora de prevenir la muerte de adolescentes.

El principio rector de este glosario es que el mensaje pueda ser decodificado

Los aspectos conceptuales compartidos tienen la intención de agrupar múltiples significaciones sobre el tema y generar un mismo espacio de conocimientos. En tanto si hablamos un mismo lenguaje, podremos entender mejor aquello de lo que dialogamos y esto contribuirá a la prevención del suicidio e intento de suicidio, a la divulgación de los estudios realizados y al conocimiento de las organizaciones locales, provinciales, nacionales e internacionales que trabajan para prevenir las conductas autodestructivas

Podrán observar un breve glosario de los términos utilizados en el texto, aquellos propios al lenguaje de la Salud Mental y también conceptos utilizados en literaturas científicas propias de este campo.

Este glosario no es cerrado, son apenas aquellas definiciones con las que se trabaja en este texto, queda abierta la invitación para quien quiera contribuir a completarlo con la dinámica y la complejidad que la situación amerita.

A

Acting Out: "...muestra algo para alguien, es una escena dirigida hacia Otro, una demanda de simbolización que se dirige a Otro, Otro que se ha vuelto ciego, sordo y mudo". Adolescencia: angustia y acto. Bower, Lorena <https://www.aacademica.org/000-052/715.pdf>

Acto suicida: incluye el intento de suicidio y el suicidio en sí.

Adherencia al tratamiento: esta definición muchas veces es usada incorrectamente en tanto la adherencia o no adherencia al tratamiento no depende únicamente de la predisposición del usuario/a a concurrir de buena gana al espacio de salud, o aceptar sin cuestionamiento, duda, enojo o beneplácito las indicaciones que el equipo de salud considera oportunas para prevenir un mayor riesgo o recuperar la salud perdida. Dependerá entonces de las capacidades del equipo de salud y del usuario/a, su familia y comunidad la construcción de un tratamiento que ambas partes sientan como el camino adecuado para la prevención, asistencia y recuperación de su salud. Ambas parte, equipo y usuario/a deberán cimentar una actitud terapéutica favorable, aceptar la cultura, las creencias religiosas y estar de acuerdo en modificaciones de estilos de vida o conductas de riesgo. Solo habrá Adherencia a un tratamiento si este espacio se basa en el respeto mutuo, una actitud empática y favorable para el cuidado de la salud y la modificación de conductas de riesgo intentando reducir los cuellos de botella por donde se vuelven a filtrar el peligro y con ello se acrecienta la posibilidad de enfermedades crónicas o la muerte.

Brindar información clara, explicar los factores de protección y riesgo, entender y tolerar los tiempos que una persona necesita para realizar adaptaciones a su vida cotidiana, trabajar con su familia y comunidad y recurrir en caso de ser necesario a diferentes organismos de protección de derechos es tarea del equipo de salud.

La definición final sería entonces, a mi entender, que la adherencia al tratamiento solo será posible si existe un acuerdo terapéutico entre usuario/a y equipo de salud.

Adolescencias: en este texto se utiliza el termino adolescente como una etapa en la vida de las personas en la que es legal y jurídicamente entendida como un sujeto/a pleno/a de derechos y obligaciones.

Se descarta toda intervención que conciba a las personas adolescentes como: menores, incompletos y objetos de protección. Respecto al concepto de adolescencia relacionado con el proceso salud -enfermedad, que es una etapa de la vida donde confluyen un sin número de fortalezas y debilidades como en la vida de cualquier ser humano.

En esta etapa, las personas adolescentes están todavía en proceso de crecimiento y desarrollo biológico y emocional.

Si bien sus tasas de morbimortalidad son bajas y en lo general no presentan graves problemas de salud, es una etapa donde algunos/as no pueden evaluar riesgos, son presas fáciles del mercado de consumo y viven experiencias a todo o nada. Los motivos más comunes que trae a las personas adolescentes a un hospital son: accidentes, salud sexual reproductiva, adicciones y conductas autodestructivas,

Ahogamiento: procedimiento suicida provocado por la inundación de las vías respiratorias. Durante el ahogamiento, el organismo se ve privado de oxígeno, lo cual puede lesionar los órganos, en particular los pulmones y el cerebro.

Ahorcamiento: es uno de los principales procedimientos suicidas. Utilizan cintos, cordones, cuerdas, lazos, sábanas y cualquier elemento desde donde se puedan colgar y provocarse la asfixia.

Angustia: cada persona describe diferentes características de su estado de angustia, pero para tomar las características que relatan las personas adolescentes podríamos decir que es un gran remolino de emociones encontradas y en el que se sienten atrapadas.

Sus descripciones van desde sentimientos de mucho miedo y malestar, tristeza, llanto, ansiedad, bronca, hasta síntomas físicos como palpitaciones, sudoraciones, frío . (ampliar consultando bibliografía de la teoría psicoanalista)

Ansiedad: se caracteriza por un estado anímico de inquietud, miedo, excitación e inseguridad. Es una desagradable sensación

que puede ir acompañada de aumento de la presión arterial, desmayos y conductas disruptivas. (ampliar consultando bibliografía de teorías psicológicas)

Arma de fuego: es un dispositivo destinado a propulsar uno o múltiples proyectiles mediante la presión generada por la combustión de un propelente.

Es un instrumento suicida potencialmente efectivo. Preocupa el acceso de las personas adolescentes al manejo de armas. Algunos estudios dan cuenta que las conductas autodestructivas con armas de fuego son letales en el 85% de los casos, en tanto solo mueren el 2% de las personas adolescentes que los intentan con ingestas de medicamentos

Autolesión: es una conducta potencialmente lesiva autoinfligida que evidencia, implícita o explícita, que la persona no tiene la intención de matarse pero que puede matarse sin que esa haya sido la intencionalidad. Las autolesiones son todas aquellas conductas que implican la provocación deliberada de lesiones en el propio cuerpo, como por ejemplo cortes en la piel, quemaduras, golpearse la cabeza u otros miembros del cuerpo hasta sentir un dolor insoportable, arrancarse el pelo, rasguñarse, entre otros comportamientos especiales.

B

Burocrático: sistema de gobierno o control social y legal, insuficiente, muy poco optimo y efectivo.

Es una forma de administrar los servicios públicos de manera ineficiente, donde lo administrativo y las formalidades dejan sin atender el problema por el que una persona concurre a instituciones del Estado a buscar ayuda

C

Cibersuicidio: se refiere a la influencia de la información que circula por Internet e incita a cometer actos autodestructivos a quienes navegan por estas redes buscando métodos y contactos para realizar el acto. Se pueden encontrar métodos suicidas, desde los más conocidos y eficaces hasta los más insólitos. Recomiendan cartas y notas póstumas, otras avisando para que sean encontradas las personas antes de morir y una gran gama de anuncios fanáticos sobre las bondades del suicidio. Invitan a una

cultura suicida donde abundan los juegos suicidas, chistes suicidas y música para suicidas, de preferencia rock metálico. También hay páginas que dedican sus contenidos a ayudar, escuchar y en muchos casos las adolescencias han relatado que es una fuente de intercambio que los y las conecto con la vida.

Comunidad: un grupo de personas en constante transformación y evolución y que en su interrelación generan sentimientos de pertenencia e identidad social. Las comunidades pueden compartir una misma cultura política, barrial, deportiva, religiosa, etc. Cada comunidad y de acuerdo a sus intereses tiene características diferentes a otras comunidades, cada una de ellas define sus intereses comunes y propiedades de uso común (plazas, iglesias, teatros, clubes, escuelas, etc) y objetivos que los habita en un mismo escenario que los aloja.

Conducta autodestructiva: acción que una persona realiza para poner en riesgo su vida, estas conductas pueden ser directas o indirectas.

Las directas tiene como objetivo dañarse a sí mismo: quemarse, marcarse los brazos con cuchillos, sacapuntas, mutilarse partes del cuerpo y las más extremas, suicidarse

Las indirectas muchas veces están camufladas en un juego, una competencia o una apuesta, por ejemplo las carreras de moto o auto ilegales con o sin apuesta económica, la ingesta de sustancias tóxicas, la competencia de quien toma mayor cantidad de alcohol, la ruleta rusa (juego de azar potencialmente mortal que consiste en que un jugador coloque una o varias balas dentro de un tambor de revólver, gire el cilindro, coloque el cañón en su sien y presione el gatillo).

Conductas patológicas: lo primero a poner en tensión es que aquello que para nuestra cultura es una conducta patológica, en otra cultura puede no serlo y por el contrario ser total y absolutamente normal. Será patológica entonces, si su evaluación se realiza dentro de los criterios territoriales donde esa persona reproduce la conducta.

Para nuestra sociedad una conducta es patológica cuando no se adapta al entorno social en el que vive, produce malestar, riesgo y hasta situaciones violentas.

Cuando es contraria a consensos sociales de derechos y obligaciones. Cuando esa conducta es reiterativa, espiralada, sin fronteras y hace sufrir a la persona y a su entorno, podríamos afirmar que estamos ante una conducta patológica. También podemos observar conducta donde no hay conciencia de peligro y la persona se pone en riesgo y pone en riesgo a otras personas y el hábitat.

Conducta suicida: comportamientos y actitudes directamente relacionadas con el acto suicida. Incluye ideas, pasajes al acto, intentos de suicidio, muertes.

Confrontación científica: es una etapa del conocimiento donde el objetivo es poner en tensión los datos obtenidos desde la teoría y la experiencia, para desde allí generar nuevos y mejores aprendizajes.

Se intentará profundizar sobre el problema, revisar aciertos y errores. Reflexionar, analizar y organizar el esquema conceptual y contrastarlo con otras hipótesis. La necesidad de una confrontación científica es una etapa de crecimiento, de buscar respuestas en la ciencia, de extender investigaciones y sistematizar prácticas. Es contrastar teoría, problema e intervención profesional a la luz de otros conocimientos que echen luz a nuestros análisis.

Contagio: acción y efecto de contraer la misma enfermedad que otra persona. Debe existir una serie de factores que hacen a esa persona contagiada, sea susceptible de contagiarse.

Crecimiento progresivo: puede ser natural, es decir que la población aumenta regularmente respecto a las muertes. Puede ser estático, es decir que no hay crecimiento porque la tasa de nacimientos y muertes es similar. Y, por último, el negativo, es decir que hay mayor cantidad de personas que mueren que la que nacen.

Crisis: es un proceso de cambio que no le da tiempo a una persona a realizar una adaptación activa a esa nueva situación, por cuanto es vivida como una amenaza a su vida cotidiana y a todo aquello que le da seguridad.

Es una situación llena de incertidumbre, contradicciones, dolor y angustia. Las situaciones de crisis son parte del tránsito por la vida, y de hecho hay varias crisis vitales y emocionales a lo largo de la vida, pero será de acuerdo a los recursos con los que la persona cuente, la forma en la que pueda atravesar de mejor o peor manera las consecuencias de una crisis.

Cuestión Social: para el Trabajo Social es el resultado de procesos históricos y particulares que generan condiciones diferenciadas y específicas en el desarrollo de la vida de las clases subalternas y el orden burgués.

Anclar la lectura profesional desde nuestra especificidad en el mero registro de necesidades materiales y simbólicas de los más vulnerables, examinar sus problemas y valorar como reproducen su vida miserable sin detenernos a profundizar cual es la cuestión social que instala y reproduce esta realidad, es sin lugar a dudas ser Trabajadores Sociales perpetuadores de las desigualdades.

Cultura: es la construcción de una red en una sociedad determinada, que abarca varias aristas en ese territorio: acciones, costumbres, creencias, valores, expresiones, instituciones, expresiones artísticas. La cultura se trasmite de generación en generación. Es tan estática a veces como dinámica en otras, eso dependerá del territorio donde se exprese.

Cuidador: trabajador/a que cuida a otras personas. En Salud Mental la Ley prevé figuras que cumplan este rol: Cuidadores Domiciliarios, Acompañantes Terapéuticos, Cuidadores de Adultos Mayores.

D

Derivación: La práctica de derivación es una intervención que tiene como finalidad mejorar las condiciones de vida de una persona adolescente y debe causar el menor daño posible. Se debe hacer con su consentimiento y el de su familia. Una derivación debe ser trabajada con anterioridad a la llegada a la nueva institución para que la persona se sienta alojada en este nuevo dispositivo y se logre adherencia al tratamiento.

Antes de derivar se debería hacer un trabajo entre equipos de una misma institución o de diferentes instituciones para aunar criterios y acordar si la derivación es pertinente o no.

Sólo correspondería hacer esta intervención si la institución derivante no tiene profesionales capacitados e idóneos para resolver la situación por la cual la persona es asistida. La institución que recibe a la persona adolescente debe asegurar que los motivos por los que demandan la derivación pueden ser resueltos y que a la persona adolescente se asegure un dispositivo capaz de mejorar la calidad de vida y promover conductas que modifiquen aquel problema por el que sufre.

No es ético derivar a una persona adolescente a un servicio de salud mental si tiene derechos vulnerados que no podrán ser abordados desde este ámbito. Los organismos de protección deben trabajar antes o durante el tratamiento en salud mental para que no sea este tratamiento una práctica patologizante de situaciones de vida que no se podrán solucionar por el solo hecho de que el NN y/o A concurra a un tratamiento en salud .

Desesperanza: sentimiento de abatimiento. Expectativas negativas del presente y el futuro. Desaliento.

Desigualdades: en este texto la palabra “desigualdades” remite a un tipo de entramado económico, social y cultural que se basa en la explotación de la fuerza de trabajo, en la acumulación y centralización del capital. Todo ello genera un cumulo de desigualdades que ubican a un importante porcentaje de ciudadanos/as en un contexto de crisis y pauperización para la reproducción de sus vidas cotidianas. Las desigualdades son la expresión de las diferencias , las fragmentaciones y el reduccionismo que el capitalismo instala en un estado quebrantando derechos y vínculos solidarios de una sociedad.

Distribución geográfica: es el área de distribución de las poblaciones. Cada área geográfica tiene similitudes y diferencias con otras regiones, así cada una de ellas se puede diferenciar por el desarrollo productivo de acuerdo a las características de la tierra, el mar, los ríos, las especies, etc

Duelo: es una reacción emocional ante la pérdida de referentes afectivos, como una ruptura de pareja, la separación de los padres, migraciones, muerte de seres queridos y tantas otras situaciones que la persona subjetivamente sienta como una experiencia de la que no hay retorno, o que solo con el transcurrir

del tiempo encontrara el consuelo de aquello que perdió. El duelo por la muerte de un ser querido que se suicida merece una específica atención ya que predomina en los/las sobrevivientes: interrogantes, culpas, temor a que algún otro integrante de la familia o del grupo de amigos tenga una conducta imitativa, entre tantos otros sentimientos que es muy oportuno poder escuchar para acompañar en el dolor.

Efectividad y eficacia: ambas están intrínsecamente relacionadas. Mientras que en la efectividad debe existir una intervención que produzca un resultado beneficioso, en la eficacia, lo importante es el grado que resulta del efecto logrado. La efectividad es el equilibrio entre eficacia y eficiencia, es decir, se es efectivo si se es eficaz y eficiente. La eficacia es lograr un resultado o efecto. En cambio, eficiencia es la capacidad de lograr el efecto en cuestión con el mínimo de recursos viables.

E

Elección sexual: es el acto libre de una persona de elegir con quien, sea varón o mujer va a compartir o desarrollar su vida afectiva. En esta elección lo importante es la atracción emocional, romántica y sexual.

Equipos interdisciplinarios: este tipo de equipo debería ser el agrupamiento de diferentes especialidades, con una comprobada y vasta experiencia individual de su propia disciplina, y que se unen para abordar situaciones complejas desde un trabajo científico y metodológico.

Al respecto de Pichon Riviere decía: “a mayor heterogeneidad de los miembros, mayor homogeneidad en la tarea y por lo tanto mayor productividad”.

Epidemiología: el estudio de las estadísticas y las tendencias en la salud y la enfermedad en todas las comunidades.

Episodio: son las conductas, fases y/o brotes que una persona adolescente desarrolla durante un tiempo específico. Tiempo en el que el equipo profesional intenta arribar a un diagnóstico de los síntomas presentados y decidir un dispositivo de asistencia. Puede existir un único episodio de síntomas o ser recurrentes.

Especificidad: se estructura y se legitima en un proceso a través del cual la persona profesional delimita cómo, dónde y con qué recursos intervendrá desde su profesión. Es una construcción histórica, social y dinámica desde lo científico, en tanto se presenta en continua reconstrucción, permitiendo de este modo, redefinirse a medida que las situaciones se complejizan o la modernidad deja de lado intervenciones que no alcanzan para dar respuestas en la actualidad.

La academia, lugar de formación es el primer lugar que marca la especificidad y determina el campo de intervención, más tarde y con el título profesional, será el colegio profesional, un agente externo que establece pautas, incumbencias, aranceles mínimos de contraprestación por trabajo y quien legalmente puede sancionar una praxis que no se atiende la especificidad.

Época: tiempo durante el cual se realiza habitualmente algo. Periodo de tiempo que se distingue por los hechos históricos en él acaecidos y por sus formas de vida. RAE

Estado: forma de organización política que cuenta con poder administrativo y soberano sobre una determinada área o zona geográfica y cuenta con un conjunto de instituciones que tienen la finalidad de administrar los asuntos públicos.

Estado de ánimo: se refiere a un "clima" emocional persistente y sostenido, cargado de sensaciones que persisten durante un tiempo y que influyen en la percepción que esa persona tiene del mundo circundante.

Estrés: es un sentimiento de cansancio físico o emocional. Se relaciona habitualmente con el agotamiento, la frustración, la falta de respuestas ante una situación que descoloca a una persona, que desafía sus posibilidades de dar respuesta, El estrés puede perturbar tan seriamente a una persona al punto de

Evaluación psicosocial: investigación y valoración interdisciplinaria capaz de analizar los indicadores psicológicos y socio ambientales que influyen como factores de riesgo para que una persona adolescente experimente conductas autodestructivas. Esta evaluación también tiene como objetivo medir el impacto de las intervenciones, rescatar fortalezas y

debilidades profesionales con la intencionalidad de mejorar los estándares de prevención, asistencia, promoción y posvención de las conductas suicidas adolescentes.

F

Factores de protección: son componentes individuales, familiares y socio-comunitarios que posibilitan que una persona adquiera conductas saludables y de cuidado de la vida. Los factores de protección bajan las probabilidades que las personas adolescentes desarrollen actitudes de riesgo, desplieguen conductas adictivas problemáticas, relaciones sociales conflictivas o perturbaciones que las alejen de su medio ambiente.

Factores de riesgo: son componentes individuales, familiares y socio-comunitarios que pueden - por acción u omisión - provocar riesgo para la persona adolescente, en tanto no existen conductas anticipatorias que puedan evitar el desarrollo de situaciones graves de vida,

G

Género: alude a la percepción personal y a la forma de interactuar socialmente que tienen las personas más allá de los órganos genitales biológicos con los cual advino al mundo.

Gobiernos: Está compuesto por un conjunto de funcionarios, dirigidos por un/a presidente que ejerce la autoridad y cuyas funciones son: **dirigir, controlar y administrar las instituciones del Estado,**

Grupos vulnerables: Son los grupos de personas que por sus condiciones materiales y simbólicas de existencia tienen más posibilidades de estar o ponerse en riesgo.

Guardia: Servicio de Salud o de otras Instituciones que trabajan con urgencias y emergencias de personas con riesgo de vida o situaciones de vulnerabilidad que las pone en riesgo.

I

Ideación suicida: se define como la aparición de un estadio de propensión de dar curso a la propia a la muerte junto con pensamientos que contienen ideas relacionadas con realizar actos

que maten el dolor insoportable que sienten. Aluden a la falta de valor que sienten por la vida que están viviendo. A pensamientos autolesivos, a la búsqueda de métodos para cometer el acto y a la planificación de este.

Identidad: conjunto de rasgos propios de un individuo o de una colectividad que los caracterizan frente a los demás. RAE

Impulsividad: actuar sin reflexión previa, es mostrar las emociones que se sienten en un momento determinado como respuesta a un estímulo externo determinado. Esa respuesta es instantánea, muchas veces cargada de desinhibición y violencia, sin tener en cuenta los resultados para sí mismo/a y para los demás. La persona adolescente tiene una tendencia a la impulsividad sin que esto se transforme en un acto patológico, pero sí, en ocasiones, le trae serios problemas con su entorno.

Incumbencias: hace referencia al compromiso, competencia, obligaciones y responsabilidades de realizar las tareas, trabajos e intervenciones propias a la profesión o a la condición del cargo en el que se desempeña

Inducción al suicidio: es un delito, es una conducta penal similar al homicidio o asesinato y consiste en inducir, instigar o ejercer influencia física o emocional, individual o grupal para que una o varias personas se suiciden. Ejemplo: La ballena azul” era un macabro “juego” que consistía en una serie de 50 retos que “el jugador” debía ir superando y que culminaban en la prueba final, en la que el ganador debía quitarse la vida.

Instituciones: cada una de las organizaciones fundamentales de un Estado, Nación o Sociedad. Órganos constitucionales del poder soberano en la Nación (RAE).

Intento de suicidio: toda conducta autodestructiva, autoinfligida, no fatal, cuya finalidad tiene como intención implícita o explícita morir para matar aquello que produce un dolor insoportable. Es una conducta potencialmente riesgosa y puede provocar -o no- lesiones transitorias o enfermedades crónicas.

Interés Superior de los/as Adolescentes: es el principio rector de todas las personas e instituciones que trabajamos o estamos a cargo de adolescentes. Son el conjunto de conjunto de acciones y procesos enfocados en garantizar los derechos necesarios para una vida digna. Es un **DERECHO, un PRINCIPIO y una NORMA de PROCEDIMIENTO**

Intervención: acción metodológica, organizada y desarrollada desde un modelo de prevención, asistencia y promoción de la salud adolescente. El objetivo de la intervención en los intentos de suicidio y suicidio adolescente es garantizar la restitución de derechos vulnerados y promover la reconstitución del lazo socio-familiar-educativo de la persona, su familia, amigos y territorio de pertenecía. En caso de suicidio, intervenir con los y las sobrevivientes en posvención.

L

Lazo Social: en un sentido amplio remite a la unión entre los individuos y las diferentes formas en que se asume la identidad colectiva en el seno de una sociedad determinada. Es el lugar, hábitat, familia, comunidad donde está inscrita la persona adolescente

Legitimidad: se utiliza como una cualidad o forma de proceder conforme a la disposición para la cual un/a profesional fue contratado/a. Es un mandato legal de contrato con la Institución y la sociedad que garantiza los derechos, la vida, la libertad y la autonomía progresiva de los/as adolescentes que están -o no- en riesgo.

M

Manejo de contingencias: técnicas y métodos que se utilizan para intervenir y controlar situaciones de riesgo de vida por conductas autodestructivas. Existen protocolos legales para actuar siguiendo una serie de procedimientos.

Mecanismos de defensa: son procesos que se dan ante una situación sentida subjetivamente como insoportable o inaceptable, casi siempre son inconscientes. Ejemplos: proyección, negación, regresión, aislamiento.

Medida Excepcional: son aquellas medidas que adoptan los Organismos de Protección de Derechos en caso de que niñas, niños y adolescentes estuvieran sufriendo, por parte de su madre y padre o adulto responsable, situaciones de riesgo de vida por maltrato, abandono y/o vulneración de derechos, por cuanto este Organismo tiene la potestad temporal o permanente de sacarlos de su medio familiar y garantizar el Interés Superior.

Medio: instrumento u objeto usado para llevar a cabo la conducta autodestructiva. Ejemplo: armas de fuego, drogas ilegales o legales, sogas, cuchillos, etc.

Métodos: acciones o técnicas que usa la persona adolescente para llevar a cabo una conducta suicida. Ejemplo: disparo, sobredosis, ahorcamiento, ahogamiento, cortes, tirarse de altura o debajo de un tren o automóvil, etc

Motivo: son las causas o razones dolorosas esgrimidas por la persona adolescente, que intenta el suicidio para explicar lo que siente. En el caso de un suicidio consumado, son las posibles causas o razones que las y los sobrevivientes esgrimen como posibles ante la necesidad de encontrar una respuesta por el desasosiego que les dejó la muerte de su ser querido .

N

Neoliberalismo: movimiento que limita la intervención del Estado en el plano económico, planteando que no debe actuar ni siquiera como intermediario. Su función es estimular el desarrollo del sector empresarial privado. Para la teoría neoliberal, el Estado es incapaz de prever el comportamiento de la economía. El neoliberalismo mantiene los fundamentos del liberalismo, que se resumen en: propiedad privada, libre mercado y libre comercio.

Necesidades materiales:

- La pobreza se entiende, en general, como falta, carencia. Se la vincula fundamentalmente a aspectos materiales en relación a niveles mínimos de vida y la imposibilidad de los que viven en ella de alcanzarlos. LA POBREZA DEL CONCEPTO, Susana Cazzaniga. http://www.fts.uner.edu.ar/publicaciones/publicaciones/desde_el_fondo/pdf/Nro_4/6%20Cazzaniga%204.pdf

- Actualmente, para el Trabajo Social es necesario analizar el impacto directo que tiene en la vida cotidiana de los sujetos que sufren la disminución de sus posibilidades laborales, la experiencia de estar siendo excluidos, y la desesperanza de mejorar a corto plazo su situación. El cambio en las relaciones de trabajo modifica las condiciones individuales - familiares y comunitarias de identidad, de cohesión, de organización, de producción. Se alteran valores ideológicos y las aspiraciones de crecimiento o posibles mejoras deben ser resignadas. Del concepto de Necesidad al concepto de Derecho: ¿Una cuestión ética?" Sandra Arito. <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/pela/pl-00050.pdf>

Necesidades simbólicas:

- La relevancia de estas necesidades toma fuerza cuando las personas adolescentes visibilizan situaciones que sienten como muy necesarias en su vida, pero no logran adquirirlas. Para la recuperación o adquisición de estas necesidades hacen hincapié en que sus voces sean escuchadas, relatan sus historias, a veces lastimándose y al no tener los recursos necesarios para vivir con aquello que desde el discurso se les legitima como propio, pero en la realidad se presenta como una dificultad que desarma sus vidas, buscan caminos complementarios que los/las pone en riesgo.
- Desde el punto de vista psicológico y social, en las adolescencias hay necesidades que se hacen especialmente importante: la imagen corporal es rígida, en tanto la cultura propone modelos de belleza muy exigentes que generan en esta etapa, problemas que perturban su salud (anorexia, bulimia, etc.). El uso indiscriminado de la tecnología, territorio que los agrupa y les da pertenecía, es cada vez más exigente, por ejemplo, en la necesidad cambiar de modelos con mayor velocidad y mejores prestaciones, La no posibilidad de acceso, por el motivo que sea, genera sufrimiento, búsqueda de culpables, sensación de no pertenecer al grupo de pares. Las necesidades simbólicas son muchas y variadas. El mercado genera cada vez más necesidades, crea en este grupo etario una cultura de consumo, los/as presiona y atrapa en una telaraña donde no todo lo que exigen se les ofrece como una necesidad que se puede satisfacer. A veces, porque los recursos materiales no alcanzan o porque el exceso genera mayor

demanda y la deuda empieza a ser interminable. (Ampliar desde conceptos psicológicos de goce y deseo).

O

Objetivo: es aquello que se propone lograr para alcanzar un plan. Se hace necesario responder a los siguientes interrogantes para poder identificar claramente el objetivo: ¿que se quiere lograr?, ¿quién lo quiere lograr?, ¿para que sirve?, ¿a quién está dirigido?, ¿cuándo se va a hacer?, ¿dónde?, ¿a cuántas personas adolescentes beneficiará?, ¿con qué frecuencia se usará?, ¿cuántos recursos humanos se necesitan?, ¿cuál es el costo?

OMS: es un organismo especializado de las Naciones Unidas fundado en 1948, cuyo objetivo es que todos los pueblos alcancen el máximo grado de salud, definida en su Constitución como un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente como la ausencia de afecciones o enfermedades.

La OMS presta especial atención a la lucha contra los problemas sanitarios más importantes, sobre todo en los países en desarrollo y en contextos de crisis.

Desde la Organización, sus expertos elaboran directrices y normas sanitarias, ayudan a los países a abordar cuestiones de salud pública y se fomenta la investigación sanitaria. Por mediación de la OMS, los gobiernos pueden afrontar conjuntamente los problemas sanitarios mundiales y mejorar el bienestar de las personas. **Organización Mundial de la Salud (OMS, en inglés WHO - World Health Organization)**

Organismo de Protección de Derechos: tiene por objeto la protección integral de los derechos de las niñas, niños y adolescentes que se encuentren en el territorio de la República Argentina, para garantizar el ejercicio y disfrute pleno, efectivo y permanente de aquellos reconocidos en el ordenamiento jurídico nacional y en los tratados internacionales en los que la Nación sea parte. Los derechos aquí reconocidos están asegurados por su máxima exigibilidad y sustentados en el principio del interés superior del niño. La omisión en la observancia de los deberes que por la presente corresponden a los órganos gubernamentales del Estado habilita a todo ciudadano a interponer las acciones administrativas y judiciales a fin de restaurar el ejercicio y goce de

tales derechos, a través de medidas expeditas y eficaces. LEY 26.061. Buenos Aires, 28 de septiembre de 2005. Boletín Oficial, 26 de Octubre de 2005

Opresión: es la acción de oprimir, sofocar, presionar, someter. Es una relación de asimetría entre dos partes, la opresora y la oprimida. Muchas veces la opresión es solapada, se ejerce victimizando y debilitando a la persona oprimida, en otros casos se hace a través del uso de la violencia para demostrar autoridad. En otras, con el fin de obtener réditos económicos, el opresor es un tirano descarnado. Lo importante es que en la opresión no importan los deseos, el dolor, el malestar o la voluntad de la víctima

OPS: es el organismo especializado de salud del sistema interamericano, encabezado por la Organización de los Estados Americanos (OEA). Desde 1949 está afiliada a la Organización Mundial de la Salud (OMS), de manera que forma parte del sistema de las Naciones Unidas. Tiene su sede en el Distrito de Columbia y está dedicada a controlar y coordinar políticas que promuevan la salud y el bienestar en los países americanos. La secretaría de la OPS es la Oficina Sanitaria Panamericana, que funciona a la vez como Oficina Regional de la OMS para las Américas.

Creada el 2 de diciembre de 1902 en la Convención Sanitaria Internacional celebrada en el Distrito de Columbia, siguiendo la resolución de la II Conferencia Internacional Americana. La OPS es reconocida como organismo especializado de la OEA en 1950. Denominaciones anteriores de la OPS: **Oficina Sanitaria Internacional** (1902-1923) y **Oficina Sanitaria Panamericana** 1923; cambió a su actual nombre en 1958, conservando su secretaría la denominación de Oficina Sanitaria Panamericana

P

Paradigma: el paradigma es un modelo de explicación integral de la complejidad de los actuales procesos de salud enfermedad de las personas adolescentes que necesitan tratamiento en Salud Mental. Este paradigma establece lo que es normal o legítimo de las intervenciones. El paradigma se expresa y se explica en el actual contexto histórico, de los cuales son importantes los procesos: económico, político y cultural.

Ejemplo: "...en relación a las internaciones voluntarias, la Ley 26.657 establece una cláusula que intenta evitar que los establecimientos de salud mental se conviertan en receptores de gente sin hogar y se supla la ayuda social por la ayuda sanitaria: la ley prohíbe las internaciones por motivos sociales y obliga a los Poderes Judicial y Ejecutivo a adoptar acciones positivas a favor de aquellas personas que lo necesiten a fin de que su problemática sea resuelta de la forma más breve posible por parte de los organismos dedicados a ello (arts. 15 y 18 de la Ley 26.657). Es que las clínicas y los hospitales no están hechos para dar techo y alimento y no son lugares dignos para que las personas desarrollen allí su vida; es necesario fortalecer desde el desarrollo social todas aquellas formas de acompañamiento para que las personas puedan promover sus planes de vida en el ámbito comunitario y no sanitario."

En: <http://revistabordes.unpaz.edu.ar/un-nuevo-paradigma-en-salud-mental/> Año 2017

Pasaje al acto: el pasaje al acto es demanda de amor, de reconocimiento simbólico sobre un fondo de desesperación, demanda hecha por un sujeto que sólo puede vivirse como un desecho a evacuar y que desde esa posición salta al vacío, de una escena en lo Real se pasa a un Real sin escena. Salto "in-mundo" que lo ubica "dentro del mundo" pero fuera del "ser-en-la-escena" (Lacan, 1962). Adolescencia: angustia y acto. Bower, Lorena <https://www.aacademica.org/000-052/715.pdf>

Plan suicida: es cuando la persona adolescente planifica un método para matarse: sabe cómo hacerlo, cuándo, dónde, pero no refiere el lugar y asume las correspondientes reservas para no ser descubierto. También puede expresar su idea de matarse sin tener un método, pero explicita una gama de métodos y dialoga sobre la letalidad de cada uno de ellos, demostrando que se ha interiorizado sobre el tema. Otra opción es la expresión de la decisión tomada, pero sin poder decir de qué manera y con qué método. Cualquiera de las opciones son ALARMAS a no desoír por quien escucha estos relatos

Posvención: es la intervención profesional y las respuestas de atención a los/las sobrevivientes de un ser querido que se suicidó.

Ejemplo: familiares, amigos/as, compañeros/as de escuela, docentes, etc.

Prevención: es un enfoque de intervención. La Organización Mundial de la Salud define tres niveles de prevención:

- **Prevención Primaria:** es el más cercano a la población, o sea, el nivel del primer contacto. Son actividades de promoción de salud, prevención de la enfermedad y por procedimientos de recuperación y rehabilitación en la comunidad o territorio. Este nivel permite una adecuada accesibilidad a la población, pudiendo realizar una atención oportuna y eficaz

- **Prevención Secundaria:** asistencia directa. Se ubican los hospitales y establecimientos donde se prestan servicios relacionados a la atención de Salud con mayor complejidad: medicina interna, neurología, kinesiología, odontología, pediatría, neonatología, gineco-obstetricia, cirugía general, traumatología, psiquiatría y demás especialidades.

- **Prevención Terciaria:** comprende aquellas medidas dirigidas al tratamiento y a la rehabilitación de una enfermedad o situación de riesgo para evitar que progrese, se agrave y/o se complique. Implica la rehabilitación y recuperación de las personas involucradas.

Políticas públicas: si partimos de la definición política, podemos decir que es la ciencia y el arte de gobernar la organización y administración de un Estado en sus asuntos e intereses, en tanto que las **políticas públicas** son todas las acciones de gobierno y usos estratégicos de los recursos con los que cuenta para atender y aliviar los problemas de orden territorial, provincial y nacional.

Postura crítica: es no someterse a afirmaciones dadas como verdades dominantes sin pasarlas por el tamiz de la interrogación. Es cuestionar-se y examinar-se. Un/a profesional con **postura crítica** apela al conocimiento científico, evalúa sus razonamientos y pone en tensión verdades absolutas. Exige de un razonamiento teórico y práctico y una intervención fundada.

Práctica ética: como campo profesional, nuestra disciplina requiere de Trabajadores sociales con comportamiento personal, valores académicos, principios, conductas, metas y objetivos que muestren claramente que contribuyen a mejorar la calidad de vida de las clases subalternas. Nuestra tarea es resolver o intentar resolver situaciones complejas graves y si no podemos, **hacer el menor daño posible.**

La práctica ética no está dada por la capacidad de lograr revertir una situación problemática, porque muchas veces la realidad excede nuestros recursos y satisfactores, pero será la legitimidad con la que el Trabajo Social valora esa realidad, el nivel de prestaciones que organiza, los dispositivos que es capaz de crear y la postura crítica en la que asienta su praxis, lo que determinará la existencia y el saber hacer específico en el escenario profesional de los/as trabajadores/as sociales comprometidos/as con las desigualdades sociales, los derechos humanos, las injusticias y la falta de solidaridad.

Problema: cuestión que se trata de aclarar. Proposición o dificultad de solución dudosa. Conjunto de hechos o circunstancias que dificultan la consecución de algún fin. Planteamiento de una situación cuya respuesta desconocida debe obtenerse a través de métodos científicos (RAE)

R

Reacción en Cadena: secuencia de situaciones, conductas o comportamientos que se reproducen uno atrás de otro en cascada. Ejemplo. Ante el suicidio de una persona adolescente, varios de sus compañeros/as manifiestan conductas autodestructivas en la escuela.

Recursos: conjunto de satisfactores disponibles o no, que se hacen necesarios para resolver un problema o una situación muy compleja.

S

Sobrevivientes: son las personas que sobreviven a adolescentes que se suicidan. Dentro del grupo de sobrevivientes se puede citar a la familia, amigos/as, compañeros/as y docentes, equipo profesional territorial y equipo de salud

Sociedad: para definir a la sociedad se cita a dos autores con los cuales se ha dialogado en este libro y han sido rectores de muchos de los comentarios realizados:

- Según **Durkheim**, toda **sociedad** se asienta en las representaciones colectivas de significación general; el científico trata los hechos sociales o representaciones colectivas (Derecho, moral, religión, sentimientos, costumbres), que el medio social impone por coerción a la conciencia humana
- La **Modernidad Líquida** es una categoría sociológica que sirve para definir el estado actual de nuestra **sociedad**. **Bauman** la define como una figura de cambio constante y transitoriedad, atada a factores educativos, culturales y económicos.

Subjetividad: hace referencia a la percepción de una persona sobre un objeto o cuestión. Es la valorización personal y parcial sobre un asunto, idea, pensamiento o cultura. Es lo propio del sujeto singular que se expresa por medio del lenguaje

Sujeto de derecho: son ciudadanos/as plenos/as y no objetos de protección. Se trata de aquella persona (niños, niñas, adolescentes y adultos) a la que se le atribuyen derechos y obligaciones a través de la ley.

T

Tasa de mortalidad: proporción que puede expresarse por mil, diez mil o por cien mil defunciones registradas, con respecto a la cantidad total de individuos que habitan en una población, ciudad o país, en un periodo determinado.

Tendencia: es la propensión o inclinación de una persona adolescente hacia ideas, preparativos y manifestaciones de sus deseos de matarse o de matar aquellas situaciones que le producen un dolor insoportable

Trabajo Social: disciplina profesional de la rama de las ciencias sociales que interroga críticamente la realidad social del mundo en la cual estamos inmersos y que intenta modificar esa realidad desde intervenciones metodológicas y teóricas, sean éstas objetivas o subjetivas. Desde una mirada histórica crítica, el/la TS interviene en la realidad social de un sujeto, grupo o comunidad, para expresar e intentar transformar situaciones de vulneración

de derechos, desigualdad, estigmatización, violencia, entre otras, siendo el OTRO VULNERABLE el sujeto de intervención profesional en un escenario micro y/o macro social.

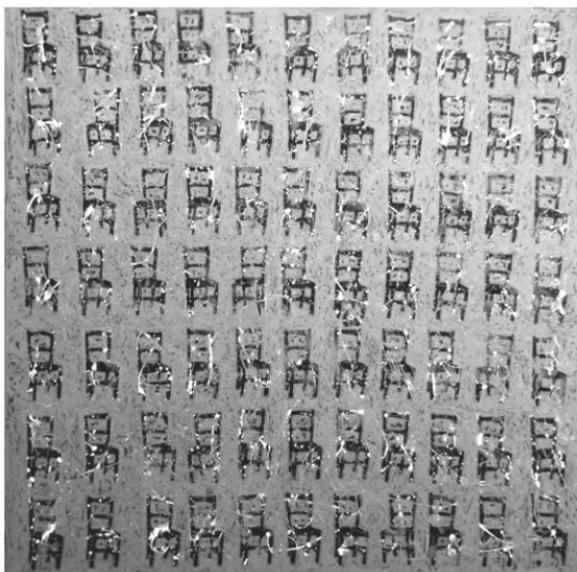
U

Urgente: situación que debe y necesita ser solucionada con rapidez o lo antes posible.

V

Vulnerabilidad: que es susceptible de ser lastimado o herido ya sea física o emocionalmente, se considera vulnerable a quien/quienes tienen arrasada su capacidad para prevenir, resistir y sobreponerse situaciones que afectan su calidad de vida.

Tapa del libro



La obra que engalana la tapa de este libro corresponde a la artista **Rosa Audisio** (General Pico, La Pampa, 16 de noviembre de 1953), ingeniera, artista visual y gestora cultural independiente.

Sobre su trabajo dice:

*“Claudia, he seleccionado esta obra que es de la **Serie materia del universo, la espera continúa**, porque es una pintura que se presta para múltiples lecturas. Yo concibo la espera como una espera activa, como un sinónimo de esperanza -accionando para conseguir los objetivos-: espera de justicia, espera de aparición de los nietos que las abuelas siguen buscando, espera de compromiso del Estado en cuestiones sociales, esperando vivir en un mundo mejor.”*

Algunos antecedentes de Rosa Audisio

Como estudiante de la Universidad Tecnológica Nacional, Delegación General Pico, siendo parte de un equipo de trabajo que consistía en dar clases de apoyo a los estudiantes que lo requirieran con el objetivo de evitarles deserciones por cuestiones

laborales o económicas, sufrió -junto a otros alumnos y profesores- la detención ilegal y posterior libertad vigilada, efectuada por la Represión en La Pampa, producto del Golpe de Estado ocurrido en el año 1976. Años después, una vez obtenido el título universitario, realizó un posgrado en transporte que le permitió trabajar en la Empresa Ferrocarriles Argentinos durante aproximadamente quince años.

Posteriormente se desempeñó, junto a colegas de otras áreas, en un proyecto destinado a adolescentes en riesgo, de reciclado y producción artesanal de papel, fruto de un convenio de la Municipalidad local con UNICEF.

En el área de las artes visuales, además de exposiciones nacionales e internacionales, se hizo acreedora de casi un centenar de premios, veinte de ellos con adquisición de obra por diferentes museos del país (Buenos Aires, La Plata, Córdoba, Santa Fe, Vicente López, Santa Rosa, General Pico, Carmen de Patagones, etc.). Entre sus premios especiales cuenta con el Premio Mujer Destacada UOCRA CORPICO AMOC (Año 2010), Reconocimiento a la militancia, labor y trayectoria INADI 20 Años (Año 2015) y Mención de Honor Congreso de la Nación Premio Domingo F. Sarmiento (Año 2017).

Como gestora cultural organizó exposiciones en diferentes espacios físicos propios: CCA, Acciones Culturales, y ajenos, Asociación Árabe de General Pico, Terminal de Ómnibus, etc. y realizó trabajos artísticos temáticos (en defensa de la naturaleza y de la paz, entre otros.) con jóvenes y niños en diferentes escuelas de su ciudad, como así también, actividades artístico-culturales en el Centro de Salud Mental del Establecimiento Asistencial Gobernador Centeno. Fue fundadora y coordinadora general de la AAIA, Asociación de Artistas del Interior Argentino.

Lleva publicados tres libros: "Estética de la Italianidad" por el que fue invitada a elegir a los artistas por la Asociación Italiana XX de Septiembre de Socorros Mutuos en conmemoración de los 100 años de su conformación; "Artes Visuales de La Pampa" y "Primer Diccionario de Artes Visuales de La Pampa" en coautoría con Luis Abraham y "Cinefilia, Asociaciones Libres", un proyecto artístico en forma de libro editado.

Anexo documental

Ley 27.130 -Ley Nacional de Prevención del Suicidio

Sancionada: marzo 11 de 2015. Promulgada de hecho: abril 6 de 2015

El Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina reunidos en Congreso, etc., sancionan con fuerza de Ley:

LEY NACIONAL DE PREVENCIÓN DEL SUICIDIO

Capítulo I

Disposiciones preliminares

ARTÍCULO 1° — Declárase de interés nacional en todo el territorio de la República Argentina, 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.

ARTÍCULO 2° — A los efectos de esta ley se entiende como:

- a) Intento de suicidio: a toda acción autoinfligida con el objeto de generarse un daño potencialmente letal;
- b) Posvención: a las acciones e intervenciones posteriores a un evento autodestructivo destinadas a trabajar con las personas, familia o instituciones vinculadas a la persona que se quitó la vida.

ARTÍCULO 3° — La presente ley tiene por objeto la disminución de la incidencia y prevalencia del suicidio, a través de la prevención, asistencia y posvención.

ARTÍCULO 4° — Son objetivos de la presente ley:

- a) El abordaje coordinado, interdisciplinario e interinstitucional de la problemática del suicidio;
- b) El desarrollo de acciones y estrategias para lograr la sensibilización de la población;

c) El desarrollo de los servicios asistenciales y la capacitación de los recursos humanos;

d) 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.

Capítulo II

Autoridad de aplicación

ARTÍCULO 5° — La autoridad de aplicación de la presente ley es el Ministerio de Salud el que debe coordinar su accionar con las áreas y organismos competentes con incumbencia en la materia y con las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

ARTÍCULO 6° — Son funciones de la autoridad de aplicación las siguientes:

a) La capacitación de los recursos humanos en salud y educación para la detección de las personas en situación de riesgo a través de una formación sistemática y permanente;

b) La elaboración de un protocolo de intervención para los servicios del primer nivel de atención de salud y de los de emergencia hospitalaria, y un protocolo de coordinación entre los servicios de salud, la línea telefónica de emergencia y otros ámbitos comunitarios intervinientes;

c) Llevar un registro de las instituciones, asociaciones, organizaciones no gubernamentales y profesionales del sector público, y privado, que cumplan con los estándares establecidos por la autoridad de aplicación;

d) Celebrar convenios con instituciones públicas y privadas y organizaciones no gubernamentales que se deben ajustar a las planificaciones estratégicas establecidas por la autoridad de aplicación;

e) Crear un sistema de registro que contenga información estadística de los intentos de suicidios, suicidios cometidos, causa de los decesos, edad, sexo, evolución mensual, modalidad utilizada y todo otro dato de interés a los fines del mejoramiento de la información estadística, la que

será proporcionada por los sectores dedicados a la problemática del suicidio, públicos y privados;

f) Los casos de suicidio y las causas de los decesos, deben notificarse obligatoriamente a la autoridad sanitaria más próxima;

g) Practicar periódicamente la evaluación y monitoreo de las actividades vinculadas a los objetivos de la presente ley.

Capítulo III

Prevención

ARTÍCULO 7° — La autoridad de aplicación en coordinación con las áreas respectivas, deberá:

a) Desarrollar programas de capacitación destinados a los responsables en los ámbitos educativo, laboral, recreativo y en contextos de encierro, promoviéndose el desarrollo de habilidades en los equipos institucionales;

b) Desarrollar campañas de concientización sobre factores de riesgo y generación de factores de protección a través de los medios masivos de comunicación y otros alternativos;

c) Elaborar recomendaciones a los medios de comunicación sobre el abordaje responsable de las noticias vinculadas a suicidios y canales de ayuda disponibles, en consonancia con las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud;

d) Habilitar una línea telefónica gratuita de escucha a situaciones críticas, cuyos operadores estarán debidamente capacitados en la atención en crisis y riesgo suicida y dotados de la información necesaria referida a una red de derivación y contención.

Capítulo IV

Asistencia

ARTÍCULO 8° — Toda persona que realizó un intento de suicidio tiene derecho a ser atendida en el marco de las políticas de salud y la

legislación vigente. El equipo de salud debe priorizar la asistencia de los niños, niñas y adolescentes sin ningún tipo de menoscabo o discriminación.

ARTÍCULO 9° — Los efectores de salud deben ofrecer para la atención del paciente con intento de suicidio un equipo interdisciplinario conformado en los términos de la ley 26.657 de Salud Mental, asegurando el acompañamiento del paciente durante todas las etapas del proceso de tratamiento, rehabilitación y reinserción social y promoviendo la integración de los equipos de asistencia con miembros de la familia y la comunidad de pertenencia, por el plazo que aconseje el equipo asistencial especializado.

ARTÍCULO 10. — La autoridad de aplicación, en coordinación con las diferentes jurisdicciones, deberá elaborar y mantener actualizado un protocolo de atención del paciente con riesgo suicida o con intento de suicidio, que contenga la identificación de factores predisponentes, psicofísicos sociodemográficos y ambientales, a los fines de poder definir las estrategias de intervención.

ARTÍCULO 11. — La autoridad de aplicación, en coordinación con las jurisdicciones debe asegurar los recursos necesarios para realizar la vigilancia epidemiológica en la comunidad, a través de la conformación y sostenimiento de servicios para este fin en el nivel de atención primaria de la salud.

ARTÍCULO 12. — En el caso de tratarse del intento de suicidio de un niño, niña o adolescente, es obligatoria la comunicación, no 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, a los efectos de solicitar medidas de protección integral de derechos que se estimen convenientes.

ARTÍCULO 13. — Todas las personas que, en el marco de la asistencia y el tratamiento de un paciente que haya intentado suicidarse, hayan tomado contacto o conocimiento del mismo, estarán obligadas a la confidencialidad de la información.

Capítulo V

Capacitación

ARTÍCULO 14. — Las acciones de capacitación que desarrollará la autoridad de aplicación, en coordinación con las jurisdicciones, deberán contemplar las características propias del contexto sociocultural y serán un proceso sistemático y permanente.

ARTÍCULO 15. — La capacitación incluirá un programa de formación a los trabajadores de la salud, educación, seguridad, justicia y contextos de encierro en las distintas áreas de prevención asistencial y posvención diseñando un espacio de capacitación continuo.

Capítulo VI

Cobertura

ARTÍCULO 16. — Las obras sociales enmarcadas en las leyes 23.660 y 23.661, la obra social del Poder Judicial de la Nación, la Dirección de Ayuda Social para el Personal del Congreso de la Nación, las entidades de medicina prepaga y las entidades que brinden atención al personal de las universidades, así como también todos aquellos agentes que brinden servicios médicos, asistenciales, a sus afiliados independientemente de la figura jurídica que posean, deben brindar cobertura asistencial a las personas que hayan sido víctimas de intento de suicidio y a sus familias, así como a las familias de víctimas de suicidio, que comprende la detección, el seguimiento y el tratamiento de acuerdo a lo establecido por la autoridad de aplicación.

ARTÍCULO 17. — El Estado nacional a través del COFESA debe promover convenios con las jurisdicciones para garantizar el desarrollo de acciones conjuntas tendientes a implementar los principios expuestos en la presente ley que incluirán cooperación técnica, económica y financiera de la Nación para su implementación.

Capítulo VII

Disposiciones finales

ARTÍCULO 18. — Los gastos que demande el cumplimiento de la presente ley se atenderán con las partidas que anualmente se asignen a tal efecto en la jurisdicción del Ministerio de Salud.

ARTÍCULO 19. — Invítase a las provincias y a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires a adherir a la presente ley.

ARTÍCULO 20. — El Poder Ejecutivo debe reglamentar la presente ley dentro de los noventa (90) días de promulgada.

ARTÍCULO 21. — Comuníquese al Poder Ejecutivo nacional.

DADA EN LA SALA DE SESIONES DEL CONGRESO ARGENTINO, EN BUENOS AIRES, A LOS ONCE DIAS DEL MES DE MARZO DEL AÑO DOS MIL QUINCE. - REGISTRADA BAJO EL N° 27.130 - AMADO BOUDOU. - JULIAN A. DOMING

Bibliografía

- Aguilera, Claudia. Tesis: "El Trabajo Social en Salud Mental como Campo de Intervención con Jóvenes. Una Mirada al Contexto desde la Historicidad", 2015.
- Al-Halabí, Susana. "La prevención de suicidio no solo es posible, sino necesaria y urgente". Entrevista en Infocop, 9 de abril de 2019. Consultable en: http://www.infocop.es/view_article.asp?id=8058
- Arias, Ana y Testa Cecilia (comp). "Instituciones y territorio: reflexiones de la última década". Espacio Editorial, Buenos Aires, 2015
- Barreno, Cinta. "Zygmunt Bauman y la sociedad líquida". Artículo publicado en Esfinge, setiembre de 2011, Consultable en: <https://www.revistaesfinge.com/filosofia/corrientes-de-pensamiento/item/757-56zygmunt-bauman-y-la-sociedad-liquida>
- Barrionuevo, Hugo. "Gestión de Sistemas de Salud Mental". Archivo. Clases dictadas en el Curso de Posgrado de Políticas, Planificación, Gestión y Administración de Instituciones y Servicios de Salud Mental. Asociación Argentina de Salud Mental, promoción 2015
- Barrionuevo, Hugo. "Gestión del programa Médico Obligatorio en Salud Mental". Buenos Aires, 2003.
- Barrionuevo, H, Graña, D, Silva, C.D. "Serie de Estudios N° 7 - 2008 Clasificaciones Diagnósticas en Psiquiatría: Aspectos clave para su uso en Salud Pública". ISBN: 978-987-9413-46-3. Consultable en: https://www.researchgate.net/publication/259999046_Clasificaciones_Diagnosticas_en_Psiquiatria_apectos_clave_para_su_uso_en_Salud_Publica
- Barrionuevo, H, GRAÑA, D; SILVA, C.D. Serie de Estudios N° 6 - 2008 Vigilancia Epidemiológica en Salud Mental. Pautas para su implementación en Argentina. ISBN: 978-987-9413-45-6. Consultable en: https://www.researchgate.net/publication/259997963_Vigilancia_Epidemiologica_en_Salud_Mental_pautas_para_su_implementacion_en_Argentina
- Carballeda, Alfredo. "La Intervención en lo Social". Editorial Paidós. Buenos Aires, 2001
- Carballeda, Alfredo. "Escuchar las prácticas. La supervisión como proceso de análisis de la intervención en lo social". Editorial Espacio. Buenos Aires, Argentina, 2007.

- Carballeda, Alfredo. "Intervención en lo social y pensamiento crítico. Una mirada desde nuestra América en los escenarios actuales del trabajo social". RELATS, 2013. Recuperado de: <http://trabajosocialrelats.blogspot.com/2013/06/intervencion-en-lo-social-y-pensamiento.html>
- Chan, Margaret (Directora General de la Organización Mundial de la Salud). "Prevención del suicidio - un imperativo global", año 2014. Consultable en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/136083/9789275318508_spa.pdf?sequence=1
- Clases dictadas en el Curso de Posgrado de Políticas, Planificación, Gestión y Administración de Instituciones y Servicios de Salud Mental. Promoción 2015 AASM.
- Cruz, Verónica y Fuentes, María Pilar. "La Institución Familiar en Trabajo Social. Debates contemporáneos en la formación y el ejercicio profesional". Editorial Espacio, Argentina, 2017.
- Décima, Fabiana. Tesis "Parámetros para pensar la relación entre la categoría cuestión social y su centralidad en trabajo social", año 2012. Consultable en: <https://core.ac.uk/download/pdf/61889291.pdf>
- De Lellis, M. "Salud mental en la agenda de las políticas públicas de salud". Revista de Psicología "Aletheia" N°41. Mayo/Ago. 2013.
- Fernández, J. J., Basile, H. y Pérez Barrero. "Suicidio infanto-juvenil". Ed. Salerno. Buenos Aires, 2017.
- Fernandez Soto, Silvia. "ESTADO Y POLITICAS SOCIALES. Los programas de transferencia de renta condicionada en el proceso de hegemonía en America Latina". Editorial Espacio, Argentina, 2017.
- Foucault, Michel. "Un diálogo sobre el poder". Alianza Editorial. Buenos Aires, 2005.
- Fuentes, María Pilar y Cruz, Verónica (compiladoras). "Lo Metodológico en Trabajo Social. Desafíos frente a la simplificación e instrumentación de lo Social". Editorial EDUP. La Plata, Argentina, 2014.
- García Salord, Susana. "Especificidad y Rol en Trabajo Social". Editorial Lumen- Humanitas. Buenos Aires, Argentina, 1998.
- Grippe, Jorge. "Pasaje al acto". Artículo publicado en Psiconotas.com, abril de 2014. Consultable en: <https://www.psiconotas.com/pasaje-al-acto-638.html>
- Iamamoto, Marilda. "La práctica como trabajo y la inserción del A. Social en los procesos de trabajo". Cortez Editora, Brasil, 2003.

Kaplan Carina, Krotsch Lucas y Orce Victoria. "Con ojos de joven. Relaciones entre desigualdad, violencia y condición estudiantil". Editorial de la Facultad de Filosofía y Letras. Universidad de Buenos Aires, 2012.

Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones N° 26.657 (República Argentina).

Ley Nacional N° 26.061 de Protección Integral de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes (República Argentina).

Ley Provincial N° 2703 de Protección Integral de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes (Provincia de La Pampa, República Argentina).

Lineamientos para la atención del Intento de suicidio en adolescentes. Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. Plan Nacer. Salud y Adolescencia. Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación Argentina, 2018.

Lobos Mosqueira, Francisca. "Factores de riesgo del suicidio en Chile: un análisis a nivel comunal". Tesis para optar al grado de Magister en Políticas Públicas. 2016. Consultable en:
<http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/142720/Lobos%20Mosqueira%20Francisca.pdf?sequence=1>

Minnicelli, Mercedes. "Infancias Públicas. No hay Derecho". Novedades Educativas. Buenos Aires, 2004.

Minnicelli, Mercedes. "Ceremonias Mínimas". Clase dictada en la Diplomatura en Psicoanálisis y prácticas Socio-Educativas. FLACSO. Área Educación. Argentina, 2010.

Netto, Jose Paulo. "Capitalismo Monopolista y Servicio Social". Editorial Cortez, Sao Pablo, Brasil, 1992

Organización Mundial de la Salud. OMS-2004 Invertir en Salud. Consultable en:
https://www.who.int/mental_health/advocacy/en/spanish_final.pdf

Organización Mundial de la Salud. "Suicidio". Año 2019. Consultable en:
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>

Organización Mundial de la Salud, 2020, "Desarrollo en la adolescencia". Consultable en:
https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/

Peker, Luciana. "El champagne por la ventana", artículo periodístico publicado en el diario Página 12 (Argentina) el 2 de marzo de 2007. Consultable en:
<https://www.pagina12.com.ar/diario/suplementos/las12/39-3222-2007-03-02.html>

- Rodríguez Gómez, Amalia. "Los países más felices registran las mayores tasas de suicidios". Artículo publicado en Tendencias Sociales. Consultable en: https://www.tendencias21.net/Los-paises-mas-felices-registran-las-mayores-tasas-de-suicidios_a6364.html
- Romero, María Aurora y Gonnet, Juan Pablo. "Un diálogo entre Durkheim y Foucault a propósito del suicidio". Revista Mexicana de Sociología 75, núm. 4 (octubre-diciembre, 2013): 589-6167
- Rozas Pagaza, Margarita. "Intervención Profesional en la relación con la Cuestión Social. Cap. 4". Editorial Espacio, Argentina, 2004.
- Scarafia, Claudio Bernardo. "Aproximaciones socio-antropológicas al suicidio Adolescente y Juvenil". Tesis de licenciatura en Antropología Social y Cultural. Carrera de Antropología Social y Cultural. UNSAM, año 2015
- Servicio Andaluz de Salud. "Recomendaciones sobre la Detección, Prevención e Intervención de la conducta suicida". Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, España, 2010. Consultable en: <https://consaludmental.org/publicaciones/Recomendacionesprevencion-suicidio.pdf>
- Sousas Santos B. "Subjetividad, ciudadanía y emancipación". Siglo del Hombre Editores. Bogotá (1998)
- Spinelli, H. "Salud Colectiva, Cultura, Instituciones y Subjetividad: Epistemología, Gestión, y Política". Lugar editorial. Buenos Aires, Argentina, 2004.
- UNICEF Argentina. "Suicidio en la adolescencia. Situación en la Argentina". Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, año 2019. Consultable en: <https://www.unicef.org/argentina/media/5466/file/suicidio-%20adolescente.pdf>
- Zizek Slavoj. "Problemas en el paraíso." Anagrama Editor, 2016.
- Zucherino-Weber. "Cuadernos de Cátedra". Universidad de Trabajo Social. La Plata.

