



NACIONAL



RESOLUCION 275/2009
MINISTERIO DE SALUD (MS)

Créase el Programa Nacional de Patologías Mentales Severas y Prevalentes.
Del 18/03/2009; Boletín Oficial 27/03/2009.

VISTO el expediente 2002-1169/09-4 del registro del MINISTERIO DE SALUD, y
CONSIDERANDO:

Que a lo largo de los últimos años se ha producido un proceso de cambio y transformación de los modelos sanitarios en lo que respecta a la salud mental, dando lugar a la incorporación de nuevas prácticas.

Que los avances científicos, en cuanto a técnicas de abordaje y de tratamiento psicofarmacológico, así como los documentos y recomendaciones de los organismos rectores de la salud en el mundo recomiendan la paulatina transformación de las prácticas tradicionales hacia un modelo de atención comunitaria y el respeto de los derechos humanos de las personas con padecimientos psíquicos.

Que los cambios en la trama social complejizan las problemáticas actuales a las que nos enfrentamos.

Que en tal sentido resulta necesario establecer planes y estrategias que, mediante el consenso con las jurisdicciones provinciales, tiendan a optimizar la organización y el funcionamiento de los sistemas, servicios y recursos en salud mental, a fin de generar un cambio en los modelos de abordaje y de gestión.

Que a tal fin se estima conveniente tomar como ejes la descentralización, la estrategia de Atención Primaria de la Salud y el desarrollo adecuado de redes locales.

Que la DIRECCION GENERAL DE ASUNTOS JURIDICOS ha tomado la intervención de su competencia.

Que se actúa en virtud de lo normado por la Ley de Ministerios, T.O. por Decreto N° 438 del 12 de marzo de 1992, modificada por la [Ley N° 26.338](#).

Por ello,

La Ministra de Salud resuelve:

Artículo 1°.- Créase en el ámbito de la SECRETARIA DE POLITICAS, REGULACION E INSTITUTOS el PROGRAMA NACIONAL DE PATOLOGIAS MENTALES SEVERAS Y PREVALENTES de acuerdo a los lineamientos que se establecen en el Anexo I que forma parte integrante de la presente.

Art. 2°.- La coordinación de las acciones que demande el cumplimiento de los objetivos del PROGRAMA que se aprueba por el artículo 1° estará a cargo de la SECRETARIA DE POLITICAS, REGULACION E INSTITUTOS.

Art. 3°.- En cumplimiento de las competencias que le son propias, las áreas y dependencias del MINISTERIO DE SALUD deberán articular acciones con el PROGRAMA NACIONAL DE PATOLOGIAS MENTALES SEVERAS Y PREVALENTES a fin de contribuir al logro de sus objetivos.

Art. 4°.- El gasto que demande la actividad del Programa que se aprueba por el artículo 1° de la presente se financiará con partidas del presupuesto de esta jurisdicción.

Art. 5°.- Invítase a las Provincias y al GOBIERNO AUTONOMO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES a adherir al PROGRAMA NACIONAL DE PATOLOGIAS

MENTALES SEVERAS Y PREVALENTES.

Art. 9º.- Regístrese, comuníquese, publíquese, dése a la Dirección Nacional del Registro Oficial y archívese.

María G. Ocaña.

ANEXO I

PROGRAMA NACIONAL DE PATOLOGIAS SEVERAS Y PREVALENTES ANTECEDENTES

Siendo el propósito del Plan Federal de Salud la plena vigencia del Derecho a la Salud para toda la población, mediante la implementación y desarrollo de un sistema basado en criterios de equidad, accesibilidad, solidaridad, eficacia, eficiencia y calidad, mediante la efectiva extensión de la cobertura a toda la población, definiendo acciones y recursos, como así también, las tareas que asuman para alcanzarlo.

En vista a que se ha producido a lo largo de los últimos años un proceso de cambio y transformación de los modelos sanitarios, la incorporación de nuevas prácticas, los avances científicos en cuanto a técnicas de abordaje, psicofarmacología, más los documentos y recomendaciones de los organismos rectores de la salud en el mundo que propenden y recomiendan la paulatina transformación de las prácticas tradicionales hacia un modelo de atención comunitaria, el respeto a los derechos humanos de las personas con padecimientos psíquicos, el desafío permanente que implican los cambios en la trama social que complejizan las problemáticas actuales a las que nos enfrentamos y que han generado una respuesta positiva en los modelos de abordaje y de gestión en las distintas jurisdicciones provinciales con diferentes niveles de desarrollo, hacen necesaria la reforma y actualización del Plan Nacional de Salud Mental acorde a las demandas actuales de la población, y que garantice estas metas poniendo especial énfasis en la optimización de los recursos disponibles y garantizar la incorporación de los necesarios.

Por otra parte, es competencia del Ministerio de Salud de la Nación el establecimiento de las Políticas, Planes y Estrategias que, el consenso y posterior adhesión de las jurisdicciones, tiendan a optimizar la organización y funcionamiento de sistemas, servicios y recursos de Salud Mental, teniendo como ejes: la descentralización, la estrategia de Atención Primaria de la Salud y el desarrollo adecuado de redes locales, garantizando así la accesibilidad a los servicios, la coordinación y el fortalecimiento del poder de rectoría del Estado, ejecutando y fiscalizando una política de Salud Mental.

Los otros subsectores de la seguridad social, y privada deberán amoldar su accionar a lo dictaminado por la política de Estado.

En este sentido el presente Programa Nacional se basa en el marco conceptual del Plan Nacional de Salud Mental (Resolución Ministerial N° 254/98), los previos planes y programas del Instituto Nacional de Salud Mental y las extensas referencias bibliográficas consultadas, documentos éstos que son antecedentes, justificación y sustrato científico sustantivo de sus propósitos y objetivos y por último el Documento de Trabajo sobre el Plan Nacional de Salud Mental (La Falda- 26/11/04) , consensuado por los Referentes de Salud Mental de todas las Jurisdicciones. Los contenidos sustantivos del presente Programa han sido presentados en la reunión del COFESA de agosto de 2007, donde fueron consensuados.

COMPONENTES

El presente Programa comprende dos Subprogramas:

- Subprograma Trastornos Mentales Severos.
- Subprograma Asistencia y Prevención del Suicidio.

SUBPROGRAMA TRASTORNOS MENTALES SEVEROS

ACTIVIDADES:

- I) Talleres de Capacitación para Médicos de APS y 1º Nivel, para Emergencias Psiquiátricas y Trastornos Mentales Severos.
 - II) Talleres de Cooperación Técnica “Herramientas de SM para Trabajadores de APS”.
-

ACTIVIDAD “Talleres de Capacitación para Médicos de APS y 1º Nivel, para Emergencias Psiquiátricas y Trastornos Mentales Severos”.

JUSTIFICACION:

- Alta prevalencia (3 a 5%).
- Evolución crónica, alta discapacidad, población joven.
- Carga de morbilidad AVAD (13%).
- Alto costo económico para la población de bajos recursos.
- La internación consume más del 80% del gasto de SM.
- Existen tratamientos médicos de eficacia comprobada y fácil aplicación.

OBJETIVOS:

- 1) Fortalecer redes del 1º nivel de atención.
- 2) Promover el uso racional y mejorar la accesibilidad a los psicofármacos.
- 3) Fortalecer el sistema de referencia- contrarreferencia, y prestaciones mínimas de atención.
- 4) Humanizar la atención de pacientes con trastornos mentales severos.
- 5) Articular con la Actividad de Cooperación Técnica “Talleres de Herramientas de SM para trabajadores de APS”.

OBJETIVO 1- (Fortalecer redes del 1º nivel de atención)

- En el Eje Estratégico de APS:

metas 2007: -9 equipos de enlace y 450 agentes de APS capacitados, en 9 provincias.

- Réplica de 5 provincias con redes de referencia funcionando (Mendoza, Río Negro, San Luis, Jujuy, Chubut).

- Elaboración del protocolo de admisión de los pacientes psiquiátricos en el 1º nivel.

- Elaboración de Indicadores para el seguimiento y medición de impacto de las prestaciones en SM, en el 1º nivel.

metas 2008/09: -Equipos a formar en las provincias: Formosa, Misiones, Santiago del Estero, La Pampa, San Juan, Tierra del Fuego, Salta, Santa Cruz, CABA, Córdoba, Prov. Bs. Aires.

OBJETIVO 2- (Promover el uso racional y mejorar la accesibilidad a los psicofármacos)

-En el Eje Estratégico de APS:

metas 2007: -Esquemas terapéuticos para el uso de antipsicóticos y antidepresivos aprobados.

- Elaboración de la Guía de Abordaje del paciente depresivo en APS- Manejo de los antidepresivos.

- Elaboración de la Guía de Abordaje del paciente psicótico en APS- Manejo de los antipsicóticos.

- Seguimiento de la prescripción y dispensa de psicotrópicos a través de la Comisión de Uso Racional de Medicamentos (ADD).

metas 2008/09: -10.000 médicos de APS y 2.000 psiquiatras capacitados en el uso de esquemas terapéuticos aprobados.

- 80% del total de pacientes con trastornos mentales severos (2,5% de la población total) con acceso a antipsicóticos y antidepresivos según esquema terapéutico.

OBJETIVO 3- (Fortalecer el sistema de referencia- contrarreferencia, y prestaciones mínimas de atención)

- En el Eje Estratégico de APS:

metas 2007: -Elaboración del protocolo para la supervisión de los casos del 1º nivel por Psiquiatría de Enlace.

- En el Eje Estratégico de Normativa:

metas 2007: -Creación del Registro de Población nominada bajo programa.

- Implementación de Guías de Pautas Mínimas de Atención.

metas 2008/09: -Creación del Sistema de Alerta de Abandono de Tratamiento.

OBJETIVO 4- (Humanizar la atención de pacientes con trastornos mentales severos)

- En el Eje Estratégico de APS:

metas 2007/09: -Articulación con otros actores sociales, Ministerio de Desarrollo Social de la Nación, Secretaría de DDHH (7 talleres regionales, 450 profesionales capacitados en

Buenas Prácticas en SM), APEF (Asoc. de familiares de esquizofrénicos) y otros.

- En el Eje Estratégico de Normativa:

metas 2007: -Guías de comunicación social para la prensa.

- En el Eje Estratégico de Reforma Institucional:

metas 2008/09: -Comunidad informada sobre alternativas de tratamiento para trastornos mentales severos.

ACTIVIDAD Talleres de Cooperación Técnica “Herramientas de SM para Trabajadores de APS”.

JUSTIFICACION:

- Alta prevalencia (3 a 5%).

- Evolución crónica, alta discapacidad, población joven.

- Carga de morbilidad AVAD (13%).

- Alto costo económico para la población de bajos recursos.

- La internación consume más del 80% del gasto de SM.

- Existen tratamientos médicos de eficacia comprobada y fácil aplicación.

MARCO LEGAL Y TECNICO

Esta Actividad de Cooperación Técnica del Ministerio de Salud de la Nación, Subsecretaría de Políticas de Regulación, Fiscalización e Institutos, Unidad Coordinadora Ejecutora de Salud Mental y Comportamiento Saludable con los Gobiernos de las diferentes Jurisdicciones Provinciales, Secretarías de Salud y Programas de Salud Mental, está enmarcado Legal y Técnicamente en:

- Políticas de Salud a Nivel Nacional

- Decreto del Poder Ejecutivo Nacional N° 486

- Políticas en Salud Mental a Nivel Nacional

- Plan Nacional de Salud Mental.

- Resolución Ministerial N° 245/98.

ANTECEDENTES

Continúa las actividades de Cooperación Técnica “Talleres de Herramientas de Salud Mental para Trabajadores de APS”, organizadas por la Unidad Coordinadora en articulación con el Programa Federal de Salud PROFE y el Centro Nacional de Reeducción Social CENARESO, que se desarrollaron entre los años 2004 y 2006 en catorce jurisdicciones (Catamarca, Tucumán, Jujuy, Salta, Chaco, Formosa, Corrientes, Misiones, Entre Ríos, Chubut, Santiago del Estero, Santa Cruz, San Juan y La Rioja), con la capacitación de 1000 agentes del primer nivel de atención.

PROPOSITOS

- Promover el Modelo de Atención Primaria de la Salud en el marco de la salud mental y el desarrollo de conductas saludables.

- Adecuar y promover la formación de los Recursos Humanos en Salud Mental con una orientación hacia la promoción y la prevención, atención psiquiátrica comunitaria, así como el sostenimiento de las estrategias de educación para la salud de la población.

-Contribuir al establecimiento de una Red Nacional Asistencial Jurisdiccional en Salud Mental, basada en la extensión, profundización y consolidación de la Estrategia de la Atención Primaria de la Salud que garantice en base a las necesidades de la población, la adecuada, oportuna y continua accesibilidad de servicios comunitarios de salud mental en el primer nivel de atención.

- Promover una transformación cultural en relación con la enfermedad mental y el enfermo, fomentando un cambio de actitudes que asegure la garantía plena de los derechos humanos de los pacientes, evitando la discriminación, el maltrato físico, el confinamiento indefinido, así como evitando su exclusión y estigmatización a través de un trato digno, solidario, tolerante y creativo.

OBJETIVOS

Brindar Cooperación Técnica en Salud Mental para los agentes de Atención Primaria de la Salud, acorde a las Políticas de Salud y Salud Mental Nacionales y a las necesidades Provinciales en el Primer Nivel de Atención. Se enfatizará la construcción, desarrollo y

afianzamiento de mecanismos de apoyo y enlace permanente con los profesionales de Salud Mental (médicos y psicólogos) locales (sistema de referencia y contrarreferencia).

ESTRATEGIAS

Las líneas de acción para lograr los Propósitos, Objetivos y Actividades propuestas son:

- Reuniones Individuales y Grupales con:
 - Autoridades.
 - Equipos de Trabajo.
- Talleres de Capacitación con:
 - Autoridades.
 - Equipos de Trabajo.
- Articulación Intersectorial Acorde a las Necesidades.
 - A nivel Nacional.
 - A Nivel Provincial.
- Articulación con Equipos Interdisciplinarios acorde a las Necesidades.
 - A Nivel Nacional.
 - A Nivel Provincial.
- Apoyo al Proceso de Gestión con Información Adecuada, Relevante y Necesaria.

ACTIVIDADES

- Análisis del Estado de situación de Salud y de Salud Mental en forma conjunta, Nación y Provincia.
- Reuniones con las Autoridades de este Ministerio de Salud de Nación y autoridades del Ministerio de Salud, de Salud Mental y del Programa Federal de Salud de cada jurisdicción.
- Talleres de Capacitación, participativos y de intercambio, en Herramientas de Salud Mental para Agentes de Atención Primaria de la Salud.

- SUBPROGRAMA ASISTENCIA Y PREVENCION DEL SUICIDIO

JUSTIFICACION:

- Entre las 10 primeras causas de muerte en jóvenes.
- Tasa de Suicidio en Argentina: 8,4/100.000 habitantes.
- Acto impacto en la opinión pública.
- Causa de muerte evitable y prevenible con acciones de baja tecnología y bajo costo.
- Alta prevalencia en términos de AVPP.
- Baja detección en el 1º nivel. Alta prevalencia en trastornos mentales severos. Alto uso de servicios médicos.

OBJETIVOS:

- 1) Fortalecer las redes del 1º nivel de atención.
- 2) Incorporar información sobre suicidio a los sistemas de vigilancia epidemiológica y de estadísticas de salud.
- 3) Establecer mecanismos de teleayuda para crisis.
- 4) Optimizar instrumentos para prevención, detección y seguimiento de casos. Reducción de la Tasa de Suicidio en al menos 1 punto a nivel país.

OBJETIVO 1- (Fortalecer las redes del 1º nivel de atención)

- En APS:

metas 2007: -500 agentes de APS capacitados en detección, registro y trabajo en equipo en 3 provincias de alta prevalencia.

metas 2008/09: -3.000 agentes de APS capacitados en todas las provincias de alta prevalencia.

- Redes de referentes identificados en todas las provincias de alta prevalencia.

- En Normativa:

metas 2007: -Guías de Pautas Mínimas de Atención validadas (500 ejemplares y en Web).

metas 2008/09: -Guías de Pautas Mínimas de Atención validadas (300 ejemplares y en Web).

- Redes de referentes identificados en todas las provincias de alta prevalencia.

OBJETIVO 2- (Incorporar información sobre suicidio a los sistemas de vigilancia

epidemiológica y de estadísticas de salud)

- En APS:

metas 2007: -Sistema de alerta local implementado en al menos 3 provincias con alta Tasa de Suicidios.

metas 2008/09: -Sistema de alerta local funcionando en todo el país.

-En Normativa:

metas 2008/09: -Incorporación de componentes de SM a los sistemas de vigilancia epidemiológica (CMBD).

OBJETIVO 3 - (Establecer mecanismos de teleayuda para crisis)

-En APS:

metas 2007: -Extender el sistema telefónico de asistencia al suicida y atención en crisis, al menos a 2 provincias de alta prevalencia.

metas 2008/09: -Sistema telefónico de asistencia al suicida y atención en crisis funcionando en todo el país.

OBJETIVO 4- (Optimizar instrumentos para prevención, detección y seguimiento de casos. Reducir la Tasa de Suicidio en al menos 1 punto a nivel país)

En APS:

metas 2007: -Guías de Pautas Mínimas de Atención validadas (500 ejemplares y en Web) e implementados en 3 provincias de alta prevalencia.

metas 2008/09: -Guías de Pautas Mínimas de Atención implementadas en todas las provincias de alta prevalencia.

- En Normativa:

metas 2007:-Implementación de las Guías de Comunicación Social Internacionales para la prensa.

.....
.....

RECURSOS (COMPROMISOS DE GESTION)

Aportes del Ministerio de Salud de la Nación:

- Capacitación: - en epidemiología.

- en APS y SM.

- Cooperación técnica.

- Actualización de Guías de Tratamiento.

- Elaboración de Guías de Habilitación Categorizante.

- Aporte de material bibliográfico.

- Convenios con universidades.

- Función de rectoría.

-Talleres.

Aportes de las provincias:

- Replicar la capacitación y cooperación técnica y favorecer la accesibilidad del RRHH a la misma, en: - epidemiología.

- APS y SM.

-Fortalecer y jerarquizar las áreas de SM.

-Talleres.

.....
.....

DATOS:

1) Elevado consumo de psicofármacos/ Falta de racionalidad en el gasto (820 millones de comprimidos/263 millones de pesos, período 2002-2003).

2) El 90% de las benzodiazepinas y antidepresivos son prescriptos por médicos no capacitados en uso racional.

3) Alta tasa de medicalización de la infancia y la adolescencia (ej. ADD).

.....
.....

ASPECTOS TECNICOS DEL SUBPROGRAMA ASISTENCIA Y PREVENCION DEL SUICIDIO INTRODUCCION

Este documento se conformó con el objetivo de servir de guía en el tratamiento de una Política de Prevención del Suicidio en todo el territorio del país. Se propone elaborar estrategias y líneas de acción tendientes a responder y asistir eficazmente las problemáticas que derivan en la conducta suicida, determinar un esquema de evaluación de la población permanente y orientar los recursos disponibles para reducir dicho riesgo a su expresión mínima.

Plantea las principales líneas de acción del Ministerio de Salud de la Nación para contribuir a reducir los acontecimientos suicidas entendiendo a los ciudadanos como actores sociales con derechos y responsabilidades sobre la propia vida y sobre la vida de sus conciudadanos. Incluye asimismo aportes para que las políticas y programas provinciales y municipales dirijan sus acciones en conjunto con otras instituciones existentes trabajando en conjunto para potenciar al máximo sus recursos y generando constantemente otros recursos posibles. Asimismo dicho programa toma en cuenta toda la bibliografía existente internacional sobre prevención del suicidio de los últimos años, en especial aquellos datos de la OMS sobre los programas de prevención del suicidio y otros que han resultado de eficacia en sus respectivos países de aplicación.

Se considerarán especialmente los datos aportados por los programas de prevención que hagan hincapié en la evaluación de resultados, la superación del índice de subregistros y la aplicación de medidas directas en atención de emergencias.

PLANTEO DE LA SITUACION

EN LOS PRIMEROS AÑOS DEL SIGLO XXI más de cinco millones de personas en el mundo tomaron la decisión de acabar con sus vidas a través del suicidio según la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2006).

En el mundo el suicidio provoca casi la mitad (49%) de todas las muertes causadas por lesiones intencionales y está cerca de un millón de muertes anuales, según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Según el Informe Mundial sobre la violencia y la salud (OMS, 2002) EN EL AÑO 2000, murieron en el mundo a causa del suicidio unas 815.000 personas, CON UNA TASA GLOBAL DE SUICIDIOS DE CERCA DE 14.5 POR 100,000 HABITANTES. Para el año 2006, la OMS publicó que LA TASA DE SUICIDIO GLOBAL ERA DE 16.0 POR 100,000 y estimaba que, aproximadamente, en el mundo hay UNA MUERTE POR SUICIDIO CADA 40 SEGUNDOS y UN INTENTO DE SUICIDIO CADA 3 SEGUNDOS.

Para el año 2001 los suicidios registrados en todo el mundo superaron la cifra conjunta de muertes por homicidio (500.000) y por guerras (230.000).

Las estimaciones realizadas por la Organización Panamericana de Salud (OPS) y la OMS, indican que PARA EL AÑO 2020 la cifra podría crecer a 1.5 MILLONES DE SUICIDIOS (OMS), LO QUE REPRESENTA UN INCREMENTO DEL 50%.

Sin embargo, su peso entre las personas de 15 a 44 años de edad es mucho mayor, ya que se ubicó para el 2002 como la cuarta causa de muerte y la sexta causa de mala salud (OMS, 2002)

Cuatro años después, en 2006, la iniciativa de la OMS para la Prevención del Suicidio (SUPRE) indicó que el suicidio, pasó al tercer lugar como causa principal de muerte en el mundo entre personas de 15 a 44 años, de ambos géneros (OPS, 2006).

A escala global el suicidio representa el 1.4% de la carga mundial de morbilidad, pero esta cifra se incrementa en los países donde la ocurrencia es alta. (OMS, 2004)

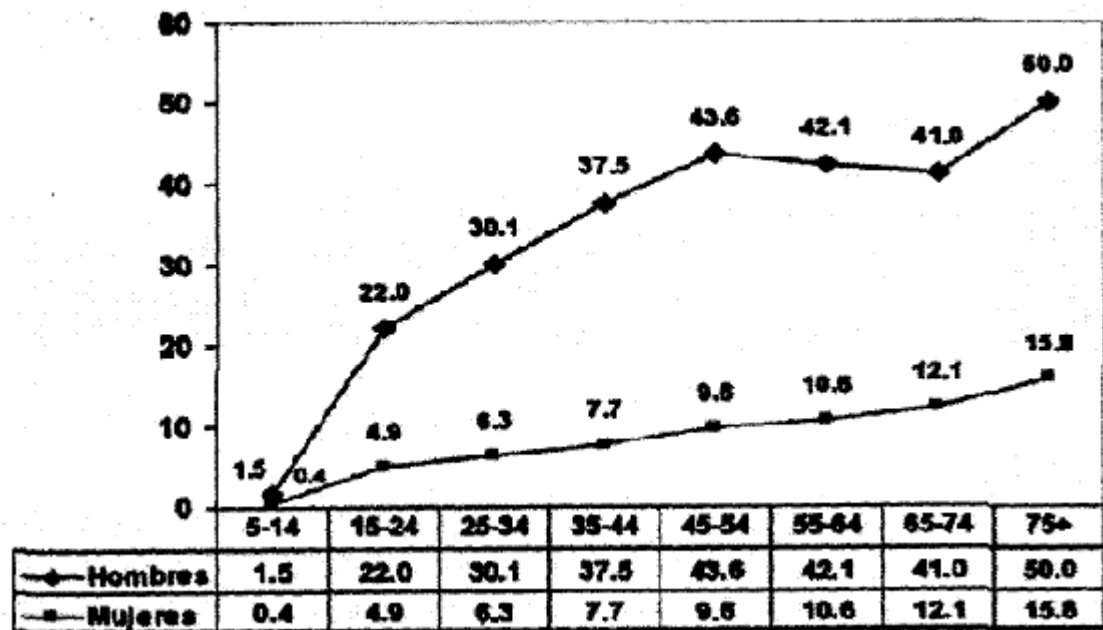
Los datos del conjunto de países que tienen registros sobre suicidio muestran una constante: en todos los lugares se suicidan más hombres que mujeres, con excepción de algunas zonas rurales de China donde la tasa femenina es ligeramente superior a la masculina, alcanzando el valor máximo para mujeres: 18.8 por 100,000 personas.

En cambio, las tasas de comportamiento suicida no mortal tienden a ser de dos a tres veces más frecuentes en las mujeres que en los hombres, a excepción de Finlandia (OMS, 2002).

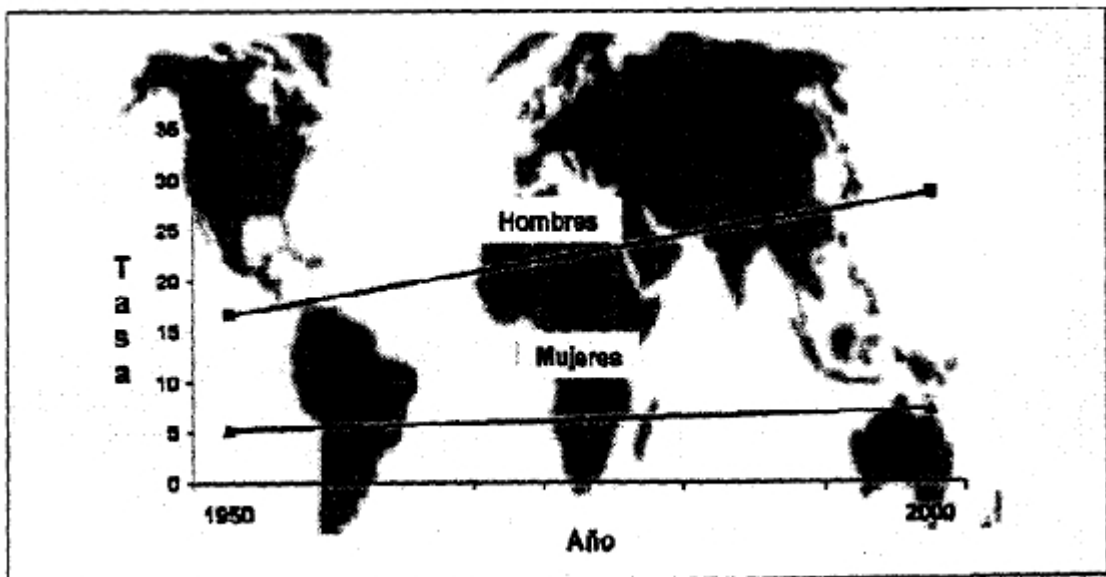
Desde 1950 a 2000, las tasas de suicidios han aumentado en todo el mundo, pero este aumento es contundente en el caso de los varones.

Distribución de tasas mundiales de suicidio por edad y por sexo, 2000.

(Por cada 100,000 personas)



OMS 2002- La curva superior corresponde a varones, la inferior a mujeres
Evolución tendencial de la tasa global de suicidio 1950.2000 según sexo.



OMS 2002

2.1. INTENTOS DE SUICIDIO

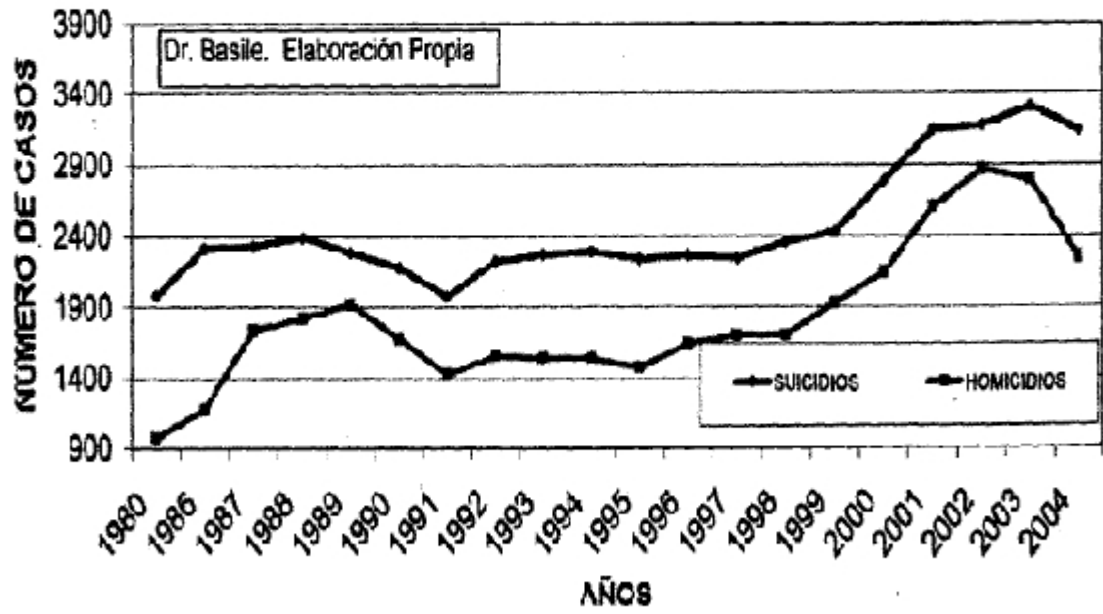
La OMS calcula que por cada muerte autoinflingida se producen entre 10 y 20 intentos fallidos de suicidio, que se traducen en lesiones, hospitalizaciones y traumas emocionales y mentales.

Sin embargo, no se disponen de datos fiables o precisos sobre los intentos de suicidio. Las variaciones de la estimación oscilan en términos generales entre 1:10 y 1:20.

Pero cuando se analizan ambos fenómenos por grupos de edad la estimación llega a ser hasta 1:200 en adolescentes y jóvenes (OMS, 2002; OPS 2006).

REPUBLICA ARGENTINA

COMPARACION CASOS DE SUICIDIO Y DE HOMICIDIO



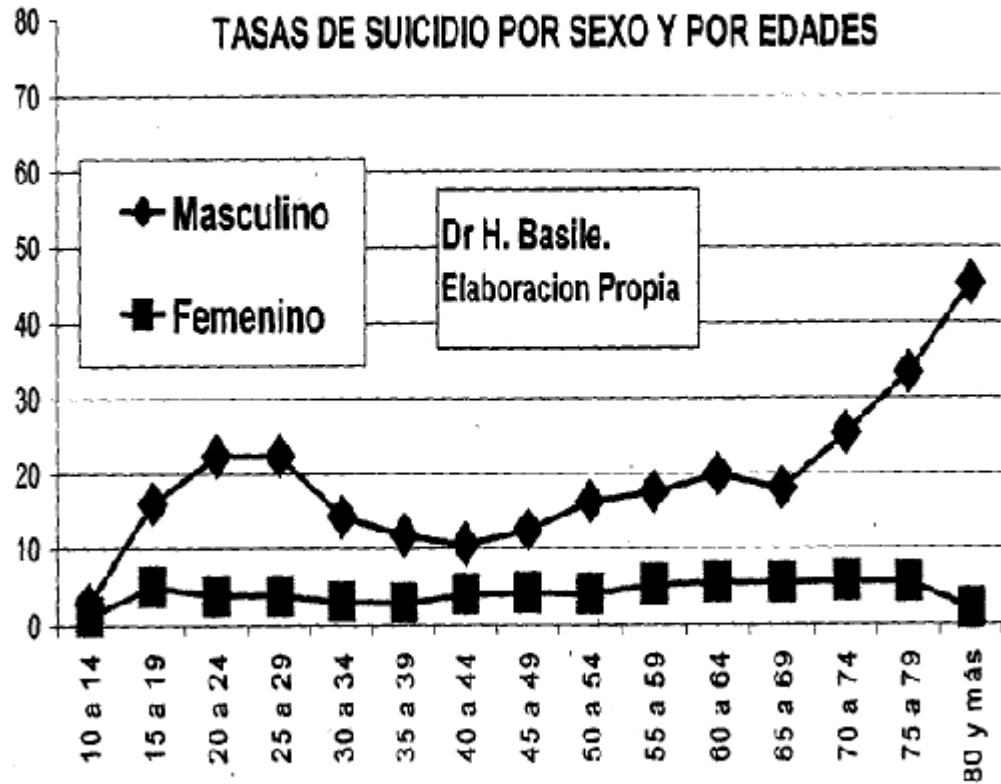
La curva superior corresponde a SUICIDIOS, la inferior a HOMICIDIOS

TASAS DE SUICIDIO

REPUBLICA ARGENTINA

2005

TASAS DE SUICIDIO POR SEXO Y POR EDADES



La curva superior corresponde a varones, la inferior a mujeres

REPUBLICA ARGENTINA
2005

TASAS DE SUICIDIO EN POBLACION TOTAL Y POR PROVINCIAS



Tasas por cien mil personas de la misma edad y sexo

La primera cifra corresponde a varones, la segunda a mujeres

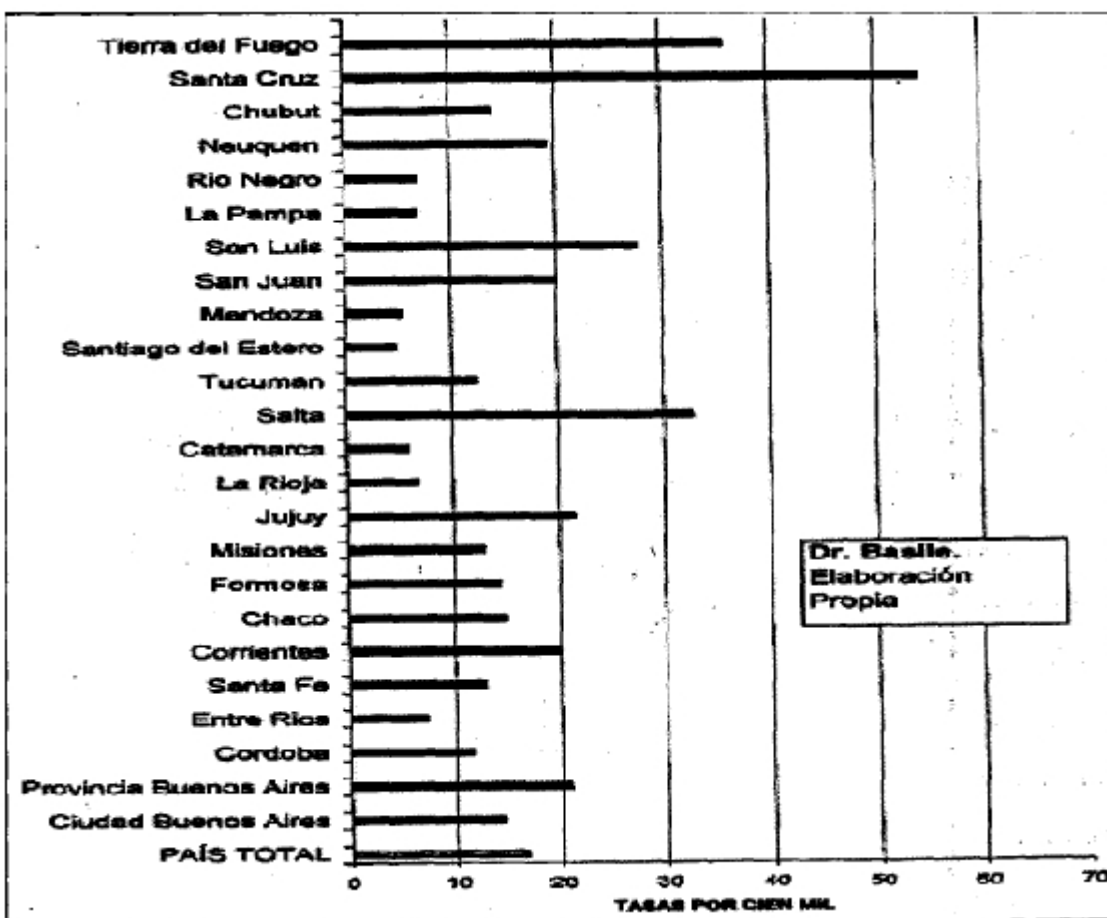
REPUBLICA ARGENTINA 2005.
TASAS DE SUICIDIO POR CIENTO MIL PERSONAS DE LA MISMA EDAD Y SEXO
DE ADOLESCENTES Y JOVENES

EDADES	MASCULINO	FEMENINO
Todas las edades	12,74	3,38
10 a 14 años	2,85	1,23
15 a 19 años	16,06	5,14
20 a 24 años	22,39	3,95

TERCERA EDAD

EDADES	MASCULINO	FEMENINO
Todas las edades	12,74	3,38
65 a 69 años	18,0	5,5
70 a 74 años	25,3	5,7
75 a 80 años	33,3	6,6

REPUBLICA ARGENTINA 2004
TASAS DE SUICIDIO DE VARONES DE 15 A 19 AÑOS
POR PROVINCIAS.



3. EJE DE APLICACION I: RELEVAMIENTO Y EVALUACION

3.1. I OBJETIVOS -1er. AÑO

3.1.1. TAREAS

Conducir el proceso de resolución de un problema, implica conocerlo. Conocer en este caso

supone, además de aceptar la existencia de un riesgo, saber cómo está conformado el mismo en sus variables subjetivas, familiares -actuales e históricas- y contextuales, tanto en lo que hace al riesgo en sí como a la potencialidad para que dicha disposición se materialice en una decisión y acción autodestructiva.

Toda evaluación es un proceso mediante el cual, desde un modelo teórico, se intenta comprender un fenómeno concreto, en sus aspectos manifiestos y latentes. Para categorizar, comparar, analizar y contrastar se hace necesario la utilización de diversos recursos cualitativos y cuantitativos: entrevistas, guías, cuestionarios y/o escalas, entre otros.

En nuestro país las dos técnicas de evaluación de riesgo suicida, validadas científicamente, son la ISO 30 y la Escala ESPA del Test de Rorschach. Si no se puede realizar una evaluación con métodos validados, es importante tener en cuenta que la ideación suicida se torna riesgosa si esa alternativa es vista como única salida ante las dificultades o si la misma es considerada como un acto heroico.

Por ello se torna imprescindible que se disponga de guías accesibles como las que dispone la OMS (Organización Mundial de la Salud) para el relevamiento inmediato.

3.1.1.1. Relevamiento y evaluación de recursos disponibles y potenciales

Se realizará inicialmente el relevamiento de recursos institucionales disponibles por regiones, para llevar adelante una evaluación de riesgo e implementar las medidas de acción necesarias, consecuentes con dicha evaluación.

Asimismo se relevará cantidad y nivel de profesionales formados para adoptar las decisiones específicas que la emergencia requiera.

3.1.1.2. Evaluación de Riesgo y Potencial

Se llevará a cabo por medio de técnicas validadas científicamente, administradas por personal profesional universitario especializado y formado a los fines específicos de la tarea. En aquellos casos en que no sea posible, se implementarán guías de evaluación de riesgo y potencial suicidas, ya diseñadas o adaptadas a las características sociodemográficas y culturales de la población a evaluar.

Una vez determinado el nivel de riesgo y potencial y establecida su composición, se aplicarán los tratamientos adecuados al nivel obtenido en los resultados, pudiéndose aplicar en estos casos las guías de procedimiento y seguimiento sugeridas por la Organización Mundial de la Salud en el Programa SUPRE, que se adjuntan como anexos a este Programa.

3.1.1.3. Registro y denuncia

Una vez que estén encaminadas las acciones inherentes a la resolución de la emergencia sanitaria, se deberá reportar el nivel de riesgo de la/s persona/s atendida/s, realizar la denuncia inmediata de parasuicidio, tentativa o consumación y confeccionar el registro estadístico correspondiente.

3.1.1.4. Vigilancia epidemiológica

Estos datos serán remitidos a la Coordinación local del Programa para realizar y/o actualizar el registro de prevalencia y para mantener evaluada la eficacia del mismo en forma continua.

3.1.2. EFECTORES DEL EJE RELEVAMIENTO Y EVALUACION

En la Guía de la OMS, destinada a los profesionales de Atención Primaria en Salud, se considera estratégica esta intervención ya que por lo general está llevada a cabo por profesionales con un vínculo estrecho y prolongado con la comunidad, son articuladores de ésta con el sistema médico asistencial, en muchos casos se constituyen en la fuente de los primeros cuidados sanitarios para la población y al estar insertos en las pautas culturales del lugar, son conocedores de las redes de sostén y de apoyo psicológico validadas por la población, para paliar la crisis.

Cuando el operador de Atención Primaria en Salud -APS- sospecha la posibilidad de un comportamiento suicida en quien consulta, debe evaluar los siguientes factores:

- estado mental actual y pensamientos actuales sobre la muerte y el suicidio;
- plan suicida actual: potencialidad en cuanto a método y tiempo previstos;
- sistema de apoyo de la persona;

La mejor forma de averiguar si las personas tienen pensamientos suicidas es preguntárselo.

Contrario a la creencia popular, hablar del suicidio no siembra la idea en sus mentes, más bien por el contrario, la respuesta implica el agradecimiento por permitir la libertad de hablar abiertamente acerca de los problemas y la ambivalencia con la que están luchando.

La OMS destina un apartado especial al modo de interrogar a la persona en esta instancia. La actitud del entrevistador debe ser empática, mostrando interés y comprensión. Debe mostrarse con capacidad de poder generar el clima para que quien consulta se sienta comprendido, en condiciones de confiabilidad y confidencialidad para poder expresar sus sentimientos negativos, de soledad e impotencia.

Aún en las situaciones más graves es recomendable no perder de vista que se trata de una conversación, donde urgencia no siempre es sinónimo de prisa. Se puede conversar con alguien de situaciones o temas sumamente urgentes, pero si el diálogo es apresurado, seguramente va a resultar dificultoso crear el clima para que quien consulta exprese emociones y sensaciones que por lo general son confusas, dolorosas, masivas y ambivalentes. Si la conversación es apresurada o centrada en el protocolo que se debe completar, es muy probable que el entrevistador pierda datos valiosos a la hora de evaluar el estado de la persona que tiene enfrente.

Sólo una vez que sean generadas las condiciones mencionadas, serían indicadas preguntas tales como: ¿Se siente triste? ¿Siente que nadie se preocupa por usted? ¿Siente que la vida no tiene sentido? ¿Alguien, en su familia o entre sus amigos más queridos, intentó suicidarse o se suicidó? ¿Usted realizó algún intento de suicidio?, no realizadas en forma lineal sino integradas en la misma conversación.

Si se evalúa que existe algún riesgo de intento suicida o que el potencial (método y plazo de realización) es alto, se indica la derivación a un servicio de psicopatología o a un especialista, indefectiblemente acompañado por algún familiar o persona cercana, de su entorno, y en caso de no ser posible, por un profesional responsable.

Muchas veces no se dispone de instancias para el acompañamiento y se descuida este punto. Se sugiere que la persona pueda permanecer en el centro de salud donde se la evaluó bajo supervisión directa hasta tanto se implemente la metodología a seguir.

En el contexto escolar, en su documento destinado a los docentes y demás personal institucional, la OMS sugiere que el mejor enfoque de la prevención del suicidio en los colegios se basa en un trabajo en equipo entre maestros, médicos, enfermeras, psicólogos y trabajadores sociales, en estrecha colaboración con las organizaciones de la comunidad - servicios de atención telefónica de urgencia, centros comunitarios y/o culturales, etc. Cuanto más se trabaje en forma de red mejor será la contención que tengan las personas implicadas en situación de riesgo, tanto el mismo paciente como su entorno.

Si bien se acepta vulgarmente que es común que el adolescente tenga ideas de suicidio y algunas estadísticas tienden a ratificarlo, por lo general están dispuestos a dialogar con los adultos sobre estos sentimientos. En ese caso el interlocutor tendrá que consultar con otros profesionales si se trata de una situación que excede lo normal de la etapa evolutiva y realizar la derivación indicada en caso de no ser así, informando de la situación a las instancias de relevamiento local indicadas.

En el desarrollo de las tareas de este eje, en este objetivo, se considerarán efectores principales:

Direcciones de Salud, Profesionales universitarios de la Salud Mental de emergencias y de admisión, entre ellos, médicos, psicólogos, psicopedagogos, trabajadores sociales, enfermeros, etc.

En tareas articuladas y/o supervisadas por éstos, se incentivará la participación activa de paramédicos, operadores de servicios telefónicos, personal docente y de la justicia en sus variadas funciones, bomberos, personal penitenciario y policías.

3.2. II OBJETIVOS - 2do a 4to AÑO

3.2.1. TAREAS

En la segunda etapa de este eje de aplicación se ampliará el relevamiento y la evaluación al ámbito laboral, mediante la confección de protocolos de detección de riesgo en evaluaciones psicotécnicas y aplicación de la escala adecuada del Z-Test -versión abreviada del Test de Rorschach para aplicación grupal.

Otra evaluación que genera predictibilidad sobre la conducta autodestructiva, es la llevada a cabo mediante programas de prevención del desgaste laboral o burn out.

Esto implica la continuidad y profundización de las tareas desarrolladas y descritas en el apartado 3.1.1.

3.2.2. EFECTORES DEL EJE RELEVAMIENTO Y EVALUACION

A los efectores participantes en el objetivo I se agregan: Centros de Salud, Unidades Sanitarias, Hospitales Mono y Polivalentes, de Alta Complejidad, Establecimientos educativos, Dependencias policiales, Centros de Prevención de Adicciones, Unidades de Fortalecimiento familiar, Centros de Integración Comunitaria y Centros de Gestión y Participación, en el ámbito comunitario.

En el ámbito laboral se suman como efectores, médicos de planta laboral, médicos y psicólogos de equipos interdisciplinarios, especialistas en Recursos Humanos y pertenecientes a las Administradoras de Riesgo de Trabajo.

4. EJE DE APLICACION II: PLANIFICACION Y FORMACION DE RRHH

4.1 OBJETIVOS PRIMER AÑO

4.1.1. TAREAS

4.1.1.1. Capacitación teórica:

La capacitación teórica de los profesionales que trabajen en el programa incluirá un programa de formación cuyos contenidos teóricos estén en línea con los requerimientos propios de las distintas áreas: prevención, asistencia y post-vección. Esto es fundamental en todos los niveles de trabajo ya que cada tarea, por pequeña que sea, es considerada de alto riesgo. En estos programas de formación deberán instrumentarse todas aquellas posibles herramientas teórico-prácticas que los profesionales y personas adscriptas al Programa de Prevención necesiten para realizar dicha tarea con la mayor eficacia.

Deberá tenerse en cuenta que no alcanza con la valiosa voluntad de los operadores preventivos para la realización de dichas tareas sino que la capacitación que tengan redundará en la efectividad de la tarea misma, tanto como en el cuidado de la propia salud mental.

El programa de formación incluirá necesariamente un espacio de capacitación continua considerando el dinamismo de los esquemas sociales y de los grupos de trabajo en sí mismo.

Los profesionales adscriptos al programa se considerarán dentro de los parámetros de tareas profesionales con extremo desgaste profesional (burnout)

4.1.1.2. Talleres prácticos

Las tareas de capacitación y formación teóricas incluirán talleres prácticos en los cuales los profesionales puedan vivenciar y experimentar sus propias aptitudes y dificultades, ser evaluados por los profesionales que los capacitan e instrumentar mecanismos de colaboración mutua.

La evaluación cualitativa periódica a seguir por todos los equipos incluidos dentro del programa permitirá además que se ajusten los dispositivos al contexto socio-cultural de la comunidad, a la percepción de su sufrimiento y a los recursos propios del sistema.

La evaluación cuantitativa del entorno permitirá además especificar la gama de necesidades, su urgencia, los recursos locales y los recursos externos potenciales a desarrollar.

4.1.1.3. Grupos de prevención del desgaste profesional (burnout)

Considerando la especificidad de las tareas desarrolladas dentro del Programa Nacional de Prevención del Suicidio es necesario que se tengan en cuenta dentro de la formación integral de los profesionales asignados y/o a asignarse a la tarea los siguientes puntos: desgaste profesional, nivel de stress, etc.

Estos puntos se tendrán mayoritariamente en cuenta cuanto más cercada e intensa sea la tarea asistencial directa con la población en riesgo.

4.1.1.4. Promoción e instalación de Centros de Atención Telefónica Gratuitos

Muchas veces como respuesta a la demanda debida a casos de suicidio que superaron los índices habituales o que se han dado de un modo poco esperable (efecto dominó, grupos de adolescentes, de ancianos, etc.), han hecho que estos Centros ya estén formados con muchos años de funcionamiento. Pero la experiencia indica que deberían instalarse Centros

de Escucha a Situaciones Críticas previamente a la demanda en las ciudades más importantes de 1er. y segundo orden en relación a la Ciudad Capital, de modo de responder al verdadero sentido de la tarea preventiva, que es la anticipación y así poder detectar la necesidad o no de que se conviertan, de acuerdo a las problemáticas expresadas, en Centros específicos de Atención a Suicidas.

Al mismo tiempo los llamados definirán también en qué lugares de la región conviene ubicar dichos Centros.

Deberán contar con un reglamento general de funcionamiento en concordancia con las guías de funcionamiento sugeridas por el programa.

Dichas guías especificarán: la distribución horaria, los recursos generales y técnicos, los recursos humanos y sus funciones específicas, la distribución de las guardias, las responsabilidades de los operadores y las sanciones respecto del incumplimiento de las mismas.

Respecto de los recursos humanos, se sugiere que los operadores cuenten con experiencia en el trabajo asistencial en algún área social - personal de enfermería, trabajadores sociales, docentes, psicólogos sociales, etc. y con un mínimo de un año de capacitación específica teórico-práctica en la temática del suicidio; además de haber sido evaluados por un equipo profesional competente tanto a nivel personal como técnico. Cada operador contará con una carpeta de historial individual donde puedan incluirse tanto su progreso profesional como así también las dificultades y potencialidades que pueda trabajar en el futuro. Esto tiene el objetivo que cada nuevo supervisor de tarea pueda conocer al equipo como que cada operador pueda revisar su evolución en el tema. Este historial será de uso exclusivo del operador y de la coordinación general.

Los equipos deberán incluir necesariamente una supervisión semanal a cargo de un profesional universitario de la salud mental capacitado en asistencia de emergencia en suicidio.

Deberá tenerse en cuenta la carga horaria especificada para cada operador, lo que no debe exceder las 6 hs. diarias y la guardia semanal.

Se dispondrán asimismo y con antelación al funcionamiento la distribución de los períodos de licencia anual, las licencias por trabajo crítico y las licencias extraordinarias.

La situación laboral incidirá directamente en la tarea siendo más eficaz y con proyección en el tiempo los equipos que dispongan de una retribución económica por la tarea desempeñada, tanto de los operadores telefónicos como de los coordinadores, auxiliares de coordinación y supervisores.

Se sugiere que aquellos equipos que estén integrados por voluntarios dispongan de una compensación por viáticos, gastos, etc. que destinen a la tarea o a su capacitación.

Los equipos que al lanzamiento del programa ya hubieren iniciado tareas de voluntariado y asistencia telefónica, deberán priorizarse para ser incluidos en nuevos equipos o capacitarse en el mejoramiento de la tarea asignándoseles un período de adaptación a los esquemas de organización profesional.

4.1.1.5. Supervisión y ajustes periódicos

La supervisión de las tareas asistenciales, tanto asistenciales directas como indirectas deberán tener una supervisión y un monitoreo constante en forma de red, en la que se incluyan las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales (ONG) especializadas en el área.

El funcionamiento independiente de una multitud de organismos provoca la mala utilización de recursos valiosos.

De ser posible debe contratarse al personal, incluyendo el administrativo en la comunidad local.

En referencia y concordancia con lineamientos del Departamento de Salud Mental de la OMS en atención de emergencias, “las actividades de capacitación y supervisión deberán estar a cargo o bajo la orientación de especialistas de salud mental durante un período de tiempo sustancial, para asegurar que la capacitación redunde en efectos duraderos y una atención responsable. No se recomiendan cursos de capacitación breves, de una o dos semanas sin una minuciosa supervisión de seguimiento”.

Se deberá planificar un desarrollo a mediano y largo plazo con la consecuente monitorización de los indicadores determinados previamente, antes de comenzar las actividades, son especificaciones que los equipos de formación y organización deberán tener en cuenta para que el programa resulte eficaz.

Es fundamental la toma de conciencia del valor de la aplicación de las medidas del programa no sólo en la fase aguda, cuando el “ímpetu inmediato posterior a la exposición de los factores estresantes graves se focaliza en el alivio del sufrimiento psíquico inmediato, de corto plazo”; sino en la proyección en el tiempo, ya que está probado la eficacia de los efectos cuando éstos se consolidan y ajustan en los años siguientes a la emergencia de las problemáticas agudas.

4.1.2. RRHH

4.1.2.1. Capacitadores profesionales especializados

Los profesionales capacitadores que sean responsables de la formación de todos los profesionales asistentes del programa deberán contar necesariamente con una formación universitaria en el área de la salud mental con énfasis en la asistencia al suicida y a su grupo familiar, en el trabajo con problemáticas de riesgo y/o con problemáticas psicosociales complejas.

Se sugiere que los profesionales capacitadores convoquen a capacitadores potenciales locales que puedan ir integrándose y responsabilizándose en tareas de mayor responsabilidad y envergadura del programa, con el objeto de ser referentes en la comunidad, y permitir la descentralización de la organización de recursos humanos.

Se sugiere la integración de redes de capacitadores de diversas disciplinas científicas entre las que se encuentren profesionales de la salud, del campo socio-cultural, antropológico, sociológico, etc. que se complementen y organicen bajo una coordinación general local.

Las capacitaciones deberán ser en lo posible realizadas en el ámbito donde realizarán su tarea para que los capacitadores puedan ver in-situ las dificultades y alcances que los agentes de salud deban sortear para realizar su trabajo, y como modo de realizar asimismo un relevamiento constante de las oportunidades y desventajas con las que se encuentran a diario.

Los capacitadores estarán en permanente contacto con los equipos que haya formado con el objetivo de mejorar la tarea del mismo y disminuir los problemas que el trabajo cotidiano presente.

4.2. OBJETIVOS 2do. y 3er. AÑO

4.2.1. TAREAS

4.2.1.1. Capacitación teórica:

Durante el segundo y tercer año se continuará y profundizará la capacitación teórico-práctica de

los profesionales que trabajen en el programa que incluirá un programa de profundización y formación

cuyos contenidos teóricos estén en línea con los requerimientos propios de las distintas áreas: prevención, asistencia y post-vención. Esto es fundamental en todos los niveles de trabajo ya que cada tarea, por pequeña que sea, es considerada de alto riesgo. En estos programas de formación deberán perfeccionarse todas aquellas posibles herramientas teórico-prácticas que los profesionales y personas adscriptas al Programa de Prevención necesiten para realizar dicha tarea con la mayor eficacia.

Deberá tenerse en cuenta que no alcanza con la valiosa voluntad de los operadores preventivos para la realización de dichas tareas, sino que la capacitación que tengan redundará en una mayor efectividad de la tarea misma, tanto como en el cuidado de la propia salud mental.

La profundización del programa de formación incluirá necesariamente un espacio de capacitación continua considerando el dinamismo de los esquemas sociales y de los grupos de trabajo en sí mismo.

Los profesionales adscriptos al programa que vengán participando durante un período prolongado en el Programa Nacional de Prevención del Suicidio se considerarán dentro de los parámetros de tareas profesionales con extremo desgaste profesional (burnout)

4.2.1.2. Talleres prácticos

Las tareas de capacitación y formación teóricas incluirán talleres prácticos en los cuales los profesionales puedan profundizar, vivenciar y re-experimentar sus propias aptitudes y dificultades, ser evaluados periódicamente por los profesionales que los capacitan e instrumentar mecanismos personalizados de evaluación y/o colaboración mutua.

Se debe destacar que la auto-evaluación no suplantarán en ninguna instancia la evaluación profesional requerida para una tarea de alto riesgo como ésta.

La evaluación cualitativa periódica a seguir por todos los equipos incluidos dentro del programa permitirá además que se ajusten progresivamente los dispositivos al contexto socio-cultural de la comunidad, a la percepción de su sufrimiento y a detectar la utilización creciente de los recursos propios del sistema.

La evaluación cuantitativa del entorno permitirá además, actualizar y especificar la gama de necesidades, su urgencia, los nuevos recursos locales y los recursos externos potenciales a desarrollar e incrementar.

4.2.1.3. Grupos de Prevención del desgaste profesional (burnout)

Considerando la especificidad de las tareas desarrolladas dentro del Programa Nacional de Prevención del Suicidio es necesario que se tenga en cuenta dentro de la formación integral de los profesionales asignados y/o a asignarse a la tarea, así como con mayor razón y profundidad en quienes se vienen desempeñando desde períodos anteriores, los siguientes puntos: desgaste profesional, nivel de stress, etc. Estos puntos se tendrán mayoritariamente en cuenta cuanto más cercana e intensa sea la tarea asistencial directa con la población en riesgo.

4.2.1.4. Promoción e instalación de Centros de Atención Telefónica Gratuitos.

En la medida en que sea posible se incrementará la promoción e instalación de Centros de Atención Telefónica Gratuitos. Será importante para ello que las autoridades trabajen conjuntamente con las organizaciones para la subvención y/o pedido de subvención a empresas de telefonía fija y/o móvil de los gastos del servicio. Los nuevos Centros de Atención Telefónica Gratuitos deberán contar con un reglamento general de funcionamiento en concordancia con las guías de funcionamiento sugeridas por el programa.

Se tendrán especialmente en cuenta las observaciones y necesidades funcionales que hubieran surgido del accionar y experiencias de los ya existentes.

Dichos reglamentos especificarán: la distribución horaria, los recursos generales y técnicos, los recursos humanos y sus funciones específicas, la distribución de las guardias, las responsabilidades de los operadores y las sanciones respecto del incumplimiento de las mismas.

Respecto de los recursos humanos, se sugiere que los operadores cuenten con experiencia en el trabajo asistencial en algún área social - personal de enfermería, trabajadores sociales, docentes, psicólogos sociales, etc. y con un mínimo de un año de capacitación específica teórico-práctica en la temática del suicidio; además de haber sido evaluados por un equipo profesional competente tanto a nivel personal como técnico. Cada operador contará con una carpeta de historial individual cuyo objetivo será el llevar un registro de la evolución de su tarea (registro de fortalezas y debilidades) como la posibilidad de pasar a instancias de mayor responsabilidad -administrativas, de gestión y/o supervisión-. Esta carpeta será de uso privado del operador y/o el supervisor y sólo podrá ser utilizada en ateneos de formación de equipos con aceptación del operador.

Los equipos deberán incluir necesariamente una supervisión semanal a cargo de un profesional universitario de la salud mental capacitado en asistencia de emergencia en suicidio.

Deberá tenerse en cuenta la carga horaria especificada para cada operador, lo que no debe exceder las 6 hs. diarias y la guardia semanal.

Se dispondrán asimismo, y con antelación al funcionamiento, la distribución de los períodos de licencia anual, las licencias por trabajo crítico y las licencias extraordinarias.

La situación laboral incidirá directamente en la tarea siendo más eficaz y con proyección en el tiempo los equipos que dispongan de una retribución económica, ajustada en su monto,

por la antigüedad en la tarea desempeñada, tanto de los operadores telefónicos como de los coordinadores, auxiliares de coordinación y supervisores.

Los equipos que al lanzamiento del programa ya hubieren iniciado tareas de voluntariado y asistencia telefónica, deberán priorizarse para ser incluidos en nuevos equipos o capacitarse en el mejoramiento de la tarea asignándoseles un período de adaptación a los esquemas de organización profesional.

4.2.1.5. Supervisión y ajustes periódicos

La supervisión de las tareas asistenciales, tanto asistenciales directas como indirectas deberán tener una supervisión y un monitoreo constante en forma de red, en la que se incluyan las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales (ONG) especializadas en el área.

De ser posible debe contratarse al personal, incluyendo el administrativo en la comunidad local.

En referencia y concordancia con lineamientos del Departamento de Salud Mental de la OMS, en atención de emergencias, “las actividades de capacitación y supervisión deberán estar a cargo o bajo la orientación de especialistas de salud mental durante un período de tiempo sustancial, para asegurar que la capacitación redunde en efectos duraderos y una atención responsable.

No se recomiendan cursos de capacitación breves, de una o dos semanas sin una minuciosa supervisión de seguimiento.

Se deberá profundizar y perfeccionar progresivamente la planificación de un desarrollo a mediano y largo plazo, con la consecuente monitorización de los indicadores determinados previamente, para incrementar la efectividad de las actividades; dichos indicadores son especificaciones que los equipos de formación y organización deberán tener en cuenta para que el programa resulte cada vez más eficaz.

Es fundamental la toma de conciencia del valor de la aplicación de las medidas del programa no sólo en la fase aguda, cuando el “ímpetu inmediato posterior a la exposición de los factores estresantes graves se focaliza en el alivio del sufrimiento psíquico inmediato, de corto plazo” (ref. OMS); sino en la proyección en el tiempo, ya que está probado la eficacia de los efectos cuando éstos se consolidan y ajustan en los años siguientes a la emergencia de las problemáticas agudas.

4.2.2. EFECTORES

4.2.2.1. Capacitadores Profesionales Especializados

Los profesionales capacitadores que sean responsables de la formación de todos los profesionales asistentes del programa deberán contar necesariamente con una formación universitaria en el área de la salud mental con énfasis en la asistencia al suicida y a su grupo familiar, en el trabajo con problemáticas de riesgo y/o con problemáticas psicosociales complejas.

Se sugiere que los profesionales capacitadores convoquen a capacitadores potenciales locales que puedan ir integrándose y responsabilizándose en tareas de mayor responsabilidad y envergadura del programa, con el objeto de ser referentes en la comunidad, y permitir la descentralización de la organización de recursos humanos. Se sugiere la integración de redes de capacitadores de diversas disciplinas científicas entre las que se encuentren profesionales de la salud, del campo socio-cultural, antropológico, sociológico, etc. que se complementen y organicen bajo una coordinación general local.

4.2.2.2. Capacitación teórica y práctica en la formación de Redes de emergencia

Se podrá énfasis en la capacitación teórica y práctica de recursos institucionales y de personal (Públicos: nacionales, provinciales y municipales, y de la Comunidad, no gubernamentales) para integrar Redes Coordinadas de Atención de Emergencia Prioritaria en las situaciones que así lo requieran.

4.2.2.3. Profesionales Capacitados en la organización de Redes Sociales

El funcionamiento independiente de una multitud de organismos provoca una dificultad en la mejor utilización de recursos valiosos, lo que hará necesaria una creciente coordinación operativa, que se base en la experiencia acumulada y en una más y mayor coherencia de los fundamentos científicos en los que se apoya la tarea común; además de la comunicación

asidua de todos los integrantes de los equipos.

A lo largo del segundo y tercer años se pondrá énfasis en la capacitación teórica y práctica de profesionales capacitados en organización de redes sociales, que tengan por función la optimización de los objetivos señalados en el párrafo anterior. Se señalan como algunos de los Objetivos posibles de las referidas redes sociales, los siguientes:

- 1.- Aglutinar, empleando las posibilidades de esta vía de comunicación, a todos los interesados en el tema de la prevención del suicidio.
- 2.- Brindar información sobre el tema del suicidio y su prevención, que pueda ser utilizada localmente para labores de capacitación.
- 3.- Intercambiar información científica entre los miembros de la red.
- 4.- Permitir el planteamiento de casos clínicos y contribuir a su solución mediante consultas a distancia.
- 5.- Realizar cursos online.
- 6.- Informar y recibir información acerca de los eventos, seminarios, conferencias y cualquier otra actividad sobre el suicidio y su prevención en las distintas provincias integrantes de la red.
- 7.- Posibilitar capacitaciones in situ de acuerdo a las posibilidades de cada región, provincia y/o localidad.
8. - Compartir la utilización de recursos, con el objetivo de optimizar la formación de equipos de profesionales abocados a la tarea, etc.

Se considerarán dentro de dichos profesionales a:

Médicos de planta laboral

Médicos y Psicólogos de equipos interdisciplinarios

Médicos de empresas y personal de RRHH

ART

Servicios Penitenciarios

Unidades Penitenciarias

Empresas Públicas y Privadas

Obras Sociales

Empresas de Medicina Prepaga

Serán los objetivos prioritarios de esta etapa, los siguientes:

Continuidad y Fortalecimiento del Programa

Fortalecimiento de la eficiencia de Recursos

Estrategia de Renovación de Recursos

5. EJE DE APLICACION III: IMPLEMENTACION DE DISPOSITIVOS DE PREVENCIÓN DEL SUICIDIO

5.1. OBJETIVOS 1 er. AÑO

5.1.2. TAREAS

Objetivo de los talleres: Talleres de promoción, prevención y postvención para prevenir conductas autoagresivas en general diseñados y abordados desde aspectos positivos de contención de la salud mental.

1. Talleres para adolescentes:

El propósito de los mismos es alentar la satisfacción de la vida y no la utilización del suicidio como una salida o una solución. A continuación se mencionan algunas acciones factibles de emprender:

- Fomentar actividades sociales, culturales, recreativas que sean posible de realizar, de acuerdo a los recursos disponibles de la comunidad.
- Fomentar la acción de apoyo social de la familia.
- Interesar a la comunidad y atraer su atención a partir de necesidades percibidas por la misma.
- Promover la conversión de los agentes sanitarios en ejemplos de cambios personales de la salud.
- Fomentar la práctica de deportes y actividades recreativas en la comunidad priorizando aquellas actividades deportivas grupales que se integren con otras que prioricen la

formación de una identidad sociocultural.

- Promover en la práctica la modificación de factores de riesgo y de cambio hacia comportamientos protectores de la salud.

Deben establecerse actividades dinámicas y/o talleres que posibiliten asimismo la detección de algunos de estos niveles de riesgo:

- Depresión y desesperanza
- Decepción y culpa ante la imposibilidad de satisfacer las expectativas paternas.
- Antecedentes de suicidio en familiares, amigos y compañeros.
- Dificultades en la comunicación, tendencia al aislamiento y/o escasas relaciones interpersonales.
- Abuso de sustancias tóxicas.
- Detección de cortes o golpes efectuados en el cuerpo.
- Ideas, fantasías y/o intentos presentes y/o previos.
- Considerar al suicidio como un acto heroico.

2. Talleres para adultos:

Permitirán informar y/o orientar sobre cómo detectar factores de riesgo de conductas autodestructivas, en la población cuyas edades se encuentren en una franja etárea considerada general y/o localmente como de riesgo latente.

Ofrecerán un espacio de reflexión creativa a fin de posibilitar nuevos conocimientos sobre aspectos que lleven a una situación posible de suicidio. (Relación con la mediana edad, prejubilación, etc., entre otros temas)

Se promoverá el fortalecimiento de redes sociales (charlas, talleres literarios, artísticos) que tenga como finalidad reflexionar sobre futuros proyectos de vida.

Se dará lugar al tratamiento y asistencia a adultos mayores con ideación suicida, brindando orientación y contención individual y/o grupal a familiares de adultos mayores.

Se promoverá la importancia y revalorización de esta etapa de la vida, tanto en varones como mujeres, respecto de las potencialidades y readaptaciones vitales, generando espacios de reflexión que apunten a modificar estilos de vida favoreciendo la actividad grupal.

Los talleres teórico-prácticos se realizarán en encuentros que constará de un primer momento de conocimiento del grupo a partir de disparadores recreativos, para luego dar lugar a la reflexión individual y/o grupal, y un tercer tiempo de información teórica, un debate posterior que surja del trabajo y un tiempo de cierre que incluya siempre un elemento de contención psicológico.

Se deben iniciar talleres que dispongan del tiempo suficiente para un adecuado trabajo de apoyo y orientación.

3. Talleres para referentes sociales:

Los mismos deberán enfatizar aspectos que fortalezcan el pleno desarrollo de los procesos vitales las personas, de una manera positiva e integradora, como respuesta fáctica ante los efectos de la globalización, la sociedad de consumo, la competencia de los intereses individuales y la fragmentación creciente de la posmodernidad.

Por lo tanto la posibilidad de disponer de actores reconocidos por su trayectoria y/o labor en distintas disciplinas, podrá contribuir a una concientización positiva de los procesos vitales de los individuos.

En consecuencia, la presencia y promoción a través de actividades específicas como pueden serlo talleres, programas de TV o radio, entre otras opciones de “modelos sociales que enfaticen un enfrentamiento adecuado y constructivo de los problemas”

En un estudio reciente sobre cultura constitucional en Argentina encargado por la Universidad Autónoma de México, se han detectado conductas anómicas y una tendencia a labilizar compromisos y responsabilidades ante distintas situaciones, en una especie de “todo pasa y todo da la mismo”, por ello el recupero de los referentes sociales será un contrapeso positivo de integración plena hacia los valores de la vida. Una adecuada selección de los referentes, ha de requerir de una comisión representativa que los pueda seleccionar de acuerdo a criterios a establecer.

4. Talleres para adultos mayores:

Se promoverá el establecimiento de redes de contención para ancianos; y por otro lado,

sostén y orientación a las familias a la que pertenecen, jerarquizando la protección y la promoción de la salud y atendiendo a la prevención mediante el control de los factores de riesgo.

La trascendencia que adquiere el suicidio en la vejez está dada por la prolongación de la vida y el incremento de la población anciana. Pero cabe agregar que este incremento no siempre supone una buena calidad de vida y nos encontramos con una significativa presencia de adultos mayores en situación de pobreza y exclusión social.

Se jerarquizará la protección y la promoción de la salud, así como también la prevención del suicidio en adultos mayores, generando espacios de reflexión que apunten a modificar estilos de vida favoreciendo la actividad grupal.

Se orientará y brindará espacios de contención a familiares de adultos mayores con ideación suicida.

Los mismos están dirigidos a adultos mayores autoválidos, así como también, a sus familias.

Será importante el mejoramiento y/o creación de los centros de día para adultos mayores como lugar preferencial donde trabajar en prevención del suicidio.

Se promoverá el fortalecimiento de redes sociales (charlas, talleres literarios, artísticos) que tenga como finalidad reflexionar sobre futuros proyectos de vida, con el fin de superar situaciones de aislamiento.

Se creará un espacio de investigación sobre la temática de suicidio en 3º edad con la posibilidad de difundir los resultados mediante la asistencia a Jornadas y/o Congresos, como así también la formación de profesionales en el área.

5. Talleres para profesionales:

Están dirigidos a profesionales involucrados en la prevención del suicidio: el personal médico, maestros y consejeros de la escuela, asistentes sociales, clero, medios de comunicación, agentes sanitarios, con el fin de ser promotores positivos hacia la salud en el escenario comunitario.

Los temas a considerarse en los mismos tendrán como eje la prevención general que es el conjunto de medidas de apoyo o sostén psicológicos, sociales, institucionales, que contribuyen a que los ciudadanos estén en mejores condiciones de manejar los eventos vitales psicotraumáticos y mitigar los daños que ellos pudieran ocasionar.

La prevención indirecta conformada por el conjunto de medidas encaminadas a tratar los trastornos mentales y del comportamiento, las enfermedades físicas que conllevan suicidio, las situaciones de crisis, la reducción del acceso a los métodos mediante los cuales las personas se pueden autolesionar, etc.

Y la prevención directa constituida por aquellas medidas que ayudan a interrumpir o resolver mediante soluciones no autodestructivas, el proceso suicida.

Se debatirá y concientizará sobre recomendaciones sugeridas por la Organización Mundial de la Salud -OMS- para prevenir el suicidio: tratamiento de las enfermedades mentales, la destoxificación del gas de los vehículos de motor, la destoxificación del gas doméstico, el control de la posesión de las armas de fuego, el control sobre la disponibilidad de las sustancias tóxicas, la disminución de los reportes de las noticias sensacionalistas en los medios de difusión.

Un grupo de temas que debe integrar estos talleres para los médicos, enfermeras y trabajadoras sociales de los hospitales generales son:

- mitos sobre el suicidio
- exploración de la ideación suicida,
- grupos de riesgo de suicidio,
- diagnóstico y tratamiento de la depresión en el adolescente y el anciano,
- evaluación del riesgo de suicidio y medidas esenciales para evitar el suicidio durante la crisis suicida.

Entre los talleres de profesionales se incluirán los Talleres para docentes capacitados, cuyo objetivo será el de capacitar a los docentes respecto de indicios de la detección de conductas de autodestrucción que pueden conllevar a conductas suicidas.

Brindar herramientas a los profesionales de la educación con el fin de que pueda abordarse

la problemática elaborando estrategias de intervención en su ámbito, y facilitar elementos para construir un programa de prevención de conductas autodestructivas.

Los contenidos a abordar serán: la adolescencia como población de riesgo, la conducta del adolescente y su relación con los límites y los no-límites, las familias tóxicas y ambientes desfavorables, como también los favorables que constituyen factores de resiliencia, las adicciones, anorexia, bulimia y otros, la acción como modo para impulsar la vida o proyecto de vida, los factores de riesgo y los factores recurrentes (fantasías, ideas e intentos de suicidio), los marcos emergentes: individual, grupal y comunitario, el tema de la muerte y la vida en el adolescente, la prevención como única salida, la capacitación en destrezas y resolución de conflictos entre alumnos, alentar el valor de la esperanza como contrapeso de la desesperanza, etc., los modelos de construcción de redes para sostener adolescentes en riesgo, el docente como agente de salud, en especial si la familia no registra el peligro.

5.1.3. EFECTORES

Serán efectores en esta tarea los profesionales universitarios de la Salud Mental formados en la especialidad.

5.2. IMPLEMENTACION DE DISPOSITIVOS DE PREVENCION - 2 y 3º año

5.2.1. TAREAS

5.2.1.1.

Serán tareas de prevención agregadas a las del primer año, los encuentros, jornadas y talleres de promoción de la salud, cuyo objetivo general será informar y orientar sobre cómo detectar factores de riesgo de conductas autodestructivas en la población general adaptadas a la diversidad de las regiones del país.

Propiciarán la generación de espacios de reflexión creativa y la posibilidad concreta de establecer nuevos conocimientos y acciones positivas efectivas para reducir el riesgo suicida.

Proveerá de información sobre la problemática del suicidio, los factores de riesgo y detección de los mismos, a través de talleres teórico-prácticos.

Cada encuentro constará de un primer momento del conocimiento del grupo a partir de disparadores recreativos, para luego dar lugar a la reflexión individual y/o grupal, y un tercer tiempo de información teórica, y debate posterior que surja del trabajo.

5.2.2. EFECTORES

Se trabajará con operadores grupales capacitados en la especialidad con formación en instituciones reconocidas por profesionales universitarios de la Salud Mental.

Estos trabajarán coordinador y supervisados periódicamente por dichos profesionales universitarios que impulsarán una tarea de capacitación permanente que indague asimismo sobre factores de riesgo y situaciones de riesgo que surjan en la comunidad. Se implementarán equipos transdisciplinarios que indaguen sobre las diferentes disciplinas que intervengan en la comprensión y/o instrumentación de dispositivos locales, que incluyan un análisis de lo cultural de cada localidad, actual y pasado, etc.

6. EJE DE APLICACION IV: DISPOSITIVOS ASISTENCIALES

DISPOSITIVOS ASISTENCIALES

6.1. OBJETIVOS 1er AÑO:

Los dispositivos asistenciales utilizarán prioritariamente los dispositivos ya existentes de una forma más eficiente y eficaz, tratando de evitar el sub-registro de tentativas y consumaciones, realizando las derivaciones pertinentes de pacientes de riesgo.

6.1.2. TAREAS

6.1.2.1. Consulta de emergencia.

Ante la tentativa suicida o riesgo inminente de ésta, llegada esta situación, el dispositivo último de asistencia es la consulta de emergencia, ya sea en instituciones públicas o privadas. Por este motivo es vital que el recurso funcione adecuadamente, dado que puede ser la última oportunidad de intervención con un paciente en crisis.

La consulta puede llevarse a cabo ya sea en guardias clínicas de instituciones polivalentes, en monovalentes o directamente a un profesional de la salud mental.

En todos los casos, especialmente en las guardias clínicas, es fundamental poder detectar la tentativa y no manejarla como un evento aislado, que luego de superada la situación de

emergencia del diagnóstico de ingreso, concluya en el alta médica del paciente.

Es especialmente notorio el sub-registro de intentos en estos ámbitos, perdiéndose una oportunidad única de asistencia. La tentativa debe ser informada como tal, activándose todo un circuito de asistencia en salud mental.

Para esto es fundamental que este circuito funcione de forma ágil, con derivaciones rápidas a los profesionales pertinentes.

Debe tenerse en cuenta que al no atender al paciente con tentativa como tal, es altamente probable que se reitere la conducta llegándose a la consumación del acto suicida.

6.1.2.2. Asistencia programada

La asistencia programada está indicada para todos los pacientes con tentativas previas así como los que presenten elevado nivel de riesgo suicida. Esta tarea estará dentro de las tareas incluidas en los parámetros de postvención indicados por organismos internacionales.

En la medida de lo posible se tratará de evitar internaciones psiquiátricas innecesarias y en caso de que ésta se produzca, se buscará que tengan la menor duración posible evitando la cronicidad del paciente.

Para ello se deberán implementar dispositivos alternativos, como casas de medio camino, hospitales de día y consultas en forma ambulatoria, tanto en instituciones públicas como privadas o con profesionales de la salud mental independientes.

Se incluirá a la familia en el tratamiento activo del paciente.

En el caso de pacientes con tentativas previas, ya externados, o en familias donde ha acontecido un suicidio consumado serán visitados periódicamente por trabajadores sociales para el monitoreo permanente del tratamiento, considerando que puede abandonarse el tratamiento con el objetivo de evitar la estigmatización del paciente y/o sus familiares.

6.1.2.3. Asistencia grupo familiar

Los integrantes del grupo familiar del paciente con tentativas o con suicidio consumado, deben ser tratados a su vez como posibles pacientes de elevado riesgo. Por este motivo también deben tener un seguimiento específico como tales.

Es convenido internacionalmente el impacto que el antecedente familiar de suicidio tiene en un sujeto, elevando su predisposición a padecer trastornos de diverso tipo e incluso ser factor predictor de riesgo suicida a futuro.

Los familiares de una persona con intento suicida deben ser orientados en la forma más adecuada a seguir en cuanto a tratamiento, contención al paciente y manejo adecuado de su núcleo de referencia -amigos, colegio, trabajo; etc.- ya que es habitual que el hecho sea minimizado o deje desconcertada a la familia.

Los familiares de un paciente que ha consumado el hecho suicida deben ser tratados con suma atención desde el momento de la asistencia de emergencia, contemplando la manera de disminuir el impacto de la noticia o los efectos presenciales de la misma. Especialmente si en el hecho han estado presentes adolescentes, niños, adultos mayores o personas en situación de riesgo psíquico, es decir, que presentan algún factor de riesgo previo al hecho -trastornos depresivos, ansiedad, desorientación, etc.- Esto no significa que no deba informarse sino que dicha información deberá realizarse adecuadamente tanto a familiares como a la población en que se incluye el suicida.

Los familiares no deberán ser considerados en ningún momento como responsables directos o indirectos del acto suicida, y se implementará su contención, orientación y tratamiento a través de dispositivos de salud adecuados al respecto.

Los agentes de salud, la comunidad educativa, el ámbito laboral del suicida y/o de sus familiares deberán considerarse lugares con posibilidad de emergentes de riesgo suicida, instrumentándose dispositivos de contención, esclarecimiento y asistencia al respecto.

Los grupos de orientación y/o tratamiento a familiares y/o compañeros -de estudios, de trabajo, vecinos, etc.- deberán contar con profesionales universitarios de la salud mental que supervisen, capaciten y orienten sobre las derivaciones que presenta el acto suicida y considerar la tarea como factor protector en sí misma.

Las personas que trabajen en emergencia del hecho -bomberos, policía, etc.- deberán capacitarse para asistir a los familiares o personas de la comunidad que se vieran impactadas, de forma adecuada y efectiva. Deberán indagar en lo posible sobre los factores

de riesgo que presente el grupo al que asiste e informar a los profesionales tratantes y asistenciales posteriores, sobre ello, permitiendo de ese modo el funcionamiento en red. Tanto los agentes de salud implicados en un intento suicida como en la asistencia en un suicidio consumado deberán asimismo recibir contención y apoyo posteriores al hecho, considerando que el hecho mismo de trabajar entre la vida y la muerte son inestabilizantes en sí mismas.

6.1.2.4. Asistencia grupo social

El impacto de una tentativa o suicidio consumado se irradia a toda la red social del paciente, teniendo las más variadas repercusiones, llegándose incluso a activar conflictivas presentes en allegados al mismo. Debe implementarse una intervención comunitaria en forma preventiva en los ámbitos de inserción social del paciente con intento y/o suicidio consumado y ofertar asistencia a aquellas personas que el relevamiento realizado durante la intervención detecte que así lo requieran.

Se instrumentarán talleres de contención en ámbitos laborales, sociales, educativos, etc. que lo requieran especialmente en aquellos que minimicen el efecto del hecho.

6.1.2.5. Orientación permanente

Es fundamental que todo profesional de la salud, esté alerta frente a llamadas de atención, a veces silenciadas de los pacientes, para poder detectar posibles riesgos y realizar la derivación y/o asistencia pertinentes de los mismos.

Un elevado número de pacientes suicidas realizan una consulta médica hasta seis meses antes del evento, suelen consultar por molestias somáticas inespecíficas, irritabilidad, etc., desestimándose la naturaleza psíquica del conflicto y su gravedad real.

Además de los pacientes con clara patología psiquiátrica, deben ser orientados todos aquellos que presentan lesión orgánica, dado que la enfermedad física eleva el nivel de riesgo suicida. Especialmente se deben tener en cuenta aquellos cuadros donde el factor psíquico es un agravante (Ej. pacientes cardíacos, hipertensos, etc.)

6.1.2.6. Asistencia telefónica para personas en crisis

En ocasiones, el único recurso posible para una persona en crisis es recurrir a la asistencia telefónica, ya sea por la inexistencia de servicios de atención en la zona, por imposibilidad para desplazarse, por necesidad del paciente del anonimato en la consulta, etc., constituyéndose muchas veces en un elemento indispensable para frenar el acto suicida.

Esta asistencia debe llevarse a cabo por profesionales universitarios en Salud Mental y/o estar conformados por equipos de personas capacitadas eficazmente en la atención en crisis con no menos de un año de capacitación en riesgo suicida.

La disponibilidad y capacitación de estos equipos tenderá a los lineamientos de funcionamiento explicitados con anterioridad en este programa.

6.2. EFECTORES

Los recursos humanos incluidos en la asistencia incluyen a:

1. Profesionales de salud mental como psicólogos y psiquiatras: tanto de servicios de emergencia como de planta, en caso de instituciones ya sea públicas o privadas.
2. Médicos en general (de guardia y de APS) que puedan detectar pacientes de riesgo que no hagan demandas explícitas en salud mental
3. Profesionales independientes
4. Direcciones de Salud
5. Enfermeros/paramédicos: deben ser capacitados específicamente. En ocasiones son el primer y/o único contacto que tiene paciente con un servicio de salud.
6. Policía/Bomberos: son llamados frente a una tentativa y/o un acto consumado y deben trabajar con personas en situaciones extremas, ya sea el paciente en forma directa o su entorno.

Todos los recursos humanos deben tener una formación específica en el tema de la asistencia de pacientes con riesgo suicida, más allá de su especificidad. Así también deben recibir soporte, como se mencionó más arriba, para evitar el desgaste profesional (burn out) y las dificultades propias que el trabajo con pacientes de riesgo genera especialmente.

6.3. OBJETIVOS 2do. y 3er. AÑO

6.3.1. TAREAS

Consulta de emergencia
Asistencia programada
Asistencia grupo familiar
Asistencia grupo social
Orientación permanente
Asistencia telefónica para personas en crisis
Grupos de reflexión y/o contención
Profesionales capacitados en la 1era. etapa
Talleres de intercambio

6.2.1.1. Consulta de emergencia:

En esta etapa la consulta de emergencia continuará teniendo la misma importancia capital. Es de esperar que se hayan agilizado los dispositivos de derivación pertinentes, así como el registro de las tentativas, consumadas o no.

6.2.1.2. Asistencia programada.

Se continuarán con los dispositivos ya implementados, reevaluándose la efectividad de los mismos, realizando los ajustes necesarios, siempre teniendo como meta reducir al mínimo los tiempos de internación, por los efectos iatrogénicos generados por ésta. Se tendrá en cuenta la experiencia de la etapa previa para mejorar las condiciones de internación y tratamiento ambulatorio.

Se evaluará la generación de nuevos posibles dispositivos o la modificación de los ya existentes.

6.2.1.3. Asistencia grupo familiar.

Se continuará y profundizará la tarea emprendida, reajustándose de ser necesario los dispositivos existentes. Se tendrá como experiencia -expertise- el seguimiento de los grupos familiares de la primera etapa del plan. Este seguimiento debe continuarse durante el tiempo que el profesional universitario de salud mental a cargo considere necesario.

6.2.1.4. Asistencia grupo social:

Al igual que en el caso de los grupos familiares, se reevaluarán los dispositivos existentes de la primera etapa, realizándose los ajustes necesarios y manteniendo la asistencia el tiempo necesario.

6.2.1.5. Orientación permanente:

Se continúa la orientación permanente ya descrita. Cabe suponer que durante la primera etapa, este dispositivo pudo haber detectado pacientes de riesgo. Se reevaluará la pertinencia de las derivaciones realizadas, así como de las no realizadas, donde sea posible detectarlo. Se monitoreará la evolución de los pacientes, así como el efecto de la detección temprana de patologías de base.

6.2.1.6. Asistencia telefónica para personas en crisis.

Se esperará que para la segunda etapa se haya afianzado el sistema de asistencia telefónica, reevaluándose incluso como dispositivo de atención y continuándose con los lineamientos descritos en el programa.

6.2.1.7. Grupos de reflexión y/o contención.

Se incluyen en esta etapa grupos de reflexión y/o contención, siempre supervisados por profesional universitario en salud mental.

6.2.2. EFECTORES

6.2.2.1. Profesionales capacitados en la 1era. etapa.

Continúan como recursos humanos todos aquellos capacitados durante la primera etapa, atendiéndose el hecho que el transcurso del tiempo no sólo incrementa la experiencia de los actores, sino su exposición a una tarea altamente tóxica, por lo que se los contendrá para disminuir en todo lo posible el desarrollo del síndrome de desgaste profesional (burn out).

Es importante el reconocimiento no sólo económico sino social y profesional de los actores implicados en esta tarea, dado el altísimo nivel de desgaste al que están sometidos. Se debe evaluar la pertinencia de acotar la jornada laboral de éstos o la rotación por diferentes tareas, de menor desgaste, siempre aprovechando al máximo la invaluable experiencia obtenida.

1. Talleres de intercambio.

En base a la experiencia obtenida durante la primera etapa de implementación del plan, se utilizará este conocimiento en talleres de intercambio con otros profesionales tanto del ámbito de la salud (oncólogos, profesionales de cuidados paliativos, etc.), como de especialidades ligadas al trabajo asistencial (sociólogos, antropólogos, etc.).
(Conforme B.O.; corresponde Art. 6º.)

