

Posvención por suicidio con adolescentes

Posvención por suicidio con adolescentes

Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE)
Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF Uruguay)

Autoras:

Dra. Susana Grunbaum
Psic. Carmen Rodríguez

Equipo de Coordinación de ASSE:

Lic. Magdalena Álvarez Ceres
Adjunta, Dirección de Salud de Niñez y Adolescencia
Dra. Natalia Orrico
Apoyo a la Gestión, Dirección de Salud Mental de ASSE

Corrección de estilo: Leticia Ogues Carusso

Diseño gráfico editorial: ESTUDIO DI CANDIA

Coordinación editorial: Área de Comunicación de UNICEF Uruguay

Impresión: Mastergraf

Primera edición: setiembre de 2022

Nota: La Convención sobre los Derechos del Niño se aplica a todas las personas menores de 18 años, es decir, niños, niñas y adolescentes mujeres y varones. Por cuestiones de simplificación en la redacción y de comodidad en la lectura, se ha optado por usar en algunos casos los términos generales *los niños* y *los adolescentes*, sin que ello implique discriminación de género.

Contenido

1. El suicidio y el intento de suicidio como problemas de salud.....	5
2. Posvención.....	7
3. Orientaciones para la implementación de acciones de posvención con adolescentes.....	9
4. Apuntes para los coordinadores de los encuentros con adolescentes.....	21
Anexos.....	27
1. Indicadores de duelo en adolescentes que requieren consulta.....	28
2. Ficha de registro de actividades de posvención por suicidio con adolescentes.....	30

1.

El suicidio y el intento de suicidio como problemas de salud

El suicidio es un problema de salud grave y su ocurrencia en etapas tempranas de la vida debe llamar a extremar todas las acciones necesarias para prevenirlo.

Uruguay es el país de las Américas con la tasa más alta de suicidio (20,6 cada 100.000 habitantes en 2020) y son las poblaciones de adolescentes, jóvenes y adultos mayores las de mayor vulnerabilidad.

A escala mundial es preocupante el aumento de comportamientos suicidas en personas jóvenes.

Sobre el suicidio recae un conjunto de mitos y prejuicios que obstaculizan el abordaje del problema: «lo cometen únicamente quienes tienen patologías psiquiátricas», «el que lo dice no lo hace», «la depresión es la única causa», «no se debe hablar para no contagiar», «es hereditario».

Hoy se sabe que el suicidio no es hereditario, que no todas las personas que tienen una patología psiquiátrica lo cometen ni todos quienes cometen suicidio tienen una patología psiquiátrica preexistente, que es importante hablar del tema y que es posible intervenir para prevenirlo.

Se ha llegado a comprender que un gran número de personas que han cometido intento de suicidio en realidad no querían morir sino terminar con el sufrimiento que estaban viviendo, y se suele decir que el suicidio es una respuesta definitiva para problemas que, con los apoyos necesarios y con ciertos procesos, se podrían modificar.

2.

Posvención

La muerte por suicidio suscita un duelo muy particular, en el que con frecuencia no se conocen las causas y las personas suelen preguntarse *por qué*. Circulan afectos muy intensos entre quienes denominamos los supervivientes, es decir, todas aquellas personas afectadas por el suicidio.

Las acciones de posvención están dirigidas al duelo de los afectados por ese suicidio y a los efectos de la experiencia dolorosa. Contribuyen a la reducción de daños y a la mitigación de impactos negativos en los supervivientes.

Hablamos de supervivientes en referencia a diferentes personas o grupos: padres, hermanos, hijos y parejas son los vínculos próximos en donde encontramos las mayores afectaciones y donde las acciones de posvención son muy relevantes y necesarias. Pero también el entorno barrial y comunitario, así como los ámbitos institucionales laborales, educativos y sociales de participación directa de la persona son ámbitos muy importantes para implementar acciones de posvención.

Cuando quien se suicida es un adolescente, un grupo especialmente sensible para la posvención es el conformado por los otros adolescentes que quedan en condición de supervivientes, nucleados en ámbitos de participación como centros educativos, clubes deportivos y espacios o grupos culturales, artísticos y socioeducativos. Estos luga-

Este material se propone contribuir con los equipos de salud que realizan acciones de posvención con adolescentes, buscando ordenar algunos aspectos centrales que acompañen y orienten las intervenciones.

res privilegiados para desarrollar acciones de posvección y constituyen una demanda frecuente para los equipos de salud que son llamados a realizar intervenciones dirigidas a los adolescentes afectados.

Este material se propone contribuir con los equipos de salud que realizan acciones de posvección con adolescentes, buscando ordenar algunos aspectos centrales que acompañen y orienten las intervenciones.

3.

Orientaciones para la implementación de acciones de posvención con adolescentes

A continuación, nos detendremos en algunos aspectos claves para la implementación de acciones de posvención con grupos de adolescentes supervivientes.

Mayoritariamente, los adolescentes supervivientes se encuentran nucleados en centros educativos públicos o privados, de nivel primario, secundario o terciario, pero no siempre es así. Con frecuencia, el suicidio acontece en alguien que no concurría a centros de educación formal pero sí a otras instituciones de pertenencia, como pueden ser clubes deportivos, centros juveniles, espacios socioeducativos comunitarios, grupos de música, baile o arte, entre otros.

Es posible que a los equipos de salud les lleguen demandas de intervención desde todos estos ámbitos, generalmente a cargo de adultos responsables que se ven desconcertados ante la situación y solicitan orientación y apoyo para trabajar con los y las adolescentes. También es posible que los servicios de salud enterados de la existencia de un caso de suicidio que afecta a adolescentes ofrezcan un trabajo de posvención.

Las orientaciones para estas situaciones se desprenden de un conjunto de lecciones aprendidas, tanto a nivel nacional

como internacional, de intervenciones profesionales en casos de suicidio y de las investigaciones que se han desarrollado sobre un tema que permaneció largo tiempo como un tabú. Actualmente se dispone de un conjunto de estudios, investigaciones y experiencias que orientan acerca de las mejores acciones para la posvención y ayudan a expandir una línea de trabajo muy relevante, pero que continúa muy rezagada en relación con los avances en materia de prevención.

Las acciones que se desarrollan en posvención redundan en un efecto de prevención. En este sentido, todo lo que pueda hacerse con los y las adolescentes supervivientes es, a la vez, un trabajo de prevención que tiende a evitar el suicidio, pero también a prevenir el intento de suicidio, fenómeno cuantitativamente mucho mayor y hacia donde hay que dirigir acciones como estrategia fundamental contra el suicidio.

Podemos organizar el trabajo de posvención en función de **tres momentos** en los que se definen estrategias principales, acciones prioritarias, metodologías, actores institucionales involucrados y conceptos que organizan la acción.

3.1 RECEPCIÓN O GENERACIÓN DE DEMANDAS DE POSVENCIÓN CON ADOLESCENTES

Cuando un equipo de salud recibe una demanda para intervenir con adolescentes en posvención o cuando toma la iniciativa de aproximarse a la situación, en general se espera que intervenga en tres niveles, en alguno en particular o en todos:

1. *Con los y las adolescentes:* en general se espera que el equipo de salud trabaje con el o los grupos de adolescentes supervivientes y les ofrezca apoyo y contención.
2. *Con los adultos de la institución, organización o grupo:* es frecuente que docentes, profesores, maestras, educadores y personas que trabajan en el campo educativo, socioeducativo, cultural o deportivo esperen orientación del personal de salud con relación a cómo deben actuar,

qué deben decir y cómo deben reaccionar ante preguntas o actitudes de los y las adolescentes.

3. *Con las familias de los adolescentes supervivientes:* en ocasiones se espera que el equipo de salud converse con las familias de los adolescentes, brindando escucha y orientación a padres y cuidadores acerca de cómo hablar del suicidio, la muerte y los sentimientos que se generan en los y las adolescentes, cómo darse cuenta de que las cosas no están bien con sus hijos o cómo interpretar conductas y responder preguntas frecuentes.

Aunque este material está enfocado en el trabajo con los y las adolescentes, algunos abordajes oportunos y adecuados con los adultos referentes, tanto padres o familiares como docentes, se consideran dentro del trabajo de apoyo y contención a adolescentes, en tanto que mejorando las capacidades de los adultos para intervenir adecuadamente estamos —de manera mediada (pero muy directa)— brindando apoyo a los y las adolescentes.

Cada demanda de intervención que llega a los equipos de salud viene estructurada por las características del entorno institucional, barrial y comunitario, y debe adaptarse a las capacidades institucionales de los equipos en cada anclaje territorial, involucrando al primer y segundo nivel de salud, de modo que no es posible establecer coordenadas universales pero sí orientaciones generales que deben ser particularizadas y singularizadas en cada caso.

En el momento de posvención son fundamentales las siguientes orientaciones:

- Según estándares internacionales, **se espera que se intervenga en posvención a partir de las 48 o 72 horas posteriores al evento y en un plazo de hasta dos meses**, manteniendo luego acciones de seguimiento.¹

1 OPS (2018). *Prevención de la autolesión y el suicidio: empoderamiento de los profesionales de APS. Material para capacitación*. s. l.: OPS.

- Se recomienda la definición de **puntos focales** en la institución, organización, grupo o comunidad donde se realizarán las actividades de posvención, es decir, adultos referentes que serán los interlocutores directos del equipo de salud para la organización de las acciones que se lleven adelante durante todo el proceso.
- Las acciones de **posvención deben organizarse de manera situada**, respetando las demandas, necesidades y condiciones que se establecen en cada situación, sobre todo en los primeros momentos, brindando espacios de ayuda psicológica —tanto individuales como grupales, pero no de carácter obligatorio—, fundamentalmente para los y las adolescentes, cuya participación se sugiere que sea voluntaria.
- Es muy importante **evitar la sobreintervención y las intervenciones desarticuladas**, sobre todo con los y las adolescentes, y para ello es fundamental en esta etapa identificar a todos los actores que tomarán acciones en la estrategia de posvención tanto a nivel institucional como comunitario. Por ejemplo, si en la institución educativa o socioeducativa en la que se implementará la posvención ya trabajan profesionales de la salud, es ineludible articular con ellos; si hay programas de organismos públicos como la Administración Nacional de Educación Pública (ANEP) o el Instituto Nacional del Niño y Adolescente del Uruguay (INAU) trabajando en la institución, organización o comunidad, deben ser incorporados en las acciones; si en las redes comunitarias hay otros actores estatales o de la sociedad civil que trabajan en temas de suicidio y posvención y se involucrarán con el caso, es fundamental articularse. Muchas experiencias alertan sobre la tendencia a la sobreacción en los primeros tiempos, con frecuencia de manera desarticulada, lo que aumenta la sensación de caos, de modo que un tiempo para organizar el mapa de actores y la definición de acciones coordinadas es fundamental para la eficacia de la posvención.

A continuación, nos centraremos en acciones de posvención dirigidas a los y las adolescentes pares y supervivientes. Nos detendremos en dos grandes componentes. El primero es de carácter conceptual y, a la vez que orienta actividades y acciones dirigidas a los y las adolescentes, es de referencia también para el trabajo con adultos, tanto con docentes, maestras, profesores o educadores como con padres y familias. El segundo componente se enfoca en las actividades que pueden ser realizadas con los y las adolescentes.

3.2 IMPLEMENTACIÓN DE POSVENCIÓN CON ADOLESCENTES

Una línea de acción privilegiada en la posvención está dirigida a trabajar con los y las adolescentes de manera grupal y colectiva, pero también se debe considerar la posibilidad de realizar algunos abordajes individuales, si la situación así lo requiere.

Las intervenciones de posvención con adolescentes se enfocan en:

- Fortalecer los lazos afectivos entre los adolescentes afectados por la pérdida.
- Brindar orientación sobre preguntas frecuentes que se suscitan ante los suicidios, así como reacciones, afectaciones y comportamientos entre los y las adolescentes supervivientes que no siempre se entienden y se desconocen.
- Realizar un diagnóstico de la situación grupal de los y las adolescentes, identificando signos de fortalezas y vulnerabilidades que incluso pueden requerir intervención en otro nivel.
- Sugerir algunas acciones grupales y colectivas que puedan realizarse con fuerte contenido simbólico hacia la persona fallecida y hacia ellos mismos.

3.2.1 SOPORTES CONCEPTUALES PARA LA PREPARACIÓN DE ACTIVIDADES DE POSVENCION

A continuación, se presentan a modo de viñetas conceptualizaciones que ofician de soporte y referencia para quienes son llamados a intervenir luego de un suicidio.

- En primer lugar, hay que recordar y reconocer que, aun con los esfuerzos de los últimos años, sobre todo en materia de prevención, **la muerte por suicidio sigue constituyendo un tema tabú**. Se ha creído en el pasado que hablar de suicidios puede provocarlos y que es posible generar una ola de contagios si se habla abiertamente del tema, sobre todo en y con adolescentes. También se ha asociado el suicidio a las enfermedades mentales, con estigmas, mitos, miedos y prejuicios que han rodeado históricamente este asunto. En la actualidad se sostiene claramente la importancia de hablar de manera pública sobre el tema, a la vez que es muy relevante encontrar las formas adecuadas de hacerlo.
- La pregunta que impera es: *¿por qué?* Tanto individual como colectivamente, esa pregunta es insistente y es importante tomarla para construir respuestas. Lo primero que hay que decir es que el suicidio no puede adjudicarse a una única causa. Sabemos que el suicidio es multicausal y encierra a veces una respuesta que no podemos dar, porque la persona ya no está y no puede dar sus razones. Aun cuando hayan quedado mensajes escritos o grabados, la pregunta acerca del porqué del suicidio con frecuencia se asocia con lo inexplicable o lo incomprensible. Es importante orientar sobre lo frecuente que es esta pregunta, lo inquietante que es, la multicausalidad del suicidio y la importancia de darse tiempo para construir las respuestas que se buscan.
- **La culpa es un sentimiento muy frecuente en los supervivientes**. *Qué hemos hecho o qué no hicimos* son preguntas muy presentes y con frecuencia vividas con mucha intensidad. Es importante comunicar a los supervivientes que se trata de un proceso que va a requerir tiempo, que incluye ese sentimiento de culpa que se irá superando

para vivir la convicción de que realmente nadie es responsable total y directo de un suicidio.

- Con respecto al **asesoramiento acerca del trabajo psíquico de duelo**,² además de la culpa, aparecen con frecuencia otros afectos como enojo, indiferencia, tristeza. Estos sentimientos son propios de un trabajo de duelo que se inicia en el momento del fallecimiento y que se despliega a lo largo de meses. Se habla de fases del duelo, que son propias de aquellos supervivientes que mantenían relaciones profundas con la persona fallecida:

1. **Negación**: es frecuente que en los primeros momentos, ante el impacto de la noticia, las personas nieguen el hecho, no logren admitirlo y busquen confirmar que no pasó. En general, esta fase dura muy poco y a partir de aquí comienza lo que se llama propiamente trabajo de duelo.
2. **Ira**: el enojo intenso se va depositando en diferentes personas o circunstancias, en cada caso de un modo singular, con otros, consigo mismo, con la persona que se suicidó. El sentimiento de injusticia y de indignación es muy intenso, sobre todo en los primeros tiempos.
3. **Negociación**: en esta fase se suele intentar que nada cambie, tendiendo a conservar las cosas tal cual estaban antes de la muerte de quien se suicidó.
4. **Depresión**: a medida que avanza el proceso de duelo se instalan la pena y la tristeza, los sentimientos de nostalgia, la pérdida de interés por otras actividades y el desánimo.
5. **Aceptación**: es la llegada a un estado de calma emocional donde se logra volver a aceptar que la muerte forma parte de la vida y que, aun con sentimientos de tristeza, se puede reanudar el ritmo de la vida.

2. Aquí solo se presenta un breve esquema de un tema que puede ser ampliado en textos académicos por parte de los profesionales de salud que llevan adelante el proceso de posverción. La clasificación incluida fue tomada de Hein, P.; Larrobla, C.; Novoa, G.; Canetti, A.; Heuguerot, C.; González, V.; Caligaris, A. y Torterolo, M. J. (2020). *Enigmas y estigmas del suicidio en el Uruguay. Estrategias para su comprensión y prevención*. Montevideo: Grupo de Comprensión y Prevención de la Conducta Suicida, Universidad de la República.

La comprensión de estas fases frecuentes en los procesos de duelo no ayuda de manera racional a las personas más afectadas (aunque la información muchas veces pone en perspectiva la intensa experiencia de «duelar»), en el sentido de que la racionalización del proceso no es lo que ayuda, pero sí es muy importante que las personas allegadas a los deudos conozcan estas fases para comprender sus reacciones y poder acompañar con más información.

También es importante decir que estas fases ofician de aproximaciones teóricas, pero que cada persona hace el duelo de una manera singular y propia, y la no adecuación a esa secuencia no debe ser siempre señal de alarma. También es preciso señalar que en ciertas ocasiones las personas van a necesitar ayuda psicológica para transitar el proceso saludablemente.

- **Los rituales de despedida** ante el fallecimiento de las personas son milenarios y cumplen funciones fundamentales para el proceso de duelo. Fundamentalmente, permiten objetivar la pérdida, reconocerla como existente y empezar a asumirla. A la vez, permiten colectivizar el dolor y la vivencia de la pérdida. En los procesos de posvención los rituales son momentos muy relevantes, tanto aquellos que se organizan espontáneamente como los que pueden crearse en actividades con los y las adolescentes durante el proceso de posvención.
- **A los y las adolescentes es importante transmitirles** que aunque no puede minimizarse la gravedad de un suicidio, también es cierto que ocurre muy poco en relación con la población general de adolescentes y que no es algo que puede pasar súbitamente a cualquiera en cualquier momento. Es un proceso, en el cual la clave es pedir ayuda cuando no se sienten anímicamente bien o viven situaciones de estrés inusuales o inesperadas, como la separación de los padres o la enfermedad o el fallecimiento de un ser querido. A menudo pueden sentir vergüenza de pedir ayuda y eso se transforma en un obstáculo para mejorar.

- **La posvención culmina en prevención**, la mejor posvención será aquella que haya mitigado los efectos negativos del suicidio en los supervivientes y haya logrado prevenir intentos de suicidio y suicidios. Es recomendable incorporar en los procesos de posvención las estrategias, herramientas, materiales y actividades de prevención del suicidio que se estén realizando en el contexto institucional, territorial y comunitario.

[...] la mejor posvención será aquella que haya mitigado los efectos negativos del suicidio en los supervivientes y haya logrado prevenir intentos de suicidio y suicidios.

3.2.2 ACTIVIDADES CON ADOLESCENTES

Las actividades específicas que se realicen con cada grupo de adolescentes son producto de una planificación local, que, de manera situada y con los recursos disponibles, organiza y lleva adelante actividades de posvención.

A continuación se ofrecen algunas recomendaciones producto de la revisión de experiencias de posvención con adolescentes, que podrán retroalimentarse y superarse en las implementaciones de campo de los diversos equipos de salud.

Es recomendable la realización de dos **encuentros de posvención con cada grupo de adolescentes**, con un **intervalo semanal** entre uno y otro.

En el **Encuentro 1** el equipo de salud se encuentra por primera vez con los participantes y busca entablar **una conversación grupal en la que se planteen preguntas, sentimientos y opiniones**, y, a la vez, se brinde información que ayude a comprender mejor lo que está pasando.

Esta conversación puede darse a través de múltiples recursos, dinámicas, juegos y técnicas expresivas que el equipo de salud seleccione en función de sus propios recursos y de los que haya podido incorporar en el entorno institucional y comunitario en el que se inscriben las acciones de posvención. Es preciso atender a las edades predominantes en el grupo para seleccionar actividades acordes.

Es importante que **la convocatoria a los encuentros esté dirigida a todos los integrantes del grupo** del que se trate, sin obligar, pero buscando que se viva como una actividad importante para el grupo y valorada por los adultos referentes de la institución.

Esta instancia, además de **brindar información** a los y las adolescentes sobre el suicidio y sus efectos, permite conocer el clima grupal e **indagar**, a través de reacciones, actitudes y preguntas, formas de respuesta individuales o grupales que preocupan y requieren seguimiento.

Es recomendable que el equipo de salud que lleva adelante los encuentros esté disponible para **entrevistas individuales** a pedido de adolescentes, por recomendación de los puntos focales o a iniciativa del equipo mismo.

También es recomendable cerrar este primer encuentro presentando un **buzón de preguntas** y comentarios que deben ser leídos para planificar el siguiente encuentro.

En el **Encuentro 2** se continúa trabajando con los mismos objetivos, dando continuidad al proceso iniciado. El material que los y las adolescentes hayan planteado en el buzón y toda la información recibida por los referentes institucionales permitirá organizar el segundo encuentro tomando emergentes, temáticas y planteos propios de cada grupalidad.

Además del trabajo con emergentes, es recomendable que el grupo, con el apoyo del equipo de salud y los referentes institucionales, realice algún tipo de homenaje a quien falleció, promoviendo un acto simbólico grupal que pueda vivirse en común.

Al cierre de este segundo encuentro, es importante mencionar que el equipo de salud está disponible para conversaciones individuales con quienes lo soliciten y que las instituciones permanecerán activas en el seguimiento del proceso del grupo y de sus integrantes.

3.3 SEGUIMIENTO DE POSVENCIÓN

Se recomienda que en los **dos meses siguientes**, en forma presencial o virtual, se realicen actividades de seguimiento.

Es muy favorable establecer algunas visitas del equipo de salud a la institución u organización para recibir consultas espontáneas de los adolescentes que participaron

de los encuentros o de otros interesados. Esta modalidad se inspira en modelos como los espacios de orientación y escucha o consejerías de salud³ en centros educativos, que permiten potenciar mucho los esfuerzos de los centros educativos y de los servicios de salud a favor del bienestar y la salud en la adolescencia.

Como parte de la fase de seguimiento se sugiere aproximar a los referentes educativos indicadores que se pueden observar en adolescentes que cursan un duelo y que pueden llamar la atención y requerir una consulta o espacio individual (ver indicadores en el Anexo 1).

3 Fabbiani, A.; Pasinotti, A.; Martello, B. y Antía, B. (2016). Consulta de salud de adolescentes en centros educativos. *Archivos de Pediatría del Uruguay*, 87(S1): S35-S39.

4.

Apuntes para los coordinadores de los encuentros con adolescentes

Las tres herramientas de trabajo que se describen son sugerencias para llevar a la práctica la propuesta de pos-vencción. Es importante destacar que su implementación está abierta a las adaptaciones y cambios que los equipos consideren convenientes en cada espacio de trabajo.

Esas herramientas son:

1. Planificación
2. Metodología y contenido de los encuentros
3. Seguimiento

1. *Planificación*

Se trata aquí de visualizar los momentos o pasos más significativos a considerar desde la recepción de la demanda de intervención hasta la finalización de la propuesta.

El tiempo es una coordenada esencial a tener en cuenta, ya que la intervención debería comenzar en las primeras 48 o 72 horas luego del evento. Además, es importante recordar que la intervención a realizar tiene que ser coordinada por dos profesionales, no se recomienda que una sola persona asuma esta actividad.

Se sugiere llevar adelante una reunión de planificación entre integrantes de la institución donde se realizará la

intervención y del centro de salud, para conocerse entre equipos referentes, intercambiar información relevante y explicitar la propuesta global y los requerimientos logísticos y acordar fechas de presentación y encuentros. Esta reunión puede iniciarse tanto a partir de la solicitud recibida por el equipo de salud desde los referentes del centro educativo, el centro juvenil u otro espacio de la comunidad como por iniciativa del propio equipo de salud hacia otra institución.

Se consideran tres pasos para esta instancia:

Paso 1. Consiste en la consolidación de la demanda y el conocimiento mutuo de ambos equipos referentes.

Paso 2. Se busca compartir la información de la que dispongan ambos equipos sobre el o la adolescente que falleció y que pueda ser relevante en los encuentros, que será manejada en forma ética y confidencial. El objetivo de este paso es que el equipo de salud que realizará la intervención esté al tanto de lo que puedan saber los adolescentes, que podrá ser veraz o no y que eventualmente será necesario despejar o aclarar. En este sentido, es importante saber quién era el o la adolescente, datos sobre su fallecimiento, cuáles fueron las acciones del centro educativo, si hubo cierre por duelo o no, si los compañeros asistieron al velorio o entierro, entre otras cuestiones.

Paso 3. El equipo de salud propone los aspectos centrales de la intervención y sus requerimientos. Se define en forma conjunta:

- Dónde se realizará la actividad (el espacio físico en el que se realizarán los encuentros, para que la ubicación de participantes y coordinadores sea la que mejor promueva un clima de cercanía para el intercambio apropiado).
- Quiénes serían los participantes (por ejemplo, pueden ser solo los compañeros de la clase del adolescente fallecido o incluir a quienes deseen asistir, aun si son de otros grupos).
- Día, horario y duración de los encuentros (se propone realizarlos en el horario de clase).

- Materiales requeridos.
- Cómo se realizará el acompañamiento de los y las adolescentes que presenten signos de malestar y sufrimiento emocional y las posibles consultas a servicios de salud.
- Cómo se realizará el seguimiento luego de la finalización de los encuentros.

Las paredes también hablan.

Es importante observar y escuchar lo que se ve y lo que se dice en los corredores, ya que nos ayuda a dar sentido y comprender mejor los sentimientos, ideas y preocupaciones.

Las paredes también hablan.

Es importante observar y escuchar lo que se ve y lo que se dice en los corredores, ya que nos ayuda a dar sentido y comprender mejor los sentimientos, ideas y preocupaciones.

2. Metodología y contenido de los encuentros

Instancia previa⁴

Esta instancia tiene dos objetivos simultáneos, por un lado, es la invitación a participar, explicitando qué se va a hacer y por qué, y, al mismo tiempo, es la presentación de los coordinadores al grupo de adolescentes. Los referentes del centro en el que se realizará la posvención cuentan al grupo que se comunicaron con el equipo de salud al conocer el fallecimiento del compañero, porque saben las emociones que su pérdida puede provocar, y anuncian que por ese motivo el equipo de salud trabajará para ayudar en el proceso de duelo. Se plantea que la actividad es abierta, no obligatoria, que no requiere autorización de la familia y que cada adolescente decide si quiere estar o no (no se pasa lista de asistencia). Se anuncia que se realizarán dos encuentros y que luego estarán visitando el centro durante un tiempo para conversar con quienes deseen.

La consigna de presentación del equipo de salud (coordinadores de los encuentros) debe incluir su nombre y profesión y a qué centro de salud pertenecen. Esta presentación tiene que destacar que cuando suceden hechos tan graves como estos, que pueden significar una pérdida,

4 Esta instancia puede ser virtual si no es posible el encuentro presencial.

es muy importante sentirse próximos, no estar solos y tener un espacio para expresar lo que se siente, que puede ser hablando o escribiendo, dibujando o mediante otras formas que irán descubriendo en conjunto.

Primer encuentro

Con respecto al espacio físico, es conveniente cambiar la disposición habitual de clase y ubicarse en círculo, para que puedan verse todos y todas.

En cuanto a los tiempos, es fundamental dar unos minutos para que los y las adolescentes se presenten a los coordinadores.

Con relación a la coordinación, se sugiere que mientras un integrante del equipo promueve el intercambio y la escucha atenta, el otro observe y registre. Es importante en esta instancia prestar atención a las expresiones verbales y no verbales.

Como fue mencionado, las dinámicas grupales para esta actividad deben ser planificadas de acuerdo a las edades de los adolescentes participantes. Sea cual sea la actividad (dibujo, cuento, video, serie, película u otro), siempre debe haber un tiempo para el intercambio, la escucha y los comentarios finales.

Una sugerencia es que se seleccione previamente un cuento, una historia para leer en grupo, que permita reflexionar sobre la muerte, la pérdida afectiva y las formas del consuelo. Es posible que aparezcan preguntas acerca de los motivos del suicidio, acerca del significado de la muerte, de las enfermedades mentales, de por qué no se pudo evitar.

Para finalizar, el equipo debe anunciar la fecha del siguiente encuentro y proponer que en los días siguientes los participantes escriban preguntas, dudas o temas que quisieran conversar con el equipo coordinador en el siguiente encuentro, que dejarán en el buzón de preguntas y podrán ser anónimas o firmadas.

Segundo encuentro

Este encuentro se divide en dos partes. En una primera parte, se trabaja con todo el grupo sobre las preguntas

recibidas mediante el buzón. Para ello es conveniente que los coordinadores destinen tiempo previo al encuentro para conocer las preguntas y ordenar la forma en que serán respondidas. Es recomendable que la mayoría de las respuestas sean abiertas, breves y destinadas a la reflexión y el intercambio grupal.

En la segunda parte se recomienda organizar subgrupos para facilitar la construcción de un dibujo, un cuento u otra producción colectiva como ritual de despedida. Este recuerdo puede quedar visible en un sector de la institución o puede ser entregado a los familiares del o la adolescente que falleció.

Como cierre del encuentro se puede proponer la realización de un gesto grupal en señal de compañerismo y solidaridad, con el propósito de recordar que sentirse queridos y parte del grupo es esencial para la salud mental de todos y todas.

En los grupos de adolescentes mayores se puede compartir con ellos cuáles son los signos de alerta para consultar con el equipo de salud mental.

Se sugiere comentar, además, que el equipo estará presente durante algunas semanas para recibir a quienes quieran conversar en forma individual y plantear los días y horas acordados con el centro educativo o comunitario para ello.

3. Seguimiento

Luego de finalizados los encuentros, se propone que el equipo de salud concurra en forma planificada y acordada con el centro en el que se realizó la intervención para desarrollar las mencionadas consejerías de salud.

Estos espacios son abiertos y fundamentalmente de consulta espontánea por parte de los adolescentes, pero también pueden ser a partir de sugerencias realizadas por educadores, otros referentes o los propios adolescentes. Pueden ser individuales o estructurarse en pequeños grupos. Son espacios informales de conversación y no constituyen una psicoterapia, si bien pueden ser una herramienta terapéutica valiosa.

Algunos adolescentes podrán sentirse mejor, resolver dudas, aclarar conflictos y no requerir más que una entrevista o dos. Aquellos adolescentes que presenten criterios de riesgo como los definidos en el Anexo 1 deberán acceder a una consulta en el servicio de salud correspondiente y, según el nivel de riesgo que presenten, esta podrá ser en puerta de emergencia o en servicios ambulatorios.

Anexos

1.

Indicadores de duelo en adolescentes que requieren consulta⁵

Estos indicadores pueden surgir de comentarios u observaciones en las instancias de taller, de preocupaciones de los familiares y amigos o de las consultas que espontáneamente los y las adolescentes planteen a los referentes de la institución donde se realiza la posvención o al equipo de salud coordinador en los encuentros o las visitas de seguimiento. Es necesario destacar que debe existir claridad en cuanto al acceso a la consulta con el equipo de salud mental de adolescentes que corresponda de acuerdo al prestador de salud y que el equipo coordinador debe tomar a cargo la derivación, es decir, se debe concretar la agenda para la consulta y monitorear la asistencia.

Los indicadores son:

- Irritabilidad extrema o cambios de humor constantes que no se normalizan.
- Agresividad extrema o impulsividad que no puede controlar.
- Ira hacia quienes le dieron la noticia o hacia el personal sanitario que no pudo hacer más, llegando a hacerlos responsables directos de la muerte.

5 Tomado de Artaraz Ocerinjaúregui, B.; Sierra García, E.; González Serrano, F.; García García, J. A.; Blanco Rubio, V. y Landa Petralanda, V. (2017). *Guía sobre el duelo en la infancia y la adolescencia. Formación para madres, padres y profesorado*. Bilbao: Colegio de Médicos de Bizkaia.

- Pensamientos negativos recurrentes sobre la muerte que no cesan.
- Pone en práctica conductas de riesgo porque la vida ha dejado de preocuparle o de tener valor para él o ella.
- Ideación suicida que llega incluso a la elaboración de un plan suicida.
- Sintomatología depresiva mantenida.
- Culpa que no cesa.
- Reacciones mantenidas de entusiasmo o alegría inadecuados.
- Consumo de sustancias que antes no consumía o aumento de las que ya consumía.
- Incapacidad para retornar a las rutinas habituales.
- Baja significativa del rendimiento académico.
- Aislamiento extremo: no quiere participar en eventos sociales en los que antes sí participaba.
- Asunción de responsabilidades que antes no asumía, que influyen en su vida social.
- No quiere tocar las cosas del fallecido, prefiere dejarlo todo como si la persona fuera a volver.
- Quejas somáticas relacionadas con la enfermedad de la persona fallecida.
- Aparición de otros trastornos somáticos, obsesivos, de ansiedad, de separación, que anteriormente no se habían manifestado o no eran significativos.

2.

Ficha de registro de actividades de posvención por suicidio con adolescentes

Fecha de recepción de la demanda: _____

La demanda surge de: _____

INSTITUCIONES Y REFERENTES A CARGO:

Servicio de salud:	
Referentes del servicio de salud:	
Institución dónde se realiza la posvención:	
Referentes institucionales (puntos focales):	

PARTICIPANTES:

Cantidad:	
Edades aproximadas:	

Registro de acuerdos entre equipo de salud que realizará la posvención y la institución en la que se llevarán adelante las acciones (puntos focales)

Registro del primer encuentro de posvención (principales emergentes)

Registros del segundo encuentro de posvención (principales emergentes)

Acuerdos para la fase de seguimiento entre el equipo de salud y los puntos focales de la institución en la que se desarrollan las acciones de posvención

