



Universidad de la República
Facultad de Psicología

Trabajo Final de Grado:
Monografía

Adolescencia, Suicidio y Políticas Públicas en Uruguay

Estudiante: Lucia Reyes Moreno

CI: 4.558.525-5

Tutora: Prof. Adj. Maria Julia Perea

Montevideo, 30 de julio, 2017

AGRADECIMIENTOS

Este trabajo de carácter monográfico realizado en la Facultad de Psicología de la Universidad de la República, es un esfuerzo, donde directa e indirectamente han participado diferentes personas, corrigiéndome, opinando y dándome ánimo en momentos difíciles por lo que atravesamos siendo estudiantes y futuros profesionales.

Dejo aquí mis más sinceros agradecimientos para aquellas personas que hicieron posible de diferentes maneras la realización de esta monografía.

En primer lugar quisiera agradecer a mis padres por ser el pilar fundamental en todo lo que soy, en toda mi educación, tanto académica, como de la vida, por su incondicional apoyo mantenido a través del tiempo. Entendiendo mis ausencias y que a pesar de la distancia siempre estuvieron a mi lado. En especial quiero expresar mi agradecimiento a mi madre que sin su ayuda habría sido imposible culminar mi profesión y sobretodo agradecerle por el amor brindado.

A mi hermana, fuente de apoyo constante e incondicional en toda mi vida y sobretodo en estos años de carrera profesional

A Danny, por entenderme en todo, gracias a él, que ha transitado este camino a mi lado y por ser en todo momento un apoyo incondicional en mi vida.

A mis amigos, en especial a Nerea con quien nos apoyamos desde el primer momento mutuamente en nuestra formación profesional y que seguimos compartiendo la amistad.

A mi tutora Julia Perea, que con sus comentarios, apreciaciones y críticas hicieron que esta tesis resultara ser mejor que lo que se proyectaba originalmente.

A Sandra Moller, quien me puso en contacto con las profesionales entrevistadas.

A Susana Quagliata y a Marcela Jubin por la excelente disposición a la hora de realizar las entrevistas las cuales enriquecieron mi trabajo.

A todos ustedes, ¡muchas gracias!

RESUMEN

El presente trabajo se centra en el suicidio, la prevención del mismo y en la adolescencia; etapa donde se presentan factores que generan una mayor fragilidad frente a este fenómeno.

Siguiendo lo planteado por la Organización Mundial de la Salud (2017) ésta es una conducta que se puede prevenir a través de acciones conjuntas de distintos sectores. Es por esto que el foco será colocado en las medidas para la prevención del mismo, particularmente en Uruguay.

La adolescencia es reconocida como una etapa difícil, caracterizada por conflictos intergeneracionales, búsqueda de identidad, madurez sexual, etc. Por este motivo se la define como un período de grandes cambios, físicos, sociales y psicológicos. Se pretende recabar mediante ciertas miradas que se le da al suicidio, a la adolescencia y a las medidas de prevención, herramientas para la facilitación de la detección de poblaciones en riesgo.

Para ello se definen una serie de conceptos con la finalidad de comprender mejor este fenómeno, como lo son los factores de riesgos y protectores. También se podrá visualizar cómo operan las políticas públicas en nuestro país en relación a la prevención del suicidio.

Palabras Claves: Suicidio, adolescencia, prevención

ÍNDICE

Resumen.....	2
Introducción.....	4
Capítulo 1 Adolescencia y Suicidio	
1- Definiciones de Adolescencia.....	7
2-Definición de suicidio.....	10
2.1 Evolución de la concepción de suicidio.....	12
2.2- Mitos.....	14
2.3- Contextualización del suicidio en el Uruguay.....	16
2.4- Suicidio en la adolescencia en Uruguay.....	19
Capítulo 2 Políticas de Prevención de la conducta suicida en adolescentes, factores de riesgo y protectores	
1- Prevención del Suicidio.....	20
1.1-Prevención del suicidio en Uruguay.....	21
1.2- Prevención de la conducta suicida en adolescentes.....	24
2- Factores de riesgos.....	27
2.1- Clasificación del riesgo.....	29
3- Factores de protección.....	29
Reflexiones finales.....	30
Referencias bibliográficas.....	32

Introducción

La presente monografía es producto del Trabajo Final de Grado correspondiente a la Licenciatura en Psicología de la Universidad de la República. La misma trata sobre suicidio, adolescencia y prevención de la conducta suicida en la adolescencia a partir de las políticas públicas en nuestro país.

La elección del tema surge a raíz de la experiencia por la que he atravesado en el ámbito académico y a través en el ámbito laboral.

Actualmente desempeño el rol de educadora en el INAU en un hogar de atención integral de tiempo completo. La población atendida es solo femenina, de niñas y adolescentes de edades entre siete y diecisiete años de edad, habiendo una excepción de un niño de siete años hermano de una de las adolescentes.

Si bien en este centro en particular no se ha presentado un caso de suicidio ni de Intento de Auto Eliminación (IAE), hemos presenciado situaciones de jóvenes que nos expresan sus pensamientos sobre quitarse la vida, teniendo en cuenta que muchas veces la finalidad explícita no es morir, sino el solo hecho de dormir... porque no aguantan más una situación.

En el medio académico, la Facultad de Psicología me dio la oportunidad de cursar una práctica llamada "Atención Integral al Adolescente" en el Programa de la Universidad de la República Aprendizaje- Extensión, en la zona del Cerro de Montevideo (Apex- Cerro). Es un programa integral y de carácter interdisciplinario, ubicado actualmente en el predio que perteneció al Frigorífico Artigas.

Dicha práctica me permitió trabajar de modo interdisciplinario y en intervenciones de prevención y promoción de salud. En la consulta individual que se realizó con los adolescentes, se pudo ver que tres de cuatro que atendimos presentaron manifestaciones de episodios depresivos. Destaco esto dado que son varios los autores que consideran que la depresión en situaciones más severas puede propender a consumir el suicidio. Como se puede visualizar en el trabajo realizado por Acosta et al. (2011), titulado *Depresión en la Infancia y en la Adolescencia: Enfermedad en nuestro tiempo*, las autoras consideran que en los adolescentes, el trastorno depresivo mayor es la principal causa del comportamiento suicida.

Estas mismas consideraciones se pueden ver en un artículo de la revista Colombiana de Psicología realizada por Pardo, Sandoval y Umbarila Z (2004) donde afirman que:

“Las personas que sufren depresiones durante la adolescencia y que tienden a desarrollar problemas psiquiátricos durante su adultez temprana se han caracterizado como jóvenes que presentan episodios depresivos más severos, es decir, de mayor duración, con múltiples episodios, mayor número de síntomas e historia de intentos de suicidio” (p. 19)

Estas autoras también dejan ver que la depresión en niños y adolescentes ha experimentado un incremento, así como la situación de que cualquier persona, sin importar su edad, grupo étnico o género puede sufrir depresión, que se manifiesta por aislamiento social entre otras cosas y en casos muy severos culminan en el suicidio.

Contemplando la realidad actual de nuestro país, Uruguay presenta una de las mayores tasas de suicidio a nivel latinoamericano luego de Cuba (Larrobla, Canetti, Hein, Novoa y Durán, 2013)

En la II Encuesta Mundial de Salud Adolescente (2012), realizada en conjunto con el Ministerio de Salud Pública, el Ministerio de Desarrollo Social y la Junta Nacional de Drogas de la República Oriental de Uruguay, surgen una serie de datos alarmantes que colocan a Uruguay dentro de los mayores porcentajes de intentos de suicidio de jóvenes en la región. Esta investigación deja ver que el 10,1% de los adolescentes uruguayos intentó quitarse la vida una o más veces indiferentemente de su sexo, dato que llama la atención ya que podemos encontrar varias investigaciones que constatan que los hombres son quienes se suicidan más y las mujeres quienes lo intentan más. En un artículo de Pérez Ríos (2010) del diario el País de España, la psiquiatra Carmen Tejedor, impulsora del primer plan de prevención del suicidio que se aplicó en ese país, describe que los hombres se suicidan tres veces más que las mujeres, pero son ellas quienes intentan quitarse la vida tres veces más que ellos, porque viven con una presión tres veces superior.

La tasa de suicidio entre los jóvenes ha ido en aumento, tradicionalmente la misma se ha registrado en adultos varones de edad avanzada. Según la OMS (2012), los jóvenes son el grupo de mayor riesgo en un tercio de los países no habiendo diferencias entre los países del mundo desarrollado y aquellos que están en desarrollo.

En la etapa de la adolescencia, los jóvenes están ligados a una mayor vulnerabilidad ya que es un periodo donde suceden grandes cambios, viven una transformación física en sus cuerpos, emocional e incluso sexual. Se dan importantes transformaciones en el cuerpo vinculadas estrechamente con significativos cambios a nivel psíquico, donde tienen un lugar muy importante los conflictos provenientes del desarrollo sexual.

CAPÍTULO 1

Adolescencia y Suicidio

En esta sección se hará un recorrido por varios autores definiendo los conceptos de adolescencia enfatizando en la importancia que tiene esta etapa en nuestra vida, donde se manifiestan factores que generan una mayor vulnerabilidad frente al suicidio. Según el estudio realizado en el MSP por el programa Adolescencia junto con el de Economía de la Salud en el año 2009, en la franja de 15 a 19 años, la primera causa de muerte externa lo constituyó este fenómeno (MSP, 2009).

Se visualizará también la evolución y la mirada que se le da en el correr de la historia al suicidio, pasando desde la época antigua hasta la actualidad, tratando conceptos que se ramifican al hablar del tema. Si bien este fenómeno y los comportamientos suicidas, han estado presentes desde la existencia del hombre, no es hasta fines del siglo XIX y principios del XX que son analizados, discutidos y estudiado de forma global

1. DEFINICIONES DE ADOLESCENCIA

El concepto de adolescencia como categoría social y conceptual es muy reciente, a lo largo de la historia, al ciclo de vida se le ha conceptualizado y caracterizado de diferentes maneras. A fines del siglo XX se establece como campo de estudio dentro de la psicología evolutiva, bajo la influencia del psicólogo norteamericano Stanley Hall (1904).

Hall (Citado en Deval,1993) considera que la adolescencia supone un corte profundo con la infancia, viviéndolo como un nuevo nacimiento, siendo esta una edad particularmente dramática y tormentosa, donde la persona se siente dividida entre tendencias opuestas.

David Amorín (2012) propone que, “etimologicamente el vocablo adolescencia, en tanto adjetivo y sustantivo, proviene del latín *dolescens*, participio presente de *adolescere*: Crecer. Para los romanos: ir creciendo e irse convirtiendo en adulto” (p.121). El autor plantea que no debemos hablar de una sola adolescencia, ya que existen varias adolescencias definidas por lo sub-cultural. Se debe concebir la adolescencia como producto y construcción socio-cultural y no solamente por el pasaje entre la infancia y la adultez.

Desde mi punto de vista, la definición de la adolescencia debería estar compuesta por una serie de conceptos referidos a lo biológico, social, cultural, identidad, cambios, singularidad, desarrollo, transición, emociones, crecimiento, entre otras. Es lógico que

resulte difícil encontrar una definición que abarque todas estas áreas, pero si hay una serie de definiciones que de una u otra manera explicitan la complejidad que conlleva este tránsito evolutivo en la vida de las personas.

La adolescencia es definida como el "período de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años. Se trata de una de las etapas de transición más importante en la vida del ser humano, que se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios. (...) Esta fase de crecimiento y desarrollo viene condicionada por diversos procesos biológicos. El comienzo de la pubertad marca el pasaje de la niñez a la adolescencia" (OMS., s.f)

La Asociación Psicoanalítica del Uruguay (1999), considera al igual que varios autores, que esta etapa está atravesada por una serie de cambios de la estructura psicológica del individuo, tales como: descubrimiento de la propia identidad, ambivalencia respecto a la autopercepción como adulto o niño que se expresa en gran inseguridad en sí mismo, inconscientemente muestra distintas máscaras para protegerse, por ejemplo en forma de agresividad (verbal o del comportamiento), rebeldía, aislamiento. Se refugia en un grupo de pertenencia para obtener seguridad personal y fortaleza ante la amenaza de pares y adultos.

Flechner (2008) la define como "un momento crítico de desarrollo humano y al mismo tiempo expresión de un trabajo psíquico que se encuentra al servicio de este desarrollo en el que el adolescente puede llegar a sentirse extranjero de sí mismo" (p.122).

Los conceptos de adolescencia y juventud, pertenecen a una construcción social, histórica, cultural y relacional. A través de diferentes épocas y procesos históricos, irá adquiriendo denotaciones y delimitaciones diferentes, áreas como la vejez y la juventud no están dadas, sino que se irán construyendo socialmente en una lucha constante entre jóvenes y viejos (Bourdieu, 2000).

La adolescencia comienza siendo un hecho biológico pero, a su vez están inmersos en un proceso psicosocial que varía según las culturas y los momentos históricos. (...) el proceso adolescente es esencialmente un proceso de cambio y, por tal razón, de transición. (...) Su apariencia adulta le requiere como tal, cuando aún no tiene

recursos psíquicos para hacerlo. Cuando el desarrollo físico se torna notorio, los adultos esperan que abandone a igual ritmo la conducta infantil y acepte responsabilidades que recién se adquirirán en la fase resolutive de la adolescencia. (Quiroga, 1997, p.15)

Siguiendo los planteos de Quiroga (Citado en Amorín, 2012) se considera a la adolescencia como un proceso evolutivo de tres etapas, estas son: adolescencia temprana que comprende desde los ocho o nueve hasta los quince años, donde podemos observar sobre todo con más énfasis los cambios biológicos, como también cambios entorno a su identidad; la adolescencia media que abarca las edades de quince a los dieciocho años, en esta etapa se pueden ver más cambios desde lo psicológico y por último la adolescencia tardía que va desde los dieciocho a los veintiocho años donde se ve el deseo de independencia económica, deseo de construir una pareja estable, discriminación intra-generacional, entre otras.

Si nos remontamos al siglo V a.c, me parece de suma importancia e interesante traer una frase de Sócrates citada por Viñar (2009), teniendo en cuenta en el siglo en que se escribió.

"Los jóvenes de hoy aman el lujo, están mal educados, desdeñan la autoridad, no tienen ningún respeto por sus mayores y charlan en vez de trabajar. Ya no se ponen en pie cuando un adulto entra en la habitación en donde se encuentran. Contradicen a sus padres, en la mesa se apresuran a engullir los postres, cruzan las piernas y tiranizan a sus maestros." (p.19)

Viñar (2009) en relación a lo planteado por Sócrates, se interesa más por la razón de porque se da su permanencia en el tiempo y no tanto por el problema en sí. El autor trabaja este tema cuestionando que impulsa al conflicto intergeneracional, entendiendo esto como la rivalidad entre "mundo adulto y mundo joven".

Debemos reconocer que la frase de Sócrates después de veinticinco siglos se sigue repitiendo en el discurso de padres, referentes, docentes y adultos de todas las épocas. Reflexionando acerca de esto, me surgen una serie de preguntas que si bien no contestaré en este trabajo resulta interesante plasmarlas.

Las conductas habituales de los adolescentes y sus malos hábitos ¿Son propios de siglo XXI?, ¿Se puede decir que la sociedad repite las mismas concepciones a través del tiempo y de las distintas culturas?, ¿Somos los adultos quienes inducimos a los adolescentes a actuar como lo hacen? ¿Estamos escuchando lo que realmente los adolescentes nos quieren decir con estas actitudes?

Teniendo en cuenta los conceptos de adolescencia desarrollados anteriormente, cabe destacar que son varios los autores que consideran que la adolescencia debe ser vista y entendida no solamente como un cambio cronológico es decir definido por etapas sino como un tiempo de transformación, donde lo socio-cultural debe ser tomado en cuenta.

2- DEFINICIONES DE SUICIDIO

La Real Academia Española brinda dos definiciones sobre el suicidio, en primer lugar como: “Acción y efecto de suicidarse”, definiendo a suicidarse como: “quitarse voluntariamente la vida”. Y la segunda como: “acción o conducta que perjudica o puede perjudicar muy gravemente a quien la realiza”. Etimológicamente la palabra suicidio proviene de los términos latinos Sui (de sí mismo) Caedere (matar).

En 1897 el sociólogo Durkheim da su primera definición describiendo al suicidio como un acto realizado por la misma víctima que resulte inminente o no. El mismo autor manifiesta que esta definición está incompleta dado que no distingue dos muertes diferentes, aquella muerte causada por un sujeto enajenado, que creyendo que la ventana está en el mismo plano se lanza al vacío, de la muerte causada por un sujeto sano, que se mata sabiendo lo que hace. A raíz de esto modifica su definición: “Todo caso de muerte que resulte, directa o indirectamente, de un acto, positivo o negativo, realizado por la misma víctima, sabiendo ella que debía producir este resultado” (p.5).

La OMS en 1967 define al suicidio “(...) como la muerte que resulta de un acto suicida”, adicionalmente define al acto suicida como “todo hecho por el que un individuo se cause a sí mismo una lesión, independientemente de su intención y del conocimiento de sus motivos”, haciendo una distinción con el IAE el cual lo define como “un acto suicida cuyo resultado no es la muerte” (Citado en Jalón de García y Peralta, 2002. p. 88)

En el Plan Nacional de Prevención del Suicidio (2011), se describe una definición que a mi entender es una de la más completa en torno a este fenómeno, definiéndolo como:

Fenómeno multicausal, que implica el acto de matarse a sí mismo. En él intervienen diversos factores que van desde lo político, económico, y ambiental, hasta lo biológico, psicológico y sociocultural. Es así que el suicidio impacta en el plano individual, familiar y social, a través de varias generaciones. (p.4)

El suicidio es un fenómeno complejo, si bien anteriormente se pensaba en el cómo sólo el acto de matarse, hoy se piensa en algo más profundo que incluye componentes biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, etc. En la actualidad al hablar de ello, debemos hacer alusión a una serie de términos que se diferencian, como lo son ideación suicida, IAE y conducta suicida. La ideación suicida según Larrobla et al. (2012), implica los pensamientos que los individuos tienen respecto al deseo o la intención de morir, estos pueden variar dependiendo de la gravedad y especificidad de la ideación. Al respecto de esto, para Lecrubier (2002) la misma es importante ya que es vista como una señal de alarma y como un predictor para un IAE, y éste muchas veces predice la consumación.

La sociedad de Psiquiatría del Uruguay define al IAE como la voluntad o deseo consciente y deliberado de darse muerte, además agrega que este deseo está motivado por un proceso angustioso que sobrepasó el nivel de tolerancia; es un estado conflictivo, una crisis sin resolver que se expresa a través de la conducta suicida. (Citado en Garay y Vázquez, 2010, p.21). Ésta, es entendida como toda acción que tiene un propósito que puede ser explícito de quitarse la vida o no, este concepto incluye cualquier intención, ideación o pensamiento teniendo como finalidad dicha acción, a pesar de que no haya una expresión manifiesta (Larrobla et al. 2012).

En síntesis, debemos pensar al suicidio como un proceso en donde todas las partes del ser humano están inmersas, el cual se va gestando con el tiempo. La conducta suicida es progresiva, con esto quiero decir como menciona Adams (1985) que se da en un "Continuum autodestructivo" el cual está compuesto por una serie de etapas. La primera, está constituida por la ideación suicida (fantasías de muerte), seguido por la crisis suicida (búsqueda de salida del problema), luego por la tentativa de suicidio (el aviso), siguiendo por el suicidio frustrado (ensayo-error), finalizando con el suicidio consumado. (Citado en Martínez, 2007)

2.1- EVOLUCIÓN DE LA CONCEPCIÓN DE SUICIDIO

El suicidio ha sido objeto de estudio de varias disciplinas, si bien podemos encontrar más estudios y sistematizaciones en psiquiatría, psicología y sociología también encontramos en la filosofía y hasta en la literatura.

En la Edad Antigua, había una serie de culturas como la de los galios, celtas, hispanos, vikingos, nórdicos y visigodos, quienes consideraban al suicidio en ciertas ocasiones razonables, ya sea por vejez, muerte de los esposos, muerte del jefe o enfermedades graves o dolorosas. En la Grecia clásica comienzan a aparecer “causantes” para el abandono voluntario de la vida, como lo eran la locura, decepción, culpabilidad y venganza, comenzando más adelante una condena social (Muelas y Mangado, 2007).

Amador (2015) realiza una revisión sobre las consideraciones que ha tenido el suicidio a lo largo de la historia. Con respecto a la Grecia antigua, siendo esta una de las primeras culturas en tratar la problemática del suicidio, podemos encontrar dos variantes: por un lado aquellos que lo condenaban como Aristóteles y Platón y por otro lado, para algunas aldeas era considerado como una forma de supervivencia, siendo los ancianos, los deformes o los enfermos quienes debían “sacrificarse” abandonando la aldea sin provisiones, para que éstas fueran utilizadas por los otros miembros más prometedores de la aldea.

En el Oriente el suicidio era visto como un acto indiferente o elogiado, ya que se consideraba a la muerte como un cambio de forma (Añón, 1993).

Por otro lado, el cristianismo veía fuerte aquel hombre que soportara las infamias de la vida, considerando una mente débil al hombre que se la quitara, se comienza a propagar castigos religiosos como no poder ser enterrados en el cementerio y la excomunión (Muelas y Mangado, 2007). En la Biblia no se encuentra ninguna prohibición explícita del suicidio, sin embargo en un pasaje de la obra de Arias (2016) se manifiesta lo siguiente: “Y ciertamente os demandaré vuestra sangre, que es vuestra vida: de mano de cualquier viviente la reclamaré, como la demandaré de mano del hombre, extraño o deudo, pidiendo cuentas de la vida humana” (p, 221). Entendiendo por esto que nuestro cuerpo y alma no le corresponde al hombre, por tal manera él no puede hacer con ellos lo que quiera. Aunque en el Nuevo Testamento podemos encontrar varios suicidios donde su prohibición o aceptación va a depender de quien cometa el acto y del porqué.

Con la aparición de la Edad Media se da lugar al nacimiento de una mentalidad sociocultural, ubicando al suicidio como tabú, creando una ruptura con la Antigüedad

Clásica. Surge así un castigo social, religioso y la prohibición absoluta del mismo. San Agustín arremete contra la muerte voluntaria, apoyándose en las sagradas escrituras y en el V Mandamiento “No matarás” (Muelas y Mangado, 2007).

Alcoz (2007) menciona que en esta época se consideraba al suicidio como uno de los más grandes pecados: la privación de la vida, trayendo consigo una serie de castigos que iban desde el arrebato de sus materiales hasta el ajusticiamiento del cadáver. En algunos casos la locura beneficiaba al suicida minimizando así las penas

Cervera (2006) describe que en la época de la ilustración es donde se logra hablar de suicidio y realizar estudios socioculturales de manera moderna. En el tránsito del siglo XVIII se retoman los tres argumentos básicos provenientes de Aristóteles y de San Agustín, estos eran: delito contra Dios, contra la sociedad y contra uno mismo. Durante este siglo varios intelectuales discuten y defienden sobre el derecho del hombre a elegir el momento de su muerte. El suicidio pasa a ser “affaire de liberté individuelle”(p,13) significando: caso de la libertad individual, por lo tanto no merecedor de castigo.

Siguiendo con lo antes mencionado, Muelas y Mangado (2007) citan a Hume, Schopenhauer, Kant y a Nietzsche, mostrando dos variantes acerca de la aprobación y de la negación. Hume, quien desde la ética, la sociología y la teología busca una justificación del suicidio, considerándolo no como una ofensa a Dios sino una cuestión moral; y Schopenhauer afirma que quien comete el suicidio lo hace como un acto desesperado de liberarse de los males que le atormentan la vida, considerando que el ser humano no posee mayor derecho que aquel que ejerce sobre su propia existencia.

Por otro lado, Kant y Nietzsche se posicionan desde un lugar en contra del suicidio. Para Kant en contradicción a lo que manifiesta Schopenhauer, considera que si bien tenemos cierta disponibilidad sobre nuestra vida existen ciertos límites, por lo tanto la autonomía no es completa, representando así el suicidio la pérdida de la dignidad humana. Nietzsche manifiesta que debemos asumir al sufrimiento como parte de la vida, aunque defiende el acto en determinadas circunstancias.

Desde el psicoanálisis, Freud consideró al suicidio como un concepto básico del ser humano pudiendo ser todos vulnerables a esta conducta, cuya raíz reside en el instinto de muerte, que al buscar un reposo eterno puede expresarse con su consumación (Citado en Sarro y De la Cruz, 1991).

Como se puede observar en los párrafos anteriores la concepción de suicidio ha ido evolucionando, dejándola de ver como una enfermedad mental, como una ofensa a Dios,

como un acto de cobardía o como una simple reacción a situaciones que generan angustia y malestar.

En la actualidad el suicidio es estudiado desde la perspectiva médica, sociológica y psicológica, son varias las disciplinas que se encargan del tema brindando herramientas tanto de prevención del como de promoción de los estados saludables del individuo y los colectivos. Entendiendo que éste tiene un trasfondo social e individual (personal) que va más allá del deseo de morir. Poco a poco va dejando de ser un tema tabú, resultando más fácil y enriquecedor abordarlo desde la familia, desde la salud y desde el nivel educativo.

2.2-MITOS

Cuando hablamos sobre el suicidio surgen una serie de mitos que repetimos muchas veces sin comprobar si estos son verdaderos o son desmentidos por la ciencia.

Martínez (2003) entiende a los mitos por interpretaciones no científicas que se han agrupado en el imaginario social producto de las representaciones que a este mismo nivel se han acumulado y se transmiten generacionalmente (Citado en Larrobla et.al, 2012)

<u>Mito y Significado</u>	<u>Criterio Científico</u>
El que se quiere matar no lo dice. Conduce a no prestar atención a las personas con riesgo y a sus comportamientos	De cada 10 personas que se suicidan 9 manifestaron claramente sus intenciones
El que lo dice no lo hace. Minimiza las amenazas suicidas y se las confunde con chantaje, manipulación, alarde, etc.	Todo el que se suicida expresó lo que le pasaba de diferentes formas (palabras, amenazas, gestos o cambios de comportamiento)
Los que realizan un IAE no desean morir, solo hacen alarde. Favorece a tomar una actitud de rechazo hacia quienes realizan el acto y dificulta el ayudar y ser empático con el otro.	Aunque no todos los que realizan un IAE desean morir es un error subestimarlos ya que les han fallado los mecanismos adaptativos sin encontrar otras alternativas posibles.
Si se hubiera querido matar lo hubiera hecho. Refleja el rechazo que generan estas personas en los otros.	Todo posible suicida pasa por momentos de ambivalencia (deseos de morir y vivir.) El médico no refleja los deseos de morir de quien lo utiliza.
Quien se repone de una crisis suicida no corre peligro de recaer. Lleva a disminuir las medidas de observación estricta y la evolución sistematizada del riesgo.	Casi la mitad de los que pasaron por una crisis suicida y consumaron el suicidio, lo realizaron luego de los 3 primeros meses después de las crisis emocionales.

<p>Todo el que intenta suicidarse estará en peligro siempre. Forma de justificar, en algunos casos, sobreprotección y estigma o rechazo por temor a la repetición.</p>	<p>Entre el 1 y 2 % de los que intentan suicidarse lo logran durante el primer año luego del último IAE. Entre el 10 y 20% los consumarán a lo largo de su vida. La crisis suicida dura HORAS; DÍAS, raramente semanas.</p>
<p>Todo el que se suicida es un enfermo mental. El suicidio y las enfermedades mentales NO son SINÓNIMOS.</p>	<p>Las personas con problemas psiquiátricos se suicidan con más frecuencia que la población general. No hay que padecer un trastorno mental para hacerlo. Todo suicida SUFRE.</p>
<p>El suicidio es hereditario. Lleva a pensar que lo que se hereda es imposible modificarlo.</p>	<p>No está demostrado que sea hereditario. Lo heredero es la predisposición a sufrir determinada enfermedad mental en la que el suicidio es un síntoma principal, por ejemplo: esquizofrenia.</p>
<p>El suicidio no puede prevenirse por que se hace por impulso. Limita las acciones preventivas e incentiva la inercia terapéutica.</p>	<p>Toda persona antes de intentar suicidarse evidencia síntomas que se definen como SÍNDROME PRE-SUICIDAL lo que hace que se pueda detectar y evitar el acto.</p>
<p>Los niños no se suicidan. Negación de una realidad que cobra relevancia a nivel mundial.</p>	<p>Luego que un niño adquiere el concepto de muerte puede cometer suicidio y algunos toman estas decisiones a edades cada vez más temprana.</p>
<p>Los medios de comunicación no pueden contribuir a la prevención del suicidio. Tendencia a mantener la emisión de noticias sensacionalistas con el objetivo de vender, sin considerar las consecuencias del mensaje emitido.</p>	<p>Los medios de comunicación puede convertirse en un valioso aliado en la prevención de suicidio, si la noticia es correctamente enfocada y dada de forma responsable, cautelosa y con una base científica que la respalde. Cuando se aborda el tema: a. divulgar signos de alarma, b. grupos de riesgo, c. medidas sencillas de QUÉ hacer y qué NO hacer. d. fuentes de salud mental a las que se puede acudir y/o diferentes recursos comunitarios existentes) para recibir ayuda.</p>
<p>Cuando una depresión grave mejora no hay riesgo de suicidio. Forma de desconocer que el componente “motor” (conducta) mejora antes que el “ideático” (ideas).</p>	<p>Casi la mitad de las personas que atravesaron una crisis suicida y consumaron el suicidio lo hicieron durante los 3 primeros meses luego de la crisis emocional cuando todos creían que había pasado el peligro.</p>

Fuente: Larrobla et al. (2012)

Tomar como verdaderas las creencias populares o mitos puede atentar contra las acciones de prevención del suicidio, minimizando las conductas de riesgo que anteceden al acto de suicidarse.

El suicidio no es un acto individual, sino que debe ser visto como una problemática social de la cual todos somos partícipes. Al seguir repitiendo estos mitos y no tomando en cuenta lo que el/los adolescentes nos están diciendo estamos contribuyendo a que esta problemática siga en aumento. Debemos aprender a escuchar las señales que de manera directa e indirectamente no hacen llegar. Indudablemente hemos escuchado una infinidad de veces la frase “El que se quiere matar no avisa”, esto no es así dado que hay numerosos estudios que afirman que antes de un suicidio puede haber varios IAE, y yo pregunto, ¿eso, no es un aviso?

En España, se llevó a cabo una investigación con el fin de realizar una serie de recomendaciones sobre la prevención y del manejo del comportamiento suicida a partir de la evidencia disponible y de la opinión de los expertos. Uno de los datos obtenidos fue el siguiente: “Aproximadamente un 83% de las personas que cometen suicidio habían contactado durante el año previo con su médico generalista y cerca del 66% lo habían hecho en el mes previo al suicidio” (Ayuso et al, 2012).

Por otro lado, la OMS afirma que por cada suicidio puede haber entre 10 y 40 IAE teniendo en cuenta que ésta es una de las conductas más predictoras.

2.3- CONTEXTUALIZACIÓN DEL SUICIDIO EN EL URUGUAY

En Uruguay la tasa de mortalidad por suicidio se ubican entre las más elevadas del continente, ascendiendo en el año 2016 a 20,37 muertes por cada 100.000 habitantes (Dato brindado en la Jornada del Prevención del Suicidio por Estadísticas vitales- División epidemiológica, 2017). Considere interesante comenzar esa sección con este dato, por ser de gran relevancia para la Salud Pública de nuestro país.

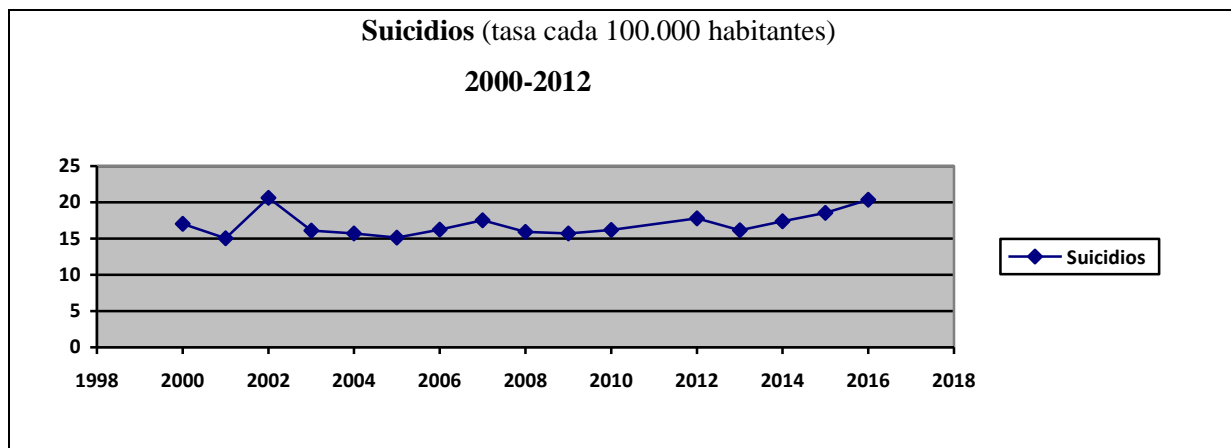
Según los datos brindaos por el Ministerio de Salud Pública (MSP), la División Estadística de Defunciones por Causa, la Dirección General de la Salud y el Programa Nacional de Salud Mental sobre las Estadísticas de Mortalidad, se puede observar que, en el año 2002 hubieron la mayor cantidad de suicidios (692), año en el cual el Uruguay atravesó tal vez la peor crisis económica en la historia, como podemos observar en el Gráfico 1. Es interesante este dato dado que luego de la crisis, las tasas de desempleo, indigencia, pobreza, etc., si bien estuvieron en sus peores valores, con el pasaje del tiempo estos indicadores fueron mejorando, no así la tasa de suicidio.

Según el Plan Nacional de Prevención del Suicidio, en el siglo XX, la tasas anuales de suicidio del Uruguay se mantuvieron en 10/100.000 habitantes, habiendo un incremento en estas últimas dos décadas. Hasta el año 2007, la tasa promedio fue de 12.54/100.000, configurando el 1,24% de todas las defunciones.

En conmemoración del Día Nacional de Prevención del Suicidio del presente año, se realizó un acto en el MSP, que contó con la participación de varios actores, donde se brindaron datos estadísticos actualizados. En el año 2016 la tasa de suicidios cada 100.000 habitantes fue de 20,37, ubicándose en niveles similares al 2002.

Con el fin de contextualizar el suicidio en nuestro país se pasara a presentar una serie de gráficos que dejan ver de manera clara la distribución en torno al sexo y a las edades.

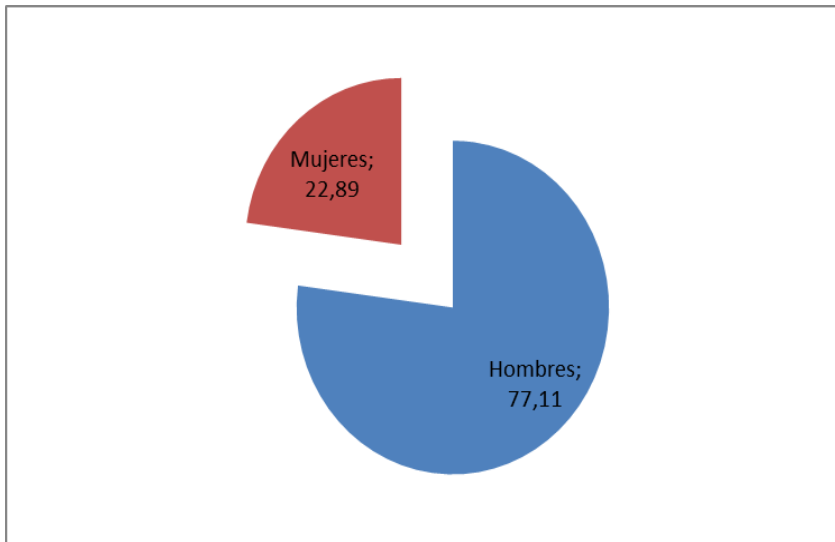
Gratifico 1. Suicidios Consumados 2000-2016. Uruguay



Fuente: Datos brindados en la Jornada del Día Nacional de Prevención del Suicidio. MSP,2017

En relación a la distribución según el sexo, como se puede observar en el Gráfico 2, existe una mayor prevalencia en hombres con un 81% que en mujeres con un 19% (MSP, 2013).

Gráfico 2: Distribución de suicidios según sexo



Fuente: Datos brindados en la Jornada del Día Nacional de Prevención del Suicidio. MSP, 2017

Al ver esta gran diferencia que se da entre hombres y mujeres, se me ocurren una serie de preguntas que si bien no es la finalidad de esta monografía responder o discutir resulta interesante compartir para pensar en futuras búsquedas bibliográficas al respecto y por qué no en futuras investigaciones.

¿Por qué son los hombres quienes tienen el mayor índice de suicidio? ¿Se debe a la efectividad del método utilizado? , ¿El suicidio es un tema de género?, ¿Se debe a que la mayor causa suele ser la depresión y en muchas ocasiones no es diagnosticada en hombres? (Hrustic, 2016) ¿Podrá ser una posible causa el hecho de que el hombre en la actualidad haya perdido en alguna medida el papel protagónico de jefe de hogar, debiendo acostumbrarse a un mundo donde entre otras cosas, la inserción laboral parece tener tiempos acotados? (Klein, 2006).

Las normas de masculinidad, sin duda alguna funcionan a raíz de nuestras expectativas sociales, los hombres deben ser fuertes, racionales, dominantes, autónomos, competitivos, activos, poderosos. (Infantes y Delgado, 2011)

Según datos brindados por el Plan Nacional de Prevención del Suicidio (2011), la distribución territorial de nuestro país en el correr de los años 2004-2009, deja ver que los suicidios representan el doble en el interior que en Montevideo, su porcentaje es de 67% y de 33%. Otro dato es que el departamento con mayor índice de suicidio es Rocha (31,4/100.000), siendo Rivera el de menor índice (9,1/100.000).

Con respecto a la distribución según edades, Uruguay sigue las tendencias internacionales, destacándose la franja de 20 a 29 años. En la adolescencia y en la juventud, edad comprendida entre 10 a 24 años, los suicidios ocupan el segundo lugar y los accidentes de tránsito el primero. (Larrobla et.al, 2012). Sobre este tema se abordará en la sección del capítulo 2 donde me centrare en la prevención del suicidio adolescente desde las políticas públicas de nuestro país.

2.4 SUCIDIO EN LA ADOLESCENCIA EN URUGUAY

Tradicionalmente el suicidio se ha presentado en mayor medida en hombres de edades avanzadas, en los últimos años, la tasa de suicidio en los jóvenes ha ido en aumento, tanto es así, que es considerada una etapa de riesgo (OMS, 2012). A nivel mundial, se estima que en el año 2013 fallecieron 1,3 millones de adolescentes. Entre las principales causas de mortalidad se destacan los traumatismos causados por siniestros de tránsito, VIH y suicidio (Larrobla et al, 2017. p.34). “Se podría decir que cada 4 días fallece un adolescentes o joven por accidente y otro por suicidio” (Larrobla et.al, 2012. p.3)

Según el MIDES (2011), entre los periodos del 2004-2009, el 69% de las muertes de los adolescentes fueron causadas por suicidios, accidentes y homicidios, en estos año se registraron un total de 2.383 muerte de adolescentes y jóvenes de edades entre 10 y 24 años, siendo un 18% por suicidio.(como se cita en Larrobla et al, 2017)

En el Protocolo de Atención en la Adolescencia Intento de Auto-Eliminación (2017), se manifiesta que con respecto a las consultas relativas a IAE en ASSE, se observa un aumento de las mismas en los adolescentes de 15 a 19 años, destacándose un alto número de consultas en mujeres, señalando que puede existir un sub registro debido a la novedad de su sistema de reporte.

Uruguay cuenta con un programa de Atención Integral del Adolescente, dirigido a la población comprendida entre 10 y 19 años y a sus familias respectivamente, a través de acciones de promoción de estilos de vida saludable, protección, recuperación, mejorando la atención de esta franja etaria. Dicha atención es brindada por un equipo multidisciplinario de técnicos.

En el centro hospitalario Pereira Rossell, todos los niños y adolescentes con IAE son hospitalizados. Las estadísticas informan que en el 2008 se realizaron 596 consultas, de las cuales el 23% se debieron a IAE. Luego de dos años de seguimiento, un tercio de ellos presentaron un intento recurrente, estas cifras pertenecen a niños y adolescentes menores de 15 años, lo cual es más alarmante. (Vázquez, Martínez, García, Viola, y Giachetto, 2012)

CAPÍTULO 2

Políticas de Prevención de la conducta suicida en adolescentes, factores de riesgo y protectores

1-PREVENCIÓN DEL SUICIDIO

La prevención de suicidio forma parte del plan de acción que se realizó en mayo de 2013, en la 66° Asamblea Mundial de la Salud donde se adaptó el primer plan sobre salud mental de la historia de la OMS. Dicho plan propone reducir para el año 2020 un 10% la tasa de suicidios en los países. La prevención de éste se volvió un imperativo global, todos los 10 de setiembre bajo el lema “tender la mano y salvar vidas” se conmemora el día Mundial de la Prevención del Suicidio” (OPS, OMS, 2015).

Al suicidio se lo considera como un fenómeno multicausal y complejo, para poder realizar medidas de prevención de problemáticas, es necesario el apoyo de todos los organismos posibles, es decir, la institución educativa, la familia, la salud, la política. Cabe mencionar que al trabajar sobre esta temática en los medios de comunicación, hay quienes sostienen que éstos, lejos de prevenir pueden fomentar el suicidio. Uno de ellos es el sociólogo Phillips, quien toma como modelo la novela Goethe (Las penas del joven Werther), creando el término “Efecto de Werther” para describir la sugestión en la conducta suicida. En grandes rasgos, la novela cuenta la historia de un joven talentoso quien desesperado por pasiones amorosas, se suicida mediante un disparo en la cabeza. Su novela fue prohibida en diversos países como Dinamarca, Italia y Alemania ya que se desataron una serie de suicidios imitando el método (Barrero, 2005).

En relación a lo que sostiene Philips, considero que los medios de comunicación en los últimos años ejercen un gran dominio en la sociedad. Estos inciden en la creación de la subjetividad de los individuos y de la población toda, siendo la adolescencia una etapa especialmente vulnerable para estas influencias

Los medios de comunicación, deberían tratar el tema; no puede seguir siendo tabú, se debe trabajar para que los jóvenes logren sentirse acompañados, escuchados; deben de saber que no están solos. Siempre teniendo en cuenta que puede ser un medio de

prevención abordándolo con el respeto y el valor que merece; teniendo mucha cautela en la manera que se expresa la información. Se debe de tratar de no minimizar en caso de hablar de un IAE y sobre todo no juzgar jamás el acto que realizó ese adolescente o joven.

1.1-PREVENCIÓN DEL SUICIDIO EN URUGUAY

En nuestro país, se viene trabajando en relación al suicidio desde el año 2004 que se crea La Comisión Nacional Honoraria para la Prevención del Suicidio (CNHPS) tanto consumados como intentos, por el Decreto Presidencial N° 378/004, participando el Ministerio de Salud Pública (MSP) a través del Programa Nacional de Salud Mental (PNSM), el Ministerio del Interior, el Ministerio de Educación y Cultura (MEC), el Ministerio de Desarrollo Social (MIDES) y las Facultades de Enfermería, Medicina y Psicología de la Universidad de la República.(Díaz y Garay, 2013).

En el año 2006, la Comisión Asesora Técnica del PNSM, elaboró un documento titulado “Pautas y Recomendaciones en Relación a las Conductas Suicidas”, más adelante en el año 2008 se crea el documento “Guía de Prevención y Detección de Factores de Riesgo de Conductas Suicidas”, siendo distribuida en servicios de salud pública, privados, ONG’s del país. Posteriormente en el año 2009, en la ciudad de Montevideo organizado por la Representación en Uruguay de la Organización Panamericana de la Salud se llevó a cabo una jornada que brindó apoyo en la organización del Taller Subregional sobre Prevención y Control de la Conducta Suicida. (Plan Nacional de Prevención del suicidio, 2011)

Desde el año 2011, empezó a regir el Plan de Implementación de Prestaciones en Salud Mental en el Sistema Nacional Integrado de Salud en el marco de la Reforma del Estado y en la profundización de la Reforma Sanitaria. Éste está constituido por un conjunto de prestaciones y modalidades terapéuticas en Salud Mental. En el caso de las personas con IAE, este plan implica acceso a atención psicoterapéutica grupal e individual entre otras prestaciones, siendo recibidos por un Comité de Recepción antes de las 48 horas. (MSP, 2011)

El MSP elaboró la Guía de Prevención y Detección de Factores de Riesgo de Conductas Suicidas en el año 2007

Actualmente se llevan a cabo varias actividades con la finalidad de dar a conocer nuevos avances sobre la temática, brindando capacitaciones y sobre todo poder sensibilizar a la sociedad, dichas actividades se llevan a cabo los 17 de julio, día establecido por la Ley

18.097 como el Día Nacional de Prevención del Suicidio, como ya se ha mencionado en otras oportunidades en el correr del texto.

Con respecto a la Ley 18.097, el Senado y la Cámara de Representantes de la República Oriental del Uruguay, reunidos en Asamblea General, decretan lo siguiente:

Artículo 1º.- Declárase el 17 de julio de todos los años, "Día Nacional para la Prevención del Suicidio".

Artículo 2º.- El señalado día las instituciones educativas de carácter público y privado, así como las instituciones públicas que tengan relación con la prevención del suicidio, deberán realizar actividades brindando información calificada y veraz sobre la problemática y su abordaje.

Artículo 3º.- Será obligatoria la capacitación del personal de la salud pública y privada, bomberos y funcionarios policiales en la atención de personas con señales de comportamiento suicida, así como en el abordaje del rescate.

Artículo 4º.- Los medios de comunicación pública contribuirán, según sus posibilidades, a la difusión de información sobre las organizaciones de ayuda a las personas en situación de riesgo, incluyendo ubicación y teléfono de las mismas.

Artículo 5º.- Se promoverá la ubicación de un servicio social de cabinas telefónicas en todo el país en lugares de alta ocurrencia de suicidios. (Poder Legislativo, 2007)

En el año 2011, la Comisión Honoraria de Prevención del Suicidio, integrada por el Ministerio de Salud Pública, Ministerio del Interior, Ministerio de Desarrollo Social, Ministerio de Educación y Cultura través del PNSM, se crea el Plan Nacional de Prevención del Suicidio (2011-2015) "Un compromiso con la vida", teniendo como objetivo principal la disminución de la incidencia del suicidio en nuestro país, considerando al mismo como un problema mayor para la salud pública, comprendiendo que es un acto prevenible y es necesaria la participación de todos los sectores de la comunidad. Dicho plan propone la construcción de acciones específicas para las poblaciones de riesgo identificadas: niños, adolescentes y jóvenes, adultos mayores, adultos hombres, interior del país y policías. (Plan Nacional de Prevención del Suicidio, 2011)

En año 2016, el Área Programática para la Atención en Salud Mental, lanzó la elaboración de un protocolo de Atención y Seguimiento de los Intentos de autoeliminación

en el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS). El mismo ya se establece en el Plan Nacional de Prevención del Suicidio 2011-2015, en el eje de la Atención Integral en Salud Mental como una de las estrategias eficaces. Pretende estandarizar las prácticas y que las acciones sean sistemáticas, realizadas por todos los prestadores de salud.

El protocolo de atención y seguimiento a las personas con intento de autoeliminación en el SNIS (2016) consta de tres puntos:

1) Servicio de salud interviniente en primera instancia:

-Se priorizará que la evaluación que se tiene en un primer momento de un servicio de salud sea integral, si bien se va a valorar el riesgo vital, los aspectos físicos pero que la evaluación contemple una valoración integral con lo que tiene que ver con el riesgo suicida.

- Evaluación por un psiquiatra o por un integrante del equipo especializado, luego de esta primera intervención.

- Los usuarios menores de 15 años permanezcan un lapso de tiempo en observación hasta poder ser visto por un médico especializado en salud mental de niños, niñas y/o adolescente, y que estos sean hospitalizados en hospitales y sanatorios generales.

Una vez que se da de alta al usuario, se debe establecer un plazo para la consulta con el equipo de salud, fijando día y hora para la consulta en un plazo no mayor de siete días. El prestador de salud debe brindar un teléfono de contacto para situaciones de urgencias, en caso de que exista un referente que el usuario considere importante se deberá incluir en la planificación del tratamiento. En los adolescentes se procederá respetando el principio de la autonomía progresiva establecido en el Código de la Niñez y Adolescencia (Ley 17.823) y se deberá completar la Ficha de Registro Obligatorio de IAE (FRO- IAE), según se establece en la Ordenanza Ministerial (O.M) 801/12 del 26 de diciembre de 2012.

La ficha consta de dos secciones, la primera sección deberá ser completada por cualquier profesional de la salud que haya tenido contacto en la primera instancia a la persona con IAE como pueden ser médico de radio, de urgencia en domicilio o psiquiatra de guardia en caso de contar con uno y la segunda deberá ser completada por el equipo o servicio de salud mental.

2) Consulta ambulatoria con equipo de Salud Mental

Una vez dada el alta en la consulta ambulatoria:

-Se elaborará un plan de tratamiento individualizado, integral que deberá contar con el consentimiento del usuario, procurando que se incluya un referente. En adolescentes y jóvenes se coordinara con el Espacio Adolescente y el equipo de Salud Mental en la primera semana, habilitando la continuidad de la atención hasta los veinticuatro años con el equipo de salud tratante.

En caso de que ocurra una inasistencia a la consulta se deberá tener una conducta activa por parte del prestador de salud, llamando al usuario y prosiguiendo con la visita domiciliaria.

-Completar FRO-IAE (O.M 801/12)

3) Seguimiento

-Luego de iniciada la atención por IAE, los servicios de Salud Mental deberán asegurar el seguimiento activo de todos los usuarios, durante un mínimo de seis meses por parte del Prestador de Salud.

- La institución será responsable de la gestión de las personas con IAE.

Todas las personas que hayan realizado un IAE tienen derecho a ser asistidas por parte del sistema de salud; el Decreto N° 305/ 011 del Plan de Prestaciones en Salud Mental del SNIS (2011) establece su atención en el Modo 2, de acuerdo a las pautas establecidas.

Los familiares o vínculos cercanos de la persona que haya realizado un IAE en el último año tienen derecho a ser asistidos por parte del sistema de salud; el Decreto N° 305/ 011 del Plan de prestaciones en Salud Mental del SNIS (2011) establece su atención en el Modo 1, de acuerdo a las pautas establecidas.

1.2-PREVENCIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA EN ADOLESCENTES

Nuestro país desde el mes de marzo del 2017 cuenta con el Protocolo específico de Atención en la adolescencia, Intento de Auto- Eliminación, siendo su propósito “mejorar la calidad de atención de los usuarios adolescentes y de homogenizar la práctica clínica en los diferentes niveles de atención de ASSE”(p.1). Su objetivo general es “contribuir a la prevención del suicidio y del IAE en adolescentes usuarios de ASSE, así como detectar y atender aquellos que presentan riesgo suicida y a sus familias, en el período 2017-2020”

(p.4). Este protocolo está destinado a adolescentes usuarios de ASSE entre de 10 a 19 años, a sus familiares y referentes cercanos. Como líneas de acción el protocolo presenta seis recomendaciones generales a la hora de abordar un adolescente con IAE, éstas son las siguientes:

- a. Evitar la internación en clínicas u hospitales psiquiátricos especialmente en el Hospital Vilardebó cuando no existe comorbilidad psiquiátrica grave, realizando cuando corresponda la internación, en salas de medicina, pediatría y por el menor tiempo posible.
- b. Considerar los sentimientos depresivos y las ideas de muerte en la adolescencia como un problema diferente a la crisis adolescente.
- c. Fortalecer el seguimiento para aumentar la adherencia al tratamiento y la disminución del abandono.
- d. Incluir en los planes terapéuticos la indicación de actividades grupales de expresión artística, cultural, deportiva, social u otras.
- e. Desarrollar acciones de formación continua con el personal de salud médico y no médico, incluyendo a los profesionales de salud mental y a los referentes comunitarios.
- f. De acuerdo a las características de la distribución de los recursos humanos de salud mental, en especial psiquiatras, y para poder abarcar todos los dispositivos de atención de salud de ASSE en el país, se torna imprescindible fortalecer no solo la formación del personal de salud en esta temática, sino también favorecer la conexión entre equipos de salud mental y médicos generales, pediatras, médicos de familia especialmente en las puertas de emergencia, en el interior del país, en las policlínicas rurales y otros puntos que no cuentan con accesibilidad fácil a la consulta psiquiátrica.(p.7)

El protocolo establece que se debe valorar las conductas de riesgo para así tomar decisiones de cómo seguir la intervención. Con la intención de conocer cuáles son las acciones que se llevan a delante en el servicio de salud, se entrevistó a la Licenciada en Psicología de la Universidad de la Republica Marcea Jubin, quien trabaja como referente por la dirección de Salud Mental en Intentos de Autoeliminación en una policlínica en INVE 18 desde el año 2010.

¿Qué piensa acerca del protocolo de adolescencia?

El protocolo ordena, nos marca un programa, nos da mucha información, pero cuando no son reales las posibilidades que te da. Nos sirve para ver como la cosa debería ser y también para ver cuando hay un riesgo leve, moderado o grave, que es lo que tengo que hacer.

¿Por qué considera que hay dos fichas de registro de intentos de autoeliminación, una del Departamento de Emergencia Pediátrica del Centro Hospitalario Pereira Rossell y la ficha de registro obligatoria establecida por Ordenanza Ministerial 801/12?

Cuando hablamos de adolescencia, para el sistema de Salud Pública, nos enfrentamos a un problema, la atención se divide de los 10 a los 15 años se atienden en pediatría en el Pereira Rossell y de los 15 a los 19 años que es la franja etaria que el MSP define como adolescencia los atiende la salud de adultos. Eso genera una serie de cuestiones que funcionan diferentes.

En relaciona a los dos protocolos, ¿usted qué piensa?

Con los protocolos surgen muchos problemas, del último protocolo de adolescencia tiene cosas que son difíciles de implementar, por ejemplo: en la parte pediátrica es como más fácil, hay una protección de la niñez y parte de la adolescencia que es como más efectiva. Si hay riesgo hay que proteger; se interna y ahí se desarrollara mejor o peor el abordaje, pero cuando pasa a adultos no es tan sencillo ahí ya depende de la valoración del riesgo (...) desde mi experiencia en el territorio tanto con los equipos de primer nivel, como con la emergencia, como con los equipos de salud, no es tan cierto que todos los médicos, por ejemplo, estén en condiciones de poder valorar el riesgo suicida.

Se realizó una segunda entrevista con la docente y Licenciada en Psicología de la Universidad de la República, Susana Quagliata, quien es representante por Facultad de Psicología en la comisión Nacional de Prevención del Suicidio, como asesora técnica desde 2011, co-autora en la elaboración del Plan Nacional de Prevención del Suicidio 2011-2015. Ha brindado capacitaciones al personal de salud del primer nivel de atención en prevención del suicidio e intervenciones en IAE, en los departamentos de Montevideo, Rocha, Treinta y Tres, Paysandú y Flores. Quien también tiene conocimiento además en psicología clínica, duelos e intervenciones en crisis, expresa con respecto al protocolo y a los IAE lo siguiente:

Es de muy buena ayuda un protocolo que guíe y oriente, pero hay muy poca capacitación para los profesionales de la salud. Hay mucho escrito y poca acción, poca acción porque hay cosas que sobrepasan.

Cuando trabajamos con adolescentes y jóvenes que han pasado por un IAE, debemos tomar medidas de seguridad, no dejarlo solo, ganarse su confianza, jamás minimizar el acto. Muchas veces luego de realizado un IAE, los jóvenes te dice que solo se querían relajar, dormir, y algo muy importante es que los adolescentes te dicen que le tienen miedo a la vida no a la muerte.

En síntesis, Uruguay considera al suicidio como un gran problema, la subsecretaria de Salud, Cristina Lustemberg en la jornada del Día Nacional de Prevención del Suicidio, afirmó que se trata de uno de los mayores problemas de salud del país y que todos los ciudadanos deben poder tener un espacio de escucha. Agregando que “es un tema que hay que sacarlo del estigma, de la condena y del ocultamiento”

La prevención del suicidio no es un tema meramente de salud pública, sino requiere de todos los actores de la sociedad, participando de manera activa.

La posibilidad de haber tenido estas entrevistas con profesionales vinculadas directamente a la temática me brindó herramientas para que la realización de esta monografía se haya enriquecido.

2 -FACTORES DE RIESGO

Con la finalidad de dar a conocer los factores de riesgo en los adolescentes y jóvenes, considero importante saber a qué nos estamos refiriendo al hablar de riesgo.

Cardona (2003) considera que el riesgo corresponde a un “potencial de pérdidas que pueden ocurrirle al sujeto o sistema expuesto” (p.2). Este autor considera que esto se da como resultado de la convolución y vulnerabilidad. Entendiendo el término convolución como algo meramente matemático, refiriéndose a la concomitancia y mutuo condicionamiento que en este caso de la amenaza y la vulnerabilidad. La vulnerabilidad según este autor es la predisposición o susceptibilidad física, económica, política o social, que posee una comunidad de ser afectada.

Ahora bien, cuando nos referimos a los Factores de Riesgo (FR) en adolescentes y jóvenes, Larrobla et. al (2012) hace mención a la presencia de situaciones contextuales o

personales que, al estar presentes, aumentan la probabilidad de desarrollar problemas emocionales, conductuales o de salud.

En la adolescencia son varias las conductas de riesgo que están determinadas por la búsqueda, del sentido de la vida y el límite entre la vida y la muerte. Estas conductas que pueden o no ser graves, varias veces no están motivadas por el deseo de morir, es decir luego de un IAE los adolescentes expresan “yo solo quería dormir y relajarme...” (Protocolo IAE, 2016).

Larrobla et. al (2012), hace una serie de diferenciaciones de los FR, dividiéndolos en individuales, socioculturales y situacionales. Dentro de los FR individuales se encuentran, el intento de suicidio previo; trastorno mental; abuso de alcohol y drogas; desesperanza; sentimiento de aislamiento; falta de apoyo social; pobres habilidades para resolver problemas; tendencias agresivas; entre otros. Dentro de los FR mencionados, los autores no hacen mención al sexo, desde mi parecer y por lo desarrollado en el correr de la monografía, el sexo masculino debería estar dentro de los FR.

En los FR socioculturales se encuentra, el estigma asociado con búsqueda de ayuda; barreras para el acceso al cuidado de la salud, especialmente salud mental y tratamiento de abuso de sustancias; ciertas creencias culturales y religiosas; exposición a comportamientos suicidas a través de medios de comunicación; y/o influencias de otros que han muerto por suicidio.

Dentro de los FR situacionales, encontramos falta de empleo y pérdidas financieras; pérdidas relacionales, familiares o sociales; conflictos entre padres (familiares) y relacionales padres/hijo problemáticas; familias disfuncionales muy violentas; fácil acceso a medios letales; grupos locales de suicidio que puedan influir en forma contagiosa; eventos estresantes en la vida; problemas legales/disciplinarios, dificultades en la escuela; abandono escolar; redes sociales y medios de comunicación que inducen conductas suicidas.

Garay y Vázquez (2010) establecen que es importante identificar por un lado los factores y por otro las señales del riesgo suicida. En relación a los factores, los describe como condiciones que favorecerán la precipitación de un acto suicida en las personas vulnerables y por otro lado las señales que son las manifestaciones verbales, éstas serían la manifestación de ideas de muerte directa e indirectamente, como por ejemplo: “Estarían mejor sin mí”, “En esta casa estoy de más”, “La vida no vale la pena”, entre otras (p.23), y las no verbales que estarían comprendidas por las automutilaciones, bajar el rendimiento

escolar, aislamiento, abandono personal por parte de un sujeto que nos alertan acerca de la posibilidad de autoeliminación.

2.1-CLASIFICACIÓN DE RIESGO

El riesgo según la Guía de Prevención y Detección de Factores de Riesgo de Conductas Suicidas (2007) se debe clasificar en leve, moderado, grave y extremo para así facilitar la intervención que se deberá hacer posterior a la consulta por IAE. Para que el riesgo sea clasificado como leve no deberá de existir más que una ideación suicida sin planes concretos de hacerse daño. En el riesgo moderado se valorará la existencia de intentos previos, presencia de planes con ideación suicida y FR adicionales pudiendo haber más de un FR sin un plan claro. Cuando el riesgo es grave existen más de dos FR, aparece la preparación concreta de hacerse daño, manifiesta desesperanza, resistencia al apoyo social y no rectifica sus ideas. Cuando existen varios IAE con varios FR estamos frente a un riesgo extremo.

Sin importar la clasificación del riesgo todos los niños/as y adolescentes que realicen IAE deberán ser hospitalizados, en caso de que sólo exista la ideación suicida se valorará el riesgo para así tomar medidas de acción que se ajusten a cada caso.

3-FACTORES DE PROTECCIÓN

Reconocer los factores protectores (FP) es igual de importante que los de riesgo dado que éstos permiten la disminución de la probabilidad de un riesgo, pudiendo ayudar a las personas en momentos difíciles.

En la adolescencia el apoyo y el sostén es fundamental, el sistema de salud y la sociedad deben estimular el desarrollo de FP que fomenten el crecimiento y la maduración sana. El buen apoyo ya sea de un familiar y/o adulto referente protector, o por parte de los grupos de pertenencia saludables; instituciones (educativas, deportivas, y religiosas) y las condiciones personales como las iniciativas positivas, las actividades creativas, recreativas y educativas, así también las habilidades de resolución de problemas, autoestima, son FP esenciales (Larrobla et. al, 2012).

REFLEXIONES FINALES

A raíz de la investigación bibliográfica realizada, se pueden esbozar ciertas reflexiones y conclusiones relacionadas a la temática. Como quedó reflejado en este trabajo, el suicidio es una de las principales causas de muerte en el mundo. Al parecer esto sucede, ya que pareciera representar una “salida fácil” frente a los problemas, especialmente en la población joven.

Como partícipes de la comunidad deberíamos ocuparnos de forma integral por estos adolescentes desesperanzados, tristes, apáticos; procurando construir herramientas que nos permitan prevenir las IAE y los suicidios.

Si bien en nuestro país como campaña preventiva bajo el lema “Todos podemos ayudar. ¡Sí a la Vida!”, se han realizado actividades, talleres de orientación y de educación, esto no parece ser suficiente. En este sentido las campañas publicitarias en los medios masivos de comunicación, como la promoción del uso del cinturón de seguridad, del casco, las recomendaciones acerca del cuidado en el consumo del alcohol, etc., podrían ser muy efectivas. Resulta fundamental romper el silencio sobre este tema, involucrando a la población toda para buscar salidas conjuntas, fomentando a la vez aquellas acciones que resulten promotoras de una vida saludable.

En el Uruguay, pese al avance del proceso de las implementaciones de las políticas públicas sobre prevención del suicidio, se debe continuar trabajando en la mayor eficacia del protocolo, instrumentando al mismo tiempo la capacitación de los profesionales de la salud para su apropiada aplicación.

Algo a resaltar es el aparato que poseen las políticas públicas con la implementación de leyes, asegurando las mismas más allá del gobierno de turno; éstas tienen como objetivos primordial la protección de salud del individuo y la comunidad toda.

Cuando una persona toma la decisión de quitarse la vida, sin duda necesita la ayuda de otros para que desista de su idea. Como se pudo observar en el correr de la monografía, en varias ocasiones, cuando un adolescente o joven comete un IAE no tiene por cometido explícito la muerte sino que su cometido es “dejar de sufrir”. La prevención comienza con el reconocimiento de las señales, las cuales pueden ser expresadas verbalmente, tanto de manera directa como indirecta. Es fundamental prestar atención a frases que se repiten en distintas situaciones como : “Voy a matarme”, “X hizo bien en matarse, la tenía clara” o los

mensajes no verbales que pueden estar expresando también un pedido de ayuda, como la automutilación, la disminución del rendimiento escolar, el abandono personal, el aislamiento, etc. (Garay y Vázquez ,2010)

En muchas oportunidades los adolescentes y jóvenes que han pasado por esto no han tenido o no se han sentido apoyados por su círculo, siendo responsabilidad de la comunidad abrir espacios para el diálogo donde el joven y el adolescente sea partícipe, sintiéndose contenido, apoyado, valorado, respetado y esperanzado.

Si bien no hay una causa certera, dado que es un fenómeno policausal, sí se tiene conocimiento de los múltiples factores socioculturales que influyen en la determinación de la acción que se toma. Como se vio en el correr del trabajo, la inestabilidad económica, ya sea propia o la de un familiar, la falta de contención por parte de círculo íntimo, tanto como la incapacidad de satisfacer sus expectativas, son situaciones que intervienen directamente en los IAE

Por ultimo cabe destacar que un dato elemental brindado por la OMS (2017) es que los suicidios son prevenibles, en la medida que se coloca el foco en los factores de riesgos, trabajando en conjunto con el sistema de salud, las instituciones educativas, la familia, la comunidad y demás actores de la sociedad.

En síntesis, la contención, la escucha y la valoración son primordiales a la hora de prevenir el suicidio. En palabras de Freud “La ciencia moderna aún no ha producido un medicamento tranquilizador tan eficaz como lo son unas pocas palabras bondadosas” (Citado en Pérez, 2007, p.87)

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Acosta-Hernández, M. E., Mancilla-Percino, T., Correa-Basurto, J., Saavedra-Vélez, M., Ramos-Morales, F. R., Cruz-Sánchez, J. S., y Duran Niconoff, S. (2011). Depresión en la infancia y adolescencia: enfermedad de nuestro tiempo. *Archivos Neurociencias*, 18(1), 20-25. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/arcneu/ane-2011/ane111e.pdf>

Adolescencias: un mundo de preguntas. Segunda Encuesta Mundial de Salud Adolescente, Uruguay 2012.

Administración de los Servicios de Salud del Estado (2017) *Protocolo de atención en la adolescencia. Intento de Auto-Eliminación.*

Amador Rivera, G. H. (2015). SUICIDIO: CONSIDERACIONES HISTÓRICAS. *Revista Médica La Paz*, 21(2), 91-98. Recuperado de: http://www.scielo.org.bo/pdf/rmcmlp/v21n2/v21n2_a12.pdf

Amorin, D. (2012). Apuntes para una posible psicología evolutiva. Montevideo: Psicolibros Waslala

Angarita, G. P., Sandoval, A. y Umbarila, D. (2004). Adolescencia y Depresión. *Revista colombiana de psicología*, 13(1), 13-28. Recuperado de: <http://revistas.unal.edu.co/index.php/psicologia/article/download/1204/1755>

Alcoz, J. B. (2007). "Por la qual cosa es dapnado". Suicidio y muerte accidental en la Navarra bajomedieval. *Anuario de estudios medievales*, 37(1), 27-69. Recuperado de: <http://estudiosmedievales.revistas.csic.es/index.php/estudiosmedievales/article/viewFile/33/34>

Arias montano, B. (2016). *Libro de la generación y regeneración del hombre o acerca de la historia del género humano: Primera Parte de la Obra Magna, Esto es, Alma*. Huelva: Universidad de Huelva

- Asociación Psicoanalítica del Uruguay (1999) Patologías graves en la adolescencia. *En IV jornadas de adolescencia, primeras jornadas abiertas*. Montevideo
- Ayuso-Mateos, J. L., Baca-García, E., Bobes, J., Giner, J., Giner, L., Pérez, V, y Grupo RECOMS (2012). Recomendaciones preventivas y manejo del comportamiento suicida en España. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 5(1),8-23. Recuperado de: https://www.unioviado.es/psiquiatria/wp-content/uploads/2017/03/2012_Ayuso_Recomendaciones.pdf
- Barrero, S (2005). Los medios de comunicación y el suicidio. Evidencias y Sugerencias. Recuperado de: http://www.wpanet.org/uploads/Education/Contributions_from_ELN_Members/los-medios-de-comunicacion.pdf
- Bobes García J., González Seijo J. y Saiz Martínez P.A. (1997). Prevención de las conductas suicidas y para suicidas. *Psiquiatría Médica*. Barcelona: Masson
- Bourdieu, P. (2000): *Cuestiones de sociología*. Madrid: Istmo
- Delval, J. (1998). *El desarrollo humano*. Buenos Aires: Siglo XXI
- Díaz, A., y Garay, M. (2014). Estrategias de Intervención en Salud Mental para el Abordaje de Personas con Riesgo Suicida. *Revista Uruguaya de Enfermería*, 9(2).
- Durkheim, É. ([1897] 2009). *El Suicidio*. Buenos Aires: Libertador.
- Flechner, S (2008). Pacientes adolescentes en riesgo: un desafío para el analista. *Revista latinoamericana de Psicoanálisis*. Recuperado de: <http://fepal.org/images/2008REVISTA/revista%20completa%20final.pdf#page=94>
- Garay, M., y Vázquez, L. (2015). Suicidio e intento de autoeliminación en el Uruguay hoy. *Revista de Enfermería*, 5(1).19-27

García Salabarría, J. (2006). Sobrevivirán los niveles de atención a la revolución de la salud pública cubana. *Revista Cubana de Salud Pública*,32(1), 1-6.

Gonzáles, V. (2010) *Ni siquiera las flores”: los suicidios en Uruguay*. Tesis de Maestría. Universidad de la República, Facultad de Ciencias Sociales. Licenciatura en Sociología Montevideo, Uruguay. Recuperado de:
<http://suicidioprevencion.cienciassociales.edu.uy/wp-content/uploads/2015/09/Ni-siquiera-las-flores-El-suicidio-en-Uruguay.pdf>

Hrustic, A (2016). *La enfermedad mental de la que los hombres no hablan*. Men’sHealt. Recuperado de:
<http://www.menshealthlatam.com/salud/16/12/30/como-detectar-enfermedad-mental-depresion/>

Infantes, A. T., y Delgado, A. D. V. (2011). El significado de la masculinidad para el análisis social. *Revista Nuevas tendencias en antropología*, (2), 80-103. Recuperado de:
<http://www.revistadeantropologia.es/Textos/N2/El%20significado%20de%20la%20masculinidad.pdf>

Instituto Nacional de Estadísticas (s.f) Suicidios registrados y tasa de mortalidad, según año. Tentativas .Recuperado de:
http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:zWKIn6ca4JsJ:www.ine.gub.uy/c/document_library/get_file%3Fuuid%3D392c6d0b-3c78-44e6-9222-26387b67c529%26groupId%3D10181+&cd=4&hl=es-419&ct=clnk&gl=uy

Instituto Nacional de Estadísticas (Uruguay) (2016). *Anuario Estadístico* Recuperado de:
<http://www.ine.gub.uy/documents/10181/439637/Anuario+2016.pdf/ae828721-d334-4d27-a1eb-ab6e388b2e0c>

Jalón de García, E. y Peralta, V. (2002). Suicidio y riesgo de suicidio. *Anales del sistema sanitario de Navarra*, 25 (3), 87-96.

- Klein, A. (2006). *Adolescentes sin adolescencia: Reflexiones en torno a la construcción de subjetividad adolescente bajo el contexto neoliberal*. Montevideo: Psicolibro-Universitario.
- Larraguibel ., M, González., P, Martínez ., V, y Valenzuela., R. (2000). Factores de riesgo de la conducta suicida en niños y adolescentes. *Revista chilena de pediatría*, 71(3), 183-191. Recuperado de:
http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0370-41062000000300002&script=sci_arttext
- Larrobla, C., Canetti, A., Hein, P., Novoa, G., y Durán, M. (2012). *Prevención de la conducta suicida en adolescentes. Guía para los sectores Educación y Salud*. Recuperado de:
http://suicidioprevencion.cienciassociales.edu.uy/wp-content/uploads/2015/09/Prevenci%C3%B3n-conducta-suicida-en-adolescentes.-Gu%C3%ADa-para-los-sectores-Educaci%C3%B3n-y-Salud.Art_.2.2012.pdf
- Lecrubier, Y. (2002). La influencia de la comorbilidad en la prevalencia de la conducta suicida. *European Psychiatry Edición Española*, 9, 90-94.
- Martínez Gómez, C. (2003). *Salud familiar*. La Habana: Científico-Técnica.
- Martínez, C. (2007). *Introducción a la Suicidología: teoría, investigación e intervenciones*. Buenos Aires: Lugar.
- Montalbán, A. (2004). El suicidio: la urgencia de un grave problema. *Revista Médica del Uruguay*, 20(2),91. Recuperado de:
<http://www.rmu.org.uy/revista/2004v2/art1.pdf>
- Muelas, N. V., y Mangado, E. O. (2007). Consideraciones sobre el suicidio: Una perspectiva histórica. *Psiquiatría. Com*,1(3). Recuperado de:
<https://www.psiquiatria.com/revistas/index.php/psiquiatriacom/article/viewFile/235/220>

OMS (s.f). *Desarrollo de la adolescencia*. Recuperado de:
http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/

OMS (2017). Nota descriptiva: Suicidio. Recuperado de:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs398/es/>

OPS (2015). *Prevención del suicidio: Un imperativo global* (2015). Recuperado en:
http://www.paho.org/par/index.php?option=com_content&view=article&id=1413:-prevencion-del-suicidio-un-imperativo-global&Itemid=214

Pardo A., GSandoval D., A y Umbarila Z., D (2004). Adolescencia y depresión. *Revista Colombiana de Psicología*, () 17-32. Recuperado de
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80401303>

Pérez, C. (2007). El trasfondo barroco del psicoanálisis. *Arbor*, 183(723), 87-100.

Quiroga, S. (1997). *Puntos de vista cronológico, biológico y antropológico. En adolescencia: Del goce orgánico al hallazgo de objeto*. Buenos Aires. Oficina de publicaciones del CBC. U:B:A.

Real Academia Española . Diccionario de la lengua española (22a. ed.).
Recuperado en: <http://dle.rae.es/srv/search?m=30&w=suicidio>

Ríos, P. (18 de octubre, 2010) Los hombres se suicidan, las mujeres lo intentan. *El País*. Recuperado de:
http://elpais.com/diario/2010/10/18/sociedad/1287352801_850215.html

Sarró, B y De La Cruz, C.(1991). *Los suicidios*. Barcelona, Ed. Martínez Roca

Uruguay .Poder Legislativo (2004). *Decreto N° 378/004.Comisión Nacional Honoraria de Prevención del Suicidio*

Uruguay. Poder Legislativo (2007). *Ley 18.097*

Uruguay. Poder Legislativo (2007). Ley n° 18.211. Sistema Nacional Integrado de Salud. Recuperado de:

<https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp6446617.htm>

Uruguay. Ministerio de Salud Pública. (2007) Guía de Prevención y Detección de Factores de Riesgo de Conductas Suicidas.

Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Departamento de programación estratégica en salud, Área de promoción y prevención. *Programa nacional en salud mental. Plan de implementación de prestaciones en salud mental en el Sistema Nacional Integrado de Salud* (2011). Recuperado de:
http://www.bps.gub.uy/bps/file/8117/1/salud_mental_plan_nacional_junio.pdf

Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Departamento de programación estratégica, Área ciclo de vida, 2009. Programa nacional de salud de adolescencia y juventud suicidio en adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años. (2012). Recuperado de:
http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/Suicidio%20en%20Adolescentes%20y%20J%C3%B3venes%20de%2010%20a%2024%20a%C3%B1os.%20Uruguay%2C%202009.pdf

Uruguay. Ministerio de Salud Pública. *Protocolo de atención y seguimiento a las personas con intento de autoeliminación en el Sistema Nacional Integrado de Salud* (2016). Recuperado de:
<http://www.anep.edu.uy/anep/phocadownload/normativa/02-protocolo%20iae%20msp%202016%20final%204.04.17.pdf>

Vázquez, M., Martínez, A., García, L., Viola, L., y Giachetto, G. (2012). Intentos de autoeliminación en niños y adolescentes. *Revista Opción Médica*. 32-35. Recuperado de:
http://opcionmedica.parentesisweb.com/sites/default/files/pdf_revistas/OpcionMedica30Noviembre2012.pdf

Vignolo, J., Vacarezza, M., Álvarez, C.,y Sosa, A. (2011). Niveles de atención, de

prevención y atención primaria de la salud. *Archivos de Medicina interna*,33(1), 7-11. Recuperado de:

<http://www.scielo.edu.uy/pdf/ami/v33n1/v33n1a03.pdf>

Viñar, M. (2009) *Mundos adolescentes y vértigo civilizatorio*. Montevideo: Trilce.