



Universidad de la República

Facultad de Psicología

TRABAJO FINAL DE GRADO

Modalidad: Monografía

La otra cara de la pandemia: Suicidio adolescente

Tutora: Prof. Adj. Mag. Alejandra Arias

Revisora: Prof. Agda. Dra. Denisse Dogmanas

Estudiante: Romina Moizo

CI: 5.372.807-7

Febrero, 2022

Montevideo, Uruguay

Índice

• Glosario.....	3
• Resumen.....	4
• Introducción.....	5
Capítulo 1: Aportes de las ciencias a la comprensión del suicidio.	
1.1-Partiendo de una mirada socio-histórica del problema.....	6
1.2- Los aportes desde la psicología.....	8
1.2.1- La suicidología	11
1.2.2- El Psicoanálisis.....	12
1.3 La sociología y su comprensión del suicidio.....	13
1.4 La mirada de la psiquiatría.....	13
1.5 La fuerza de los mitos.....	14
Capítulo 2: Adolescencias	
2.1- La adolescencia etapa de cambios.....	15
2.2- Adolescencia y suicidio.....	20
2.3 La mirada de las Neurociencias ante el suicidio adolescente.....	21
2.4- Factores de protectores (FP) y factores de riesgo (FR) que puede tener un adolescente a la hora de enfrentarse a la posibilidad de un suicidio.	23
Capítulo 3: Contexto socio-sanitario actual	
3.1- Pandemia.....	24
3.2- La pandemia en Uruguay.....	26
3.3- La otra pandemia en contexto de Pandemia	27
Reflexiones finales.....	29
Anexo.....	32
Referencias bibliográficas.....	33

Glosario

ASSE - Administración de los Servicios de Salud del Estado

FR - Factores de Riesgo

FP- Factores Protectores

Gub- Agencia de Gobierno Electrónico y Sociedad de la Información y del Conocimiento.

IAE - Intento de Autoeliminación

IMPO - Instituto Nacional de Impresiones y Publicaciones Oficiales

MSP - Ministerio de Salud Pública

OMS - Organización Mundial de la Salud

OPS- Organización Panamericana de la Salud

RAE - Real Academia Español

UNICEF- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

Resumen

La presente monografía propone el desarrollo teórico del suicidio adolescente en el contexto actual pandemia de Covid-19. El trabajo se divide en tres capítulos teniendo en cada uno un eje: Suicidio, Adolescencia y Pandemia. En el primer capítulo se define al suicidio desde lo socio histórico, y se plantean los aportes de diferentes ciencias para su comprensión. El segundo capítulo trata la construcción de la adolescencia desde una perspectiva heterogénea, para luego en el último capítulo abordar el contexto actual de pandemia de covid19 y el suicidio en la adolescencia. A partir de los mismos se desarrollan las reflexiones finales pertinentes.

La elección del tema obedece a la relevancia social que posee, ya que el suicidio constituye un problema mundial que sigue en aumento en diferentes rangos de edades. Las tasas más altas de deceso se dan en la adolescencia y en la vejez. En Uruguay, el número de personas que se quitan la vida anualmente es alto; convirtiéndose en un problema de salud pública. Las poblaciones de riesgo son adolescentes y personas mayores. En ese sentido, urge acciones que permitan una prevención eficaz, ya que el suicidio, en líneas generales, se define como prevenible, si se actúa a tiempo.

En las reflexiones finales se explicita como la pandemia del covid19 exacerbó los factores de riesgo del suicidio adolescente. De modo que se concluye que, para una prevención eficaz del suicidio, es necesaria la implementación de un abordaje integral de políticas públicas que pongan como centro la salud mental.

Se plantean ciertas preguntas que sirven como disparadoras de líneas preventivas sobre las que se debe seguir investigando para su posible implementación.

Palabras clave: Suicidio - Adolescencia - Pandemia

Introducción

En el marco del trabajo final de grado para dar culminación al proceso formativo en Facultad de Psicología, se desarrolla dicho trabajo académico con el fin de reflexionar y analizar sobre lo que la pandemia de covid19 dejó explícito en relación al suicidio adolescente, a través de una revisión teórica del estado de arte del tema.

El suicidio es un fenómeno multicausal, en que intervienen diversos factores, desde lo político, económico y ambiental, hasta lo biológico y psicológico del sujeto. El mismo genera un gran impacto familiar y social que perdura a través de varias generaciones (MPS, 2011).

Cada año se suicidan alrededor de 700.000 personas en el mundo, por cada hecho consumado hay muchas más tentativas y es la cuarta causa de muerte en jóvenes de 15 a 19 años (OMS, 2021).

A nivel nacional tomando las estadísticas vitales del Ministerio de Salud Pública (MSP) y a partir de los últimos datos presentados en Uruguay en el año 2020 se suicidaron 718 personas (MSP, 2021).

El trabajo monográfico contará con tres capítulos, los que se desarrollan la temática. El primer capítulo: El suicidio desde una perspectiva socio histórica y desde diferentes teorías explicativas para la comprensión del fenómeno. En el segundo capítulo se presenta el concepto de adolescencia desde una perspectiva psicoanalítica y de las neurociencias, los factores de riesgo que existen en esta etapa para asumir una conducta suicida. En el tercer capítulo se aborda el tema pandemia desde una perspectiva socio-cultural que permitirá un mayor entendimiento de la misma.

En las reflexiones finales se explicita como la pandemia del covid19 exacerbó los factores de riesgo del suicidio adolescente. Del mismo modo, la relevancia de un programa de prevención del problema desde una perspectiva integral poniendo en el eje de las acciones la salud mental y el papel de las instituciones educativas.

Capítulo 1: Aportes de las ciencias a la comprensión del suicidio

1.1 Partiendo de una mirada socio- histórica del problema:

A lo largo de la historia el suicidio ha tenido diversas interpretaciones. La incidencia del contexto socio histórico en esa mirada es relevante. El hombre es producto y productor de su tiempo y es quien les da sentido y significado a diferentes aspectos de su vida, el suicidio no escapa a ello (Amador Rivera, Gonzalo H. 2015).

Desde la Antigua Grecia, filósofos como Platón y Aristóteles toman el tema del suicidio y expresan una mirada negativa del mismo. Aristóteles considera a este como una grave ofensa a los dioses y propone castigos como el entierro sin honores y tumbas sin identificación. Aristóteles repudia dicho acto y considera que la persona que lo comete carece de valentía, calificándolo de cobarde y evadiendo las dificultades de la vida. Aparece por primera vez la noción de suicidio como daño a la sociedad. Los métodos más frecuentes eran la inanición (falta de alimento), armas, envenenamiento y ahorcamiento (Daray et al., 2016).

En la edad moderna, con la llegada de la revolución Francesa (1789) filósofos como Voltaire (1755) y Hume (1756) proponen una visión sobre el tema que se contrapone a la postura religiosa de culpa y castigo por el suceso (Daray et al., 2016). Estos defienden la idea de libertad y derecho del hombre para poder decidir sobre cuándo acabar con su vida.

En la actualidad existen estrategias clasificadas en universales (para la población general), selectivas (grupos de riesgo) e indicadas (para personas que expresan su ideación suicida). Los principales métodos preventivos son: la limitación del acceso de medios letales, mejora al acceso de salud mental y trabajar en la detección temprana de conductas de riesgo. Comprender este fenómeno desde su componente socio histórico facilita pensarlo desde un abordaje integral (Guerrero, 2019).

Es interesante problematizar la etimología del término suicidio, la misma proviene del latín siendo una palabra compuesta que significa: «mod. suicidium, y del lat. sui “de sí mismo” y -cidium “-cidio” [...] Acción y efecto de suicidarse» (Real Academia Española, 2014).

Siguiendo con los aportes de Morín (2008), y la historicidad del concepto se entiende que el término en sí, no se registra como vocablo hasta la edad moderna. La palabra suicidio

incluye en si su condición de tabú, así como remite a una condensación de palabras remitentes al pecado, crimen y el “homicidio de si”. (Morín, 2008)

Esta apreciación deja ver la paradoja del concepto ya que el significado de suicidio remite a un homicidio de si, y el homicidio se da siempre en relación a un otro que lo comete. Lo que evidencia la complejidad del fenómeno ya desde el concepto, así como de la multiplicidad de factores que inciden en el mismo.

Se ofrecen tres posturas desde las que se problematiza la idea de suicidio como homicidio de sí, que son utilizadas hasta hoy en día. En el primer grupo se encuentran los defensores de la lógica jurídica, tomando los aportes de Abdou (1971) para explicar este punto, defienden que: “El acto cometido reúne en un mismo individuo dos sujetos (el culpable y la víctima). Un individuo no puede establecer una relación jurídica consigo mismo, ya que toda relación jurídica supone dos partes” (Citado en Moltó et al, 1990, p.173). El segundo grupo son los pensadores que defienden que la impunidad del suicidio es un reflejo de la libertad del hombre, lejos de ser un ataque a la sociedad puede pensarse al mismo como un acto emancipatorio de libre albedrío. Por último, se encuentran quienes defienden que es un acto consecuente de una patología mental, por tanto, el código penal no puede sancionar las acciones cuando el sujeto está privado de razón.

De esta manera, el suicidio pasa a ser un concepto que está entre los límites de lo normal y patológico, de la misma manera que en su momento fue pensado dentro del marco natural y sobrenatural.

Tomando el concepto de la OMS el suicidio se define como “el acto de quitarse deliberadamente la vida”. Según los datos presentados, ocurren 700 mil suicidios al año en el mundo, 1 de cada 100 muertes es por esta causa (OMS, 2021).

Si bien existe una relación entre el suicidio y los trastornos mentales (depresión, alcohol) se estima que un gran número de estos son resultado de un impulso ante una crisis, donde el sujeto no sabe cómo enfrentarla y se quita la vida. En la página de este organismo internacional se publicó un comunicado de prensa que informa: «Pese a los progresos, cada 40 segundos alguien se suicida», más allá del impacto por la frecuencia de dichos actos, se suma que es la segunda causa de muerte entre la población juvenil (OMS, 2019). A nivel mundial los hombres tienen una tasa más elevada de suicidios que las mujeres en una relación de 3.5 a 1. No obstante, las mujeres presentan más intentos de auto eliminación (IAE). Esto se basa en los métodos utilizados, dado que los hombres suelen usar medios más violentos y por tanto letales. La edad es también un factor a considerar en el fenómeno, se

estima que hay dos picos de crecimiento, en personas de 15 a 24 años de edad y por otro lado en personas mayores de 65 años (OMS, 2014).

1.2 Los aportes desde la Psicología:

Larroba (2012) argumenta que es un fenómeno muy complejo que va más allá del acto en sí. Para la autora, el suicidio es el resultado explícito o implícito del deseo de quitarse la vida, el que se hace manifiesto a través de la conducta suicida. Del mismo modo, también refiere dentro del constructo suicidio se identifica al concepto de amenaza suicida, el que se expresa por la explicitación del deseo de muerte. El gesto suicida es entendido como una amenaza, tomando los medios que dispone el sujeto para realizarlo, pero sin hacerlo. Es de referir que el intento de suicidio sin un daño físico mayor queda incluido dentro del gesto suicida. Otro aspecto a considerar en el suicidio es el concepto plan suicida. Entendido como una estructuración sistemática de acciones ideadas para quitarse la vida, donde el sujeto determinará el método, la hora, el motivo y las precauciones para no ser encontrado. La elaboración del plan suicida es el nivel más grave de riesgo suicida, dado que es la expresión máxima del deseo de morir.

La ocurrencia del suicidio se apoya actualmente en dos modelos descriptivos del fenómeno: El primero se lo conoce como el modelo de estrés-diatésis y el segundo propone pensarlo como un proceso (Gutiérrez, Contreras, Orozco, 2006).

El término diátesis se usa para referir a la predisposición de los sujetos a contraer enfermedades, este modelo intenta explicar por qué algunas personas son más propensas a cometer un suicidio. Dentro de lo que se consideran los factores estresantes asociados con el comportamiento suicida, se encuentran: las experiencias traumáticas, las enfermedades psiquiátricas, principalmente la depresión. No obstante, existe una relación genética en quienes intentan o logran concretar el acto suicida, los mismos suelen tener un historial familiar con el fenómeno. Por ejemplo, el suicidio es frecuente en niños adoptados que son provenientes de padres biológicos que cometieron dicho acto, a pesar de las diferencias ambientales el factor genético influye igual (Gutierrez, et.al 2006).

El segundo modelo propone pensar al suicidio como un proceso continuo. Se establece una secuencia progresiva de las ideas, intentos, planes hasta lograr el objetivo de quitarse la vida. Las personas inmersas en estos pensamientos suelen manifestar actitudes previas de escape, venganza, y búsqueda de riesgo. Existen tres características que suelen estar presentes: Los pensamientos de derrota, sentirse perdedor ante situaciones

estresantes, percepciones de “imposibilidad de escape” y el sentimiento de “imposibilidad de rescate” (Gutierrez, et.al 2006).

El logro del sentido de la vida se asocia de manera positiva con la percepción y vivencia de libertad, responsabilidad, y cumplimiento de metas vitales. Cuando no se alcanza el mismo se origina una frustración asociada a la desesperanza, que se caracteriza por la duda sobre el sentido de la vida, por un vacío existencial que se vivencia como: falta de control sobre la propia vida y ausencia de metas vitales, la desesperanza incrementa el riesgo suicida más aún en personas en condiciones desfavorables a nivel físico, social y económico (García et.al 2009).

Según los aportes de Bobes (2011) citado en el texto de Echeburúa, el suicidio deja en manifiesto no solo la pérdida de salud del sujeto sino también el debilitamiento de sus redes afectivas y sociales. La persona que comete este acto toma decisiones a partir de tres componentes básicos que lo determinan: a nivel emocional, sienten un sufrimiento intenso e incesante, a nivel de sus conductas carecen de recursos psicológicos para enfrentar el dolor, y a nivel cognitivo o del pensamiento aparece una marcada desesperanza en relación a su futuro. A partir de esto se puede concluir que el suicidio no es un problema moral, ya que no se trata de cobardes o valientes, sino de personas que están inmersas en un profundo sufrimiento, sin esperanza de un futuro y que ven como única opción de salida, la muerte (Echeburúa, 2015).

Considerando lo que plantea Casullo (2004) los rasgos de personalidad pueden ser factores influyentes en las conductas autodestructivas. Entre estas características destaca:

- 1- La ambición: cuando hay un desbalance entre las metas y las posibilidades de cumplirlas puede potenciar el riesgo suicida del sujeto,
- 2- La impulsividad: muchos intentos suicidas como ideaciones están relacionadas a la falta de control de impulsos,
- 3- La apatía y el pesimismo: Cuando el sujeto no logra elaborar y desarrollar proyectos de vida estables desarrollan lo que Sheridan (1980) citado en Casullo, denomina visión de túnel, que consta de una perspectiva caracterizada por la presencia de pensamientos dicotómicos (todo o nada), rigidez del pensamiento (solo hay una manera) y la incapacidad para lograr razonamientos divergentes,

4- Rigidez cognitiva: es un factor que limita su capacidad de afrontamiento así como la elaboración de estrategias para la misma, una personalidad rígida con características obsesivo-compulsivas es frecuente entre las personas que intentan suicidarse,

5- Rechazo a recibir ayuda: La desconfianza y aislamiento son potenciadores de que el sujeto rechace la ayuda o lo que se le proponga con el fin de ayudarlo, (Casullo, 2004).

1.2.1 La Suicidología

Edwin S. Shneidman (1955) se considera el 'Padre de la suicidología moderna' al ser el pionero en la prevención y atención del suicidio. El término pertenece al campo de la psicología dado que entiende al suicidio como una crisis de naturaleza psicológica.

La "Suicidología es, pues, la ciencia de los comportamientos, los pensamientos y los sentimientos autodestructivos, del mismo modo en que la Psicología es la ciencia referida a la mente y sus procesos, sentimientos, deseos, etc" (Chávez y Leenaars, 2010, p. 357).

A partir de las notas póstumas y su investigación sobre las mismas determinó que existe un sentimiento ambivalente en relación a morir, de lo que concluye que el suicidio es más una reacción que una decisión. Aprender y comprender a qué se está reaccionando es una vía para evitar la acción y por ende prevenir el IAE. Según el autor el suicidio resulta de un dolor psicológico insoportable que deriva de necesidades psicológicas insatisfechas (Chávez y Leenaars, 2010).

El trabajo del suicidiólogo consta de una implicación y reconocimiento del discurso suicida, caracterizado por su ambivalencia, el trabajo es escuchar lo que se dice y el sentido oculto de las palabras. El único acceso al dolor es la palabra, el método utilizado desde la suicidología es la identificación y deconstrucción de la desesperanza y desesperación que generan la percepción de "sin salida" (Martínez, 2017).

Según Jameson y Zizek (2005) citado en Martínez (2017) el discurso cotidiano se transforma en textos sintomáticos que van denunciando sentimientos sobre los que intervenir (Martínez, 2017).

1.2.2 El Psicoanálisis:

Tomando los aportes de Casullo (2004), la perspectiva psicoanalítica da diversas explicaciones clínicas sobre los comportamientos suicidas, así como ha analizado la transformación de la agresión hacia los otros en agresión contra sí mismo, lo que se vincula

con la existencia de estructuras superyoicas muy rígidas, sentimientos fuertes de culpa así como situaciones de disociación yoica. En base a esto Freud argumentó que muy difícilmente una persona encuentra energía necesaria para matarse, al menos que al hacerlo está matando a un objeto con el que se ha identificado, al eliminarse está eliminando a otro, se trata de un homicidio que ha hecho un giro de 180 grados (Freud 1917, Menninger 1938, citado en Casullo 2004).

El psicoanálisis argumenta que el inconsciente no entiende de su finitud, por tanto ¿cómo es posible que el sujeto decida terminar con su vida? Esta actitud hacia la muerte de si, deja entrever que en el suicidio el deseo pasa por matar al enemigo. “En el fondo nadie cree en su propia muerte...en el inconsciente cada uno de nosotros está convencido de su inmortalidad” (Freud 1915, 290 citado en Trucco et.al, 2017).

Continuando con la problematización Yampey citado en Barrionuevo (2009) afirma que en los suicidas hay una doble identificación con el victimario y la víctima, en ambas modalidades hay una búsqueda de muerte, dejarse morir o hacerse matar.

Esta teoría explica lo que sucede a nivel psíquico, integrando a este trabajo la concepción bio-psico del sujeto, lo que permite un lineamiento que busca ampliar el entendimiento del fenómeno (Barrionuevo, 2009)

1.3 La sociología y su comprensión del suicidio

La perspectiva sociológica busca entender el fenómeno desde lo plural de la sociedad y no se enfoca en las particularidades de cada caso. Siguiendo con los lineamientos de Durkheim (2000) citado en Minetti (2011) define al suicidio como: “Se llama suicidio a todo caso de muerte que resulte, directa o indirectamente, de un acto, positivo o negativo, realizado por la víctima misma, sabiendo ella que debía producir ese resultado”.

Durkheim define que las condiciones sociales tienen influencia en la determinación del suicidio, sostiene que hay una necesidad de promover la integración del individuo a la sociedad. El mismo describe tres tipos de suicidio social que se explicitarán brevemente: 1- El suicidio alturista, que ocurre cuando el sujeto asume su muerte como un acto heroico para la sociedad, 2- el suicidio egoísta, se basa en una decisión de carácter individual no contemplando al otro y se da en casos de disgregación social y por último, 3-el suicidio anómico se da en una sociedad con un sistema normativo deliberado y ante el derrumbe de los valores sociales lo que implica un total desamparo (Barrionuevo, 2009).

Durkheim (1897) concluye que las causas individuales no terminan de explicar el porqué del fenómeno con exactitud es por esto que considera al mismo como un producto social.

1.4 La mirada de la psiquiatría

Existen factores relacionados con el suicidio entre los que se encuentran la presencia de trastornos psiquiátricos. El trastorno depresivo mayor es la psicopatología más frecuente en los suicidios. En los trastornos psicóticos las conductas de riesgo pueden incrementar el riesgo suicida. Los FR del suicidio son ambientales, psicosociales y culturales. La impulsividad presente en muchos cuadros psicopatológicos es un factor de riesgo ya que muchos adolescentes que tienen conductas suicidas son como consecuencia de impulsos (Del campo, Gonzales, Bustamente, 2012).

Baader et al. (2014): “En relación al riesgo de suicidio, se aprecia que las personas con criterios para depresión mayor se asocian a puntuaciones elevadas de desesperanza. La desesperanza es un factor de riesgo para suicidio y autolesiones no fatales, por lo que las puntuaciones obtenidas son un predictor útil de posible suicidio” (p.172)

1.5 La fuerza de los mitos

Gran parte de los suicidios son prevenibles es por esto que la OMS (2014) propone que se necesita de una estrategia de prevención multisectorial e integral.

Es clave para la prevención la sensibilización y concientización de la comunidad, así como la capacitación de personal de salud y del ámbito educativo para detectar a tiempo la población de riesgo. Es pertinente para esto reducir el estigma que posee dicho fenómeno así como sus mitos (ASSE, 2016).

A continuación se explicitan algunos de los mitos más populares en relación al suicidio. Los mismos son culturalmente aceptados pero carecen de evidencia científica y proponen valores erróneos en relación al fenómeno, los mismos dificultan la prevención por esto es imprescindible conocerlos y derribarlos:

- Mito 1: “El que se quiere matar no lo dice”. De cada 10 suicidios 9 expresaron claramente lo que iban hacer y sus intenciones y la otra dejó entrever sus intenciones de quitarse la vida.
- Mito 2: “El que lo dice no lo hace”. Todo suicida expresa lo que sucederá con gestos, amenazas y cambios de conducta.
- Mito 3: “Si de verdad se hubiera querido matar, se hubiera tirado delante de un tren”. Todo suicida se encuentra en una situación ambivalente entre el deseo de vivir y el de morir, el método utilizado no refleja el deseo del mismo, y sugerir un método más contundente es un delito penal que atenta contra la ley y la vida del sujeto.
- Mito 4: “Todo el que se suicida es un enfermo mental”. Las personas con patologías mentales se suicidan más que las que no la padecen, pero eso no es una condición necesaria para llevar a cabo dicho acto. Sin duda todo suicida es una persona que sufre.
- Mito 5: “El suicidio no puede ser prevenido, pues ocurre por impulso”. Toda persona antes de suicidarse manifiesta esta intención a través de gestos, amenazas, conductas que muestran el riesgo en el que está el sujeto, se puede prevenir siempre y cuando se detecten sus manifestaciones a tiempo.
- Mito 6: “Al hablar sobre suicidio con una persona que está en riesgo se puede incitar a que lo realice”. Está comprobado científicamente que hablarlo en vez de incitar reduce el peligro.
- Mito 7: “El que intenta el suicidio es un cobarde” o “el que intenta el suicidio es un valiente”. Cometer dicho acto no refleja una actitud positiva ni negativa de la personalidad, sin duda es una persona inmersa en un profundo dolor y sufrimiento.

Existen muchos mitos que solo obstaculizan la prevención, por esto es necesario que se divulguen los criterios científicos que refutan dichos mitos para que la población cuente con más medios de identificación de personas en riesgo (Pérez, 2005).

Capítulo 2: Adolescencias

2.1- La adolescencia etapa de cambios

Lora (2014) define el concepto adolescencia desde la pluralidad de formas de serlo, ya que cada sujeto es único, argumentando que no existe un modelo universal que determine cómo ser adolescente ni ningún 'deber ser' al que obedecer.

Viñar (2009) expresa: "La adolescencia es mucho más que una etapa cronológica de la vida y el desarrollo madurativo; es un trabajo de transformación o proceso de expansión y crecimiento, de germinación y creatividad, que -como cualquier proceso viviente- tiene logros y fracasos que nunca se distribuyen en blanco y negro" (p.15)

Esta etapa determina y organiza la transición de los sujetos de la infancia a la adultez. La misma se caracteriza por la conformación de la identidad que se construye a partir de convocatorias explícitas o implícitas acerca de lo que la sociedad espera respecto al sujeto. Estas convocatorias son significaciones sociales que conforman el imaginario social. Dicha encrucijada de significaciones que los convoca, son tanto de orden interno como externo, el adolescente debe formar un sentido para sí respecto a lo que es, como quiere ser y cómo desea ser visto, mientras hace la transición a la edad adulta, lugar subjetivo que es blanco de otras convocatorias de identidad (Anzaldúa, 2012).

La OMS define la adolescencia como: "el período de crecimiento que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y 19 años" (OMS, 2021).

La misma posee tres etapas consecutivas de desarrollo: primero se ubica la adolescencia temprana, se da entre los 10 y 13 años y se caracteriza por el cambio brusco del cuerpo, en la adolescencia media (14 y 16 años) surgen cambios a nivel psíquico así como la construcción de la identidad, no obstante pueden caer con mayor facilidad en situaciones de riesgo, dado que el adolescente puede verse implicado en situaciones de riesgo por la influencia de sus pares aunque no lo perciban como un riesgo real, por último, la adolescencia tardía abarca desde los 17 y puede extenderse hasta los 21, momento en el que culmina el desarrollo psíquico y físico (Unicef,2021).

Los adolescentes suelen ser estigmatizados, definiéndose socialmente como sujetos que transitan por una etapa complicada. El concepto de estigma fue acuñado por Goffman

(1963) que define que ante un atributo que es valorado como diferente de las otras, se lo valora como negativo e inferior, lo que conlleva sentimientos de vergüenza, humillación y rechazo León (2005). El estigma lleva a que muchas veces los adultos se relacionan con los mismos desde el miedo, debido a que los ubican en el lugar de problemáticos, sin caer en cuenta de que están definiendo esta etapa en torno a prejuicios. La misma es crucial para la vida adulta, puede resultar desafiante, sin embargo, presenta oportunidades de crecimiento y desarrollo, así como de aprendizajes y fortalezas (Unicef, 2021).

Es una etapa donde prima el desarrollo psicosocial siendo cuatro los esperables hitos a alcanzar: La puja por pasar de la dependencia parental a la independencia, adquiere mayor importancia la imagen y el aspecto corporal, la integración en el grupo de pares, y el desarrollo de la identidad propia.

Tomando los aportes de Erikson citado en Ives (2014), el desarrollo humano sólo se puede comprender en relación al contexto y la sociedad a la que pertenece. Cada etapa del desarrollo de la identidad que va desde la infancia hasta la vejez implica un conflicto o crisis que tiene dos posibles soluciones, la favorable versus la desfavorable, de las ocho etapas de desarrollo de identidad cinco corresponden a la niñez y adolescencia.

Las mismas son:

1- Dimensión comunitaria, para la conformación de la identidad el sujeto debe reconocer su dimensión comunitaria. Se unirá lo que más o menos viene dado con las elecciones y decisiones del mismo, enmarcado dentro de las pautas sociales.

2- Dinámica del conflicto, suele tener sentimientos contradictorios y ambivalentes de gran diferencia,

3-Periodo evolutivo personal, cada sujeto tiene su periodo evolutivo que dependerá de sí, así como de sus factores biológicos, psicológicos y sociales,

4- Modelos recibidos, ningún yo se conforma de manera aislada primero contará con el apoyo de los padres y luego de la comunidad,

5- Aspectos psico-históricos, toda historia está conformada por la experiencia que toca vivir.

El desarrollo de la identidad va a depender en gran medida de cómo se hayan transitado las etapas previas así como la adolescencia repercute en el tránsito de las etapas siguientes (Ives, 2014).

Dolto (1992) entiende la adolescencia como un segundo nacimiento, dado que cuando en niño nace hay un órgano que conecta al bebe con la madre: la placenta que garantiza la supervivencia, la misma tiene que separarse de éste al momento de nacer para que el mismo pueda sobrevivir, en la adolescencia de a poco se tiene que quitar la protección de la familia, que oficiará de placenta en este segundo momento, quitar el arraigo de ser niño para transformarse en un sujeto diferente.

No hay adolescencia sin sufrimiento es quizá una de las etapas de la vida más dolorosa pero simultáneamente el periodo de alegrías más intensas. La trampa del adolescente está en que desea huir de lo difícil, huyendo de sí mismo hacia aventuras dudosas o peligrosas, o huir hacia el interior de sí mismo protegiéndose en un falso caparazón que es donde se encuentran protegidos para transitar los cambios que lo abruma (Dolto, 1992).

El cambio corporal es la piedra angular de esta etapa vital, dado que el sujeto pasa de tener un cuerpo conocido a uno extraño que le resulta ajeno, en la puja de un yo que aspira a la autonomía se encuentra la paradoja de resultar esclavo de los imperativos corporales. El cuerpo es el espejo de la autoestima del adolescente, ser lindo o feo, sentirse aceptado o rechazado son elementos claves para él mismo (Viñar, 2009).

El púber vive su cuerpo con ajenidad por ende en esta etapa el entorno social le da un sentido importante al mismo que impacta en cómo el sujeto se siente con respecto a la imagen que da. La rebeldía y la autoafirmación aparecen como reacción ante el vacío promovido por los cambios en el cuerpo, así como la caída de los ídolos de la infancia y la búsqueda de nuevas figuras idealizadas que ofician de soporte para evitar el vacío. Tienen lugar el duelo por el cuerpo infantil, los padres idealizados y adquiere mayor importancia en su vida el grupo de pares que acompaña este momento de cambios (Scalozub, 2007).

La pubertad evidencia la intensidad de muchos conflictos que preceden a esta etapa pero permanecían ocultos, ahora pueden aparecer en forma extrema e incluso alcanzar manifestaciones tales como el suicidio o actos criminales. Si no hay un referente que pueda responder a las exigencias de este periodo el daño del púber puede ser aún mayor. El desarrollo cultural ha generado en el sujeto la capacidad de reprimir los instintos y el deseo, es decir radicarlos de la conciencia para hundirlos en el inconsciente donde permanecen activos. La represión actúa en los instintos más prohibidos especialmente en los sexuales, entendiendo la sexualidad como la búsqueda del placer que está presente desde el nacimiento (Klein, 1922).

La batalla entre los deseos y las fantasías que tratan de ser admitidas en la conciencia y las fuerzas represivas del yo agotan sus fuerzas, el fracaso del yo puede causar problemas e inhibiciones de toda índole. El resultado final determinará la vida sexual del sujeto por ende su desarrollo, sobre todo teniendo presente que la tarea de la pubertad es organizar los instintos parciales del niño hacia funciones procreativas. En palabras de Klein (1922): “...el niño debe desligarse internamente de los lazos incestuosos que lo unen a su madre...es necesario un cierto grado de separación externa de su fijación a los padres, para convertirse en un hombre activo, vigoroso e independiente” (p.3) Klein (1922).

El adolescente se encuentra en constante movimiento, de la endogamia a la exogamia de un adentro al afuera de la familia a la sociedad. Laplanche citado en Klein (2012) argumenta que la imagen del adolescente es lo ambiguo en movimiento, en diversos elementos que se juegan en esta etapa entre lo sexual y lo no sexual, la actividad y pasividad, la seducción y el seducido primando la imposibilidad de establecer límites definidos entre los términos. Más allá de los duelos biologicistas que implica la adolescencia, ningún niño deja de ser niño, el púber repite aspectos de su infancia aun transitando otra etapa. La misma surge como forzamiento, invasión ataque en este sentido nunca se es adolescente en tiempo y forma (Klein, 2012).

En este momento del desarrollo el sujeto requiere de puntos de referencia, soportes móviles pero conscientes que oficien de sostén de su procesamiento psíquico. Se pone en juego su autonomía y crecimiento, así como la reconfiguraciones de sus identificaciones y la construcción/deconstrucción de su identidad, así como el despliegue de sus proyectos vitales, por lo que es necesario que el adolescente cuente con un adulto que oficie de sostén (Rojas, 2016).

Kaës (1991) citado en Rojas (2016) expresa:

La construcción del psiquismo se da a través de diversos apuntalamientos: sobre el propio cuerpo, los vínculos y el mundo social. La historia de un sujeto, señala, es la historia de sus apuntalamientos. El sujeto demanda a lo largo de sus recorridos vitales dichos apuntalamientos, siempre recíprocos: tanto más, digo, en la adolescencia, al atravesar cambios vertiginosos, incertidumbres, definiciones. (p.4)

Los adolescentes buscan al tomar distancia de su familia, la instalación de otros espacios que les ofrezcan distintos modos de sostén y referencias para su vida. Pese a ciertos posibles desencuentros, la pertenencia a la escuela secundaria constituye para muchos un referente, y el egreso de ella suele ser un punto crítico, dado que los confronta con las exigencias de un futuro que deviene en tiempo presente (Rojas, 2016).

2.2- Adolescencia y suicidio

Los IAE y el suicidio son una preocupación que se comparte en quienes trabajan con adolescentes. El transcurso de esta etapa los confronta con situaciones críticas donde es difícil concluir si se trata de situaciones pasajeras propias de las crisis adolescentes, o si son procesos integrados por tanto mucho menos reversibles (Flechner,2013).

Blos (1998) citado en Flecher, explicita que es necesario aclarar que el intento o el suicidio consumado, se convierte en el momento de quiebre entre el pensamiento y el acto. Al actual se busca la satisfacción inmediata dejando así suspendida los parámetros del espacio y tiempo que aluden a la representación.

La capacidad de espera se vuelve incontrolable desencadenando una descarga motriz. Un momento impulsivo dirige al adolescente en riesgo a realizar dicho acto, para que esto suceda el mismo está atravesando cierto estado de pavor y desesperación que lo apodera. Dicho estado marca el desmembramiento de los procesos psíquicos habituales de forma que deja en suspenso toda posibilidad de representación psíquica, para que el sujeto pueda sustraerse de la situación de riesgo (Flechner, 2013).

El suicidio se entiende como la expresión del deseo de cambio, el poner fin a una situación que se ha hecho insoportable. Un IAE siempre es un grito desesperado de ayuda, una acción potencialmente letal ante la ausencia de una solución diferente. Hay que tener presente que un adolescente en esta situación padece de un profundo sufrimiento (Barón, 2000).

El púber no conoce la muerte como absoluta e irreversible, en un nivel más o menos consciente puede creerse inmortal. Morir suele confundirse con el deseo de fuga, de partir, que suelen expresar como: «dormir un largo tiempo», «no sentir más». La intención más frecuente del acto suicida en los adolescentes es la de reencontrar la paz perdida y el descanso de un sufrimiento incesante (Barón 2000).

2.3 La mirada de las Neurociencias ante el suicidio adolescente

El fenómeno suicida es complejo y multicausal, la psicobiología busca integrar aspectos neurológicos, afectivos y cognitivos con el fin de comprender el funcionamiento cerebral que subyace a las conductas humanas. El 90% de los pacientes suicidas presentó en esta revisión antecedentes psiquiátricos, más particularmente depresión (Dajas, 2016).

Un pilar fundamental en la detección del riesgo es la etapa evolutiva en la que se encuentra el sujeto, debido a que los procesos psicosociales son de distinta naturaleza en cada momento vital, lo que influye en las conductas suicidas, así como en la predisposición al riesgo. Actualmente se evidencia que los niños y adolescentes son población de riesgo suicida (Cabas y Romero, 2016).

La depresión y la anhedonia está estrechamente ligada con las conductas suicidas, existen estudios de que el neurotransmisor GABA está involucrado en la cadena neurobiológica del suicidio, la hiperconcentración de este neurotransmisor inhibitorio es un factor de riesgo de manifestación suicida bajo condiciones depresivas (Cabas y Romero, 2016).

- El cerebro adolescente

En la adolescencia el desarrollo del cerebro es muy importante ya que se evidencia que existe una 'actualización del software', donde el cerebro terminará de cablearse y se remodelará completamente. Hay tres características claves para comprender el funcionamiento del cerebro adolescente: 1- Etapa de sensibilidad máxima del cerebro a la dopamina, un neurotransmisor que interviene en el aprendizaje y la toma de decisiones. Esto explica lo rápido que aprenden, su receptividad ante la recompensa y sus extremas reacciones ante el éxito o fracaso. El adolescente se guía por el placer es importante tener presente este dato para entender en qué basan sus decisiones. 2- El cerebro en esta etapa es especialmente sensible a la oxitocina, otra hormona neurotransmisora, que entre otras cosas hace más gratificantes las relaciones sociales. La misma suele trabajar sinérgicamente con la dopamina para vincular las conexiones sociales con los sentimientos de recompensa. 3- La serotonina es otro neurotransmisor que puede aparecer desregulado en la adolescencia. Esto demuestra en cambio el estado de ánimo de los adolescentes, así como de su apetito y sueño. Cuando funciona de manera óptima, la serotonina conduce al bienestar y la felicidad. Niveles bajos de serotonina en la adolescencia pueden relacionarse con la soledad, los trastornos alimentarios, la depresión y conductas autoagresivas (Unicef, 2021).

2.4- Factores de protectores (FP) y factores de riesgo (FR) que puede tener un adolescente a la hora de enfrentarse a la posibilidad de un suicidio.

Según la OMS (2006) existen factores relacionados con el suicidio y la situación en la que se encuentra el sujeto. Entre los factores protectores se encuentran:

- 1-Apoyo y contención familiar, amigos y personas de interés,

- 2- Creencias religiosas, culturales y étnicas,
- 3- Participación en la comunidad,
- 4- vida social satisfactoria,
- 5- integración social ej. trabajo, estudio,
- 6- Acceso a servicios y asistencia de salud mental.

Por otro lado se encuentran los factores de riesgo:

- 1- Bajo nivel socioeconómico y educativo; pérdida de empleo;
 - 2- Tensión social;
 - 3- Problemas con el funcionamiento de la familia, la integración social y los sistemas de apoyo;
 - 4-Traumas, tales como abuso físico y sexual;
 - 5-Pérdidas personales;
 - 6-Trastornos mentales, como depresión, trastornos de la personalidad, esquizofrenia, alcoholismo y abuso de sustancias;
 - 7-Sentimientos de falta de valor o desesperanza;
 - 8-Problemas de orientación sexual;
 - 9-Comportamientos idiosincrásicos,
 - 10-Problemas de juicio, falta de control de los impulsos y comportamientos autodestructivos;
 - 11-Poca capacidad para enfrentar problemas;
 - 12-Enfermedad física y dolor crónico,
 - 13-Exposición al suicidio de otras personas;
 - 14-Acceso a medios para hacerse daño;
 - 15-Acontecimientos destructivos y violentos (como guerras o desastres catastróficos)
- (OMS, 2006)

Capítulo 3: Contexto socio-sanitario actual

3.1- Pandemia

La pandemia se define según la OMS como una: “Enfermedad epidémica que se extiende a muchos países o que ataca a casi todos los individuos de una localidad o región” (RAE, 2021).

A lo largo de la historia de la humanidad han existido diversas pandemias que han implicado grandes complicaciones para el sujeto y el desarrollo de la sociedad. Las mismas suelen caracterizarse por poseer una distribución global de rápida propagación, que puede provocar el colapso del sistema de salud (Castañeda, Ramos 2020).

La presente pandemia mundial fue declarada como tal, por la OMS el 11 de marzo del 2020. Se trata de un tipo de coronavirus nombrado SARS-CoV-2. Se originó a finales del 2019 en el continente asiático más precisamente en la ciudad de Wuhan en China (Castañeda, Ramos 2020).

La actual pandemia se caracteriza por ser una enfermedad infecciosa, las personas afectadas por el virus COVID-19 presentan cuadros respiratorios moderados y se suelen recuperar sin tratamiento diferencial. La población de mayor riesgo son personas mayores que padecen afecciones subyacentes o enfermedades crónicas. La propagación del virus se da por medio de la saliva por lo que se propone el uso de mascarilla para circular, distanciamiento social y en diferentes países métodos de confinamiento total o parcial en momentos de mayor suba de las tasas del virus (OMS, 2021).

Esta pandemia generó una notable crisis sanitaria, con repercusión en lo laboral, económico y social, ha producido cambios bruscos en las dinámicas vinculares lo que conlleva a un fuerte impacto en la salud mental que en ocasiones es poco abordada por su relativa invisibilidad. Las autoridades sanitarias con el fin de controlar los brotes y evitar el colapso del sistema de salud, propuso medidas de confinamiento y distanciamiento social que genera impacto en toda la sociedad pero aún más en la población que más necesita del contacto social como la infanto-juvenil. Dicho impacto afecta directamente: el desarrollo físico, psíquico, social, el aprendizaje, comportamiento, economía, así como potencia el riesgo de maltrato intrafamiliar. Lo que implica una afectación total de la salud del sujeto, el confinamiento puede incluso alterar el desarrollo integral de esta población y de sus familias tanto a corto plazo como a largo (Galeiano, Prado, Mustelier, 2020).

Durante la pandemia los adolescentes se encuentran limitados por normas y reglas que los cargan de frustración ante la sensación de perder momentos que no pueden recuperar. Esto hizo que a los cambios de humor e inseguridad, propios de la adolescencia, se le sumarán sentimientos de confusión y desorientación. Es importante comprender al adolescente y no juzgarlo o etiquetarlo por sus comportamientos. Es clave habilitar espacios de diálogo donde prime la empatía y la escucha de su sentir, y entender que muchas de sus reacciones son normales ante una situación anormal (Unicef, 2020)

La pandemia de covid19 trajo consigo cambios que implican el cierre de centros educativos así como el confinamiento voluntario y obligatorio dependiendo del país y la región. Existe el antecedente de que dichas pandemias aumentan significativamente la ansiedad, depresión y el efecto postraumático en la población infanto juvenil (FUENTE). El confinamiento genera efectos negativos en la salud tanto física como mental, la limitación social impide el contacto con el grupo de pares, limita la socialización y promueve la pérdida de hábitos saludables, lo que incrementa los factores de riesgo psicosociales, como la violencia familiar, el aislamiento, el hacinamiento, pobreza y el uso abusivo de las tecnológicas. Las medidas de prevención son: la comunicación positiva, la promoción de hábitos saludables, por ende es imprescindible reforzar el acceso a la salud mental. Es necesario diseñar estrategias de protección de la población infanto-juvenil en el contexto de la actual crisis sanitaria. (Del Castillo, Velasco, 2020)

3.2- La pandemia en Uruguay

El 13 de marzo de 2020, se decretó estado de emergencia sanitaria como consecuencia del covid19 en Uruguay. A partir de esto el gobierno determinó medidas a cumplir con el fin de controlar la pandemia y evitar el colapso del sistema sanitario.

Se suspenden eventos públicos y encuentros que impliquen la aglomeración de personas y se cierran las fronteras de manera parcial, deberán permanecer aislados por 14 días las personas que tengan síntomas hayan tenido contacto estrecho con un positivo, y/o hayan ingresado al país. El incumplimiento de estos decretos ha de ser sancionado por la ley (Uruguay, IMPO, 2020).

Otra de las medidas tomadas fue el cierre de los centros educativos y el desarrollo de la enseñanza en entornos digitales a través de distintas plataformas y el uso de diferentes herramientas. El actual retorno a la presencialidad es de manera progresiva según el proceso de la pandemia (Unicef, 2020).

Se implementó recientemente un plan de vacunación contra el covid19, en Uruguay actualmente el 74.3 % de la población se encuentra vacunada con ambas dosis. Son 6093 personas fallecidas por covid al día de la fecha (MSP, 2021).

3.3- La otra pandemia en contexto de Pandemia

El suicidio adolescente aumentó un 45% en el 2020, entre los jóvenes de 15 a 29 años en Uruguay.

Uruguay consta de 3,4 millones de habitantes, 42 jóvenes entre 15 y 19 años se quitaron la vida el año pasado, contra 29 que lo hicieron en 2019, de acuerdo a un informe oficial difundido este viernes, en la víspera del Día Nacional de Prevención del Suicidio (MSP, 2021).

Tomando los aportes presentados el 17 de Julio del 2021 en relación al suicidio el ministro de Salud Pública, Daniel Salinas concluyó: “en los últimos cuatro años la tasa de suicidios en Uruguay ha sido similar al peor registro de la historia, en 2002. ‘Nos preocupa esta pandemia de suicidios también’ (Uruguay Presidencia, 2020) Es uno de los países con mayor tasa en América Latina, detrás de Guyana y Surinam, de acuerdo a un informe de la OMS del 2019.

Unicef realizó un relevamiento de cómo ha afectado el COVID-19 en la salud mental de los jóvenes. De la sistematización de la información surgió que el 27% reportó sentir ansiedad, y el 15% depresión en los últimos días, 1 de cada 2 siente menos motivación por realizar actividades que solía disfrutar. El 73% de los jóvenes sintió la necesidad de pedir ayuda por su bienestar físico y mental, el 40% no lo hizo (Unicef, 2019).

Existen actualmente programas de prevención que buscan detectar el nivel de riesgo en que se encuentra el sujeto con el fin de poder ayudar antes de que se concrete el acto. El adolescente tiene conductas de riesgo que sean conscientes o no buscan darle un sentido a la vida en un límite muy fino con la muerte. Las conductas de riesgo aunque puedan ser graves no siempre están conducidas por el deseo de morir. El concepto de muerte tiene su carácter de irreversible que aunque en la adolescencia ya es algo asimilado, se lo percibe de manera difusa. Tomando el testimonio citado en ASSE (2016) de una sobreviviente de un intento: “yo solo quería dormir y alejarme...”(MSP-UNFPA 2015).

Existen una serie de signos y síntomas que puede ayudar a prever esta situación, es importante mencionar los mismos:

- Cambios en los hábitos de dormir y comer
- Retraimiento de sus amigos, familia y actividades habituales
- Actuaciones violentas, irritabilidad, fugas
- Abuso de drogas (incluyendo alcohol)
- Abandono importante de su apariencia habitual
- Cambios pronunciados en la personalidad
- Aburrimiento persistente, dificultades de concentración o deterioro en la calidad del trabajo escolar
- Quejas frecuentes de dolores físicos: cefaleas, dolor abdominal, fatiga
- Pérdida de interés en actividades que antes daban placer
- Aislamiento

El sentimiento de tristeza puede acompañar estos síntomas, o puede no estar presente (ASSE, 2017 p.6).

Reflexiones finales

En la presente producción monográfica se realiza una revisión bibliográfica sobre el suicidio adolescente y la actual pandemia por covid19. A partir de este recorrido teórico, se entiende que el suicidio es un fenómeno multifactorial y complejo que necesita ser atendido desde una perspectiva de salud mental integral.

El recorrido histórico del concepto de suicidio permite visualizar como el mismo es determinado socialmente. A lo largo de la historia su significación fue variando, pasando por periodos de considerarse un pecado y tiempo después una expresión de libertad. Actualmente, el concepto si bien hay desarrollos que demuestran la multifactorialidad del problema, se sigue desarrollando acciones que toman por lo general, una sola causa y se cae en la patologización de este. Por otra parte, a nivel social, se identifican cómo aún los mitos sobre el suicidio tienen un arraigo fuerte en las representaciones sociales de nuestra sociedad, los que generan resistencias para poder abordar el problema desde una mirada integral.

Las poblaciones donde se identifica que el fenómeno tiene las tasas más altas son los adultos mayores y los adolescentes. Etapas de la vida que el proyecto de vital a futuro tiene

la fuerza de lo cuestionable: del para qué vivir y del cómo vivir; es decir, el qué sentido tiene la vida.

Dentro de los factores protectores de suicidio adolescentes se identifican: participación en la comunidad e integración social acorde, por medio del estudio y los espacios de ocio necesarios para intercambiar con su grupo de pares. Del mismo modo, el rol de la familia como red de sostén y apuntalamiento, ambos aspectos son claves para un sano tránsito por dicha etapa.

Es preciso aclarar que, en 2020 en Uruguay y ante la pandemia, el país quedó paralizado, una crisis sanitaria provocó que el país se detuviera y si bien los adolescentes no son grupo de riesgo para el covid19 ¿qué pasó con ellos en este tiempo? ¿Cómo le afectó a esta población el aislamiento? A partir de lo expuesto se entiende que la pandemia incidió en gran medida, en la salud global de los adolescentes. El aislamiento como medida principal para la no propagación de la pandemia, afectó aspectos claves del apuntalamiento del crecimiento adolescente: la presencialidad de los vínculos, sus espacios de socialización como los centros educativos y espacios de esparcimiento y recreación, su atención en los servicios de salud, entre otros. La pandemia fue predominantemente abordada desde una mirada biomédica y el estigma social sobre la adolescencia volvió a pesar con mayor fuerza. La mirada social negativa sobre ellos fue parte de las explicaciones de la propagación de la pandemia; sin ser población de riesgo, podrían ser la causa de esta. La salud mental a inicios de la emergencia sanitaria no fue priorizada y de alguna forma, se hizo escuchar por los efectos que la pandemia tuvo a nivel social como psicológicos.

A partir de esto y como forma de reflexionar sobre el fenómeno se plantea el título de esta monografía: “La otra cara de la pandemia: el suicidio adolescente”, pensando en todo lo que pasa a la sombra de la pandemia, lo no visto y silenciado, la salud mental quedó invisibilizada y subestimada y los resultados son evidentes.

La tasa de suicidio en Uruguay creció abismalmente en la población adolescente en el 2020, más precisamente en jóvenes de 15 a 19 años, donde adquiere mayor relevancia dentro de la etapa lo social y el grupo de pares. Se entiende que la pandemia generó una disrupción de la vida cotidiana y trajo nuevos desafíos como: el aislamiento, convivencia, mayor tiempo de ocio, así como debilitó las redes de contención y socialización.

Existen actualmente planes de intervención para la prevención del suicidio, entre ellos el Protocolo de Prevención y Atención en la Adolescencia: Intento de Auto-Eliminación -Asse (2017). Además, se propuso a partir del 2018 la asistencia telefónica nacional con el objetivo de atender los IAE en el momento a través de la Línea Vida (08000767- *0767). Actualmente y como consecuencia de la crisis sanitaria se implementó la asistencia telefónica Línea de

Apoyo Emocional 08001920 de atención 24 horas por profesionales de salud mental que oficien de apoyo ante situaciones de estrés, angustia y ansiedad por la pandemia.

Dichos planes de prevención se centran en la intervención en emergencia o crisis, lo cual es necesario, pero no suficiente, dada la complejidad del fenómeno y la cantidad de aspectos que influyen en que un sujeto termine quitándose la vida.

Más allá de las medidas actuales de prevención se concluye que a partir de la revisión teórica, que para una prevención eficaz se necesita un abordaje integral de políticas sociales de la salud que ponga en el centro la salud mental y el bienestar de las personas, las que contribuyen al desarrollo humano de las personas. Requiere de la intersectorialidad y la interdisciplina. No solo un abordaje desde el enfoque de riesgo o curativo y reparador dejando de lado la dimensión subjetiva del proceso de salud-enfermedad-atención-cuidado, así como la integridad de la persona. Otro aspecto importante a tener en cuenta, son los determinantes sociales de la salud que permiten comprender al sujeto en situación, dado que se encuentran inmersos en un contexto social, económico, político, ambiental, cultural específico, lo cual es fundamental al momento de la intervención (De Lellis, Rojtenberg, Varela. 2019). La pandemia dejó explícito esto.

Se entiende que cada sujeto se encuentra inmerso en un contexto particular que lo determina. La pandemia fue un claro determinante social que afectó la salud en su singularidad, ya que en muchos casos el sujeto se vio forzado a pasar más tiempo en el hogar bajo condiciones desfavorables para la integridad del sujeto y su salud mental.

Se considera que el foco central para reducir el suicidio adolescente más allá del contexto actual, es la implementación de políticas públicas integrales y a nivel educativo un mayor fortalecimiento psicoeducativo de habilidades emocionales que permitan una mejor preparación para la vida adulta.

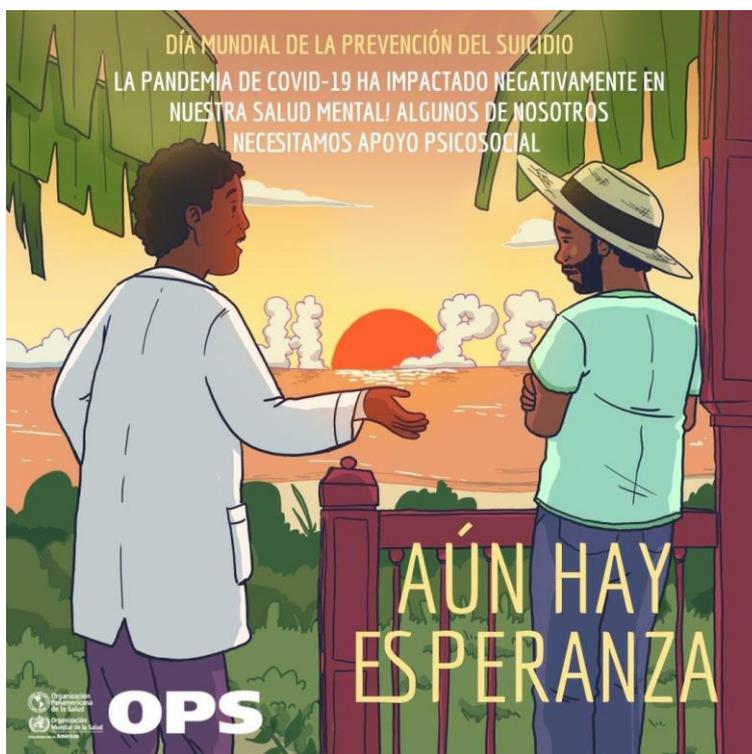
Como posibles líneas de prevención, se tiene que tener presente que los adolescentes como sujetos de desarrollo necesitan adultos que oficien de sostén donde puedan apuntalarse para contribuir al desarrollo de sus habilidades psicosociales, así como autoestima, inteligencia emocional y habilidades para la vida adulta. También es importante para esto el papel de las instituciones que puedan brindar herramientas que permitan el manejo de sus frustraciones. Lo que les dará un mejor manejo de las adversidades y conflictos de la vida, así como reducirá el riesgo de llevarse por aspectos impulsivos, factores que están altamente influenciados en esta etapa a nivel cerebral.

Es responsabilidad de todos como ciudadanos comprometernos con un fenómeno tan importante que está llevando a la muerte a jóvenes con toda una vida por delante y que están manifestando de diversas formas un pedido de auxilio que no estamos sabiendo escuchar, ya sea por la forma de continuar entendiendo el fenómeno unicausal, por los mitos imperantes

o por el estigma adolescente. Todos podemos aportar desde nuestro lugar social, pero sin lugar a duda la psicología tiene mucho que aportar en el tema para su prevención.

A partir de los lineamientos propuestos para pensar la prevención cabe preguntarse: ¿Es posible una implementación eficaz de un abordaje integral en salud mental en Uruguay? De ser así ¿Cuáles serían los desafíos a enfrentar? Con el sistema educativo actual ¿hay posibilidad de potenciar el fortalecimiento educativo psicoemocional de los jóvenes? Estas preguntas sirven como disparadoras para pensar el suicidio adolescente más allá de la situación ambiental que se transite, y como posibles líneas de acción y de investigación para seguir profundizando en el tema, poniendo el foco en una prevención a tiempo ante sujetos que no tienen tiempo.

Anexo



<p>EN EL MUNDO</p> <p>1 DE CADA 100</p> <p>MUERTES SON POR</p> <p>SUICIDIO</p>	<p>El enfoque VIVIR LA VIDA a la prevención del suicidio:</p> <table border="0"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Limitar el acceso a los medios de suicidio</td><td>Interactuar con los medios de comunicación para una información responsable</td><td>Desarrollar las aptitudes para la vida de los jóvenes</td><td>Detectar a tiempo a todas las personas afectadas</td></tr></table>					Limitar el acceso a los medios de suicidio	Interactuar con los medios de comunicación para una información responsable	Desarrollar las aptitudes para la vida de los jóvenes	Detectar a tiempo a todas las personas afectadas
									
Limitar el acceso a los medios de suicidio	Interactuar con los medios de comunicación para una información responsable	Desarrollar las aptitudes para la vida de los jóvenes	Detectar a tiempo a todas las personas afectadas						
<p>VIVIR LA VIDA GUÍA PARA LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO</p>	<p>VIVIR LA VIDA GUÍA PARA LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO</p>								

Referencias Bibliográficas

- Amador Rivera, Gonzalo H. (2015). Suicidio: Consideraciones Históricas. *Revista Médica La Paz*, 21(2), 91-98. Recuperado en 02 de noviembre de 2021, de http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582015000200012&lng=es&tlng=.
- Anzaldúa. E (2012) Infancias y adolescencias en el entramado de los procesos de subjetivación. *Tramas* 36. México. Recuperado de: <https://tramas.xoc.uam.mx/index.php/tramas/article/view/607>
- ASSE (2017). Protocolo de Atención en la Adolescencia-Intento de Autoeliminación. Recuperado de: <https://www.asse.com.uy/contenido/Protocolo-de-Prevencion-del-Intento-deAutoeliminacion-en-Adolescentes-9678>
- Baader et al. (2014) Diagnóstico de la prevalencia de trastornos de la salud mental en estudiantes universitarios y los factores de riesgo emocionales asociados. *Revista Neuropsiquiatría*. Chile p.167-176 Recuperado de: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchnp/v52n3/art04.pdf>
- Barón. B (2000) Adolescencia y Suicidio. Universidad del Norte. Colombia. pp. 48-69. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/213/21300605.pdf>
- Barrionuevo. J (2009) Suicidio e intentos de suicidio. Facultad de Psicología. Buenos Aires.
- Casullo. M (2004) Ideaciones y comportamientos suicidas en adolescentes: Una urgencia social. Buenos Aires. UBA
- Castañeda.C, Ramos.G (2020) Principales pandemias en la historia de la humanidad. *Revista Cubana de Pediatría*. Recuperado de: <http://revpediatria.sld.cu/index.php/ped/article/view/1183/549>
- Chávez-Hernández, A. M., y Leenaars, A. A. (2010). Edwin S Shneidman y la suicidología moderna. *Salud mental*, 33(4), (pp. 355-360).

Daray. F et al. (2016) Cambios en la conceptualización de la conducta suicida a lo largo de la historia: desde la antigüedad hasta el DSM-5. Córdoba. Revista de la Facultad de Ciencias Médicas

Del Campo, Gonzales, Bustamente (2012) El suicidio en adolescentes. Revista del Hospital General. México. Recuperado de: <http://apsmanizales.com/files/3f.-Suicidio-en-adolescentes.pdf>

Del Castillo.R, Velasco.M (2020) Salud mental infanto-juvenil y pandemia de Covid-19 en España: cuestiones y retos. Revista de psiquiatría infanto-juvenil. España , pp. 30-44

De Lellis. M (2013) Salud mental en la agenda de las políticas públicas de salud. Aletheia 41, p.8-23. Recuperado de:
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942013000200002

De Lellis, M. Interlandi, C. Martino, S. (2015) Introducción a la Salud Pública como área del conocimiento y de la acción. En: De Lellis, M (compilador). *Perspectivas en salud pública y salud mental*. CABA: Nuevos Tiempos. Recuperado de:
https://eva.psico.edu.uy/pluginfile.php/232719/mod_resource/content/2/De%20Lellis._Interlandi_Martino_2015_%20Introduccion%20a%20la%20salud%20publica%20como%20area%20del%20conocimiento%20y%20de%20la%20accion.pdf

De Lellis.B, Rojtenberg.C, Varela.D (2019) ¿Es posible sostener una mirada integral de la salud en el ámbito de la urgencia? Reflexiones en torno a la dimensión del cuidado como promotor de salud. Margen 94. Recuperado de:
<http://www.margen.org/suscri/margen94/Lellis-94.pdf>

Doltó. F (1992) Sentirse lindo, sentirse feo. En Palabras para adolescentes o el complejo de la langosta, Buenos Aires: Atlántida

Durkheim, E. (1897). El Suicidio. Recuperado de:
http://biblio3.url.edu.gt/Libros/2012/LYM/los_FESociales.pdf

Echeburúa. E (2015) Las múltiples caras del suicidio en la clínica psicológica. España. Universidad del País Vasco

- Flechner. S (2013) Pacientes adolescentes en riesgo: Un desafío para el analista. Buenos Aires. Culturas Adolescentes. Recuperado de:
<https://www.sociedadescomplejas.org/coloquio/pdfs/PDF-URUGUAY/FLECHNER-Silvia-Pacientes-adolescentes-en-riesgo.pdf>
- Galiano.M, Prado.R, Mustelier.R (2020) Salud mental en la infancia y adolescencia durante la pandemia de COVID-19. Revista Cubana de Pediatría. Recuperado de:
<http://revpediatria.sld.cu/index.php/ped/article/view/1342>
- García. A. et al (2009) Sentido de la vida y desesperanza: Un estudio empírico. Universitas Psychologica, vol. 8. Colombia pp. 447-454. Recuperado de:
<https://www.redalyc.org/pdf/647/64712165013.pdf>
- Guerrero.M (2019) Reflexiones sobre el suicidio desde la mirada histórica. Psicoevidencias nº 55. Recuperado de: <https://www.psicoevidencias.es/contenidos-psicoevidencias/articulos-de-opinion/89-reflexiones-sobre-el-suicidio-desde-la-mirada-historica/file>
- Gutierrez. A et al. (2006) El suicidio conceptos actuales. México. Salud Mental.
- IMPO (2020) Normativas y Avisos Legales del Uruguay. Recuperado de:
<https://www.impo.com.uy/bases/decretos/93-2020>
- Ives. E (2014) La identidad del Adolescente. Cómo se construye. ADOLESCERE. Barcelona. Recuperado de:
<https://www.adolescenciasema.org/usuario/documentos/02-01%20Mesa%20debate%20-%20Eddy.pdf>
- Klein. M (1922) Inhibiciones y dificultades en la Pubertad. p1-5. Recuperado de:
<https://static1.squarespace.com/static/58d6b5ff86e6c087a92f8f89/t/590d32b1d482e9ff42ad59cc/1494037169814/Klein%2C+Melanie+-+Inhibiciones+y+dificultades+en+la+pubertad.pdf>
- Klein. A (2012) Imágenes psicoanalíticas y sociales de la adolescencia. Un complejo entrecruce de ambigüedades Interdisciplinarias. Buenos Aires, Argentina. pp. 235-251 Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/180/18026361005.pdf>

Larroba. C et al. (2012) Prevención de la conducta suicida en adolescentes. Guía para los sectores Educación y Salud. Uruguay. Udelar

Lora. M (2014) Las adolescencias. Universidad Católica Boliviana.

Martínez, C. (2017). Suicidología comunitaria para América Latina. Teoría y experiencias. Buenos Aires: Alfepsi Editorial

Molto. J et al. (1990) El homicidio de sí mismo. Francia. Editorial CORE.

Morin, A. (2008). Sin palabras. Notas sobre la inexistencia del término „suicida“ en el latín clásico y medieval. CIBCE 12, pp. 159-166. Universidad de Buenos Aires.
Recuperado de: <http://www.scielo.org.ar/pdf/circe/n12/n12a12.pdf>

MSP (2021) Día Nacional de Prevención del suicidio. Recuperado de:
<https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/noticias/Presentaci%C3%B3n%20de%20datos%20para%200D%C3%ADa%20Nac%20P%20Suicidio%202021.pdf>

MSP (2021) Monitor de datos de vacunación Covid-19. Extraído de:
<https://monitor.uruguaysevacuna.gub.uy/>

Minetti. R (2011) El suicidio como indicador: integración y moral en la sociología de Émile Durkheim. Revista de Ciencias Sociales, núm. 49. España.

OMS (2006) Prevención del suicidio recurso para consejeros. Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias. Ginebra.

OMS (2014) Mortalidad por suicidio en las Américas. Recuperado de:
<https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/PAHO-Mortalidad-por-suicidio-final.pdf>

OMS (2021) Coronavirus. Recuperado de: https://www.who.int/es/health-topics/coronavirus/coronavirus#tab=tab_1

OMS. (2019). Suicidio. 4/11/2020, de OMS Sitio web: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>

OMS (2021) Suicidio. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>

OPS (2021) Día Mundial de Prevención del Suicidio 2021. Recuperado de: <https://www.paho.org/es/campanas/dia-mundial-prevencion-suicidio-2021#materials>

OPS (2021) La OPS insta a priorizar la prevención del suicidio tras 18 meses de pandemia por COVID-19. Recuperado de: <https://www.paho.org/es/noticias/9-9-2021-ops-insta-priorizar-prevencion-suicidio-tras-18-meses-pandemia-por-covid-19>

Pérez.S (2005) Los mitos sobre el suicidio. La importancia de conocerlos. Asociación Colombiana de Psiquiatría. Bogotá, pp. 386-394

RAE (2021) Pandemia. Recuperado de: <https://dle.rae.es/pandemia>

Rojas. M (2016) Los adolescentes y los otros: apuntalamiento y vulnerabilidad. Revista Desvalimiento Psicosocial, Vol. 3 Recuperado de: <https://publicacionescientificas.uces.edu.ar/index.php/desvapsico/article/view/239>

Scalozub. T (2007) El protagonismo del cuerpo en la adolescencia. Revista de Psicoanálisis. Argentina. pp. 377-39 Recuperado de: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-472363>

Trucco.M et.al (2017) El enigma entre eros y tánatos. Consideraciones freudianas acerca del suicidio.

Unicef (2019) El impacto del COVID-19 en la salud mental de adolescentes y jóvenes. Recuperado de: <https://www.unicef.org/lac/el-impacto-del-covid-19-en-la-salud-mental-de-adolescentes-y-j%C3%B3venes>

Unicef (2020) Seguimiento del retorno a las clases presenciales en centros educativos en Uruguay. Recuperado de: <https://www.unicef.org/uruguay/informes/seguimiento-del-retorno-las-clases-presenciales-en-centros-educativos-en-uruguay>

Unicef (2020) Cinco formas en que la pandemia impactó a los adolescentes. Recuperado de: <https://www.unicef.org/uruguay/cinco-formas-en-que-la-pandemia-impacto-los-adolescentes>

Unicef (2021) Características de la adolescencia. En Guías para las familias sobre adolescentes. Recuperado: <https://www.unicef.org/uruguay/guias-para-las-familias-sobre-adolescencia>

Unicef (2021) ¿Cómo se desarrolla el cerebro de un adolescente? Extraído de:
<https://www.unicef.org/uruguay/como-se-desarrolla-el-cerebro-de-un-adolescente>

Uruguay Presidencia. (2020). *Ministro Salinas manifestó preocupación por “pandemia de suicidios”*. Sitio web:
<https://www.gub.uy/presidencia/comunicacion/audios/breves/ministro-salinas-manifesto-preocupacion-pandemia-suicidios-uruguay>

Viñar. M (2009) *Mundos adolescentes y vértigo civilizatorio*. Trilce. Montevideo. p14-30
Recuperado de:
https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=2ZM_CVxbxOYC&oi=fnd&pg=PA1&dq=marcelo+vi%C3%B1ar+adolescencia&ots=kPHZzaTupc&sig=D29KCNUPIYI-x5klPkq2znwaFKY#v=onepage&q=marcelo%20vi%C3%B1ar%20adolescencia&f=false