



Universidad Abierta Interamericana

“Depresión y suicidio adolescente: una mirada de los profesionales de la salud mental. Diversas perspectivas teóricas”

Tutor: Gómez Alonso Raúl

Alumna: Lascano Mariana

Título para obtener: Licenciada en Psicología

Facultad de Psicología y Relaciones Humanas

Fecha: Agosto 2022

“Depresión y suicidio adolescente: una mirada de los profesionales de la salud mental. Diversas perspectivas teóricas”

Tutor: Gómez Alonso Raúl

Alumna: Lascano Mariana

Título para obtener: Licenciada en Psicología

Facultad de Psicología y Relaciones Humanas

Fecha: Agosto 2022

Resumen

Actualmente los trastornos de ánimo y el suicidio en los adolescentes se han vuelto cada vez más evidentes en todo el mundo. Las manifestaciones que antes se presentaban en forma esporádica, en este momento se han incrementado, evidenciando un problema necesario de abordar. El presente trabajo busca conocer desde opinión de diversos profesionales de la Salud Mental la relación existente entre depresión, suicidio y adolescencia. Se realizó una búsqueda y revisión bibliográfica la cual enfatizó sobre los conceptos antes mencionados, desde diversas teorías siendo sobre las cuales se sustentan los profesionales de la institución pública a los que se entrevistara. Se escogió esa institución en particular porque allí se abordan diversos padecimientos infanto - juveniles, entre ellos el suicidio. Se busca destacar la importancia del diagnóstico precoz ya que cada vez más niños y adolescentes son afectados por la depresión. Sin embargo, con frecuencia a los síntomas se les considera normales como parte de la “crisis de la adolescencia” por la cual ha de pasar el niño o adolescente como proceso natural del desarrollo, por lo tanto, al niño o adolescente no se le evalúa y diagnostica a tiempo y, como resultado de ello, no se le atiende adecuadamente. El suicidio representa un problema de salud pública grave y creciente: la Organización Mundial de la Salud (OMS) afirma que es la segunda causa principal de muerte a nivel mundial entre adolescentes y jóvenes de 15 a 29 años. (OPS/OMS, 2014), la situación en Argentina está en línea con la tendencia internacional. Según datos estadísticos de la provincia de Santa Fe las defunciones se concentran mayoritariamente entre los jóvenes. Los grupos etarios comprendidos entre los 15 y 29 años concentran el 33.5% de las defunciones, y si al sexo se refiere, el 27% corresponde a los varones de este grupo etario (Ministerio de Salud Dirección provincial de información para la gestión, 2018). El suicidio se trata de un suceso que envuelve la singularidad única de un sujeto y su muerte, algo que de por sí, refiere a un inquietante enigma cuyo carácter es universal. En tal sentido, las diversas concepciones acerca del suicidio han sido expuestas en el desarrollo de este trabajo; tanto aquellas que lo concibieron como un hecho fenomenológico, como las que pusieron el acento en la cuestión social y las que lo vincularon con la estructura psíquica.

Palabras clave: Suicidio – Depresión – Adolescencia

Agradecimientos

Agradezco a mi esposo que fue quien me alentó a emprender este recorrido, estuvo presente en cada momento del trayecto recorrido, me dio la fuerza y la confianza necesaria para continuar más allá de mis temores.

Agradezco a mis padres siempre presentes.

A quienes me han guiado en la realización de este trabajo , profesor Raúl Gómez Alonso y el Dr. José García Riera

Por ultimo y no por ello menos importante a mis profesores y compañeros con quienes recorrí estos años de carrera

índice

Resumen	pág. I
Agradecimientos	pág. II
Introducción	pág.1
Estado del arte	pág.5
Problema	pág.18
Justificación	pág.18
Objetivos	pág.20
Marco Teórico	
Capítulo 1 – Suicidio	
Introducción	pág.21
Breve reseña histórica	pág.22
Suicidio desde la psiquiatría	pág.24
Suicidio desde la sociología	pág.28
Suicidio desde el cognitivismo	pág.29
Modelo estrés – diátesis	pág.31
Suicidiología	pág.32
Terapia interpersonal del suicidio.....	pág.33
Suicidio desde el psicoanálisis	pág.33
Perspectiva sistémica	pag.36
Capítulo 2 – Depresión	
Introducción	pág.39
Breve reseña histórica sobre la depresión	pág.40
Depresión desde la psiquiatría	pág.42

Depresión desde el psicoanálisis	pág.45
Depresión desde la psicología cognitiva	pág.47
Neurociencias	pág.49
Capítulo 3 – Adolescencia	
Introducción	pág.50
Breve reseña histórica sobre la adolescencia	pág.50
Adolescencia desde modelo medico	pág.52
Adolescencia desde la psicología	pág.53
Adolescencia desde la sociología.....	pág.57
Capítulo 4 - Articulación conceptos	
Articulación adolescencia – suicidio – depresión	pág.59
Marco Metodológico	
Tipo de estudio	pág.65
Variables	pág.65
Unidad de análisis (Población, Muestra)	pág.65
Técnicas, procedimientos e instrumentos	pág.66
Área de estudio	pág.67
Consideraciones éticas (consentimiento)	pág.67
Resultados	pág.68
Conclusión	pág.72
Referencias bibliográficas	pág.75
Anexos	
Anexo A (consentimiento	pág.i
Anexo B (entrevistas).....	pág.ii
Anexo C (gráficos).....	pág.xix

Introducción

Diversos estudios han evidenciado la existencia de una significativa relación entre el comportamiento suicida y la depresión (Barbe, 2004). Se estima que hasta un 60% de los casos de suicidios de adolescentes han reflejado la presencia de un trastorno de depresivo al momento del evento

El presente trabajo propone indagar la opinión que tienen los profesionales de salud mental (quienes desempeñan su tarea en una institución pública en el área infanto - juvenil) sobre la comorbilidad entre conducta suicida y depresión en la población de adolescentes entre 15 y 19 años, que habitan en la ciudad de Rosario.

El estudio se realizó mediante la comparación de las opiniones de diversos profesionales de la salud, quienes provienen de diferentes corrientes teóricas. Se pretende estudiar si existen diferencias significativas en las formas de considerar la problemática a investigar. Para ello se explorarán diferentes fuentes de información sobre el tema, a través de la revisión bibliográfica, la implementación de entrevistas a diversos profesionales, y así recabar la información necesaria para arribar a un posible acercamiento a la problemática. Se consideraran diversas bases teóricas que conforman las corrientes prevalentes que referencian como marco en la praxis de los profesionales con quienes se realizara el trabajo de investigación, así como también otras perspectivas teóricas las cuales aportan a una mejor comprensión de la problemática.

El suicidio es un fenómeno universal presente en el curso de la historia de la humanidad. Sin embargo, la actitud frente al mismo ha variado con el transcurso de los años según las diferentes culturas, religiones y evolución de estas. El propio concepto de suicidio ha variado debido a la diversidad de enfoques y orientaciones que se han ocupado de su estudio, desde la sociología a la psiquiatría.

Es un tema que suele callarse y ocultarse pues impacta de manera profunda en el tejido familiar y social. Por ello, es importante conocer e investigar en las causas que llevan a un joven a su autodestrucción, como así también conocer cuál es el significado de este acto y cómo prevenirlo, siendo el suicidio una de las primeras causas de muerte entre los jóvenes. su prevención se vuelve una prioridad en salud pública y se observa limitada por la falta de datos para generar intervenciones basadas en evidencia científica.

Dadas las características evolutivas de la adolescencia, esa etapa en el crecimiento y desarrollo se presenta con vulnerabilidad incrementada para las alteraciones en el estado de ánimo, con el consiguiente aumento en la tasa de suicidio, comparativamente mayor que en otras etapas de la vida.

Según UNICEF es la segunda causa de muerte en los jóvenes entre 10 y 19 años en Argentina. En el grupo de 15 a 19 años, la mortalidad es más elevada, alcanzando una tasa de 12,7 suicidios cada 100.000 habitantes, siendo la tasa en los varones 18,2 y en las mujeres 5,9 (MSAL, 2016). Desde principios de la década de 1990 hasta la actualidad la mortalidad por suicidio en adolescentes se triplicó considerando el conjunto del país (MSAL, 2016). Según la OMS (2021), el suicidio es la cuarta causa de muerte entre el joven es de 15 a 19 años. El 77% de los suicidios se produce en los países de ingresos bajos y medianos. La ingestión de plaguicidas, el ahorcamiento y el disparo con armas de fuego son algunos de los métodos más comunes de suicidio en el mundo.

Según datos oficiales de la Dirección de Estadísticas e Información en Salud (DEIS)(figuras 1,2,3) en el año 2018 se registraron en el país 3183 defunciones en el rango de 10 a 19 años sobre una población que asciende a 7 millones. En ese marco, las causas externas (relacionadas a situaciones de violencia que provocan lesiones intencionales o no intencionales, autoinfligidas o infligidas por terceros) explican seis de cada diez defunciones. A su vez, el suicidio representa el 24.6% de estas muertes, es decir que 1 de cada 4 muertes por causas externas son suicidios (MSAL, 2021)

En Argentina, en los últimos veinte años, la tasa de mortalidad por suicidio creció considerablemente en los grupos más jóvenes (15 a 24 y 25 a 34 años), mientras que se redujo significativamente en los grupos de más edad (mayores de 55 años) que históricamente registraron las tasas más altas (Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación, 2012).

Los pensamientos suicidas son frecuentes en la adolescencia, la mayoría de las veces, son transitorios, no indicando psicopatología ni necesidad de intervención. Sin embargo, cuando estos se prolongan en el tiempo, aumenta el riesgo de derivar a un comportamiento suicida. Los adolescentes como parte del proceso evolutivo que transitan resultan más propensos a la inmediatez y la impulsividad como rasgo, por lo tanto, les resulta más difícil lidiar con el estrés agudo, como el final de una relación, situaciones que causan vergüenza o humillación, rechazo por parte del grupo social, fracaso escolar y pérdida de un ser querido. Estos eventos pueden actuar como desencadenantes de actos suicidas (Amaral, Sampaio, Ney Matos, Santos Pocinho, Fernandes de Mesquita, Milanés Sousa- 2020).

En los tiempos actuales, la velocidad con la que se vive anula la preocupación por la calidad del tiempo. La cultura del ritmo indetenible no garantiza que ese tiempo esté al servicio de la transformación necesaria. Debido a la urgencia de lo presente que asigna un escaso lugar para lo futuro, la idea de proyecto queda casi totalmente despojada de su valor estructurante.

Una serie de investigaciones indican que, la depresión comienza en la actualidad más temprano que en décadas pasadas, y frecuentemente coexiste con otros problemas de salud mental como ansiedad crónica y trastornos de comportamiento destructivo y trastornos de la personalidad. La tasa anual de suicidio en pacientes depresivos es de 20 a 40 veces mayor que la población general refieren más antecedentes de tentativa suicida que el resto de los grupos diagnósticos y en los grandes estudios epidemiológicos se constata que una de cada dos personas que consuman el suicidio parece trastorno depresivo.

En las últimas décadas, se observa un importante incremento de las conductas suicidas infantojuveniles y, además, que existe una disminución en la edad de presentación. Se reconoce que, dentro de las conductas suicidas, la ideación suicida es la más frecuente en niños y adolescentes de ambos géneros, y que no necesariamente se asocia con la presencia de rasgos o trastornos psicopatológicos; a diferencia de los intentos de suicidio, que son menos frecuentes, pero que se asocian con mayor prevalencia a trastornos psicopatológicos, como trastornos de conducta disocial, depresión, trastorno bipolar y otros (Bella, Fernández y Willington, 2010).

Dentro de los trastornos psicopatológicos la depresión es uno de los factores de riesgo más relacionado con eventos autolíticos. El aislamiento en personas con este padecimiento tiende a aumentar los síntomas de la enfermedad. El distanciamiento de los amigos y las personas más cercanas, la falta de interés en el trabajo, el ocio y cualquier otra actividad cotidiana son características notables (Amaral, Sampaio, Ney Matos, Santos Pocinho, Fernandes de Mesquita, Milanés Sousa, 2020).

Los estudios realizados por diversas organizaciones y profesionales de la salud muestran como los casos de depresión y el ritmo de los suicidios adolescentes está en ascenso, ya que se incrementan nuevos determinantes psicosociales que llevan a los jóvenes a intentar quitarse la vida. Por ello relevante investigar sobre este tema y en un futuro poder implementar nuevas medidas eficaces para prevenir que ayuden lo que muchos especialistas denominan “La pandemia oculta”, que dadas las características evolutivas de vulnerabilidad de esta población resulta en el consiguiente aumento en la tasa de suicidio, comparativamente mayor que en otras etapas de la vida.

El tabú y la estigmatización, sobre todo la que se crea en torno a los trastornos mentales y el suicidio en si , disuade de buscar ayuda a muchas personas que piensan en quitarse la vida o tratan de hacerlo y que, por lo tanto, no reciben la contención efectiva a tiempo. Los expertos afirman que, si de esto se hablara abiertamente, los pensamientos suicidas dejarían de ser un problema que ocultar sino una cuestión a resolver (OMS, 2021).

El mayor riesgo de la depresión es el intento suicida, especialmente doloroso en un niño o un adolescente. De allí la necesidad del diagnóstico precoz que posibilite prevenirlo (Basile, 2002).

El suicidio se ha convirtiendo en una problemática social, y de Salud, que no sólo afecta a la salud mental de los adolescentes, quienes cursan una etapa crítica debido a sus cambios cognitivos, fisiológicos y conductuales, sino que también afecta a los sistemas: familiares, educativos, sociales y de la salud, razón por la que resulta necesariamente la intervención de profesionales del área, así como investigaciones sobre el tema que permitan dar a conocer métodos y técnicas efectivas para prevenir, diagnosticar, evaluar y tratar la depresión como factor de riesgo suicida en adolescentes (Corcuera Mejía, Iglesias Osorio).

Estado del Arte

Luego de una revisión bibliográfica en diversos repositorios, bases de datos como Redalyc, Scielo, etc., es observable escasa bibliografía en la cual se vean articulados los conceptos a integrar en el presente trabajo. En la búsqueda se tuvieron la cuenta tesis, publicaciones, etc. las cuales no sobrepasan la década de antigüedad. Cabe mencionar que, si bien no hay muchas publicaciones sobre el tema en Argentina, es posible hallar diversas notas en medios periodísticos en las cuales profesionales de la salud mental exponen sobre la problemática.

Según el informe "El suicidio en la adolescencia. Situación en la Argentina" - publicado por el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, 2019) en nuestro país el suicidio adolescente muestra una tendencia creciente verificada en las tasas que surgen de los últimos datos estadísticos disponibles.

El mencionado estudio muestra que, en la Argentina, los suicidios constituyen la segunda causa de muerte en la franja de 10 a 19 años (MSAL, 2016). En el grupo de 15 a 19 años, la mortalidad es más elevada, alcanzando una tasa de 12,7 suicidios cada 100.000 habitantes, siendo la tasa en los varones 18,2 y en las mujeres 5,9 (MSAL, 2016). Desde principios de la década de 1990 hasta la actualidad la mortalidad por suicidio en adolescentes se triplicó considerando el conjunto del país (MSAL, 2016).

Del análisis específico que realizan surge que tanto en Jujuy, Chubut, Santa Fe y Misiones hay departamentos en las mismas que concentran mayores tasas de suicidio y superan al promedio provincial. La mortalidad por estos eventos en la adolescencia no registra la misma intensidad en las distintas edades. En todo el país se observa que la mortalidad por suicidio es mucho más significativa en el grupo etario de 15 a 19 años.

Según el estudio teniendo en cuenta los resultados cualitativos se observan diversas tipologías o "tipos ideales", aclarando que el marco conceptual proviene de la Psicología Social en su atravesamiento con algunos desarrollos de la sociología de las juventudes. En consecuencia, no incluye conceptos provenientes de las diferentes corrientes psicológicas que se han ocupado de la temática del suicidio.

Consideran que la muerte autoprovocada nunca es el resultado de un solo factor o hecho. No obstante, los profesionales de la salud que trabajan en este campo advierten que pueden identificarse algunas causas que, combinadas con otros factores, podrían

derivar a una conducta suicida", señalaron desde UNICEF. Los factores que se identificaron como preponderantes en relación con dicha conducta en adolescentes son:

- Adolescentes que han atravesado situaciones de inexistencia o pérdida de soportes.
- Adolescentes sin contención familiar con los que las instituciones intervinientes fracasaron.
- Adolescentes que sufrieron la pérdida de una relación afectiva que constituía su principal soporte.
- Adolescentes que sufrieron o temen sufrir desfases entre sus expectativas y sus logros.
- Adolescentes que experimentan una aguda sensación de fracaso frente a sus propias expectativas de logro y/o que consideran que no realizan las expectativas de sus familias o de otras instituciones como los mandatos religiosos.
- Adolescentes que experimentan temor al fracaso frente a inminentes pruebas de tránsito a la juventud/adulthood, por ejemplo, la terminación del secundario y el ingreso a estudios terciarios-universitarios o al mundo laboral.
- Adolescentes que interiorizaron esquemas valorativos rígidos, que no admiten ser confrontados por situaciones que implican valores contrarios, y por lo tanto son vividas como hechos traumáticos no procesables.
- Adolescentes en los que existe un componente de trastorno mental evidente, que no llegaron o no fueron debidamente atendidos por las instituciones de salud mental.

A partir del análisis de los casos, y en diálogo con los marcos de interpretación, las y los investigadores han esbozado un esquema de los principales aspectos que en nuestro medio llevan al intento o a la consumación del suicidio adolescente.

La angustia y la incertidumbre de las y los adolescentes y jóvenes en relación con sus posibilidades de desarrollo tanto en lo interpersonal afectivo como en lo social (plano de lo educativo y lo laboral)

La ausencia o debilidad en el cumplimiento de las funciones paternas, asociadas a la posibilidad de contener, sostener, proteger y acompañar al niño, la niña y al adolescente en su desarrollo, es un aspecto que está presente en gran parte de las y los jóvenes que conformaron la muestra, utilizada para la realización del estudio

Rigidez o falta de flexibilidad con la que algunos/as adolescentes enfrentan los diferentes desafíos que se presentan en sus vidas puede estar presente en los suicidios adolescentes. Se trataría de hechos que no son admitidos para sí en sus universos de vida

y frente a los cuales no sienten que cuentan con recursos para enfrentarlos (UNICEF, 2019).

En el año 2021 se publica un trabajo realizado en conjunto por el Ministerio de salud (MSAL), UNICEF y la Sociedad Argentina de Pediatría llamado “Abordaje integral del suicidio en las Adolescencias. Lineamientos para equipos de salud”, en el cual mencionan que los suicidios y las autolesiones en adolescentes y jóvenes forman parte de una de las problemáticas más complejas de Salud Pública; y por lo tanto, requieren respuestas y abordajes complejos y situados. La mortalidad por suicidio es enmarcada dentro de las denominadas causas externas (junto a siniestros viales, homicidios, y eventos de intención no determinada), y se configura como la segunda causa entre estas. A medida que aumenta la edad, cobra mayor relevancia, afectando en gran medida a las adolescencias tardías (15 a 19 años) y a las juventudes (20 a 24 años).

Las causas externas explican seis de cada diez defunciones en adolescentes de 10 a 19 años: se trata de muertes evitables, relacionadas a situaciones de violencia que provocan lesiones -intencionales o no intencionales, autoinfligidas o infligidas por terceros- y que afectan especialmente a los varones de 15 a 19 años

Se considera de suma importancia la vigilancia epidemiológica de las causas externas en general y del suicidio en particular, desarrollando sistemas de registro y análisis de información que permitan una mejor caracterización de los fenómenos y orienten estrategias para reducir la morbimortalidad por estas causas, los autores del estudio afirman que los datos sobre las muertes en ocasiones no son registrados como corresponde generando esto estadísticas erróneas sobre los números totales de decesos por suicidio.

El estudio busca facilitar herramientas para garantizar el abordaje integral del suicidio en la adolescencia, la importancia de una articulación basada en los principios de interdisciplina, intersectorialidad y corresponsabilidad del conjunto de las políticas públicas destinadas a esta población. Se realizó una búsqueda bibliográfica y un relevamiento de datos a través de informantes clave, luego, el material fue ajustado en función de un proceso de revisión y enriquecimiento por parte de referentes en la materia, convocados/as especialmente para tal fin.

Reconocen que la relevancia del suicidio en la adolescencia no afecta sólo a un sector socioeconómico ni queda reducido al espacio privado -individuos, familias o pequeños grupos- sino que es un fenómeno transversal que trasciende al conjunto de la sociedad y, por esta razón, se obliga a dar una respuesta a través de las distintas políticas

públicas, priorizando un abordaje articulado, integral y comunitario (Dirección de las adolescencias y juventudes, 2021)

Se comprende a la problemática del suicidio y las autolesiones como una de las múltiples manifestaciones de las violencias, en tanto “uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho, o como amenaza, contra uno mismo” o, lo que es lo mismo, violencia autoinfligida. Desde esta perspectiva, el suicidio no se comprende en sí mismo como una entidad psicopatológica ni se circunscribe a un padecimiento mental: se entiende al suicidio como un fenómeno multicausal en el que interactúan factores del orden individual, familiar, social y comunitario.

Consideran que se pueden distinguir dentro de la violencia autoinfligida dos fenómenos:

- Violencia autoinfligida con intención suicida: está asociada a una ideación suicida franca e incluye los pensamientos, intentos y eventos consumados;
- Violencia autoinfligida sin intención suicida / automutilación: “Destrucción o alteración directa y deliberada de partes del cuerpo sin una intención suicida consciente”. (OPS/OMS, 2003:201)

Las autolesiones no suicidas son actos de violencia autoinfligida que no tienen como finalidad acabar con la propia existencia, mientras que en la violencia autoinfligida con intención suicida opera una ideación, sustentada en el pensamiento mágico, colocada en que la muerte es una solución frente a un sufrimiento que no tendría fin, un dolor vivenciado como “para siempre”.

Algo que se destaca es que alrededor de la problemática del suicidio circulan varios mitos que afectan las prácticas de prevención y postvención como, por ejemplo:

“El/la que dice o amenaza con que se va a matar, no lo hace”. Se ha demostrado que la mayoría de las personas que cometen suicidio tuvieron un intento anterior, dieron algún aviso o comunicaron sus intenciones. Por lo tanto, no se deben minimizar estas advertencias y es necesario intervenir oportunamente para prevenir.

“Hablar con una persona sobre sus intenciones de matarse incrementa el peligro”. Es necesario hablar con los/as adolescentes sobre sus intenciones de matarse. El peligro reside en que éstas se mantengan ocultas. En realidad, la validación del estado emocional de la persona y la normalización de la situación inducida por la tensión son componentes necesarios para reducir la ideación suicida

Por ello proponen generar espacios de intercambio y debate al interior de los equipos de salud, con otros actores intervinientes y con la comunidad en general.

Siguiendo la publicación titulada Multicausalidad de los Procesos Suicidas Adolescentes (2018), los autores señalan que en la Argentina los comportamientos suicidas en adolescentes constituyen una situación grave que requiere la toma de medidas preventivas. La correcta valoración del riesgo de comportamientos suicidas requiere preparación técnica y un sólido y articulado trabajo en equipo, marco necesario para la detección precoz y para la toma de medidas adecuadas.

Consideran que el suicidio es un problema complejo, multicausal y de abordaje interdisciplinario, ya que si no hay herramientas metodológicas que fortalezcan a los profesionales cuando se vean ante este tipo de situaciones, no hay manera de ayudar sistemáticamente. Quizás resulte utópico pensar en acabar con el suicidio en la sociedad actual, pero no por ello se debe dejar de poner énfasis en campañas que sirvan de ayuda y consejo a las personas que desarrollan esta conducta como resolución a su conflictiva. La influencia de ciertos factores de riesgo provoca en los adolescentes sentimientos de stress, confusión, presiones, miedos, llevando al estado de angustia carente de recursos o alternativas de afrontamiento, en donde el mismo puede transitar por un proceso suicida (Guzmán, 2018)

El intenso estrés, confusión, miedo e incertidumbre, así como la presión por el éxito, y la capacidad de pensar acerca de las cosas desde un nuevo punto de vista influye en las capacidades del adolescente para resolver problemas y tomar decisiones. Para algunos adolescentes, los cambios normales del desarrollo, a veces acompañados por otros hechos o cambios en la familia como el divorcio o la mudanza a una nueva comunidad, cambios de amistades, dificultades en la escuela u otras pérdidas, pueden causar gran perturbación y resultar abrumadoras. Los problemas pueden apreciarse como demasiado violentos o difíciles de sobrellevar. Para algunos, el suicidio puede parecer una solución. (Guzmán, 2018)

En el trabajo “Factores de riesgo de la conducta suicida asociados a trastornos depresivos y ansiedad” (2014) sus autores nos indican que el suicidio es una de las 10 principales causas de muerte a nivel mundial. La conducta suicida es resultado de la interrelación de factores psicopatológicos (depresión, psicosis, drogas), sociales (aislamiento, situación laboral), biológicos (heredabilidad del 50%, hipofunción serotoninérgica) y ambientales (sucesos estresantes, situaciones de maltrato). El 90% de las personas que fallecen por suicidio sufren una patología psiquiátrica (depresión mayor, trastorno bipolar, abuso de alcohol-drogas, esquizofrenia y trastornos de personalidad). Se ha determinado que el riesgo de suicidio en los pacientes psiquiátricos es de 2.4 a 23

veces superior al de la población general. Una de las medidas más eficaces para prevenir el suicidio es el correcto diagnóstico y tratamiento de la enfermedad mental.

El principal hallazgo de este estudio es que en poblaciones clínicas la comorbilidad depresión-ansiedad es el factor de riesgo más importante para la conducta suicida, a diferencia de estas condiciones por separado y que otros diagnósticos.

Otro hallazgo importante es que los pacientes con intentos de suicidio y otros diagnósticos -diferentes de la ansiedad y la depresión- presentan mayor carga familiar de conducta suicida que los pacientes con ansiedad y/o depresión, además éstos presentaron más trastornos de personalidad. El factor de riesgo más importante para los intentos de suicidio fue la depresión comórbida con ansiedad. Esta relación es superior a otros factores de riesgo como puede ser no tener hijos, historia familiar de conducta suicida o la edad. En su estudio se determinó que quienes presentaban ansiedad y depresión eran más impulsivos, realizaron más intentos suicidas, y tenían antecedentes familiares de conducta suicida, abuso sexual y emocional en la infancia. (Baca García, Fuensanta Aroca,2014)

Otro trabajo que expone la relación depresión y suicidio es el trabajo realizado por Bedoya Cardona y Montaña Villalba (2016) denominado “Suicidio y Trastorno Mental” aquí las autoras expresan que los trastornos mentales más frecuentes en adultos que han realizado intentos de suicidio son depresión, distimia, bipolaridad, trastorno de personalidad, ansiedad, agorafobia, abuso de sustancias (drogas psicoactivas, alcohol y tabaco), esquizofrenia, somatización y trastornos alimentarios como la anorexia nerviosa. En adolescentes se encuentran trastornos de conducta, depresión, fobias simples y ansiedad generalizada. También existe relación entre suicidio y trastornos de alimentación en adolescentes mujeres, trastornos de conducta en hombres (límite y sociópata) y abuso de sustancias en ambos sexos

Existe mayor riesgo de suicidio en los primeros meses después de ser diagnosticado con algún trastorno afectivo, depresión psicótica y trastorno bipolar.

También se ha encontrado evidencia de que a mayor número de trastornos mentales comórbidos es mayor el riesgo de suicidio, siendo la depresión uno de los principales

A nivel sintomatológico existe una relación entre depresión y suicidio. Se estima que la depresión por sí sola aumenta el riesgo de suicidio, sostienen que las personas deprimidas presentan tasas de suicidio 44 veces superiores a las personas sin depresión, y 8 veces superiores al resto de los pacientes psiquiátricos. En la tentativa de suicidio, la depresión juega un papel determinante y afecta principalmente a los adolescentes

En personas con trastorno depresivo al menos un 27% han tenido un intento de suicidio a lo largo de sus vidas. La depresión puede incrementar hasta 12 veces el riesgo de suicidio cuando predomina la desesperanza, asociada con intencionalidad y alta letalidad. La vivencia de sufrimiento en la depresión, evidente en cartas de personas que han realizado actos suicidas, se ha relacionado con mayor frecuencia e intensidad de ideación y conductas suicidas

Concluyen su trabajo afirmando que la presencia de un trastorno mental es un factor de riesgo de suicidio. Dentro de los diferentes trastornos, la depresión y la esquizofrenia aumentan significativamente el riesgo, siendo la desesperanza el componente más relacionado. Entre tanto, en las personas con trastornos de personalidad, ansiedad y consumo de sustancias, predominan la presencia de impulsividad y pérdida de control asociados al suicidio (Bedoya Cardona y Montaña Villalba. 2016).

En “Consideraciones sobre el suicidio; aportes desde una lectura psicoanalítica” (2019), se realizó un relevamiento bibliográfico para introducir y desplegar los interrogantes sobre la problemática del suicidio, se registró la lectura y escritura vinculada a lo fenomenológico del concepto de suicidio desde la etimología del término y las consideraciones culturales, religiosas y filosóficas para dar lugar a las lecturas psicoanalíticas. Aborda la problemática del suicidio desde la clínica de la melancolía, haciendo mención a los escritos de Freud y Lacan.

El autor concluye su trabajo afirmando que, si bien hablar de suicidio es y será, como se dijo, enigmático, lo que surge de este recorrido no se encuentra en el interrogante sobre un acto que de alguna manera es inexplicable y trágico, sino en el interrogante sobre el registro, sobre la huella y sobre lo que se puede leer y nombrar. Un primer momento quizás lo delimitó el establecer un nombre que permitió un registro simbólico sacándolo del anonimato y dándole entidad propia. Se lo empezó a considerar dentro de los eventos posibles que se suceden en la vida humana. Permitiendo que se lo aborde desde diferentes puntos de vista: científico, religioso, social, artístico, etc. Movimiento semejante se produjo en el abordaje psicoanalítico, desde los planteos Freudianos con la teorización de la pulsión de muerte, hasta el planteo Lacaniano de una estructura inconsciente que provee de un registro significativo

En Riesgo e Ideación Suicida y su Relación con la Impulsividad y la Depresión en Adolescentes Escolares (2018) por medio de un diseño transversal de alcance explicativo, se analizó la relación estadística entre riesgo e ideación suicidas con la depresión e impulsividad. Participaron 179 adolescentes escolarizados entre 14 a 17 años, utilizan escalas de ideación suicida de Beck, la escala de riesgo suicida de Plutchik y el

inventario de Ideación Suicida Positiva y Negativa como instrumentos para llevar a cabo la investigación

El suicidio es visto como un fenómeno complejo y multicausal de grandes magnitudes e impactos a nivel mundial, en la actualidad alcanza altas tasas de mortalidad que afecta con mayor frecuencia a la población adolescente y joven. Debido a su impacto negativo en la sociedad, se ha considerado como un problema de salud pública que debe ser estudiado y abordado de manera interdisciplinar e intersectorial.

Consideran tanto la depresión como la impulsividad son variables que están estrechamente relacionadas con el riesgo y la ideación suicida en la adolescencia.

Los resultados arrojados por los instrumentos aplicados. El 20.7% de los adolescentes presenta riesgo suicida según la escala de Plutchik, cuya proporción corresponde al 21.3 % al género femenino y el 19.7% al género masculino.

Los resultados de la escala de impulsividad de Plutchik, muestran que el 22.3 % presenta una tendencia a actuar y razonar de manera impulsiva, de los cuales el 26.9% son mujeres y el 15.5% hombres. En cuanto a la presencia de sintomatología depresiva de acuerdo con el inventario de Beck, se identificó que el 2.8% presenta sintomatología grave, y el 17.3%, síntomas moderados. El 61.5% no presenta sintomatología depresiva.

En la búsqueda de establecer la relación entre el riesgo y la ideación suicida respecto de la impulsividad y la depresión en adolescentes, en este estudio encontró una prevalencia de ideación suicida negativa del 50.2 % y un factor general del 30.2%, al igual que un indicador de riesgo del 20.7% en la población de adolescentes entre 14 y 17 años.

Lograron identificar que tanto la impulsividad como la depresión se relacionan de manera directa con el riesgo y la ideación suicida, de tal modo que, a mayor tendencia a la impulsividad y gravedad de los síntomas depresivos, mayor es el nivel de riesgo e ideación en los adolescentes estudiados.

En “Suicidio en adolescentes, Una problemática silenciosa” (Jiménez Herrera, 2021) el autor realiza análisis teórico sobre el suicidio desde una perspectiva psicoanalítica, y de un proceso de investigación que permitió comprender una serie de paradojas que no logran ser explicadas por otras corrientes de estudio. El trabajo investigativo tuvo como finalidad determinar cuáles son los factores que determinan el suicidio en los adolescentes.

La metodología aplicada fue la de revisión bibliográfica y documental psicoanalítica, principalmente Freud y Lacan como fuentes primaria y secundaria

Al analizar la problemática del suicidio desde el psicoanálisis principalmente y también de otras corrientes ajenas al psicoanálisis sirvió de encadenamiento al ir descifrando la problemática que rodea al acto suicida, permitiendo determinar los factores activantes de la conducta suicida y crear un dispositivo de apoyo para la prevención del suicidio desde una perspectiva distinta entendiendo que:

Tener depresión, episodios de ansiedad o incluso las autolesiones no son un diagnóstico sino solo síntomas que remiten a un conflicto psíquico que encarna en esas formas, y que incluso puede haber una perturbación mental en ciertos casos

Teniendo en cuenta los factores predisponentes y determinantes para el intento suicida entienden la adolescencia como un período de vida del sujeto en el cual los estados de vulnerabilidad aumentan debido a los trabajos de subjetivación que debe realizar el individuo, en algunos casos esto no se va a dar de forma correcta o si lo hace de forma lábil podría llevar al sujeto al acto suicida.

Luego de la realización del trabajo se logró proponer modalidades de atención e intervención psicoanalíticas para promover que el destino de estos adolescentes no sea el ponerle fin a la vida al auto eliminarse mediante la escucha que logre un cambio de posición subjetiva y una valorización de su palabra. Incluso el trabajo con los padres ya que la orientación a ellos sobre las características del periodo que transitan sus hijos es fundamental ubicarlos para que en vez de que el adolescente se encuentre en el sin sentido o tragado por esa madre “cocodrilo”, le den al hijo una posibilidad para que elabore su propia subjetividad. (Jiménez Herrera, 2021).

Otra investigación titulada “Clínica de la depresión infantil: técnicas de diagnóstico y tratamiento” menciona que la depresión se ha transformado en una cuestión de salud pública preocupante, en las últimas dos décadas ha presentado- junto con la ansiedad- un incremento cercano al 50 %, pasando de 416 millones de personas las que padecían dichos trastornos en 1990 a 615 millones en el año 2013 (OMS, 2016). Ha sido considerada en los últimos años, por la Organización Panamericana de la Salud (de ahora en adelante OPS), como una “crisis global” (2012), presentándose como un problema de gran dimensión, en el que intervienen e interaccionan diversos factores: biológicos, psicológicos y sociales, donde no sólo se ve afectado el sujeto que la padece sino también su entorno familiar, escolar, laboral y la comunidad. Se manifiesta como la principal causa de enfermedad, a nivel mundial, en el rango que va de los 10 a 19 años (OMS, 2014).

Por ello el diagnóstico precoz es imprescindible para detectar a tiempo dicha patología e intervenir oportunamente, minimizando el sufrimiento psíquico y las

consecuencias futuras para ese sujeto. Su diagnóstico reviste determinadas dificultades por su elevada comorbilidad y solapamiento sintomatológico

La autora realiza una revisión bibliográfica la cual tiene como objetivos desarrollar el concepto actual de depresión infantil, desde la teoría cognitiva y desde la psicoanalítica; y exponer las técnicas de diagnóstico específicas para dicha población.

Con respecto a la problemática planteada en el presente trabajo se menciona que Las conductas suicidas en las infancias y adolescencias han comenzado a considerarse desde hace varios años como un problema de mayor gravedad, observándose una relación entre estas conductas y la depresión como un trastorno psicopatológico , por ello toma datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2016) en donde se ratifica la relación establecida entre suicidio y trastornos relacionados con la depresión, enfatizando que se pueden llegar a ocasionar en cualquier etapa vital. En 2012 fue la segunda causa principal de muerte en los adolescentes y adultos jóvenes (en la franja de 15 a 29 años).

En su recorrido por diversas investigaciones que no fueron tomadas en este trabajo por su antigüedad superior a los diez años se muestra ya, la relación existente entre la depresión y el suicidio.

Resulta de interés mencionar la investigación realizada en la región por Zelaya, Piris y Migliorisi (2012) donde se confirmó que la gran mayoría de los casos de los adolescentes que ingresaron al hospital pediátrico por intento de suicidio presentaban diagnóstico de trastornos depresivos graves, asimismo se encontró una fuerte asociación entre intentos de suicidio y maltrato infantil. De las conductas consideradas como suicidas, la más frecuentes, sobre todo en niños y adolescentes según Bella, Fernández & Willington (2010) es la ideación suicida. De su investigación concluyen que un porcentaje considerable de las personas que presentaron ideaciones suicidas en algún momento de sus vidas planifican un intento de suicidio (aproximadamente el tercio), y de ellas, logran llevarlo a cabo un 10 %.

Las autoras concluyeron destacando un aspecto sobre la depresión el cual se relaciona con las dificultades que se presentan al momento del diagnóstico de esta. Varios autores señalan que dicho trastorno presenta una comorbilidad elevada, generando superposición de síntomas con otras patologías. Si el profesional no está altamente capacitado para realizar un diagnóstico correcto producirá un diagnóstico erróneo o un “doble diagnóstico. (Burgueño Cabrera,2017)

Los autores de “Depresión e ideación suicida en la adolescencia: implementación y evaluación de un programa de intervención” (2020), consideran que la adolescencia se caracteriza por el proceso de organización de su identidad. El joven atraviesa por

experiencias de sufrimiento, soledad, dudas, ansiedad y confusión. Los cambios de humor son característicos en esta etapa pudiendo ocasionalmente alcanzar momentos depresivos, los comportamientos antisociales, la necesidad de aceptación en grupos y la oposición a cualquier autoridad y personas que representan el control son parte de este proceso y duelo. La soledad y el aislamiento también son comunes entre los adolescentes. Aunque la depresión no es una enfermedad silenciosa, rara vez se diagnostica en la práctica médica diaria (Amaral, Sampaio, Ney Matos, Tenente Santos Pocinho, Fernandes Mesquita, & Sousa Milanês, 2020)

El estudio realizado fue cuasiexperimental, evaluaron jóvenes de 13 a 17 años de una escuela privada e implementaron diversos instrumentos, entre ellos: la forma sociodemográfica, la Escala de ideación de suicidio de Beck (SSI), el Inventario de depresión de Beck (BDI) y la Escala de desesperanza Beck (Escala de desesperanza de Beck - BHS). La aplicación fue colectiva, con una duración promedio de 30 minutos.

Concluyeron que los estudios demostraron que la depresión, la desesperanza y la ideación suicida son predictores importantes del riesgo de suicidio. El deseo de muerte de los adolescentes puede interpretarse como una alternativa para que estos jóvenes encuentren sentido en la vida. Los adolescentes participantes en el programa de intervención presentaban ideación suicida, síntomas depresivos y desesperanza, sin ocultar sus pensamientos y emociones negativas, ni el deseo de acabar con la vida.

Conocer los principales factores de riesgo asociados con el suicidio es un paso importante en la planificación de programas de prevención. Los factores asociados con la ideación suicida en la adolescencia incluyen trastornos mentales, características personales y familiares, problemas de comportamiento del adolescente y sus amigos. Los autores informan que los factores que más se destacan son depresión, desesperanza, soledad, tristeza, preocupación, ansiedad, baja autoestima, agresión de padres y amigos, distorsiva comunicación con los padres, abuso físico escolar, uso de sustancias, contacto con alguien que haya intentado suicidarse. En el curso de las sesiones que, implementadas, intentaron reflexionar sobre los factores de riesgo, concientizar y facilitar el intercambio de ideas / experiencias y el desarrollo de estrategias de regulación emocional y resolución de problema

Intervención Cognitiva Conductual En El Abordaje Terapéutico En La Depresión Como Factor De Riesgo En El Suicidio De Adolescentes (2015) es un artículo de revisión tiene como objetivo sistematizar 25 investigaciones y artículos el se centrara sobre la intervención cognitivo conductual en el abordaje terapéutico de la depresión, el cual pretende establecer la relación entre depresión y conducta suicida en adolescentes, para

lograr este objetivo recurrió a modelos explicativos desde el enfoque cognitivo conductual con autores de primer orden como Skinner, Freemann, Beck entre otros.

Manifiestan que la teoría cognitiva basa el estudio de la depresión en tres conceptos fundamentales como son la triada cognitiva, los errores cognitivos y los esquemas en donde se explica que el individuo atiende selectivamente a unos estímulos luego los combina y conceptualiza formando así unos patrones cognitivos estables

Concluyen luego de su revisión que se debe actuar sobre los factores de riesgo que existentes para este comportamiento, entre los que se encuentra la depresión con el 90% según las investigaciones. Los artículos e investigaciones con las que trabajaron hablan de la eficacia de la intervención cognitivo conductual para el abordaje terapéutico de dicho estado, ideación y conducta suicida, planteando que la intervención cognitivo conductual actúa disminuyendo los efectos de la depresión sobre la conducta suicida y de autolesión. Plantean que esa modalidad de intervención resulta más efectiva y la que ha ganado mayor importancia como un enfoque para comprender la depresión y las conductas e ideaciones suicidas.

Entienden que el trastorno depresivo se constituye como factor de riesgo para las conductas mencionadas, debido a la interpretación errónea que los pacientes hacen sobre sí mismo, el mundo y su futuro, dicha interpretación hace que los pacientes experimenten sentimientos de desesperanza ante la falta de sostenes alternativos o mecanismos de manejo de las creencias irracionales, generando así un deseo consciente de escapar y deseo de muerte, percibiendo distorsivamente el suicidio como una solución (Freedmann, Reinech, 1995).

En el estudio Perfiles Psicológicos de adolescentes con conducta suicida(2018) expresa que existe la necesidad de realizar más estudios sobre la problemática a fin de incrementar la eficacia de las estrategias preventivas e interventivas, y con ello la posibilidad de evitar muertes prevenibles.

La intención del estudio fue realizar una descripción de los perfiles prototípicos de los adolescentes con conducta suicida, para ello el autor realizo un estudio transeccional, correlativo y descriptivo. Trabajando con un grupo de jóvenes entre 8 y 17 años con intentos autolíticos atendidos en un centro de urgencias, se utilizó como instrumento la entrevista para la recolección de datos. Consideran que de la obtención de estos perfiles prototípicos se pueden sugerir diferentes procesos de tratamiento ajustados a cada uno de estos perfiles.

Consideran que, durante la adolescencia, las relaciones tienen una mayor relevancia, por la necesidad de pertenencia al grupo y la intensidad de las vivencias. Si

consideramos una mayor impulsividad y una infravaloración de los riesgos, todo ello puede llegar a incrementar la probabilidad de tentativas autolíticas durante esta etapa vital.

Los autores toman como referencia a Fortune, Stewart, Yadav y Hawton quienes postulan que a la consumación del suicidio se puede llegar a través de tres procesos bien diferenciados. El primer tipo de proceso se manifestaría en adolescentes con problemas vitales y conductuales de largo recorrido, fracaso escolar, relaciones familiares deterioradas, abusos sexuales, violencia familiar, rasgos de personalidad desadaptativos, baja autoestima y/o problemas relacionales con iguales(grupo 1). El segundo tipo sería observable en adolescentes que padecen trastornos de salud mental graves(grupo 2).El tercer proceso sería el que se desarrollaría se observa en adolescentes que no pueden incluirse en ninguna de las categorías anteriores y en los que la conducta suicida acontece tras un evento vital estresante, como podría ser el fallecimiento de un ser querido(grupo3)

Observaron que únicamente tres de cada diez adolescentes que presentaron conducta suicida lo hicieron en el contexto de un cuadro psicopatológico en curso ; que la mayoría ellos presentaban problemáticas de larga evolución con disfunción en diferentes áreas de desempeño; y que las tentativas que aparecen de forma inesperada, sin una historia de larga evolución de problemas o en ausencia de un cuadro psicopatológico, resultaron muy poco frecuentes.

Tomando solo como referencia lo que es relevante para este trabajo los autores determinaron que dentro del grupo 2 adolescente, aquellos que presentaron trastornos mentales, los trastornos afectivos, especialmente episodios depresivos fueron con diferencia los más prevalentes, cerca del 40%. Estos resultados fueron muy reveladores pues destacan la fuerte relación entre depresión y conducta suicida en esta población.

Por último, concluyeron en el tipo de abordaje que consideran más adecuado para cada grupo estudiado , considerando que los tratamientos más adecuados para el grupo 1 serían los basados en la adquisición de habilidades, tales como la Terapia Dialéctico conductual . Para el grupo 2 ,tratamientos focalizados en la estabilización de los cuadros clínicos de depresión como la terapia Cognitivo-Conductual y/o psicofármacos como por ejemplo los inhibidores de la recaptura de Serotonina, acompañados de la monitorización de la ideación autolítica (Villar-Cabeza, Castellano-Tejedor, Sánchez- Fernández, Vergé Muñoz.& Blasco-Blasco,2018)

Problema

¿Cuál es la opinión que tienen los especialistas de salud mental que desempeñan sus actividades en una institución pública de la ciudad de Rosario sobre la relación entre el suicidio en adolescentes entre 15 y 19 años y los estados depresivos ?

Justificación

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de Salud (OPS) el fenómeno del suicidio es una de las principales causas de muerte en el mundo y en la región. Estas organizaciones determinaron que se produce aproximadamente una muerte por suicidio cada 40 segundos y un intento de suicidio cada 3 segundos en Suramérica.

Dadas las características evolutivas de la adolescencia, esa etapa de la vida se presenta como más vulnerable a alteraciones en el estado de ánimo, con el consiguiente aumento en la tasa de suicidio, comparativamente mayor que en otras etapas de la vida, según UNICEF es la segunda causa de muerte en los jóvenes entre 10 y 19 años en Argentina. En el grupo de 15 a 19 años, la mortalidad es más elevada, alcanzando una tasa de 12,7 suicidios cada 100.000 habitantes, siendo la tasa en los varones 18,2 y en las mujeres 5,9 (MSAL, 2016).

Considerar el suicidio como tema principal en una investigación implica reflexionar sobre la propia existencia. La muerte es un tema que despierta interrogantes y creencias de variada índole, más aún cuando tiene que ver con un acto ejecutado por el ser humano en perjuicio de su propia vida. El suicidio ha sido un tema de preocupación en las diferentes culturas, y ha ido variando, asimismo, a lo largo de la historia (muñoz, 2019)

En las últimas décadas se ha observado un dramático cambio en las causas de mortalidad adolescente. Antes, los jóvenes morían en gran parte de causas naturales, por enfermedades congénitas en su mayoría, mientras que ahora es más probable que lo hagan por causas previsibles. Parte de este cambio se corresponde con el aumento mundial de las tasas de suicidio adolescente en países desarrollados, como en los en vías de desarrollo, siendo la depresión quien encabeza la lista de factores predisponentes.

La adolescencia, considerada como una etapa de crisis y cambios, hace que el joven se encuentre en un estado de vulnerabilidad en el que las conductas impulsivas y agresivas, a veces dirigidas hacia los otros y otras

hacia ellos mismos, se hacen presentes especialmente en esta etapa vital.(Aberastury y Knobel, 1971)

En la etapa adolescente, el joven se ve afectado por múltiples cambios que ocasionan muchas veces ansiedad y depresión, lo que muchas veces culmina, en el acto suicida.

Es importante por lo dicho anteriormente explorar las diversas opiniones que tienen los profesionales de la salud mental sobre la problemática que articula los tres conceptos fundamentales que se abordan en este trabajo y en base a sus respuestas poder conocer que se hace en nuestra ciudad respecto al suicidio.

Objetivos

General

Conocer la opinión de profesionales sobre la relación existente entre estados depresivos y suicidio en adolescentes entre 15 y 19 años de la ciudad de rosario

Específico

Indagar desde la mirada de los profesionales de salud mental cuales son los determinantes que desencadenan conductas suicidas en los adolescentes

Identificar desde la opinión de los profesionales de la salud las características que hacen que la adolescencia se considera una etapa de vulnerabilidad

Explorar de la opinión de los profesionales de la salud los factores que llevan a los adolescentes a estados depresivos y su vinculación con el suicidio

Capítulo 1

Suicidio

La palabra suicidio deriva del latín moderno *sui* (de sí mismo) y *cidium* (matar), el Diccionario Hispánico Universal (1968) define al suicidio como un acto intencional causado a uno mismo que pone en peligro la vida y que da como resultado la muerte. Por otra parte, la Organización Mundial de la Salud (2010) lo define como “el acto deliberado de quitarse la vida”. Cada día hay en promedio casi 3000 personas que ponen fin a su vida, y al menos 20 personas intentan suicidarse por cada una que lo consigue (UNICEF. 2019).

“El suicidio es un proceso complejo multideterminado que va más allá del acto, rompiendo la concepción del hecho consumado”(AAPS, 2003), por ello es pertinente considerar los conceptos de “comportamiento suicida” o disposición suicida. El intento de suicidio, junto al suicidio, son las dos formas más representativas de esta conducta (comportamiento), aunque no las únicas. Es importante poder incluir y considerar en la definición del comportamiento suicida a todas las formas intermedias que conforman el espectro (denominado continuum autodestructivo). Estas son:

- La ideación de la autodestrucción en sus diferentes gradaciones. La ideación suicida incluye: el deseo de morir, la representación suicida, la idea suicida sin planeamiento de la acción, con un plan inespecífico aún, con un método específico no planificado y con un específico y adecuado método planificado.
- Las amenazas, engloban a todas aquellas expresiones verbales o escritas que manifiestan el deseo de matarse.
- El gesto, suicida sería una forma de expresión cuando la amenaza ocurre teniendo los métodos a disposición, pero sin llevarla a cabo. Por ejemplo, tener las pastillas en la mano, pero sin tomarlas.
- El intento de suicidio, también denominado parasuicidio, tentativa de suicidio, intento de autoeliminación (IAE) se define como aquel acto sin resultado de muerte en el que un individuo, de forma deliberada, se hace daño a sí mismo. (OMS, 2000)

- El hecho consumado. (Pérez Barrero, S. A.1999)

Los factores de riesgo que han sido explorados con mayor frecuencia en la bibliografía consultada son:

- Pérdida o ruptura afectiva
- La autoexigencia, exigencia parental y/o fracasos en logros esperados
- Los factores intrapsíquicos y de personalidad, particularmente los estados depresivos
- Los factores socioeconómicos y culturales, como la falta de expectativas laborales y de estudio
- Las perturbaciones en la vida familiar
- El consumo de alcohol y otras sustancias
- El hostigamiento o acoso escolar (bullying) como acontecimiento vital humillante y el ciberbullying

Breve recorrido histórico

El Suicidio es un fenómeno que ha acompañado la historia del hombre. Y aunque en diferentes épocas la explicación de sus causas y la actitud hacia el mismo han variado, el comportamiento o el acto ha existido en casi todas las culturas.

En las antiguas civilizaciones ya aparecen los primeros registros sobre el suicidio, escritos pertenecientes a la civilización egipcia reflejan el estado mental del suicida, mostrando que éste padecía una depresión grave con probables síntomas psicóticos, ideas de autodenigración y rumiación de ideas suicidas (Daray, Grendas, Rebok, 2016)

En la Grecia, el suicidio estaba considerado como algo indigno y vergonzoso, que incluso se castigaba amputando partes del cadáver del suicida. En países como Japón, China y gran parte de Europa, el suicidio no sólo era frecuente, sino que en muchos casos era honroso.

En los siglos VII y VIII, la Iglesia empezó a castigar severamente a quienes intentaban suicidarse y en el siglo XIII, Santo Tomás de Aquino atribuyó el suicidio a una inspiración. Varios de los primeros concilios de la Iglesia Cristiana decretaron que aquellos que cometieran suicidio, no se les podría aplicar los rituales de la iglesia tras su muerte. En la Edad Media, la Iglesia Católica Romana consideró expresamente esta práctica y lo tomó como un pecado. En las legislaciones medievales se ordenaba la confiscación de todas las propiedades del suicida y el cadáver sufría todo tipo de humillaciones.

En la actualidad, desde el punto de vista religioso el suicidio es considerado como una mala acción, debido a que el ser humano no tiene derecho a quitarse la vida que Dios le ha dado, y está condenado por el cristianismo, judaísmo e islamismo.

El hecho de que algunas personas decidan voluntariamente quitarse la vida ha sido un tema de preocupación en las distintas sociedades. Pero recién en el siglo XVII comenzó a surgir literatura moderna sobre el problema, muy lentamente se empezó a reflexionar sobre la conducta suicidas en una clave diferente de la de siglos anteriores.

La mayor parte de los libros publicados sobre el tema durante los siglos XVII y XVIII estuvieron marcados por la preocupación moral. Esta preocupación por el deber ser fue dando lugar a un interés mayor por el conocimiento de los hechos.

Hasta el siglo XVIII la legislación civil de casi todos los países intimidaba el suicidio con las más graves y deshonrosas penas, que casi siempre alcanzaban a los familiares del suicida.

En la Francia del Siglo XVII, Emile Durkheim fue el primero en explorar la influencia del contexto social y cultural sobre el riesgo de suicidio, menciona que los factores que pueden influir en la conducta suicida son: falta de lazos familiares o relaciones sociales relevantes, cuando por adversidad económica o social se rompe el vínculo entre el individuo o la sociedad a la cual pertenece. Postuló que el acto suicida era un fenómeno sociológico, como resultado de una falta de integración del individuo en la sociedad, más que un puro acto individualista. (Mansilla, s.f).

En el siglo XX, el estudio sobre el suicidio ganó terreno debido al aumento del índice de suicidios a nivel mundial. El psicoanálisis, la sociología, el existencialismo - dentro de la filosofía- y la biología se mostraron cada vez más atraídos por el estudio de este fenómeno y dedicaron una gran parte de sus esfuerzos a analizar sus causas y sus consecuencias, a la vez que se abocaban a la prevención de la conducta suicida.

Suicidio y sus interpretaciones teóricas

Las teorías sobre el suicidio han tenido amplia trayectoria en la investigación interdisciplinar, los psicólogos, psiquiatras, filósofos, entidades gubernamentales y religiosas lo han definido y explicado, de acuerdo con como se presenta en la bibliografía que será descrita a continuación

Concepción Medica

Con el pensamiento moderno la locura era considerada como instigadora de los pasajes al acto y la muerte voluntaria se inscribió en el campo de las ciencias médicas como una enfermedad. Durante el denominado Siglo de las Luces en Europa, el suicidio se relacionó cada vez más con la locura, con la melancolía y posteriormente con la depresión (López Steinmetz, 2017)

A partir del siglo XIX, el debate moral y religioso cede terreno al ámbito médico. El comienzo del desarrollo psicopatológico, ligado a la metodología científica, coincide con la secularización de la ley, lo que permitió el desplazamiento del enfoque condenatorio teológico y moral hacia la teoría del suicidio como hecho psicopatológico.

En el siglo XIX, con J. E. Esquirol (1838), comienza a considerarse el acto suicida como síntoma de una enfermedad mental, siendo este último autor quien lo define como el efecto de una enfermedad o de un delirio agudo. Plantea la prevalencia de suicidios en mayor número de hombres que de mujeres, y el fenómeno de epidemias de suicidios da cuenta que es un síntoma consecutivo

Por su parte Henri Ey en su Tratado de Psiquiatría, ubica al suicidio dentro de las reacciones antisociales, definiéndolo como la más frecuente reacción antisocial de la patología mental, y desarrolla el concepto de ideas suicidas como la expresión de un trastorno instintivo afectivo muy profundo en donde se imbrican la angustia y el delirio. Plantea como el suicidio más frecuente y característico el de la crisis melancólica. Va a decir, que el melancólico vive la experiencia de la muerte a la vez deseada y temida (Muñoz, 2019). En 1954 ensaya la primera clasificación clínica sobre suicidio, en la que distingue 3 formas de suicidio patológico: raptus suicida (reacciones brutales y paroxísticas), comportamiento suicida impulsivo (conducta secundaria a la organización defectuosa de la conciencia, atravesada por corrientes afectivas violentas) y las reacciones suicidas delirantes (en relación a la presencia de ideas patológicas). Propone, asimismo, diferenciar el pseudosuicidio (por ej. muertes accidentales donde el hombre se da muerte por error) del suicidio verdadero.

En la actualidad el suicidio es una conducta compleja influenciada por factores diversos. Por ello, en vez de hablar de suicidio, sería más adecuado referirnos a esta constelación de conductas como actos autolesivos cuyos significados y motivaciones varían según edad, etnia, sexo, historia de vida, etc. y otras muchas variables. El suicidio es fruto de la interacción de factores biológicos, genéticos, psicológicos, sociológicos, culturales, religiosos y ambientales, es decir, es un hecho multicausal que requiere tener

en cuenta diferentes consideraciones metodológicas al momento de implementar un plan preventivo o psicoterapéutico.

La orientación psiquiátrica clásica se ha basado sobre todo en la idea de suicidio como consecuencia de enfermedad mental, es decir, un individuo se suicida porque está enfermo. Esta perspectiva se remonta a principios del siglo XIX, cuando se comenzaron diversas investigaciones para encontrar anomalías morfológicas y funcionales en las personas que intentaban suicidarse. Se pretendía encontrar en las autopsias de los suicidios las lesiones que podían condicionar el suicidio.

Los enfoques de la psiquiatría, medicina y la biología, consideran que las lesiones autoinfligidas (suicidio), son en gran medida atribuidas a enfermedades mentales como la depresión, trastornos bipolares (trastornos del estado de ánimo), neurosis o esquizofrenia, y también a las condiciones biológicas como factores hereditarios. Los factores genéticos hacen referencia a los antecedentes familiares, estos factores son determinantes porque incrementan el riesgo de presentar conductas suicidas, la causa está relacionada a los bajos niveles de serotonina en plaquetas y/o líquido cefalorraquídeo que en estos pacientes tienen una relación con la autolítica pues ante situaciones conflictivas (estresores) tienen pobre control de los impulsos, agresividad y tentativa de suicidio

En 1970, el Comité en Clasificación y Nomenclatura, presidido por Aaron Beck, del Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos, destaca la necesidad de realizar una nomenclatura universal. El comité propone dividir el fenómeno del suicidio en tres clases: suicidio, intento de suicidio e ideas suicidas. A su vez, cada uno de los eventos se caracteriza según la probabilidad, la letalidad, la intencionalidad, atenuantes y la metodología del intento

En los manuales diagnósticos actuales de los trastornos mentales y del comportamiento, el suicidio no tenía un código autónomo. Se podía hallar en el DSM IV, dentro de la clasificación de los criterios para el episodio depresivo mayor, en el punto 9. Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse

La Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10 define el suicidio como la acción de quitarse la vida de forma voluntaria y premeditada. Se refiere a la muerte por lesión auto infligida, con evidencia implícita o explícita, deliberadamente iniciada por la persona, intencional y consciente, en la que se obtiene un resultado deseado como es el morir. Las características que definen el suicidio auténtico son: Gran letalidad del método empleado (antidepresivos tricíclicos, litio, armas de fuego, ahorcamiento, tóxicos

domésticos, arrojar de altura, etc.); baja probabilidad de ser descubierto, existencia de un plan detallado, existencia de nota de despedida, nula crítica del intento, escasos proyectos, presencia de trastorno mental como depresivos o psicóticos.

En el DSM 5° es la primera vez que el suicidio como parte de una edición de este. Según este Manual (2013, pág. 150), este es considerado el acto individual de acabar con la vida, así mismo dada su gravedad, como un caso de urgencia psiquiátrica, siendo este el resultado de un cuadro depresivo mayor con las siguientes características: “pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse”, lo que quiere decir que la víctima tiene ideas constantes de acabar con su vida a causa de un trastorno psicológico de tipo afectivo.

La manifestación fundamental del trastorno de comportamiento suicida (DSM 5) es el intento de suicidio, este es un comportamiento que el sujeto ha llevado a cabo con, al menos, cierta intención de morir. El comportamiento puede dar lugar o no a lesiones o consecuencias graves en salud. Hay varios factores que pueden influir en las consecuencias médicas del intento de suicidio, como una planificación pobre, la falta de conocimiento acerca de la letalidad del método elegido, la escasa intencionalidad o la ambivalencia, o la intervención casual de otras personas después de haberse iniciado el evento. Estos factores no deberían considerarse a la hora de asignar el diagnóstico

A continuación, se exponen los trastornos psiquiátricos comúnmente asociados que presentan comorbilidad con esta problemática:

- Trastornos afectivos. Código CIE-10, (F39) Es la categoría de dichos de trastornos la más relacionada con la conducta suicida. La prevalencia vital de suicidios o riesgo de ello en la totalidad de trastornos del humor es alta, presentando comorbilidad con la depresión mayor La depresión ha sido considerada como el factor de riesgo suicida más importante y puede ser la responsable de gran parte de los suicidios consumados. A su vez, se ha evidenciado que los intentos son más frecuentes en fases iniciales y finales del cuadro. Esto se debe, a que en las fases intermedias la inhibición conductual y el retardo psicomotor puede bloquear el inicio a la acción del acto suicida.
- Abuso de sustancias.
- Esquizofrenia.
- Trastornos de personalidad.

- Trastornos de ansiedad.
- Trastornos de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos
- Trastornos de los hábitos y del control de impulsos.
- Trastorno adaptativo.

El suicidio como se dijo es una muerte multicausal, pues involucra factores biológicos, psicológicos y sociales. En los factores biológicos se tiene: baja concentración del ácido 5-hidroxiindolacético en el líquido cefalorraquídeo de los suicidas; elevados niveles de actividad de la enzima MAO en las plaquetas; papel de los ejes hipotálamo-hipófisis- suprarrenal e hipotálamo-hipófisis-tiroides en la génesis de la depresión; depleción global de catecolaminas y predisposición genética a padecer enfermedades suicidógena.

En los factores psicológicos se tiene: desesperanza, baja autoestima, pobre control de impulsos, pobre control emocional, poca capacidad de amar a otros y a sí mismo, necesidades psicológicas frustradas, desamparo, elevada agresividad, constricción de las emociones y del intelecto, opción suicida predominando sobre otras, ambivalencia, dolor psíquico. En los factores sociales se tiene: exceso de individualización y falta de integración (suicidio egoísta), exceso de integración social y falta de individuación. (suicidio altruista), ruptura brusca del equilibrio existente entre el sujeto y la sociedad (suicidio anómico) y excesivo control y reglamentación que limita sustancialmente el porvenir del sujeto (Gutiérrez-Quintanilla,2013).

Entre los factores que aumentan el riesgo de evento autolítico se encuentran los factores predisponentes y los precipitantes. Los primeros se refieren a la cantidad como al tipo de recursos a los que un individuo puede recurrir para enfrentarse a una crisis; pueden ser de naturaleza biológica, psicológica psicosocial o cultural del individuo. Los factores precipitantes son los elementos que contribuyen a la producción o generación del suicidio, es decir son los acontecimientos vitales potencialmente estresantes asociados.

En la adolescencia, el suicidio es una condición que recién comienza a ser estudiada y comprendida, y aunque comparte con el suicidio en adultos factores comunes, se trata de un fenómeno relativamente nuevo, razón por la cual según los profesionales de la salud mental hay que estar alertas a ciertas señales.

El Dr. García Riera (2021) hace referencia a niveles de alerta a los cuales, identificados con los colores rojo, naranja y amarillo, a los que hay prestar atención. Los jóvenes empiezan a plantear la idea del suicidio a través de algún dato; tienen una imagen parental pobre, un alto nivel de actividad, pero bajo rendimiento escolar; en los jóvenes

la falta de inserción laboral es un dato a considerar; consumo brusco de alcohol; abandono personal, aumento de la irritabilidad; aumento de la ansiedad; alteraciones del ritmo alimentario; cambios en los gustos culturales y fuerte adherencia a ciertas tribus urbanas.

Se puede observar comportamiento antisocial; privación (suspensión) de lo afectivo; déficit de autocontrol de impulsos; un medio familiar conflictivo con actitudes negativas; rasgos ciclotímicos con tendencia a la depresión; consumo de alcohol y otras drogas.

Por último, menciona síntomas depresivos como apatía, inhibición, anhedonia (pérdida del interés en cosas placenteras y en cualquier otra actividad de la vida, desmotivación); mayor intensidad de síntomas psicóticos como persecución y alucinaciones.

Concepción sociológica

Paralelamente al desarrollo de la teoría psiquiátrica, en el año 1897, la obra de Émil Durkheim, “El Suicidio”(1897). El autor trabaja en la hipótesis de que el suicidio es determinado por ciertas características, haciendo hincapié en que la disgregación social y la falta de integración del individuo en grupos sociales es un condicionante de la conducta suicida

Durkheim (1897/1971) define el suicidio como “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 este resultado" (Durkheim, 1897/1971, p. 160) y lo clasifica según la relación del individuo con el grupo social. Su aporte fundamental fue la distinción entre cuatro tipos sociales de suicidios: altruista, egoísta, anómico y fatalista.

Para Durkheim, el suicidio altruista surge de una individuación demasiado rudimentaria. Esta escasez de individuación no significa que el suicidio altruista sea necesariamente impuesto por la sociedad, sino que es facultativo, que el individuo puede o no llevarlo a la práctica. El suicidio altruista es propio de la moral de los pueblos menos avanzados y cuyas costumbres se aproximan más aquellas que se observa en las sociedades inferiores (Durkheim 1897:257), se define a partir del tipo de relación entre el individuo y la sociedad: “una individuación excesiva conduce al suicidio, una individuación insuficiente produce los mismos efectos

El segundo tipo, el suicidio egoísta es de alguna forma, el reverso de la forma altruista. El individualismo excesivo no tiene sólo como resultado favorecer otros factores de riesgo que inciden en el suicidio, sino que él mismo es un factor de riesgo o causa

suicidógena. En esta línea de pensamiento, Durkheim, afirma que el suicidio varía en razón inversa al grado de integración de los grupos sociales a los que pertenece el individuo (sociedad religiosa, doméstica y política). De alguna manera, el estar comprometido a una causa común, superior a los problemas individuales y contrariedades privadas, permite a los individuos fijarse un objetivo más elevado y sujetarse a la vida.

Anómico, Durkheim crea el término «anomia» para designar la situación social que atraviesa un individuo cuya integración en sociedad está severamente alterada y le atribuye al estado de anomia social una potencialidad suicida. La anomia, como estado social, es una falta de dirección que suele aparecer en las épocas de revolución social (Daray, Grendas, Rebok, 2016)

Por último, el autor menciona el suicidio fatalista, sostiene que este tipo de suicidio no es común en su sociedad no obstante lo categoriza ya que reconoce que existe. Esta categoría refiere al momento en el que la sociedad oprime tanto al individuo que el único método de escape que encuentra es el suicidio. Según Durkheim el suicidio es aplicado a todos los casos que terminan en la muerte como resultado directo o indirecto de un acto tanto positivo o negativo de la víctima, que es consciente que produce este resultado.

Perspectivas psicológicas

Cognitivismo

La carencia de definiciones en torno al comportamiento suicida condujo a que en 1970 se convocara a la constitución de un comité de clasificación (presidido por Aaron Beck) en el Centro de Estudios para la Prevención del Suicidio del Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos. Como resultado, el comportamiento suicida quedó clasificado en tres grandes constructos para su investigación: ideación suicida, intento suicida y suicidio consumado. Cada constructo tiene sus propias variables de explicación, grado de letalidad y método (Brown, Jeglinc, Henriques y Beck, 2008).

Beck, Kovacs y Weissman (1979) han definido el suicidio como un acto intencional causado a uno mismo, que pone en peligro la vida, y que da como resultado la muerte, incluyendo todas las circunstancias que rodean el fallecimiento.

Siguiendo a Beck (1979), la tendencia al suicidio es un problema que predomina y se observa con frecuencia en personas depresivas; en ciertas ocasiones, puede detectarse

a través de conductas manifiestas y expresiones verbales, en otros casos los deseos suicidas de una persona sólo se pueden comprender retrospectivamente (Vasek 2010).

Para Beck(1979) depresión y suicidio han ido siempre unidos, entiende la desesperanza como un punto psicológico central (o expectativas negativas generalizadas como él lo llama) en el paciente suicida, incluso algunos consideran que la desesperanza resulta ser un indicador más fuerte que la depresión de comportamientos suicidas.

La etiología implicada en el intento suicida es un continuo en el que hay que otorgarle especial atención a los deseos y a los planes para cometerlo (ideas suicidas), a los sentimientos de inutilidad, a las pérdidas recientes, al aislamiento social, a la desesperanza y a la incapacidad para pedir ayuda. De ahí que una buena evaluación de la conducta suicida permita predecir el riesgo (Beck, Rush y Shaw,1979)

Se implementan varias escalas diseñadas para evaluar los indicadores de posibilidad de suicidio con una determinada cantidad de ítem los cuales hacen referencia por ejemplo a determinados aspectos acaecidos antes, durante y después del acto suicida.

La teoría cognitiva de Beck, enuncia que los pensamientos y la manera de interpretar los eventos de la vida, tienen un rol causal en las respuestas emocionales y conductuales a tales eventos. (Beck, Rush, Shawn, & Emery, 1983). Las cogniciones desesperadas desempeñan un rol crucial e integral en el desarrollo de comportamientos suicidas. (Brown, Jeglic, Henriques, & Beck, 2008)

En el modelo de conducta suicida que propone Beck se observa que existen factores de vulnerabilidad disposicional, esto significa que hay factores que predisponen al individuo para o tener o desarrollar psicopatologías y estas incrementan la probabilidad de cometer actos suicidas y/o factores que predisponen al individuo a cometer actos suicidas sin tener un antecedente de psicopatología, estas dos situaciones, claro está disparadas por situaciones de estrés (eventos vitales, situaciones que el individuo interpreta como situaciones amenazantes). Procesos cognitivos asociados a trastornos psiquiátricos como contenidos cognitivos maladaptativos y procesamiento de la información, estos procesos cognitivos están asociados con muchos tipos de trastornos y síntomas psiquiátricos (Ingram & Kendall, 1986, citado en Wenzel, A & Beck, A. 2008). También se explica que las crisis suicidas pueden aparecer más probablemente cuando son activadas por la intensidad, la frecuencia, y/o la duración cuando estos procesos cognitivos se incrementa

Por otro lado, para Langner el suicidio aparece como un fracaso total en lidiar con los problemas de la vida, dado que implica el fin mismo de la vida, sin embargo para el suicidio suicida su decisión terminará con los problemas que considera insolubles. La

visión en túnel de las personas suicidas desconocidas tiene cogniciones restringidas, manejan sólo dos opciones, no pueden ver soluciones alternativa. El suicidio también implica una especie de poder dado que facilita el supuesto que el sujeto gana cierto control sobre la muerte, por más ilusorio que sea.

Lennings (1944) por su parte sugiere que la conducta suicida durante la adolescencia forma parte de un Quantum de comportamientos de escape como las acciones adicciones y delincuencia. Si el adolescente no logra disminuir el malestar emocional por vías más saludables posiblemente buscar a una salida en comportamientos más riesgoso conocido como depresión en mascarada. Lo cual implica el consumo de drogas para lograr un embotamiento emocional precipitando conductas más riesgosas aún para distraerse del dolor que le representa su vida actual y eventualmente acabar matando sed. El suicidio cobra relevancia ante la falta de defensas psíquicas maduras y eficientes a efectos de confrontar el estrés.

Modelo Estrés-Diátesis

El modelo basado en el estrés-diátesis hace referencia a una multicausalidad del riesgo suicida, que vendría a estar dado por la interacción de los genes y el ambiente (Gutiérrez-García, Contreras y Orozco-Rodríguez, 2006; Waternaux, Haas y Malone, 1999). Para este modelo, el aspecto genético cobra una particular relevancia. Mann, Waternaux, Haas y Malone (1999) sostienen la hipótesis de una transmisión familiar (quizá genética) de cierta propensión a externalizar la agresividad y una tendencia a tener conductas suicidas.

De esta manera, señalan que el riesgo suicida no está únicamente determinado por la posibilidad hereditaria de cierta enfermedad psiquiátrica sino, también y de manera primordial, por la tendencia a experimentar una mayor ideación suicida, una tendencia a actuar de manera impulsiva y, como consecuencia, una potencialidad a cometer un acto suicida. Por otro lado, así como los autores destacan la presencia de un patrón de comportamiento caracterizado por la impulsividad y la agresividad, advierten también, la presencia de otros factores riesgo asociados a la conducta suicida como ser: traumatismo craneal, baja actividad serotoninica, alcoholismo, abuso de sustancias, tabaquismo, entre otros.

Se ha observado en familias con hechos autolíticos, alteración en el transportados de la serotonina e irregularidad en la actividad de la enzima MAO(monoaminooxidasa). Esta última vinculada a la degradación de neurotransmisores en la hendidura sináptica

Suicidiología

Edwin S. Shneidman (1918 /2009), consideraba al suicidio como el resultante de los efectos que las dinámicas comunitarias tenían sobre el psiquismo individual. Explica al suicidio como una reacción ante un dolor psicológico resultante de las necesidades psicológicas insatisfechas.

Considero que mas que una enfermedad mental , el fuerte dolor psicológico resultaba ser el mayor denominador común del comportamiento suicida, definiendo al suicidio como :

El acto consciente de autoaniquilacion , que se entiende como un malestar pluridimensional en un individuo que percibe este acto como la mejor solución. Los sociólogos han demostrado que las tasas de suicidio varían de acuerdo con factores como la guerra y el desempleo, los psicoanalistas sostienen que es hacia un ser querido que se dirige hacia dentro , los psiquiatras los ven como un desequilibrio bioquímico. Ninguno tiene la respuesta: Es todo y mucho más.(Chávez Hernández , Leenaars, 2010)

La Asociación Argentina de prevención del suicidio (APPS) ha definido a la Suicidiología como “la articulación interdisciplinaria cuyo objeto es dar cuenta de los factores biológicos, psicológicos, éticos, sociales y culturales que van construyendo la disposición suicida en sus diferentes estados” (Martínez, 1997, pp. 17).

Aborda el suicidio desde la psicología cognitiva, definiéndolo como un drama de la mente, donde este casi siempre es dirigido por el dolor psicológico, las emociones negativas, lo que llamó Dolor de la Psique. En otras palabras, se refiere a una sensación negativa y dolorosa que invade al sujeto y lo lleva a suicidarse. El dolor de la psique se produce debido a las experiencias que el sujeto puede categorizar como negativas para su existencia, si no se presentará esta sensación negativa, no habría una probabilidad alta de suicidio. Desde la psicología cognitiva, a partir del año 1949, Shneidman realizó varios estudios en lo que denominó “suicidología”, encontrando varios hallazgos en la conducta suicida, por ejemplo, odio y resentimiento hacia los demás, autculpa, impulsividad, ambivalencia (repentinos cambios en el estado de ánimo), lo que significa que el suicidio es necesariamente una forma de agresión permanente contra sí mismo que es la respuesta a las necesidades psicológicas insatisfechas, como lo son la motivación intrínseca, las relaciones sociales, autonomía y competencia.

El autor determina cuatro elementos básicos para el tema de suicidio: la hostilidad, la perturbación, la coacción, y el cese. Plantea que la tendencia autodestructiva está provocada por estados emocionales negativos sumado a esto la percepción distorsionada de la realidad. Esto determina un alto riesgo de suicidio, es decir el cese. Igualmente define el suicidio como lograr el fin de una situación cognitiva de sufrimiento provocado por un estrés cuyo origen está en la necesidad de frustrada, dándoles el suicida características como el estancamiento por indefensión y la desesperanza, disminución en la capacidad de resolución y decisión por situaciones de desorientación cognitiva, restricción de su capacidad de percepción, lo que se hace que se basa solamente en los aspectos negativos de la situación, es suicida evade en lugar de enfrentar estas situaciones (Vaca,2006).

Teoría Psicológica Interpersonal del Suicidio (ITS)

Ya se han descripto diferentes teorías psicológicas sobre el suicidio, algunas refieren el dolor psicológico, aspectos de orden biológico, condiciones sociales, características personales en relación con el ambiente y otros aspectos cognitivos que involucran la deformación de la realidad e interpretaciones que dejan como única opción viable para resolver los problemas, el suicidio. No obstante, en los últimos años la teoría psicológica interpersonal de la conducta suicida propuesta por Thomas Joiner a ha tomado auge debido a los componentes y procesos que establece.

La teoría se basa en dos postulados fundamentales: El primero, refiere que la percepción errónea de ser una carga para los demás en combinación con la alienación social instaura el deseo de muerte en las personas. Y el segundo, establece que el sujeto no actúa sobre el deseo de muerte a menos que haya desarrollado la capacidad para hacerlo, la cual se potencia por medio de la habituación a experiencias dolorosas (Joiner, et. al. 2009). Así, dicha teoría expone dos cuestiones relevantes; el deseo de morir y la capacidad para hacerlo.

Afirma que quienes padecen el deseo de morir experimentan dos estados psicológicos de manera simultánea durante el tiempo suficiente para que éste se instale en la mente del sujeto :

- Percepciones acerca de si mismo como “una carga para los demás” o como poco importante para el contexto o el círculo del cual hace parte y la interpretación que las personas realizan considerando que el mundo o las personas cercanas estarían mejor sin su presencia junto con la sensación de no pertenencia.

- Exposición continua a acontecimientos dolorosos que desensibilizan al sujeto, a partir de lo cual se genera un proceso de habituación a situaciones que serían poco tolerables para otros, así las autolesiones, lesiones accidentales y ocupaciones específicas como ser médico o soldado podrían relacionarse con el desarrollo de la capacidad para morir haciendo más vulnerables a unas personas que a otras a la ejecución de conductas suicida (García Galindo, Bahamón M. 2017)

Psicoanálisis

Freud describe el suicidio como el resultante de la pulsión entre eros y thanatos, con predominio final de este último. Suicida será aquel donde “la pulsión de vivir”, pulsión extraordinariamente intensa, es vencida. La libido y el interés desengañado del mundo, por una renuncia del yo, un fracaso en la vida libidinal empuja a la acción suicida (Ramírez, 1998).

La primera mención que hace Freud (1901) del suicidio se encuentra en Psicopatología de la vida cotidiana donde afirma: “Casos graves de psiconeurosis suelen aparecer, como síntomas patológicos, unas lesiones autoinferidas, y nunca se puede excluir que un suicidio sea el desenlace del conflicto psíquico” (p.175).

A su vez, sugiere que los daños casuales poseen una determinación inconsciente autopunitiva, la cual se suele exteriorizar en los pacientes neuróticos mediante los autorreproches. En este caso, Freud (1901) hace referencia a aquellas situaciones que, no siendo buscadas de manera deliberada (conscientemente), desembocan en accidentes fatales para la víctima. Nos dirá:

Las lesiones infligidas a sí mismo son, por regla general, un compromiso entre esa pulsión y las fuerzas que todavía se le contraponen, y aun en los casos en que realmente se llega al suicidio, la inclinación a ello estuvo presente desde mucho tiempo antes con menor intensidad, o bien como una tendencia inconsciente y sofocada” (P.178)

Freud en Contribuciones para un debate sobre el suicidio (1910) se pregunta: “cómo es posible que llegue a superarse la pulsión de vivir, de intensidad tan extraordinaria; si sólo puede acontecer con auxilio de la libido desengañada, o bien existe una renuncia del yo a su afirmación por motivos estrictamente yoicos” (pág. 232).

Para el autor, no debía olvidarse que, en tales circunstancias, se trata con individuos aún inmaduros, a quienes no puede negarse el derecho a detenerse en determinadas fases evolutivas. (Muñoz,2019)

Con respecto a la posición freudiana, hay, entonces, tres puntos principales que no deben pasarse por alto. Estos puntos son la referencia a la etapa de la vida en la cual, en la mayoría de los casos, se presenta la tendencia suicida; el detenimiento en distintas fases evolutivas; y, por último, el estado clínico de la melancolía (Muñoz,2019)

En “Duelo y Melancolía”(1917), postula que para que la melancolía tenga lugar se deben dar tres premisas básicas: la pérdida del objeto de amor sea ésta real o imaginaria; la ambivalencia en el sujeto, cuyo origen puede ser constitucional o surgida por la amenaza de pérdida del objeto y la regresión de la libido al yo, por identificación narcisista con el objeto perdido. Los autorreproches, las constantes críticas del sujeto hacia sí mismo, las conductas autoagresivas y la hostilidad del cual el yo es objeto son indicios del sadismo vuelto sobre el propio yo, por introyección del objeto, lo cual, según Freud, revela el enigma de la inclinación al suicidio en esta enfermedad.

Sólo este sadismo nos revela el enigma de la inclinación al suicidio por la cual la melancolía se vuelve tan interesante y peligrosa. Hemos individualizado como el estado primordial del que parte la vida pulsional un amor tan enorme del yo por sí mismo, y en la angustia que sobreviene a consecuencia de una amenaza a la vida vemos liberarse un monto tan gigantesco de libido narcisista, que no entendemos que ese yo pueda avenirse a su autodestrucción”. (Freud 1917(1915))

Para el Inconsciente no existe representación de la propia muerte, únicamente la inmortalidad, entonces el Yo sólo puede cometer el acto de matarse cuando, en el retroceso de la investidura de objeto, puede tratarse a sí mismo como lo haría al objeto. Al dirigir la hostilidad que recaería sobre el objeto hacia sí, el Yo subroga la reacción originaria que despertó su agresión. En este proceso, cuando finalmente se consuma el suicidio, el Yo termina siendo sojuzgado por el objeto.

En “Más allá del principio de placer”, (1920) Freud propone la existencia de la pulsión de muerte, entendiendo a la misma como una tendencia que empuja al organismo a volver a su origen, propensión a reducir la excitación vital interna y a volver a un estado primitivo, al período primero de no vida, es decir a la muerte. Se dirigen primariamente

hacia el interior y tiende a la autodestrucción, secundariamente se dirigirían hacia el exterior, manifestándose en forma de pulsión agresiva o destructiva (Muñoz,2019).

En “El yo y el Ello”(1923) Freud en referencia a la melancolía y su relación con el suicidio, dirá que hallamos la presencia de un superyó hipertenso “que ha arrastrado hacia sí a la conciencia, se abate con furia inmisericorde sobre el yo, como si se hubiera apoderado de todo el sadismo disponible en el individuo” (p. 54).

La formación de este superyó hipertenso involucrará entonces dos factores primordiales: por un lado, el monto de agresividad primaria en el sujeto y, por el otro, la identificación con el arquetipo paterno interviniente en la formación del superyó.

Teoriza más adelante en su obra (1940) que los neuróticos que manifiestan una tendencia a dañarse y destruirse a sí mismos experimentan un trastorno en la pulsión de autoconservación. Por otro lado, especifica que en términos clínicos la autoaniquilación puede manifestarse como una explosión de cólera, que pretende destruir toda tensión vital, subjetividad y conciencia. Los mismos pueden estar guiados por la venganza, la envidia, los celos delirantes, el delirio de autorreproches vinculado a un Superyó sádico y finalmente por la alteración de la autoconservación. Explica que al verse perseguido por el Superyó, a través del autocastigo y el autorreproche, el Yo se deja de lado y al intentar suprimir el peligro, se aniquila a sí mismo.(Fernandez Abrevaya,2019)

Para Otto Rank (1959), la muerte autoiniciada es el resultado de un conflicto, dentro del ego, entre el miedo de vivir y el miedo de morir. Este conflicto produciría una estrategia basada en la negociación de la vida para la no-muerte: el individuo neurótico inhibe su vida y, así, se mata lentamente para evitar su muerte.

Menninger (1972), afirmó de acuerdo con el concepto freudiano del instinto de muerte, que existen en todos nosotros fuertes propensiones hacia la propia destrucción y éstas llegan a hacerse efectivas como suicidio cuando se combinan muchas circunstancias y factores. Así mismo, atribuye el suicidio a causas inmediatas evidentes y reconocibles a simple vista: locura, enfermedad y ruina económica. El mismo autor describió los tres elementos esenciales en todo comportamiento suicida: el deseo de matar, el deseo de ser matado, y el deseo de morir. Además, señala que en la práctica autodestructiva intervienen los derivados de tres elementos; el auto punitivo, el agresivo y el erótico. Los

tres componentes de la conducta suicida, los define Menninger (1972) de la siguiente manera:

a) el deseo de matar son impulsos cristalizados derivados de la agresividad primaria

b) el deseo de ser matado son impulsos derivados de una modificación de la primitiva agresividad cristalizada en la que, básicamente, intervienen los sentimientos de culpabilidad y la justicia de castigo; y

c) el deseo de morir que enlaza con los motivos más sofisticados y se traduce a menudo en las ansias de reposo y en la voluntad de alejar o rehuir los conflictos (Rodríguez Pulido, Glez. de Rivera y Revuelta, Gracia Marco, Montes de Oca Hernández)

Perspectiva Sistémica

Desde la perspectiva sistémica se demuestra que la acción humana no obstante ser personal, es también interacción con otras personas y que no se puede comprender al individuo si se lo aísla de su contexto familiar y social. Entendido esto, la conducta suicida del adolescente no existe independientemente de un contexto familiar definido que puede estar creando y perpetuando el problema en cuestión. Ya que la familia es el medio social del que surge el adolescente, es la fuente de sus relaciones más duraderas y su primer sustento económico (Beltrán Baquerizo, 2005).

La familia a menudo es la que tiene más recursos con los cuales producir cambios, y estos son los que más le afectan al adolescente, pues este es sumamente vulnerable a los mismos. Además de verse fuertemente afectado por el contexto familiar, a su vez afecta el contexto del que forma parte. Charles Fishman plantea que las dificultades de la familia constituyen el factor más importante en cuanto al suicidio adolescente.

Luz de Lourdes Eguiluz (1983), definió el suicidio como “aquellos pensamientos intrusivos y repetitivos sobre la muerte autoinfligida, sobre las formas deseadas de morir y sobre los objetos, circunstancias y condiciones en que se propone morir”(P.2), es decir que la ideación suicida se caracteriza por tener recurrentes pensamientos involuntarios sobre la muerte que se convierten en una obsesión, dentro de estas ideas se hace una ideación de cómo hacerlo, incluyendo las circunstancias y condiciones en las que se llevará a cabo el acto.

Desde la perspectiva sistémica, se evidenció que una persona aumenta la vulnerabilidad y recurrir al suicidio cuando vivió la muerte de un familiar

Las personas que conviven con una familia que tiene buenos niveles de comunicación, independencia para expresarse y son escuchadas, tienen una probabilidad baja de recurrir en el futuro al suicidio, en cambio familias con exigencias y normas rígidas o demasiado autoritarios, educan hijos con muchas restricciones personales que posiblemente van a recurrir al suicidio como manera de escape. (Villatorio, Andrade, Fleis, Medina, Reyes y Rivera, 1999). En resumen, el enfoque sistémico da a la familia un papel importante ante la ideación suicida, pues hace parte de los recursos personales que forja una persona para enfrentarse a cualquier situación que se presente (Capera, González Chacón, 2016)

Capítulo 2

Depresión

La etiología de la depresión es compleja, puede tener un origen genético, fisiológico u hormonal o ser provocada por condiciones de estrés y / o factores psicológicos y sociales.

Los trastornos del estado del ánimo son generalmente vivencias afectivas patológicas que generan respuestas afectivas excesivas las cuales se manifiestan en la conducta. En los trastornos del estado de ánimo se pierde la sensación de control y se experimenta un malestar general. El rasgo esencial de los trastornos de esta categoría es que todos ellos reflejan un desequilibrio en la reacción emocional o del estado de ánimo que no se debe a ningún otro trastorno físico o mental

Bajo esta denominación encontramos la depresión la cual es considerada como un conjunto de afectos del sujeto: tristeza, inhibición, abatimiento, desgano, crisis de llanto, angustia, frustración, aislamiento, dolor, desesperanza, decepción, desamor. Los afectos están presentes y tienen un lugar destacado en la vivencia del sujeto.

Es esencial diferenciar un trastorno depresivo de los sentimientos normales de infelicidad, abatimiento o desánimo, que son reacciones habituales -y adecuadas- ante acontecimientos o situaciones personales difíciles. El duelo ante la pérdida de una persona amada o una enfermedad invalidante es un ejemplo típico de una situación que puede ser vivida con normalidad o generar una afección patológica (Rodrigo Erazo, 2005)

La depresión es el principal factor responsable de los suicidios consumados, tanto en pacientes depresivos como en pacientes con otro diagnóstico principal que presentan sintomatología (Treviño; Sainz Martínez; Bobes García- 2006)

Si bien la depresión ha sido considerada en sus inicios un trastorno principalmente que se manifiesta en adultos, en actualidad existe evidencia que la depresión es un trastorno que puede aparecer en niños, sin embargo, su manifestación más clásica tiende a surgir principalmente en la adolescencia

Según la OMS (2008) la Depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. Es importante aclarar la diferencia entre un estado depresivo (definido médicamente como cambio en la homeostasis interna sin causa aparentes), con un estado de tristeza (producido por ejemplo con la muerte de un familiar, pérdida de trabajo, etc.).

Puede tener muchas causas, desde el estrés hasta la genética; y manifestarse de muchas formas, desde la fatiga a la angustia más atroz.

La OMS considera relevante hablar del tema, ya que al igual que muchos otros padecimientos, incluido el tema del suicidio aún siguen siendo tabú para la sociedad, siendo esto un obstáculo para el pedido de ayuda.

A lo largo de la historia de la nosología y psicopatología ha surgido una enorme dificultad para identificar definir clasificar y esclarecer lo que es la depresión e incluso muchas veces han existido problemas para diferenciarla de la simple tristeza, el duelo los cuales podrían ser considerado como manifestaciones fluctuaciones normales del estado del ánimo o del humor. Sin embargo, se habla de depresión cuando una persona se encuentra fijado hundida en una tristeza de manera excesiva, profunda y prolongada.

Recorrido histórico

Los primeros registros que se tienen sobre la depresión datan de varios siglos. Inicialmente se le asociaba la locura, a los espíritus malignos o simplemente a manifestaciones del estado del ánimo como la tristeza común el duelo y la aficción. Sin embargo, fueron los griegos los primeros en utilizar el concepto de melancolía proveniente de Melania chole traducido al latín como Atra Bilis y a las lenguas más vernáculas como bilis negra que era sinónimo de la tristeza y de conducta loca o nerviosa y su origen atribuido a la influencia de los dioses que castigaban a los hombres que no rendían adoración o tributo.

La primera descripción clínica de la melancolía fue hecha también en Grecia por Hipócrates en el siglo cuarto A/C. quien utilizaba el término melancolía no solamente para designar a la atra bilis del individuo deprimido originada por la influencia divina, sino que este término se refería ahora a un desorden mental que implicaba un prolongado y exagerado estado de tristeza.

En la edad media, Santo Tomás de Aquino y la mayoría de los pensadores y sacerdotes católicos consideraban a la melancolía común enfermedad originada por influencias demoníacas espíritus malignos y astros.

Diversas formas de melancolía fueron también tratadas en los textos ingleses del siglo XIV con relativamente pocos cambios de latín. Términos como Melancolye Melancoli y Melancholy.

El concepto de depresión entra relativamente tarde en la terminología de los estados de aflicción. Derivado de latín de y premere (apretar, oprimir) y deprimere

(empujar hacia abajo) y de los significados que derivan de estos términos. El término depresión entro en el uso inglés durante le siglo XVII, se comienza a ver el termino en casos aislados para significar la depresión del espíritu.

Eso fue en el siglo XIX cuando se despertó formalmente el interés por la melancolía desde un punto médico y científico. Se comenzó a considerar su posible origen en base a alteraciones biológicas y fenomenológicas, traumas, etc. y las alteraciones del pensamiento del estado de ánimo o del humor fueron consideradas como consecuencia de semejante alteraciones. Lo más destacado es que comenzaron a considerar algunos casos de melancolía como curable, por medio de tratamientos somáticos principalmente.

Pinel indicó a principios del siglo XIX que el pensamiento de los melancólico se encuentra completamente centrado en un objeto y que la memoria y la asociación de ideas están frecuentemente perturbada pudiendo en ocasiones inducir al suicidio. Como causa posible de la melancolía señaló en primer lugar la psicológica y en segundo lugar las físicas.

Hacia la segunda mitad del siglo y con un aumento cada vez mayor el interés por el estudio de esta enfermedad comenzó a aumentar en el mundo occidental la tendencia a clasificar los padecimientos con el propósito de poder entablar un diálogo de acuerdo con los colegas médicos fisiólogos y neurólogos de la época bajo el contexto de un mismo lenguaje. A dicho campo se lo denominó bajo el nombre de nosología y fue Emil krapelin su principal precursor.

Adolfo Meyer por su parte destacaba la importancia de comprender la historia de toda la vida de la persona y su fenomenología para así poder entender el origen de las enfermedades psiquiátricas. Meyer concebía los desórdenes psiquiátricos como reacciones frente a las malas adaptaciones y experiencias vividas previamente por lo que podemos considerarlo como el precursor de los modelos psicológicos.

Propuso en 1905: “eliminar el término melancolía que implica un conocimiento de algo que no poseemos”, a favor del término “depresión”, que cubriría el amplio campo de la fenomenología: desde las depresiones maníaco-depresivas, la psicosis de ansiedad, los episodios depresivos de la demencia praecox, hasta las meras “depresiones sintomáticas” (Bertholet ,2012).

Más cerca a nuestros días, la Asociación de Psiquiatría Americana publicó en 1995 el DSM IV (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales). Hoy en día son tres, al menos, los sectores de producción teórica que determinan y ordenan los criterios en la Psiquiatría contemporánea: 1) la Organización Mundial de la Salud (OMS) con su “Clasificación Internacional de las Enfermedades (I.C.D.),la Agencia para

Políticas e Investigación en la Atención de la Salud (AHCPR), dependiente del Departamento de Salud de Estados Unidos, que edita los “Manuales de consulta para clínicos” y las “Guías prácticas para los pacientes”; 3) la Asociación Americana de Psiquiatría (A.P.A.) con su “Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales” (D.S.M.), cuya aparición data de 1952 ((Bertholet, 2012)

Interpretaciones teóricas

Depresión desde la psiquiatría

Para definir la enfermedad, el DSM recurre a la categoría de trastorno mental, un concepto que no tiene límites precisos y que carece de una definición operacional. El término "trastorno mental" implica, desafortunadamente, una distinción entre trastornos "mentales" y "físicos" (un anacronismo reduccionista del dualismo mente/cuerpo). Los conocimientos actuales indican que hay mucho de "físico" en los trastornos "mentales" y mucho de "mental" en los trastornos "físicos" (APA, 1995: XXI).

En el DSM-5 (APA, 2013), la depresión es un período en el que se presenta un cambio del funcionamiento previo, estado de ánimo decaído, pérdida de interés o placer, cambios de apetito, sueño, actividad motora, sentimiento de inutilidad o culpa, dificultad para concentrarse y "pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo" (p. 105).

De acuerdo con el manual, la definición de trastorno mental trata de un "síndrome o patrón de comportamiento psicológico de significación clínica, que aparece asociado a un malestar, a una discapacidad o a un riesgo significativamente aumentado de morir, de sufrir dolor o pérdida de libertad. (APA, 1995: XXI).

Los trastornos depresivos son varios y se pueden clasificar teniendo en cuenta la Clasificación Internacional de Enfermedades, décima edición (CIE-10) o utilizando el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5)

El DSM-IV establecía que la depresión puede reconocerse por una serie de síntomas. No todas las personas que padecen depresión experimentan todos los síntomas, algunos solo padecen unos pocos. La gravedad y duración de estos varía mucho de una persona a otra. Algunos de estos síntomas son: estado de ánimo triste y vacío o enojo fácil y malhumor, casi todo el tiempo; pérdida de interés o placer en actividades que antes se disfrutaban como estar con familiares, amigos o parejas (dificultad para sentir cariño por

los seres queridos); pérdida o aumento importantes de apetito y peso; insomnio; incapacidad de quedarse quieto o lentitud observada por los demás; disminución de energía, fatiga; sentimientos de culpa o inutilidad; dificultad para concentrarse; pensamientos de muerte o ideas suicidas. Según el DSM 5 los trastornos depresivos se clasifican de la siguiente manera:

- Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo.
- Trastorno de depresión mayor.
- Trastorno depresivo persistente (distimia).
- Trastorno disfórico premenstrual.
- Trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento.
- Trastorno depresivo debido a otra afección médica.
- Otro trastorno depresivo especificado.
- Otro trastorno depresivo no especificado. (Rodríguez, 2010)

Según la clasificación internacional de Enfermedades decima edición(CIE10) los trastornos depresivos se pueden clasificar en:

Episodios depresivos:

- Episodio depresivo leve
- Episodio depresivo moderado
- Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos
- Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos

Trastorno depresivo recurrente:

- Con episodio actual leve
- Con episodio actual moderado
- Con episodio actual grave sin síntomas psicóticos
- Con episodio actual grave con síntomas psicóticos
- Actualmente en remisión
- Otros trastornos depresivos recurrentes
- Trastorno depresivo recurrente sin depresión
- Trastornos del humor (afectivos) persistente:
- Distimia
- Ciclotimia
- Otros trastornos del afecto.

Trastornos del afecto secundarios

- Enfermedad médica.
- Inducido por sustancias.
- Otras formas de trastornos afectivos
- Depresión atípica
- Disforia posparto
- Síndrome mixto de ansiedad y depresión
- Melancolía
- Depresión doble
- Depresión enmascarada
- Trastorno disfórico premenstrual
- Depresión bipolar. (Restrepo, Restrepo, & Alzate, 2008)

Si bien sus comienzos pueden darse en la mitad de la tercera década de la vida este trastorno puede iniciarse a cualquier edad. Generalmente los episodios de trastorno depresivo mayor se producen luego del estrés psicosocial grave como puede ser la muerte de un ser querido o el divorcio. Algunos estudios sugieren que los sucesos estresantes graves cumplen un papel primordial en la precipitación del primero segundo episodio de trastorno depresivo mayor y desempeñan un papel menor en el inicio de episodios posteriores.

Según la clasificación diagnóstica del DSM, los criterios de un trastorno depresivo son muy parecidos en niños, adolescentes y adultos. Las diferencias que se encuentran se deben a la intensidad de los síntomas y las consecuencias del trastorno. Algunos síntomas, como las quejas somáticas, la irritabilidad y el aislamiento social, son especialmente habituales en los niños, mientras que el enlentecimiento psicomotor, la hipersomnia y las ideas delirantes son más frecuentes durante la adolescencia.

En los adolescentes los episodios depresivos mayores suelen ir asociados a trastornos disociales, por déficit de atención, de ansiedad, relacionados con sustancias, y de la conducta alimentaria (Méndez, Olivares & Ros, 2001). En cuanto a las manifestaciones clínicas de los trastornos depresivos en la adolescencia, en ocasiones se destacan algunos síntomas que aparecen desde la infancia y se recrudecen después de la pubertad. El síntoma característico de la depresión es el cambio notable en el estado de ánimo, que puede ser encubierto por irritabilidad o por problemas de conducta. En los cuadros depresivos de los escolares mayores y los adolescentes menores hay cambios

graduales. La apariencia depresiva en estas edades no es el único criterio para tener en cuenta, es necesario atender los reportes de los adolescentes acerca de una mayor incidencia de síntomas de desesperanza y falta de capacidad para disfrutar lo que hacen. Además, es necesario fijarse otras referencias como la necesidad de dormir más, cambios en el peso corporal, presencia de ideas acerca de la muerte e ideación suicida (Bernad, 2000).

Según Basile (2002) la depresión infantil y la de los adultos tienen manifestaciones diferentes, (que dificultan su correcto diagnóstico) debido a los procesos del desarrollo que existen en la niñez y la adolescencia. El mayor riesgo de la depresión es el intento suicida, especialmente doloroso en un niño o un adolescente. De allí la necesidad del diagnóstico precoz que posibilite prevenirlo. Algunos de estos síntomas pueden aparecer como respuesta a las etapas de desarrollo normales, por lo que es importante determinar si están relacionados con la depresión o son sólo parte del desarrollo.

Perspectivas psicológicas

Psicoanálisis

El término “depresión” no es precisamente propio de la teoría psicoanalítica, sino que proviene del campo psiquiátrico. A pesar de ello, el psicoanálisis ha desarrollado diversos modelos explicativos con relación a lo que hoy conocemos como fenómenos depresivos.

Freud y Abraham son los primeros en articular un modelo psicológico para intentar comprender y explicar los fenómenos melancólicos, que en la actualidad serían denominados “depresivos”.

Freud desarrolla las particularidades del fenómeno depresivo en Duelo y Melancolía (1915). El estado de melancolía se singulariza por una desazón profundamente dolida, una cancelación del interés por el mundo exterior, la pérdida de la capacidad de amar, la inhibición de la productividad y una rebaja en el sentimiento de sí que se manifiesta como autorreproches y auto denigraciones. El rasgo particular que lo distingue del duelo sería que en este último no se observa la perturbación del sentimiento de sí. De acuerdo con Freud, la melancólica muestra algo que falta en el duelo: una extraordinaria rebaja en su sentimiento yoico, un enorme empobrecimiento del yo. En el duelo, el mundo se ha hecho pobre y vacío; en la melancolía, eso le ocurre al Yo mismo (Korman - 2011)

Abraham (1916) realiza algunas aportaciones al problema etiológico de la melancolía. Plantea que la melancolía se relaciona con fuertes fijaciones en la organización oral de la libido con una considerable inclinación hacia la ambivalencia (1916). Posteriormente, Klein (1937) realiza su trabajo haciendo una referencia directa al tema de la depresión. Sus aportes se desarrollan en la línea de una teorización de la depresión como una posición que determina cierto tipo de relaciones de objeto, mecanismos defensivos específicos y un cierto nivel de integración del yo. Más adelante Winnicott (1963), haciendo su propia lectura de los aportes kleinianos, establece la asociación entre depresión y la posibilidad de articular mecanismos de reparación en el desarrollo, otorgándole un valor adaptativo. Define la depresión como un estado de inercia relativa que controla todas las cosas, desdibujando los instintos y debilitando la capacidad del sujeto de relacionarse con los objetos externos. Delimita su causa principal en una experiencia inédita de la destructividad que acompaña al amor. Explica que estas experiencias requieren de una reevaluación interna, siendo la depresión lo que se percibe de esa reevaluación(Fernández Abrecaya,2019)

Retomando a Freud el afecto depresivo es una forma por medio de la cual la libido se retira del objeto, lo que explica los diferentes síntomas clínicos: insomnio, pérdida del apetito, inhibición intelectual, sexual y psíquica, que no son más que efectos de una mortificación, pero no, por tanto, los índices de una sola estructura.

En “Inhibición, síntoma y angustia”, (1926) se plantea a la inhibición -frecuente signo de los estados depresivos- como una “renuncia” a cierta función, porque a raíz de su ejercicio se desarrollaría angustia. Renuncia que lleva a una “limitación funcional del yo”. Invita a comprender la inhibición general que es característica de los estados depresivos por la vía de esa renuncia yóica.

Dentro de los despliegues teóricos de psicoanalistas argentinos, podemos encontrar las conceptualizaciones sobre la depresión establecidas por Hugo Bleichmar. Este autor sostiene que su manifestación depende tanto del elevado ideal narcisista, de la imagen de sí desvalorizada o de la agresividad de la conciencia crítica. Asimismo, señala que estos factores causales no se adquieren en una época determinada del desarrollo, sino que se estructuran a lo largo de la vida del sujeto.

Este autor establece una clasificación posible para los cuadros depresivos, tomando como ejes la posición del Yo frente a la pérdida del objeto, el Yo ideal y la conciencia crítica:

- Duelo normal, o depresión por pérdida simple del objeto

- Depresión narcisista, en la cual predomina un elevado ideal narcisista o bien un Yo subestimado, el cual se identifica con el Ideal negativo, a lo cual se agrega la agresividad de la conciencia crítica.
- Depresión culpógena, donde el Yo se encuentra identificado como malo-agresivo y el objeto como dañado, y donde también entraría en juego la agresividad de la conciencia crítica

Rodolfo en Clínica Psicoanalítica en niños y adolescentes (1986), señala que “la depresión tiene sus propios puntos de estructura, sus rasgos diferenciales”. Es una forma de malestar propio de nuestra época que no está en el terreno de las clásicas estructuras, ya que se ubica más allá de las neurosis, pero más acá de las psicosis. Señala (1992) que hoy no basta con explicar el fenómeno de lo depresivo con las hipótesis que se organizan en torno a la culpa y a la pérdida del objeto. Estas explicaciones se presentan insuficientes por si solas para dar cuenta de las depresiones en el contexto actual.

Sostiene que se debe hablar de las depresiones, entendido esto como un espectro con matices diferentes y no de un trastorno con características fijas e inamovibles, dado que no existe un perfil único del depresivo a pesar de las pretensiones científicas de la psiquiatría tipo DSM.

Modelo cognitivo conductual

Desde el modelo cognitivo conductual la depresión es generada por la interpretación errónea que los pacientes hacen sobre sí mismos, el mundo y su futuro; dicha interpretación hace que los pacientes tengan sentimientos de desesperanza, ya que presentan una falta de apoyo alternativo o mecanismos de manejo de distorsiones cognitivas, generando así un deseo consiente de escapar y deseo de muerte, considerando el suicidio como una solución, al mismo tiempo la etiología de la depresión desde el enfoque cognitivo conductual se explica como la falta de refuerzos positivos, dificultad en las habilidades sociales, consecuencias de interactuar con críticas negativas por parte de los padres y el aprendizaje que tiene las personas sobre las situaciones de la vida como experiencias fuera de control.

Aaron Beck 1976, explica la depresión desde la teoría denominada esquema depresógeno, en donde se plantea que existen unas cogniciones productoras de la depresión lo que indica que cuando las personas tienen una visión pesimista de sí mismos, del mundo y del futuro e interpretan diariamente sus experiencias en sentido negativo se genera la depresión, el autor plantea que las distorsiones cognitivas en adolescentes es

generadora de una baja autoestima, desesperanza e incapacidad para recordar eventos positivos, hacen comparaciones con los demás, se retroalimentan negativamente y desarrollan un auto esquema negativo lo que los lleva a la depresión la cual presenta un riesgo de suicidio

El modelo cognitivo considera los síntomas y signos del síndrome depresivo como consecuencia de los patrones cognitivos negativos. El pensar en suicidarse puede ser entendido como un extremo deseo de escapar de esos problemas que se consideran irresolubles (Anesh Vasek, 2010)

Basan la depresión desde tres conceptos específicos, los cuales son: en primer lugar, la triada cognitiva que hace referencia a unos patrones cognitivos en donde se evidencia una percepción negativa de sí mismo, del mundo y su futuro, el individuo tiende a subestimarse en base a sus defectos pensando que carece de atributos para lograr la felicidad.

Otro concepto específico que explica el modelo cognitivo sobre la depresión son los esquemas en donde se explica que el individuo atiende selectivamente a unos estímulos luego los combina y conceptualiza formando así unos patrones cognitivos estables. En el caso de la depresión las conceptualizaciones de los pacientes se distorsionan ajustándose a esquemas inadecuados o idiosincráticos haciendo que el paciente pierda el control sobre el proceso del pensamiento y presenta incapacidad para acudir a esquemas adecuados.

Por último, otro concepto que toma esta teoría es el de los errores cognitivos, éstos hacen referencia a aquellas creencias que tiene la persona con depresión sobre la validez de sus pensamientos negativos.

Beck diseña un manual para la depresión el cual integra herramientas conductuales dentro del tratamiento, proponiendo la aplicación de técnicas conductuales como un medio que posibilita obtener nueva información para de esta manera dar lugar a la modificación cognitiva (Beck, 1983:112). En términos generales, estos abordajes se basan en la posibilidad de modificar los pensamientos y, en consecuencia, los sistemas de creencias asociados a ellos (Keegan, 2007), a través de diferentes técnicas, tanto cognitivas como conductuales

Neurociencias

Existe evidencia que niveles anormales de la serotonina (5-hidroxitriptamina, 5-HT), norepinefrina y dopamina, neurotransmisores aminérgicos que actúan en las neuronas del sistema nervioso central, podrían ser importantes en la fisiopatología de la depresión.

La serotonina ejerce importante acción en el talante, conducta, movimiento, apreciación del dolor, actividad sexual, apetito, secreciones endocrinas, funciones cardíacas y el ciclo de sueño-vigilia.

El Locus coeruleus (LC) es el núcleo del encéfalo, en el tallo cerebral, que genera la noradrenalina (NA). La actividad de las neuronas del LC aumenta significativamente en la vigilia y en episodios de estrés, en los cuales su actividad neuronal alcanza niveles de intensidad máxima, y de ese modo contribuye a alertar el organismo lo necesario para sobrevivir. La carencia de este noradrenalina o su desequilibrio con la serotonina puede ser la causa de psicosis depresiva unipolar o bipolar.

Por otro lado, la dopamina es principalmente un neurotransmisor inhibitorio. Este neurotransmisor, participa en el mantenimiento del estado de alerta.

La serotonina y la noradrenalina tienen fuerte influencia en patrones de conducta y función mental, mientras que la dopamina está involucrada en la función motriz. Es tan importante la interacción de estos tres neurotransmisores que desde hace 50 años existe lo que se ha llamado la “hipótesis de las monoaminas en la depresión” (Guadarrama, Escobar, Zhang, 2006)

Capítulo 3

Adolescencia

El concepto de adolescencia ha sido objeto de estudio, así como de debate de diversas disciplinas (psiquiatría, psicoanálisis, sociología, etc.). Muchos autores la consideran una fase evolutiva crítica inherente al individuo con características específicas. Otros, en cambio, cuestionan su existencia, definiéndola como una construcción sociohistórica producto de la cultura contemporánea o se la define en términos de crecimiento, con un periodo de desarrollo muscular, y nervioso. Dentro de cada una de ellas hallamos a su vez posiciones teóricas y abordajes epistemológicos diferentes respecto a cuestiones que aluden a este término.

La OMS define a la adolescencia como la etapa de la vida comprendida entre los 10 y los 19 años, en la que tiene lugar el empuje de crecimiento puberal y el desarrollo de las características sexuales secundarias, así como la adquisición de nuevas habilidades sociales, cognitivas y emocionales. Esta fase vital se caracteriza, así, por un ritmo acelerado de múltiples cambios, incluidos la madurez sexual y reproductiva y la adquisición gradual de la capacidad para asumir comportamientos y funciones de adultos/as, que implican nuevas obligaciones y exigen nuevos conocimientos teóricos y prácticos (UNICEF, 2014:41).

La adolescencia es una etapa llena de cambios y nuevos retos en muchos ámbitos: a nivel físico, psicológico, relacional, académico, etc. Es un periodo de transformación, de transición y de resolución de nuevas experiencias.

Los cambios a nivel físico se observan a simple vista con la aparición de los caracteres secundarios sexuales (crecimiento del vello, ensanchamiento de espalda y cadera); los efectos de las hormonas que los impulsan también se reflejan en el estado de ánimo del adolescente, aunque estas fluctuaciones no son tan evidentes o comprensibles.

Recorrido histórico

“El término “adolescencia” proviene del latín *adolescens* que significa “hombre joven y deriva también de que significa “crecer, padecer, sufrir”. Consecuentemente, es un periodo conflictivo, “crítico”, es decir, un momento decisivo en el cual el sujeto se separa de lo familiar, juzga y decide. Asimismo, lo consideran un “purgatorio”, un tiempo en el que nuevamente se vivencia el sufrimiento del nacimiento, es decir que podría

interpretarse como un “segundo nacimiento”, pero psicológico”. (Griffa y Moreno, 2005, p.8).

Un repaso histórico general muestra, desde el periodo de la Antigüedad, un interés por el paso de la infancia a la edad adulta, concibiéndola como el momento en el que se accede a la razón, pero también como la época de las pasiones y de las turbulencias. En el Impero Romano, la constatación de la pubertad implicaba el reconocimiento de la capacidad civil. En la Edad Media, el crecimiento físico de un niño o una niña era considerado como el crecimiento gradual de una criatura de Dios, implicando tan solo una transformación cuantitativa, no cualitativa, por lo que el joven era considerado un adulto en miniatura. Sin embargo, en el Renacimiento ya se encuentran nuevas formas de concebir el desarrollo humano y se plantea la necesidad de establecer programas escolares en relación con la evolución de las facultades de la persona.

Sin embargo, no es hasta la Revolución Industrial cuando se concibe la adolescencia como etapa concreta del desarrollo evolutivo, ya que la industrialización plantea la necesidad de una mayor tecnificación de los procesos productivos y la consiguiente creación de escuelas por niveles, para así mejorar la preparación de las futuras personas trabajadoras (Levi & Schmitt, 1995). El interés científico por la adolescencia es también un hecho relativamente reciente, iniciado con la publicación de la primera teoría de la adolescencia por Stanley Hall a principios del siglo XX (Hall, 1904).

Rousseau (1762), consideraba que la adolescencia comenzaba con la pubertad como hecho fisiológico, la pubertad resulta un fenómeno reconocido como universal, la adolescencia es relativizada, como una transición que puede activar ciertos desordenes considerados hereditarios. Es una época de transformación física y moral, en la medida en que se considera que el adolescente desarrolla su personalidad.

Con el comienzo del siglo XX nacen en Francia y en Estados Unidos abordajes considerados científicos que se proponen desentrañar lo que ocurre de específico en la adolescencia, en muchos casos en estrecha relación con la educación (Debesse, 1907). Se ocupan de mostrar la búsqueda de originalidad del adolescente y su necesidad de independizarse de los padres. Por otro lado, hacen referencia a los rasgos de la conducta de los jóvenes que tanto preocupan a los adultos, enfatizando su carácter tumultuoso (Arnoult, 2011).

En este contexto psicólogos como Stanley Hall, Anna Freud y, posteriormente, Erik Erikson junto con otros delimitan el estudio de la adolescencia definiéndola como un periodo del desarrollo psicológico a partir de criterios basados en la evolución y el

desarrollo. Desde una perspectiva tienen en cuenta la noción de madurez, cuya base es fisiológica, y de crecimiento. La consideran de este modo como una fase evolutiva necesaria dentro de la evolución del ser humano, por ende, universal, espontánea y natural, que conlleva modificaciones tanto a nivel fisiológico como psíquico y que incluye la llamada crisis de la adolescencia.

El planteamiento de Hall acerca de la adolescencia como un periodo tormentoso y estresante, de confusión normativa y de oscilaciones y oposiciones ha tenido una enorme trascendencia tanto dentro de la propia psicología evolutiva como en la propia sociedad, donde ha llegado a cristalizar como una representación cultural acerca de esta etapa.

Diversas perspectivas teóricas

Adolescencia desde la perspectiva medica

Según el enfoque biológica derivado básicamente de la medicina, el concepto de adolescencia tiene como determinante el proceso pubertad que se refiere fundamentalmente a la aceleración en los cambios físicos durante una determinada época de la vida y gracias a los cuales suceden a su vez cambios relevantes en el comportamiento.

Uno de los signos para reconocer la adolescencia es el inicio de la maduración sexual y la potencialidad para la procreación. Comienza en la pubertad con los cambios físicos del niño. Además de estos cambios físicos se produce un proceso de transformación psicológica y social, de cambios corporales y de identidad

La adolescencia es una etapa del desarrollo humano única y decisiva, caracterizada por un desarrollo cerebral y un crecimiento físico rápidos, un aumento de la capacidad cognitiva, el inicio de la pubertad y de la conciencia sexual, y la aparición de nuevas habilidades, capacidades y aptitudes. (UNICEF).

Según la OMS La adolescencia es la fase de la vida que va de la niñez a la edad adulta, o sea desde los 10 hasta los 19 años. Representa una etapa singular del desarrollo humano y un momento importante para sentar las bases de la buena salud.

Los adolescentes experimentan un rápido crecimiento físico, cognoscitivo y psicosocial.

Durante la adolescencia ocurre una vertiginosa sucesión de cambios biológicos, tan solo comparable con el rápido crecimiento físico de la primera infancia, que tiene su

inicio en los años de escuela primaria, aproximadamente a los 8 años para ellos y a los 6 años para ellas, pero cuyos signos aparentes no serán visibles hasta los 11 años para ellos y los 10 años para ellas (Archibald, Graber & Brooks-Gunn, 2003).

En los últimos años se observa que esta etapa evolutiva ocupa cada vez un mayor número de años, debido tanto a un adelantamiento generalizado de su inicio como a un atraso del final. El hecho de que la adolescencia empiece cada vez más tempranamente es debido a lo que se conoce como tendencia secular del desarrollo que muestra cómo los niños de nuestros días, comparados con generaciones anteriores, comienzan el desarrollo puberal de forma más temprana y adquieren antes su apariencia adulta y la madurez sexual (Herman-Giddens, Wang & Koch, 2001)

Pero, además de este aspecto estrictamente fisiológico, que explica el adelanto de la pubertad, habría que añadir otro vinculado a las prácticas educativas y a la socialización de los preadolescentes, que también estaría contribuyendo a la precocidad en la aparición de un estilo comportamental típico de la adolescencia. Por citar solo dos ejemplos, cada vez es más común que los padres y las madres promuevan en sus hijos e hijas la autonomía, lo que les lleva a que, por ejemplo, se desplacen solos en su entorno, utilicen el teléfono, el ordenador, tomen sus propias decisiones relacionadas con la vida cotidiana, hagan prevalecer sus propios gustos y preferencias, etc. Como consecuencia de ese afianzamiento en la identidad de los preadolescentes, las marcas comerciales han sabido ver aquí un importante mercado y han incluido entre sus objetivos preferentes también a este rango de edad.

Adolescencia desde la psicología

Freud en su texto “La metamorfosis de la pubertad” (1905), comienza a referirse a los inicios de la adolescencia a partir de lo que el “despertar sexual” (1905) provoca en la vida psíquica. Plantea que “con el advenimiento de la pubertad se introducen los cambios que llevan a la vida sexual infantil a su conformación normal definitiva, la pulsión sexual, que era predominantemente autoerótica ahora halla su objeto sexual” (1905). Agrega Freud, que para el logro de la nueva meta sexual en la adolescencia “todas las pulsiones parciales cooperan, al par que las zonas erógenas se subordinan al primado de la zona genital” (1905).

Desde el autor la adolescencia aparece como condición estructurante del psiquismo la cual no puede ser desprendida de su relación con la infancia.

Stanley Hall, Anna Freud y, posteriormente, Erik Erikson junto con otros delimitan el estudio de la adolescencia definiéndola como un periodo del desarrollo psicológico a partir de criterios basados en la evolución y el desarrollo. Desde una perspectiva naturalizante tienen en cuenta la noción de madurez, cuya base es fisiológica, y de crecimiento. La consideran de este modo como una fase evolutiva necesaria dentro de la evolución del ser humano, por ende, universal, espontánea y natural, que conlleva modificaciones tanto a nivel fisiológico como psíquico y que incluye la llamada crisis de la adolescencia (Fernández Raone, 2019)

Los psicoanalistas posfreudianos, comprenden a la adolescencia como etapa de la sexualidad humana donde se reactualizan conflictos y tendencias del periodo infantil luego del acallamiento que supone el periodo de latencia. Esta fase presenta características específicas, como el juego de fuerzas entre las instancias psíquicas, la relevancia de la instancia del yo y los mecanismos de defensa, junto con sus intentos de dominación de las exigencias pulsionales de la pubertad (A. Freud, 1936).

Otros autores, aunque definen a la adolescencia como una fase del desarrollo emocional del individuo y acentúan su carácter esencial, un proceso natural “que debe vivirse, una época de descubrimiento personal” (Winnicott, 1965, 114-115), también consideran la importancia de la incidencia de los factores sociohistóricos y el contexto cultural. Periodo de moratoria psicosexual con respecto a la intimidad y psicosocial para la paternidad (Erikson, 1972), en este momento individuo y sociedad deben realizar una ardua tarea, con la final consolidación, a partir de la institución de lo social, de una identidad interna.

Aberastury (1900) nos dirá que la adolescencia, más que una etapa estabilizada, es proceso y desarrollo. El adolescente atraviesa por desequilibrios e inestabilidad extremas, lo que configura una entidad semipatológica, “síndrome normal de la adolescencia”. Define adolescencia como:

La etapa de la vida durante la cual el individuo busca establecer su identidad adulta, apoyándose en las primeras relaciones objetales—parentales internalizadas y verificando la realidad que el medio social le ofrece, mediante el uso de los elementos biofísicos en desarrollo a su disposición y que a su vez tienden a la estabilidad de la personalidad en un plano genital, lo que sólo es posible si se hace el duelo por la identidad infantil” (Aberastury, A. Nóbél, M.).

El adolescente debe enfrentar el mundo de los adultos, para el que no está del todo preparado, y desprenderse de su mundo infantil. Realiza tres duelos fundamentales:

- Duelo por el cuerpo infantil perdido (cambios que se le presentan como externos y ante los cuales es impotente)
- Duelo por el rol e identidad infantiles (renuncia obligada a la dependencia y asunción de responsabilidades que desconoce)
- Duelo por los padres de la infancia

El adolescente vive una permanente fluctuación entre diversos pares de situaciones:

- Entre una dependencia y una independencia extremas;
- Entre el refugio en la fantasía y el afán de crecimiento
- Entre la afirmación de sus logros adultos y el refugio en los logros infantiles.

Esta fluctuación responde, de modo complejo, a todo un difícil proceso que el adolescente debe vivir, a través del cual busca una nueva identidad. Vive los cambios corporales y los imperativos del mundo como una invasión. El duelo por el cuerpo (caracteres sexuales secundarios, pérdida del cuerpo de niño y responsabilidad por la definición sexual y rol en la pareja y procreación): sólo cuando acepta simultáneamente sus aspectos de niño y de adulto puede empezar a aceptar su cuerpo y comienza a surgir una nueva identidad. Mientras tanto, hay fluctuaciones de identidad: cambios bruscos, variaciones, etc. Es que el implica ensayos y pruebas de pérdida y recuperación de ambas edades, y de ahí la inevitable fluctuación.

Dolto en *La causa de los adolescentes* (1990) plantea a la adolescencia como una fase de mutación. El adolescente pasa por una muda respecto de la cual nada puede decir, y es para los adultos, objeto de un cuestionamiento que, según los padres, está cargado de angustia o pleno de indulgencia. El estado de adolescencia se prolonga según las proyecciones que los jóvenes reciben de los adultos y según lo que la sociedad las impone como límites de exploración. Los adultos están ahí para ayudar a un joven a entrar en las responsabilidades y a no ser lo que se llama un adolescente retrasado

Acercándonos más a la época actual Nasio J.D. (2013) define la adolescencia como un pasaje obligado, atormentado pero también creativo que se extiende desde la infancia hasta las puertas de la madurez. Considera a la misma desde tres puntos de vista

- Biológico: el cual está relacionado con los cambios corporales por los que atraviesa el joven
- Sociológico: aquí hace referencia a la transición existente entre la dependencia infantil y la emancipación del joven adulto
- Psicoanalítico: aquí caracteriza al joven desde sus rasgos exteriores y desde el interior , desde el fondo del inconsciente.

A grandes rasgos define al adolescente desde el exterior como un ser trastornado que oscila entre la alegría y un vacío de esperanza. Pudiendo ir desde la euforia a sentirse deprimido. A veces es individualista y vanidoso, otras se siente poca cosa.

El autor expresa que muchas veces el joven no sabe hablar de lo que siente , no sabe identificar que le sucede, es por ello que propone un panorama de las manifestaciones inconscientes del adolescente de hoy. Dichas manifestaciones las clasifica según su grado de intensidad en moderada, intensa y extrema.

La moderada es la considerada efervescencia ordinaria, la identifica con una neurosis juvenil sana y necesaria para llevar a cabo la metamorfosis y afirmar su personalidad. Los principales síntomas son angustia, tristeza y rebeldía. Este tipo de neurosis del crecimiento afecta prácticamente a la totalidad de la población. Agrega con respecto a esta neurosis:

Este tipo de neurosis saludable es , de hecho , la repetición en la adolescencia de la primer neurosis de crecimiento que fue para un niño de 4 años el complejo de Edipo. Estoy convencido de que la formación de la personalidad del individuo se decide en su manera de atravesar estas dos pruebas inevitables que son: la neurosis sana del complejo de Edipo y diez años más tarde la neurosis sana de la adolescencia. (Nasio, 2013, pág. 23-24)

Aclara que en ambos casos se trata de neurosis ya que en las dos el sujeto se desgarrá interiormente tratando de responder a las exigencias pulsionales de su cuerpo, las exigencias sociales y del superyó. Considera por lo tanto la neurosis como el resultado de la incapacidad del adolescente, aun inmadura de acercar las exigencias pulsionales y las tiránicas exigencias del superyó, esta lucha hace del joven un ser íntimamente dislocados, desgarrado, que experimenta sentimientos contradictorios respecto a si mismo y aquellos de los que depende afectivamente (sus padres).

Por otro lado, con respecto al sufrimiento intenso expresa que este se manifiesta a través de comportamientos riesgosos, impulsivos y repetitivos. Las conductas riesgosas que se encuentran con mayor frecuencia son comportamientos depresivos, aislamiento, intentos de suicidio (actos consumados mas frecuentes en varones) y la poliadicción (adicción a sustancias, videos juegos, chat eroticos,etc). A estas se suman nuevos comportamientos como el alcoholismo, trastornos del comportamiento alimentario, deserción escolar , fugas que llevan al vagabundeo y actos delictivos.

Por último, Nasio menciona el sufrimiento extremo que incluye aquellas alteraciones mentales severas capaces de prolongarse hasta la edad adulta. Entre las afecciones más relevantes se encuentran la esquizofrenia , alteraciones obsesivas compulsivas, perturbaciones fóbicas, trastornos alimentarios o incluso depresión severa que puede conducir al suicidios

Adolescencia desde la Sociología

Los factores socioculturales comienzan a adquirir importancia en el estudio de la adolescencia a partir de las críticas que recibe la obra de Hall por parte de la antropóloga Margaret Mead (1928), quien cuestiona la universalidad de ese período de la vida, así como su carácter discontinuo y crítico en el pasaje de la niñez a la adultez.

Su hipótesis es que la adolescencia no es una fase de crisis y de tensión, sino el mejor momento de la vida de los jóvenes que ha estudiado en Samoa, en una sociedad organizada sin las regulaciones que se imponen en Occidente. La adolescencia es considerada a partir de este hallazgo como una consecuencia cultural de la evolución de las sociedades, su determinismo por lo tanto es social y no fisiológico(Fernández Raone,2019)

Sostiene que la adolescencia es una creación reciente de nuestra sociedad, un artificio que se utiliza para designar el pasaje de la infancia a la edad adulta. Le Breton considera que “ En las sociedades tradicionales, hoy enormemente destruidas por la globalización, los jóvenes no viven ese largo intervalo marcado a veces por el desasosiego” (2014). Son los ritos de pasaje los que aseguran para el autor que el niño alcance una posición activa y responsable en el seno de su comunidad. Por eso la adolescencia coincide con un breve tiempo: el de la ceremonia que sanciona el pasaje. Culturas de este tipo dedican un tiempo a este cambio y la entrada en la maduración social es gradual. Por el contrario, en nuestras sociedades no hay margen para la transmisión

entre la infancia y las responsabilidades sociales adultas, por esa razón, según el autor, la adolescencia no existe y los jóvenes permanecen largo tiempo en la transición.

La mayoría de estos autores considera que el problema que surge en la actualidad para los jóvenes es que esta transición se diluye en el tiempo. Señalan que en realidad son los adultos los que excluyen a los adolescentes de su inclusión en la sociedad, por temor a envejecer y según la necesidad de suprimir todos los riesgos de una sociedad insegura. Por esto concluyen que la adolescencia es un artificio, un mito que impide que los jóvenes se conviertan en adultos (Fernández Raone, 2019).

Para Le Breton (2013) la adolescencia abarca desde las transformaciones de la pubertad hasta la entrada en la vida. Esta reorganización simbólica y afectiva induce a una perturbación del funcionamiento anterior, un período de turbulencia que resulta incómodo para el joven o la joven y sus padres, da lugar a un intenso debate con los demás en la loca búsqueda de nuevos límites, de una adaptación al mundo redescubrir la serenidad. Momento de crecimiento físico y mental, pero también de ampliación de la relación con los demás. Ningún estatuto está completamente elaborado, reina la indecisión. El joven ya no es un niño, sin ser todavía hombre o mujer. La adolescencia es el tiempo progresivo de maduración, de construcción de los cimientos de un sentimiento de identidad más elaborado.(Le Breton,2013).

Capítulo 4

Articulación conceptos adolescencia - depresión – suicidio

La fase de la adolescencia caracteriza al ser humano que busca una nueva identidad. A menudo acumula experiencias de sufrimiento, soledad, dudas, ansiedad y confusión. Los cambios de humor que van desde la alegría (euforia) hasta la tristeza y la depresión, el duelo frente a la infancia perdida, los comportamientos antisociales, la necesidad de aceptación en grupos y la oposición a cualquier autoridad y personas que representan el control son parte de este camino. La soledad y el aislamiento también son comunes entre los adolescentes.

Los jóvenes son más propensos a la inmediatez y la impulsividad, y aún no tienen plena madurez emocional; por lo tanto, les resulta más difícil lidiar con el estrés agudo, como el final de una relación, situaciones que causan vergüenza o humillación, rechazo por parte del grupo social, fracaso escolar y pérdida de un ser querido. Estos eventos pueden actuar como desencadenantes de actos suicidas

Dolto (1988) establece que una de las causas de la desesperación de los adolescentes, que huyen al mundo imaginario de la droga o de la muerte a través del suicidio, es porque carecen de ritos de paso en los que los adultos y la sociedad les indiquen claramente que ya son sujetos de valor. No tienen puntos de referencia claros proporcionados por la sociedad que les permitan animarse a correr un riesgo (Fernández Abrecaya,2019).

Por otro lado, Nasio (2013) afirma que detrás de las conductas violentas contra los demás y contra uno mismo (piercing, automutilaciones, etc.) , se oculta una depresión hostil ante la cual es necesario investigar cuál fue la decepción que, en lugar de ponerlo francamente triste, generó su odio. En vez de sufrir el dolor de una pérdida, el adolescente conservó en su fuero interno el rencor de una ofensa. Así, plantea que el sufrimiento en la adolescencia muchas veces se pone de manifiesto a través de comportamientos peligrosos, que representan la puesta en acto de un sufrimiento inconsciente intenso como son el aislamiento, los intentos de suicidio o el suicidio consumado, la poliadicción a drogas y alcohol, la anorexia y la bulimia, el distanciamiento escolar, el ausentismo y las fugas, el vandalismo, la violencia hacia otros o sí mismo y la ciberdependencia (Nasio,2013,pag. 25-28)

Janin B. (2013) revela que uno de los factores detrás de la psicopatología en la adolescencia actual son las fallas en la constitución del Ideal del yo cultural. La autora

encuentra que actualmente los adolescentes atraviesan un grave problema que es la ausencia de proyectos futuros, reflejado en la sensación de vacío interno.

Los autores explican este elevado porcentaje de riesgo suicida por los conflictos y los cambios propios de esta etapa evolutiva, dado que los adolescentes pueden presentar dificultades para gestionar adecuadamente las demandas psicológicas y sociales de la etapa.

La llegada de la globalización ha logrado difundirse alrededor del mundo rebasando las barreras culturales e instaurando nuevos imperativos que en definitiva incidieron sobre la construcción subjetiva del sujeto, fenómenos que marcan definitivamente el cambio de toda una época. Esto implica por tanto un cuestionamiento acerca de cómo los sujetos hoy en día hacen frente a las problemáticas actuales, de forma que exista un mayor acercamiento de los síntomas contemporáneos y su efecto sobre la subjetividad.

El adolescente en la actualidad rechaza la espera, la incertidumbre y el vacío, para dar paso a la respuesta inmediata convertida en acto, donde muchas veces el adolescente llega a ubicarse al borde del acto suicida. (Unzueta-Zubieta, 2010)

En relación con conducta suicida en adolescentes, el Doctor Josep Moya, psiquiatra y psicoanalista español (2007) explica que el suicidio y el intento de suicidio son manifestaciones trágicas del fracaso de los adolescentes al enfrentarse con los cambios en ese nuevo mundo. Según el autor, la idea de la muerte forma parte de la adolescencia y acompaña el trabajo de subjetivación que lleva a las personas a pensarse como sujetos independientes y distintos de los demás. Moya entiende que este proceso de elaboración por el cual transitan los adolescentes los lleva a preguntarse sobre el sentido de la vida. En tanto, el enfrentamiento con la muerte se relaciona con las pérdidas que conlleva la metamorfosis sexual propia de la pubertad (Zuchowicki

El psicólogo Alejandro Schujman nos dice que el suicidio no es el deseo de muerte en la mayoría de los casos, sino más bien la ilusión, necesidad y deseo de poner fin al sufrimiento que por algún motivo atormenta. Es escapar de un padecimiento que se hace insostenible, el aparato psíquico estalla literalmente. El suicidio adolescente es una problemática en crecimiento. Vivimos en tiempos de hiperconectividad, pero hay pandemia de soledades.

La pregunta que se hicieron algunos profesionales al empezar a estudiar los crecientes casos de muerte adolescente es si el suicidio respondía a una complicación clínica previa o era consecuencia de una patología de la posmodernidad. Respecto a este interrogante el Dr. García Riera (2018) afirma que:

Se dan casos donde se puede sospechar una patología con identidad propia, un componente generacional no sólo derivado de una cuestión de modelado, sino que puede existir una vulnerabilidad genética, neuroquímica, que resultaría facilitadora de las conductas suicidas ante un evento frustrante y traumático. (García Riera, 2018)

Las patologías, de hoy en día, no difieren hondamente a las que Freud, en su tiempo, nos revelara, pero hoy, atravesados por la globalización y la lógica del mercado se advierte que, en su afán de pertenecer a los cánones actuales, el sujeto adolescente epocal, opera forses en su actuar: consumiendo es consumido y se consume. (Depetris, Triolo, Concepción 2017).

La búsqueda de su identidad en un mundo actual se torna cada vez más compleja, dificultosa y a veces intolerable. De modo que la sensación de frustración, fracaso, la angustia y el miedo pesan aún más que la alegría por la vida y tienden actualmente más a despersonalizar, mimetizar y convertir al anonimato, que a ayudar en este proceso de apropiación de la identidad.

La sociedad actual genera la creación de todo tipo de tratamientos físicos y psicológicos que le devuelvan al sujeto, o que le construyan al púber, un sentimiento de poder, fortaleza. Por esto, es más común encontrarse hoy con jóvenes que no se sitúan frente a las dificultades a través de un conflicto intrapsíquico, que es lo propio de la neurosis, sino con un sentimiento de incapacidad o insuficiencia frente a estas exigencias que los sobrepasan (Ortega de Spurrier, 2006).

Esta búsqueda de la identidad propia por parte del adolescente, que lo enfrenta con el drama de la muerte de lo infantil para nacer al mundo adulto, es también el encuentro con el extrañamiento, es decir con lo siniestro, con lo familiar que se vuelve desconocido. De allí que en el complejo de muerte del adolescente coexistan las acciones de autodestrucción, los "accidentes", las mutilaciones, con las fantasías de suicidio que reemplazan a la acción y con el miedo a la locura como muerte psíquica. Frente a esta tarea de búsqueda de su identidad enfrentando el complejo de muerte, cada adolescente recorre una o varias soluciones como por ejemplo el suicidio como concreción de la destrucción de su identidad, como autocastigo ante una culpa y traición vivida como irreparable, como venganza y rebelión, como intento omnipotente de eludir la realidad vivida como penosa, como búsqueda del paraíso perdido relacionada con la fantasía de

inmortalidad y de dicha, como una manera de mantener el vínculo narcisista y negar la necesidad del otro.

Los valores contemporáneos han sido ampliamente estudiados en las últimas décadas, confirmando su empuje a la instantaneidad, la inmediatez, la negación de sentidos, la unificación de la mirada, la globalización de las experiencias. El mundo contemporáneo le dice no a la interrupción, al detenerse ante un hecho importante, lo que imposibilita la realización de ritos necesarios al sujeto y a la cultura. En especial, cuando ocurren varios hechos de suicidio y/o intentos de suicidio, se fragmentan los lazos sociales que sirven de sostén y amparo, el entorno se ve impulsado a un paradigma mortífero y se dificultan -o definitivamente obstaculizan- los proyectos vitales individuales y comunitarios. (Altavilla, 2019)

Pardo Angarita (2004) plantea que la adolescencia es un estado evolutivo en el que se puede presentar el riesgo de tener conductas de depresión e ideación o conductas suicidas, puesto que en esta etapa del desarrollo se presenta el malestar emocional consecuencia de los cambios a nivel cognitivo, emocional, físicos y de adaptación y si se evidencian de problemas familiares, comunicación disfuncional con los padres, crítica por parte de ellos, humillación en las aulas de clase entre otros, se puede generar conductas depresivas e ideación suicida.

Villar Cabeza (2018) nos dice que el estudio específico del adolescente que presenta conducta suicida conlleva tener en cuenta las particularidades propias de esta etapa vital, por lo que la asociación internacional para la prevención de suicidio ha promovido un grupo de interés específico para el estudio del adolescente suicida(1960)

Para hablar de conducta suicida primero debe existir algún grado de intención de morir y para ello es imprescindible tener adquirido el concepto de muerte. La adquisición de dicho concepto requiere de un determinado desarrollo madurativo de la persona. Es en este primer factor a valorar y a tener en cuenta cuando hablamos de la aparición de la conducta suicida en el menor de edad. Seguido la palabra muerte se vuelve adulta entre los 6 y 9 años dependiendo del contexto familiar y cultural. Antes de los ocho años la muerte no es más que una sensación una separación, una ausencia provisional temporal irreversible. Es importante tener en cuenta la adquisición evolutiva del concepto de muerte, tanto para orientar correctamente a los familiares como para trabajar con el niño o adolescente.

Algunas de las características del perfil juvenil con mayor riesgo suicida son el sexo masculino predominando sobre el femenino y la franja entre 10 a 14, 15 a 19 años y de 20 a 24 años.

A. Factores asociados

- Enfermedad incurable.
- Afecciones dolorosas crónicas.

B. Psicopatología

- Depresión asociada con desesperanza más que al grado de intensidad de la depresión.
- Ideación suicida.
- Impulsividad
- Retraimiento.
- Soledad, desarraigo.
- Irritabilidad y hostilidad.
- Déficit de adaptación.
- Sadismo, masoquismo.
- Stress.
- Falta de expectativas.
- Alcoholismo
- Drogadicción. El 60% de los casos de suicidio se vincula con alcohol o drogas

C. Enfermedad mental severa

- Esquizofrenia.
- Trastornos bipolares.
- Delirios.
- Trastornos de Personalidad.

D. perturbación del ambiente familiar, caracterizado por:

- Inestabilidad y desorganización. . Incomunicación familiar
- Disputas interpersonales
- Padres separados o muertos
- Dificultad y separación de la pareja.
- Maltrato infantil, violación.
- Abuso sexual realizado por un familiar.
- Falta de comunicación con padres y hermanos. . Familiares que se han suicidado.

E. Factores ambientes y sociales

- Rupturas afectivas significativas.
- "Cultura de la muerte" (difusión explícita de conductas violentas, vivir situaciones de guerra, etc.)
- Aislamiento (encarcelamiento, internación, nucleamiento social cerrado)
- Inseguridad social.
- Crisis económicas.
- Desempleo juvenil.

Marco Metodológico

Tipo de estudio

Se realiza una investigación no experimental, transversal, exploratoria. El propósito de los diseños transeccionales exploratorios es comenzar a conocer una variable o un conjunto de variables, una comunidad, un contexto, un evento, una situación. Se trata de una exploración inicial en un momento específico. Por lo general, se aplican a problemas de investigación nuevos o pocos conocidos; además, constituyen el preámbulo de otros desafíos (Sampieri, Collado y Lucio, 1991). De tipo transversal ya que se enfoca el estudio de la variable en un único momento, es decir que se aplicara el instrumento una sola vez

Identificación y definición de las variables

Para la realización del trabajo de investigación se tuvo en cuenta una única variable la cual es la opinión de los profesionales de la salud mental sobre el suicidio y la depresión en adolescentes. Tomando el término opinión como el juicio o valor que se forma una persona respecto de algo o alguien (RAE)

La misma misma fue operacionalizada a partir de las entrevistas realizadas a los profesionales de la salud. Se dividió en tres ejes fundamentales como son suicidio, depresión y adolescencia para una mejor comprensión de la problemática.

Unidad de análisis

Profesionales de la salud mental de una institución pública

Población

La población son los profesionales de la salud mental que desempeñan sus actividades en la ciudad de Rosario.

Muestra

Se trabajó con una muestra no probabilística de 6 profesionales de la salud mental, 2 psiquiatras, 3 psicólogas y una psicopedagoga, quienes se desempeñan en el área de salud mental infanto-juvenil dentro de una institución pública de la ciudad de Rosario desde

diversas profesiones, contando con vasta experiencia en el abordaje de la problemática abordada.

En las muestras no probabilísticas de expertos , la elección de los elementos no depende de la probabilidad, sino de causas relacionadas con las características de la investigación o los propósitos del investigador. (Hernández-Sampieri, Fernández-Collado y Baptista-Lucio, P. 2014).

En ciertos estudios. es necesaria la opinión de individuos expertos en un tema. Estas muestras son frecuentes en estudios cualitativos y exploratorios para generar hipótesis más precisas o la materia prima del diseño de cuestionarios.

Técnica de recolección de datos

En el presente trabajo se consideró que la recolección de datos se debía realizar principalmente a través de la aplicación de entrevistas semiestructuradas la cuales cuentan con una previa definición y descripción de los ejes sobre los cuales se desea indagar para orientarnos hacia los objetivos y posteriormente, en íntima relación con estos, se desarrollaran los puntos temáticos y preguntas.

Procedimiento

Se contacto vía telefónica y presencial a los profesionales para acordar el modo en que se realizara la entrevista. Se acuerdan días y horarios, se envía entrevista previamente por mail a pedido de los participantes. Las entrevistas fueron realizadas en la institución donde trabajan dichos profesionales

Instrumento

Las entrevistas semiestructuradas se basan en una guía de asuntos o preguntas y el entrevistador tiene la libertad de introducir interrogantes adicionales para precisar conceptos u obtener más información” (Hernández Sampieri, 2018).

Sin duda alguna este instrumento ayuda a que el investigador pueda recolectar toda la información que crea necesaria, creando un ambiente de confianza entre el entrevistador y el entrevistado.

Este de instrumento permite recolectar toda la información que se requiera dentro de la investigación, ya que facilita que previamente el entrevistador analice y seleccione

lo desea recoger, para ello establecerá un guion de preguntas mismas que al momento de realizarlas pueden ser modificadas o a su vez adjuntará otras de ser necesario; aquí la actitud del entrevistador es primordial en vista que será quien encamine el diálogo acorde a las respuestas recibidas. (Folgueiras, 2016)

A pedido de los profesionales de la salud mental se entregan las preguntas de manera digital para que puedan leerlas previamente .

En el encuadre de la entrevista se les informo sobre el anonimato y resguardo de su identidad a menos que de modo contrario ellos deseen que sus nombres aparezcan en los anexos donde se adjuntaran las entrevistas.

Área de estudio

El trabajo de investigación se realizó en la ciudad de Rosario, situada en el sur de la provincia de Santa Fe, República Argentina. Rosario es la ciudad que posee mayor concentración poblacional de la provincia y la tercera más poblada de Argentina.

Se escogió trabajar con los profesionales de una institución pública dedicada al trabajo con niños y adolescentes y cuyos profesionales trabajan con la problemática elegida.

Consideraciones éticas

En el presente trabajo para evitar que se produzcan en los participantes cualquier tipo de daño, se tomaron ciertos recaudos; los sujetos fueron informados y conocen los objetivos del trabajo que se realizó, su participación fue voluntaria y se les garantizo el anonimato y confidencialidad. (en ninguna circunstancia se revelará su identidad). También se les aclaro que pueden abandonar la entrevista si lo creen necesario.

Resultados

Se trabajo con un total de 6 profesionales, psiquiatras ,psicólogos y psicopedagogos los cuales llevaron a cabo sus estudios en la Universidad Nacional de Rosario y universidad católica, desempeñan sus actividades en una institución pública en la cual se abordan diversas problemáticas infantojuveniles. Para una mejor comprensión se dividieron las preguntas tres ejes los cuales abordaron los conceptos fundamentales que permitieron responder los objetivos. Los datos fueron analizados en relación con el marco teórico y lo expuesto en el estado del arte.

En relación con el primer eje referido al suicidio se obtuvieron diversas definiciones dependiendo de la profesión que desempeñan, uno de los psiquiatras lo definió como ” Un acto de sufrimiento extremo y de claudicación de las defensas psíquicas del sujeto, es la complicación mas grave en el campo de la salud mental. En estos momentos también se la postula como patología comórbida con entidad propia”. Desde la psicología definieron el suicidio como “Una consecuencia de un estado melancólico”. Autores presentes en la teoría explican al suicidio como una reacción ante un dolor psicológico resultantes de necesidades psicológicas insatisfechas (Shneidman).

Son múltiples las definiciones que pueden existir de suicidio pero las respuestas obtenidas muestran que más allá de las diferencias conceptuales con respecto a que entienden por suicidio los profesionales concluyeron que los factores determinantes del acto suicida más frecuentes entre los adolescentes son: la existencia de familias poco continentes, el consumo de alcohol y sustancias psicoactivas, contacto con otros suicidas, antecedentes de suicidio en familiares, las enfermedades terminales, trastornos en la constitución subjetiva, melancolía, abuso sexual , impulsividad y bullying el cual en la actualidad algunos de los entrevistados califican como el más prevalente factor de riesgo que puede llevar al suicidio, más aún si el joven se encuentra atravesando un episodio depresivo. Enfatizan al respecto que “ el bullying si bien siempre existió, este es cada vez más cruento y ya no se limita solo al ámbito de la interacción física, sino que también se expresa en las redes sociales.

En estudios publicados por el fondo de las naciones unidas (UNICEF) consideran que la muerte autoprovocada nunca es el resultado de un solo factor o hecho. Los investigadores tienen en cuenta como principales aspectos que llevan al intento o consumación del suicidio, la angustia ,la incertidumbre, la ausencia en el cumplimiento de funciones paternas , asociadas a la imposibilidad de contener, sostener al adolescente

en su desarrollo y la existencia de un trastorno mental evidente en quienes no fueron atendidos debidamente. (UNICEF, 2021).

Mas allá de las posturas teóricas sobre el tema ,la mayoría concluye (algunos en base a su experiencia, otros por estadísticas) que existe un claro aumento de la tasas de suicidios en los últimos años tanto a nivel mundial como nacional. Aunque ninguno de ellos posee datos concretos y actualizados de lo que ocurre en Rosario. Refieren la poca fiabilidad de las estadísticas, aclarando también que estas suelen mostrar datos menores a los reales ya que muchos de estos decesos no son registrados como suicidios en las actas de defunción.

Por último, destacan la falta de políticas de salud adecuadas y eficientes para el tratamiento de cuadros depresivos y prevención de conductas suicidas. Consideran que son insuficientes en nuestro país la medidas tomadas para todas las patologías de orden psíquico, y escasos recursos que se destinan. Mencionan por ejemplo “la salud publica en nuestro país, ha sido históricamente y lo sigue siendo , insuficiente para todas las patologías de orden psíquico”. Otros de los profesionales consideran que “ Es un tema taboo para ciertos sectores de la política y los medios de comunicación, por lo cual gran parte de la sociedad se encuentra desinformada. Por otra parte los recursos destinados a la salud mental, y particularmente la psiquiatría, son en extremo insuficientes para satisfacer las demandas de la población”

Los dichos de los entrevistados concuerdan con algunos de los trabajos mencionados, donde se expresa que es de suma importancia la vigilancia epidemiológica de las causas externas en general y del suicidio en particular, desarrollando sistemas de registro y análisis de información que permitan una mejor caracterización de los fenómenos y orienten a estrategias para reducir morbilidad por estas causas, los autores afirman que los datos sobre las muertes en ocasiones no son registrados como corresponde generando estadísticas erróneas sobre los números totales de decesos por suicidio (Ministerio de Salud , Sociedad Argentina de pediatría , 2021)

En el segundo eje se interroga sobre adolescencia, como en el eje anterior más allá de las diferencias teóricas sobre las que se apoyan los entrevistados todos ellos concuerdan que la adolescencia es un periodo de transición donde se suceden una serie de cambios físicos y psíquicos que afectan tanto al sujeto como a su contexto. Un pasaje a la vida adulta, un periodo de redefinición sexual. Uno de los profesionales define la adolescencia como ” Un punto de inflexión en el ciclo vital de la familia y el sujeto. Momentos de rápidos y bruscos cambios tanto físicos como psíquicos”

La adolescencia es un pasaje obligado , con turbulencias, pero creativo, abarca un periodo de transición entre la dependencia infantil y la emancipación del joven, atravesando por cambios físicos, psíquicos y sociales (Nasio, 2013). El adolescente atraviesa por desequilibrios e inestabilidad extremas, lo que configura una entidad semipatologica o síndrome normal de la adolescencia (Aberastury,1900).

Por otro lado, todos estuvieron de acuerdo en considerar que el adolescente de la actualidad se encuentra en una situación de mayor vulnerabilidad, mayor riesgo.

En contexto actual del todo ya, de la inmediatez, la hiperconexión y la fragilidad de los soportes proporcionados por la familia y en muchos casos la pérdida de estos por diversas razones, dejan desprotegido al joven.

Los adolescentes se ven expuestos constantemente a estímulos para los que aún no están preparados y esta ausencia (o debilidad) de las figuras parentales generan que el adolescente este en una posición de mayor vulnerabilidad, quedando expuestos factores predisponentes, sin ningún tipo de contención, como el bullying, consumo de sustancias los cuales pueden desencadenar en cuadros depresivos pudiendo llevar los mismos al suicidio.

Uno de los profesionales acota “La nueva sociedad postmoderna ha dejado al descubierto dos hechos importantes en el armado subjetivo de los adolescentes, uno de ellos es la declinación de la función paterna por un lado y la ruptura de los lazos con el semejante por el otro. Ambas cuestiones dejan al adolescente en un estado de mayor vulnerabilidad”.

La llegada de la globalización ha logrado difundirse alrededor del mundo sobrepasando las barreras culturales e instaurando nuevos imperativos que en definitiva incidieron sobre la construcción subjetiva del sujeto, fenómenos que marcan definitivamente el cambio de época. Esto implica un cuestionamiento acerca de como los sujetos hacen frente hoy en día a las problemáticas actuales, de forma que existe un mayor acercamiento a los síntomas actuales (Unzueta Zubieta, 2010)

Los entrevistados en su mayoría concuerda con la teoría utilizada en el marco teórico y los antecedentes en que se están observando nuevas patologías y aseguran que “Se están gestando nuevas formas de sufrimiento en la adolescencia y obviamente nuevas patologías a partir de las demandas del mundo actual, también de sus carencias. La adolescencia no es lo que cambio , sino su forma de manifestarse. El joven esta hiperconectado, pero no esta preparado para los estímulos que genera esta hiperconexión”

Se podría entender entonces que la vulnerabilidad está dada por el contexto actual, la fragilidad de los lazos sociales y familiares ,situaciones de desamparo , sentimientos

de soledad, bullying , pérdida de soporte vincular o figuras únicas, abuso sexual, abuso de sustancias, duelo, violencia en general y depresión, todos estos en factores predisponentes y/o desencadenantes del acto suicida.

Las causas de la desesperación de los adolescentes que huyen al mundo de la droga o de la muerte a través del suicidio se deben a que carecen de ritos de paso en los que los adultos y la sociedad les indiquen claramente el camino. No tienen puntos de referencia claros proporcionados por la sociedad que les permitan animarse a correr riesgos (Fernández Abrecaya, 2019)

Para finalizar, en relación con el tercer y último eje, depresión, los profesionales volcaron sus opiniones sobre los signos de alarma a tener en cuenta, y la posibilidad que un cuadro depresivo culmine con el suicidio.

Mas allá de las diferencias observables en la terminología utilizada a la hora de definir la depresión, todos los profesionales concuerdan en afirmar que en cuadro depresivo (o melancolía según la postura de cada uno) puede tener como desenlace el acto suicida. A mayor severidad de la depresión, mayor riesgo suicida.

Uno de los psiquiatras entrevistados comenta que un importante porcentaje de personas, especialmente adolescentes que transitan depresión tiene al menos un episodio autolítico a lo largo de su vida.

Autores mencionados en el desarrollo de este trabajo concuerdan con los entrevistados mencionando que el factor de riesgo más importante para los intentos de suicidio es la depresión. Esta relación es superior a otros factores de riesgo. Estudios mencionan que quienes presentaban depresión y ansiedad eran más impulsivos, realizaban más intentos suicidas (Baca García- Fuensanta Aroca, 2014)

Se estima que la depresión por si sola aumenta el riesgo de suicidio, presentando las personas deprimidas tasas superiores, afectando principalmente a los adolescentes (Bedoya Carmona – Montano Villalba, 2016)

Por lo antes mencionado es que todos concuerdan en la importancia del diagnóstico precoz para evitar la progresión a episodios graves que presenten mayor riesgo de suicidio, sumado a que mientras más tardío sea el diagnóstico, más difícil suele ser el tratamiento.

Los signos de alarma que se deben tener en cuenta son: anhedonia, ideas de ruina, inquietud psicomotriz, presencia de síntomas psicóticos, ideación suicida, planeamiento suicida, desgano, dolor crónico, angustia profunda, adicciones, pensamientos negativos, apatía, insatisfacción permanente, aislamiento, autoestima baja, autolesiones y desesperanza. Todos estos signos son de fundamental importancia no debiendo ser

subestimados por los profesionales, así como los padres de los jóvenes tampoco deben minimizarlos pensando que es una conducta normal.

El diagnóstico precoz es imprescindible para detectar a tiempo e intervenir oportunamente minimizando el sufrimiento y las consecuencias futuras para el joven. El diagnóstico de la depresión reviste determinadas dificultades por su elevada comorbilidad y solapamiento sintomatológico. Si el profesional no está altamente capacitado para realizar un diagnóstico correcto podría realizar un diagnóstico erróneo o un subdiagnóstico (Bargueño – Cabrera, 2017)

Conclusiones

Como se mencionó al inicio del presente trabajo en la actualidad existe un alto índice de adolescentes que llegan al suicidio, los datos estadísticos a nivel mundial sobre la temática desarrollada, sumados al alarmante pronóstico realizado por organizaciones (U.N.I.C.E.F., O.M.S., O.P.S.) refuerzan la necesidad de seguir profundizando y actualizando los conocimientos en el área por parte de los profesionales de la salud.

Luego de la revisión bibliografía y las respuestas de los entrevistados se identificaron múltiples factores de riesgo que aumentan las posibilidades de una conducta suicida en la adolescencia, como son antecedentes familiares, abuso sexual, bullying, cuadros relacionados con el estado de ánimo, en especial la depresión, desesperanza, así también surge como uno de los factores preponderantes la debilidad o ausencia de contención familiar, o de personas que resulten significativas para el adolescente.

Uno de los factores más frecuentes, como ya se mencionó, es el bullying. Y en el contexto expansivo del uso y dependencia de las redes sociales e internet se enmarca el seguimiento de las patologías que podrían ser originarias de la posmodernidad.

Lo mencionado anteriormente, sumado al todo ya, la inmediatez, el abuso de sustancias, etc. dejan al adolescente en un estado de mayor vulnerabilidad, y con ello mayor es la posibilidad de un desenlace fatal.

El trastorno mental se considera como uno de los más fuertes predictores del riesgo suicida, siendo el cuadro depresivo el más asociado a estos eventos, este en interacción con otros comportamientos, impulsividad, consumo de sustancias, etc. genera un mayor riesgo de suicidio. Las estadísticas y los dichos de los entrevistados muestran un aumento considerable de este cuadro sobre todo en la adolescencia.

Según algunos de los trabajos consultados y los profesionales entrevistados estos factores predictores son de suma importancia el diagnóstico precoz de la depresión para

evitar la progresión a episodios graves que presenten mayor riesgo de suicidio, sumado a que mientras más tardío sea el diagnóstico, más difícil suele ser el tratamiento

Como ya se mencionó el suicidio es el resultado de una compleja interacción de factores biológicos, genéticos, psicológicos, sociológicos, culturales y ambientales (OMS, 2007) por lo tanto, el reto de la prevención de este, es identificar a las personas vulnerables a presentar comportamientos suicidas, como propósito de tener mayor entendimiento sobre las circunstancias que influyen en su comportamiento autodestructivo y poder así estructurar intervenciones eficaces. Es fundamental identificar cuáles son las características personales de los que presentan comportamientos y determinar en ellos los factores de riesgo asociados.

La lectura de la bibliografía revisada y los dichos de los entrevistados dan cuenta del problema con el que se encuentran para llevar una estadística más acertada con la cual profundizar el estudio ya que muchos de los casos no se registran como suicidio, ni tampoco los intentos.

Es fundamental buscar asistencia profesional cuando se dan comportamientos como las autolaceraciones, autoagresiones o la ingesta excesiva de un medicamento, porque son señales de alarma de un posible desenlace mortal. Lo expresado por los entrevistados coincide con los estudios utilizados en la realización de este trabajo en los cuales se menciona la dificultad de obtener datos fehacientes debido a la falta de estadísticas concretas, destacando la importancia de un trabajo en equipo, diagnóstico precoz y lo relevante que resulta a prevención y el lenguaje claro a la hora de comunicar sobre la problemática.

Un punto que es importante destacar y sobre el cual los profesionales coinciden es la falta de políticas públicas, y recursos para afrontar la problemática. El suicidio es considerado un problema de salud pública, es de suma importancia centrar medidas dirigidas a la prevención de mismo, así como de cuadros como la depresión, ambos son prevenibles con intervenciones y recursos adecuados

Es de suma importancia más conocimiento y jerarquización por parte de quienes participen en el trabajo con jóvenes. El trabajar con niños y adolescentes requiere de un conocimiento de sus etapas evolutivas en las cuales pueden aparecer síntomas los cuales no son patológicos, pero se debe estar atento a cualquier cambio que en ellos se realice, he aquí la importancia de la implementación de políticas de salud acordes, así como la prevención, la formación y por sobre todo el compromiso de los profesionales de la salud en el abordaje y trabajo con adolescentes.

El trabajo en equipo en el campo de las prácticas en salud mental se ha traducido, en un trabajo con otros que necesariamente hace lugar y propicia a la vez la tolerancia y el respeto por la pluralidad ideológica, conceptual y procedimental propios de la diversidad que caracteriza el conjunto de las teorías y las prácticas de nuestro campo, junto con el rigor en los planteos disciplinares, la exigencia de formación continua para todos los miembros del equipo y la responsabilidad por los actos por los que cada uno, en su quehacer cotidiano, debe responder.(Gigena, Igoa,Lozano, Schteingart,2008)

Si bien se esta hablando cada vez más sobre las problemáticas adolescentes y sus consecuencias es preciso continuar e intensificar el abordaje de las mismas, no solo desde las políticas públicas sino también por parte de todos los sectores implicados (escuela, familia, sociedad), muchos de los factores como depresión, bullying,etc., desencadenantes del acto suicida podrían ser prevenibles si existe un compromiso por parte de todos los miembros de una sociedad más allá de la posición que se ocupe.

Referencias bibliográficas

- Aberastury, A; Knobel, M. (1971). La adolescencia normal. Buenos Aires, Argentina: Paidós educador.
- Agudelo Osorio, M, & Núñez, C, & Grisales Aguirre, A. & Gómez Tabares, A.(2020). Riesgo e Ideación Suicida y su Relación con la Impulsividad y la Depresión en Adolescentes Escolares. Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación - e Avaliação Psicológica, 1(54),147-163
- Amaral, A., Sampaio, J., Matos, F., Pocinho, M., Mesquita, R., & Sousa, L. (2020). Depresión e ideación suicida en la adolescencia: implementación y evaluación de un programa de intervención. Enfermería Global, 19(59), 1-35. Epub 10 de agosto de 2020.
- Aranguren, M.(2009). Modelos teóricos de comprensión del suicidio. I Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVI Jornadas de Investigación Quinto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires
- Asociación Americana de Psiquiatría (2013).Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría
- Baca García, E., & Aroca, Fuensanta. (2014). Factores de riesgo de la conducta suicida asociados a trastornos depresivos y ansiedad. Salud mental, 37(5), 373-380.
- Basile, H. (2002). Depresión y suicidio infantojuvenil diagnóstico precoz y prevención psicosocial. 3º congreso virtual de psiquiatría
- Beck AT, Kovacs M, Weissman A. Assessment of suicidal intention: the Scale for Suicide Ideation. J Consult Clin Psychol. 1979 Apr;47(2):343-52. doi: 10.1037//0022-006x.47.2.343. PMID: 469082.
- Bella, M., Acosta, L., Villacé, B., López de Neira, M., Enders, J., & Fernández, R. (2013). Análisis de la mortalidad por suicidio en niños y jóvenes. Argentina, 2005-2007. Archivos argentinos de pediatría, 111(1), 16-21.

- Bella, M., Fernández, R., & Willington, J. (2010). Intento de suicidio en niños y adolescentes: depresión y trastorno de conducta disocial como patologías más frecuentes. Archivos argentinos de pediatría, 108(2), 124-129
- Beltrán Baquerizo (2005). Adolescentes suicidas: Un abordaje desde la terapia familiar sistémica. Revista de la Universidad Azuay, vol. nº 35
- Bertholet, R. (2012). La depresión, una lectura desde el psicoanálisis. IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XIX Jornadas de Investigación VIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires
- Bruno, K. y Sosa, S. (2019). Depresiones en la infancia. XI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVI Jornadas de Investigación. XV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. I Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. I Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires
- Capera, González Chacón (2017). Revisión teórica y profundización del suicidio. Institutional Repository Universidad Piloto de Colombia
- Corcuera Mejía, Iglesias Osorio (2015). Intervención Cognitiva Conductual en el abordaje terapéutico en la Depresión como factor de riesgo en el suicidio de adolescentes. Repositorio UCP
- Daray, F. M., Grendas, L., & Rebok, F. (2016). Cambios en la conceptualización de la conducta suicida a lo largo de la historia: desde la antigüedad hasta el DSM-5. Revista De La Facultad De Ciencias Médicas De Córdoba, 73(3), 205–211.
- Depetris, S. y Triolo Moya, F. (2017). El adolescente epocal. Patologías actuales en consonancia con los ideales de la sociedad de consumo. IX Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXIV Jornadas de Investigación XIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

- Donoso, G. (2014) Aproximaciones a la depresión adolescente a través del concepto de transferencia: aportes desde la clínica psicoanalítica mediante un estudio de casos.
- Fernández Abrevaya, L. (2019). Conceptualizaciones sobre el suicidio y su abordaje en la adolescencia. XI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVI Jornadas de Investigación. XV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. I Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. I Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Fernández Raone; M. (2019). Debates sobre el estatuto de la adolescencia y sus invariantes estructurales en el psicoanálisis. Facultad de psicología UBA. Revista universitaria (2019, N° 19), pp. 115-124 | ISSN 1515-3894
- Ferreira, L. Suicidios y Freud: Conceptualizaciones Sobre el Suicidio en Ensayos. Anuario de Investigaciones de la Facultad de Psicología II Congreso Internacional de Psicología - V Congreso Nacional de Psicología “Ciencia y Profesión” Año 2017, Vol. 3, N°2, 488-506
- Freud; S. (1923/25). El yo y el ello. Obras completas, vol. 19. Amorrortu ediciones, Buenos Aires
- Freud; S. (1926). Inhibición, síntoma y angustia. Obras completas, vol. 20, Buenos Aires: Amorrortu ediciones
- Freud, S. (1915). De guerra y muerte. Temas de actualidad. Obras Completas. Vol. 14, Buenos Aires: Amorrortu editores
- Freud; S. (1910). Contribuciones para un debate sobre el suicidio. Obras Completas. Vol. 11, Buenos Aires: Amorrortu editores (p. 231)
- Freud; S. (1901). Psicología de la vida cotidiana. Obras completas. Vol. 6, Buenos Aires: Amorrortu ediciones
- Freud; S. (1905). Fragmento de análisis de un caso, Tres ensayos para una teoría sexual y otras obras. Obras completas. Vol. 7. Amorrortu ediciones: Buenos Aires

- García Galindo, C.; Bahamon, M.J.(2017). Teoría cognitiva y teoría interpersonal psicológica del comportamiento suicida. Escuela de ciencias sociales, arte y humanidades
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2019): El suicidio en la adolescencia. Situación en la Argentina. Buenos Aires, Argentina: UNICEF.
- García Riera, J.(2019). "Hay muchos adolescentes con depresión y los padres no lo advierten". *La Capital*.
- García Riera, J. (2021). Psiquiatras rosarinos aconsejan: "No hay que tener miedo de hablar en familia del suicidio". *La Capital*.
- Gigena, H., Igoa, A., Lozano, F., Schteingart,A.(2008). Trabajo en equipo: Trabajar con otros.Cleptos, una revista de residentes de salud mental. Vol. XIV(2)52-54
- Gómez Tabares, Anyerson Stiths, & Núñez, C., & Agudelo Osorio, M., & Grisales Aguirre, A.(2020). Riesgo e Ideación Suicida y su Relación con la Impulsividad y la Depresión en Adolescentes Escolares. Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica, 1(54),147-163.
- Gutiérrez Quintanilla (2013). El suicidio: etiología, factores de riesgo y de protección. Revista Entorno, Universidad Tecnológica de El Salvador, www.utec.edu.sv, diciembre 2013, número 54: 6-11, ISSN: 2218-3345
- Guzmán,M.(2018).Suicidio Adolescente “Multicausalidad de los Procesos Suicidas Adolescentes, en la Argentina del siglo XXI”. [Trabajo final de grado, Universidad Nacional de Lujan]. Repositorio digital institucional de acceso abierto de la Universidad de Lujan
- Hernández Samiperi,R.(2014). Metodología de la investigación (6º ed.). Mc Graw Hill/ Interamericana ediciones

- Jackson, S.W. (1989). Historia de la melancolía y la depresión desde los tiempos hipocráticos a la época moderna. Editorial Turner.
- Janinn, B. (2013) Encrucijadas de los adolescentes de hoy. I Coloquio Internacional sobre culturas adolescentes: subjetividades, contextos y debates actuales. Buenos Aires, Argentina.
- Jiménez Herrera (2021). Suicidio en adolescentes, una problemática silenciosa [Maestría en psicoanálisis, Universidad Católica de Santiago de Guayaquil]. Repositorio de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil
- Korman, G. & Sarudiansky, M. (2011). Modelos teóricos y clínicos para la conceptualización y tratamiento de la depresión. Subjetividad y Procesos Cognitivos. Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales. Base de datos Redalyc.
- Lutereau L. (2019). Esos raros adolescentes nuevos. Narcisistas, desafiantes e hiperconectados (1º ed.). Paidós ed.
- Le Bretón, D. (2013) Dall Universo al multiverso: Analisi delle culture giovanili. Pontificio Consiglio della Cultura Asamblea Plenaria. Culture Giovanili Emergenti
- Le Breton, D. (2012). Las conductas de riesgo de los jóvenes. Revista Topia. Psicoanálisis, sociedad y cultura (nº 66). Buenos Aires
- Ministerio de Salud de la Nación (2021) Abordaje integral del suicidio en las adolescencias: lineamientos para equipos de salud / 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación ; Sociedad Argentina de Pediatría ; UNICEF, 2021.
- Moreno Gordillo, G., Trujillo Olivera L., García Chong, N. & Tapia-Garduño, F. (2019). Suicidio y depresión en adolescentes: una revisión de la literatura. Revista Chilena de Salud Pública, 23(1)
- Muñoz (2019). Consideraciones sobre el suicidio; aportes desde una lectura [Maestría en psicoanálisis Universidad Nacional de Rosario]. Repositorio UNR

- Nasio, J.(2010). ¿Cómo actuar con un adolescente difícil? Consejos para padres y profesionales. Editorial Paidós
- Neira, H. (2018). Suicidio y misiones suicidas: revisitando a Durkheim. Cinta de moebio, (62), 140-154.
- Organización Panamericana de la Salud(2018).Manual de prácticas para el establecimiento y mantenimiento de sistemas de vigilancia de intentos de suicidio y autoagresiones. Washington, D.C.
- Ortega de Spurrier (2006). Adolescentes, depresión y modernidad. Revista digital escuela de orientación lacaniana (revista Virtualia).
- Rodríguez Pulido, J. L. Glez. de Rivera y Revuelta, R. Gracia Marco y D. Montes de Oca Hernández. El suicidio y sus interpretaciones teóricas Psiquis, 1990: 11: 374-38
- Vaca, A.(2006). Suicidio: ¿conducta de adolescente problema o un problema de la adolescencia? Universidad de la Sabana. Red de repositorios Latinoamericanos
- Varengo; J. (2016). Ideación Suicida en Adolescentes[Trabajo final de grado, Universidad siglo 21]. Repositorio Universidad siglo 21
- Vasek, A (2010). Errores cognitivos y suicidio: Un estudio de caso múltiple de cartas y notas suicidas [Trabajo de grado, Universidad Empresarial Siglo 21]. Repositorio Universidad siglo 21
- Villar Cabeza (2018). Factores de riesgo en la conducta suicida en la adolescencia [Tesis doctoral, Universidad de Barcelona]
- Villar Cabeza, F., Castellano-Tejedor, C., Sánchez Fernández, B., Verge Muñoz, M., & Blasco-Blasco, T. (2018). Perfiles psicológicos del adolescente con conducta suicida. Revista De Psiquiatría Infanto-Juvenil, 34(1), 7-1

Anexos

Anexos A

Consentimiento Informado de participación en la Investigación

Acepto participar voluntariamente de esta investigación para un Trabajo final de Grado conducida por: Mariana Lascano, estudiante de Psicología de la Universidad Abierta Interamericana. He sido informado/a sobre la meta de este estudio, que consiste en conocer sobre el sentido de la vida y cómo ven ciertas áreas los adolescentes. Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial, mis datos serán anónimos (se preserva la identidad) y no será utilizada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado acerca de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona.

Firma del participante:

Fecha:

Anexo B

Formato Entrevista

Datos sociodemográficos

- Nombre: Edad:
- Nivel de estudios cursados:
- Institución de cursado:
- Espacialidad:
- Encuadre teórico en base al que desempeña el ejercicio profesional:
- Antigüedad en la actividad:

- Eje 1 suicidio

¿Qué entiende por suicidio?

Identifique factores de riesgo para la concreción del acto suicida

¿En base a su experiencia la tasa de suicidios está en aumento en nuestro país? ¿Dispone datos sobre lo que sucede en la ciudad de Rosario?

¿Ante los hechos entiende que existen eficaces políticas de salud pública para prevención y tratamiento de la conducta suicida y /o de los cuadros depresivos?

- Eje 2 adolescencia

¿Qué entiende por adolescencia?

¿Encuentra diferencias entre los adolescentes de generaciones anteriores y las actuales?

¿Se encuentran estos en situación de mayor vulnerabilidad? ¿Qué entiende por vulnerabilidad?

¿Considera que se han desarrollado nuevas formas de sufrimiento en la adolescencia y que se han modificado en su presentación clínica las formas ya existentes en consonancia con los cambios sociales? ¿Cuál ha observado?

¿En su opinión que factores considera llevan a los adolescentes a precipitar la conducta suicida?

¿Considera determinante el abordaje interdisciplinario en el adolescente?

- Eje3 depresión

¿Cuál es su mirada acerca de los estados de depresivos?

Que factores entiende ud. resultan facilitadores para la aparición de episodios depresivos juveniles?

¿Considera que un trastorno depresivo como factor de riesgo severo para el desarrollo de episodio autolítico?

¿Cuáles síntomas aplican para criterio de alarma?

¿Cuál es la importancia del diagnóstico precoz ?

Entrevista n°1

- Nombre : José Edad: 68
- Nivel de estudios: Universitarios
- Institución de cursado: UNR
- Especialidad: Médico psiquiatra
- Encuadre teórico en base al que desempeña el ejercicio profesional Neurociencias y psicoterapia interpersonal
- Antigüedad en la actividad: 44 años

Eje1 - suicidio

- ¿Qué entiende por suicidio?

Entiendo al Suicidio como un acto de sufrimiento extremo y de claudicación de las defensas psíquica del sujeto. Es la complicación mas grave en el campo de la salud mental. También en estos momentos se postula que es una patología comórbida con identidad propia.

- Identifique factores de riesgo para la concreción del acto suicidio

Como determinantes considero un Intenso nivel de sufrimiento, la impulsividad de la etapa adolescente, el abuso de sustancias, depresión subyacente y la patología psiquiátrica concomitante.

Pudiendo observar cómo indicadores en algunos casos cartas, regalos, regalar sus pertenencias , cambios de habito de sueño, abuso de sustancias , intenso planeamiento y dolor, autoestima baja.

El bullying es una de las mayores causas de suicidio, sumado al maltrato familiar. El consumo de drogas facilita la aparición de estructuras vulnerables, depresiones post consumo, el síndrome de anhedonia va generando abatimiento, falta de experimentación de placer

- ¿En base a su experiencia la tasa de suicidios está en aumento en nuestro país?
¿Dispone datos sobre lo que sucede en la ciudad de Rosario?

Entendería que las tasas de suicidio se están incrementando, en nuestro país las estadísticas no son fiables y lo mismo aplicable a la ciudad de Rosario porque no hay estadísticas, pero si lo que está aumentando es la prevalencia depresiva.

- ¿Ante los hechos entiende que existen eficaces políticas de salud pública para prevención y tratamiento de la conducta suicida y o de los cuadros depresivos?
¿Considera prevenible el suicidio?

Por parte de la salud pública no existen medidas adecuadas para la prevención del suicidio ni tampoco para la prevención de los cuadros depresivos, ni adecuado diagnóstico. Creo que es algo prevenible con las políticas adecuadas

Eje 2 adolescencia

- ¿Qué entiende por adolescencia?

La adolescencia es un momento de inflexión en el ciclo vital de la familia y el sujeto. Momentos de rápidos y bruscos cambios tanto físicos como psíquicos

- ¿Encuentra diferencias entre los adolescentes de generaciones anterior y las actuales? ¿Se encuentran estos en situación de mayor vulnerabilidad? ¿Qué entiende por vulnerabilidad?

Si , hay diferencias entre los modelos de adolescentes actuales y los adolescentes de generaciones anteriores. Los actuales se encuentran expuestos a mayores riesgos y mayor vulnerabilidad.

A mi entender la vulnerabilidad es un rasgo estructural ya sea de base genética , biológicas, psíquica y o histórica que hace que un sujeto determinado resulte afectado por determinado tipo de eventos. La vulnerabilidad es singular

- ¿Considera que se han desarrollado nuevas formas de sufrimiento en la adolescencia y que se han modificado en su presentación clínica las formas ya existentes en consonancia con los cambios sociales? ¿Cuál ha observado?

Sin dudas se están gestando nuevas formas de sufrimiento y obviamente nuevas formas de patologías en los adolescentes a partir de las demandas del mundo actual. También de las carencias del mundo actual.

La adolescencia no es lo que cambio , sino su forma de manifestarse. El joven esta hiperconectado , no está preparado para los estímulos que genera esta hiperconexión. Años atrás los motivos de consulta eran otros, por ejemplo, retraso mental, déficit de atención, etc. Hoy en día podemos observar que llegan al servicio muchas consultas por trastornos disruptivos, bullying , depresión y ansiedad

- ¿Cree que hay jóvenes presentan una enfermedad mental preexistente que no son tratados a tiempo? (pregunta extra)

Considero que hay adolescentes en los que existe un componente de enfermedad mental. Trastornos mentales evidentes que no llegan o no fueron debidamente atendidos por las instituciones de salud mental o han minimizado su riesgo.

- ¿En su opinión que factores considera llevan a los adolescentes a precipitar la conducta suicida?

La desesperanza considero que es el factor principal, el consumo de droga y alcohol también son factores predisponentes, puedo mencionar también, el historial familiar de depresión, suicidio, abuso. El bullying también es un disparador.

Es importante estar atentos a diversas señales de alerta que suelen aparecer como por ejemplo el abandono personal, el brusco consumo de alcohol, aumento de la irritabilidad, rasgos ciclotímicos con tendencia a la depresión. Otras que puedo mencionar son síntomas depresivos como apatía, inhibición y anhedonia (pérdida del interés en las cosas placenteras)

- ¿Considera determinante el abordaje interdisciplinario en el adolescente?

El trabajo interdisciplinario es importante , indispensable. ¿Cree que el campo infantojuvenil es más complejo que el adulto?

Ambos campos son complejos, lo que ocurre es que tienen complicaciones diferentes y lo que si tiene el campo infanto juvenil es un dinamismo mayor que el adulto.

Eje 3 Depresión

- ¿Cuál es su mirada acerca de los estados de depresivos? En su observación clínica, adquieren los trastornos del estado de ánimo mayor incidencia en los adolescentes

La depresión es un trastorno de la salud mental. Existe mayor frecuencia en los adolescentes, es más visible que antes las patologías del estado del ánimo en adolescentes.

- ¿Qué factores entiende ud considera resultan facilitadores para la aparición de episodios depresivos juveniles?

La depresión es multifactorial, existe una vulnerabilidad biológica, la historicidad, la familia las exigencias del medio, el abuso de sustancias, la falta de afecto, el déficit afectivo.

- ¿Considera que un trastorno depresivo como factor de riesgo severo para el desarrollo de episodio autolítico?

Tal vez la depresión si podemos decir que es prevalente en el suicidio adolescente. Como mencione antes los síntomas depresivos como la apatía forman parte de las señales a las que hay que estar atentos

- ¿Cuáles síntomas aplican para criterio de alarma?

Fundamentalmente como factor la desesperanza

- ¿Cuál es la importancia del diagnóstico precoz ?

El diagnóstico precoz es importante para prevenir las complicaciones y detectar justamente el nivel o posibilidad de autolesión. ¿Qué instrumentos utiliza? Para el diagnóstico se utilizan diferentes instrumentos desde el laboratorio. Entrevistas individuales como familiares, dosajes de neurotransmisores, psicodiagnóstico, escalas.

Entrevista n°2

- Nombre : Susana Edad: 64
- Nivel de estudios: Universitarios
- institución de cursado: Universidad Católica de Santa Fe
- Espacialidad: Psicopedagogía
- Encuadre teórico en base al que desempeña el ejercicio profesional: Teorías del conocimiento, Piaget fundamentalmente. También pedagogía crítica. Respecto al armado subjetivo, psicoanálisis

- Antigüedad en la actividad: 40 años

Eje 1 suicidio

- ¿Qué entiende por suicidio

Considero que es la consecuencia de uno de los malestares más extremo del sujeto.

- ¿Cuáles entiende resultan los facilitadores para dicho evento?

A mi entender la depresión y melancolía, según lo explica Freud.

- Identifique factores de riesgo para la concreción del acto suicida

Creo que como factores de riesgo se puede mencionar el bullying, el abuso de sustancias y /o alcohol, la falta de contención familiar, la depresión, considero que dejan al adolescente en una situación de mayor vulnerabilidad la cual posibilita al acto suicida

- ¿En base a su experiencia la tasa de suicidios está en aumento en nuestro país?
¿Dispone datos sobre lo que sucede en la ciudad de Rosario?

Desconozco los porcentajes actuales, pero se que son más frecuentes de lo que se supone. Suele haber picos en determinadas épocas. (a que crees que se debe). Actualmente en Rosario, como fenómeno post pandémico hay muchos adolescentes con diagnóstico de depresión y potencial riesgo suicida

- Cree que puede ser prevenible con la información adecuada

A mi entender y siguiendo las conceptualizaciones de la teoría psicoanalítica no habría posibilidades de prevención. (por que). Solo existe la posibilidad de atención (posible detección) previa demanda de análisis de un futuro paciente.

- ¿Ante los hechos entiende que existen eficaces políticas de salud pública para prevención y tratamiento de la conducta suicida y/o de los cuadros depresivos?

La salud publica en nuestro país, ha sido históricamente y lo sigue siendo, insuficiente para todas las patologías de orden psíquico

Eje 2 adolescencia

- ¿Qué entiende por adolescencia?

Entiendo la adolescencia como un tiempo de transición de reedición , de transformaciones importantes en la vida de un sujeto, en tanto debe realizar el pasaje de lo familiar a lo extrafamiliar . Y no es sin consecuencias , aparecerán logros pero también fracasos

- ¿Encuentra diferencias entre los adolescentes de generaciones anteriores y las actuales? ¿Se encuentran estos en situación de mayor vulnerabilidad? ¿Qué entiende por vulnerabilidad?

Existe una doble dimensión, una historia , y desde allí si podemos pensar que los adolescentes no son los mismos. La nueva sociedad postmoderna ha dejado al descubierto dos hechos importantes en el armado subjetivo de los adolescentes, uno de ellos es la declinación de la función paterna por un lado y la ruptura de los lazos con el semejante por el otro. Ambas cuestiones dejan al adolescente en un estado de mayor vulnerabilidad

- ¿Considera que se han desarrollado nuevas formas de sufrimiento en la adolescencia y que se han modificado en su presentación clínica las formas ya existentes en consonancia con los cambios sociales? ¿Cuál ha observado?

Retomando la respuesta anterior ,tiene que ver con la constitución del sujeto del inconsciente. Pensando desde allí no habría patologías nuevas en tanto las estructuras son invariables.

- ¿Existe evidencia que hay poblaciones en las que existe patología en salud mental comórbida, no diagnosticada ni atendida por los efectores en salud mental?

Según mi postura no habrá posibilidad de prevenir.

- ¿Pueden dimensionarse complejidades cualitativas diferentes en el campo del psiquismo infanto juvenil respecto del adulto?

Existen especialidades, no clínicas de expertiz.

- ¿Considera determinante el abordaje interdisciplinario en el adolescente?

Considero bueno el trabajo interdisciplinario cuando esta atravesado por conceptualizaciones comunes.

Eje3 depresión

- ¿Cuál es su mirada acerca de los estados de depresivos?

Mi referencia es duelo y melancolía

- ¿En su observación clinica,adquieren los trastornos del estado de ánimo mayor incidencia en los adolescentes?

No es un tema de mi especificidad. Conozco bastante poco.

Entrevista n° 3

- Nombre : Alejo

Edad: 35

- Nivel de estudios: Universitarios
- institución de cursado: UNR
- Especialidad: Médico psiquiatra
- Encuadre teórico en base al que desempeña el ejercicio profesional: cognitiva conductual
- Antigüedad en la actividad: 9 años

Eje1 - suicidio

- ¿Qué entiende por suicidio

Acto patológico en el cual el individuo se provoca la muerte en forma intencionada.

Identifique factores de riesgo para la concreción del acto suicidio

Familias poco continentales, consumo de alcohol y sustancias psicoactivas, contacto con otros suicidas, antecedentes de suicidio en familiares de primer grado, enfermedades terminales, presencia de alucinaciones auditivas de carácter imperativo, abuso sexual e impulsividad

- ¿En base a su experiencia la tasa de suicidios está en aumento en nuestro país?
¿Dispone datos sobre lo que sucede en la ciudad de Rosario? ¿Cree que puede ser prevenible con la información adecuada?

Si, tanto la experiencia como las estadísticas marcan un claro aumento de la tasa de suicidios en los últimos años pre -pandemia. Probablemente en cuanto surjan datos estadísticos posteriores a la pandemia mostraran un aumento aún mayor. Vale aclarar que las estadísticas suelen mostrar datos menores a los reales debido a que muchos suicidios no se registran como tales en las actas de defunción. No dispongo de datos actualizados de lo que sucede en Rosario hoy en día. Creo que puede ser prevenible

- ¿Ante los hechos entiende que existen eficaces políticas de salud pública para prevención y tratamiento de la conducta suicida y o de los cuadros depresivos?

No, es un tema que parece ser taboo para ciertos sectores de la política y los medios de comunicación, por lo cual gran parte de la sociedad se encuentra desinformada al respecto. Por otra parte, los recursos destinados a la salud mental, y particularmente a la psiquiatría, son en extremo insuficientes para satisfacer las demandas de la población.

Eje 2 adolescencia

- ¿Qué entiende por adolescencia?

Período de la vida en la cual el niño cursa su transición a la adultez, formando su personalidad y completando el desarrollo y maduración de numerosas funciones ejecutivas (entre ellas el control inhibitorio, en última instancia). Es en esta etapa también que se instaura el pensamiento abstracto.

- ¿Encuentra diferencias entre los adolescentes de generaciones anteriores y las actuales?

Sí, probablemente debido al mayor estímulo y exposición ocasionado por las nuevas tecnologías, así como por los cambios que se han ido dando en la sociedad.

- ¿Se encuentran estos en situación de mayor vulnerabilidad? ¿Qué entiende por vulnerabilidad?

Sí, el bullying, si bien siempre existió, es cada vez más cruento y ya no se limita solo al ámbito de la interacción física, sino que también se expresa en las redes sociales. Por otra parte, el enorme aumento en el abuso de sustancias entre adolescentes en los últimos tiempos los pone en una posición de mayor riesgo aún. A esto también podemos agregarle que el adolescente (y muchas veces también su familia) suelen ser reticentes a la atención por salud mental. En cuanto a vulnerabilidad, la entiendo como la predisposición a padecer un determinado cuadro psicopatológico, y determinada por factores genéticos en interacción con factores ambientales.

- ¿Considera que se han desarrollado nuevas formas de sufrimiento en la adolescencia y que se han modificado en su presentación clínica las formas ya existentes en consonancia con los cambios sociales? ¿Cuál ha observado?

Si. No es que sean nuevas, sino que se han intensificado como por ejemplo el bullying que antes era algo más relacionado al ámbito escolar, hoy lo traspasa, el uso de las redes sociales lo intensifica. El consumo de sustancias siempre existió pero hoy es mas notable, la tecnología genera adicción en muchos casos, se esta mas pendiente de la imagen que en otros tiempos

- ¿En su opinión que factores considera llevan a los adolescentes a precipitar la conducta suicida?

Perdida de soporte vincular o figuras únicas, abuso sexual, abuso de sustancias, duelo, bullying y violencia en general

- ¿Considera determinante el abordaje interdisciplinario en el adolescente?

Si, el trabajar de esa manera ofrece la posibilidad de abordar una situación desde distintos puntos de vista, lo que permite una mejor comprensión del problema

- ¿Cuál es su mirada acerca de los estados de depresivos?

Considero que son cuadros multicausales, que en su gran mayoría requieren abordaje tanto psicoterapéutico como farmacológico, muchas veces subdiagnosticados y subdimensionados, incluso por los mismos profesionales

- Que factores entiende ud. resultan facilitadores para la aparición de episodios depresivos juveniles?

Antecedentes familiares de depresión, Alcoholismo en el núcleo familiar, Familias disfuncionales, Pérdida de referentes familiares, Abuso de sustancias, Violencia doméstica, Bullying

- ¿Considera que un trastorno depresivo como factor de riesgo severo para el desarrollo de episodio autolítico?

Por supuesto. Un importante porcentaje de las personas (y especialmente los adolescentes) con depresión tiene al menos un episodio autolítico a lo largo de su vida. Si bien también los pacientes con trastorno bipolar y trastornos psicóticos pueden presentar intentos autolíticos (estos últimos con más "éxito"), la mayor parte son llevados a cabo por pacientes con trastornos depresivos. A mayor severidad de la depresión, mayor riesgo suicida

- ¿Cuáles síntomas aplican para criterio de alarma?

Anhedonia, desesperanza, ideas de ruina, inquietud psicomotriz, presencia de síntomas psicóticos, ideación suicida, planeamiento suicida

- ¿Cuál es la importancia del diagnóstico precoz ?

Es de suma importancia el diagnóstico precoz de la depresión para evitar la progresión a episodios graves que presenten mayor riesgo de suicidio, sumado a que mientras más tardío sea el diagnóstico, más difícil suele ser el tratamiento. Por otra parte, quienes ya presentan episodios autolíticos previos tienen mayor riesgo de repetirlos.

Entrevista n° 4

Nombre : María Pía

Edad: 47

Nivel de estudios: Universitarios

institución de cursado: UNR

Espacialidad: Psicóloga

Encuadre teórico en base al que desempeña el ejercicio profesional: Psicoanálisis

Antigüedad en la actividad: 18 años

Eje1 suicidio

- ¿Qué entiende por suicidio?

Es una consecuencia de la depresión o melancolía

- Identifique factores de riesgo para la concreción del acto suicidio

Antecedentes familiares de suicidio, trastornos en la constitución subjetiva, consumo de sustancias

- ¿En base a su experiencia la tasa de suicidios está en aumento en nuestro país?
¿Dispone datos sobre lo que sucede en la ciudad de Rosario?

La cifra ascendió en nuestro país, pero no dispongo de datos estadísticos sobre lo que sucede en la ciudad de rosario respecto a este tema.

- ¿Ante los hechos entiende que existen eficaces políticas de salud pública para prevención y tratamiento de la conducta suicida y/o de los cuadros depresivos?

No son visibles campañas que aborden el tema, pero existen centros de salud y Hospitales que brindan asistencia psicológica

Eje 2 adolescencia

- ¿Qué entiende por adolescencia?

Es una etapa de la sexualidad humana dónde se reactualizan conflictos y tendencias del periodo infantil luego del acallamiento del periodo de latencia, es una etapa de descubrimiento de la propia identidad psicológica, sexual, como de la autonomía de cada sujeto

- ¿Encuentra diferencias entre los adolescentes de generaciones anteriores y las actuales?

Actualmente los adolescentes de hoy a diferencia de las generaciones anteriores usan la tecnología para relacionarse, informarse, entretenerse, es mayor el consumo de objetos, la duración de esta etapa, entre otras cosas.

- ¿Se encuentran estos en situación de mayor vulnerabilidad? ¿Qué entiende por vulnerabilidad?

Vulnerable implica ser susceptible de recibir o padecer algo doloroso, es la posibilidad de sufrir daño, todas las etapas de la vida atraviesan por esta situación.

- ¿Considera que se han desarrollado nuevas formas de sufrimiento en la adolescencia y que se han modificado en su presentación clínica las formas ya existentes en consonancia con los cambios sociales? ¿Cuál ha observado?

Hay cambios en la forma de expresarse de los adolescentes, hay una tendencia al individualismo y a centrarse en el cuerpo, como cortes, anorexia , obesidad

- ¿En su opinión que factores considera llevan a los adolescentes a precipitar la conducta suicida?

Las adicciones, los trastornos narcisistas, problemas familiares, antecedentes familiares, falta de referentes que observen, escuchen, comprendan al adolescente, y búsqueda de profesional si se considera necesario.

- ¿Considera determinante el abordaje interdisciplinario en el adolescente?

Si, creo que es fundamental, permite analizar en conjunto un determinado problema

Eje3 depresión

- ¿Cuál es su mirada acerca de los estados de depresivos?

Es el resultado de un despoblamiento simbólico, un desinvestimiento del mundo exterior, está inscripto en la dimensión de un goce no articulado a la castración. Es pérdida del ideal, del significante del Otro, dejando un agujero en lo simbólico, falla en la estrategia frente al deseo del Otro, irrupción del goce superyoico. El afecto que sufre el deprimido es opresión, tristeza, inhibición, desgano, crisis de llanto, angustia, frustración, aislamiento, dolor, desamor.

- ¿Qué factores entiende ud. resultan facilitadores para la aparición de episodios depresivos juveniles?

La constitución subjetiva con la que se afrontan distintas pérdidas , como la de un ser querido, económica , sentimentales, enfermedades

- ¿Considera que un trastorno depresivo como factor de riesgo severo para el desarrollo de episodio autolítico?

Si. Ya que el suicidio es la más grave consecuencia de la depresión o la melancolía. En la depresión hay un desvalimiento del mundo exterior, porque hay una pérdida de un objeto real o imaginario. El yo empobrecido, la pérdida del objeto puede llevar al yo a autoflagelarse.

- ¿Cuáles síntomas aplican para criterio de alarma?

Desgano, dolor crónico, angustia profunda, adicciones, pensamientos negativos, apatía, insatisfacción permanente, entre otros

- ¿Cuál es la importancia del diagnóstico precoz ?

La intervención a tiempo que pueda evitar el pasaje al acto.

Entrevista nº 5

- Nombre : Gisela Edad: 45
- Nivel de estudios: Universitarios
- institución de cursado: UNR
- Espacialidad: Psicóloga
- Encuadre teórico en base al que desempeña el ejercicio profesional: Psicoanálisis
- Antigüedad en la actividad: 17 años

Eje1 suicidio

- ¿Qué entiende por suicidio

Consecuencia de una situación o posición melancólica del sujeto. Pasaje al Acto. Una situación traumática o duelo patológico que no ha sido elaborado en la subjetividad, aparato psíquico.

- Identifique factores de riesgo para la concreción del acto suicida

Situación melancólica. Traumas no elaborados subjetivamente.

- ¿En base a su experiencia la tasa de suicidios esta en aumento en nuestro país?
¿Dispone datos sobre lo que sucede en la ciudad de Rosario?

Desconozco las estadísticas que se manejan en el país de dentro de la ciudad de Rosario.

- Ante los hechos entiende que existen eficaces políticas de salud pública para prevención y tratamiento de la conducta suicida y /o de los cuadros depresivos?

No creo que haya políticas adecuadas. Si bien existen algunos dispositivos ,no es un tema del cual se habla abiertamente.

Eje 2 adolescencia

- ¿Qué entiende por adolescencia?

Es una etapa de transición. Donde hay cambios no solo físico también subjetivos y se redefine la identidad sexual.

- ¿Encuentra diferencias entre los adolescentes de generaciones anteriores y las actuales? ¿Se encuentran estos en situación de mayor vulnerabilidad? ¿Qué entiende por vulnerabilidad?

Si, creo que sí. Creo que por que están más solos, hay más individualismo en la sociedad y por qué las familias son poco contenedoras. A eso se suma tanta tecnología, tanta conectividad aparente, pero no hay una verdadera contención, lugares de contención para

el adolescente. Empezando por la familia, por la vida que se lleva, que se vive socialmente, andar apurado, a mil. creo que el adolescente esta más solo que hay menos redes de contención. Con familias que están más disgregadas, como dije considero que el adolescente se encuentra más solo, necesita más apoyo emocional, afectivo

- ¿Considera que se han desarrollado nuevas formas de sufrimiento en la adolescencia y que se han modificado en su presentación clínica las formas ya existentes en consonancia con los cambios sociales? ¿Cuál ha observado?

Considero que las estructuras de base siguen siendo las mismas , los que podemos observar son nueva sintomatología, nuevas formas de manifestarse , por ejemplo hoy es muy común la adicción a las redes sociales (cosa que antes no sucedía por razones obvias), es muy marcado el tema de la imagen .

- ¿En su opinión que factores considera llevan a los adolescentes a precipitar la conducta suicida?

Pueden ser muchos y una sumatoria. Familiares, subjetivos y sociales.

¿Considera determinante el abordaje interdisciplinario en el adolescente?

- Me parece de suma importancia, siempre y cuando se realice con responsabilidad

Eje3 depresión

- ¿Cuál es su mirada acerca de los estados de depresivos?

Es una situación compleja que debe ser tratada, alojada.

- Que factores entiende ud. resultan facilitadores para la aparición de episodios depresivos juveniles?

Pueden ser muchos. problemática familiar. Adolescente. Duelos no elaborados.

- ¿Considera que un trastorno depresivo como factor de riesgo severo para el desarrollo de episodio autolítico?

Si. Considero que la depresión junto con otros factores puede llevar al suicidio. La depresión está dentro de las primeras causas a mi entender

- ¿Cuáles síntomas aplican para criterio de alarma?

Aislamiento. Autoestima baja. Autolesiones, inhibición, angustia

- ¿Cuál es la importancia del diagnóstico precoz ?

Considero que es importante porque permite Poder comenzar cuanto antes a trabajar en los puntos vulnerables que predisponen al suicidio.

Entrevista n 6

- Nombre: Flavia Edad: 50
- Profesión: Psicóloga
- En qué universidad curso sus estudios UNR
- ¿Cuál es su formación? Licenciada en Psicología.
- ¿Sobre qué teoría se basa a la hora de realizar su trabajo? Cognitiva conductual/sistémica
- Antigüedad en el desempeño de su tarea: 20 años

Eje 1- Suicidio

- ¿Cuál es su postura sobre el suicidio?

Acto por el cual la persona decide acabar con su vida

- ¿Cuáles son según su opinión los determinantes que llevan al adolescente al suicidio?

En psicología nunca podemos hablar una causa, sino que son múltiples factores que se conjugan, tales como, adicciones, falta de contención familiar, imposibilidad para proyectarse a futuro, y patologías como depresiones, psicosis, etc.

- ¿Qué indicadores suelen aparecer cuando existe riesgo de llevar a cabo el acto suicida?

Los principales indicadores son la presencia de ideación suicida, como así también la impulsividad, la desesperanza

- ¿Cree que la tasa de suicidios se está incrementando en nuestro país? ¿Qué ocurre en la ciudad de Rosario?

No existen datos al respecto

- ¿Cree que puede prevenirse en algunos de los casos?

Si, desde la promoción de la salud mental. Trabajando en equipos multidisciplinarios.

¿Existen suficientes medidas por parte de la salud pública para el tratamiento y prevención de la conducta suicida y/o de patologías como la depresión?

Claramente no, la sociedad está muy desinformada acerca de la patología mental, muchas veces cuadro depresivo es decodificado por el entorno como vagancia o apatía. El desconocimiento acerca del tema y el sistema de creencias familiar funciona muchas veces obstaculizando o invisibilizando, lo que se traduce en ausencia de pedido de

intervención profesional. Muchas veces estos sujetos recurren al consumo de alcohol y drogas estimulantes a fin de apaciguar la sintomatología.

Eje 2- Adolescencia

- ¿Qué opinión tiene sobre la adolescencia?

Es una de las etapas críticas del desarrollo humano

- ¿Encuentran diferencias entre los adolescentes en la actualidad y los de generaciones anteriores? ¿Se encuentran en situación de mayor vulnerabilidad? ¿Qué entiende por vulnerabilidad?

Creo que la vulnerabilidad es una característica humana, pero lo que ocurre en este momento histórico es un debilitamiento de los roles familiares, el ritmo de vida acelerado de la sociedad de consumo generó falta de comunicación y aislamiento social.

- ¿Considera que se están gestando nuevas patologías en los adolescentes debido a las demandas del mundo actual? ¿Cuál son en su opinión?

Si, las patologías derivadas de la exclusión, el estrés. El consumo problemático y las adicciones a las drogas es uno de los principales.

- ¿Se podría considerar que hay adolescentes en los que existe un componente de enfermedad mental evidente, que no llegaron o no fueron debidamente atendidos por las instituciones de salud mental?

Si, creo que muchas veces muchos adolescentes no llegan a tiempo o ni siquiera llegan, por vergüenza, por desconocimiento de su familia. Como dije antes el ritmo acelerado que lleva la sociedad de hoy en día no permite a los adultos estar más atentos a lo que pasa con sus hijos, hasta lo relacionan con cuestiones propias de la edad.

- ¿Considera que el campo psíquico infanto juvenil es más complejo que el del adulto?

Creo que cada momento vital del ser humano tiene altos grados de complejidad.

- ¿Considera importante en trabajo interdisciplinario en el abordaje de los adolescentes?

Tal como Edgar Morin nos invita a pensar la realidad, entendiendo la complejidad de esta, es la única manera posible de abordaje.

Eje 3- depresión

- ¿Cuál es su postura acerca de la depresión?

Entiendo que son múltiples los factores que inciden en esta patología, factores sociales, biológicos y psicológicos

- ¿En su opinión son cada vez más frecuentes las patologías del estado del ánimo en el adolescente?

Creo que sí, todo recae sobre lo mismo, la falta de contención no solo de los adultos, sino de la sociedad, el contexto actual, la velocidad en la que se vive, la incertidumbre, la hiperconectividad, pienso que genera en muchas ocasiones sentimientos de apatía, fracaso.

- ¿Qué factores cree ud que determinan la aparición de episodios depresivos en los adolescentes?

Falta de contención familiar, falta o ausencia de metas, problemas con la elección vocacional, y desesperanza ligada tanto a problemas sociales como psicológicos

- ¿Considera que la depresión se encuentra dentro de las causas que llevan al adolescente al suicidio? ¿Qué factores de las crisis depresivas cree que pueden desencadenar el acto suicida?

Creo que la depresión es la gran patología de base que lleva al adolescente al acto suicida, la depresión mal medicada puede colaborar con el pasaje al acto de la ideación suicida.

- ¿Qué tipo de herramientas utilizan para determinar un diagnóstico?

Entrevista psicológica e inventarios

- ¿Cree que es importante el diagnóstico precoz? ¿Por qué?

El diagnóstico precoz es fundamental para poder tratarlo antes de la aparición de comorbilidades.

Anexo C

Principales causas de muerte (15 a 19 años)

Cinco principales grupos de causas de muerte de adolescentes, por sexo. Argentina, 2019

Porcentajes calculados sobre el total de defunciones de 15 a 19 años con causa bien definida para cada categoría de sexo

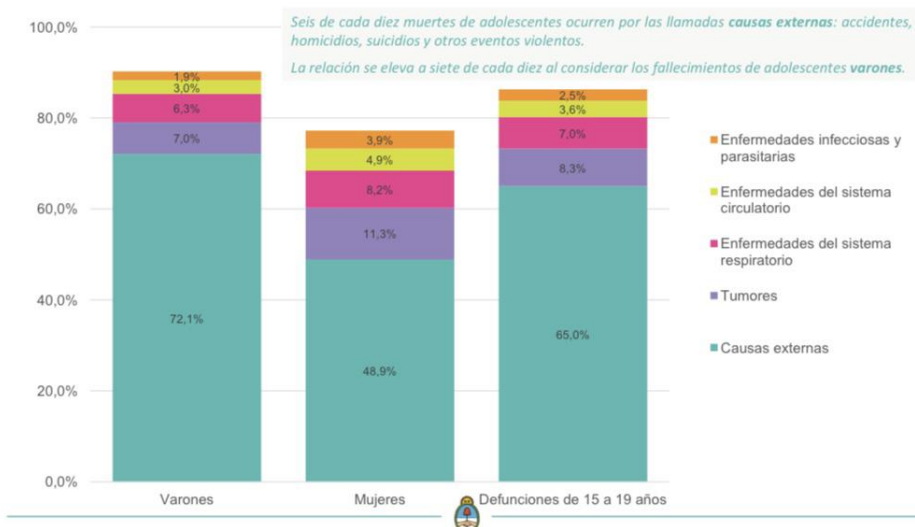


Figura 1

Fuente área de monitoreo e información Dirección Nacional de Gestión y Desarrollo institucional a partir de los datos de defunciones publicados por el Ministerio de Salud. Dirección de estadísticas e información de salud.

Principales causas de muerte (15 a 19 años)

Diez principales causas de muerte de adolescentes, por sexo. Argentina, 2019

Porcentajes calculados sobre el total de defunciones de 15 a 19 años con causa bien definida para cada categoría de sexo

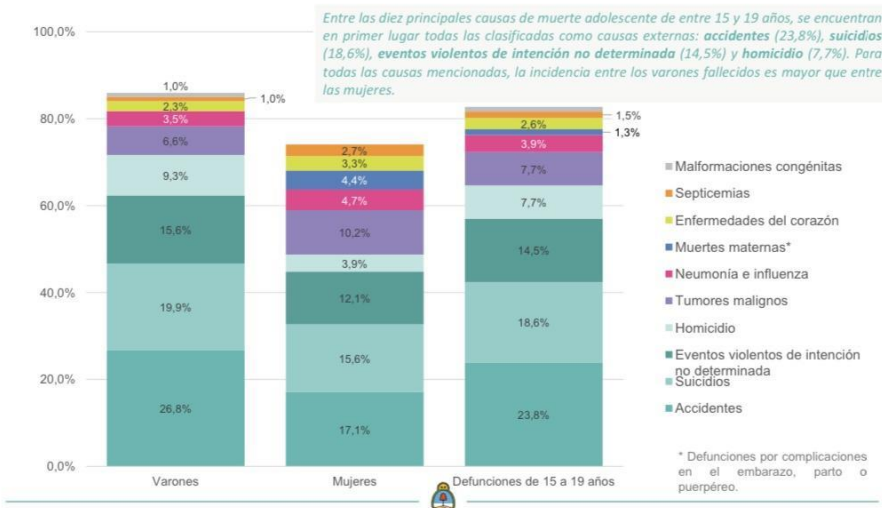


Figura 2

Fuente área de monitoreo e información Dirección Nacional de Gestión y Desarrollo institucional a partir de los datos de defunciones publicados por el Ministerio de Salud. Dirección de estadísticas e información de salud.

Principales causas de muerte (15 a 19 años)

Porcentaje de defunciones de adolescentes por suicidio, por jurisdicción. Argentina, 2019

Porcentajes calculados sobre el total de defunciones de 15 a 19 años con causa bien definida para cada jurisdicción

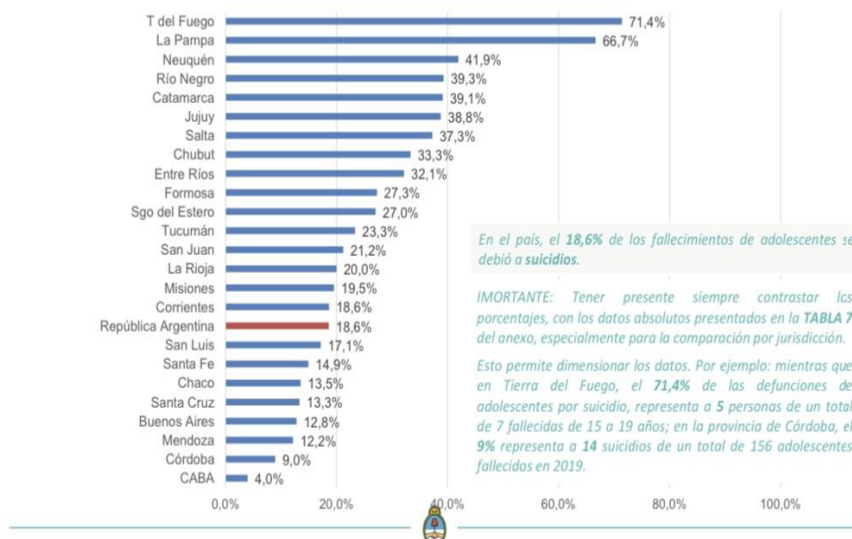


Figura 3

Fuente Area de monitoreo e información Dirección Nacional de Gestión y Desarrollo institucional a partir de los datos de defunciones publicados por el Ministerio de Salud. Dirección de estadísticas e información de salud.