

**Facultad de Psicología**  
**Universidad Nacional de Mar del Plata**

**Informe Final Tesis de Grado**

Título

**Suicidio Adolescente: Alternativas de Prevención secundaria  
en Mar del Plata**

Informe Final de investigación correspondiente al requisito  
curricular O.C.S 143/89

*Apellido y Nombre:* **Vazzano Mariela**

*Matricula:* 2377/91

*D.n.i:* 22928938

INSCRIPCIÓN	ADQUISICIÓN
t-100	d. vazzano
	N° INVENTARIO: 11344

*Supervisor:* Psicóloga **Haydee Oggero**

*Co-supervisor:* Dra. **Cristina Redi**

*Cátedra de radicación:* **Psicología Preventiva**

Setiembre 2001

MAR DEL PLATA

BIBLIOTECA DE PSICOLOGÍA  
C. E. P.

- Suicidio  
- Adolescencia  
- Prevención secundaria

“Este Informe Final corresponde al requisito curricular de Investigación y como tal es propiedad exclusiva del alumno Vazzano Mariela de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata y no puede ser publicado en un todo o en sus partes o resumirse, sin previo consentimiento escrito del autor”

1-“El que suscribe manifiesta que el presente Informe Final ha sido elaborado por el alumno Vazzano Mariela; matrícula 2377/91; conforme los objetivos y el plan de trabajo oportunamente pautado, aprobando en consecuencia la totalidad de sus contenidos, a los.... del mes de..... del año 2001”

Co-supervisor



Supervisor

HAYDEE A. OGGERO  
PSICÓLOGA  
MAT. 46378  
CUI: 27 06358471 7

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA**  
**FACULTAD DE PSICOLOGIA**

La supervisora del trabajo de investigación *Suicidio Adolescente: Alternativas de Prevención Secundaria en Mar del Plata*, realizado por la alumna *Mariela Vazzano* lo ha aprobado teniendo en consideración que:

- El informe final da cuenta claramente del proceso realizado durante todo el desarrollo de la tarea de campo.
- Que se han podido cumplir los objetivos que la alumna se propuso conocer mediante el mismo.
- Que la tarea desarrollada por la alumna ha permitido formalizar la presentación final respondiendo a los requerimientos del Reglamento de Presentación de Trabajos que la Facultad de Psicología construyó al efecto.
- El presente informe de investigación puede ser de utilidad para aquellas cátedras que trabajan con temáticas afines, Psicología Jurídica por ejemplo, por lo que se sugiere hacerlo conocer a los docentes que pudieran interesarse.
- La alumna ha demostrado durante todo el transcurso del proceso de investigación y de formulación del informe final profundo compromiso con la tarea y la problemática investigada así como también inquietud por ampliar sus competencias prácticas y teóricas.



HAYDEE A. OGGERO

Mar del Plata  
Setiembre 2001

1-“Atento al cumplimiento de los requisitos prescriptos en las normas vigentes, en el día de la fecha se procede a dar aprobación al Trabajo de Investigación presentado por el alumno Vazzano Mariela, Matrícula 2377/91.

Especialista

Supervisor

Area Investigación

Mar del Plata  
Septiembre 2001

# Universidad nacional de mar del plata

Escuela SUPERIOR DE PSICOLOGÍA

FACULTAD

Proyecto de Investigación—Requisito curricular  
Plan de estudios O.C.S 586/85 -O.C.S 143/89

**Nombre y apellido:** Mariela Vazzano

**Matricula y año:** 2377/91

**Cátedra o seminario de radicación:** Psicología preventiva

**Supervisor:** Lic. Haydee Oggero

**Consignar si el proyecto forma parte de uno mayor en desarrollo**  
SI.....NO.....X.....

**Título del Proyecto:** Suicidio Adolescente: Alternativas de Prevención Secundaria en Mar del Plata

**Palabras claves:** Adolescencia, Crisis, Suicidio, Prevención.

## Descripción resumida:

Según estadísticas oficiales día por medio, un joven se suicida en el país, y tanto mas lo intentan.

Mar del Plata es considerada una de las ciudades con mayor índice de suicidios en el país. Por lo tanto la finalidad de esta investigación es conocer y mostrar, las alternativas de prevención que las instituciones de la ciudad le brinda a sus jóvenes cuando estos han realizado una tentativa de suicidio.

Desde la publicidad y medios masivos de comunicación, la adolescencia es institucionalizada y glorificada, se la considera ya no como una crisis, sino como un modo de ser "todos quieren tener 20 años". Así el adulto deja de existir como modelo ya que vive como adolescente; se ha interrumpido el diálogo, "hablamos de los jóvenes pero no con los jóvenes".

El adolescente, enfrenta un mundo para el cual no tiene herramientas, y a una realidad que los puede llevar a tomar una decisión equivocada.

Esta problemática es abordada con metodología cualitativa realizando entrevistas a profesionales de diversas instituciones de salud de la ciudad y consulta a datos estadísticos elaborados en distintos organismo, con el fin de conocer y describir el trabajo que realizan los profesionales ante esta problemática.

LIC. MARÍA CRISTINA BELLOC  
SECRETARÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRUADO  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

LIC. HAYDEE A. OGGERO  
PSICÓLOGA  
MAT. 45378  
CUIT: 27 06358471 7

**Objetivos Generales:** “Explorar y describir las características del suicidio adolescente”.

**Objetivos específicos:**

1—Explorar la modalidad del suicidio adolescente en Mar del Plata.

2—Indagar formas de intervención y prevención del suicidio adolescente en la población de la ciudad de Mar del Plata.

**Metodología:** cualitativa

**Técnicas:**

Observación directa en instituciones que trabajan sobre el tema

Entrevistas a profesionales

Consulta a bases de datos estadísticos

**Lugar donde se realizará el trabajo:**

**Cronograma de actividades:**

ACTIVIDADES								
2000-2001	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO
Rastreo Bibliográfico	X	X						
Contacto Profesional	X	X	X					
Anteproyecto		X	X	X				
Análisis			X	X	X			
Interpretación			X	X	X			
Redacción del informe					X	X	X	X

**Bibliografía básica de referencia:**

Doltó. F. (1991) “La causa de los adolescentes”

Aberastury. A. Nobel. M (1990) “La adolescencia normal”

Redi. MC (1995) “2º congreso Arg. de salud integral del adolescente”

Manual Merck. (1998) “Psiquiatría”: conducta suicida cap. 144  
Suicidio en niños y adolescentes cap. 204

Stengel E. (1965) “Psicología del suicidio y los intentos de suicidio”

:

---

## Indice general

Capitulo 1	Introducción.....	1
Capitulo 2	Marco teórico.....	3
	2-a El suicidio.....	3
	2-b Adolescencia.....	16
	2-c El suicidio en los adolescentes.....	20
Capitulo 3	Trabajo de campo.....	30
	3-a Metodología.....	30
	3-b Dificultades presentadas en el transcurso De la Investigación.....	38
Capitulo 4	Conclusiones.....	39
	Referencias bibliográficas.....	41
	Anexos.....	43

## Capítulo 1

### Introducción

La acción suicida aparece en sujetos de cualquier edad, condición social, económica o cultural y por lo tanto puede ocurrirle a cualquier persona independientemente de su personalidad, no se puede hablar de una constitución autodestructiva especial pues existe en toda la variedad de temperamentos.

El suicidio es considerado, una “acción contra-natura” donde lo incomprensible de este acto, radica en el temor universal a la muerte.

El ser humano cavila en la muerte, su destino; no es nada seguro que los adultos hayan enterrado la idea mágica de la no irreversibilidad de la muerte; es posible que en el fondo del hombre persista al menos una nebulosa en torno a esa cuestión.

La religión ha acariciado esa ambigüedad en el corazón del hombre, con la promesa de la otra vida y de la resurrección.

Estamos asistiendo a un tiempo de banalización y desdramatización de la muerte; por una parte los medios de comunicación nos saturan con imágenes de hechos violentos de todo tipo, y por otra parte se está inmerso en un mercado de reencarnaciones.

Para algunos el suicidio es considerado como un gesto de cobardía, pero no hay que olvidar que detrás de cada suicidio siempre hay sufrimiento y un intenso dolor espiritual.

El suicidio en la actualidad parece más una radiografía de la soledad, la incomunicación y la carencia de afectos que un gesto cobarde.

Este trabajo se propone ofrecer un panorama actualizado sobre la problemática del suicidio en los jóvenes, focalizando a la población de la ciudad de Mar del Plata.

Considerando que los intentos de suicidio son consecuencia de múltiples factores se los describe aquí desde los aspectos psicológicos, sociales, y culturales.

Motiva el estudio de este tema que se ha podido observar desde los medios de comunicación, como día a día un joven de nuestro país, se suicida o intenta hacerlo, dejando a la sociedad en su conjunto, fundamentalmente a su familia impotente y en silencio.

Dentro de ésta problemática surgen diferentes caminos a seguir, de los cuales se tomarán especialmente a los intentos de suicidio en los adolescentes.

El interés de ésta investigación radica en rescatar información sobre las instituciones de salud de la ciudad de Mar del Plata, que tengan contacto con esta problemática, con el fin de conocer por un lado las características del suicidio de los adolescentes y, por otro, qué tipo de trabajo realizan y qué medidas preventivas desarrollan con el adolescente luego de un intento de suicidio.

## Capítulo 2

### Marco teórico

Con el objeto de contextualizar teóricamente la problemática en estudio, en el presente capítulo se realiza un recorrido por los conceptos más significativos. Partiendo de la idea de suicidio se pasa luego a reflexionar sobre la adolescencia abordando, finalmente, la definición y conceptos correspondientes al suicidio adolescente.

#### 2.1 El suicidio

“El suicidio es uno de los tristes privilegios de la especie humana; para matarse es preciso saber primero que se vive, y que se vive mal” Paul Morand (“L’art de Mourir”).

La palabra suicidio, proviene del Latín moderno, reuniendo *sui* que significa “de sí mismo” con *cidium* “matar; atentado contra la propia vida”.

Otra definición señala que *El suicidio es un acto deliberado de autoperjuicio, al cual la persona que lo comete no puede estar segura de sobrevivir*. Stengel (1965)

Es decir que hablamos de suicidio cuando hay una intencionalidad consciente y voluntaria de poner fin a la propia vida, diferenciándola de las conductas que amenazan la propia vida para designar todos aquellos comportamientos que ponen en serio riesgo la existencia de la persona, como correlato involuntario.

El suicidio aparece en todas las sociedades desde los tiempos más remotos, sin embargo, a lo largo de la historia ha variado la actitud de la sociedad hacia este acto, sus formas y su frecuencia.

### *El suicidio en la historia*

En todos los tiempos, los hombres han buscado ejercer sobre sí, el derecho a la vida y a la muerte. En cada época podemos observar la emergencia de esta problemática y los motivos que han inducido a los seres humanos a suicidarse.

Podemos observar como la mención al suicidio surgía ya en la mitología, específicamente la mitología maya en donde se nombra a “IXTAB”, como la diosa del suicidio, y se la representaba suspendida en el cielo con una cuerda alrededor de su cuello, y con síntomas de putrefacción en su rostro.

Para los mayas; los guerreros que morían en combate, las víctimas de los sacrificios ofrecidas a los dioses, las mujeres que morían en el parto, los sacerdotes y los suicidas, iban directamente al cielo tras su muerte; IXTAB, descendía del cielo a recoger sus almas, y las conducía al paraíso para que descansaran bajo la sombra del árbol cósmico.

Fijando como fecha divisoria el siglo XVIII, podemos reconocer que el suicidio en la antigüedad, la edad media y gran parte de la moderna, no se distingue del suicidio contemporáneo porque en ellas haya sido cuantitativamente menor el caudal de víctimas, sino por el hecho de que hasta el siglo XVIII y después de él las interpretaciones acerca de su significación, son totalmente distintas.

### *El suicidio en la antigüedad*

En la Europa antigua, sobre todo durante el imperio romano, bajo la influencia del estoicismo, admitían muchas razones legítimas para su práctica. El filósofo romano Séneca lo ensalzaba como el acto último de una persona libre; posteriormente para el cristianismo en general y particularmente para San Agustín el suicidio fue definido como un pecado.

Varios de los primeros concilios de la Iglesia Cristiana decretaron que a aquellos que cometieran suicidio no se les podría aplicar los rituales ordinarios de la Iglesia tras su muerte.

En la antigua Grecia un individuo no podía suicidarse sin previo consenso comunal, esto evidenciaba que el sujeto no tenía poder de decisión personal sobre su vida. Lo delictivo, lo marginal de su acción, no era el hecho de quitarse la vida sino la forma en que había cumplido su cometido.

El suicidio ilegal constituía un atentado contra la estructura de la comunidad. Para obtener el consentimiento del Estado, el individuo interesado en suicidarse exponía ante las autoridades las razones que lo llevaban a creer que solo la muerte podía aliviar sus tormentos.

El Estado también tenía el poder para inducir el acto, como ocurrió con Sócrates obligado a beber cicuta.

Esta forma de proceder de los griegos tiene su fundamento en un rasgo dominante en esa sociedad; el sentimiento de pertenencia comunitaria.

Según Quintiliano, existió en Roma una reglamentación similar a la de los griegos.

En otra cultura, como la Danés preferían suicidarse a tener que soportar las penurias impuestas por la vejez; en este caso también existió una franca inducción comunitaria al suicidio, religiosamente estimulada y normativamente legitimada: “suicidarse equivalía a preservar al grupo”.

En resumen tanto en las sociedades llamadas bárbaras por los griegos como en la egipcia y en la hindú la inducción al suicidio por parte de la comunidad tenía un sentido cultural legítimo y bienhechor ya que preservaba la identidad cultural del grupo.

### *El Suicidio en la Edad Media*

Así como anteriormente se condenaba políticamente el suicidio, en la Edad Media ganó relevancia la condena teológica matarse era atentar contra la propiedad de otro, y por lo tanto un delito, ese otro contra quien se atentaba era Dio; la vida era interpretada como un don divino.

La Iglesia católica romana condenaba esta práctica y en cuanto a la legislación, se ordenaba la confiscación de todas las propiedades del suicida, el

cadáver sufría todo tipo de humillaciones. El cristianismo prohíbe el suicidio: *no mataras nunca, ni a otro, ni a ti mismo, porque aquel que se mata, ¿no es el matador de un hombre?*

### *El Suicidio en la Modernidad*

Con el ingreso en la modernidad se fue produciendo una descompresión del influjo directo de la iglesia y el Estado sobre el individuo y una mayor autonomía de la vida personal.

Fue la Revolución Francesa la que abolió las medidas represivas prescritas contra su práctica y excluyó al suicidio de la lista de crímenes legales.

Corresponde a Emile Durkheim ser uno de los primeros en volver a llamar la atención sobre la significación social del suicidio. En 1897, postuló que el suicidio era un fenómeno sociológico, más que un puro acto individualista. Él lo consideraba consecuencia de una mala adaptación social del individuo y de una falta de integración.

Durkheim alude a la melancolía: “hay muchos dolores a los que no es posible adaptarse sino amándolos y el placer que en ellos se encuentra posee necesariamente algo de melancólico”.

La melancolía, para este autor, es una disposición del humor colectivo, en ellos las ideas del suicidio germinan fácilmente.

Este autor inserta su planteo dentro de una perspectiva claramente histórica, atento a la incidencia de lo cultural sobre lo psicosocial.

En lo que atañe a la familia, duda de sus virtudes profilácticas con respecto a las inclinaciones suicidas, según su opinión “ya no tiene la misma influencia preservadora que en otro tiempo”.

Con frecuencia determinadas consecuencias sociales adversas provocan un aumento considerable del número de suicidios; esto sucedió entre la población joven de Alemania después de la 2ª guerra mundial y en E.E.U.U. con la gran depresión de 1929.

El suicidio es ilegal en muchos países y está fuertemente condenado por la sociedad en otros, especialmente en países con mayoría de población católica.

En otras culturas en cambio se honra cierto tipo de suicidio. Antiguamente los japoneses, respetaban el Harakiri, práctica en la que una persona avergonzada compensaba un fallo o el incumplimiento de un deber clavándose una daga.

Durante la 2ª guerra mundial, los pilotos kamikazes japoneses consideraban como un gran acto de honor el llevar a cabo misiones suicidas de bombardeo estrellando sus aviones contra el objetivo enemigo.

También en la India, hasta finales del siglo XIX, se llevaba a cabo el suttee, que consistía en que la viuda del fallecido debía inmolarse en la pira funeraria de su marido.

En las naciones más desarrolladas sucede que siendo la población con mayor expectativa de vida al nacer, algunas personas tales como los ancianos que ven su salud deteriorada, personas que sufren alguna enfermedad, se sienten tentados a optar por el camino del suicidio. Al igual que aquellos con crecientes sentimientos de soledad, desarraigo, y falta de sentido en la vida.

### *Análisis de las acciones suicidas*

Entender las conductas suicidas, implica comprender el sentido de la agresión humana.

Freud (1920) planteó que en todos los hombres, existen dos instintos: el de vida, y el de autodestrucción; El de autodestrucción (muerte) se puede expresar hacia fuera como destructividad, y también puede expresarse hacia dentro como fuerza autodestructiva, generando enfermedades y suicidios.

La primera referencia de Freud(1901) sobre el suicidio la encontramos en su *Psicopatología de la Vida Cotidiana*, en donde habla del suicidio como una forma de castigo que el individuo se impone a sí mismo.

En *Duelo y Melancolía*, Freud(1915) vincula los impulsos suicidas a impulsos homicidas, situando la problemática a nivel del narcisismo. Señala que tanto en el suicidio como en el enamoramiento extremo, el yo queda dominado por el objeto. Afirma que el impulso suicida es originariamente un impulso homicida orientado hacia otro y posteriormente dirigido hacia el propio yo.

Desde esta teoría podemos trazar algunos requisitos que están presentes en el suicida:

- 1)Un Yo empobrecido; con mecanismos de defensa rígidos.
- 2)Un SuperYo inexorable.
- 3)Fuentes impulsos agresivos, como consecuencia de conflictos infantiles no resueltos.
- 4)Ideas y fantasías de muerte; relacionada con seres queridos, abandonos
- 5)Comportamientos crónicos destructivos; drogadicción, juegos peligrosos.
- 6)Relaciones simbióticas o de intensa dependencia.
- 7)Rigidez en cuanto al manejo de la ansiedad, rabia o culpa.

La Sociología también se ha ocupado de esta temática siendo clásicos los aporte de Durkheim (1897) quien comenta que los suicidios son fenómenos individuales que responden a causas sociales "... hay corrientes suicidógenas, que recorren la sociedad...". Estas corrientes determinan las predisposiciones psicológicas constituyentes del individuo.

Este autor indica que las sociedades modernas, presentan ciertos síntomas patológicos, ante todo, la integración insuficiente del individuo en la colectividad.

Durkheim, discrimina entre tres tipos de suicidios:

*Suicidio egoísta*: En donde se tiende más a quitarse la vida cuando piensan esencialmente en sí mismos, cuando no están integrados en un grupo social.

Cuando la autoridad del grupo y la fuerza de las obligaciones impuestas por un medio estrecho y fuerte, no reduce los deseos que los animan a la medida compatible con el destino humano.

*Suicidio altruista:* El individuo se da muerte de acuerdo con imperativos sociales, se sacrifica a un imperativo social interiorizado, y obedece las ordenes del grupo hasta el extremo de ahogar en sí mismo, el instinto de conservación.

*Suicidio anómico:* Es el más característico de la sociedad moderna, afecta a los individuos a causa de las condiciones de existencia que caracterizan a las sociedades modernas.

En estas sociedades la existencia social ya no está regulada por la costumbre; los individuos compiten permanentemente unos con otros; esperan mucho de la existencia y les piden mucho, por lo tanto están acechados perpetuamente por el sufrimiento que se origina en la desproporción entre sus aspiraciones y satisfacciones.

Para Durkheim, el suicidio representa un fenómeno constante que es la resultante de un condicionamiento conjunto: familiar, social, religioso.

Halbwach (1930) separa el sacrificio del suicidio tomando como principio que se debe tener en cuenta principalmente, la actitud de la sociedad y los juicios diferentes que ella tiene sobre actos similares: la misma sociedad reprueba el suicidio y organiza el sacrificio.

Desde el ámbito de la Psiquiatría por largo tiempo, se ha encarado al suicidio como un fenómeno individual, sin embargo, las intensas presiones que sobre nuestra vida privada y laboral ejercen las conductas colectivas, o los hechos sociales, permite verificar la insuficiencia de un enfoque individual, y observan que el suicidio en nuestro tiempo es más resultado de la cultura autodestructiva de la sociedad contemporánea, que de una elección psicológica individual, y afirman que la crisis colectiva, la cultura autodestructiva, promueve el suicidio.

El hombre moderno se enfrenta con el problema de no poder distinguir el verdadero valor de las cosas, tras la vorágine por alcanzar el bienestar, recurre a objetos materiales que aportan de sus propios valores.

Es importante recibir el alimento material, pero es también indispensable respetar el valor de las personas, ya que solo esa puede ir nutriendo nuestro mundo psíquico; en la problemática que se analiza, la vida deja de tener valor, pierde su sentido.

El Dr. Torres Sarlat (1999) psiquiatra de la clínica Mérida define diferentes tipos de suicidas, ellos son:

*Los vicariantes:* se adelantan o aceleran el acto de la muerte que se vislumbra en un futuro, ya que solo creen ver a su alrededor sufrimiento, para ellos no existe la esperanza.

*Los perfeccionistas:* no toleran cualquier disminución de los atributos de su persona, como la pérdida del poder y prestigio.

*Los Hedonistas:* no soportan nada que constituya un impedimento o una disminución del placer sensual.

*Los transicionales:* ante ciertas crisis vitales de transición, inevitables, optan por el suicidio.

*Los sintomáticos:* dependen de una enfermedad mental, psicosis, confusión mental, demencia y depresión.

Este autor también comenta que puede presentarse el suicidio por aburrimiento, al considerar la enajenación extrañamiento, factor importante dentro de esta sociedad.

El suicidio, en su salida de la escena del mundo, nos asombra y nos intriga, ya que dicho acto bordea el límite de lo irracional; al suicida todos los caminos lo conducen a una encrucijada crítica, en donde ven una única salida posible.

El hombre es un ser orientado hacia el futuro, con grandes dificultades para desprenderse del pasado, por esto cuando el futuro vital del sujeto es invadido por una desesperanza emerge el suicidio, o la tentación de cometerlo.

La conducta suicida se produce en medios socioculturales distintos, y está influida por factores biológicos, psicológicos y sociales, pero cada acto suicida se inicia y cobra vida en la mente de la persona.

El suicidio tiene un sentido humano; la búsqueda de la comunicación con el prójimo está siempre latente; cuando alguien se suicida lo hace contra alguien y por algo.

Se puede decir que una de las funciones suicidas, es la intención autoagresiva que está presente, a veces de una manera muy esfumada, escapando a la conciencia del sujeto y del ambiente.

En cuanto a la actitud del sujeto en relación con los otros, el individuo puede ejercer inconscientemente su agresividad; se es agresivo frente a otros en la medida en que una necesidad es sentida como dependiendo de la actitud de otros, e insatisfecha, la mayoría de las tentativas de suicidio aparecen como pedidos a otras personas; un pedido de ayuda porque no puede enfrentar la crisis en soledad. Esta función del suicidio es mencionada por el psicoanálisis como heteroagresiva, ya que implica una cierta agresividad hacia el prójimo.

Otra función es la de chantaje, que consiste en la búsqueda constante o no de un beneficio secundario; en este caso el sujeto informa a otros (terceros), lo que coloca a los mismos en una situación muy incomoda.

La función de fuga, es también una de las más observadas, y expresa la imposibilidad del sujeto de hacer frente a un peligro por lo que elige el suicidio para escapar de ello.

La conducta suicida comprende tanto el *suicidio consumado*, como el intento de suicidio por lo que es necesario discriminar algunas formas de la misma, entre ellas encontramos: .

1. El *intento de suicidio* que es un acto suicida que no fue mortal, posiblemente porque la intención autodestructiva era leve, vaga, o ambigua. La mayoría de las personas que intentan el suicidio muestran ambivalencia sobre su deseo de morir.

2. Cuando es improbable que los planes y acciones suicidas tengan éxito, pueden denominarse *gestos suicidas*, y son predominantemente comunicativos; no obstante no deben tomarse a la ligera ya que constituyen un grito de pedido de ayuda, que requiere un tratamiento adecuado y de prevención ante futuros intentos.

3. También se puede hacer una distinción acerca de la *conducta destructiva directa* que incluyen a los pensamientos suicidas; intentos de suicidio y los suicidios consumados; y

4. La *conducta autodestructiva indirecta*, caracterizada por emprender riesgos que ponen en peligro la vida sin intención de morir por ejemplo: el exceso de alcohol, el tabaquismo intenso, el exceso en el consumo de psicofármacos, etc.

Por otra parte es real que una gran cantidad de suicidios aparecen como pedido a otros seres humanos, como una suerte de sirena de alarma, el sujeto pide socorro porque se siente incapaz de encarar solo su situación.

Las dificultades que los seres humanos deben afrontar, en una vida compleja, los lleva a incurrir en situaciones de riesgo; conductas que en apariencia son sin intención de autoeliminación, pero que muchas veces encubren deseos suicidas subyacentes.

La diferencia psicológica más importante de estas conductas indirectas, al compararla con la decisión de autoeliminarse conscientemente, lo marcan la actitud del sujeto frente a la vida, en los llamados minisuicidios, las personas parecen estar más involucrados positivamente con la vida.

Tanto en las mujeres como en los hombres, estas pequeñas alertas, constituyen un aviso del “no querer vivir” en los individuos que no tienen consciencia de su deseo suicida. En estos casos es muy importante el trabajo clínico; poder percibir el impulso autodestructivo, valorando adecuadamente el comportamiento de riesgo encubierto, y trabajar con firmeza para preservar su salud y su vida.

El suicida está separado de todo aquello a lo cual estaba integrado e intenta hacer algo que tenga sentido, y en general el sentido al que aspira es lo que ha perdido, la relación con los “otros”. Por lo tanto el suicidio tiene siempre un sentido humano y una interacción con alguien.

La situación sentida cómo imposible de ser vivida de la que el suicida huye, puede resumirse en la noción de fracaso de vida, y muchas veces el suicidio es sentido como un acto de vida y no de muerte, por ello hay coincidencia en suponer que la tentativa es ambivalente; de fracaso y triunfo a la vez. El suicida no siempre elige la muerte porque rechaza vivir, sino porque quiere vivir de otro modo.

El suicidio es un acto cargado de ambivalencia; aún en el final están entre el deseo de que todo termine y la necesidad de tener una vida diferente, por lo que se considera que todo acto suicida representa muchas veces un pedido de ayuda.

La tentativa de suicidio no surge de la nada, por el contrario el suicidio es un acto que responde a algún tipo de planificación y donde se juegan múltiples fantasías.

### *El proceso*

Tomando como referencia a Yampey(1977), se pueden observar características similares, que conformarían un determinado perfil:

- \*Una internalización extremadamente rígida de las normas culturales de su ambiente.

- \*Una hipersensibilidad al fracaso, que es vivida por el sujeto con mucha vergüenza y desesperanza.

- \*Una marcada inhabilidad para cambiar de metas y de roles.

- \*Un sentimiento de inferioridad en las relaciones interpersonales.

- \*Son persona rígidas e inflexibles para tomar decisiones, se sienten inadecuados, indignos de respeto y de aprobación, y proyectan estos sentimientos en otras personas retrayéndose cada vez más

Según el autor mencionado, todo acto suicida tiene un proceso que se puede definir a través de las etapas que se detallan a continuación:

*Etapas de consideración:* el individuo considera el suicidio como una posibilidad para resolver problemas reales o aparentes. Lo que facilita la idea suicida son la inhibición de la agresión y el aislamiento social

*Etapas de ambivalencia:* Se caracteriza por la indecisión y ambivalencia; en este período puede haber señales o avisos de la intención suicida.

*Etapas de decisión:* El sujeto ha adoptado ya la decisión de matarse, mostrando indicios indirectos; puede ocurrir un súbito cambio de actitud, de una postura angustiada y deprimida a una serenidad aparente.

*Etapas de ejecución:* Se puede observar que el proyecto suicida nunca es improvisado aunque la ejecución puede ser a veces muy impulsiva.

Es muy importante destacar la función que cumplen las fantasías suicidas que generalmente aparecen en sueños, actos fallidos y que implican un pasaje por diferentes etapas hasta que se concreta como intento.

Se puede observar que cuanto más estructurado sea el plan de suicidio, mayor es el riesgo. La estructuración del plan se refiere principalmente a si la persona tiene identificado un dónde, un cuándo y un cómo. El cómo constituye el método a utilizar, si ha escogido un medio y verificado que acceso se tiene a él, cabe destacar que entre más letal sea el medio mayor es el riesgo suicida y más firme es la intención de la persona.

### *Impacto sobre los demás*

Es frecuente que la decisión de quitarse la vida surja de un interés distorsionado por el bienestar de las personas a quienes se aman; la dislocación de la emoción es tan intensa, que el suicida cree que a sus personas amadas les iría mucho mejor si él dejara de existir.

De hecho el acto voluntario de autodestrucción tiene implicaciones no sólo para la persona que lo intenta, sino también para los familiares que lo sobreviven, incluso para sus médicos.

Cualquier acto suicida produce un impacto emocional sobre las personas asociadas, dejando fundamentalmente a la familia, al médico, y a los amigos, con fuertes sentimientos de culpa, vergüenza, y remordimientos por no haber prevenido el último intento.

El impacto del intento de suicidio sobre las personas asociadas tiene una naturaleza similar al producido por el suicidio consumado, pero con la diferencia de *que quedan oportunidades* para resolver estos sentimientos, reconociendo y respondiendo de forma adecuada al pedido de ayuda.

El suicidio parece ser la acción más personal que un individuo pueda asumir, sin embargo, las relaciones sociales juegan un papel importante en su causalidad; pues el mismo posee un profundo impacto social y emocional.

Aunque parece dirigido solamente a la destrucción de sí, es también un acto de agresión contra los otros.

El estudio del suicidio demuestra que esta acción humana, también es interacción con otras personas, y no se puede comprender al individuo si se lo aísla de su matriz social.

El suicidio no es por regla general un acto racional, cuidadosamente planeado y ejecutado; a veces la persona que se está suicidando, se conecta con otras personas en el curso del acto, para informarles de su muerte inminente o para pedirles que lo salven muchas veces estas personas llaman a un amigo o pariente sin ningún motivo o razón aparente, otras veces se da un aviso antes del hecho y se dejan notas para que se descubran después.

#### *Las notas*

Puede decirse que solo una minoría de la gente que se elimina deja un mensaje escrito, y por lo general, contiene expresiones de amor u odio.

Las notas de suicidio reflejan una notable atención a la realidad presente y al futuro.

Los que las escriben parecen estar profundamente interesados en lo que va a suceder después de su muerte, como si fueran a seguir viviendo para participar en los sucesos.

En la mayoría de los casos, los escritores de los mensajes de suicidio apuntan a suscitar cierta respuesta emocional en los sobrevivientes que han estado cerca de ellos. A menudo piden perdón, a veces la sociedad en su conjunto es culpada.

Se ha podido observar que las notas indicaban una sorprendente preocupación por las cosas de este mundo, especialmente las relaciones humanas.

Las personas por encima de los 60 años, relativamente, dejan más notas que los grupos de edades menores.

Del análisis de las notas que se ha realizado, se ha concordado en la preocupación que experimentan estas personas por otra gente y el impulso a influir y comunicarse con ellos son comunes a la mayoría de los actos suicidas.

## *2.2 Adolescencia*

Literalmente adolescencia proviene del latín que significa la condición o el proceso de crecimiento.

La adolescencia es el período de la vida que va de los 10 a los 21 años, y que es acompañada por la maduración física y psicoemocional que le permite el desprendimiento de su familia de origen.

En la adolescencia el niño quiera o no, se ve obligado a entrar en el mundo del adulto; podría decirse que primero entra a través del crecimiento y los cambios de su cuerpo, y mucho más tarde de sus capacidades y sus afectos.

Sabemos que la vida es un continuo, una evolución, rupturas, reestructuraciones, crecimiento. Desde la vida fetal hasta la muerte el individuo atraviesa por distintas etapas que van marcando y perfilando su personalidad, como producto-proceso de su propio vivir.

Puede considerarse a la adolescencia, como un fenómeno bio-psico-social, crucial en la evolución del individuo.

En cuanto al desarrollo físico se hacen evidentes un sinnúmero de cambios orgánicos que se manifiestan, entre otros, a través del tono de la voz, aparece el vello púbico, en la mujer se inicia la menstruación, y en el hombre aparece la eyaculación, es decir que se instala la capacidad de reproducción

En el aspecto psicológico, se caracteriza por el florecimiento del instinto sexual, la afirmación de los intereses profesionales, el deseo de libertad, la oposición al medio familiar, y la riqueza afectiva.

El desafío mayor de la adolescencia es, quizás, el de la constitución de la identidad, es decir la necesidad de llegar a saber quién es uno mismo, cuáles son sus creencias y sus valores, qué es lo que se quiere realizar en la vida y obtener de ella.

En cuanto a la crisis por la consolidación de la identidad, el adolescente se encuentra en un período transitorio de confusión en el que rompe con la identidad infantil y enfrenta al yo con nuevos objetos, impulsos y ansiedades.

En la adolescencia, el proceso de duelo es básico y fundamental, Aberastury(1990) menciona que la estabilización de la personalidad pasa por cierto grado de conducta patológica inherente a la evolución normal de esta etapa de la vida, y continua diciendo, que el adolescente al vivir una etapa de transición, su personalidad tiene características especiales que nos permite ubicarlo entre las llamadas personalidades “marginales”.

En algunos aspectos, la niñez esta siendo prolongada cada vez más, en el sentido de una dependencia económica respecto de los padres; pero en otros aspectos se entra en la edad adulta mas temprano que antes.

Parecería que a medida que las sociedades se industrializan, el período total de aprendizaje de prolonga, se retrasa la asunción de los roles adultos.

La adolescencia larga es un fenómeno relativamente reciente en nuestra sociedad, “ni niños, ni adultos”, están a mitad de camino, y puede considerarse que su problemática es similar en todo el mundo.

Es fundamental para desarrollar lineamientos sobre la adolescencia, tratar de entender los dos ámbitos en los que interactúa en esta etapa: *La familia y el grupo*.

Ante los conflictos que se presentan, los padres siempre deben representar la autoridad, pero con comprensión, dándole al hijo la posibilidad de desarrollarse a través del descubrimiento de sus características personales, gustos, necesidades, es decir constituyendo su identidad.

### *El adolescente y el grupo*

El adolescente se mueve alternativamente en dos culturas, la de los adultos, y la de sus pares.

El joven adolescente pasa cada vez menos tiempo en su hogar, y es posible que durante muy escasa parte de él, esté en relación con la familia.

El grupo es un fenómeno típico de la adolescencia, que les permite que se sientan contenidos, en una zona intermedia, que ya no es la familia.

Se podría considerar al grupo con un término utilizado por Winnicott, “objeto transicional”, en tanto permite al adolescente mantener la ilusión de que pertenece a un sistema que en parte lo protege de la responsabilidad social, pero que a la vez lo incluye como seres sociales, como grupo. Una zona intermedia entre lo subjetivo y lo objetivo.

Durante la adolescencia, los grupos que forman los jóvenes se hacen cada vez más homogéneos, estratificándose según las clases sociales y el nivel de educación. A medida que aumenta la autonomía y la movilidad de los adolescentes pueden cultivar amistades dentro de una zona cada vez más amplia.

Las relaciones sociales del adolescente forman una estructura bastante compleja, basadas en la identificación con el grupo y dentro de arbitrarias fronteras de clase, atracciones y repulsiones personales, gustos e intereses.

Uno de los ámbitos de la vida social del adolescente es la escuela, ya que pasa en ella una buena parte de su tiempo, por lo menos hasta que cumple el periodo de escolaridad mínima.

La escuela tiene gran importancia como ámbito de socialización ya que brinda contactos continuos con pares siendo una fuente de amistades y actuando

además como escenario de algunas actividades compartidas: bailes, competencias atléticas, juegos y clubes, que generan y facilitan el proceso de socialización a la par que brinda al adolescente la capacitación necesaria para su inclusión en el mundo del trabajo.

Muchos autores que se han ocupado de la adolescencia, han destacado la dolorosa autoconciencia del adolescente, su preocupación por su identidad y por el lugar que ocupa en el mundo. Han señalado su inclinación al idealismo, su conflicto religioso, su humor inestable y caprichoso, su rebeldía.

Lo más habitual es que la persona joven que está por ingresar en la edad adulta, pase por un ceremonial en donde el grupo de pares cobra gran importancia.

Los ritos mediante los cuales se confiere la calidad de adulto son conocidos como ritos de la pubertad, ritos de pasajes o ceremonias de iniciación.

En sus formas más simples, los ritos de iniciación, consisten meramente en un corte de cabello o en un cambio de ropas.

Rituales más complejos, implican complicados tatuajes, período de aislamiento o de ayunos, y la búsqueda de una visión o revelación.

El mundo adulto le ofrece al adolescente una información ambigua, acerca de su condición, lo que refuerza la ambigüedad con que se considera a sí mismo, ya que la situación misma es confusa también para el mismo adulto involucrado.

### *2.3 El suicidio en los adolescentes*

El suicidio de adolescentes es una tragedia que afecta no sólo al individuo, sino también a la familia, los amigos y la comunidad donde vive el adolescente. A menudo el suicidio se vive como un fracaso personal por parte de padres, amigos y médicos que se culpan por no detectar signos que los alerten. También es considerado como un fracaso por la comunidad, al servir de vivo recordatorio de que

la sociedad, a menudo, no entrega un ambiente saludable, de sostén y educativo donde los niños crezcan y se desarrollen.

A partir del deterioro social que se observa en todos los estratos y niveles, reflejo sin duda de un sistema disfuncional que ha roto el equilibrio económico y que está propiciando inestabilidad en todos los campos humanos y que la educación, como tradicionalmente se concibe no ha sido capaz de mitigar ya que no da respuesta a las necesidades tan complicadas que los jóvenes actualmente están requiriendo; esta educación, al contrario, tiende a la mediatización como forma de control. Pocas son las escuelas y desgraciadamente pocos los maestros que han entendido esto y que han aceptado el compromiso de ir más allá del discurso pedagógico aportando algo más que simple información, han incorporado o intentado hacer, aquellos conocimientos (herramientas básicas) que permitan a los estudiantes enfrentar los retos que cotidianamente se presentan, apoyándoles para fortalecer su autoestima, haciéndoles personas más reflexivas, estimulando su creatividad y tomando de alguna manera la responsabilidad que anteriormente era exclusiva de los padres pero que no se cumple en su totalidad: transmitiendo la importancia de los valores; sobre esto Savater comenta el hecho de que anteriormente la familia se encargaba de educar y la escuela de instruir y que hoy la escuela tiene que retomar aquello que los padres por ignorancia, pobreza de espíritu o descuido no son capaces de transmitir.

Los años de la pubertad son un periodo tumultuoso para casi todos. Se aprenden nuevos roles sociales, surgen nuevas relaciones, hay que familiarizarse con los cambios que se producen en el cuerpo, la mente, los afectos y la vida social, hay que tomar decisiones sobre el futuro definiendo elecciones tanto vocacionales como laborales e incluso afectivas relacionadas con la elección de pareja.

De manera que cuando un desafío particularmente difícil se presenta, es probable que el adolescente comience a sentirse deprimido y a preguntarse si la vida merece vivirse.

Se diría que hoy como nunca la sociedad privilegia a los menores: todo lo que se hace y se vende está dirigido a ellos.

Sin embargo cada vez es más peligroso ser chico, y lo demuestran las estadísticas y las noticias que se publican día a día.

Es alarmante el índice de suicidio de adolescentes, si el suicidio es antinatural por sí, el suicidio de un niño es tremendamente antinatural, nos está diciendo que hay algo que está mal.

En las últimas décadas se ha observado un dramático cambio en las causas de mortalidad adolescente. Hace 50 años los adolescentes morían en gran parte de causas naturales, mientras que ahora mueren de causas más prevenibles.

Parte de este cambio ha sido un aumento mundial de las tasas de suicidio adolescente en países desarrollados, como en los en vías de desarrollo. Probablemente, los informes de suicidios son subdimensionados debido a estigmas culturales y religiosos relacionados con la autodestrucción y una falta de voluntad para conocer ciertos traumas autoinflingidos, como algunos accidentes de tránsito.

Es trágico pensar que el suicidio se ha convertido en la segunda causa de muerte ente los jóvenes de 15 a 19 años de edad. El índice de suicidios entre los jóvenes se ha triplicado en los últimos 30 años.

Según datos suministrados por la OMS el suicidio representa un 10% de las muertes entre los 25 a 34 años, y es la segunda causa de muerte en adolescentes.

Según el National Institute of Mental Health, (NIMH), los resultados de la investigación científica realizada en esta institución establecen lo siguiente:

Se estima que hay de 8 a 25 intentos de suicidio por cada suicidio concretado, y la proporción es aun mayor entre los jóvenes.

Los principales factores de riesgo para el intento de suicidio en los jóvenes son la depresión, el abuso de sustancias y los comportamientos agresivos o perturbadores. De hecho, sobre un total de 100.000 adolescentes, 2.000 a 3.000 presentarán un trastorno del estado de ánimo, de los cuales ocho de cada 10 se suicidarán.

Por otra parte en la Argentina las estadísticas actuales muestran un aumento importante de suicidios en la población adolescente, en comparación con años anteriores, comprobándose que los suicidas son cada vez más jóvenes.

Según datos suministrados por el Ministerio de Salud y Acción Social, 2001, diario Consultor edición N°. 255, de la República Argentina se observa que el suicidio es la 5º causa de muerte de los Argentinos que tienen entre 15 y 19 años.

La población adolescente en particular se caracteriza por tener un mayor porcentaje de intentos de suicidio. “Son mayores las tentativas en jóvenes que en las personas de edad; este hecho se ve reflejado por ejemplo, con el método empleado: el método más observado en casos de intento de suicidio en adolescentes es la sobredosis habitualmente con medicamentos”. (Zingler 1991)

Una de las características de los adolescentes que optan por el suicidio según algunos investigadores y profesionales de la salud que se dedican a la atención de la población de esta franja etárea, es que generalmente se sienten solos, desesperanzados y rechazados.

Otra forma del intento de suicidio es la modalidad de muerte a la que Doltó(1991) llama suicidio por contagio, cuya ilustración se puede encontrar en varios casos como por ejemplo en el suicidio de líderes de bandas de rock como Nirvana o Inxs; o lo sucedido luego de la muerte del cantante Rodrigo en nuestro país. Es decir que predomina en esta actitud una identificación intensa con el personaje, lo que por otra parte nos señala serias dificultades en la constitución de la propia identidad.

Se puede observar que la publicidad de suicidios espectaculares aumenta la frecuencia de episodios similares en los jóvenes, relacionándolos con la sugestión.

En la actualidad una de las características de los adolescentes es la falta de estructura y límites que pueden llevarlos a sufrir una sensación de falta de dirección en la vida, y a desestabilizarlos.

En cuanto a las características familiares de los jóvenes con intento de suicidio, se observa que aparecen principalmente como factores de riesgo los conflictos actuales, problemas de pareja, divorcios, dificultades económicas.

Se ha observado que algunos adolescentes que tienen el plan de cometer suicidio suelen “limpiar la casa”, regalando sus posesiones favoritas, limpiando y ordenando sus cuartos o tirando cosas a la basura.

También pueden pasar sorpresivamente a un estado de alegría después de un periodo de depresión, porque piensan haber encontrado la “solución: decidir terminar con sus vidas”.

Cuando un joven intenta suicidarse es difícil dilucidar para los que están cerca de él, si es que realmente intentó matarse o es una forma de revelarse contra situaciones que no pueden modificar.

Muchas personas no aceptan que jóvenes en pleno desarrollo y con tantas cosas por vivir puedan tomar una determinación por demás trágica, sin embargo, más allá de una percepción un tanto superficial del hecho, debemos admitir que los adolescentes, en especial atraviesan por una crisis existencial bastante severa y si a esto se le agregan otros factores como una deficiente comunicación con los padres, la desintegración y/o violencia intrafamiliar, la doble moral que prevalece en torno a la autoridad (haz lo que yo digo y no lo que yo hago), la influencia negativa de algunos amigos, las faltas de oportunidades para estudio y/o trabajo, la carencia de valores, los enamoramientos poco satisfactorios, etc. Elaboran una mezcla verdaderamente fulminante que al no tener los elementos para enfrentarla, es casi lógico que culmine con un intento de suicidio que afortunadamente en un gran porcentaje no siempre se realiza.

Los factores de riesgo del suicidio varían de acuerdo a la edad, el sexo y las influencias culturales y sociales, y pueden modificarse a lo largo del tiempo. Por lo general, los factores de riesgo del suicidio se presentan combinados.

Los mecanismos psicológicos que conducen a la conducta suicida en los adolescentes, se asemejan a los implicados con frecuencia en otras formas de autodestrucción, como el alcoholismo, la conducción de automóviles sin cuidado, la

automatización y los actos antisociales violentos. A menudo el suicidio es el acto final de una serie de actos autodestructivos.

Algunos autores consideran que existen tres circunstancias que aumentan el riesgo de que un adolescente intente suicidarse por lo que es necesario aumentar las estrategias preventivas cuando se observa que un joven hace uso abusivo de alcohol, o que presenta consumo de sustancias y también en aquellos casos en que se ha diagnosticado la presencia de depresión clínica.

El alcohol predispone a los actos suicidas, al agravar la intensidad del estado de ánimo y disminuir el autocontrol.

Existe una relación también entre depresión y adolescencia, ya que las pérdidas con las que el adolescente se enfrenta justifican plenamente su relación con el proceso de duelo.

La irritabilidad, las conductas adictivas o delictivas, amenazas o intención de quitarse la vida; la accidentofilia, son algunos de los enmascaramientos de la depresión adolescente, que va acompañada de la fantasía de desaparecer para siempre.

Para el profesor de Psicopatología de la Universidad Complutense de Madrid, Javier de las Heras, los principales factores que explican las conductas autolesivas son: el mayor número de familias desestructuradas, el descenso en la comunicación familiar, el aumento de los conflictos en el ambiente de vida del niño y el exceso de competitividad reflejado en el fracaso escolar.

Otro estudio realizado sobre pacientes infantojuveniles con intento de suicidio en el Hospital Eugenio Espejo, en España, reveló los rasgos de personalidad más frecuentemente asociados a conductas de riesgo suicida en adolescentes eran: ansiedad, timidez, baja autoestima, inmadurez emocional, necesidad de afecto, dependencia, rebeldía, terquedad, impulsividad, retraimiento, depresión, hostilidad, irritabilidad y agresividad.

Expertos señalan que muchos jóvenes de alto riesgo toman su trágica decisión luego del rompimiento de alguna relación, un fracaso académico o social, una pelea con los padres o un choque con la autoridad. Consideran que hay tres grupos de adolescentes especialmente vulnerables al suicidio. El primer grupo con síntomas

“clásicos” de depresión, como tristeza y falta de esperanza, el segundo grupo “los perfeccionistas” que se fijan metas de desempeño sumamente altas, estos se muestran a veces ansiosos, aislados y retraídos, y el tercer grupo se compone de chicos que manifiestan su depresión con una conducta agresiva, generalmente niegan tener sentimientos de depresión.

Independientemente de las causas y de las estadísticas que se han realizado al respecto, es necesario hacer una observación de este fenómeno ya que la realidad supera en mucho las cifras establecidas.

Entre los factores precipitantes en los adolescentes se mencionan las crisis disciplinarias y legales, pérdidas y conflictos interpersonales, exposición al suicidio o conducta suicida de familiares o amigos, acumulación de circunstancias vitales adversas y, en un pequeño número de casos, lecturas sobre suicidio en periódicos o novelas.

En la mayoría de los casos, el suicidio es el resultado de la combinación de diversos factores, en lugar de uno solo aislado.

Se afirma que la mayoría de las tentativas de suicidio en adolescentes se presentan en ausencia de un trastorno psiquiátrico específico, siendo más bien expresión de problemas psicopatológicos del medio que rodea al sujeto. Estos jóvenes muestran algunas características psicosociales disfuncionales, que incluyen sentimientos de desesperanza, dificultades en el control de impulsos, escasas habilidades sociales de resolución de problemas y modulación afectiva.

La desesperanza ha sido correlacionada con la severidad del intento de suicidio. Sólo en 20 a 25% de estos casos se ha encontrado asociación entre tentativas autodestructivas y trastornos psiquiátricos, tales como desórdenes afectivos, conducta antisocial y abuso de alcohol y drogas.

La adolescencia es un período del desarrollo de mucho estrés lleno de cambios muy importantes: cambios en el cuerpo, cambios en las ideas y cambios en los sentimientos. 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 abrumadores. Los problemas pueden apreciarse como demasiado violentos o difíciles de sobrellevar. Para algunos, el suicidio puede parecer una solución.

Del 12 al 25 por ciento de los niños mayores y adolescentes experimentan algún tipo de idea acerca del suicidio (pensamiento suicida) en algún momento. Cuando los sentimientos o pensamientos se vuelven más persistentes y vienen acompañados de cambios en el comportamiento o planes específicos de suicidio, el riesgo de un intento se incrementa

En términos generales, en todo el mundo, la actual crisis social, familiar, económica y moral está incidiendo desfavorablemente en el comportamiento de los adolescentes que, al no encontrar valores y sentido a su vida, buscan en el suicidio una alternativa de solución.

La observación de los siguientes comportamientos ayuda a identificar a los adolescentes que pueden encontrarse bajo el riesgo de intento de suicidio:

- Cambios en los hábitos alimenticios y del sueño.
- Pérdida de interés en las actividades habituales.
- Retraimiento respecto de los amigos y miembros de la familia.
- Manifestaciones de emociones contenidas y alejamiento o huida.
- Uso de alcohol y de drogas.
- Descuido del aspecto personal.
- Situaciones de riesgo innecesarias.
- Preocupación acerca de la muerte.
- Aumento de molestias físicas frecuentemente asociadas a conflictos emocionales, como dolores de estómago, de cabeza y fatiga.
- Pérdida de interés por la escuela o el trabajo escolar.
- Sensación de aburrimiento.
- Dificultad para concentrarse.

Deseos de morir.

Falta de respuesta a los elogios.

Aviso de planes o intentos de suicidarse, incluidos los siguientes comportamientos:

Verbaliza: "Quiero matarme" o "Voy a suicidarme".

Da señales verbales como "No seré un problema por mucho tiempo más" o "Si me pasa algo, quiero que sepan que...".

Regala sus objetos favoritos; tira sus pertenencias importantes.

Se pone alegre repentinamente luego de un período de depresión.

Puede expresar pensamientos extraños.

Escribe una o varias notas de suicidio.

Las amenazas de suicidio significan desesperación y un pedido de auxilio. Siempre se deben tener en cuenta muy seriamente los sentimientos, pensamientos, comportamientos o planes de suicidio. Todo niño o adolescente que expresa ideas de suicidio debe ser sometido a una evaluación inmediatamente.

Si un joven menciona que ha tenido ideas de suicidio, lo más importante que se puede hacer es tomarlo muy en serio. Hay indicios muy fuertes de que las personas que hablan de quitarse la vida pueden estar considerándolo con mucha seriedad. Los expertos insisten que la mayoría de los jóvenes que intentan quitarse la vida hablan de ello antes.

### *Prevención del suicidio*

La mortalidad por suicidio entre los adolescentes y jóvenes está incrementándose, por lo que se hace impostergable su prevención eficaz. Para lograrlo es necesaria la promoción de salud, la protección específica de los grupos de riesgo, el diagnóstico precoz y tratamiento oportuno y adecuado de aquellas afecciones que lleven al suicidio y al intento de autodestrucción en cualquiera de sus variantes.

La promoción de salud para prevenir esta conducta debe involucrar no sólo a profesionales de la salud pública, sino a otras personas que se relacionan, muchas veces durante mayor cantidad de tiempo, con los adolescentes, como son: los familiares, los maestros y los propios adolescentes.

Principalmente se deben promover aquellos modos de vida saludables entre ellos, como la práctica sistemática del deporte, una sexualidad responsable, hábitos no tóxicos, desarrollar múltiples intereses que les permitan un uso adecuado de su tiempo libre, entre otros.

Es útil también que el adolescente, que aún no ha conformado plenamente su personalidad, desarrolle características que le sirvan como tapón contra el comportamiento suicida. Lograr que el adolescente aprenda a exponer y defender sus ideas hasta que se convenza de su equivocación, aceptándola sin dobleces cuando esto ocurra.

Como se evidencia, se han mencionado algunos aspectos relacionados con la personalidad del adolescente que deben ser desarrollados y no precisamente en esta etapa de la vida, sino desde la más temprana infancia, por lo cual es imprescindible la educación de la familia, cuidadores, personas que trabajen en instituciones infantiles, etcétera.

Pero, si esto no se ha podido lograr, la adolescencia continúa siendo un buen momento para empezar por no estar estructurada por completo la personalidad como apuntábamos antes.

Es importante a éste fin estimular la comunicación entre los adolescentes y su familia, para que los mismos puedan contar con un espacio contenedor en donde puedan desarrollarse y expresarse.

## Capítulo 3

### Trabajo de Campo

#### *3.1. Metodología*

Con el objeto de dar repuestas a los objetivos que guían este trabajo se ha utilizado metodología cualitativa con técnica de entrevistas a profesionales que trabajan en el ámbito de salud con adolescentes en el partido de General Pueyrredón.

#### 3.1.a Presentación de datos

Se exponen a continuación los datos más relevantes obtenidos en las entrevistas realizadas en las instituciones de la ciudad de Mar del Plata que desarrollan tareas relacionadas con el área de salud, con la adolescencia y con conductas suicidas, ellas son Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil (I.E.M.I.), Centro de valorización de la vida Samaritanos (V.V.V.), Hospital Interzonal General de Agudos (H.I.G.A.), Servicio de Salud Mental de la Municipalidad de General Pueyrredón y el Centro preventivo asistencial de las adicciones de la Pcia. de Buenos Aires.

*Entrevista a la doctora Cristina Redi:* integrante del equipo del consultorio de adolescencia de Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil. La que nos comenta que en el H.I.E.M.I. funciona un consultorio de adolescencia, integrado por ella como médica pediatra, la Lic. M. Eugenia Epele como trabajadora social, y la socióloga Lic. Beatriz Valsacchi. En este servicio se atiende a los jóvenes hasta los 16 años, tanto por internación, como por consultorio externo.

Estos profesionales conciben a la adolescencia, de acuerdo con la definición de la OMS, como la etapa de la vida que queda incluida entre los 10 y 19 años, y que está determinada por cambios bio-psico-sociales, es decir como una etapa caracterizada por un rápido crecimiento y desarrollo físico, acompañado por una búsqueda de la consolidación psico-afectiva, y un lugar social determinado y propio, por ello consideran que es una etapa en la que en general se producen hechos como el suicidio, e intento de suicidio.

Para este grupo de trabajo, el *intento de suicidio* es aquel en el cual se verbalizó la intención de quitarse la vida, por parte del paciente o por algún familiar o responsable con que el mismo estuviera relacionado en el momento de ocurrir el intento, lo distinguen del *accidente* cuando la lesión no es premeditada, ni verbalizada y de la intoxicación accidental, cuando el paciente se presenta con un estado tóxico y en el cual no hay manifestación verbal de la intencionalidad de quitarse la vida.

Cuando un joven llega al consultorio puede ser que lo haga debido a ser enviado por la derivación de otro servicio del hospital o incluso puede llegar por su propia voluntad o por decisión de sus padres.

Una vez que ingresa al consultorio, se le toma una entrevista para conocer el motivo de la consulta, tomando un registro de los datos para poder identificar si existe riesgo suicida. En general los adolescentes llegan por otra causa, y en el interrogatorio surge la intencionalidad suicida.

Luego de 5 años de funcionamiento, el consultorio de adolescencia del hospital, resolvió revisar las historias clínicas de los pacientes con diagnóstico de suicidio o de intento de suicidio, por los cuales se había recibido pedido de interconsulta, se fue observando que el número de casos era significativo, que la gravedad de los mismos era variable, que los intentos podían ser únicos o reiterados y que algunos tenían seguimiento profesional y habían recibido tratamiento, y otros no. A partir de allí se realiza un estudio epidemiológico de los casos, en forma retrospectiva.

El plan que se proponen desarrollar contiene entre otros los siguientes puntos:

Analizar los datos

Promover un estudio global.

Planificar una normativa de internación.

Llamar la atención sobre el tema.

Dejar abierta la propuesta de realizar una planilla de registro de casos.

Las conclusiones más significativas obtenidas en esta investigación por el equipo del hospital son:

Un aumento progresivo de frecuencia, predominio del sexo femenino; predominio en la temporada estival; trastornos de la dinámica familiar concomitante; incidiendo en la muestra en forma significativa las mudanzas.

A partir de estos resultados, el grupo propone una encuesta de registro para aplicar a posteriori como normativa, y se realiza una propuesta de trabajo.

La Dra. comenta que la propuesta de trabajo, con respecto a la modalidad de abordaje y seguimiento de cada caso en particular, se ofrece como una forma de prevención secundaria del cuadro; evitando la reincidencia; prevención de otras conductas de riesgo y asegurar la posibilidad de tratamiento. La que ha sido aplicada en los últimos 2 años y consta de tres tiempos:

- 1)-admisión.
- 2)-abordaje.
- 3)-seguimiento.

La consulta de admisión con el equipo de adolescencia consiste en una entrevista conjunta de Pediatra y Trabajador Social, con el grupo familiar.

En la misma se confecciona una historia clínica completa, específica para adolescentes, indagando de acuerdo a la situación, genograma, convivientes, pares, hábitos, etc.

Luego se realizan las interconsultas que se crean necesarias: Ginecología, Neurología.

Finalmente la entrevistada evalúa que esta propuesta ha producido una serie de situaciones que deben destacarse:

- 1)-Mejor cumplimiento del tratamiento con un índice casi nulo de deserción.
- 2)-La familia y el paciente se sienten apoyados, contenidos y seguros.
- 3)-No se han tenido reincidencias, ni conductas de riesgo.
- 4)-Permite establecer una relación con los integrantes de la familia, que incluye al paciente.

Es decir que ésta modalidad de prevención pareciera lograr la transmisión de modalidades y/o conductas saludables.

*Entrevista a María Laura:* voluntaria del Centro de Valorización de la Vida Samaritanos, este centro está ubicado San Martín 2648 1º piso local 48 de la ciudad de Mar del Plata; Tel: (0223-4930430). La entrevistada nos habló en primer lugar de la historia del centro; luego nos comentó sobre su organización, la forma de trabajar y, finalmente sobre los adolescentes.

*Historia del centro:* Este movimiento, se origina en la ciudad de Londres, y fue fundado por Chad Varah en 1953 en donde los Samaritanos se convirtieron en sinónimo de prevención.

Hoy en día hay más de 300 centros distribuidos en todo el mundo, con voluntarios dedicados a ayudar a su propia gente suicida o desesperada.

Más del 27% de los centros operan en el “mundo en desarrollo”, donde escasean los teléfonos y consecuentemente deben trabajar en la asistencia personalizada cara a cara.

Este centro se instala en la ciudad de Mar del Plata debido a que en 1976, por una conexión de amistad con el coordinador general de Brasil, se envía información a un grupo de personas, en la que manifiestan que a través de un estudio se comprobó, que Mar del Plata era la ciudad con mayor índice de suicidios en el país.

Fue así que en 1977, quedaron sentadas las bases del centro.

Actualmente el centro se encuentra abierto de día y de noche, todo los días del año, con turnos de 3 o 4 hs de día, y 9 o 10 hs de noche.

Existe un organismo internacional llamado Befrienders International, que los nuclea y en el que se hallan representados los organismos nacionales de todo el mundo. Promueve la formación de nuevos centros nacionales dentro de las normas establecidas de trabajo, para su específica tarea solidaria: provisión de soporte emocional inmediato a personas suicidas, desesperadas y angustiadas, como así también la ayuda a evaluar sus servicios.

*Organización y trabajo de los Samaritanos:* María Laura nos explica que el centro es una asociación sin fines de lucro, que atiende en forma personalizada y telefónica.

Las personas que trabajan allí, no son profesionales, sino voluntarios, los cuales mantienen una jerarquía de autoridad: coordinadores-líderes-voluntarios.

Los voluntarios que trabajan en el centro son seleccionados, mediante una entrevista individual, y luego son formados en un curso de capacitación. Se les propone escuchar a las personas, no juzgarlas, compartir su angustia, ofreciéndoles amistad.

Se los elige por la empatía, en sus relaciones con los demás; su equilibrio emocional, también es necesario que no registren intentos de suicidio, “no todos pueden ser voluntarios”.

El grupo de Samaritanos considera que el hombre que se mata es un individuo solitario. El puede hallarse en medio de una multitud o en el seno de una numerosa familia, pero se siente solo, aislado. En general esta persona ha intentado comunicarse con otras personas, pero no lo entendieron, o no se dispusieron a escucharlo, por eso consideran al suicidio como un gesto de comunicación.

María Laura nos comenta que, en general, el promedio diario de llamadas es de 20, la mayoría son recibidas por la mañana, o después de las 20 hs.

Las personas que consultan son de todas las edades. (no se llevan estadísticas al respecto). A partir de cada consulta, los voluntarios toman la decisión de orientarlos para que sigan un tratamiento con un profesional.

En los casos que se considere necesario una internación, es comentada con los familiares de la persona cuando ellos se acercan.

El centro también realiza charlas en colegios y clubes como actividades de promoción de conductas saludables.

Sobre un total de más de 120 llamadas atendidas la entrevistada observa que el problema más grave es el de la soledad.

Los adolescentes no se acercan demasiado el contacto con esta franja de edad lo suelen tener cuando algún chico se acerca al centro por otro tipo de problemas, por ejemplo drogadependientes en recuperación.

*Entrevista a la Lic. En Psicología Andrea Berri:* En el Hospital Interzonal General de Agudos.

La licenciada nos explicó que los casos de intento de suicidio en el hospital son atendidos por el servicio de Salud Mental. La orientación con la cual se trabaja es psicoanalítica, se realiza terapia individual, y también existen grupos, pero no específicamente para suicidas en potencia.

Cuando un intento de suicidio implica la internación del paciente, ya sea por ingesta de psicofármacos, por un disparo, etc., en otro de los servicios del hospital, el equipo de Salud Mental trabaja en interconsulta con el equipo de médicos, hasta que el paciente se encuentre físicamente recuperado; desde luego se procede a realizar una evaluación, para saber si el paciente necesita un tratamiento en el área de Salud Mental, o algún tipo de tratamiento ambulatorio.

En este hospital, hay un consultorio de asistencia a adolescentes, el cual trabaja los casos conjuntamente con el servicio de Salud Mental.

Los jóvenes que deben ser atendidos en la guardia del hospital, generalmente lo hacen por consumo de drogas, y depende del caso, se hace una derivación a interconsulta con el servicio de Salud Mental.

La modalidad de los intentos de suicidio en los adolescentes se da principalmente por ingesta de medicación, de todo tipo en forma excesiva.

Diversos motivos hacen que no exista un registro estadístico sobre los casos de intento de suicidio, pero la licenciada comentó que son muchos los jóvenes que ingresan por ese motivo.

Tal vez esta falta de registro estadístico se motive principalmente en la dificultad de unificación de criterios para dejar constancia de la información pertinente

“Cuando un joven intenta matarse tomando pastillas, no se denuncia, se anota en la planilla de ingreso como intoxicación”, luego de este comentario, la entrevistada mencionó que ello se debe al papelerío (trámite burocrático) que implica tal denuncia.

*Entrevista realizada al Lic. en Psicología Daniel de los Santos: Servicio de Salud Mental de la Municipalidad de General Pueyrredón (S.E.M.D.A.).*

SEMDA, es un grupo que trabaja específicamente con adicción a las drogas y depende del servicio de Salud Mental el que, a su vez, es parte de la Secretaría de Calidad de Vida de la municipalidad de General Pueyrredón. Esta es una institución cuya orientación y enfoque técnico de trabajo son básicamente psicoanalíticos, por lo que consideran que la acción de drogarse sería una acción suicida por parte de la persona que la lleva a cabo.

El licenciado nos comenta que, en los casos de pacientes que han intentado suicidarse, los mismos son derivados al H.I.G.A, especialmente cuando se necesita de la internación del joven, en caso contrario se recomienda al paciente o sus familias establecer algún tipo de terapia individual, fuera de SEMDA.

También nos comentó que no han tenido muchos casos de suicidio entre los jóvenes que concurren al lugar, si hubo casos aislados, pero no llevan estadísticas al respecto.

*Entrevista se realizó a la Lic. en Psicología María del Carmen Ochandío: Centro Preventivo Asistencial de las adicciones de la Pcia. de Buenos Aires.*

El centro de las adicciones radicado en Mar del Plata, trabaja casi exclusivamente con las adicciones a drogas, y lo hace con personas de todas las edades.

Este servicio tiene dos funciones básicas definidas, una es el tratamiento de las adicciones, la otra es la prevención y promoción de la salud destinada a los jóvenes.

La licenciada nos informa que el suicidio no es una de las problemáticas que se vea con más frecuencia y que no se han presentado casos al respecto.

Los casos que llegaran hasta ellos, son derivados al H.I.G.A.

FIGURA 1 Síntesis de conceptos aportados por entrevistados

Institución	Adolescencia	Suicidio	Abordaje
Hospital Materno	La conciben de acuerdo con la OMS como la etapa de la vida, incluida entre los 10 y 19 años.	Es aquel en el cual se verbalizó la intención de quitarse la vida.	Se ofrece como una modalidad de prevención secundaria.
Hospital Interzonal	La conciben de acuerdo con la OMS	No se explica el concepto de suicidio.	Tratamiento individual y grupal. Enfoque Psicoanalítico
Semda	La conciben de acuerdo con la OMS	La acción de drogarse, es una acción suicida.	Tratamiento y prevención a las drogas. Enfoque Psicoanalítico
C.V.V	La conciben de acuerdo con la OMS	Lo consideran como un gesto de comunicación.	Prevención y promoción de conductas saludables.
Centro de Prevención de las adicciones de la Pcia. De Bs. As.	La conciben de acuerdo con la OMS	No trabajan la problemática del suicidio.	Tratamiento y prevención de las adicciones. Enfoque Psicoanalítico.

### *3.2. Dificultades presentadas en el transcurso de la investigación.*

Durante el desarrollo de la investigación, se encontraron diferentes obstáculos que impidieron exponer los datos estadísticos recogidos desde diferentes fuentes, era intención de la autora de este trabajo que esos datos cuantitativos acompañaran a los datos cualitativos provenientes de las entrevistas realizadas a los profesionales que se desempeñan en las instituciones de salud de la ciudad de Mar del Plata.

Uno de los obstáculos más significativo estuvo constituido por el hecho de que las instituciones consultadas, en general, no trabajaban con la problemática del suicidio adolescente; por lo que no pudieron ofrecer datos consistentes sobre el fenómeno investigado.

Un segundo obstáculo se debió a que las instituciones que tenían contacto con ésta problemática (C.V.V e H.I.G.A), no poseían datos estadísticos que permitieran ampliar la información de que se dispone. Por último y en tercer lugar la única institución que ofreció estadísticas sobre el suicidio adolescente en la ciudad de Mar del Plata (H.I.E.M.I) nos brindó datos referentes a los años '93 y '96, los que dada su antigüedad no resultaban válidos y confiables, por otra parte esos mismos datos han sido captados sobre la población que habitualmente se asiste en la institución, no siendo representativa de la población general del partido.

Finalmente se decidió privilegiar los aspectos del proyecto que se abocan a investigar acerca de las estrategias de prevención secundaria del suicidio adolescente que brindan las instituciones de salud del Partido de General Pueyrredón.

## Capítulo 4

### Conclusiones

A partir de lo observado durante el transcurso de la investigación se pueden concluir algunos puntos respecto a ésta problemática.

En primer lugar, cabe rescatar de lo descripto que no existe en la ciudad una institución que aborde específicamente el intento de suicidio adolescente.

Las instituciones de salud consultadas conocen poco sobre la problemática del suicidio adolescente en la ciudad de Mar del Plata excepto el Hospital Interzonal

Especializado Materno Infantil(H.I.E.M.I), ninguna de las instituciones ofrece tratamiento específico y careciendo también de todo tipo de registro respecto de los casos que llegan hasta ellos.

A través de las entrevistas realizadas se puede observar que el suicidio aún no se considera seriamente como problemática en el adolescente. Sin embargo las estadísticas y los distintos medios de difusión señalan niveles cada vez más preocupantes.

Toda la información estadística consultada, de las diversas fuentes, coinciden en el aumento en estos últimos años del suicidio en general, pero sobre todo de los intentos de suicidio en los más jóvenes. No sólo coinciden en que la cantidad ha aumentado en esta población, sino también la severidad de esos intentos, que suelen ser, cada vez, más violentos.

Por otra parte, de las instituciones que se ocupan de ésta franja etárea, hay una sola, el H.I.E.M.I, que la toma como problemática e intenta abordarla a nivel de prevención secundaria.

El H.I.E.M.I, desde el consultorio de adolescencia estudia éste fenómeno en los jóvenes, logrando mediante sus estudios desarrollar estrategias preventivas para trabajar con los adolescentes, realizan un registro de los casos que se presentan, a

través de un protocolo que les permite conocer y también detectar cuando ese joven se encuentra en situación de riesgo.

Podemos concluir finalmente que no hay en la ciudad organizaciones encargadas de la prevención y el estudio específico y sistemático del problema así como tampoco del tratamiento del intento de suicidio en los adolescentes específicamente, aunque la gravedad de la problemática y la frecuencia de los casos harían deseable que se implementaran estrategias preventivas, de nivel primario, a fin de evitar la aparición de nuevos casos.

Como sugerencia se puede aportar que sería conveniente que se sensibilizara a la población, específicamente a quienes están en contacto directo con los jóvenes, tales como docentes, padres, a los mismos jóvenes, sobre la posibilidad de detectar tempranamente conductas sintomáticas que permitan intervenir en la prevención del intento.

Por otra parte, dada la etiología multicausal de esta problemática es imprescindible un abordaje interdisciplinario tanto en lo que respecta a la realización del diagnóstico como de la estrategias de intervención.

Mariela Vazzano

Noviembre 2001

## Bibliografía

- Abdalá N. (1993) Sobre el suicidio. En Vertex Vol. IV pag, 16 Arg.
- Aberastury, A. (1990) La adolescencia normal. Paidós, Buenos Aires
- APCAP (1995) El suicidio en los adolescentes. Washington, N° 2
- (file://A:/suicide.htm)
- Befrienders International (1999) Información sobre suicidios y crisis.
- (me://A:/suicidal.htm)
- Bronstein R. (1998) Suicidio, estrategias de prevención
- Psicofarmacológicas y psiconeurológica, en actualidad N° 6, pag 19
- Arg.
- Colín Piana R. (1999) Con apoyo y tratamiento puede frenarse el
- Impulso suicida. En Medyred. (file://A:/roche.htm)
- Dirección de minoridad y familia de la Municipalidad de Olavarría
- (1994) Trabajo del área de derechos humanos de la municipalidad
- local. Diario El Popular, 17 de julio de 1994, pag 20. Arg.
- Doltó, F. (1991) La causa de los adolescentes. Seix Barral, Buenos Aires.
- González S. (2000) Conclusiones del 7º congreso internacional de Psiquiatría
- Diario Consultor Edición N° 255, Bs. As.
- Laucirica J. (1998) Sobre el suicidio. Publicado en El popular, Olavarría
- 16 de octubre, pag 15. Arg.
- Madaleno M(1996) La salud del adolescente y del joven. Publicación de
- Organización Panamericana de salud N° 552 pag, 35
- Manual Merck Psiquiatría (1999) Conducta suicida. Internet, Merck Sharp &
- Dohme de España. (file://A:/m144.htm)
- OMS (1998) El suicidio, y los intentos de suicidio. En Cuadernos de salud
- N° 58 pag, 83
- Parral J.(1997) Anorexia nerviosa e intentos de suicidio. En publicación del
- Hosp. de niños de Bs.As. (1997) Vol. 9 n° 175, pag 359

- Petaco S. (1999) La adolescencia, sociedad actual. Publicado en pag. 24 Mailing, Olavarría
- Redi C. (1998) Monografía: necesidades de salud de los jóvenes alumnos de la Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. UNMdelp.
- Redi C. (1993) Intento de suicidio en la adolescencia. En C.M. Publicación médica Vol. 6 n° 3 pag, 132
- Redi C. (1996) Intento de suicidio en la adolescencia. En C.M. Publicación médica Vol. 9 n° 2 pag, 80
- Stengel, E. (1965) Psicología del suicidio y de los intentos de suicidio. Paidós Buenos Aires.
- Torre Sarlat A. (año) Las numerosas causas del suicidio. Internet (file://A:/torres.htm)
- Trava García M (1999) Suicidio ¿Valentía, cobardía o enfermedad? Grupo médico Colón Medyred. Internet.



Este color significa ALERTA

<b>EDUCACION</b>		NIVEL		GRADO CURSO		AÑOS AMOBADOS		PROBLEMAS EN LA ESCUELA		AÑOS REPETIDOS		DESERCIÓN		EDUCACION NO FORMAL ¿Cuál?					
ESTUDIA si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		No escolariz. <input type="checkbox"/> Prim. <input type="checkbox"/> Sec. <input type="checkbox"/> Univ. <input type="checkbox"/>		[ ][ ]		[ ][ ]		no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		Causa: _____		no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		Causa: _____					
Observaciones																			
<b>TRABAJO</b>		ACTIVIDAD		EDAD INICIO TRABAJO		TRABAJO		HORARIO DE TRABAJO		RAZON DE TRABAJO		TRABAJO LEGALIZADO		TRABAJO INSALUBRE		TIPO DE TRABAJO			
<input type="checkbox"/> trabaja <input type="checkbox"/> busca una vez <input type="checkbox"/> no y no busca <input type="checkbox"/> desocupado		[ ][ ] años		[ ][ ] horas por semana		mañana <input type="checkbox"/> todo el día <input type="checkbox"/> tarde <input type="checkbox"/> noche <input type="checkbox"/> fin de semana <input type="checkbox"/> n/c		económica <input type="checkbox"/> armonía <input type="checkbox"/> me gusta <input type="checkbox"/> otra <input type="checkbox"/> n/c		si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/>		si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/>		[ ][ ]		[ ][ ]			
Observaciones																			
<b>VIDA SOCIAL</b>		ACEPTACION		NOVICIA		ACTIVIDAD GRUPAL		DEPORTE		OTRAS ACTIVIDADES		AMIGOS		TV		¿Cuáles?			
<input type="checkbox"/> aceptado <input type="checkbox"/> ignorado <input type="checkbox"/> rechazado <input type="checkbox"/> no sabe		si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		[ ][ ] horas por semana		si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> ¿Cuáles? _____		si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		[ ][ ] horas por día		[ ][ ]			
Observaciones																			
<b>HABITOS</b>		ALIMENTACION ADECUADA		COMIDAS POR DIA		COMIDAS POR DIA CONTAMINA		TABACO		EDAD INICIO TABACO		ALCOHOL		EDAD INICIO ALCOHOL		OTRO TONCO		CONDUCE VEHICULO	
SUEÑO NORMAL si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		[ ][ ]		[ ][ ]		[ ][ ] cigarrillos por día		años [ ][ ]		[ ][ ] equivalente a litros de cerveza por semana		años [ ][ ]		Frecuencia y tipo		si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	
Observaciones																			
<b>GINECO-UROLOGICO</b>		FECHA DE ULTIMA MENSTRUACION		CICLOS REGULARES		DISMENORREA		FLUJO PATOLOGICO/ SECCION FEMORAL		ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL		EMBARAZOS		FLUJO		ABORTOS			
MENARCA: si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> años [ ][ ] meses [ ][ ]		[ ][ ] día [ ][ ] mes [ ][ ] año [ ][ ]		si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/>		no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/>		no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____		[ ][ ]		[ ][ ]		[ ][ ]			
Observaciones																			
<b>SEXUALIDAD</b>		RELACIONES SEXUALES		PAREJA		EDAD INICIO REL SEX		PROBLEMAS EN REL SEX		ANTICONCEPCION		CONDON		ABUSO SEXUAL					
NECESITA INFORMACION si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		hetero <input type="checkbox"/> homo <input type="checkbox"/> ambos <input type="checkbox"/>		pareja unica <input type="checkbox"/> varias parejas <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/>		años [ ][ ]		no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/>		[ ][ ] siempre <input type="checkbox"/> nunca <input type="checkbox"/> a veces <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/>		[ ][ ] siempre <input type="checkbox"/> nunca <input type="checkbox"/> a veces <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/>		no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>					
Observaciones																			
<b>SITUACION PSICOEMOCIONAL</b>		IMAGEN CORPORAL		AUTO PERCEPCION		REFERENTE ADULTO		PROYECTO DE VIDA											
<input type="checkbox"/> conforme <input type="checkbox"/> crea preocupación <input type="checkbox"/> impide relación con demás		[ ][ ]		[ ][ ] triste <input type="checkbox"/> nervoso <input type="checkbox"/> alegre <input type="checkbox"/> muy tímido <input type="checkbox"/> otro		padre <input type="checkbox"/> otro fam. <input type="checkbox"/> madre <input type="checkbox"/> fuera del hogar <input type="checkbox"/> ninguno		[ ][ ] claro <input type="checkbox"/> confuso <input type="checkbox"/> ausente											
Observaciones																			
<b>EXAMEN FISICO</b>		PESO (kg)		Cervil pesadad		Cervil pesadad		PIEL Y FANERAS		CABEZA		AGUDEZA VISUAL		AGUDEZA AUDITIVA		BOCA Y DIENTES		CUELLO Y TROQUES	
normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>		[ ][ ]		[ ][ ]		[ ][ ]		normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>		normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>		normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>		normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>		normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>		normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	
TORAX Y MAMAS		CARDIO PULMONAR		PRESION ARTERIAL		ABDOMEN		GENITO URINARIO		TANIER MINUS		VOLUMEN TESTICULAR		COLUMNA		EXTREMIDADES		NEUROLOGICO	
normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>		normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>		[ ][ ] / [ ][ ]		normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>		normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>		[ ][ ] / [ ][ ]		Der. <input type="checkbox"/> cm <sup>3</sup> [ ][ ] Izq. <input type="checkbox"/>		normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>		normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>		normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	
Observaciones																			
IMPRESION DIAGNOSTICA INTEGRAL																			
INDICACIONES E INTERCONSULTAS																			
Responsable																			
Fecha (proxima visita)																			

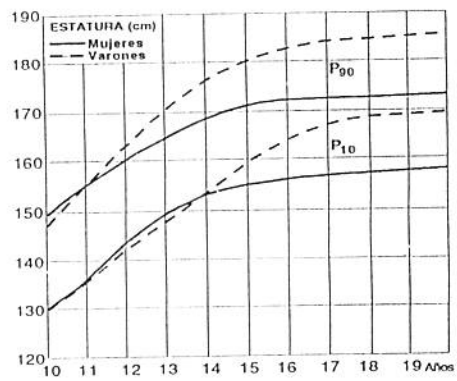
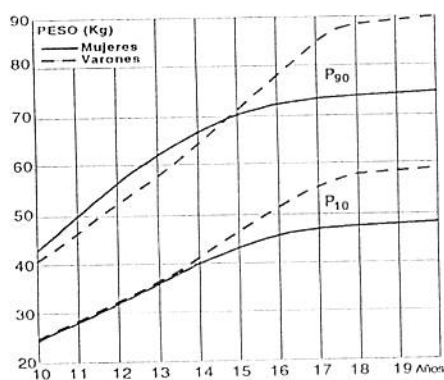


**Provincia de Buenos Aires**  
**Ministerio de Salud**  
**Dirección Provincial de Coordinación de Sistemas Regionales de Salud**  
**Programa Materno Infantil**  
**Subprograma de Salud Integral del Adolescente**

CLAP-OPSIONS HISTORIA DEL ADOLESCENTE - EVOLUCION												ESTABLECIMIENTO		HC/FP									
<b>EVOLUCION</b>		N°		EDAD		ACOMPANANTE				ESTADO CIVIL		FECHA DE ULTIMA MENSTRUACION											
FECHA		da mes año		años meses		solo <input type="checkbox"/> madre <input type="checkbox"/> padre <input type="checkbox"/> ambos <input type="checkbox"/> pareja <input type="checkbox"/> amigo/a <input type="checkbox"/> pariente <input type="checkbox"/> otros <input type="checkbox"/>				soltero <input type="checkbox"/> unión estable <input type="checkbox"/> separado <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> No conoce <input type="checkbox"/> no corresponde		da mes año									
PESO (kg)		Círculo pesavidad		TALLA (cm)		Círculo talabedat		Círculo peso/altura		PRESION ARTERIAL (mmHg)		FRECUENCIA CARDIACA (latidos/min)		TANNER		mamas		vello pub. genitales		VOLUMEN TESTICULAR (cm)			
Motivos de consulta según adolescente:										Motivos de consulta según acompañante:													
1										1													
2										2													
3										3													
CAMBIOS RELEVANTES/OBSERVACIONES																							
DIAGNOSTICO INTEGRAL																							
INDICACIONES E INTERCONSULTAS																							
Responsable																				Fecha próxima visita		da mes año	
<b>EVOLUCION</b>		N°		EDAD		ACOMPANANTE				ESTADO CIVIL		FECHA DE ULTIMA MENSTRUACION											
FECHA		da mes año		años meses		solo <input type="checkbox"/> madre <input type="checkbox"/> padre <input type="checkbox"/> ambos <input type="checkbox"/> pareja <input type="checkbox"/> amigo/a <input type="checkbox"/> pariente <input type="checkbox"/> otros <input type="checkbox"/>				soltero <input type="checkbox"/> unión estable <input type="checkbox"/> separado <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> No conoce <input type="checkbox"/> no corresponde		da mes año									
PESO (kg)		Círculo pesavidad		TALLA (cm)		Círculo talabedat		Círculo peso/altura		PRESION ARTERIAL (mmHg)		FRECUENCIA CARDIACA (latidos/min)		TANNER		mamas		vello pub. genitales		VOLUMEN TESTICULAR (cm)			
Motivos de consulta según adolescente:										Motivos de consulta según acompañante:													
1										1													
2										2													
3										3													
CAMBIOS RELEVANTES/OBSERVACIONES																							
DIAGNOSTICO INTEGRAL																							
INDICACIONES E INTERCONSULTAS																							
Responsable																				Fecha próxima visita		da mes año	
<b>EVOLUCION</b>		N°		EDAD		ACOMPANANTE				ESTADO CIVIL		FECHA DE ULTIMA MENSTRUACION											
FECHA		da mes año		años meses		solo <input type="checkbox"/> madre <input type="checkbox"/> padre <input type="checkbox"/> ambos <input type="checkbox"/> pareja <input type="checkbox"/> amigo/a <input type="checkbox"/> pariente <input type="checkbox"/> otros <input type="checkbox"/>				soltero <input type="checkbox"/> unión estable <input type="checkbox"/> separado <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> No conoce <input type="checkbox"/> no corresponde		da mes año									
PESO (kg)		Círculo pesavidad		TALLA (cm)		Círculo talabedat		Círculo peso/altura		PRESION ARTERIAL (mmHg)		FRECUENCIA CARDIACA (latidos/min)		TANNER		mamas		vello pub. genitales		VOLUMEN TESTICULAR (cm)			
Motivos de consulta según adolescente:										Motivos de consulta según acompañante:													
1										1													
2										2													
3										3													
CAMBIOS RELEVANTES/OBSERVACIONES																							
DIAGNOSTICO INTEGRAL																							
INDICACIONES E INTERCONSULTAS																							
Responsable																				Fecha próxima visita		da mes año	

CLAP OPS/OMS HISTORIA DEL ADOLESCENTE - EVOLUCION										ESTABLECIMIENTO		H.C. N°			
EVOLUCION N°		FECHA		EDAD		ACOMPANANTE				ESTADO CIVIL		FECHA DE ULTIMA MENSTRUACION			
da mes año		años meses		solo <input type="checkbox"/> madre <input type="checkbox"/> padre <input type="checkbox"/> ambos <input type="checkbox"/>		soltero <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> No conoce <input type="checkbox"/> no corresponde		da mes año		<input type="checkbox"/> da mes año			
pareja <input type="checkbox"/> amigo/a <input type="checkbox"/> pariente <input type="checkbox"/> otros <input type="checkbox"/>		unión estable <input type="checkbox"/>		separado <input type="checkbox"/>											
PESO (Kg)	Centil peso/edad	TALLA (cm)	Centil talla/edad	Centil peso/talla	PRESION ARTERIAL (mmHg)	FRECUENCIA CARDIACA latidos/min	TANNER	mamas	vello pub. genitales	VOLUMEN TESTICULAR	de	cm³	da		
Motivos de consulta según adolescente:					Motivos de consulta según acompañante:										
1					1										
2					2										
3					3										
CAMBIOS RELEVANTES/OBSERVACIONES															
DIAGNOSTICO INTEGRAL															
INDICACIONES E INTERCONSULTAS															
Responsable												Fecha próxima visita		da mes año	

EVOLUCION N°										ESTABLECIMIENTO		H.C. N°			
EVOLUCION N°		FECHA		EDAD		ACOMPANANTE				ESTADO CIVIL		FECHA DE ULTIMA MENSTRUACION			
da mes año		años meses		solo <input type="checkbox"/> madre <input type="checkbox"/> padre <input type="checkbox"/> ambos <input type="checkbox"/>		soltero <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> No conoce <input type="checkbox"/> no corresponde		da mes año		<input type="checkbox"/> da mes año			
pareja <input type="checkbox"/> amigo/a <input type="checkbox"/> pariente <input type="checkbox"/> otros <input type="checkbox"/>		unión estable <input type="checkbox"/>		separado <input type="checkbox"/>											
PESO (Kg)	Centil peso/edad	TALLA (cm)	Centil talla/edad	Centil peso/talla	PRESION ARTERIAL (mmHg)	FRECUENCIA CARDIACA latidos/min	TANNER	mamas	vello pub. genitales	VOLUMEN TESTICULAR	de	cm³	da		
Motivos de consulta según adolescente:					Motivos de consulta según acompañante:										
1					1										
2					2										
3					3										
CAMBIOS RELEVANTES/OBSERVACIONES															
DIAGNOSTICO INTEGRAL															
INDICACIONES E INTERCONSULTAS															
Responsable												Fecha próxima visita		da mes año	



Curvas tomadas de OPS "Manual de Medicina de la Adolescencia". Serie PALTEX N° 20, Washington, D.C., USA, 1992. Se extrapola de 18 a 20 años