FACULTAD DE PSICOLOGÍA Y CIENCIAS SOCIALES

“Intervenciones Psicológicas sobre conducta suicida en adolescentes”

Estudiante: Mariano Javier Maison

Legajo: 20886

Director/es: Lic. Lorena Noemí Varela

Trabajo Final de Integración para acceder al título de Licenciado en Psicología

2025

UFLO UNIVERSIDAD

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA LA PUBLICACIÓN DE OBRAS EN EL REPOSITORIO DIGITAL INSTITUCIONAL DE LA UFLO UNIVERSIDAD

RIUFLO - *Repositorio Institucional de la Universidad de Flores* - fue creado para gestionar y mantener una plataforma digital de acceso libre y abierto para la difusión de la creación intelectual de la Universidad de Flores.

El autor cede a la Universidad de forma gratuita pero no exclusiva, los derechos de reproducción, de distribución y de comunicación pública de su obra, a través del **RIUFLO.** Por lo tanto, la Universidad adopta para los ítems allí depositados la Licencia Creative Commons atribución - no comercial 4-0 internacional que siempre requerirá que se cite la fuente y se reconozca la autoría. De solicitar otras limitaciones, el autor podrá detallarlas en forma expresa o a través de la elección de otro modelo de Licencia.

Autorizo la publicación de la obra en el RIUFLO (seleccionar una opción):

A partir del día de la fecha de aprobación del TFI [ ]

A partir de otra fecha, especificar: 12 / 05 / 2025

Lugar y fecha: Buenos Aires, 08 de mayo de 2025

Firma y aclaración del autor:

Mariano Javier Maison

Índice

1. Resumen…….pag.1

2. Introducción……...pag.3

2.1. Delimitación de Objeto de Estudio

2.2 Planteo del Problema

2.3 Objetivos

3. Estado del Arte……..……pag.7

4. Marco Teórico...…….……pag.11

4.1 Aspectos Legales

4.1.1 Ley Nacional de Salud Mental

4.1.2 Ley Nacional de Prevención del Suicidio

4.2. Suicidio: Ideación, Conducta y Suicidio Consumado

4.3. Desarrollo Adolescente

4.4. Sobre la conducta suicida Adolescente: características e intervención

5. Método……..…pag.25

5.1. Diseño

5.2. Participantes

5.3. Técnicas de recolección de datos

5.4. Procedimiento

6. Resultados…… pag.28

7. Discusión…….…… pag.49

8. Conclusión……..……. pag.60

9. Aportes y Contribuciones de la Investigación…….. pag.62

10. Limitaciones de la Investigación…….. pag.64

Referencias…….. pag.65

Anexos I……... pag.71

Anexo II……... pag.72

Anexo III ……. Pag.73

1. Resumen

Título: *"Intervenciones Psicológicas sobre conducta suicida en adolescente"*

El presente trabajo propone describir las causas fundamentales que dan lugar a la conducta suicida en los adolescentes, con el objeto de comprender dicha problemática y las posibles intervenciones desde el abordaje psicológico.

El suicidio adolescente constituye la problemática más preocupante en salud pública para este rango etario luego de los accidentes vitales, que entendidos estos últimos como acontecimiento inesperado o azaroso, podríamos decir que la conducta suicida en adolescentes nos invita a un profundo análisis y requiere cierta prioridad en pos de su prevención.

La adolescencia es un periodo emblemático, que va desde los 10 a los 19 años aproximadamente, y que comprende diversos cambios a nivel psicológico, físico y social. Se debe tener en cuenta particularmente para este ciclo vital, que la adolescencia concurre desde una salida de la niñez hacia los primeros pasos en la adultez, lo que implica cambios significativos para el individuo.

La conducta suicida en adolescentes, se encuentra ligada a una multiplicidad de factores que involucran en principio la historia de vida del adolecente, su desarrollo físico y psíquico, su núcleo familiar y el entorno circundante, lo que resulta ser un desafío de alta complejidad para los profesionales psicólogos que abordan estos casos.

Las intervenciones psicológicas son fundamentales a la hora de pensar en adolescentes con ideación o comportamiento suicida. Es en esta etapa, en el proceso previo al desenlace fatal, donde se puede establecer el campo de acción más relevante de la psicología, que con intervenciones complejas abordan esta problemática.

El presente desarrollo en suma, nos lleva a reflexionar sobre las motivaciones existentes en los adolescentes y que se anudan a comportamientos riesgosos. En definitiva,

ningún adolescente quiere morir, sino que hay que pensar en individuos que desean dejar de sufrir.

Palabras Claves: Suicidio, conducta suicida, adolescentes, contexto social y familia.

2. Introducción

2.1 Delimitación del Objeto de Estudio

Según la OMS (2014) el suicidio constituye la segunda causal de muerte adolescente. Uno de cada siete jóvenes de entre 10 y 19 años padece algún tipo de trastorno mental, que de no ser adecuadamente abordados, impacta en la edad adulta perjudicando su salud psíquica y física. Las intervenciones en adolescentes apuntan a mejorar la capacidad de gestionar las emociones, desarrollar resiliencia ante situaciones adversas, alternativas sobre las conductas de riesgo, y promover relaciones sociales saludables.

Wang (2024) expresa que en la adolescencia se producen cambios físicos y psicológicos, que responden a una transición que como es sabido va desde la niñez hasta la adultez, donde cada subjetividad lo procesa forma distinta, dependiendo de su entorno y características de personalidad. Cualquier situación particular del adolecente, factores sociales, culturales, económicos o de salud mental, se profundiza si además estas carencias son acompañadas de problemas familiares, educativos y afectivos.

Cárdenas (2024) expresa que los factores de riesgo son una señal innata ante una amenaza que pone en riesgo la integridad física, y emocional del adolescente. El suicidio adolescente es un fenómeno complejo donde se encuentran involucrados diversos factores, siendo el entorno familiar el mas importante. Entre estos factores podemos mencionar los biológicos, asociados al desarrollo del adolescente (neurotransmisores serotonina, dopamina, noradrenalina), factores vinculados a la epigenética, (aspectos heredados), factores estresantes (vivencias traumáticas o situaciones vinculadas al entorno social) y como fundamental, un fuerte componente intrafamiliar disfuncional, violento, que se anuda al suicidio adolescente. En definitiva, la cohesión familiar resulta ser el componente más

relevante de todas las categorías mencionadas, teniendo en cuenta tanto los factores de riesgo como protectores.

En virtud de esto, en relación a las intervenciones López-Díaz et al (2024) destaca una clasificación en el ámbito de la salud 1) prevención universal, dirigida al público en general; 2) la prevención selectiva, dirigida a grupos con nivel de riesgo medio en relación a trastornos mentales, factores de riesgo biológicos y psicológicos; y 3) la prevención indicada, dirigida a personas de alto riesgo, con signos y síntomas de un trastorno mental detectables, pero que no cumplen con los criterios diagnósticos en ese momento. En este sentido el autor agrega que dicha problemática ha despertado gran preocupación en distintos ámbitos, como ser el clínico, social, educativo, familiar, lo que motiva la necesidad de un abordaje preventivo más amplio del suicidio, desde diferentes paradigmas.

2.2. Planteo del Problema

El presente trabajo de investigación, apunta a realizar una descripción del proceso de intervención llevado adelante por los profesionales en Psicología sobre la conducta suicida en adolescentes, teniendo en cuenta la multicausalidad de dicha temática, por lo cual resulta pertinente explorar las características, etiología y manifestaciones presentes, en pos de la prevención y tratamiento.

Por su parte UNICEF (2023) expresa que a partir de un estudio realizado en Argentina, en los últimos 30 años se triplicaron los suicidios adolescentes, ascendiendo en un 12,7 por cada 100.000 adolescentes entre los 15 y 19 años, siendo la segunda causa de muerte en la franja etaria que va desde los 10 a 19 años. En este sentido se registran mayores tasas de suicidio entre los adolescentes que tienen menores niveles educativos. Las provincias de

Jujuy, Catamarca y Salta, entre los años 2015 y 2017, registraron tasas 10 veces más altas que el resto del país.

Según Fonseca-Pedrero (2020) en lo que respecta a la población adolescente, el suicidio tiene un alto grado de prevalencia y los datos epidemiológicos resultan ser alarmantes. El autor refiere que es un concepto poliédrico que no apunta solo al suicidio consumado, sino que implica la ideación suicida, la comunicación y la tentativa. Los varones muestran mayores suicidios consumados y las mujeres valores más altos en intentos de suicidio. El avance de la prevención para semejante problemática requiere de informar, formar, sensibilizar y concientizar, como así también de que los profesionales cuenten con las herramientas adecuadas y datos sustentables mediante estudios concretos y validados para ofrecer una mejor intervención.

Medina et al (2024) refiere que la predisposición es tanto interna como externa, actúan diversos factores, exigencias, para los cuales el adolescente particularmente no cuenta con los mecanismos de afrontamiento adecuado. En el afán de aliviar el padecimiento subjetivo, enfrentar los conflictos, las presiones familiares y sociales, actúa de forma desadaptativa. Por lo tanto, el autor destaca que en la conducta suicida aparece una secuencia de eventos que se dan de manera progresiva, distintos pensamientos o ideas que se presentan, donde luego aparece el plan, culminando con diversos intentos, autolesiones, que en principio no concluyen en la muerte, pero que son el camino para que paulatinamente se dé el suicidio consumado.

Para llevar adelante este trabajo, se tuvo en cuenta la viabilidad del presente estudio, considerando los recursos teóricos, materiales, de tiempo y de acceso a la muestra para el abordaje del mismo.

En tal sentido, el problema de investigación contó con acceso a la información proveniente de fuentes primaria, secundaria y terciarias, como también se accedió a la

población objeto abordada, dando cuenta que, si bien la problemática es compleja, la investigación cumple con el recurso ético de no alterar o causar daño al individuo, comunidad ni ambiente, y respondió al recurso temporal a corto plazo, donde se logró la ejecución de todos los procesos de la investigación.

El objetivo de esta investigación fue acoplarse a los desarrollos ya realizados, como así también actualizarse a futuro, frente a los nuevos escenarios.

En este sentido es que se formula la pregunta de investigación por la cual cursa el presente desarrollo: ¿Cuáles son las causas que se involucran en este padecer de los adolescentes? ¿Cuál es el foco prioritario para el abordaje psicológico en estos casos?

2.3. Objetivos

Objetivo General

Explorar las experiencias de los profesionales en psicología respecto al abordaje de la conducta suicida en adolescentes y sus características.

Objetivos Específicos

Describir la problemática del suicidio adolecente.

Conocer algunos de los recursos, enfoques y metodologías utilizadas en la práctica profesional con dicha problemática.

Comprender las intervenciones psicológicas en torno a la reducción de factores de riesgo en los pacientes con este padecimiento y su articulación con el grupo afectivo de referencia.

3. Estado del Arte

Según Hernández Bello et al (2020), en una revisión realizadas sobre diversos artículos seleccionados, advierte que la prevalencia en la población adolescente es un signo de alarma a la hora de hablar de ideación o intentos de suicidio. Dichos intentos son más elevados en mujeres, pero sin embargo son los varones quienes poseen mayores registros de suicidio consumado, esto vinculado a métodos más letales. El estudio también hace hincapié en aspectos sociales significativos, que en relación a al sexo masculino se resalta la condición de poder, la racionalidad, la fuerza, la competitividad, el control emocional y la valentía; donde la vulnerabilidad aparece al momento de no ajustarse a esos criterios, dando lugar a conductas autoagresivas. En el caso de las mujeres, el hecho de buscar ayuda en un momento de crisis y poder expresarse más abiertamente en este sentido, resulta ser un aspecto a favor.

Por su parte, Alba Val (2021) realizó un estudio bibliográfico sobre distintas bases de datos PsycINFO, Medline y SCOPUS. Dicho estudio tuvo como objetivo el hallazgo de diferentes tipos de programas de prevención del suicidio: universales, selectivos e indicados. Se advierte que en su mayoría (81,25%), corresponden a programas de prevención universal, (12,5%) son programas de prevención selectiva y (6,25%) de prevención indicada. Se intenta conocer qué tipo de programas de prevención del suicidio se llevan a cabo en el ámbito escolar, sus características y contenido, como así también su efectividad. En este sentido se destacan los artículos de prevención, como los más utilizados en este ámbito. La psicoeducación, el entrenamiento de pares, también el entrenamiento de habilidades de afrontamiento, resolución de conflictos, comunicación, son algunos de los aspectos que protegen del suicidio a los estudiantes.

Del Casal (2021) utilizó el instrumento SENTIA-Breve sobre 1790 estudiantes, con el objeto de poder establecer si las propiedades psicométricas del instrumentos resultan ser adecuadas para detectar conducta suicida en adolescentes de modo preventivo, teniendo en

cuenta la conducta y su ajuste socio-emocional. Las mujeres mostraron puntuaciones medias significativamente más altas que los varones. Las puntuaciones del instrumento utilizado, se asociaron con síntomas depresivos, ideación suicida, problemas de salud mental y expresiones psicóticas atenuadas.

Por su parte, González Chico (2021) realizó un estudio transversal con ficha de recolección de datos para la elaboración de un diagnóstico de conocimientos sobre el suicidio aplicada a 108 adolescentes de la Unidad Educativa Aníbal Salgado Ruiz del Cantón Tisaleo. El cuestionario permitió valorar el nivel de conocimiento que tenían los adolescentes sobre el suicidio, lo que se asocia a una menor prevalencia de la conducta suicida. El resultado fue que el 72 % de los adolescentes conocía sobre este tema, mientras que el 18% de los adolescentes no. También el 80 % de los adolescentes han tenido alguna vez en su vida alguna ideación suicida, que no se ha llegado a consumar en el acto suicida propiamente dicho.

Barriga (2023) realizo un estudio descriptivo, comparativo y retrospectivo, utilizando el método cuantitativo, trabajando con grupos de estudio integrados por adolescentes, con diferentes variables de estudio, entre las que se encontraba el abuso sexual, edad, genero, escolaridad, diagnósticos de trastornos mentales; todos aspectos sociodemográficos y clínicos. Entre los datos surgidos se estableció que, en relación a los intentos de suicidio, el 4,6 de los casos resultan ser mujeres y el 15,1 varones, siendo este segundo grupo el que registra más suicidios consumados triplicando la cantidad. Los adolescentes que entre los factores de riesgo y su diversidad, poseen además un trastorno mental, podrían aumentar el 60% de riesgo suicida.

Así mismo Rubio González et al (2022), en un estudio realizado sobre estudiantes adolescentes latinoamericanos, países como Colombia, Argentina, Chile, México entre otros, utilizando metodología cuantitativa transversal correlacional, a partir de distintas escalas de

medición para detectar riesgo suicida, advierten que sintomatología asociada a depresión, ansiedad, estrés y trastornos desadaptativos, antecedentes vinculados a trastornos mentales, disfuncionalidad del núcleo familiar y aislamiento social, como así también abuso, violencia física y consumo de sustancias. Un número significativo de estudios, apunta a las intervenciones psicoeducativas como estrategia apropiada para la prevención de la conducta suicida, las capacitaciones de los profesionales que intervienen en estos casos o mismo a personas insertas en las comunidades, como así también la conformación de redes de apoyo, centros de salud y tratamiento, con seguimientos efectivos. Incrementar el desarrollo de competencias y sensibilización, ya que no se involucra solo el personal de salud, sino también familias, medios de comunicación y difusión, educadores, entre otros.

Caballero Díaz (2023) en un estudio realizado en Valencia (España) destaca los diversos factores de riesgo y factores protectores presentes en la conducta suicida adolescente, como así también las intervenciones terapéuticas más efectivas y los programas que podrían resultar adecuados para el abordaje de esta problemática. El rango etario establecido para dicha investigación se encuentra entre los 11 y 20 años de edad. En este caso el autor, para llevar adelante la investigación, utilizó el formato PICO (*participant, intervention, comparison, outcome*) - participantes, intervención, resultados y comparación. Los resultados arrojaron que los factores protectores se asocian al apoyo y afecto familiar, relaciones sociales, amistades, flexibilidad cognitiva, adecuada autoestima y tener mayor acceso al servicio de salud. En relación a los factores de riesgo, el estudio revela que el bullying resulta ser el de mayor influencia en los adolescentes a la hora de hablar de suicidio.

Por otra parte Ortiz et al (2023), realizó un revisión sistemática la cual tuvo como premisa destacar los tratamientos psicológicos más eficaces que reducen o eliminan los comportamientos suicidas en adolescentes. En este sentido, dicho estudio revisa diversos dispositivos los cuales se aplican en la reducción de comportamiento autolesivo suicidio y no

suicida. La Terapia Dialéctica Conductual resultó ser comparativamente la que mejores resultados obtuvo de las intervenciones analizadas.

Murcia (2024), realizó una investigación enfocada en el relevamiento de programas de prevención de la conducta suicida, donde destaca aspectos vinculados a las distintas perspectivas y enfoques sobre el suicidio adolescente, psicológico, sociológico, médica entre otros. Para el caso de la psicología describe en paralelo las distintas miradas, teniendo en cuenta el enfoque psicoanalítico y cognitivo conductual. De acuerdo con los resultados obtenidos, se advierte la necesidad de trabajar con intervenciones basadas en evidencia con el objeto de evaluar los procesos, como así también implementar nuevos programas que deben tener en cuenta aspectos sociales, culturales, éticos, morales, religiosos, políticos, históricos y psicosociales; un enfoque más holístico, interdisciplinario, y de características más complejas y eficaces.

Así mismo, Gusqui (2025) llevó adelante un análisis teórico de las terapias cognitivo conductuales aplicadas a pacientes con intentos de suicidio, con la intención de determinar su grado de eficacia. En el caso de los adolescentes, diversos estudios dieron cuenta de la significativa vulnerabilidad presente en este grupo. Los resultados mostraron un alto grado de eficacia en las intervenciones realizadas, tanto con adolescentes como con los padres y entorno familiar. Los trabajos realizados con adolescentes cursaron sobre la resolución de problemas, reestructuración cognitiva, activación conductual y regulación afectiva.

4. Marco Teórico

4.1. Aspectos Legales

En virtud de la temática tratada en el presente trabajo, resulta pertinente mencionar algunas generalidades respecto a los aspectos legales los cuales protegen y aseguran tanto los derechos de toda persona que padece algún tipo de enfermedad, trastorno o padecimiento mental, como así también la labor de los profesionales psicólogos.

En este sentido, más allá de las intervenciones posibles para la prevención y tratamiento de las conductas aquí tratadas, es importante tener en cuenta el marco legal que acompaña y salvaguarda la labor de los profesionales de la salud mental.

Particularmente se trata de pacientes adolescentes, en un rango etario aproximado de entre 10 y 19 años, extendiéndose más, y que comprende un proceso el cual abarca tanto la niñez como la edad adulta, y que al mismo tiempo implica cambios fundamentales en aspectos cognositivos, como así también físicos y psicosociales (Organización Mundial de la Salud, 2024).

Es por ello que se resaltan aspectos de interés tipificados en las leyes pertinentes, como es el caso de la ley 26.657 “Ley Nacional de Salud Mental” y la ley 27.130 “Ley Nacional de Prevención del Suicidio”, como así también información surgida de registros bibliográficos relacionados.

4.1.1. *Ley Nacional de Salud Mental (Ley 26.657)*

En la presente normativa, se reconoce a la salud mental como un proceso que se encuentra determinado por diversos componentes, siendo estos: aspectos culturales, biológicos, socio-económicos y psicológicos. Dicha ley estructura los derechos que son inherentes a cualquier persona con padecimientos mentales, los que cursan sobre la atención sanitaria, integral y humanizada, acceso gratuito e igualitario, el hecho de preservar su

identidad, su historia, grupos de pertenencia, que las intervenciones estén adecuadas a principios éticos y basadas en estudios científicos, que se tenga en cuenta la integración familiar, siendo el tratamiento la alternativa más conveniente para el paciente. Así mismo, se establecen los parámetros apropiados para la modalidad de intervención, donde se promueve el trabajo interdisciplinario, aclarando la posibilidad, siempre que el caso lo permita, de que el trabajo se realice fuera del ámbito de internación hospitalaria, y se estructuren distintos dispositivos de intervención ajustados a cada necesidad. También se debe tener en cuenta, la confección del consentimiento informado para todo tipo de intervención, y que todo paciente tiene derecho a recibir una atención apropiada, acorde a su padecimiento, tratamiento que debe ser ajustado a la menor restricción posible de sus libertadores, donde se promueve la integración familiar y comunitaria (Ley de Salud Mental, 2010).

López (2016) en su estudio, enuncia que en los dispositivos públicos existe cierto desconocimiento de la ley, o mismo prejuicios que impiden una lectura genuina de la misma. Agrega que sería recomendable no hacer una lectura dogmática, tanto a favor de la obediencia como del rechazo. Así mismo en el artículo refiere, que la mencionada ley tiene como objetivo aportar una concepción integral de la salud mental, en la cual confluyen diversos aspectos como ser psicológicos, culturales y sociales, y que no solo se encuentra reducida al campo médico psiquiátrico.

Por otra parte, para el caso de avanzar con un proceso de internación, se encuentra tipificado su proceder y características. Se trata de un recurso restrictivo, que sólo debe utilizarse en pos de la mejora del paciente, conservando la integración social, el vínculo con su familia, salvo para los casos particulares que impidan determinados contactos. Para el caso de una internación involuntaria, debe existir riesgo cierto e inminente para sí o para terceros, no existiendo otra alternativa eficaz para el tratamiento (Ley de Salud Mental, 2010).

Gorbacz (2013) expresa que la presente ley establece como premisa, que el abordaje psicofarmacológico tenga una mirada interdisciplinaria, más allá de estar a cargo del profesional habilitado para recetar el fármaco pertinente, comprometiendo también al Estado en el hecho de garantizar el acceso a dicha medicación, indistintamente de la cobertura que el paciente tenga. De acuerdo a la ley la psicofarmacología tendría incidencia además en la reducción de los tiempos de internación.

4.1.2. *Ley Nacional de Prevención del Suicidio (Ley 27.130)*

Desde la presente ley se define al suicidio como toda acción autoinflingida con el objeto de generarse un daño potencialmente letal. Dicha normativa establece los parámetros para el abordaje del paciente desde una perspectiva que englobe los distintos sistemas inherentes al individuo, con el objeto de disminuir y prevenir la incidencia y prevalencia, como así también asistir tanto a la víctima como a su entorno familiar o su círculo más cercano. Señala la necesidad de un abordaje coordinado, interdisciplinario e interinstitucional de la problemática del suicidio, desde una concepción biopsicosocial, un protocolo de intervención para los servicios de asistencia en salud mental y la posibilidad de llevar un sistema de registro de los pacientes; acompañado también de convenios y capacitaciones dirigidos a los profesionales (Ley Nacional de Prevención del Suicidio, 2015).

Teniendo en cuenta lo expuesto, Lafferrière (2023) refiere que la ley promueve un abordaje integral para esta temática. Estructurada por 21 artículos, la presente normativa busca propiciar una cobertura mediante el sistema de salud, no solo para las víctimas sino también para su entorno familiar, el establecimiento de una autoridad de aplicación con el fin de impulsar actividades de prevención, capacitación y comunicación responsable, con un sistema de registro y reglamentación. Así mismo agrega también que existe una brecha bastante marcada entre lo que es la legislación y la realidad que se presente en los servicios

de salud al respecto, haciendo referencia a la creación de nuevos dispositivos, cargos para profesionales, disponibilidad de insumos y fármacos.

4.2. Suicidio: Ideación, Conducta y Suicidio Consumado

El empleo del término conducta en este desarrollo, se aleja de la idea de lo meramente observable, como es entendido desde el conductismo. Históricamente desde una concepción química y biológica la conducta estuvo ligada a lo que se entiende como fenómenos factibles de ser detectados, pero este no es el caso. Bleger (1963) expresa que mucho tiempo antes del behaviorismo se hablaba ya de conducta, haciendo alusión a que John Watson lo habría convertido en un ismo.

Este término se encuentra ligado a diversas especialidades, y no se reduce únicamente a fenómenos perceptibles a simple vista, sino que se habla de conducta en calidad de proceso dinámico, el cual está dirigido a resolver determinada tensiones psíquicas, que implican necesariamente conflicto y ambivalencia; entendiendo a la conducta en un determinado contexto social particular, en función de la personalidad, donde existe un alto grado de integración y complejidad en el individuo, que debe ser abordado con especial empeño por la psicología (Bleger, 1963).

Así mismo, entre las distintas definiciones de conducta que expresa la RAE (2014), una de ellas refiere a que la palabra conducta se asocia a “recuas” o “carros” que transportaban monedas de un lugar a otro. El mismo diccionario expresa que recua son un montón de cosas unas seguidas detrás de otras.

Por otra parte, Cortés Alfaro et al. (2021) expresa que la ideación es el deseo y el pensamiento en pos de perpetrar el acto suicida. Por su parte el intento, el cual se ajusta a una acción, no constituye la efectivización del suicidio, no se llega a concretar, a diferencia del

suicidio consumado, que es considerado como el acto consciente de ponerle fin a la propia vida.

Según UNICEF (2023), el suicidio se entiende como el acto deliberado de quitarse la vida, donde se destaca que tanto su prevalencia como el método o modalidad de llevarlo adelante, puede variar según la región/país en el que se dé.

Teniendo en cuenta lo mencionado, es importante destacar que según la Real Academia Española (2014), el intento de suicidio y la tentativa posee características diferentes, el intento implica en este caso un propósito, intención o designio; a diferencia de la tentativa que esta mas asociada al hecho de tantear o probar algo.

Resultan ser conceptos que se encuentran muy relacionados, pero a la vez poseen una sutil diferencia no menos importante, que aporta información al profesional tratante, sobre la situación emocional del adolescente y su relación con la conducta autolítica.

Según Cañón Buitrago et al. (2018) la ideación suicida se asocia a pensamientos que puede tener el adolescente respecto al hecho de quitarse la vida, y que es a su vez resulta ser la antesala de la conducta suicida propiamente dicha.

De acuerdo con Ortega-Romero (2016) la ideación suicida funciona como un aviso previo a la acción. Resulta muy importante a la hora de evaluar el riesgo suicida, tener en cuenta que en la gran mayoría de los casos, los jóvenes verbalizan estos pensamientos.

4.3. Desarrollo Adolescente

Según Caballero Díaz (2023) la adolescencia se corresponde con un periodo de desarrollo del ciclo vital, que posee una gran variedad de cambios biopsicosociales, siendo los aspectos vinculados a esta multiplicidad de cambios, los que se desarrollan muchas veces con dificultad, y donde los adolescente encuentra en el suicidio la solución o salida a sus problemas, lo que se denomina una “visión de túnel”.

La adolescencia inscribe una etapa en la cual el sujeto puede desarrollar diversas potencialidades, pero no se debe dejar de lado el hecho de que también resulta ser el periodo más complejo, el cual constituye cierto grado de vulnerabilidad para la aparición de conductas de riesgo. Entre las características que se destacan para este periodo evolutivo, los aspectos salientes resultan ser por ejemplo, la búsqueda de sí mismos y de su identidad, la necesidad de independencia, cambios a nivel psíquico que se relacionan al estado de ánimo, el alto grado de influencia del entorno que lo rodea y que también hacen a su desarrollo (Cortés Alfaro, 2021).

Por otra parte el autor hace mención de una cierta carga vinculada a las presiones y responsabilidades que detecta el adolescente a las cuales siente tener que dar respuesta y desenvolverse frente a estas, las que van a depender de las capacidad y recursos que sostenga, lo que puede o no, convertirse en angustia, frustración dependiendo cada caso.

Ortega-Romero (2016) haciendo alusión a las distintas etapas de la adolescencia (primera adolescencia, adolescencia media y la adolescencia tardía), refiere que en principio aparecen cambios relevantes a nivel físico y biológico que se deben tener en cuenta. Luego en la adolescencia media, si bien aumenta el nivel de autoconciencia de los jóvenes, lo que sucede es que aparece un estado de ánimo oscilante, con cambios bruscos. Por último, en lo que respecta a la adolescencia tardía, es en este periodo en el que aparecen mayores conductas riesgosas, desadaptativas, a tener en cuenta.

Todo lo que se pone en juego en la adolescencia, de alguna forma fue estructurado en la infancia, y preparado para ese momento. La adquisición de un pensamiento propio, que resulta indispensable para la construcción del yo, y la identidad sexual, son aspectos fundamentales de esta etapa evolutiva; pero por otra parte desnudan un malestar que puede tomar diversas formas, angustia de muerte, estados depresivos, dolor, duelo. Estas

manifestaciones, en un mejor pronóstico, podrían señalar conflictos internos, contradicciones y ambivalencias; o quizás tomar posiciones mucho más severas, violentas, implosivas o explosivas. La adolescencia alude a un momento complejo, donde confluyen diversos aspectos del individuo, lo que implica un trabajo psíquico donde el propio sujeto puede sentirse extranjero a sí mismo (Flechner, 2000).

4.4. Sobre la Conducta Suicida en Adolescentes: Características e Intervención

Según Del Campo et al. (2013) la conducta o el comportamiento suicida hasta llegar a su consumación, es un componente multifactorial y complejo, que encuentra sus bases en componentes neurobiológicos, trastornos mentales, embarazos, bullying escolar, ciberbullying y disfuncionalidad familiar, entre los aspectos más relevantes para esta edad; destacando el predominio de una conducta depresiva. Los adolescentes experimentan desesperanza y una visión pesimista del presente y del futuro, en lo que es la etapa previa al suicidio consumado o al intento de suicidio, acompañado de sentimientos de soledad.

Hernández-Palazuelos (2011), destaca una diferencia sustancial entre lo que es el intento y la tentativa, ya que el primero de estos resulta de una acción que conlleva un gesto autolítico, que por circunstancias involuntarias no puede concretarse, pero el fin en este caso es la muerte. Distinto a la tentativa, que no posee gesto autolítico, donde no hay voluntad de morir, sino que se asocia al hecho de pedir ayuda, buscar modificar una situación por el hecho de lograr un beneficio secundario, lo que no quiere decir que en ocasiones el suicidio se dé.

Por su parte Salazar (2012) refiere que existen tipos de conductas suicidas en adolescente, a las cuales va a denominar malignas y benignas. Esto asociado a un posible llamado de atención urgente, sobre un mundo adulto que no lo incluye, y donde resultan ser aspectos salientes las dificultades que presentan los adolescentes en relación a los cambios

vitales y su rol en el ámbito socio-familiar. El suicidio maligno, se vincula a estructuras de personalidad disfuncional y procesos psicopatológicos, donde se busca el suicidio como finalidad sin testigos, lo que resulta ser altamente peligroso. En relación al mencionado suicidio benigno, este resulta ser un acto que constituye menor peligrosidad, y se asocia a una reacción frente a situaciones de cambio o pérdida.

En esta conducta no existe una desconexión de la realidad, sino que se presentan distorsiones importantes en su experiencia vital, las que se asocian a diversos factores, entre ellos las responsabilidades, el vínculo socio-familiar, acompañado del componente psíquico subjetivo (Salazar, 2012).

Del Campo et al. (2013) haciendo referencia al comportamiento adoptado por los niños y adolescentes, a diferencia de los adultos, destaca para el primero de los grupos, que además de generar vergüenza en el entorno familiar, aparece el miedo a la estigmatización en relaciona a su entorno social, lo que genera un ocultamiento de la sintomatología o mismo la negación, lo que apoya la cronicidad y allana un camino hacia el suicidio si no es debidamente detectado.

Cañón Buitrago et al. (2018), concluye en que los aspectos relevantes para entender la conducta suicida en adolescentes, se centran en los distintos eventos estresantes que incluyen principalmente al entorno social y las interacciones familiares. Destaca la presencia de un estado emocional negativo, que incluye pensamientos negativos sobre su futuro. Hay una excesiva rumiación y suelen manifestar ideas autodestructivas, debido que procesan la información de forma desadaptada, con sentimientos de soledad y desmotivación. A su vez se muestran incómodos dentro del círculo familiar, sintiéndose incomprendidos respecto a sus progenitores, y todo esto se traslada también a las relaciones de pareja que establecen.

En relación a los aspectos atinentes al entorno familiar, puntualmente en su funcionamiento, Rubio González et al. (2022) destaca que dicho entorno manifiesta una

comunicación y relación conflictiva, con bajos niveles de cercanía afectiva, una estructura familiar inestable, donde puede darse también un alto control parental, más allá de posibles desórdenes psiquiátricos, historia familiar depresiva o el abuso de sustancias.

En este sentido, Villafañe (2019) refiere que las relaciones objetales son la base del vínculo posteriormente establecido por el sujeto y el mundo externo. Las primeras experiencias se corresponden con las necesidades fundamentales primitivas en la infancia y durante el primer periodo de maduración, constituyendo así el mundo interno del sujeto, que lo determina, y mediante el cual va a relacionarse luego con el mundo externo. Considera al acto suicida como síntoma, una muerte que no debería ocurrir, y que es motivada por aspectos inconscientes, que se vinculan a experiencias tempranas con sus progenitores, y donde aparecen situaciones que activan esquemas arcaicos provocando así el deseo de muerte.

De acuerdo con Salazar (2012) la amenaza de quitarse la vida se presenta como el principal indicador de insatisfacción familiar, sobre el entorno, y de sí mismo. Las señales en este sentido pueden aparecer en dibujos, frases célebres, música, mutismo etc., y muchas veces son aspectos ignorados por la población adulta. El autor hace una diferencia entre esta amenaza de quitarse la vida, la que se encuentra mayormente asociada al hecho de llamar la atención de personas significativas, de las cuales desean cierto tipo de respuesta; a diferencia del acto suicida que tiene un carácter impulsivo, un hecho escasamente reflexionado, que aparece de imprevisto producido por distintos factores.

González Chico (2021) en su investigación advierte que la gran mayoría de los adolescentes tiene conocimientos sobre temas de suicidio, concluyendo que la problemática aparece en el hogar o en la escuela como principales factores de riesgo en la ideación suicida, y que los adolescentes se muestran interesados en participar de proyectos para la prevención de suicidio, apoyados en la idea de que no quieren que esto le pasa a alguno de sus amigos o

mismo a familiares. Así mismo un alto porcentaje de alumnos refirió que alguna vez ha tenido alguna ideación suicida que no ha llegado a consumarse en acto.

Según Vargas y Saavedra (2012), en su mayoría los adolescentes que mueren por suicidio sufren de un trastorno mental asociado, y en menor medida, han tenido un trastorno psiquiátrico en los últimos dos años; siendo la condición más prevalente la depresión en la adolescencia. Algunas variables psicológicas que aparecen resultan ser la rigidez cognitiva, deficiencia en habilidades de resolución de problemas, y estar más centrados en el presente que orientados en el futuro.

El componente familiar del adolescente, ofrece de alguna forma factores protectores en condiciones esperables, o mismo factores de riesgo, dependiendo del grado de disfuncionalidad de la familia. Según Vargas y Saavedra (2012), la buena comunicación y relación con el entorno familiar, sentirse comprendido, fue asociado con menor prevalencia, siendo que para los casos donde existen bajos niveles de comunicación, el pronóstico se invierte, no siendo este el único componente.

Vargas y Saavedra (2012) expresan que se ha detectado en adolescentes la tendencia a atribuir a factores externos el control de su propia vida, la impulsividad, deficiencia en la capacidad de comunicación, incapacidad de expresar sentimientos, el hecho de no poder solicitar ayuda o apoyo, o mismo la deficiencia en la capacidad de poder planificar por adelantado la forma de hacer frente a situaciones de estrés; todos aspectos vinculados a la conducta suicida en los adolescentes.

Rubio González (2022) destaca la importancia de las intervenciones psicoeducativas talleres, actividades donde participan tanto los jóvenes como sus familias y/o comunidad, enfocados en la prevención de la conducta suicida adolescente. El abordaje de los temas comprende la comunicación afectiva, asertividad, autoestima. En este mismo sentido la realización de talleres de reflexión-acción, actividades de dramatización sobre problemáticas

de la vida cotidiana, resolución de conflictos. Estas intervenciones arrojan resultados positivos y a la vez sirven para reconocer signos característicos de la conducta suicida.

Según la OMS (2023) existe un vínculo estrecho entre suicidio y trastorno mental para el caso de los adolescentes; y entre los grupos de riesgo que se resaltan a nivel mundial, encontramos a personas con trastornos depresivos, otros vinculados a problemas con el consumo de alcohol, actos cometidos en situaciones para las cuales las víctimas tienen escasos recursos de afrontamiento respecto a la tensión que viven en sus vidas, como puede ser el caso de los problemas económicos, vivir situaciones de abuso, catástrofes, entre otras.

Dicho organismo hace mención de la prevalencia del suicidio en los sectores más vulnerables y discriminados, sectores en los cuales se deberá hacer foco, como ser refugiados, migrantes, homosexuales y reclusos; y se destaca para todos los casos, como principal factor de riesgo un intento previo de suicidio.

Es importante resaltar también, que según los datos registrados por UNICEF (2023), en Argentina las mujeres ostentan mayores tentativas de suicidios, pero existe mayor cantidad de decesos entre los varones. Esto se debe a que los procedimientos en el segundo grupo suelen ser más letales, advirtiendo también que los comportamientos culturales atribuidos al género masculino, como ser menor tendencia a comunicar sus problemas y a reconocer que necesitan ayuda, apoyan esta tendencia.

Coincidiendo con lo antes expuesto, Caballero Díaz (2023) en su investigación, expresa que los hombres poseen más suicidios consumados y las mujeres más intentos, haciendo referencia a los métodos que utilizarían ambos sexos. En el sexo masculino se advierten métodos más violentos y expeditivos, como puede ser el caso del ahorcamiento; en cambio el sexo femenino aparecen métodos menos letales y violentos, que resultan en un mayor número de intentos fallidos.

Según Valladares González et al. (2021), se debe hacer foco en trabajar la resiliencia en los adolescentes. Las investigaciones muestran que resulta importante puntualizar en los aspectos positivos para contrarrestar las vivencias negativas sobre situaciones adversas de esta etapa. El sentido del humor, el optimismo y la empatía, previenen la conducta suicida, destacando también los factores personológicos, haciendo referencia a la capacidad de afrontamiento, competencia en la interacción con el medio, herramientas cognitivo-conductuales; ya que según los estudios realizados hay una marcada insuficiencia en estos recursos.

De acuerdo a los aportes de González Chico et al. (2021), es importante la eventual posibilidad de explorar los conocimientos de los adolescentes en esta temática. Saber sus intereses, curiosidades, el conocimiento que tienen sobre el tema, es también una herramienta para que se puedan generar recursos que hacen a la prevención, tanto en el propio adolescente como en el entorno familiar y social en el cual se encuentro inmerso. Esto tiene que ver con la importancia de reconocer los factores de riesgo que les son propios a los adolescentes, y reconocer también la aparición de algún indicador dentro de su entorno, amigos, familia, seres queridos etc., lo que se anuda también a un apoyo mutuo y vínculos cercanos que dependiendo de cada caso, servirían de contención.

Sánchez-Sosa et al (2010) refiere que la ideación suicida es considerada un trastorno, en un continuo, sumado a otros factores desadaptativos. En este sentido expresa que se debe hacer foco y trabajar en la baja autoestima que presentan los adolescentes con esta afección, lograr el buen funcionamiento familiar y una correcta adaptación a la escuela, como aspectos psicosociales relevantes que funcionan como factores protectores.

Resulta importancia poder realizar un trabajo de elaboración sobre los conflictos que pueden presentar los adolescentes, considerando los aspectos privados, entendidos estos como toda experiencia tanto física como mental, pensamientos, actitudes, imagen corporal

etc.; lo que podría dar luz sobre la paradoja en la cual radica el acto suicida, ya que esta acción última funciona como una vía de escape. La conducta autodestructiva se presenta como la única forma de resolver los conflictos internos, y esto advierte la posibilidad de que los jóvenes no tengan los recursos de afrontamiento necesarios (González Chico, 2021).

De acuerdo con Valladares González et al (2021), distintas investigaciones concluyeron en el hecho de que las intervenciones en estos casos deben estar focalizadas en los aspectos positivos en pos de reducir los estresores. Frente a los distintos factores de riesgo que presentan los adolescentes en estas circunstancias, el autor propone que se debe hacer hincapié en los aspectos de personalidad resiliente de los jóvenes, lo que previene la ideación y la conducta suicida, trabajando la esperanza, las razones de vivir, focalizar en los intereses, contrarrestando así los aspectos negativos.

Por otra parte Ortiz et al. (2023) expresa en su estudio, que si bien las intervenciones psicológicas muestran resultados consistentes en los casos de autolesiones suicidas y no suicidas, es importante destacar que ofrece mayores resultados para los casos de ideaciones suicida que para los intentos de suicidio. Según la investigación realizada, lo que sustenta dichos resultados, tiene que ver con que la ideación suicida posee un componente más cognitivo, a diferencia del aspecto motivacional-volitivo que presenta el intento de suicidio.

El autor Martín del Campo (2013) en su artículo expresa la importancia de la investigación sobre los aspectos que hacen a la salud pública. Propone hacer foco en el diseño de programas de prevención que funcionen dentro de las instituciones sociales, de salud y educativas, fomentando valores, desarrollo de habilidades acordes a la edad y a los desafíos que presentan los adolescentes, como así también distintas otras temáticas como puede ser la educación en la sexualidad, amistades, abuso de drogas, entre otras.

Así mismo el autor refiere que se deben desarrollar programas dirigidos a los progenitores/cuidadores de los jóvenes, dirigido hacia la comprensión de esta etapa evolutiva

y la crianza, manejo de la disciplina, límites, posibles signos de alarma, factores de riesgo, aprendizaje e información en todo lo que respecta a la salud mental, con el objeto de lograr un trabajo conjunto en pos de la prevención.

Cervantes y Hernández (2008), entienden al suicidio como una problemática de salud pública potencialmente prevenible. Refieren que la forma de abordaje más eficaz relacionada a la prevención del suicidio, radica en el reconocimiento, la intervención temprana en el abuso de sustancias y los trastornos mentales.

De acuerdo con Bustamante y Florenzano (2013), existen niveles de acción sobre los cuales resultan efectivas las intervenciones. Un nivel indicado, dirigido a personas con alto riesgo de suicidio, y que responde a intervenciones individuales basadas en evidencia. Luego un nivel selectivo, dirigido a subgrupos poblacionales en riesgo (ej. adolescentes escolares); y un nivel universal dirigido a toda la población por igual. Son pocos los adolescentes que piden ayuda y se estima que un gran porcentaje (más del 60%) requieren atención médica y no la reciben.

Sánchez-Sosa (2010) afirma que la sintomatología depresiva tiene una relación directa con las variables funcionamiento familiar e integración escolar, que a su vez es la sintomatología que mejor explica la ideación suicida en adolescentes; juntamente con conductas alimentarias de riesgo y victimización.

En lo que respecta a intervención en servicios de salud, Cañón Buitrago (2018) expresa que las personas que ingresan al hospital lo hacen en situación de emergencia ligadas al intento de suicidio, donde según las características expuestas por el autor en su investigación, en su mayoría, los adolescentes ingresaban con intentos de suicidios por conflictos interpersonales, y que esto suele ser una característica propia de este rango etario en relación al pensamiento egocéntrico.

En este sentido, Girón (2025) advierte en su estudio, que los ingresos a los hospitales referidos a esta problemática adolescente, tiene que ver con conductas autolesivas en su mayoría, en el servicio de emergencia del hospital.

5. Método

5.1. Diseño

El presente trabajo final integrador tuvo como objetivo la comprensión de los múltiples factores convergentes en el padecimiento de la conducta o ideación suicida adolescente y sus posibles intervenciones psicológicas para la prevención, desde un diseño metodológico que comprende un enfoque cualitativo narrativo.

Hernández-Sampieri (2020) expresa que el diseño narrativo está dirigido a comprender situaciones, fenómenos, sucesos de hechos, procesos y eventos, en los cuales se encuentran involucrados sentimientos, pensamientos, interacciones y emociones, que incluye las vivencias de los individuos que lo han experimentado. Este diseño puede ser de suma importancia a la hora de intentar esclarecer hechos, o mismo ofrece la comprensión de sucesos para un mejor desarrollo. La investigación narrativa posibilita el hecho de documentar información para elaborar nuevos modelos y hacer seguimientos respecto a su evolución.

En relación a la estrategia utilizada para el desarrollo del presente trabajo, se utilizó el diseño narrativo de tópicos. Salgado Lévano (2007) refiere que este diseño se enfoca en una temática, suceso o fenómeno particular, como es el caso de la presente investigación. Se utiliza la recolección de datos acerca de experiencias determinadas, en pos de poder describirlas y analizarlas.

5.2. Participación

En la presente investigación se trabajó sobre una muestra no probabilística por conveniencia, la cual consta de doce profesionales Psicólogos/as, con al menos cinco años experiencia en el tratamiento y abordaje de pacientes adolescentes con conducta suicida.

Dichos profesionales resultan ser residentes Argentinos, que se desempeñan profesionalmente en ámbito de la Ciudad Autónoma de Buenos, Provincia de Buenos e interior del país, en este trabajo, referentes de Santa Cruz y Formosa.

Se toma como condición para la selección de los participantes, que dichos profesionales matriculados hayan abordado, tanto en hospitales públicos como privados, instituciones, fundaciones o consultorio particular, o cualquier organismo a fin; a pacientes adolescentes en un rango etario aproximado de entre 10 y 19 años, los cuales presentaban comportamiento, conducta o ideación suicida.

No podrán participar de esta investigación, profesionales ajenos a la carrera de psicología, o mismo que no hayan atendido a pacientes adolescentes con esta problemática, más allá de que posean los conocimientos teóricos adecuados, ya que los objetivos del presente desarrollo se ajustan a profesionales psicólogos/as con experiencia en la problemática en cuestión.

5.3. Técnica de recolección de datos

Para el presente estudio, se tomó como herramienta de recolección de datos la realización de una entrevista semiestructurada, con un encuadre pertinente para propiciar el mejor desarrollo de la misma.

Según Folgueires Bertomeu (2016), en la entrevista semiestructurada las preguntas que se formulan, funciona a modo de guía elaborada de forma abierta, lo que proporciona mayor riqueza a la hora de obtener información, donde se establecen los puntos de interés de antemano, y en base a esto se formulan las preguntas. Es muy importante que el entrevistador muestre una actitud flexible.

Dicha entrevista consta de diez (10) preguntas, las cuales surgen de la revisión de material bibliográfico obrante, y el interés del investigador de conocer aspectos en virtud del objetivo propuesto en este trabajo integrador.

Se adjunta el listado de preguntas realizadas como “ANEXO I”.

5.4. Procedimiento

El primer contacto con los participantes se realizó mediante llamado telefónico o mismo vía whatsapp, donde se les informó los pormenores, consultándoles la posibilidad de participar en dichas entrevistas.

En lo que respecta al encuadre también, se les comentó que la entrevista podría oscilar entre 45 minutos y una hora, que la misma se podría realizar de forma presencial, video llamada o mismo utilizando las aplicaciones zoom o meet.

A cada uno de los participantes, se les explicó y facilitó el formulario de consentimiento informado (ANEXO II) que garantiza que se respeten en las prácticas de salud el principio de no discriminación, la autonomía y la libre determinación, la integridad física y psíquica, y la dignidad de toda persona (Losada, 2014).

El encuentro consistió en una entrevista semiestructurada, donde se plantearon una serie de preguntas, previamente elaborados acorde a la información que fue recabada sobre el tema y los intereses propias de la investigación, preguntas las cuales son presentadas a modo orientativo, pudiendo agregar el entrevistado cualquier dato e información que para el caso le resulte pertinente.

En palabras de Vieytes (2004), se promueve un movimiento espiralado en el que el investigador va hacia los sujetos, los observa, los escucha y construye conceptualizaciones cada vez más amplias a partir de una ida y vuelta entre la recolección de datos, las lecturas teóricas, y su propia interpretación.

6. Resultados

En función de las entrevistas realizadas, y teniendo en cuenta el objetivo planteado referido a intentar explorar las experiencias de los profesionales en psicología respecto al abordaje de la conducta suicida en adolescentes y sus características; es que los distintos profesionales entrevistados dieron cuenta de sus experiencias respecto al abordaje de esta problemática, ofreciendo información sobre las intervención que se realizan desde enfoques y metodologías diferentes.

En relación al comportamiento, indicador o patrón que podría responder a una conducta o ideación suicida en adolescentes, todos los participantes mencionaron que los adolescentes presentan diversas características comunes: *"... las nuevas tecnologías nos dan algunas pautas de cómo se van a expresar esos indicadores quizás, por ejemplo las expresiones de desesperanza…", "Las autolesiones no suicidas"... "tener sensación de vacío o desconexión, o falta de energía para encarar situaciones cotidianas; y expresan un deseo concreto de no querer vivir…", "... patologías crónicas, presentan aislamiento, soledad, consumo problemático, también que presentan situaciones de violencia, de abuso, o mismo que no tiene una red de contención…", "... búsqueda de información en la virtualidad para dar con métodos suicidas…", "... baja capacidad para la resolución de conflictos…", "...narcisistas no psicóticos…", "... un yo lábil, con unos mecanismos de defensa que no le alcanza, con una angustia de la que arrasa…", " A su vez también se lo relaciona con rendimiento escolar, se lleva muchas materias, un cambio drástico en el estado de ánimo…",*

Por otra parte, uno de los entrevistados realizó una aclaración respecto a su postura personal a la hora de hablar sobre posibles patrones o indicadores en estos casos. En la entrevista deja en claro que muchas veces se habla de la conducta suicida desde un plano patológico que no comparte: *"... yo lo leo más desde las violencias, como violencia*

autoinflingida, y no como algo patológico…", "... Las ideas de muerte son muchas más vagas, me quiero morir, no quiero estar más en el mundo, pero cuando vos preguntas un poco más, no hay una materialización, osea no se enuncian pasos o elementos para ese fin. Por eso la ideación es de un nivel de urgencia, no es lo mismo que una idea de muerte, hay que poder diferenciar eso…".

En relación a si estos comportamientos suelen ser netamente privados e individuales del adolescente, todos los entrevistados concuerdan en que no se trata en ningún caso de una conducta meramente privada: *"... tiene una parte que es individual y que tiene que ver con un padecimiento subjetivo, que es muy de una persona; obvio que tiene que ver con su percepción, su forma de posicionarse ante la vida, ante los otros, eso sería más individual…", "... actualmente lo que acontece es un malestar masivo. Para estudiar el suicidio, tomo el fenómeno de masas, por qué?, porque el suicidio tiene un contexto, no es un acto individual, quiero decir más allá de las motivaciones personales, porque son esas motivaciones en un determinado contexto…", "... No nunca es privado, tiene un nivel más subjetivo, pero es el sujeto inserto en un contexto… De hecho uno de los tabúes que tiene el suicidio es leerlo en ese código, de que no se habla porque es algo privado, y también que muchas veces es linkeado con la locura, osea se mató porque estaba loco, como que solo se puede matar el que está loco…", "... la mayoría están cursando algún trastorno del estado anímico, que tiene lugar, origen en varios factores, lo relacional, lo familiar, lo cultural, la situación socio-económica…", "... es multideterminado, multicausal, y si tenes en cuenta los factores que pueden llevar a una persona a una conducta o comportamiento suicida se debe tener en cuenta lo social también lo individual, lo cultural y familiar…", "... Se puede ver un poco lo social y lo biológico, como estos dos componentes. Osea lo biológico está, pero es importante el rol que cumple el entorno, familiar etc., un entorno que invalida o mismo una red que en realidad no existe, por tanto no sostiene…", "... si bien responde a un acto*

individual y privado, no puede leerse por fuera de la relación con otros sistemas al que responde…", "... No, no es individual. Ponele, en la gran mayoría se ve que hay familias disfuncionales, situaciones de violencia intrafamiliar, abuso por parte de alguno de los progenitores o convivientes, problemas de consumo dentro de la familia… no solo se tienen en cuenta las características personales, sino que hay un contexto que atenta contra el bienestar del adolescente…", "... no lo pensaría como un fenómeno individual, sí un fenómeno que se transitó en lo individual pero que se corresponde con una multicausalidad… la persona lo vive como personal sí lo vive como algo privado…", "... no es que hay un evento particular, sino que tiene que haber una base que incluye varios aspectos para que esto suceda… No es esta cuestión de que mis padres se separaron entonces me pasa esto, no hay una multicausalidad…".

En este punto es importante destacar, algunos aportes que no confrontan las respuestas pero agregan información al respecto. Uno de los entrevistados el cual se desempeña profesionalmente en la provincia de Santa Cruz refirió: *"... la mayoría están cursando algún trastorno del estado anímico…", "... es un lugar árido, patagónico, no hay nada, el clima es horrendo, imagínate gente que viene desde otros lugares a trabajar, que se yo de Misiones que es hermoso, pasa a vivir acá y bueno el desarraigo es una condición bastante particular que no define al proceso suicida, que no es obviamente el único tema, pero si suma y se suma a otros factores del adolescente…"*, haciendo referencia a los padres que llegan con sus hijos a la provincia de Santa Cruz, donde el entrevistado pone el acento en el desarraigo y las condiciones del lugar como un componente más dentro de lo contextual.

En relación a los dispositivos de apoyo que debería poseer el psicólogo para poder abordar los casos de ideación o conducta suicida adolescente, los entrevistados refieren lo siguiente: *"... La ley nos dice que el abordaje tiene que ser interdisciplinario… creo que cada profesional debe hacer supervisión… el profesional que trabaje esto tiene que estar*

especializado, y cada intervención que el psicólogo hace pone una piedrita para acá o para allá, y es una balanza complicada…", "... al ser una problemática compleja el abordaje debe ser también complejo, trabajar de modo interdisciplinario y esto incluye profesiones que tienen que ver con psicología, psicología social, psiquiatría, médicos clínicos… que podamos abordar al paciente de un modo más integral…", "... pensarlo más en que estas cuestiones requieren de un abordaje más institucional, que un abordaje clínico individual de un psicólogo…", "*... yo creo que es fundamental tener una formación. No conozco mucha gente especialmente formada en suicidio… poder conocer y saber qué modelos tienen mayor evidencia… saber que protocolo se activa cuando tenemos un paciente en esta situación…", "... Los profesionales contamos con espacios de capacitación continua, espacios de supervisión, también son importantes las reuniones de equipos, son equipos interdisciplinarios, al menos los grupos en los que yo participo…", "... La disponibilidad que requiere este tipo de abordaje resulta posible en el trabajo en equipo. Y debe incorporar trabajo interdisciplinario con el área de psiquiatría… la presencia de una red de apoyo social, un entorno al cual acompañar para que opere terapéuticamente con la persona que sufre…", "... el año que viene vamos a lanzar grupos terapéuticos, que son psicoeducativos, donde se ofrecen herramientas para familiares que hayan pasado o estén pasando alguna situación de este tipo… Después en los psicólogos sí, es importante la formación, supervisión, y también el hecho de ser más solidarios entre profesionales…", "... para mí hace falta equipo. Esto es fundamental, no es que tiene que ser todo tipo de especialistas, eso se va a ver pero no se puede trabajar en la soledad… los grupos de casos, el trabajo en la prevención…", "... Yo particularmente trabajo en un centro de abordaje de la problemática del suicidio en Santa Cruz, y tenemos distintas especialidades, psiquiatra, psicólogo, terapista ocupacional, licenciada en educación; entonces la idea es tratar de cubrir la mayor cantidad de aristas posibles, la realidad es que uno se siente muy solo al abordar estas*

problemáticas, y cuando toca trabajar casos así siente muchas veces que le falta mucho, entonces ahí está la importancia también de trabajar en red…", "... el grupo de referencia, la familia en este caso. Cuando nosotros evaluamos riesgo suicida, si vemos conducta o ideación, tenemos que tener en cuenta eso y poder ver con que red de contención cuenta además del espacio terapéutico… Después supervisión, no trabajar en soledad, trabajar con la familia, el contexto, la comunidad… para mi hay un anclaje social en estos casos…".

En lo que respecta a la asistencia hospitalaria (pública y privada) en esta temática, y cómo los profesionales psicólogos se vinculan con ella expresaron: "*... Los dispositivos asistenciales que yo conozco son los que están en el ámbito público, el abordaje de estos casos muchas veces supera la posibilidad de ser abordados en un centro o una salita en el ámbito del territorio, porque justamente requiere de un abordaje más completo, entonces a veces los psicólogos de territorio cuando reciben estas problemáticas optan por el llevar el caso a lugares en donde sean más especializados en el tema, justamente por la complejidad que tiene…", "... pasa mucho que un intento de suicidio cae en una urgencia, se lo estabiliza al paciente y se lo manda devuelta a la casa, sin ningún tipo de evaluación más profunda, de evaluar cuanto riesgo hay, osea el intento de suicidio es tan grave como si una persona hubiera tenido un ACV; como que llama la atención eso de que a veces medio se lo ignora…", "... me encuentro en un programa municipal, osea no soy parte de la guardia pero estoy en un constante intercambio. Creo que las debilidades podrían ser los recursos materiales y humanos, la falta de medicación o de camas de internación, que es claramente por un sistema que está colapsado, a nivel nacional, provincial y demás…", "... En líneas generales podría decir que a veces las instituciones operan bien, a veces no, pero que siempre son necesarias. El abordaje institucional en este tipo de casos, que revisten gravedad, permite la acción común y ordenada de las distintas esferas de tratamiento, áreas*

de abordaje en salud mental. El trabajo institucional me parece la opción más acertada frente a conductas suicidas".

Uno de las entrevistas respondió haciendo referencia a un caso que tuvo: "... *paciente derivada de un juzgado por conductas que atentaban contra su vida, los padres la internaron pero al poco tiempo decidieron sacarla porque no estaban de acuerdo en cómo era el trato en el ámbito público. Un muy mal manejo del hospital, todo muy desprolijo, de hecho nunca se comunicaron conmigo ni nada…".*

Otro de los entrevistados refirió: "... *El año pasado, se intentó la convocatoria de una mesa intersectorial para el abordaje de estos casos, qué bueno es lo que la ley nos dice…. hablé con el director para poder avanzar en la capacitación y demás, y no tuvimos ningún resultado. Debido a esto y viendo que no se avanzaba, como conocía gente de la política y demás, tuve diversas reuniones donde lleve las necesidades de muchas personas del lugar; debido a esto es que termine creando un "centro municipal de abordaje integral del suicidio… la parte política se encargó de asegurarnos la parte edilicia porque el proyecto cuando se presentó le interesó. Este centro propone cumplir con el abordaje que establece la ley, que sería atender a las personas de manera gratuita, con un espacio también de orientación que tiene ver con poder responder a comunidad sobre las dudas que tengan al respecto en relación al suicidio o salud mental, hacemos sensibilización, promoción y prevención del suicidio, hacemos capacitaciones a instituciones gubernamentales y no gubernamentales, y también hacemos posvencion…".*

Otro de los profesionales agregó lo siguiente: *"... En la provincia de Formosa tenemos un solo hospital que cuenta con guardia de Psiquiatría, es un hospital central, no es un hospital de niños, con lo cual después de los 14 años se responde a la demanda…" , "... acá hay un dispositivo que es el SIPEC al cual debemos llamar en esos casos…".*

Refiriéndose a un caso, y ante un llamado de un psicólogo al SIPEC, manifestó lo siguiente:

"*... al rato tenía 4 patrulleros en la casa, atrás de estos una ambulancia, y cuando baja el psicólogo, tres policías muy grandotes le dicen - bájame a la chica -, y bueno atrás estaba también una enfermera y un médico residente, no había ningún psiquiatra. Es un escenario fuerte, y complicado más para una persona que tiene intenciones de suicidarse…".*

Respecto a la pregunta si consideran que la adolescencia tiene incidencia en este tipo de problemática, todos los entrevistados consideraron que se trata de una etapa ajustada a un proceso de muchos cambios, tanto físicos, biológicos, sociales y emocionales. Destacan la conformación de una identidad, donde la distancia con sus padres en cierta medida pone en juego recursos aprendidos o no, como habilidades de afrontamiento, habilidades sociales, resolución de conflictos entre otras, que resultan ser un conjunto de herramientas inscriptas quizás años anteriores y que de no poseerlas generan ciertos conflictos, y es de este lugar que se podría advertir cierta vulnerabilidad: *"... es una etapa de muchos cambios, una etapa de búsqueda de sentido e identidad, y acompañado de estos cambios biológicos…", "... la formación de la identidad, el inicio de un proyecto de vida, cuando todas estas cuestiones no están bien consolidadas la verdad es que el adolescente es una de las personas más vulnerables, ya que no hay un buen manejo de emociones…", "... Si, lo que hay que tener en cuenta es que es una etapa de grandes cambios, donde el acompañamiento, la contención, la escucha empática y la red de apoyo de cada persona, hace a que las vivencias complejas puedan vivirse acompañadas…", "... Es un periodo también donde el adolescente tiende a aislarse, a querer marcar de algún modo su cuerpo, sentir este cambio, uno escucha mucho en el consultorio esto de que me autolesiono no porque quiera morir, sino porque quiero aliviar mi cabeza, esto de somatizar, llevar al cuerpo algo mental es por la misma imposibilidad de tramitarlo a nivel psíquico. Es una etapa que está signada por cuestiones psíquicas y biológicas también propias de la adolescencia…", "... es una etapa de crisis*

vital, pero bueno crisis en el sentido de que aparecen estos cambios biológicos, cambios corporales, hormonales, psicológicos y sociales…".

Uno de los entrevistados refirió: *"... me es difícil responder, porque como te digo no lo leo mucho en esos términos. Quizás si hablamos de auto lesiones, que no es que sea suicidio, pero sí ahí se ve algo muy de la adolescencia, que se ve mucho (auto lesiones) entre los 12 y 16 años, como que es el pico, y después ya no se ve más esa práctica, me refiero a cortes, quemaduras, ese tipo cosas, pero bueno esto lo marco porque muchas personas esto lo consideran conductas suicidas, pero bueno como no uso mucho esa categoría, digo auto lesiones sin intención suicida en esa edad aproximadamente se ve eso…".*

En función de conocer acerca de los factores protectores y de riesgo presentes en los adolescentes en esta situación mencionaron: "*... Los pibes/as, más allá de todo, sufren mucho el hecho de que no pueden ser escuchados…", "... evaluar la subjetividad del paciente, como se siente, después los vínculos, relaciones interpersonales, interacciones sociales negativas, peligrosas, conflictos que tiene que ver con la familia, con su entorno más cercano, pueden ser protectores o de riesgo…", "... Factores protectores, bueno que esté en una familia continente no es lo mismo que en una punitiva, la interacción social… una de las problemática más importantes que tiene el suicidio es el lazo social, el contexto…", "... Factores de riesgo y factor protector pueden ser los mismos, puede ser riesgo o eso mismo ser proteger a la persona. El entorno social del adolescente, su grupo de amigos, donde aparece el consumo de sustancias o conductas problemáticas cuando el entorno no ayuda, y es algo realmente importante en los jóvenes…", "... podemos hablar de factores de riesgo cuando sabemos que hay antecedentes de suicidio en familiares o personas allegadas, perdidas de seres queridos, inestabilidad e vulnerabilidad económica, cuando aparece un historial de violencia física, psicológica intrafamiliar, situaciones de abusos, las dificultades a lo hora de sostener vínculos amorosos, la falta de redes de contención. Factores*

protectores, contar con una red de contención, habilidades personales de resolución de conflictos, tener sentido de pertenencia con un grupo, las oportunidades en un proyecto de vida…", "... La red social de apoyo es fundamental: presencia de familia, amigos, escuela, espacios de interacción. La personalidad que se va desarrollando…", "... factores de riesgo quizás para nombrar algunos, podemos hablar del acceso a armas de fuego, problemas con el consumo de sustancias, algunos factores de personalidad, baja capacidad para la resolución de conflictos, una identidad pobre, dificultad en el control de impulsos, habilidades sociales disminuidas, sensación de aislamiento, situaciones de abuso sexual, violencia intrafamiliar, el maltrato infantil… factores protectores, una personalidad sana, habilidades sociales, tolerancia al malestar, una familia que contiene, tener un propósito de vida…", "... factor protector número uno en la adolescencia, que siempre queremos que sea protector, es la familia y por otra parte los amigos. La identificación con un grupo, con un deporte, alguna actividad social extracurricular ...", "... Los factores protectores sirven como predictores para poder determinar las probabilidades de que aparezca conducta suicida, porque si hay factores de riesgo, los factores protectores hacen el contrapeso, y hay que ver cuáles son…".

En función a si creen que se debe proporcionar información sobre esta temática, todos los participantes respondieron de forma afirmativa: *"... Nosotros damos charlas, entrevistas etc., es muy importante poder información, aparte quieren saber…", "... Si, fundamental, sobre todo en los lugares en los que los jóvenes se desenvuelven, donde llevan a cabo sus actividades, la escuela, espacios públicos, centros comunitarios, espacios donde ellos se reúnen, espacios de encuentro o de trabajo si es que lo tienen…", "... Si, seguro. Una cuestión que surgió en una presentación que se hizo creo que el año pasado o el 2022, sobre un documento que se hizo en el Ministerio de Educación sobre suicidio, se empezó a hablar un idea, como lo que fue ESI en las escuelas, como algo que trabaje cuestiones más*

relacionadas a la muerte, a las violencias…", "... Si, les interesa. El ámbito de la escuela es importantísimo, están todo el día ahí los chicos, es importante que ellos puedan registrar sus emociones, que se le enseñe eso, o cuando algo me cuida y algo me descuida, es muy importante, más que nada informar a modo de prevención…", "... Si, absolutamente. Sea en formatos de talleres de prevención o mismo en los barrios, en rondas de salud mental. Yo participo en jornadas de concientización que se dan a nivel municipal, provincial, hay diferentes áreas con talleres como te decía. Esto que te decía de las rondas de salud mental, se hacen en lo que se llaman casas jóvenes destinadas a adolescentes…", "... Sin duda. No hablar de algo no hace que no exista. La psicoeducación es fundamental, porque los chicos aprenden a cuidarse los unos a los otros, y a comunicarse…", "... Si, un montón. Te cuento esta experiencia porque tiene que ver con lo que preguntas; al reunirnos con la referente de los estudiantes ella nos cuenta que habían armado una encuesta, donde les dio que más del 80% de los estudiantes habían solicitado que se hable sobre el suicidio y sobre como poder ayudar a alguien que piensa en quitarse la vida…", "... lo que pienso es en las redes sociales, aplicaciones, que se yo, siendo que los chicos/as resuelven su vida con aplicaciones muchas veces, me parece que estaría bien que algo de esto aparezca, hay que ver cómo…", "... Si, totalmente. Hoy los adolescentes son muy abiertos a hablar estas temáticas, entonces creo que abrir esta puerta es fundamental, por ejemplo colegios, actividades deportivas, talleres, etc. Hablar también sobre el proyecto de vida, inteligencia emocional, la madurez emocional…", "... Si, charlar y ofrecer información sobre esto, educar a los adolescentes sobre lo que es salud mental, lo que es emociones, lo que son las crisis emocionales, como combatirlas, y que sepan que hay espacios para escucharlos. Otro ámbito que sería ideal que participe, son los medios de comunicación, sobre todo redes sociales…", "... lo que siempre decimos es que hay que romper con esto del tabú, no hay que hablar suicidio porque esto induce, y la verdad es que es todo lo contrario… empezamos a hacer flayers para la fecha de

día internacional del suicidio, y bueno al compartirlo, me paso justo que una persona se animó a contarme que tenía ideas y que podía hacer ante esto…".

Una de las Psicólogas entrevistadas cuenta una experiencia sobre el interés de los adolescentes en saber sobre estos temas: *"… fui con adolescentes interesados en estos temas, centros de estudiantes, los capacitamos sobre cómo detectar situaciones de riesgo, que hacer, que es el suicidio, romper con los mitos y demás, porque son pibes comprometidos. Ellos mismo fueron a pedirle a un concejal, de hecho fue aprobado por eso, y el concejal nos decía - yo pensé que iban a venir a pedirme mejoras edilicias, estufas, que estiren los recreos etc.-, y no, lo que los pibes le fueron a pedir fue capacitación, porque veían esto, como hacían para ayudar y acompañar a un amigo, estaban pasando por esto. Hay que saber cómo hacerlo, que conozcan los recursos que existen y saber cómo acompañar para que ellos no se sientan responsables de estas situaciones, pero bueno que sean agentes multiplicadores, es fundamental…".*

Respectos a una lectura desde el género, se consultó sobre los datos bibliográficos recabados en la investigación, en donde se advierte que las mujeres poseen mayores intentos de suicidio (que no llegan a concretarse), a diferencia de los varones que poseen menos intentos, pero mayores suicidios consumados ¿Qué opinión podría ofrecer al respecto?, desde la experiencia y apreciación de los entrevistados.

"… Yo he atendido muchas más mujeres, pero los varones que atendí, te podría decir que son mucho más impulsivos, con menores cualidades para el manejo de emociones y resolución de conflictos, y escasas cualidades comunicativas, y ahí entra algo de personalidad y algo de crianza, esta cuestión de estar criados en ambientes machistas, mucha invalidación pero complicados también casos de violencia. La mujer tiene mayor voluntad para buscar ayuda, busca ayuda mucho más pronto y les es más fácil que a los hombres…", "… los varones utilizan mecanismos más letales que las mujeres, ahorcamiento,

armas de fuego quizás se ve más en los varones, y en las mujeres tirarse al vacío, envenenarse, cortarse las venas, ese tipo de cosas… Sin embargo cuando te pones a trabajar con lesiones sin intención suicida, haces cualquier relevamiento de investigaciones que hay, siempre la prevalencia es mucho mayor en mujeres que en varones. Y después sí, responde a una cuestión cultural, osea como se socializa un varón y como se socializa una mujer, donde quizás el varón tiene cierto manejo de la violencia mucho más directo…", "... una cosa muy importante, es que los varones no tienen mucha relación con el sistema de salud, la prevención, por lo general la mujer tiene más contacto. Los varones toman contacto con el hospital cuando necesitan algo urgente; de hecho el sistema de salud está más pensado para las mujeres que para los varones…", "... Lo que sí se sabe es que en los casos de las mujeres, los métodos no son tan efectivos…", "... Es real, sí. Es una estadística que se sostiene a nivel mundial esa, la verdad que nosotros acá en Formosa tenemos ese dato, tal cual. Las tentativas son más altas en mujeres porque justamente adoptan métodos menos invasivos, menos violentos, y la realidad es que el hombre, quizás por la fuerza que lo caracteriza a diferencia de la mujer, elige métodos más complicados, más letales…", "...Recordemos que siempre el intento es un pedido de ayuda, entonces también tenemos que tener en cuenta que el hombre suele hablar menos que la mujer, y esto se ve en el consultorio en todos lados. Esta cuestión del que el hombre no puede sentir estrés, no puede sentirse vulnerable, y bueno la decisión es mucho más determinante…", "... Desde mi experiencia sí es verdad que las mujeres poseen mayores intentos de suicidio o conductas parasuicidas, muchas más autolesiones que los hombres…", "... acompaño a familiares de personas que han perdido a algún ser querido en estas situaciones, y si es verdad que en su mayoría son varones, y algunas mujeres también, pero mayormente varones sí…", "... Si, el tema cultural y las cuestiones de género tiene mucho que ver, ese dato lo teníamos en la guardia de salud mental, existen mucha mayor cantidad de casos de mujeres; y lo que se pensaba en un

principio que el intento de suicidio tenía que ver con una descompensación y quizás esto de las voces de comando, la real es que era un número ínfimo, sino que tiene que ver con un padecimiento subjetivo. Pero si, lo que sucede, es que en el caso de las mujeres hay mayor cantidad de intentos, que no llegan a consumarse. El hombre no intenta mucho, sino que va directo a métodos mucho más efectivos, más radicales, más violentos…".

En relación a cuáles serían los abordajes posibles o recomendados a padres/madres/tutores de un adolescente en esta situación mencionaron: "*... Yo creo que cuando uno se plantea un dispositivo de abordaje, cuanto más amplio lo plantea, tiene mayor posibilidad de suplir ciertas necesidades…", "... En el ámbito educativo, es importante trabajar con todo, alumnos por un lado, y de manera más amplia, con docentes y con los padres…", "... también disminuir los mitos, y comprometer a los padres como parte del problema pero también como parte del abordaje. Porque si vos haces todo esto, y los comprometes como parte del problema, pero no le facilitas herramientas para solventar esa demanda, te quedas en la nada…", "... La contención, armar redes, estar atentos con los adolescentes pero sin invadir. Porque lo que se ve es que la familia tiene mucho que ver en esa situación que lleva al sujeto a lastimarse; ya que vaya una persona acompañando, alguien que esté preocupado, todo eso ya es un montón en estos casos, nosotros como psicólogos debemos evaluar qué pasa en el círculo más cercano, padres y sus funciones…", "... DBT cubre este tipo de abordaje a padres. Sería genial que los padres pudieran llevar ese registro, pero bueno lo que sucede también es que muchas veces no pasa esto. Por ejemplo saber que es validar o invalidar, ya es un montón…", "...Hay talleres y existen espacios donde se hace orientación a familiares que estén acompañando a personas en estas situaciones, hablo de procesos en los cuales se haya dado una situación de este tipo, sea conducta, ideación suicida etc., y creo que las herramientas fundamentales son la escucha, la contención, la empatía, el acompañamiento…", "... Podría decirte, trabajar en grupos,*

psicoeducativo. Brindarle apoyo al cuidador, herramientas. Sería información, apoyo y sostén…", "... la terapia familiar en estos casos es fundamental. No solo es importante para ver como quizás se sienten los padres, sino también para brindar herramientas para poder acompañar de manera efectiva…", "... También importante el tema de la posvención, que termina parando un poco la pelota, frente a posibles nuevos suicidios, pero yo creo que en este caso es orientación, psicoeducación grupal, familiar, vincular, y trabajar con grupos de apoyo…", "... En este sentido recomendaría quizás una terapia de grupo familiar, lo que pasa que bueno, mucha gente a duras penas puede sostener un espacio. Todo lo preventivo, información en los lugares donde asisten los padres, en las escuelas. Para esto podrían ser útiles las redes, quizás para las personas que no pueden acceder a un tratamiento, podría ser importante, una aplicación informativa…", "... después bueno hay una cuestión que plantea Winnicot y que hoy está muy vigente, que es esto de no abdicar del lugar de padres. No es que no pueda pasar, pero lo que se ve es que es muy fácil abdicar, porque se mezcla mucho esta cuestión del rol y de la vulnerabilidad del ser humano. No es para culpabilizar, sobre todo porque si lo traen al tratamiento es porque algo de eso está puesto en juego, pero se abdica sin que uno se dé cuenta, es cómo muy sencillo caer, es muy sencillo salir de ese lugar de legislar…", "... Trabajar con padres tutores o familias es importante, porque nosotros trabajamos mucho con el paciente, pero este cuando sale tiene que volver a insertarse en ese entorno, donde aún quizás no cuentas con determinadas herramientas para acompañar en estas situaciones…", "... es muy difícil cuando los padres no se involucran, y además el adolescente percibe esta negación, estas ganas de no cambiar de no modificar lo que está funcionando mal. Importante podría ser que los padres logren tener una escucha activa, los adolescentes una de las primeras cosas que dicen es que mi mamá no me escucha, no me da bola, están todo el día trabajando, cuando yo les quiero contar algo están haciendo otra cosa. El hecho de que los padres minimizan las situaciones, o mismo esta falsa

expectativa de que "bueno, no pasa nada, esto ya va a pasar", ellos saben muy bien lo que les pasa y quieren ser escuchados…", "... Es un factor clave el trabajo con los padres, hay que romper estos mitos, y darles herramientas para apoyar al adolescente cuando tenga esta crisis suicida… acompañarlos, psicoeducar también para estar atentos a cambios en comportamientos del adolescente…".

La última de las preguntas, invita a los psicólogos entrevistados, a ofrecer recomendaciones para un trabajo dirigido a la prevención de la conducta suicida en adolescentes: *"... El trabajo intersectorial, genuino, particularmente en adolescentes la escucha, pero no solo en los momentos de crisis, sino también entender que el adolescente necesita ser escuchado…", "... la prevención en estos casos es clave, fundamental… hablar del tema, eliminar los prejuicios, los estigmas sociales que hay alrededor, trabajar en psicoeducación brindando por ejemplo habilidades de regulación emocional, recursos de afrontamiento... esto requiere de un abordaje complejo, diferentes saberes y miradas, todo lo que hace a la interdisciplina, la intersectorialidad…", "... la escucha activa, trabajar sobre los mitos alrededor del suicidios, con los imaginarios, porque eso ayuda como a poder también cuestionar qué ideas preconcebidas se tiene sobre el tema, tanto a nivel individual como a nivel grupal. Después hay todo un campo que es la posvención, se puede leer como prevención, que es el hecho de que después de un suicidio se hacen intervenciones en el contexto para que no se den más suicidios…", "... La mirada más del equipo y eso, me cuesta pensar en el psicólogo solo en el consultorio, pero si puede pasar que te lleguen estas situaciones, y bueno ahí tenés que maniobrar con las herramientas que tenés. Lo que no hay que hacer es asustarse, pero bueno por eso digo de trabajar en equipo…", "... Estar formado, o tener al menos una mínima formación en suicidio, conocer que dispositivos existen. Crear un plan de crisis, ver si el paciente está muy activado, entonces saber si es el momento adecuado de intervenir de qué forma. DBT tiene todo un proceso…", "... Creo que*

trabajar desde una red de contención con todos los efectores comunitarios, tanto barriales como de salud integral, en educación, generando también espacios de escucha y donde circule la palabra y se fomente la comunicación activa…", "... Como recomendación creo que un trabajo de prevención es un trabajo de territorio, definir estrategias en espacios donde los chicos ya se mueven, que brinden información y apoyo…", "... trabajar sobre los mitos, que se conozcan las señales de riesgo los factores de riesgo, fortalecer o potenciar los factores protectores, y por último, informa a la comunidad donde debe pedir ayuda al respecto, cuales son los centros, los número de urgencia…", "... en el consultorio, yo creo que en los adolescentes es importante tener una escucha muy atenta. Después también el hecho de trabajar con la observación, quizás yo sé que trabajar con observadores implica un gasto, y obvio los honorarios quizás tienen que ser otros, pero creo que es importantísimo…", "... Tener en cuenta los protocolos que han demostrado evidencia, y que ayudan a combatir este tipo de situaciones. Fomentar la psicoeducación a padres también, ofrecer herramientas, hablar lo que es la validación y la invalidación emocional, que esto aparece en DBT por ejemplo. Después bueno capacitaciones a docentes, a padres, para que quizás funcionen como co-terapeutas en ciertos casos. Involucrar a la familia, al colegio, estar en contacto. Por otra parte, mejorar el entorno social de los adolescentes, si tiene amistades negativas, peligrosas, me refiero a conducta de violencia verbal o física, y evaluar también el entorno familiar, si existen trastornos, o mismo el modo de vinculación…".

6.1. Resultados por Categorías y Subcategorías

Este apartado tiene como objetivo hacer hincapié en tres categorías ajustadas a las concurrencias detectadas respecto al cúmulo de información lograda en las entrevistas. Se señalan tres categorías que resaltan posibles características vinculadas al origen, sostenimiento e intervención sobre las conductas suicidas en adolescentes.

En la categoría *"Etimología y Curso de la Conducta Suicida Adolescente"* se intenta señalar, con algunos de los extractos, aspectos coincidentes que resultan relevantes vinculados al entornos cercano del adolescente, por sobre todo su familia, infancias que quizás propiciaron ciertas carencias cognitivas y herramientas desajustadas con las que el/la adolescente transitan este periodo, y se relacionan.

En este sentido y bajo esta primera categoría, se establece una Subcategoría: *"Familia y Entorno Social"*, la cual revela la influencia del entorno que rodea al adolecente y que resulta ser fundamental en esta temática. Como segunda Subcategoría: *"Adolescencia y Salud Mental"*, conforme a las respuestas brindadas por los participantes, quienes concurrieron en líneas generales, que la disfuncionalidad cognitiva y ciertos mecanismos psíquicos anudados a dichas conductas pueden tener base en trastornos o patologías no detectadas tempranamente.

Respecto a la categoría *"Adolescencia, Género y Conducta Suicida"*, de las respuestas brindadas y el análisis realizado en este trabajo, se advierte el influjo de la cultura, en una etapa fundamental del desarrollo humano, que se vincula fuertemente a la sexualidad y el género, y que podría impactar en el comportamiento, siendo un aspecto saliente en pos de la prevención.

Bajo esta categoría, se consideraron dos subcategorías, siendo la primera: *"Desarrollo Adolescente y su influencia"*, la cual describe las dificultades propias de este ciclo vital, que podrían estar operando en esta moción.

La segunda subcategoría fue señalada como: "*La Institución Cultural en la Conducta Suicida Adolescente",* y detalla las convergencias de los profesionales entrevistados, respecto a las diferencias entre el accionar de varones y mujeres adolescentes, respecto al modo de llevar adelante el sufrimiento, la angustia y el acto propiamente dicho, según su condición de género y su inscripción social.

Por último, en la categoría *"Intervenciones Psicológicas"*, se desarrollaron dos subcategorías las cuales responden a "Intervenciones Directas" e "Intervenciones Periféricas", teniendo en cuenta los datos surgidos en las entrevistas, respecto al abordaje con el adolescente padeciente, y por otra parte las intervenciones posibles a realizarse sobre el entorno familiar y social del mismo.

Tabla: Categorías y Subcategorías

CATEGORÍA	CONTENIDO
"Etiología y Curso de la Conducta Suicida en adolecentes"	***<u>Subcategoría</u>: Familia y Entorno Social*** *"… se habla de lo multifactorial, pero la realidad es que lo multifactorial tiene que ver con una realidad de un sujeto colocado en el mundo. Este ser en el mundo en realidad es casi un duplicado, te diría, de este ser en la familia, que es este primer mundo, entonces, bueno, sí, ese primer entorno es el que hay que trabajar un montón…", "… Los pibes, más allá de todo, sufren mucho el hecho de que no pueden ser escuchado…", "… que esté en una familia continente no es lo mismo que en una punitiva, la interacción social…, "…antecedentes de suicidio en familiares o personas allegadas, perdidas de seres queridos, cuando aparece un historial de violencia física o psicológica intrafamiliar, situaciones de abusos…", "… La red social de apoyo es fundamental, presencia de familia, amigos, escuela, espacios de interacción…", "… El primer punto de apoyo que tiene que tener es el grupo de referencia, la familia en este caso. Cuando nosotros evaluamos riesgo suicida, si vemos conducta o ideación, tenemos que tener en cuenta eso y poder ver con que red de contención cuenta además del espacio terapéutico…".* ***<u>Subcategoría</u>: Adolescencia y Salud Mental*** *"…muestran aspectos propios de un trastorno límite de personalidad…", "… adolescentes con*

	patologías crónicas…", "… estar atravesando un cuadro depresivo…", "… en los adolescentes la cuestión es más fluctuante. Lo que yo observo, es que son trastornos narcisistas. Digamos un trastorno narcisista no psicótico, que bueno tiene más que ver con un yo lábil…", "… trastornos no diagnosticados en la infancia, no hay que patologizar, pero muchas veces tiene que ver con esto…", "…trastornos mental, sentimientos de desesperanza, falta de propósito, pensamientos negativos, desregulación emocional, conductas impulsivas…".
"Adolescencia, Género y Conducta Suicida en Adolescentes"	***Subcategoría: Influencia del Desarrollo Adolescente*** *"…un proceso de muchos cambios, donde la persona va definiendo sus propios límites. Si yo en estos primero años no desarrolle ciertas habilidades sociales, de afrontamiento, resolución de conflicto etc., bueno resulta ser un periodo de mucha vulnerabilidad…", "…hay una conexión muy importante, cuerpos que no están erogenizados, sin bordes, que no se reconocen, separados de otro, del mundo que los rodea. Te diría que la pubertad es un tema. La pubertad desde lo biológico digo. Esta cuestión de un YO que no se armó, endeble…",* *"… algunas características biológicas de formación del cerebro, la poda sináptica, cierto mecanismos biológicos que actúan en la respuesta del placer, cierta formación tardía en la parte de la corteza prefrontal donde se pone en juego la planificación y la toma decisiones sin tanta impulsividad, dependiendo el desarrollo, etc., todas condiciones que son propias y normales en el desarrollo del ser humano y que pueden influir…", "…el lóbulo frontal no terminó su evolución, esto hace que la distancia entre el pensamiento y la acción sea mínima…",* ***Subcategoría: La Institución Cultural en la Conducta Suicida Adolescente***

	"… la elección de los métodos letales, más violentos, tenemos formas de procesar y de manejar las cosas diferente. Yo he atendido muchas más mujeres, pero los varones que atendí, te podría decir que son mucho más impulsivos, con menores cualidades para el manejo de emociones y resolución de conflictos, y escasas cualidades comunicativas, esta cuestión de estar criados en ambientes machistas, mucha invalidación. La mujer tiene mayor voluntad para buscar ayuda. Esto de la predisposición a la consulta, la comunicación y demás, quizás tiene que ser material de estudio", "…después sí, responde a una cuestión cultural, osea como se socializa un varón y como se socializa una mujer, donde quizás el varón tiene cierto manejo de la violencia mucho más directo, como esta cuestión de resolver más tajante, utilizando métodos más letales como te decía. Una cosa muy importante, es que los varones no tienen mucha relación con el sistema de salud, la prevención, por lo general la mujer tiene más contacto. Los varones toman contacto con el hospital cuando necesitan algo urgente. También está la cuestión del aguante, el varón que tiene más aguante y todo, que bueno todo tiene que ver con cuestiones de género…", "… los pacientes que he atendido son mujeres, no he tenido hasta el momento hombres. Quizás la terapia para un hombre no es una opción, eso puede ser...", *"… elige métodos más complicados, más letales. Recordemos que siempre el intento es un pedido de ayuda, entonces también tenemos que tener en cuenta que el hombre suele hablar menos que la mujer, y esto se ve en el consultorio en todos lados. Esta cuestión del que el hombre no puede sentir estrés, no puede sentirse vulnerable, y bueno la decisión es mucho más determinante…", "…los hombres culturalmente, socialmente, la socialización, las formas de manejar el estrés emocional es diferente en cada género; por ejemplo los hombre que sienten muchas tristeza y tienen pensamientos negativos por ahí tienden a ocultarlo…"*
	***Subcategoría*: Intervenciones Directas** *"… tener en cuenta la escucha activa, quizás una*

"Intervenciones Psicológicas"	*cosas que para mí es una herramienta, trabajar sobre los mitos alrededor del suicidio, con los imaginarios (yo les digo imaginarios), porque eso ayuda como a poder también cuestionar qué ideas preconcebidas se tiene sobre el tema, tanto a nivel individual como a nivel grupal…", "… tener al menos una mínima formación en suicidio, conocer que dispositivos existen. Crear un plan de crisis, ver si el paciente está muy activado, entonces saber si es el momento adecuado de intervenir de qué forma. DBT tiene todo un proceso, individual y grupal…", "…Creo que trabajar desde una red de contención, tanto barriales como de salud integral, en educación, generando también espacios de escucha y donde circule la palabra y se fomente la comunicación activa, trabajando intersectorialmente en constante articulación, buscando también la facilidad de ingreso de las personas a los talleres, a los espacios, a los dispositivos, facilitando ese armado para que así sea…", "…trabajar sobre los mitos, que conozca las señales de riesgo, los factores de riesgo, fortalecer o potenciar los factores protectores…", "…Tener a mano los protocolos que han demostrado evidencia, y que ayudan a combatir este tipo de situaciones. Yo había mencionado el protocolo cognitivo-conductual y el de DBT, para mí como pilares para estas situaciones, puede haber más obvio. Después una detección temprana de todo lo que es la conducta suicida. Tener en cuenta los trastornos mentales…", "…importante el hecho de reducir el acceso a métodos letales, en el caso de que existan armas y demás, bueno el adulto debe saber dónde guardarlas, sin que lo haga el mismo adolescente ni tenga posibilidad de acceder a eso, incluso hasta sacándolo del mismo hogar y llevarlo a otro espacio. Por otra parte, mejorar el entorno social de los adolescentes, si tiene amistades negativas, peligrosas, y evaluar también el entorno familiar, si existen trastornos, o mismo el modo de vinculación…".* ***<u>Subcategoría</u>: Intervenciones Periféricas*** *"… la escuela sería el lugar donde se realiza la prevención, orientación y la detección, y el fortalecimiento de factores protectores. Es*

	importante trabajar con todo, alumnos por un lado, y de manera más ampliada, con docentes y con los padres…" "… quizás sería genial trabajar sobre la sensibilización de la problemática, entender que es algo que puede pasar en cualquier lugar, en cualquier grupo. También disminuir los mitos, y comprometer a los padres en el problema y en el abordaje, brindarles herramientas…", "...hay todo un campo que es la posvención, se puede leer como prevención, que es el hecho de que después de un suicidio se hacen intervenciones en el contexto para que no se den más suicidios…", "...Hay talleres y existen espacios donde se hace orientación a familiares que estén acompañando a personas en estas situaciones, sea conducta, ideación suicida etc. Las herramientas fundamentales son la escucha, la contención, la empatía, el acompañamiento, duplas interdisciplinarias y efectores comunitarios…", "...grupos terapéuticos, a mí eso me encanta, porque generan mucha contención y apoyo, pero bueno, la terapia familiar en estos casos es fundamental. También importante la posvención, que termina parando un poco la pelota, frente a posibles nuevos suicidios, pero yo creo que en este caso es orientación, psicoeducación grupal, familiar, vincular, y trabajar con grupos de apoyo…", "...Después bueno capacitaciones a docentes, a padres, para que quizás funcionen como co-terapeutas en ciertos caso…"

7. Discusión

A partir de los resultados obtenidos y detallados en el párrafo anterior, a continuación se pretende llevar adelante una discusión entre dichos aportes y la información hallada en el recorrido del presente trabajo, acorde al objetivo planteado orientado a explorar las experiencias de los profesionales en psicología respecto al abordaje de la conducta suicida en adolescentes.

Es dable destacar que las entrevistas fueron realizadas a profesionales psicólogos/as los cuales poseen distintas perspectivas teóricas y dinámicas diversas. En algunos casos primaba una mirada cognitivo-conductual, como puede ser la Terapia Cognitiva de Beck, también la utilización de la Terapia Dialéctica Conductual (DBT), Psicoanálisis y Terapia Sistémica, entre las más mencionadas.

Por otra parte, no se trató únicamente de profesionales que se desempeñan en el AMBA, sino que algunos de ellos/as realizan sus actividades profesionales en el interior del país, por lo cual el contexto y la mirada sobre la temática resultó ser variada en algunos aspectos, lo que enriqueció aún más el desarrollo, debido a que el entorno en estos casos y más en adolescentes, influye de manera marcada.

En relación a los indicadores que podrían responder a una conducta suicida, la bibliografía existente no dista de lo referido por los profesionales que intervienen en estos casos. Según Del Campo et al (2013) la conducta o el comportamiento suicida hasta llegar a su consumación, es un componente multifactorial y complejo, que encuentra sus bases en componentes neurológicos, trastornos mentales, embarazos, bullying escolar, ciberbullying y disfuncionalidad familiar, entre otros.

En absoluto, todos los entrevistados dieron cuenta de esto en virtud de sus experiencias casuísticas, en concordancia con la información hallada. Uno de los psicólogos refirió como aspecto saliente y que se suma a los datos encontrados, el hecho de que las formas se van adaptando al contexto actual, haciendo hincapié en que estas van mutando y eso debe ser observado a la hora de intentar comprender el patrón, sumado a lo que ya se sabe.

Todos los profesionales convocados coinciden en la existencia de un padecimiento subjetivo, como posible aspecto individual del adolescente, pero que nunca es absolutamente privado, sino que es multicausal y posee diversos factores bien identificados que se

relacionan con su entorno familiar, socio-económico, trastornos de base, como así también la cultura en la cual el adolescente se encuentra inmerso.

En todos los casos, se advierte como una problemática compleja, que no tiene que ver muchas de las veces con una patología individual, sino que se trata de un fenómeno multideterminado, que posee dimensiones significativas.

En tal sentido el autor González Chico (2021) refiere que hay una elaboración del conflicto que hace el adolescente, teniendo en cuenta los aspectos privados, entendidos estos como toda experiencia tanto física como mental, pensamientos, actitudes, imagen corporal etc.; lo que podría dar luz sobre la paradoja en la cual radica el acto suicida.

Respecto a los dispositivos de apoyo que debería poseer el profesional tratante en estos casos, se advierten divergencias o agregados significativos de los entrevistados para con la bibliografía recabada en este trabajo.

Una intervención institucionalizada parece ser la más acorde según las convergencias logradas. Se advierte la necesidad de un abordaje que va más allá de la clínica individual, y las cuestiones que hacen a la complejidad son señaladas por los profesionales en virtud de las dimensiones que la conforman, para lo cual recomiendan una intervención compleja, que tenga en cuenta la intersectorialidad, la interdisciplina, lo que se corresponde con un abordaje más integral.

Por su parte el autor Martín del Campo (2013) propone hacer foco en el diseño de programas de prevención que funcionen dentro de las instituciones sociales, de salud y educativas.

Así mismo, algo que no aparece mucho en la bibliografía y que sí fue mencionado en algunas de las entrevistas, es la especialización de los profesionales en esta temática. Se advierte la necesidad de tener una formación al respecto, actualizarse en relación a los modelos con mayor evidencia, conocer los protocolos, ya que tampoco es un tema que

aparece en la formación universitaria y los programas de las distintas universidades de psicología.

En relaciona los dispositivos asistenciales, como ser los servicios en hospitales públicos y privados, y la relación de dichas instituciones con los profesionales psicólogos que abordan estos casos; es importante destacar que los artículos hacen mención de que existe una intervención interdisciplinaria y que particularmente los adolescentes que llegan a los hospitales lo hacen mediante el servicio de emergencias en virtud de intentos de suicidio.

Cañón Buitrago (2018) expresa que en su mayoría, los adolescentes ingresan en el servicio de emergencias con intentos de suicidios por conflictos interpersonales, y que esto suele ser una característica propia de este rango etario en relación al pensamiento egocéntrico.

Por otra parte, Girón (2025) advierte en su estudio, que los ingresos a los hospitales referidos a esta problemática adolescente, tiene que ver con conductas autolesivas en su mayoría.

Los entrevistados refieren que ciertamente los adolescentes ingresan en las guardias de los hospitales, en urgencia, pero a diferencia de la bibliografía, los profesionales entrevistados en mayor medida, coinciden en una crítica que tiene que ver con que en dichas instituciones se lo estabiliza sin más intervenciones al respecto, y sin hacer evaluaciones más profundas respecto al riesgo existente.

De igual manera los profesionales advierten la falta de recursos materiales y humanos, la carencia de camas de internación, medicamentos, y señalan un sistema colapsado al que no se le puede exigir mucho más.

En relación a si el periodo de la adolescencia tiene o no incidencia sobre la conducta aquí tratada, tanto la bibliografía como los profesionales que han participada, refieren que existen, como en todo periodo, situaciones complejas y adversas que obviamente interpelan al

individuo, su historia y contexto; donde particularmente en la adolescencia, resulta importante conocer los aspectos que estructuran a los adolescentes, su capacidad afrontamiento y las herramientas existentes en ellos para llevar adelante los desafíos que esta etapa requiere, como así también el desarrollo de su personalidad, aunados a ciertos cambios físicos y sociales.

Según Caballero Díaz (2023) la dificultad en el desarrollo biopsicosocial del adolescente, en la multiplicidad de cambios correspondientes a esta etapa, puede propiciar una solución o salida rápida de los problemas mediante el suicidio, lo que el autor llama "visión de túnel". Alfaro (2021) expresa que es un período complejo, de cambios a nivel psíquico, búsqueda de sí mismo, de su identidad, necesidad de independencia, la influencia del entorno, presiones y responsabilidades, lo que va a depender de los recursos que tenga el adolescente, todos aspectos que generan mayor vulnerabilidad para la aparición de conducta de riesgo.

Estos hallazgos son coincidentes con la información aportada en las entrevistas, donde los profesionales refirieron que entre los desafíos más significativos se encuentra la búsqueda de sentido e identidad, que es acompañado de diversos cambios biológicos propios de la pubertad. Cuando el adolecente no está bien consolidado en este sentido, aparece una marcada vulnerabilidad al respecto.

Si bien cada profesional desde su perspectiva aporta una mirada al respecto, las posturas más allá de esta diversidad, tiene marcadas coincidencias que apuntan al desarrollo propio del ciclo vital en todos sus aspectos.

Por un lado, refieren que él o la adolescente se presenta en el consultorio con un Yo desarmado, sin bordes, una pubertad que empieza a ser un problema porque no hay un cuerpo libidinal armado, sumado a los aspectos sociales. Desde otros enfoques, como puede ser el caso de las posturas más cognitivo-conductuales, también se hace alusión a la diversidad de

cambios, hormonales, sexuales, sociales, o mismo a nivel biológico cierta inmadurez del lóbulo frontal.

Respecto a los factores de riesgo y factores protectores, tanto la bibliografía como la información aportada por los profesionales en las distintas entrevistas, resulta ser coincidente. De acuerdo con el contraste realizado del cúmulo de información lograda, resulta importante destacar que entre la cantidad de factores de riesgo y protectores, se advierte cómo nuclear el entorno familiar y social del adolescente, ya que pareciera ser que aquello que funciona como red de contención ante cualquier eventualidad, o mismo un entorno protector y de apoyo, deja de serlo cuando el vínculo no es el esperable, convirtiéndose en uno de los pilares a la hora de hablar del suicidio.

El componente familiar del adolescente, ofrece de alguna forma factores protectores en condiciones esperables, o mismo factores de riesgo, dependiendo del grado de disfuncionalidad de la familia. Según Vargas y Saavedra (2012), la buena comunicación y relación con el entorno familiar, sentirse comprendido, fue asociado con menor prevalencia, siendo que para los casos donde existen bajos niveles de comunicación, el pronóstico se invierte, no siendo este el único componente. También puede sufrir un trastorno mental asociado, y en menor medida, han tenido un trastorno psiquiátrico en los últimos dos años; siendo la condición más prevalente la depresión en la adolescencia. Algunas variables psicológicas que aparecen resultan ser la rigidez cognitiva, deficiencia en habilidades de resolución de problemas, y estar más centrados en el presente que orientados en el futuro.

González et al. (2022) destaca que el entorno familiar manifiesta una comunicación y relación conflictiva, con bajos niveles de cercanía afectiva, una estructura familiar inestable, donde puede darse también un alto control parental, más allá de posibles desórdenes psiquiátricos, historia familiar depresiva o el abuso de sustancias.

Villafañe (2019) refiere que las relaciones objetales son la base del vínculo posteriormente establecido por el sujeto y el mundo externo. Las primeras experiencias se corresponden con las necesidades fundamentales primitivas en la infancia y durante el primer periodo de maduración, constituyendo así el mundo interno del sujeto, que lo determina, y mediante el cual va a relacionarse luego con el mundo externo. En la investigación aparece inadecuada sujeción con la madre y el rechazo que se presentó en algunos casos por parte del padre, situaciones que activan esquemas arcaicos provocando así el deseo de muerte.

Como fue mencionado, en las entrevistas realizadas, surgen convergencias al respecto, ya que los profesionales expresan la importancia de una familia continente a diferencia de una familia punitiva, advirtiendo en este sentido que los factores pueden ser los mismos pero dependiendo cada caso pueden funcionar como protectores o de riesgo. Se menciona también la importancia de escuchar a los adolescentes, siendo que es un reclamo de muchos de ellos a la hora de expresar su disgusto ante un mundo adulto que los excluye. Las relaciones interpersonales, las interacciones sociales, también poseen esta dualidad dependiendo cómo funcionan. Entre otros aspectos se ha mencionado el acceso a las armas, trastornos mentales, abuso de sustancias, que se presentan como riesgos y que coinciden con los hallazgos bibliográficos.

En otro orden, es fundamental, según los datos recabados en este trabajo, el compromiso con la información suministrada hacia los adolescentes sobre esta temática, y la elaboración de programas en este sentido. Tanto en la bibliografía como en las entrevistas realizadas, se expresa una sustentable intención de informar a los adolescentes como a sus familias, sobre esta problemática.

Según González Chico (2021) un alto porcentaje de alumnos refirió que alguna vez ha tenido alguna ideación suicida que no ha llegado a consumarse en acto, apoyados en la idea de que no quieren que esto le pase a alguno de sus amigos o mismo a familiares. El autor

menciona también que es importante la eventual posibilidad de explorar los conocimientos de los adolescentes en esta temática, saber sus intereses, curiosidades, el conocimiento que tiene sobre el tema. Esto tiene que ver con la importancia de reconocer los factores de riesgo que les son propios a los adolescentes, y reconocer también la aparición de algún indicador dentro de su entorno, amigos, familia, seres queridos etc., lo que se anuda también a un apoyo mutuo y vínculos cercanos que dependiendo de cada caso, servirían de contención.

En este sentido también Rubio González (2022) destaca la importancia de las intervenciones psicoeducativas talleres, actividades donde participan tanto los jóvenes como sus familias y/o comunidad, enfocados en la prevención de la conducta suicida adolescente. El abordaje de los temas comprende la comunicación afectiva, asertividad, autoestima. En este mismo sentido la realización de talleres de reflexión-acción, actividades de dramatización sobre problemáticas de la vida cotidiana, resolución de conflictos. Estas intervenciones arrojan resultados positivos, y a la vez sirven para reconocer signos característicos de la conducta suicida.

Sin duda los entrevistados comparten esta posición destacada en la bibliografía, ya que en principio no hablar del tema no hace que la problemática deje de existir. Refieren que la psicoeducación es fundamental ya que mejora la comunicación, se expresan y se apoyan o cuidan los unos a los otros.

Es de interés resaltar la coincidencia también en las experiencias de los profesionales con grupos de adolescentes, donde refieren que estos solicitan hablar de suicidio y sobre como poder ayudar a alguien con este problema. Agregando que es importante que en todos los lugares donde los adolescentes realizan actividades, como la escuela, espacios comunitarios, centro de recreación, etc., que se lleven adelante este tipo de charlas o espacios de información, donde más allá de transmitir cierto conocimiento al respecto también sea un espacio para que los adolescentes pueden evacuar sus dudas y expresarse abiertamente.

En otro orden, una de las preguntas realizadas, consistía en conocer su opinión desde la experiencia de los psicólogos y psicólogas entrevistados, sobre el hecho de que los adolescentes de sexo femenino cometían mayores intentos de suicidio, pero que no llegaban a consumarse, a diferencia de los adolescentes de sexo masculino, que si bien tienen menos intentos de suicidios se advierten en los estudios mayores suicidios consumados.

Según los datos registrados por UNICEF (2023), en Argentina las mujeres ostentan mayores tentativas de suicidios, pero existen mayor cantidad de decesos entre los varones. Esto se debe a que los procedimientos en el segundo grupo suelen ser más letales, advirtiendo también que los comportamientos culturales atribuidos al género masculino, como ser menor tendencia a comunicar sus problemas y a reconocer que necesitan ayuda, apoyan esta tendencia.

Por su parte Caballero Díaz (2023) en su investigación, manifiesta que los hombres poseen más suicidios consumados y las mujeres más intentos, haciendo referencia a los métodos que utilizarían ambos sexos. En el sexo masculino se advierten métodos más violentos y expeditivos, como puede ser el caso del ahorcamiento, en cambio el sexo femenino aparecen métodos menos letales y violentos, que resultan en un mayor número de intentos fallidos.

Si bien todos los entrevistados coincidieron con esta información, la experiencia clínica de los psicólogos que participaron en las entrevistas, ofrece muchísima información al respecto. Por un lado se interpela la función primaria histórica del sistema de salud, refiriendo que está pensado más para mujeres y no tanto para varones, algo que estaría relacionado a cuestiones culturales, sociales y de género. Los hombres según lo expresado, no llegan al sistema de salud si no es bajo algún tipo de urgencia, o son menos los que lo hacen regularmente, a diferencia de las mujeres que poseen controles más periódicos.

Otro de los aspectos salientes, y que resulta ser bastante coincidente entre los entrevistados y los estudios hallados, refieren a características particulares que existen en ambos grupos. El común de las entrevistas marca una tendencia más riesgosa en el sexo masculino a diferencia del grupo femenino, respecto a que existen escasas cualidades comunicativas en los varones, una personalidad mucho más cerrada, métodos más violentos y letales a la hora de llevar adelante un intento de suicidio, con mayor riesgo de que sea consumado, ambientes machistas, de mucha invalidación, un varón que por su condición no puede sentir estrés o estar triste, entonces es mucho más vulnerable y por estas características toma se advierten decisiones y métodos más determinantes en este sentido; a diferencia de las mujeres que tienen mucha más voluntad para buscar ayuda, otra forma de socializar estos problemas, mejores capacidades comunicativas. Es importante recordar siempre que estas conductas son en definitiva un pedido de ayuda, con lo cual, hay una diferencia marcada e importante para el análisis.

En otro orden, una de las consignas planteadas intenta saber, según la experiencia de los entrevistados, cuáles serían los abordajes recomendados para padres, madres o tutores/cuidadores de un adolescente en esta situación. Por su parte, desde la bibliografía encontrada, Cañón Buitrago (2018) enuncia que las causas más relevantes sobre la conducta suicida adolecente, resultan ser los problemas con los padres. Entre las causales se destaca la existencia de cierta falta de comprensión y entendimiento de los progenitores sobre la etapa que transitan los adolescentes, el hecho de que no son escuchados, que son invalidados, los cuales les imponen sus criterios y perspectivas. Advierte como resultado de su investigación, que dichas dificultades dependen más de la posición de los padres.

En este sentido Alba Val y Míguez (2021) en su estudio refiere que se debe enseñar a los progenitores formas positivas de incrementar la autoestima, manejar la ira y la comunicación para la resolución de conflictos familiares. Expresa también que resulta

importante informar a los cuidadores y maestros de escuela, los protocolos para estos casos, y diseñar programas para eliminar el estigma en lo que respecto a salud mental para padres y alumnos.

Caballero Díaz (2023) expresa que desde la Terapia Cognitivo Integrada, la cual combina la terapia individual y familiar, la Terapia Basada en el Apego, capacitaciones en habilidades dirigidas a los padres, la Terapia Dialéctica Comportamental Familiar, ofrecen reducción en las conductas asociadas al suicidio en adolescente. La autora expresa que son importantes las investigaciones sobre el rol que cumplen los profesores y los padres, cuál es la influencia de estos actores y las funciones que deberían cumplir.

Los entrevistados en líneas generales refirieron que las distintas técnicas o mismos las teorías que fundamentan el trabajo en estos casos, incluyen el trabajo con los progenitores y el entorno que rodea al adolescente.

Por otra parte, en las entrevistas se planteó que es importante romper con los mitos, que tienen que ver justamente con la invalidación, o mismo el hecho de minimizar lo que le sucede o desea expresar el adolescente. Resulta fundamental brindar apoyo al cuidador, y ofrecer herramientas para que puedan detectar posibles cambios en la conducta, que logren una escucha activa para con sus hijos/as, o mismo si tiene algún tipo de trastorno, psicoeducar a los padres para que puedan desde su lugar acompañar de forma funcional.

Así mismo refieren que cuando el adolecente se va de una sesión, se inserta inmediatamente en su entorno familiar, entonces es primordial que se pueda trabajar en conjunto con los padres, apoyándolos, sin juzgarlos e involucrándolos, ya que en caso contrario, el tratamiento resulta muy difícil. Es una función de las más importantes para los psicólogos/as en estos casos, que se evalúe el entorno, los padres, el círculo más cercano, brindando contención y trabajando en el armado de redes seguras en este sentido, trabajar en el hecho de no abdicar el lugar de padres, que es algo muy común en estos tiempos.

10. Conclusión

Partiendo de la pregunta de investigación que orientó este trabajo, vinculada a explorar los factores involucrados en la conducta suicida de los adolescentes, y cuál es el foco prioritario para el abordaje psicológico en estos casos, se puede enunciar que el objetivo general del presente trabajo fue alcanzado, y es importante destacar las experiencias y testimonios aportados por los profesionales psicólogos entrevistados, los cuales ofrecieron información muy variada y enriquecedora respecto a las intervenciones posibles para estos casos, información que fue analizada en paralelo con los hallazgos bibliográficos vinculados a esta temática.

Así mismo, teniendo en cuenta los objetivos específicos y en pos de describir, conocer y comprender dicha problemática; tanto la bibliografía obtenida como las entrevistas realizadas, aportaron información respecto a la posible etiología del comportamiento suicida, sus matrices variadas y multicausales, las cuales allanarían el territorio psíquico para consecuentes acciones, intentos, y un desborde que en el afán de terminar con el padecimiento subjetivo encuentra solución en el suicidio.

Más allá del enfoque personal de cada profesional, se destaca en absolutamente todas posturas terapéuticas, una mirada biopsicosocial de la problemática, que demanda la necesidad de que cada psicólogo/a no trabaje en la soledad de su consultorio, apoyándose en otras disciplinas, colegas, realizando especializaciones y capacitaciones, o mismo trabajando en el contexto de una institución o en contacto con ellas, supervisando y de manera intersectorial. Lo complejo de la problemática radica en las dimensiones que abarca, con lo cual su abordaje tendrá que ser entendido también desde la complejidad.

La diversidad de intervenciones para estos casos, apunta generalmente a la disminución de los factores de riesgo y las posibilidades de enfocarse en la detección de factores protectores; pero lo paradójico, es que muchos de los elementos destacados como

riesgosos resultan ser los mimos que ofrecen continencia y un apoyo sustancial a la hora de pensar en los adolescente. Algunos de ellos pueden ser la familia, el entorno social, recursos cognitivos, la capacidad de afrontamiento, resolución de conflictos, entre otros.

Es así que en el análisis que ofrece este desarrollo, y más allá de que existan diversas intervenciones y que todas sean significativas; lo que se destaca como aspecto saliente o en común desde la visión de los datos reunidos y su análisis, dirigido también hacia los objetivos específicos planteados, es el peso que le impregna la disfuncionalidad familiar a los adolescentes con este padecimiento.

A su vez se advierte en el trabajo, que el desarrollo adolecente se corresponde con un rango etario que va desde la salida de la infancia hacia un primer periodo o ingreso a la adultez, donde en pocos años los cambios son realmente significativos para el individuo, cambios tanto físicos como psíquicos y sociales, con un viraje en este sentido mucho más radical que en otras ciclos vitales, donde se corre el velo y se manifiestan aspectos estructurales del individuo.

En virtud de los resultados obtenidos, y teniendo en cuenta los objetivos planteados en este trabajo, es dable destacar que los mismos han sido alcanzados de forma exitosa. Las entrevistas realizadas a los profesionales psicólogos/as permitieron enriquecer aún más la información existente en los registros bibliográficos, ofreciendo experiencias muy valiosas y concretas, que sirven como herramientas para el abordaje de esta problemática.

8. Aportes y Contribuciones de la Investigación

En el presente trabajo de investigación se logró aportar información de valor en distintos aspectos que hacen a esta temática, su posible etiología, entre ellos los factores perjudiciales que motivan la aparición de dichas conductas, como así también los acontecimientos que podrían ofrecer beneficios a la hora de enfrentar una crisis vital, como sucede en esta etapa del desarrollo adolescente, y que forman parte estructural del sujeto.

Así mismo, en el presente desarrollo, se ponen de manifiesto algunas de las posibles intervenciones y focos de atención, que posibilitan caminos viables para la labor profesional de los psicólogos, nutriendo también de información a otros profesionales que abordan esta problemática o mismo familiares y entorno social de cualquier adolescente que esté padeciendo esta situación.

Los hallazgos dan cuenta en principio que se trata de una problemática que trasciende la esfera de lo individual, privado y particular, y que incluye a diferentes especialidades, advirtiendo sobre la necesidad de un trabajo intersectorial, interdisciplinario y que, dada la gravedad y la complejidad del abordaje, advierte por supuesto la necesidad de políticas públicas concretas.

El desarrollo realizado, no solo cumple con los objetivos propuestos en primera instancia, sino que contribuye mucho más al respecto, denotando la demanda de una mirada transdisciplinaria, que no solo involucra a los profesionales actuantes sino que abraza las diferentes esferas que implican al paciente, como ser la familia y el entorno social, las cuales constituyen pilares fundamentales a la hora de intentar mermar el padecimiento subjetivo.

Dentro del universo multicausal, multideterminado, que engloba la conducta suicida en adolescentes, y producto de la elaboración aquí realizada, se destaca un conjunto de factores que subyace en esta problemática para los adolescentes particularmente, y que dan sustento emocional para el viraje hacia la conducta suicida y aumenta la vulnerabilidad de los jóvenes. Entre estos aspectos podemos advertir factores comunes en todos los casos, un alto grado de disfuncionalidad familiar, aspectos socio-culturales, no contar con una red de apoyo, trastornos mentales de base, abuso sexual y consumo de sustancias.

Las disfuncionalidades cognitivas, cognoscitiva, intelectivas e intelectuales, parecen ser consecuencia de lo mencionado en el párrafo anterior, no menos importantes, pero en orden secundario producto de dichos eventos matrices, dando lugar a una endeble capacidad de afrontamiento, resolución de conflictos, baja tolerancia a la frustración, donde aparecen pensamientos negativos, desesperanza, distorsiones cognitivas, conductas autolesivas, desregulación emocional, entre otras.

No solo la caracterización de estos aspectos se ajustan a las contribuciones de este trabajo, sino que resulta fundamental desestigmatizar el suicidio como un tema tabú a la hora de presentar programas psicoeducativos, donde se le pueda brindar información a los adolescentes como así también a las familias de estos, siendo el ámbito educativo el más propicio para esta labor, y donde parece ser según los datos recabados, que existe un alto interés por pare de los jóvenes para que estos temas sean tratados y a la vez ellos/as puedan ser escuchados.

En este sentido, otro de los aportes significativos tiene que ver con lo socio-cultural a tener en cuenta a la hora de realizar las intervenciones en conducta suicida con adolescentes, donde se destaca una variedad de artículos los cuales confluyen en el hecho de que son más los intentos de suicidio en mujeres que en varones, pero paradójicamente los suicidios concretados son más elevados en el segundo grupo. Métodos más letales, el rol de la

masculinidad en la sociedad, el acceso al sistema de salud, entre otras hipótesis tratadas, son algunos de los puntos en los que contribuye también este desarrollo.

9. Limitaciones de la investigación

En relación a las limitaciones que ofrece el presente desarrollo, podemos hacer mención de la posvención, un tema que si bien se encuentra dentro de la temática, en líneas generales, en los documentos obtenidos particularmente sobre adolescencia, no se profundiza sobre este aspecto, siendo que podría ser relevante a la hora de considerar los efectos en el entorno social del adolecente y como intervenir particularmente en estos casos donde se concretó el pasaje al acto.

De todos modos, los resultados obtenidos en este trabajo se consideran relevantes y ofrece distintas vertientes para posibles investigaciones futuras, profundizando en aspectos tales como el desarrollo adolecente y los recursos con los que los jóvenes llega a enfrentar y posicionarse en esta etapa, el trabajo mancomunado entre profesionales de salud mental y el desarrollo de programas intersectoriales para el abordaje de esta temática a nivel federal, la promoción de información a los adolescentes y familiares con la utilización de las nuevas tecnologías, y los avances culturales en pos alentar, la escucha, la empatía, el pedido de ayuda ante situaciones adversas, más allá del género, el sexo, sin tener que recurrir a conductas que atenten contra la propia salud y la vida.

Referencias

Alba Val y Míguez, M. Carmen (2021) La prevención de la conducta suicida en adolescentes en el ámbito escolar: una revisión sistemática. Terapia Psicológica vol.39 no.1. http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082021000100145

Barriga, L. (2023). Caracterización de la gravedad del intento de suicidio en adolescentes hospitalizados en un hospital público de Chile. *Investigación Clínica*, *64*(4), 451-459.

Bleger, J. (1963). Psicología de la conducta.

Bustamante V, Francisco; Florenzano U, Ramón (2013). Revista chilena de neuro-psiquiatría, Volumen 51 Nº 2 Páginas 126 - 136. https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-92272013000200006&script=sci_arttext

Caballero Díaz, A. I. (2023). Factores de riesgo, factores de protección e intervenciones en el suicidio adolescente. Una revisión sistemática.

Cañón Buitrago, Sandra Constanza, & Carmona Parra, Jaime Alberto. (2018). Ideación y conductas suicidas en adolescentes y jóvenes. *Pediatría Atención Primaria*, *20*(80), 387-397. Epub 00 de julio de 2019. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322018000400014&lng=es&tlng=es

Cárdenas González, E., & Hachi Castro, J. (2024). Prevalencia y factores de riesgo asociados al suicidio en adolescentes de Latinoamérica.

Cervantes, W., & Hernández, E. M. (2008). El suicidio en los adolescentes: Un problema en crecimiento. *Duazary*, *5*(2), 148-154.

Cortés Alfaro, A., Román Hernández, M., Suárez Medina, R., & Alonso Uría, R. M. (2021). Conducta suicida, adolescencia y riesgo. *Anales de la Academia de Ciencias de Cuba*, *11*(2).http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S2304-01062021000200029&script=sci_arttext

Del Casal, A. D. G., Enesco, C. S., de Albéniz Iturriaga, A. P., & Pedrero, E. F. (2021). Evaluación de la conducta suicida en adolescentes: Validación de la escala SENTIA-Breve. *Actas españolas de psiquiatría*, *49*(1), 24-34.

De Gialdino, I. V. (2006). *Estrategias de investigación cualitativa*. Editorial Gedisa.

Flechner, S. (2000). La clínica actual de pacientes adolescentes en riesgo¿ un nuevo desafío?. *Revista uruguaya de psicoanálisis*, (92), 209-226.

Folgueiras Bertomeu, P. (2016). La entrevista.

Fondo Nacional de Unidades para la Infancia (UNICEF). https://www.unicef.org/argentina/comunicados-prensa/suicidio-adolescencia

Fonseca-Pedrero, E., & Pérez de Albéniz, A. (2020). Evaluación de la conducta suicida en adolescentes: A propósito de la escala Paykel de suicidio. *Papeles del psicólogo*, *41*(2), 106-115.

González Chico, María Gabriela, Viteri Rodríguez, Juan Alberto, & Suárez Naranjo, Carlos Sebastián. (2021). Conocimiento sobre suicidio en adolescentes de la Unidad Educativa Aníbal Salgado Ruiz del Cantón Tisaleo. *Dilemas contemporáneos: educación, política y valores*, *8*(spe2), 00008. Epub 21 de abril de 2021. https://doi.org/10.46377/dilemas.v8i.2590

Gorbacz, L. (2013). Reflexiones sobre la aplicación de la Ley Nacional de Salud Mental. *Estrategias-Psicoanálisis y Salud Mental*.

Gusqui Girón, S. F., & Castro Aldás, V. Z. (2025). *Terapia cognitivo-conductual e intentos de suicidio* (Bachelor's thesis, Riobamba: Universidad Nacional de Chimborazo).

Hernández Bello, L., Hueso Montoro, C., Gómez Urquiza, J. L., Milanés, C., & Cogollo Milanés, Z. (2020). Prevalencia y factores asociados a la ideación e intento de suicidio en adolescentes: revisión sistemática.

Hernández-Palazuelos, G. (2011). Conductas suicidas. *Hipócrates Revista Médica*, *6*(27), 10-14.

Hernández-Sampieri, R., & Mendoza, C. (2020). *Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*.

Lafferrière, J. N. (2023). Prevención del suicidio: panorama legislativo en Argentina en 2023.

Ley de Salud Mental (2010). Página web Presencia de la Nación. https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26657-175977/texto

López-Diaz, R., Rivera-Heredia, M. E., Morales-Rodriguez, M., Hermosillo-De la Torre, A. E., Salazar-Garcia, M. A. & González-Betanzos, F. (2024). Programas de Intervención Para la Prevención del Suicidio con Jóvenes, sus Familiares y Amigos: Una Revisión Sistemática. Asociación de Psicología y Educación Facultad de Educación-CFP Universidad Complutense de Madrid.

López, G. A., & Salomone, G. Z. (2016). La ley de salud mental argentina y el psicoanálisis. Consideraciones a partir de un estudio exploratorio. *Anuario de Investigaciones*, *23*, 117-123.

Losada, A. V. (2014). "*Uso en Investigación y Psicoterapia del Consentimiento Informado"*. En Kerman, B. y Ceberio, M. R. (Comps.) En búsqueda de las ciencias de la mente. Investigación en Psicología sistémica, cognitiva y neurocientífica. Buenos Aires: Ediciones Universidad de Flores.

Martín del Campo, A., González, C., & Bustamante, J. (2013). El suicidio en adolescentes. *Revista Médica Hospital General México, 76(4), 200-9*.

Murcia, L. M. M. (2024). Programas y estrategias de Prevención de la Conducta Suicida: Reflexiones prospectivas. *Revista Iberoamericana de Psicología*, *17*(3), 65-76.

Organización Mundial de la Salud (2024). Salud Mental en Adolescentes. https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide

https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health

Ortega-Romero, M. (2016). Suicidio en adolescentes. chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://crea.ujaen.es/bitstream/10953.1/4025/1/Ortega_Romero_Marta_TFG_Psicologa.pdf https://crea.ujaen.es/handle/10953.1/4025

Ortiz, M. Á. C., Carretero, E. M., Martínez, L. F. L., & García, A. M. P. (2023). Eficacia de los tratamientos psicológicos para los comportamientos autolesivos suicidas y no suicidas en adolescentes. *Revista de psicología clínica con niños y adolescentes*, *10*(1), 6.

Real Academia Española. (2014). Vicisitud. En Diccionario de la lengua española (23ª ed., p. 2816)

Rubio González, Juan, Vega Álvarez, Alejandra, Weishaupt Barraza, Victoria, Muñoz Rocco, Daniela, & Ramos Thompson, Gabriel. (2022). Experiencias latinoamericanas en la prevención de la suicidalidad en jóvenes y adolescentes: una revisión teórica. *Psicogente* , *25* (47), 198-225. Publicación electrónica del 1 de mayo de 2022. https://doi.org/10.17081/psico.25.47.5070

Salazar, J. A. A. (2012). Aspectos psicosociales del comportamiento suicida en adolescentes. *Revista electrónica de psicología Iztacala, 15(2), 688*.

Salgado Lévano, A. C. (2007). Investigación cualitativa: diseños, evaluación del rigor metodológico y retos. *Liberabit*, *13*(13), 71-78.

Sánchez-Sosa, J. C., Villarreal-González, M. E., Musitu, G., & Martínez Ferrer, B. (2010). Ideación suicida en adolescentes: un análisis psicosocial. Psychosocial Intervention, 19(3), 279-287.

Valladares González, Anais Marta, López Angulo, Laura Magda, & Pérez Ineraity, Maydell. (2021). Necesidad de intervención en la conducta suicida en adolescentes desde la resiliencia. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, *37*(3), e1460. Epub 01 de septiembre de 2021.

Vargas, H. B., & Saavedra, J. E. (2012). Factores asociados con la conducta suicida en adolescentes. Revista de Neuro-psiquiatría, 75(1), 19-19.

Vieytes, R. (2004). "*Metodología de la investigación en organizaciones, mercado y sociedad".* Ed. Buenos Aires, Argentina: De las ciencias.

Villafaña Montiel, L. G., Oudhof Van Barneveld, H. A. N. S., & Mercado Maya A. I. D. A. (2019) Las relaciones objetales y el intento de suicidio una explicación psicoanalítica.

Wang, P. (2024). Perfil biopsicosocial de las autolesiones no suicidas y los intentos de suicidio en la adolescencia (Doctoral dissertation, Universidad Autónoma de Madrid).

ANEXO I

ENTREVISTA

"Intervenciones Psicológicas sobre Conducta Suicida en Adolescentes"

Preguntas:

1. Según su experiencia y conocimiento: ¿qué comportamiento, indicador o patrón podría responder a una conducta o ideación suicida en adolescentes?

2. ¿Es un fenómeno que se corresponde con un comportamiento netamente privado e individual del adolescente?

3. ¿Qué dispositivos de apoyo posee el psicólogo, o debería poseer, para la intervención en casos de conducta o ideación suicida en adolescentes?

4. En el ámbito hospitalario (público o privado): ¿Cree que los dispositivos de asistencia en salud mental para adolescentes con ideación o comportamiento suicida, cubre las expectativas necesarias para iniciar una cobertura propicia? ¿Podría nombrar aspectos positivos y negativos?

5. Entendiendo el rango etario aproximado que se corresponde con la etapa de la adolescencia: ¿Qué incidencia cree usted que tiene dicho periodo sobre la conducta suicida?

6. ¿Cuáles podrían ser factores de riesgo o factores protectores presentes en los adolescentes con estos padecimientos?

7. ¿Cree usted que se debe proporcionar información sobre esta temática a la población adolescente? En qué ámbito, como lo aplicaría etc.

8. De los datos recabados en la investigación, se advierte que las mujeres poseen mayores intentos de suicidio (que no llegan a concretarse), a diferencia de los varones que poseen menos intentos, pero mayores suicidios consumados. Desde su experiencia o apreciación: ¿Qué opinión podría ofrecer al respecto?

9. ¿Cuáles serían los abordajes posibles o recomendados a padres/madres/tutores de un adolescente en esta situación?

10. Recomendaciones para un trabajo correcto dirigido a la prevención de la conducta suicida en adolescentes.

ANEXO II

Formulario de Consentimiento Informado

Me ha sido explicado que el presente Trabajo Final Integrador, llevado adelante por Mariano Javer Maison (DNI 30.895.266) en la Facultad de Psicología y Ciencias Sociales de UFLO Universidad, posee como finalidad conocer las “Intervenciones Psicológicas sobre la Conducta Suicida en Adolescentes”.

Mi participación en la investigación consiste en responder desde mi experiencia las preguntas (10) de interés para el caso y aportar toda información que considere necesario al respecto. La participación es voluntaria y en cualquier momento puedo dejar sin efecto la presente autorización

Se me ha dicho que mis respuestas u opiniones serán confidenciales y sólo de conocimiento para el equipo de investigación, utilizada con fines académicos para el análisis de los resultados, resguardando mi privacidad y los resultados no serán ligados a mi información que se coloca al pie del presente consentimiento.

Habiendo sido informado/a sobre el objetivo de la investigación, acepto voluntariamente participar en este trabajo de investigación.

Firma:

Firma Profesional Informante:

Aclaración: Aclaración:

DNI: DNI:

Fecha:

ANEXO III

Transcripciones de las Entrevistas

Participante 1.-

1) Bueno según mi experiencia en el consultorio, los indicadores te podría decir que no son distintos a los que encontramos en la bibliografía básicamente, incluso las nuevas tecnologías nos dan algunas pautas de cómo se van a expresar esos indicadores quizás, por ejemplo las expresiones de desesperanza, que suelen darse después de un evento precipitante de la aparición del comportamiento suicida, o mismo de comportamientos autolesivos no suicidas. Entonces me parece que solo las formas son las que se van adaptando a las actividades, al contexto y a sus formas de vida, pero bueno los indicadores resultan ser los mismos que nos indica la bibliografía existente. También podríamos decir que existen particularidades respecto a las características de la personalidad del adolescente, algo que aparece muchas veces en construcción podríamos decir, quizás algunos que muestran aspectos propios de un trastorno límite de personalidad, pero bueno no es lo común.

Dentro de esto que te digo que coincide con la bibliografía, vamos a ver expresiones de desánimo, desaliento, impulsividad para la resolución de conflictos, desesperanza, sentimiento de vacío y sin sentido, sentimientos de culpa que empiezan a aparecer en múltiples intentos de manejar aquello que provoca el sufrimiento y no es posible; en parte porque muchas veces la personas carece de esos recursos, y otras veces porque el entorno no acompaña.

Estoy trabajando y escribiendo un material respecto a algo que me parece importante, que es el hecho de que el contexto suele presentar características desfavorables respecto a la calidad

comunicativa, la transmisión de herramientas para el manejo saludable de emociones y la resolución de conflictos, y aparece mucho esto de invalidar el sentimiento del adolescente, esto de “qué problema poder tener vos con 13 años”, esto sostiene la aparición de indicadores de alarma, por eso la importancia del trabajo con la familia y el contexto no?.

Las autolesiones no suicidas, aparecen muchas veces como forma de manejo sobre la regulación de emociones, de ciertos momentos o ciertas irrupciones en la vida, en relación a diversas exigencias.

Y estoy viendo también que muchos pacientes tienen antecedentes de abuso sexual infantil, intrafamiliar, que en algún momento durante la adolescencia empiezan a revivir ciertos recuerdos, donde aparece el TEPT, que hacen que vayamos para el lado de la autolesión no suicida o mismo que instalen la ideación suicida a partir del intento de manejar ese sufrimiento, lo que me parece un campo interesantísimo para estudiar.

2) Te puedo decir desde el abordaje clínico mío, desde mi experiencia con adolescentes, la mayoría están cursando algún trastorno del estado anímico, que tiene lugar, origen en varios factores, lo relacional, lo familiar, lo cultural, la situación socio-económica. También el desarraigo, pensá que yo estoy en una provincia donde la gente se traslada mucho para trabajar es un lugar árido, patagónico, no hay nada, el clima es horrendo, imagínate gente que viene desde otros lugares a trabajar, que se yo de Misiones que es hermoso, pasa a vivir acá y bueno el desarraigo es una condición bastante particular que no define al proceso suicida, que no es obviamente el único tema, pero si suma y se suma a otros factores del adolescente.

Después tenes también la historia de vida personal del paciente, que se da mucho en la casuística, y tiene que ver con la violencia intrafamiliar, que puede ser de muchos tipos, de género, económica, incluso la violencia sexual.

Cuando en una familia aparecen las invalidaciones, y la violencia, bueno esto allana el camino para la aparición de este tipo de comportamiento.

3) La ley nos dice que el abordaje tiene que ser interdisciplinario, por lo tanto partiendo de ahí el que no lo hace está faltando a la ley. En el ámbito estatal los profesionales trabajan de forma reglada digamos, osea hasta hay un juzgado interviniendo, en el ámbito privado la cuestión es distinta, quizás algunos colegas no todos, no toman estas herramientas que la ley atribuye.

Éticamente creo que cada profesional debe hacer supervisión cuando el profesional lo necesita. Dispositivos como el nuestro requieren supervisión, en el sentido de lograr crecimiento.

En relación al autocuidado, bueno a cada uno le pega distintos, quizás para algunos profesionales esto pega más o pega menos, pero bueno cada uno puede evaluar eso y también buscar apoyo, que bueno es muy importante.

Por otra parte los espacios académicos son fundamentales, a nosotros la ley nos dice que el profesional que trabaje esto tiene que estar especializado, y cada intervención que el psicólogo hace pone una piedrita para acá o para allá, y es una balanza complicada.

4) Yo trabajo en el ámbito hospitalario, me recibí allá por el 2015 en Entre Ríos, y volví a trabajar a Las Heras, Santa Cruz.

Santa Cruz, Las Heras puntualmente, es conocida como la capital nacional del suicidio adolescente, porque una autora que no me gusta, sacó un libro que se llama “los suicidas del findel mundo”, hablando de una ola de suicidios que ocurre en Las Heras, y queda ese estigma. Está autora habría tergiversado algunas entrevistas, y la información pasó y bueno, nunca nadie dijo e hizo nada, imaginate que el libro es del 2005 y todavía hoy en las charlas

que doy o entrevistas, este tema aparece, y nada se trabaja un poco en esto, en sacar ese estigma.

En virtud de esto tengo que decir que el tema en Las Heras es sumamente sensible, y actualmente cambió bastante la mirada sobre este tema, hay otra apertura. Al día de hoy el único dispositivo que existía en Las Heras era el hospital distrital que cuenta con un servicio de salud mental, del cual formo parte, junto con psiquiatras, que se dedican al abordaje más que nada individual. En este hospital se hacen guardias, rotativas, pasivas, tanto psicólogo como psiquiatra, y muchos de los ingresos por guardia tienen que ver con ideación suicida, comportamientos autolesivos suicidas o no, y en esto hay un dato muy interesante, que es que acá en Santa Cruz, el 30% o 35% de los intentos, son con la ingesta de medicación.

El año pasado, se intentó la convocatoria de una mesa intersectorial para el abordaje de estos casos, qué bueno es lo que la ley nos dice, que está buenísimo, el gran problema es que transformó en un espacio catártico que no cumple ningún objetivo al final. Hablé con el director para poder avanzar en la capacitación y demás, y bueno no tuvimos ningún resultado. Debido a esto y viendo que no se avanzaba, como conocía gente de la pólitica y demás, tuve diversas reuniones donde lleve las necesidades de muchas personas del lugar, y debido a esto es que termine creando un “centro municipal de abordaje integral del suicidio”. En este centro yo soy el director, trabajo con un psiquiatra, dos psicólogos más que hacen atención y demás, y una licenciada en educación, y tuvimos el aval de la parte política que se encargó de asegurarnos la parte edilicia porque el proyecto cuando se presentó le interesó. Este centro propone cumplir con el abordaje que establece la ley, que sería atender a las personas de manera gratuita, con un espacio también de orientación que tiene ver con poder responder a comunidad sobre las dudas que tengan al respecto en relación al suicidio o salud mental,

hacemos sensibilización, promoción y prevención del suicido, hacemos capacitaciones a instituciones gubernamentales y no gubernamentales, y también hacemos posvencion.

Es muy importante, nos vamos nutriendo en este sentido, porque la realidad es que las instituciones trabajan muy cada una por su parte, y esto de la intersectorialidad es muy interesante, y es algo que estamos haciendo acá en Santa Cruz, es un esfuerzo importante.

Como te decía 30 0 35% de los intentos se dan con la utilización de fármacos, pero siempre el número más alto de estos intentos y esta modalidad es de mujeres.

5) Todas las etapas de la vida tienen sus propias complicaciones. En esto que planteas bueno, el Dr. Coronel, que el psiquiatra que trabaja conmigo, explica en su disertación en un encuentro sobre la salud mental en la adolescencia, algunas características biológicas de formación del cerebro, que tienen que ver con aspectos que "podrían" llegar a facilitar la aparición de ciertos procesos, por ejemplo la poda sináptica, cierto mecanismo biológicos que actúan en la respuesta del placer, cierta formación tardía en la parte de la corteza prefrontal donde se pone en juego la planificación y la toma decisiones sin tanta impulsividad, dependiendo el desarrollo, etc., todas condiciones que son propias y normales en el desarrollo del ser humano y que pueden influir, lo que pasa que tenemos que dejar de ver a la adolescencia como una etapa problemática, porque la adolescencia es, y la hemos pasado cada uno de nosotros y cada con características que quizás están re bueno y otras no.

Entonces desestigmatizar la adolescencia como si fuera un período problemático viene siendo el primer paso. Después bueno, lo que pasa que hay que ver cual es el contexto que le ofrece al adolecente al momento de estar en esta etapa del desarrollo; y seguramente que un contexto más vulnerable, invalidante, va a dar lugar a estas posibles situaciones.

Pero sí, por otra parte, si es cierto que es una etapa de muchos cambios, una etapa de búsqueda de sentido e identidad, y acompañado de estos cambios biológicos, aparentemente en la casuística tradicional, sí se da esta cuestión de que el adolecente podría presentar más riesgo, o que existe ideación suicida y demás; pero igual creo que eso lo presentan distintos factores, por ejemplo las familias que llevan a los hijos/as consulta porque no habla, porque está teniendo problemas o presenta algún signo de alarma, pero el pibe es un síntoma de lo que ocurre en el contexto, osea el pibe no nace de un repollo, porque si el pibe presente problemas, aislamiento, escasa comunicación, dificultad en el manejo de emociones o en la resolución de conflictos. Por eso es importante empezar a mirar un poquito más allá, porque todo está dado como para que suceda, pero sería importante ver cuáles son las causas, y trabajar sobre eso, no solo quedarnos con los números y las estadísticas.

6) Los pibes, más allá de todo, sufren mucho el hecho de que no pueden ser escuchados, y más en esta ciudad, donde como te dije está estigmatizada como la capital nacional del suicidio, entonces esto es un gran factor de riesgo.

Factores de riesgo nombre un momento, estos mismo factores, el contexto por sobre todo, puede funcionar como factor protector, de hecho lo son, el tema es ese. Más allá de todo lo que dice la bibliografía, que estamos de acuerdo, es así, pero bueno, el adolescente es funcional a ese entorno, como te decía antes es el síntoma de un contexto particular, no es un ente aislado.

7) Si, como te decía, Las Heras es conocida como la capital del suicidio adolescente, gracias a cierta información mal dirigida. Nosotros damos charlas, entrevistas etc., es muy importante poder información, aparte quieren saber, pero hacerlo bien porque es un tema delicado, pero gracias a esa mala información hoy te puedo decir también que hablamos mucho sobre este

estigma, y bueno dio lugar también a poder conversar sobre estas cuestiones. Como te decía es sensible y hay que saber encararlo.

8) Si, la bibliografía nos dice que esa diferencia está en la elección de los métodos letales, métodos quizás más violentos que diferencian a hombres de mujeres. Creo que tenemos formas de procesar y de manejar las cosas de forma diferente. Yo he atendido muchas más mujeres, pero los varones que atendí, te podría decir que son mucho más impulsivos, con menores cualidades para el manejo de emociones y resolución de conflictos, y escasas cualidades comunicativas, y ahí entra algo de personalidad y algo de crianza, esta cuestión de estar criados en ambientes machistas, mucha invalidación pero complicados también casos de violencia. La mujer tiene mayor voluntad para buscar ayuda, busca ayuda mucho más pronto y les es más fácil que a los hombres. Otra cosa quizás interesante, es que hay mas consultas de hombres por consumo de sustancias que de mujeres, por ejemplo quizás no manifiestas ideación suicida, pero han hecho intentos de suicidio en estados alterados de conciencia por intoxicación alcohol o cocaína, entonces llegan a la consulta en ese momento, mucho más que las mujeres.

Devuelta, acá también es importante entender esto que vos decís desde lo que hablábamos antes, poder revisar las causas, ver porque pasa esto y no solo quedarnos con la diferencia más estadística, y bueno esto de la predisposición a la consulta, la comunicación y demás, quizás tiene que ser material de estudio.

9) Yo creo que cuando uno se plantea un dispositivo de abordaje, cuanto más amplio lo plantea, tiene mayor posibilidad de suplir ciertas necesidades. Según la ley, la escuela sería el lugar donde se realiza la prevención, orientación y la detección, y el fortalecimiento de factores protectores, que de hecho en muchos estudios de eficacia de los programas de

prevención se ven los resultados, aparece una mejora digamos, y esto como se dice se hace en el ámbito escolar, dirigido a padres y alumnos.

En el ámbito educativo como te decía, es importante trabajar con todo, alumnos por un lado, y de manera más ampliada, con docentes y con los padres. Mientras más información manejemos todos en el mismo criterio, cuáles son los circuitos y a donde tenemos que recurrir, y mientras más información podamos brindar, estaríamos haciendo una prevención bien direccionada, que después deberá ser medida de acuerdo a su eficacia.

Quizás sería genial trabajar sobre la sensibilización de la problemática, entender que es algo que puede pasar en cualquier lugar, en cualquier grupo, pero como las estadísticas se enfocan en un rango más elevado para los adolescentes, entonces ahí quizás hay que estar un poco más atentos. Y respecto a esta sensibilización, también disminuir los mitos, y comprometer a los padres como parte del problema pero también como parte del abordaje. Porque si vos haces todo esto, y los comprometes como parte del problema, pero no le facilitas herramientas para solventar esa demanda, te quedas en la nada.

10) Si, las recomendaciones creo que en todo lo que fui diciendo es como que fui soltando algunas. El trabajo intersectorial, genuino, particularmente en adolescentes la escucha, pero no solo en los momentos de crisis, sino también entender que el adolescente necesita ser escuchado.

Participante 2.-

1) No hay uno solo, tipo modelo o patrón, sino que abarca un amplio espectro de conductas que hacen al proceso de ideación. Ideas de muerte, llevar a cabo algún plan, tener sensación de vacío o desconexión, o falta de energía para encarar situaciones cotidianas; y expresan un

deseo concreto de no querer vivir. Otro tipo de comportamiento muy común en adolescentes, son las conductas autolíticas, autolesiones, como te dije ideas de muerte, y ver si en algún momento ellos tienen elementos para llevar al acto esto, si tienen acceso a elementos cortantes. Cuando ya hay plan suicida, ellos ya describen el método, todo el camino por el cual alcanzar ese objetivo.

2) Podríamos decir que no, que es una problemática mucho más compleja, que muchas veces no tiene que ver con una patología individual, porque es un fenómeno que nosotros los pensamos como multideterminado, multicausal, que tiene muchas dimensiones, y si tenes en cuenta los factores que pueden llevar a una persona a una conducta o comportamiento suicida se debe tener en cuenta lo social también lo individual, lo cultural y familiar.

3) Bueno al ser una problemática compleja el abordaje debe ser también complejo, hay que trabajar estos casos de modo interdisciplinario y esto incluye profesiones que tienen que ver con psicología, psicología social, psiquiatría, médicos clínicos, en algunos casos acompañantes terapéuticos, trabajadores sociales, un trabajo que implique la interdisciplina y que podamos abordar al paciente de un modo más integral, es sería la estrategia; y también el trabajo intersectorial y el armado de redes, esto implica tener en cuenta redes afectivas, si es el que paciente las tiene, incluir a las familias si facilita el acompañamiento en este, contar con referentes afectivos, osea ir explorando un poco el entorno para ver quienes pueden acompañar durante el proceso. También la escuela en el caso de los adolescentes, es una institución que permite armar redes, porque los chicos pasan muchas horas en la escuela, y muchas veces sus referentes afectivos están ahí, docentes, preceptores, alguien con quien puedan hacer vínculo. En el caso de que también haya intervención de la justicia, también se puede hacer trabajo intersectorial con ellos, en donde el servicio local, de protección de niñez

y adolescencia hacen su parte y contribuyen a la mejora, porque intervienen en otros aspectos.

4) Los dispositivos asistenciales que yo conozco son los que están en el ámbito público, que se empiezan a generar debido a la alta demanda, y que tiene que ver con la posibilidad de poder armar equipos para el abordaje de estos casos que muchas veces superar la posibilidad de ser abordados en un centro o una salita en el ámbito del territorio, porque justamente requiere de un abordaje más completo, entonces a veces los psicólogos de territorio cuando reciben estas problemáticas optan por el llevar el caso a lugares en donde sean más especializados en el tema, justamente por la complejidad que tiene esta problemática. En los ámbitos privados la verdad que desconozco si existen dispositivos. Y en lo que es la clínica privada o individual, bueno muchas veces se hace complejo el acompañamiento si es que no se puede convocar a actores que formen parte de esta red de apoyo.

5) En relación a esto es importante tener en cuenta que la adolescencia es una etapa difícil en cuanto a cambios y transformaciones, la formación de la identidad, el inicio de un proyecto de vida, cuando todas estas cuestiones no están bien consolidadas la verdad es que el adolescente es una de las personas más vulnerables en relación a estas conductas, ya que no hay un buen manejo de emociones, no saben gestionarla de manera eficiente, de manera efectiva, entonces muchas veces lo lleva a sentir estos sentimientos de desesperanza por no poder lograr ciertos aspectos que son esperables por ahí para la edad. Son entonces propensos a desarrollar este tipo conductas relacionadas a lo auto lesivo, que pueden llevar a o no a algo peor, algunas veces las angustias recaen en conductas autolíticas y no sobre una conducta suicida, hay que evaluar las diferencias estas en el caso de los adolescentes.

6) Bueno primero ver si hay riesgo a nivel persona, esto quiere decir poder evaluar la subjetividad del adolescente, si tiene pensamientos negativos, cómo está su nivel de

autoestima, si cree que vale poco que vale mucho, si tiene estima propia, si es impulsivo, cuestiones que tienen que ver más con aspectos de la personalidad. Pero después hay otros factores que también son importantes para evaluar riesgo que son los vínculos, relaciones interpersonales, interacciones sociales negativas, peligrosas, conflictos que tiene que ver con la familia, con su entorno más cercano; factores de riesgo más bien relacionales o vinculares, que tiene que ver con los amigos, o mismo el hecho de no estar preparados para llevar adelante alguna pérdida. Por otra parte también cuestiones que tienen que ver con el contexto social, tener en cuenta el entorno en que se desenvuelve, donde lleva a cabo sus rutinas, si tiene o no grupo de pertenencia, si tiene condiciones sociales donde se está muy inseguro, muy expuestos; bueno también todo el contexto virtual y tecnológico de la época es algo que si no está regulado y controlado también los expone como un factor de riesgo más.

7) Si, la información hay que brindarla, fundamental, sobre todo en los lugares en los que los jóvenes se desenvuelven, donde llevan a cabo sus actividades, la escuela, espacios públicos, centros comunitarios, espacios donde ellos se reúnen, espacios de encuentro o de trabajo si es que lo tienen; es importante porque se sienten más contenidos a la hora expresar lo que les pasa, que puedan identificar factores de riesgo, pero es importante que se lleven adelante estas campañas, charlar, etc. de sensibilización de esta temática, para que los jóvenes puedan identificar tanto los factores de riesgo como protectores. Antes se pensaba como un mito, existe cierto prejuicio alrededor de la temática, y bueno muchas veces no sienten que hay confianza para hablar de estos temas, y por eso es importante la transmisión de información.

8) En relación a esto, creo que más allá de si es hombre o mujer quien lleva adelante la conducta suicida, hay que tener en cuenta las señales de alerta, todos pueden ser diferentes, su subjetividad es distinta, como así también sus formas de expresarlo, cada caso es diferente, y

es importante tener en cuenta que estos casos no se van a abordar de la misma manera, porque cada caso es diferente, la persona está intentando elaborar algo que le es insoportable.

9) Antes que nada atención y acompañamiento, disposición a acompañar, a prestar atención, escuchar, generar un ambiente de confianza, estar cerca, mostrar empatía, sensibilidad ante comentarios y emociones, que muchas veces son difíciles de poner en palabra para ellos. Bueno también cuando empiezan a hablar de la temática, que es una temática difícil, no interrumpirlos, no juzgarlos ni exponerlos; y bueno después ver con que red social cuentan explorar un poco esa parte, si hay apoyo social, familiar, profesional, como para empezar una primera contención en este tema.

10) Bueno la prevención en estos casos es clave, fundamental, tiene que ver no solo con el apoyo emocional, en el momento específico, propicio, cuando suceden estas conductas, sino también con la posibilidad de hablar del tema, eliminar los prejuicios, los estigmas sociales que hay alrededor, trabajar en psicoeducación brindando por ejemplo habilidades de regulación emocional, recursos de afrontamiento, y como te decía antes, esto requiere de un abordaje complejo, diferentes saberes y miradas, todo lo que hace a la interdisciplina, la intersectorialidad, que participen sectores donde el joven también se mueve, como decíamos la escuela, la comunidad, la familia, desde esta posición, pensar estrategias desde la corresponsabilidad, vincular a la persona y al entorno, ya que de ahí derivan varios de los factores de riesgo también.

Participante 3.-

1) ¿Conducta en qué sentido? Porque muchas veces se habla de conducta suicida desde un plano más psicopatológico, casi como si fuese un diagnóstico, porque bueno yo no estoy

mucho en esa línea, yo lo leo más desde las violencias, como violencia auto-inflingida, y no como algo patológico. Respecto a indicadores, bueno cuando nosotros hacemos capacitaciones y demás, siempre marcamos esta diferencia entre lo que es la ideación suicida y las ideas de muerte; cuando hay ideación, el punto principal es que hay algo muy marcado, me voy a matar de tal manera, en tal lugar, a tal hora, como que hay un plan. Las ideas de muerte son muchas más vagas, me quiero morir, no quiero estar más en el mundo, pero cuando vos preguntas un poco más, no hay una materialización, osea no se enuncian pasos o elementos para ese fin. Por eso la ideación es de un nivel de urgencia, no es lo mismo que una idea de muerte, hay que poder diferenciar eso.

En lo que respecto también a la conducta, nosotros siempre estamos deslindando tanto lo que son auto lesiones con intención suicida de las que son sin intención suicida. Muchas veces es difícil establecer ese límite, pero otras veces es muy claro. Porque muchas veces se escucha que dicen "yo no me quería matar", pero otras veces se empiezan a ver métodos más letales, como que se empieza a cronificar, y ahí es donde uno ve que esta idea se empieza a materializar, la idea empieza a ser más concreta.

2) No, nunca es privada. Osea tiene un nivel más subjetivo, pero lo que se ve es que siempre es multifactorial, lo pensamos siempre de forma compleja, el sujeto insertado en un contexto, el cual tiene mucho que ver con el sufrimiento, el padecimiento. De hecho uno de los tabúes que tiene el suicidio es leerlo en ese código, de que no se habla porque es algo privado, y también que muchas veces es linkeado con la locura, osea se mató porque estaba loco, como que solo se puede matar el que está loco.

3) Las recomendaciones generales, osea yo estoy en el ministerio de salud, y puede decirte desde las cuestiones más ministeriales hasta la cuestión más clínica. Siempre hay que diferenciar cual es la situación, si se trata de una autolesion en la que en cierto modo se está

vehiculizando cierta angustia o si estamos frente a un intento de suicidio claro, me parece que lo primero que tenemos que pensar como psicólogos es no trabajar solos. Con las autolesiones también, no es que no, porque siempre está bueno pensar las cosas de un modo más amplio, quizás en el campo de la psicología se suele pensar las cosas de un modo clínico y solitario, como de qué bueno que pasa cuando llega esto al consultorio, pero es necesario pensarlo más en que estas cuestiones requieren de un abordaje más institucional, que un abordaje clínico individual de un psicólogo; osea requieren por ahí un poco más. La herramienta principal es no quedarse en soledad, siempre pensar en algún tipo de soporte. Supervisar también, la herramienta de supervisión sirve mucho. Hace poco en un foro leía, en un foro de psicólogos, decían: “una paciente mia tuvo un intento de suicidio, fue a una guardia y la atendieron ¿tendría que escribir a la guardia?”, la pregunta estaba buena, pero sí, claramente se tendrían que empezar a establecer esos lazos, tiene que haber algún tipo de articulación. A los psicólogos nos cuesta un poco todo esto, somos un área bastante solitaria, que es contrario a lo que hay que hacer en estos casos.

4) Depende, en algunos lugares si en otro no. Digo, pasa mucho que un intento de suicidio cae en una urgencia, se lo estabiliza al paciente y se lo manda devuelta a la casa, sin ningún tipo de evaluación más profunda, de evaluar cuanto riesgo hay, osea el intento de suicidio es tan grave como si una persona hubiera tenido un ACV; como que llama la atención eso de que a veces medio se lo ignora. Igual algunos servicios si otros no, no es que todos los servicios son iguales, y también es muy heterogéneo lo que pasa en un público y un privado, muchas veces el público responde mejor, y también es muy heterogéneo a nivel nacional, osea no es lo mismo lo que puede pasar en CABA, que en un pueblito de Jujuy, por dar un ejemplo, es muy distinto cómo se articulan los equipos y demás. Acá quizás tenemos muchos recursos, pero también estamos más fragmentados, y con una lógica más expulsiva de

atender más gente, y más de derivación. Es difícil decir su cumple, porque se requiere hacer una evaluación del sistema público y privado, te digo que sería un temazo de tesis.

5) Me es difícil responder, porque como te decía no lo leo mucho en esos términos. Quizpas si hablamos de auto lesiones, que no es que sea suicidio, pero sí ahí se ve algo muy de la adolescencia, que se ve mucho (auto lesiones) entre los 12 y 16 años, como que es es el pico, y despues ya no se ve mas esa práctica, me reiero a cortes, quemaduras, ese tipo cosas, pero bueno esto lo marco porque muchas personas esto lo consideran conductas suicidas, pero bueno como no uso mucho esa categoría, digo auto lesiones sin intención suicida en esa edad aproximadamente se ve eso. El intento de suicidio, pensando un poco en el rango etario de 10 a 19 años aproximadamente, pero si ves los datos de suicidios consumados se dan mas que nada de entre los 20 y los 24 años, muchas veces se desplaza un poco este rango, pero va por ahí. Entonces digo no sé si es algo tan solo de la adolescencia, ahora sí, y esto fue parte de mi tesis, el impacto en la agenda pública sobre el suicidio de un adolescente, muchos más que si se suicida otra persona, es como que tiene mayor impacto social.

6) Hay un montón, por ejemplo hablando un poco de lo individual, un suicidio en la familia es factor de riesgo, si tuvo un intento anterior es un factor también. Factores protectores, bueno que esté en una familia continente no es lo mismo que en una punitiva, la interacción social. Hay mucho sobre esto en los textos, nosotros desde acá desde donde yo trabajo, estamos utilizando un modelo más de lado de la salud colectiva, de una línea que viene de Brasil, que habla más de vulnerabilidades, y que justamente ponen el acento en lo que es el contexto. Porque bueno uno de las cuestiones que vas a ver es que en general se usa mucho el enfoque de riesgo, y una de las problemática más importantes que tiene el suicidio es el lazo social, y si uno empieza ver en los documentos de salud, la bola que se la da al lazo

social, vas a ver que queda medio añadido, como más de detectar factores no sé si se entiende.

7) Si, seguro. Una cuestión que surgió en una presentación que se hizo creo que el año pasado o el 2022, sobre un documento que se hizo en el Ministerio de Educación sobre suicidio, se empezó a hablar un idea, como lo que fue ESI en las escuelas, como algo que trabaje cuestiones más relacionadas a la muerte, a las violencias. Sobre eso hay muchas discusiones, si es o no responsabilidad de la escuela tocar esos temas, si se puede o no. Si pienso que se podría dar información si, y en general te diría que hay, tampoco es algo que no se habla todo el tiempo, pero existe un prejuicio también sobre eso, como que pareciera que nadie habla etc., está mucho más visible. De hecho también las redes sociales ponen en alerta hoy estos temas, cuando se detectan; digamos que es un tema que anda medio flotando ahí.

8) En Argentina los datos de mortalidad son certeros y precisos, los suicidios están registrados pero los intentos no tanto, no hay una fuente tan precisa de eso, sí de las muertes. Lo que si podes ver es que los mecanismo, osea como que los varones utilizan mecanismos más letales que las mujeres; ahorcamiento, armas de fuego quizás se ve más en los varones, y en las mujeres tirarse al vacío, envenenarse, cortarse las venas, ese tipo de cosas. Esto un poco si lo seguís te das cuenta como que va cambiando, actualmente ambos sexos utilizan métodos similares.

Sin embargo cuando te pones a trabajar con lesiones sin intención suicida, haces cualquier relevamiento de investigaciones que hay, siempre la prevalencia es mucho mayor en mujeres que en varones, pero no son intentos de suicidio, son autolesiones, por eso digo que hay que ver como se lee, pero si, la prevalencia es mayor en las mujeres en estas autolesiones, y la brecha cada vez es más grande entre varones y mujeres. Y después sí, responde a una

cuestión cultural, osea como se socializa un varón y como se socializa una mujer, donde quizás el varón tiene cierto manejo de la violencia mucho más directo, como esta cuestión de resolver más tajante, utilizando métodos más letales como te decía.

Después una cosa muy importante, es que los varones no tienen mucha relación con el sistema de salud, la prevención, por lo general la mujer tiene más contacto. Los varones toman contacto con el hospital cuando necesitan algo urgente; de hecho el sistema de salud está más pensado para las mujeres que para los varones, la política también está pensada así. También está la cuestión del aguante, el varón que tiene más aguante y todo, que bueno todo tiene que ver con cuestiones de género.

9) La contención, contener a los hijos, armar redes, estar atentos con los adolescentes pero sin invadir. Porque lo que se ve es que la familia tiene mucho que ver en esa situación que lleva al sujeto a lastimarse. Osea ya que vaya una persona acompañando, alguien que esté preocupado, todo eso ya es un montón en estos casos, no siempre se ve todo eso, hay un montón de cosas que se deben tener en cuenta, nosotros como psicólogos debemos evaluar qué pasa en el círculo más cercano, padres y sus funciones.

10) En los documentos que elaboramos hay un montón de recomendaciones, son más para equipos de salud, no tanto para el psicólogo únicamente. Bueno por ejemplo, entre las recomendaciones siempre tener en cuenta la escucha activa, quizás una cosas que para mí es una herramienta, trabajar sobre los mitos alrededor del suicidios, con los imaginarios (yo les digo imaginarios), porque eso ayuda como a poder también cuestionar qué ideas preconcebidas se tiene sobre el tema, tanto a nivel individual como a nivel grupal. Otra cosa que te decía, trabajar en equipo, pensar cómo se podrían trabajar esas cuestiones, con quien. Después hay todo un campo que es la posvención, se puede leer como prevención, que es el

hecho de que después de un suicidio se hacen intervenciones en el contexto para que no se den más suicidios.

La mirada mía es más del equipo y eso, me cuesta pensar en el psicólogo solo en el consultorio, pero si puede pasar que te lleguen estas situaciones, y bueno ahí tenes que maniobrar con las herramientas que tenes. Lo que no hay que hacer es asustarse, pero bueno por eso digo de trabajar en equipo, y si es entendible que no es nada fácil tener una persona adelante que se autolesiona.

Participante 4.-

1) Bueno en principio, relacionado a la ideación, estás conductas que pueden ser autolesiones, por lo menos eso es lo que más veo en el consultorio, quizás refieren que no tiene la intención de suicidarse, o al menos eso muestran, pero ahí se empieza a ver alguna desregulación emocional. Me pasó quizás de ver pacientes que se quemaban, o cortes muy chiquititos quizás con una frecuencia alta en un momento de desborde. Son trabajos más del lado de la DBT, y esto que marca Linehan bueno es un poco lo que se ve.

2) Se puede ver un poco lo social y lo biológico, como estos dos componentes. Osea lo biológico está, pero es importante el rol que cumple el entorno, familiar etc., un entorno que invalida o mismo una red que en realidad no existe, por tanto no sostiene. No es individual, sino que existen diversos factores.

3) Y bueno, en mi opinión yo creo que es fundamental tener una formación. No conozco mucha gente especialmente formada en suicidio. Es importante para los profesionales además, poder conocer y saber que modelos tienen mayor evidencia y funcionan más que otros; por eso te decía DBT es uno de los que más reconocimiento en este tema, hay otro

también, pero bueno es importante saber que protocolo se activa cuando tenemos un paciente en esta situación. Los protocolos existen, y como existen buenos debemos conocerlos. De hecho en las universidades creo que se da poco, no hay mucha información de cómo trabajar estos casos y desde qué enfoque hacerlo.

4) Del ámbito hospitalario público no tengo tanto conocimiento como funciona, quizás tuve un poco más de contacto con lo privado, por mis pacientes, quizás en algún caso en que tuvimos que trabajar también con los familiares, pacientes que tuvieron que internarse, bueno no he escuchado tanta formación en DBT, si obviamente está el contacto con el psiquiatra, con el psicólogo, la internación se hace, te buscan la cama, osea las puertas en el ámbito privado estaban abiertas, a diferencia del ámbito hospitalario público, que te puedo contar el caso de una paciente, que atiendo hace ya algunos años, que ella vino derivada de un juzgado porque tuvo conductas que atentaban contra su vida, los padres la internaron pero al poco tiempo decidieron sacarla porque no estaban de acuerdo en cómo era el trato en el ámbito público, al ser menor estaba judicializada la causa. Un muy mal manejo del hospital, todo muy desprolijo, de hecho nunca se comunicaron conmigo ni nada.

5) Lo que se ve mucho es quizás en ese cambio, del paso a la secundaria, aparecen diversos cambios, a nivel biológico, psíquico, pero en muchos casos obvio al conocer su historia uno reconoce ciertos eventos o un ambiente más invalidante, como que esto está muy presente. Es una edad donde empiezan a incorporar redes sociales nuevas, los padres se preguntan ¿es normal que esté tanto tiempo en la pieza? Y, un poco sí un poco no, hay que estar como más atentos, no sé, sale un miércoles y vuelve a las 4 de la mañana, tiene 14 años, hay que ver qué está pasando

6) Factores de riesgo y factor protector pueden ser los mismos, puede ser riesgo o eso mismo ser proteger a la persona. Tener un especio, bueno quizás yo soy un poco creyente, y lo que

noto al menos en la iglesia a la que voy es que hay distintos dispositivos que abarcan muchas edades, y eso hace que distintos niños/as y adolescentes se sientan parte de ese grupo. Un factor de riesgo quizás importante es el entorno social del adolescente, su grupo de amigos, donde aparece el consumo de sustancias o conductas problemáticas cuando el entorno no ayuda, y es algo realmente importante en los jóvenes. Incluso la escuela, puede ser también protector o mismo de riesgo, tuve el caso de un chico que me contó cosas que le decían en la escuela, y bueno, él se las creyó, es así.

7) Si, seguro. Uno creo que no les interesa, pero después te das cuenta que están enganchados con el tema. Parece que vengo a publicitar DBT pero bueno, DBT escuela también existe y desde ahí uno puede ofrecer herramientas, y es fundamental que propio docente esté capacitado. El ámbito de la escuela es importantísimo, están todo el día ahí los chicos, es importante que ellos puedan registrar sus emociones, que se le enseñe eso, o cuando algo me cuida y algo me descuida, es muy importante, más que nada informar a modo de prevención.

8) Hay suicidios que tienen que ver con la desregulación emocional, es como que ni lo pensé y me mandé, no hay nada planificado ni orquesta, es como que sale de la nada. En otras personas que son sobre controladas, que te planifican absolutamente todo, ahí la ideación suicida está, hay un plan, como lo voy a hacer a qué hora, me despido te dejo una carta, esto está planificado. La mayor cantidad de mis pacientes que he atendido son mujeres, no he tenido hasta el momento hombres. Quizás la terapia para un hombre no es una opción, eso puede ser.

9) DBT cubre este tipo de abordaje a padres. Sería genial que los padres pudieran llevar ese registro, pero bueno lo que sucede también es que muchas veces no pasa esto. Por ejemplo saber que es validar o invalidar, ya sería como un montón, mi viejo no lo sabe. Una familia

que ya puede comprender y saber qué es lo que le está pasando a un hijo/a ya es importante, viene del colegio, saber cómo está, registrar cambios.

10) Estar formado, o tener al menos una mínima formación en suicidio, conocer que dispositivos existen. Crear un plan de crisis, ver si el paciente está muy activado, entonces saber si es el momento adecuado de intervenir de qué forma. DBT tiene todo un proceso, es largo y es caro, individual y grupal, y tiene pasos, conocer estas cuestiones es fundamental.

Participante 5.-

1) Creo que se puede tomar como indicador de riesgo a personas con patologías crónicas, personas que presentan aislamiento, soledad, personas con consumo problemático, también que presentan situaciones de violencia, de abuso, o mismo que no tiene una red de contención, quizás son algunas de las variables de pacientes que se presentan con ideación suicida.

2) Bueno, en relación a eso considero que es una problemática que si bien tiene cuestiones singulares de la persona, en lo particular quiero decir, creo que tienen mucho que ver los factores sociales. Y cuando hablamos de factores sociales, hay que tener en cuenta que los hay de diversas índoles. Por eso cuando hablamos de suicidio, esta problemática la abordamos desde un lugar multicausal, es un abordaje desde lo complejo, lo realizamos desde lo comunitario, desde la salud pero también con agentes de la educación que acompañan en el proceso, como decía comunitario, familiares etc.

3) Los profesionales contamos con espacios de capacitación continua, espacios de supervisión, también son importantes las reuniones de equipos, son equipos interdisciplinarios, al menos los grupos en los que yo participo. Tenemos reuniones

semanales en las que se discuten, se problematizan determinados seguimientos para pensar el mejor modo de abordaje.

4) Mira justamente, en la actualidad, me encuentro en un programa municipal, osea no soy parte de la guardia pero estoy en un constante intercambio. Creo que las debilidades podrían ser los recursos materiales y humanos, la falta de medicación o de camas de internación, que es claramente por un sistema que está colapsado, a nivel nacional, provincial y demás. En relación quizás aspectos positivos, te puedo decir que se mantiene un criterio basado en la ley de salud mental, entonces hay una mirada interdisciplinaria, se brinda apoyo a los programas en un intercambio fluido y constante entre profesionales, con las familias, y en relación al modo de atención.

5) Si, lo que hay que tener en cuenta es que es una etapa de grandes cambios, donde el acompañamiento, la contención, la escucha empática y la red de apoyo de cada persona, hace a que las vivencias complejas puedan vivirse acompañadas, y se puedan trabajar desde un lugar más bien comunitario con el fin de evitar padecimientos subjetivos. Son muy importantes esas redes.

6) Si, podemos hablar de factores de riesgo cuando sabemos que hay antecedentes de suicidio en familiares o personas allegadas, perdidas de seres queridos, problemas en lo que es lo laboral, la deserción laboral, inestabilidad e vulnerabilidad económica, cuando aparece un historial de violencia física, psicológica intrafamiliar, situaciones de abusos, las dificultades a lo hora de sostener vínculos amorosos, la falta de redes de contención, un poco lo que hablábamos, de apoyo comunitario que es fundamental. En relación a los factores protectores serían contar con una red de contención, habilidades personales de resolución de conflictos, tener sentido de pertenencia con un grupo, las oportunidades en un proyecto de vida también es fundamental, se me vienen a la mente esos digamos.

7) Si, absolutamente. Hay que trabajarlo, y hablar de lo que es la temática del suicidio y trabajar en prevención desde lo comunitario, bueno en instituciones escolares, sea en formatos de talleres de prevención o mismo en los barrios, en rondas de salud mental. Yo participo en jornadas de concientización que se dan a nivel municipal, provincial, hay diferentes áreas con talleres como te decía. Esto que te decía de las rondas de salud mental, se hacen en lo que se llaman casas jóvenes destinadas a adolescentes.

8) Creo que esto tiene que ver con las herramientas que utilizan varones y mujeres para llevar adelante la conducta suicida. Lo que sí se sabe es que en los casos de las mujeres, los métodos no son tan efectivos, quizás son más ingestas medicamentosas, en cambio los hombres pueden utilizar venenos, armas, o mismo ahorcamiento como método, que suelen ser conductas más efectivas.

9) Podría pensarse desde el acompañamiento de familiares. Hay talleres y existen espacios donde se hace orientación a familiares que estén acompañando a personas en estas situaciones, hablo de procesos en los cuales se haya dado una situación de este tipo, sea conducta, ideación suicida etc., y creo que las herramientas fundamentales son la escucha, la contención, la empatía, el acompañamiento, sí, y contar con estos espacios en donde profesionales desde duplas interdisciplinarias y efectores comunitarios acompañan a pensar los modos posibles y los mejores modos de acompañar a personas en esta situación.

10) Creo que trabajar desde una red de contención con todos los efectores comunitarios, tanto barriales como de salud integral, en educación, generando también espacios de escucha y donde circule la palabra y se fomente la comunicación activa, me parece que son los modos de acompañar en este proceso que tenemos y con los cuales también desde el lado profesional trabajamos intersectorialmente en constante articulación, buscando también la facilidad de ingreso de las personas a los talleres, a los espacios, a los dispositivos, facilitando ese armado

para que así sea, me parece que es el mejor modo de acompañar a las personas en un proceso suicida.

Participante 6.-

1) Existe una amplia gama de comportamientos que pueden ponerse en relación con conductas suicidas e ideación suicida. Asimismo, conducta e ideación son dos cosas bien distintas. De hecho, en la práctica es importante diferenciar, en el intercambio con el consultante/ paciente, si se trata de ideación o ya se estableció un plan elaborado.

Podría plantearse que en la adolescencia la impulsividad propia de un desarrollo en camino, en términos del desarrollo biológico (en el cerebro, por ejemplo, lóbulo frontal no terminó su evolución) hace que la distancia entre el pensamiento y la acción sea mínima. Por tanto aparecerán conductas que ponen en riesgo la vida con más facilidad que en otras instancias del desarrollo evolutivo o ciclo vital.

En lo referente a mi experiencia profesional, destacó la búsqueda de información en la virtualidad para dar con métodos suicidas.

2) Es una pregunta que me resulta difícil de responder. Desde mi perspectiva, lo individual y privado no puede dejar de pensarse en su contexto social y cultural. En un momento de la historia. En una familia determinada. Por tanto, si bien responde a un acto individual y privado, no puede leerse por fuera de la relación con otros sistemas a la que responde.

3) Frente a conductas suicidas considero fundamental el trabajo en equipo. En ese sentido, encuentro que propuestas como la terapia dialéctico conductual (DBT) ofrece una estructura que permite el trabajo en equipo ordenado y organizado.

Lo primero de todo es poder hablar con claridad y sin ambigüedades con el paciente respecto de la presencia de ideas o plan suicida. Con ello determinar si es posible continuar un trabajo ambulatorio o resulta necesario abordar desde otros dispositivos contenedores tales como internación psiquiátrica por un determinado plazo de tiempo, dado que la persona considera que no le es posible sostener un compromiso de vida. SI la persona presenta una ideación abordable desde el dispositivo ambulatorio, este último difiere de una terapia "tradicional" (por ponerle algún adjetivo): requerirá de la elaboración de estrategias tendientes a disminuir el malestar emocional por vías distintas a la autoagresión, y el coaching telefónico por fuera del espacio terapéutico. La disponibilidad que requiere este tipo de abordaje resulta posible en el trabajo en equipo. Y debe incorporar trabajo interdisciplinario con el área de psiquiatría. No debe olvidarse en la toma de decisiones la presencia o no de una red de apoyo social, un entorno al cual acompañar para que opere terapéuticamente con la persona que sufre.

Todo lo mencionado apunta a un plan de acción frente al aviso de una posible conducta suicida. Desde ya que se enmarca en la evaluación diagnóstica que da cuenta del temperamento y personalidad del individuo, así como de los posibles trastornos que padece.

4) En líneas generales podría decir que a veces las instituciones operan bien, a veces no, pero que siempre son necesarias. El abordaje institucional en este tipo de casos, que revisten gravedad, permite la acción común y ordenada de las distintas esferas de tratamiento/ áreas de abordaje en salud mental. El trabajo institucional me parece la opción mas acertada frente a conductas suicidas/ para suicidas. Por supuesto que las instituciones tienen sus abordajes y cada uno adhiere más a una perspectiva u otra. Independientemente del marco teórico de origen, lo fundamental para el abordaje es asegurarse que haya un equipo acompañando efectivamente. Que haya un equipo que está atento, que acompaña, que observa. Y luego uno puede ponerse a pensar en cuál es el abordaje más adecuado. Personalmente, como

profesional, trabajo desde una perspectiva cognitiva. Y la elijo porque la considero la más eficaz. Diría que el compromiso humano y la solidez teórica son dos aspectos a tener presentes cuando se piensa en la institución.

5) Muchísima, como lo mencioné en otra de las preguntas, durante este período de la vida el desarrollo biológico continúa su camino. La inmadurez del lóbulo frontal se relaciona con la impulsividad y las variaciones en las barreras de censura. Además, y no menos importante (de hecho muy relacionado), es una instancia de la vida de toma de decisiones sobre el futuro. La distancia con la muerte es muy distinta que en la adultez. Diría que desde lo experiencial todo hay una distancia distinta con la idea de muerte, una necesidad de experimentar, de conocer, de sentir y, a su vez, una construcción (o no) de un futuro, un porvenir.

6) La red social de apoyo es fundamental: presencia de familia, amigos, escuela, espacios de interacción. Quizás no todos estos elementos, pero ponderar la presencia o ausencia de los mismos. Evaluar también figuras representativas, construcción de valores e ideales. Estilo de personalidad que se va desarrollando y que puede ponerse en relación con conductas previas. Temperamento (más tendiente a la calidez o a la evasión, etc).

7) Si, sin dudas, en espacios sociales de interacción. No hablar de algo no hace que no exista. La psicoeducación es fundamental, en especial en espacios de socialización, porque los chicos aprenden a cuidarse los unos a los otros, y a comunicarse.

8) Mi experiencia se enmarca principalmente con mujeres o quienes se auto perciben como tales. En líneas generales observo más conductas parasuicidas, tendientes a atenuar el dolor emocional intenso, que conductas tendientes a terminar con la vida estrictamente.

9) Podría decirte, trabajar en grupos, psicoeducativo. Brindarle apoyo al cuidador, herramientas. Si, información, apoyo y sostén.

10) Como recomendación creo que un trabajo de prevención es un trabajo de territorio, definir estrategias en espacios donde los chicos ya se mueven, que brinden información y apoyo.

Participante 7.-

1) Yo tengo una fuerte base en psicología positiva aplicada, donde se estudian fuertemente los factores protectores digamos, entonces cuando llega una persona a consulta con algo muy pesado, donde no le encuentran ya sentido a la vida, y empiezan a verbalizar estas cuestiones, lo primero que pregunto es si alguna vez pensaron en quitarse la vida, sea una idea reciente o de algunos años. Lo pregunto abiertamente, creo que tenemos que empezar a trabajar sobre nosotros los profesionales, en nuestros propios prejuicios que tenemos sobre está problemática. Estas verbalizaciones que aparecen, no son un llamado de atención, hay que entenderlas como un pedido de ayuda.

Después hay características personales que se pueden poner en juego, por ejemplo estar atravesando un cuadro depresivo, también vas a ver baja tolerancia a la frustración y no hay control de impulsos.

Me encuentro trabajando en un proyecto, que se llama “alfambetas emocionales” porque creo que vivimos en una sociedad que es analfabeta emocionalmente. Las personas no saben identificar emociones, y esto es un factor de riesgo claro, la baja capacidad para la resolución de conflictos, el aislamiento, todas estas cosas en los adolescentes las vamos viendo. Se puede identificar en la entrevista o mismo en las autolesiones, o mismo quizás cuando la persona no tiene comportamiento temerario en ningún sentido, se maneja raro sin cuidados en situaciones de riesgo, o se alcoholiza mucho, en lo que es consumo también o abuso de

sustancias. Entonces estas podrían ser algunas características a considerar en los adolescentes.

2) No, no es individual. Ponele, en la gran mayoría se ve que hay familias disfuncionales, situaciones de violencia intrafamiliar, abuso por parte de alguno de los progenitores o convivientes, problemas de consumo dentro de la familia. Lo que se ve muchas veces es que no hay límites claros dentro de la familia. Es importante el hecho de entender si la familia está atenta o promueve el bienestar del adolescente, mismo la escuela. Son muchos los factores, quizás esto socioeconómico es algo de lo que más se ve. Lo social en relación a la escuela, no solo está el bullying, sino que hay grooming, y montones de cosas relacionadas a las redes sociales. Tiene su parte también el tema económico, tenemos muchos adolescentes que no llegan a poder tener quizás acceso a un psicólogo/a por cuestiones de dinero, y bueno todo esto influye. Entonces más allá de los factores internos del individuo, también están estos otros factores, lo económico, la comunidad, las redes de contención son fundamentales.

Siempre decimos que el suicidio es multifcausal, tiene diferentes focos, no solo se tienen en cuenta las características personales, sino que hay un contexto que atenta contra el bienestar del adolescente.

3) Vos acá tenés psicoterapia individual claramente, acompañamiento familiar, ya que es necesario que la familia comprenda lo que está pasando y tenga herramientas para acompañar y aparte gestionar ellos mismo lo que les pasa con toda esta situación. Son importantes estos espacios, el año que viene vamos a lanzar grupos terapéuticos, que son psicoeducativos, donde se ofrecen herramientas para familiares que hayan pasado o estén pasando alguna situación de este tipo.

Después en los psicólogos sí, es importante la formación, supervisión, y también el hecho de ser más solidarios entre profesionales. El autocuidado del terapeuta es fundamental, y

también saber que no podemos tampoco tener muchos de estos pacientes, porque genera un desgaste importante, emocionalmente digo, uno tiene que estar poniendo límites, confrontando muchas veces.

4) En la provincia de Formosa tenemos un solo hospital que cuenta con guardia de Psiquiatría, es un hospital central, no es un hospital de niños, con lo cual después de los 14 años se responde a la demanda. Con lo cual ahí ya tenes un gran problema en relación al rango del que estamos hablando, a la edad quizás de algún adolescente más chico.

Mira esto un poco refleja si cubre o no las expectativas, tengo un caso de una niña que había planeado ya suicidarse, y bueno el psicólogo que la ateinde al enterarse estando con ella, llama a los padres, acá hay un dispositivo que es el SIPEC al cual debemos llamar en esos casos, y al rato tenía 4 patrulleros en la casa, atrás de estos una ambulancia, y cuando baja el psicólogo, tres policías muy grandotes le dicen "bájame a la chica", y bueno atrás estaba también una enfermera y un médico residente, no había ningún psiquiatra. Es un escenario fuerte y complicada, más para una persona que tiene intenciones de suicidarse. El paciente es trasladado a un hospital donde luego encima te tienen varias horas sin atenderte, y en ese momento o en esa espera está persona con toda esta situaciones quizás entra en crisis, y recién aparece una atención especializada, de un psicólogo o un psiquiatra, cuando se les antoja bajar o aparecer. Vas a ver hasta peleas entre ellos en ese momento, es realmente un desastre.

La mesa intersectorial nuestra es crear un instructivo, un protocolo de urgencia, para informar a la ciudadanía cuáles son sus derechos, y cómo debería ser. No te puede atender solo un psicólogo, tiene que ser un psicólogo y un psiquiatra, o algunas de esas combinaciones, tiene que ser interdisciplinario si o si, y si te dan el alta la persona se va con un turno de derivación, con quien seguís el tratamiento ambulatorio.

5) Si, la adolescencia es un proceso de muchos cambios, donde la persona va definiendo sus propios límites. Es un momento en el que los padres un poco despegan, y donde uno tiene que empezar a resolver ciertas cuestiones, que si no me han enseñado a resolverlas quizás todo se ponga un poco más difícil. Pasan muchas cosas desde lo corporal y lo emocional, los amores, aparece un mayor registro de cómo me relaciono con mis pares, entonces siempre es un periodo revolucionario. Entonces si yo en estos primero años no desarrolle ciertas habilidades sociales, de afrontamiento, resolución de conflicto etc., bueno resulta ser un periodo de mucha vulnerabilidad, donde termina apareciendo el suicidio como salida de todos estos conflictos, obvio que junto con otros factores o antecedentes, aparece el suicidio como alternativa.

6) Y como factores de riesgo quizás para nombrar algunos, podemos hablar del acceso a armas de fuego, problemas con el consumo de sustancias, algunos factores de personalidad de los que hablamos, baja capacidad para la resolución de conflictos, una identidad pobre, dificultad en el control de impulsos, habilidades sociales disminuidas, sensación de aislamiento. También vivir situaciones de abuso sexual, el abuso sexual es un tema importante en estos casos, como lo es la violencia intrafamiliar, de género, el maltrato infantil.

En relación a los factores protectores, bueno el desarrollo de una personalidad sana, bueno que resulta ser un poco lo contrario a lo que ya mencione, habilidades sociales, resolución de conflictos, tolerancia al malestar, una familia que contiene, una buena red de apoyo, por eso fundamental un buen grupo de amigos no?, tener un propósito como fundamental, saber para que me levanto todos los días, llevar una vida saludable.

7) Si, un montón. Yo tengo mucha formación en políticas públicas, y trabajo con adolescentes en proyectos y demás, y tenemos reuniones donde intentamos obtener

información de las cosas que les resultan interesantes para trabajar en la escuela. Te cuento esta experiencia porque tiene que ver con lo que preguntas; al reunirnos con la referente de los estudiantes ella nos cuenta que habían armado una encuensta, donde les dio que mas del 80% de los estudiantes habían solicitado que se hable sobre el suicidio y sobre como poder ayudar a alguien que piensa en quitarse la vida.

Ella nos contaba que habían hablado con la dirección provincial y nadie les dio bola, habló con el SETIC que es el ente que está dentro de las escuelas y tampoco, le preguntaron al instituto de adicciones de la provincia y le dijeron que no, después habló con nosotros y le dije obvio, vamos a juntarnos, y así después de dos meses armamos una jornada con todos los jóvenes, fue una jornada virtual, y al año siguiente Formosa fue punta de flecha en la federación de centros de estudiantes, presentando un proyecto en salud mental con los adolescentes. Fue muy lindo hacerlo, lograrlo, pero bueno ahí te das cuenta que el sistema no responde. Esto da cuenta de que cuando vos trabajas en suicidio necesitas meterte en la comunidad.

La prevención de suicidio la podemos hacer todos, entonces es importante capacitar a los docentes, para que estos puedan a su vez capacitar a pibes y luego que estos chicos también puedan realizar trabajos de información y demás para sus propios compañeros.

8) Es real, sí. Es una estadística que se sostiene a nivel mundial esa, la verdad que nosotros acá en Formosa tenemos ese dato, tal cual. Las tentativas son más altas en mujeres porque justamente adoptan métodos menos invasivos, menos violentos, y la realidad es que el hombre, quizás por la fuerza que lo caracteriza a diferencia de la mujer, elige métodos más complicados, más letales. Recordemos que siempre el intento es un pedido de ayuda, entonces también tenemos que tener en cuenta que el hombre suele hablar menos que la

mujer, y esto se ve en el consultorio en todos lados. Esta cuestión del que el hombre no puede sentir estrés, no puede sentirse vulnerable, y bueno la decisión es mucho más determinante.

9) Yo creo que se podrían crear grupos terapéuticos, a mí eso me encanta, porque generan mucha contención y apoyo, pero bueno, la terapia familiar en estos casos es fundamental. No solo es importante para ver como quizás se sienten los padres, sino también para brindar herramientas para poder acompañar de manera efectiva.

También importante el tema de la posvención, que termina parando un poco la pelota, frente a posibles nuevos suicidios, pero yo creo que en este caso es orientación, psicoeducación grupal, familiar, vincular, y trabajar con grupos de apoyo. Acá se generó algo así, donde familias que han pasado por situaciones similares, tienen la iniciativa de ayudar a otros para que no les pase.

10) Cinco cosas, trabajar sobre los mitos, que se conozcan las señales de riesgo los factores de riesgo, fortalecer o potenciar los factores protectores, y por último, informa a la comunidad donde debe pedir ayuda al respecto, cuales son los centros, los número de urgencia. Todo esto como fundamental.

Sería genial que esta temática se incorpore en la currícula de la carrera de psicología, o carreras afines, porque sabemos que no es así, y es un tema necesario, fundamental te diría. Existe un miedo a atender esta temática, se desconocen las herramientas más eficaces de trabajo, y cómo abordar también quizás a un familiar de un adolescente que se ha suicidado. Entonces esto requiere una revisión con la CONEAU sobre esta temática, sobre abuso sexual también, consumo problemático, que no está especificado y son muchos casos que llegan con estos temas.

Participante 8.-

1) Bueno, a ver, sí, por supuesto que hay patrones, ¿no?, que tienen que ver con factores de riesgo. A ver, el patrón o indicador, digo, me parece que por ahí buscar el perfil, así, ¿no?, entre comillas, de la persona que puede llegar a intentar o a idear o a planear o a tener el gesto suicida.

Bueno, sí, uno puede generalizar y puede decir que en general son personas que mínimamente, bueno, no se encuentran bien claramente, que pueden estar mostrándolo o no. A veces están súper sonrientes, ¿viste? O sea, lo podés creer y hay un terrible sufrimiento, un terrible padecimiento que surge con mucha dificultad, siempre hablando de adolescentes.

En este sentido, te digo que cuando son menores, por ahí el patrón quizás se pueda distinguir mejor, porque las niñas todavía no tienen esta cosa de quizás tener tantos recursos para ficcionar un ser en el mundo, es lo que te decía. Claro, censurar algunas cuestiones, claro. Claro, claro.

Entonces, directamente suelen presentarse con estos cuadros de depresión o de decirte directamente, ¿no?, porque estoy podrida, qué sé yo, estoy harta, porque me molestan, porque, bueno, todas las cosas que le pasan a los chicos, ¿no?, que se sienten mal y lo expresan así, tal cual. Lo que pasa es que también pasa esto. A mí, por lo menos en mi experiencia, los niños, chicos que han venido con estas cosas, en realidad venían como también producto dentro de un cuadro que era más complejo.

En general, cuadros más ligados a la esquizofrenia. Trastornos de base, digamos. O sea, porque, digamos, dentro de la psicosis, y pensándolo justamente muy al estilo Bion, y sobre todo en un niño, porque un niño está en constitución además, yo sé que Lacan dice que es una cuestión estructural, pero yo en esto realmente, justamente lo que veo en la clínica es que sí, ciertamente vos podés encontrar fenómenos elementales, bueno, todas estas cuestiones lacanianas se encuentran, se ven, pero realmente también hay factores protectores que están

dentro de los mismos niños. Y yo pienso mucho en estos conceptos Bionianos, de esta parte de la personalidad más psicótica y esta parte no tan psicótica, que es justamente la que rescata a la parte más sensible o más enferma. Entonces, por eso te digo, la esquizofrenia en este sentido quizás es como más crucial. Cuando se trata de otros cuadros dentro de todo lo que es la estructura psicótica, quizás, bueno, si está en un momento de compensación, esto pasa más de largo. En esos casos se ve más claro, quizás te dicen claramente y expresan claramente esto de escuchar voces, de mandatos, de sensaciones, de sombras, que les hablan, que se presentan, que les dicen, que les cuentan, y quizás no te dicen, me dice que me mate, pero sí estos relatos tan aterradores, imagínate para un niño, van acompañados de este deseo. Normalmente la frase es de dormir, este deseo de dormir, permanentemente, y que en el contexto se presenta un montón de veces, y además vos podes ver claramente que no está hablando de dormir, sino de alejarse de ese sentimiento espantoso, que ni siquiera es un deseo de no vivir, es un deseo de no padecer. Entonces, cómo esto se hace tan profundo, en esquizofrenia se nota más.

También se habla de lo multifactorial, pero la realidad es que lo multifactorial tiene que ver con una realidad de un sujeto colocado en el mundo. Y esa realidad de cómo se posiciona el sujeto en el mundo y en esto, bueno, a mí me gusta mucho la escuela inglesa, te lo advierto, porque quizás mis miradas, no sé, yo siento que en el mundo hay predominio Lacaniano. Digo, no para despreciar, por supuesto, pero te quiero decir que yo estoy como bastante convencida, sobre todo por la experiencia clínica, no por una cuestión de dogma, de que este ser en el mundo en realidad es casi un duplicado, te diría, de este ser en la familia, que es este primer mundo, entonces, bueno, sí, ese primer entorno es el que hay que trabajar un montón para que pueda modificarse el ser en otros entornos, si no, nada.

Están re podridas, imagínate un niño, no sé, teniéndole miedo a la oscuridad, normal, ¿no? Y que le apaguen todas las luces, y que no lo dejen dormir con una lucecita. Bueno, imagínate esta sensación multiplicada por mil, agregándole todo tipo de fenómeno elemental, esto sí, sin poder cesar con esto, y en todo momento, porque no es solamente a la hora de dormir, es en la escuela, bueno, todo se les vuelve amenazante, y lo que está dentro del propio cuerpo también se vuelve amenazante.

Como te decía yo trabajo con niños y adolescentes, en los adolescentes la cuestión es más fluctuante. Te diría que si hay un trastorno de base, lo que yo observo, es que son trastornos narcisistas. Digamos un trastorno narcisista no psicótico, que bueno tiene más que ver con un yo lábil, ¿no? Yo te diría que como patrón pensaría en esto, en un patrón de un yo lábil, con unos mecanismos de defensa que no le alcanzan, con una angustia de la que arrasa, con presencia de ataque de pánico, con temor de sus propias conductas, o sea, no de sus conductas, de sus propias ideas sobre posibles conductas, con muy poco recurso psíquico. Como se me han presentado mucho dentro de los trastornos narcisistas no psicóticos, lo que yo observo concretamente es que no es la dificultad en pedir ayuda, es la dificultad en pedir ayuda porque no hay esta diferencia yo-no-yo. . Entonces vos para pedir ayuda tenés que tener conciencia de que vos estás en un lugar y hay un otro en otro lugar, bueno, y en cualquiera de las dimensiones, digo, aunque sea imaginariamente, hay un otro al cual uno puede recurrir, pero esta distinción entre quién soy yo y quién es el otro suele no estar. De hecho no llegan por voluntad propia tampoco, es más común ver que llegan porque un familiar a cargo los trae o derivados por alguna cuestión, digamos, de índole judicial. Estas cosas pasan porque también justamente dentro de lo que podemos llamar el patrón, hay circunstancias en los hogares que actúan como factor de riesgo

Yo pienso que eso es un modo de tratar la angustia, y en esto incluyo a los terapeutas, sobre las causas y sobre los procederes y el no poder ver qué les está pasando. En realidad, un pibe que googlea y encuentra maneras de matarse, ¿cómo no va a encontrar maneras de atenderse? Estamos hablando de este siglo donde los pibes resuelven la vida por internet. Preguntándole a la inteligencia artificial del celular. O sea, es muy loco pensar que el pibe es incapaz de encontrar. Es otra cosa que pasa acá. Me parece que tiene más que ver con esto que te decía antes. Es esto de, justamente, y que es precisamente algo de lo que ocurre con las pantallas. Esta indiferenciación de dónde termina la pantalla y empieza la persona. Es más del yo no yo.

Claramente, la pantalla creo que, justamente, las pantallas pueden ser muy benéficas en un montón de cosas. Me parece que el gran peligro de la pantalla es no tener claro dónde empieza uno y dónde empieza el otro. Entonces se repite esta circunstancia de cómo se genera un sujeto con una patología del narcisismo no psicótica.

Después tenes el entorno que escucha, el entorno que no escucha, y después tenés el pibe o piba que es traído y que los padres te comentan que lo traen ellos, por esto, por lo otro, por aquello, pero que cuando el pibe realmente empieza a hablar y a construir su verdadero motivo de consulta, nunca es el motivo de consulta de los padres. En realidad, también te dice que quería tratamiento, y que quería pedir ayuda, y que siente que de algún modo lo pidió, y por supuesto, no fue entendido, porque también es esto, todo es culpa de los demás, ¿no? Digo, pensándolo desde el narcisismo.

Bueno, después hay otras personas que uno no podría necesariamente catalogar, digo, yo tampoco me dedico mucho a etiquetar, porque justamente, cuando llegan por estas cuestiones, digamos la etiqueta no es lo más importante; sí, un mapa, una cartografía, para saber qué intervención podes hacer, pero la verdad es que tratas de escuchar más de lo que, en algunos casos, intervenís, por lo menos en un tiempo prolongado, sí tenes que intervenir

cuando ves que el riesgo está ahí, inminente, o cuando ves que el riesgo existe. Volviendo a la cuestión del patrón, que me interesa cerrar, creo que es muy difícil esto de hablar de un patrón, como decir, buscar un perfil del suicida, como es difícil buscar un perfil de la víctima o el victimario en otras situaciones, por ejemplo en casos de género. Durante mucho tiempo se buscó el perfil de la víctima, cuando en realidad lo que había que mirar era el perfil del victimario, porque la víctima no tiene un perfil, y buscar un perfil de la víctima ya es culpabilizar de arranque a la víctima, aunque más no sea por su perfil, y en realidad el que está en desequilibrio total, y mucho más a la vista, es el victimario. Bueno, en este mismo sentido, muchas veces, me parece que buscar el perfil del suicida corre este riesgo. Digo, estancarse en un trastorno suicida.

Quizás lo que hay que buscar, y esto tiene mucho más que ver con la prevención además, es el perfil del entorno, el perfil del entorno en lo primario, en lo secundario, o sea, en lo familiar, en lo social, en lo escolar, porque esperar a que el suicida se manifieste como tal, para analizar el perfil que tiene, y sí, cuando se manifiesta como suicida, todos responden a un patrón.

Porque en realidad lo que yo pienso es que todos cumplimos con ese patrón. ¿Entendés? A mí no me parece que haya personas que estén por fuera del patrón potencial suicida. A mí me parece que todos tenemos estos componentes posibles.

Y después, por otro lado, hay otra cuestión. Obviamente, lo que vos observás en el consultorio, y esto sí respondiendo claramente, sí, podés observar dichos del estilo, esto del querer dormir, ¡uy! Pero arrasa, yo te diría que es una de las cosas que yo más he escuchado en todos sus formatos, ¿no? No solo decir el querer dormir, sino de, quería venir y me quedé dormida, quería ir a pasear y me quedé dormida, quería esto, el querer dormir. Creo que debe ser una de las metáforas más fáciles a las que se puede apelar como... Y aparte, yo

automáticamente cuando lo dijiste también me acordé de que los documentos que se leen con trastornos y demás está directamente asociado en su mayoría con depresión.

El querer dormir, el no querer despertar, Bueno, pero ahí hay dos cuestiones también. Esta, el que está dentro del espectro, esto también es importante, dentro del espectro más depresivo, dentro del trastorno depresivo mayor, o un evento, o dentro del bipolar. Por ejemplo, las personas bipolares tienen un índice muy alto de suicidio, mucho más que los que están en depresión mayor, y esto tiene que ver con que el que está realmente en una depresión mayor, con esta abulia y esta cosa, no tiene energía ni para apuñalarse. No tiene la pila. Quizás quisiera, pero no tiene la voluntad para hacerlo ni la fuerza corporal. Ahora!! Qué pasa con los episodios maníacos, porque el que está depresivo por lo general no es el que en el consultorio viene con las planeaciones, esos vienen con el deseo y habría que evaluar, ¿es un deseo?, ¿es un deseo propio?, ¿es la demanda del otro aparentando ser deseo propio? ¿Es el discurso del amo?, pero lo manifiestan como "uy que alivio, que lindo sería" pero vos te das cuenta que no lo van a hacer jamás, principalmente porque no pueden.

Ahora, el problema en los adolescentes es el episodio maníaco, tenes pacientes re bajón y de la nada también está recontra pila, y el consumo de sustancias también se ve en el consultorio mucho en este sentido y es todo un tema, hablando de patrones o indicadores. Y en esto también está el discurso, y se puede ver que hay adolescentes que lo plantean desde un lugar recreativo y otros que directamente lo presentan como una forma de exterminación. Y acá también aparece una suerte de sub-categoría, el adolescente que no quería pero el pasaje al acto lo sorprendió; porque ahí la ideación suicida, como puede pasar, no estaba en el consumo sino en el acto temerario.

Algo que responde al patrón quizás, me pasó en un caso de TCA como por ejemplo aislamiento, el hecho de no querer hablar, irritabilidad, querer dormir mucho, en esta chica

había mucha impulsividad también, que es importante tener en cuenta etc. En estos casos muchas veces es importante tener en cuenta lo farmacológico, es un error no tenerlo en cuenta, de hecho le da acceso a la palabra no?.

Hay algo interesante que encuentro en ciertos casos, siguiendo esta línea del patrón, que tiene que ver con el nacimiento. No es que los padres no los quieran a los hijos, pero siempre encuentro en estos casos, cuando nos remitimos a esos primeros años, o el embarazo, situaciones traumáticas; y no es una cuestión que leí ni nada, es algo que te digo desde mi experiencia en el consultorio. Porque si leo te digo un poco los casos, en esos primeros años de vida de los hijos/as, las madres tuvieron la fantasía de aniquilación.

Conozco profesionales que están todavía con esta cosa medio Freudiana catártica, esto de bueno lo digo, lo pongo en palabras y ya, y yo creo que no, creo que hay que apuntarle mas al Freud de las construcciones, cuando él plantea el hecho de construir, bueno, en estos pacientes que se ve que no tiene un YO acomodado, lo que hay que construir es eso. Cuando digo esto hablo de construir un mundo interno que guarde cierta coherencia en ese mundo interno. Ahora cómo se construye con los hechos objetivos de la realidad?, o con una construcción subjetiva? No importa si es real, pero si es la explicación que le hace explicar la existencia de ese mundo, bueno es la que va a impedir el suicidio, porque en definitiva el aniquilamiento viene ante la comprensión de lo que está ocurriendo. Es eso, son estas tus vivencias, bueno que hacemos con esto.

Quizás también, ahora se me viene a la cabeza, esta cuestión de lo que está entre un plan y un proyecto, esto de planeo escaparme de casa para ir a bailar, sin que nadie sepa, parece como que hay un disfrute pero con todas estas ideas, cualquier situación adversa, lo puede llevar a actuar de otra manera de forma impulsiva, entonces hay que tener cuidado con esto, hay que

tener buen, esto suele pasar, y tenemos que estar atentos a que ideas, pensamientos tiene, lo que expresa, y si esto es más parecido a un acting.

Yo hago una indicación de evaluación de riesgo de vida en la Guardia de Psicopatología Infanto-Juvenil, porque estamos hablando de adolescentes y niños, tarde o temprano eso ocurre, muchas veces, a veces no, pero en general en algún momento ocurre. Bueno, cuando esto ocurre, es porque yo estoy observando determinados indicadores concretos o determinadas cuestiones que me ponen más en alarma o determinados dichos, o sea, a la Guardia de Psicopatología Infanto-Juvenil se apela a esta lista de indicadores concretos, por eso yo lo estoy mandando.

¿Entendés? Pero ¿qué pasa? La Guardia en este sentido cuenta con una mirada mucho más amplia, ¿por qué? Una, porque tienen otros métodos más concretos quizá y más vinculados al DSM también para evaluar algunas cosas, pero aparte hay psicólogo, asistente social y psiquiatra. De mínima, en el equipo. El equipo es una enorme ventaja, ¿no? Entonces en este sentido la mirada sobre este patrón puede ser como más amplificada, ¿no? Y excede, la verdad, un poco lo que el consultorio, clínica de consultorio a solas, que yo suelo no trabajar a solas, pero bueno, esto pasa.

2) ok, sí, yo ahí agregaría algo, yo soy psicoanalista, entonces en esta posición para mí, como cualquier otro evento el TCA de B no es el TCA de P, osea está bien, en el TCA tenemos criterios diagnósticos y demás, bárbaro, todo esto está, pero nunca es lo mismo. No existe el patrón puntual, sino que hay que mirarlo en contexto.

Bueno Durkheim ha estudiado también mucho estos fenómenos de masas, más allá de Freud también obviamente, y actualmente lo que acontece es un malestar masivo. Para estudiar el suicidio, por ejemplo como decíamos Durkheim también tomo el fenómeno de masas, porque? Porque el suicidio tiene un contexto, no es un acto meramente personal, quiero decir

más allá de las motivaciones personales, porque son esas motivaciones en un determinado contexto.

Yo trabajo más desde el psicoanálisis, pero también utilizo TCC, quizás trabajo mucho con fichas, que las vamos haciendo sesión a sesión, lo vamos armando. Ahí anotamos un registro de cuando, como me siento esto que le pasa, que cosas le gusta hacer cuando se siente mal, a que personas les cuenta esto, con quién cuenta, a quien puede llamar. Dos o tres personas que hagan red, si no hay el terapeuta se puede ofrecer, yo lo hago muchas veces.

También a mí me gusta mucho Bion, porque también trabajo mucho desde lo grupal. En uno de sus libros trabaja sobre las protoideas, registros neonatales, habla un poco desde una mirada bien Kleineana. Estas proteideas según Bion van a ser las que emergen de un grupo.

3) Dispositivo de apoyo, digo en cualquier caso severo, más que nada en adolescentes, para mí hace falta equipo. Esto es fundamental, no es que tiene que ser todo tipo de especialistas, es se va a ver pero no se puede trabajar en la soledad.

Con grupos de estudio, porque ningún libro te va a marcar algunas cosas que solo te lo da la experiencia, entonces los grupos de casos, dos se estudian los casos, es fundamental. Supervisión ni hablar, y un espacio para la terapia personal, digo del profesional. Porque la realidad es que son temas movilizadores, donde se pone mucho el cuerpo, y porque obviamente son pacientes que demandan mucho. Entonces por todo esto es importante no estar solo ante todo esto, es necesario equipo.

Habría que ver si el suicidio no es en realidad una rebusque del homicidio. Como una identificación proyectiva, en el deseo de terminar con la vida de ese otro que se me presenta

como una amenaza (padres) la violencia vuelve hacia sí mismo. Porque muchas veces con alejar la figura amenazante se detiene esta tendencia suicida.

Arte terapia creo que es algo fundamental también, pero desde un lugar idóneo, no con misticismo, arte como medio de autoexpresión, osea un lugar más donde puede el paciente poner estas ideas tanáticas, pero hay que ser cuidadoso para que esto no se confunda con dispositivos chamánicos.

El trabajo en la posvención es fundamental también, re importante, es el trabajo con los supervivientes, es preventivo, en escuelas también mucho, porque genera TEPT, y cuando no es agarrado a tiempo es complicado. No solo trabaja con supervivientes, entornos, familiares, sino que también incluye al que tuvo el intento fallido.

4) Yo en este punto te diría que utilizo mucho lo que es la evaluación de riesgo, y para ello en general derivo a hospital. Lo que pasa es que yo confió mucho en eso, estamos hablando de guardias y demás, en situaciones de riesgo quiero decir, osea cuando hay que evaluar por urgencia al menos en el caso de niño y adolescentes, el hospital es como super atento. Ahora bien, no lo están haciendo todos los hospitales, porque por ejemplo derivo mucho al hospital Gutiérrez que tiene un muy buen servicio en ese sentido, en lo que es patología infanto-juvenil. En otros casos muchas veces trabajo con el pediatra. Después están los hospitales monovalentes, que tienen sus guardias permanentes, que se yo, el Bonaparte, el Tobar García; están bueno pero lo que pasa también, y esto es ya una cuestión de política pública, el paisaje es tremendo, entonces vos mandas a una persona adulta que ya está angustiada, a llevar a un adolescente que está desbordado, a un lugar donde mira alrededor y es una tragedia todo, entonces eso es lo que a mi muchas veces me detiene de pedir la evaluación de riesgo miedo los pro y las contras de esto. Si uno supiera que la evolución de riesgo va a ser en un lugar super adaptado, super confortable, yo no dudaría ni un minuto, pero no hay un

acompañamiento tampoco, quiero decir mismo desde la medicación. Yo creo que en muchos casos es necesario, no me pongo en esa posición de decir “no, medicamento no” no, porque es necesario en muchos casos, pero bueno explicarle al paciente es fundamental, para que sirve, si es paliativo, por un tiempo, y después que sepa lo que va a leer en el prospecto un poco como para no asustarse, bueno anda estas cosas no?. Pero bueno si es muy complicado, hay urgencia, yo hago una evaluación de riesgo igual en los hospitales.

5) Si, la adolescencia tiene sus turbulencias, pero también tiene parte de protección, esta búsqueda de la paridad, de la inserción en la grupalidad, entonces ahí es como que estas problemáticas terribles y los otros, los pares, profesores; ahora la pubertad diría yo, empieza a ser un problema cuando no hay un cuerpo libidinal armado.

En una época estaba muy de moda el tema religioso que quizás hoy no aparece tanto, quizás se ve más una cuestión espiritual desde otro lado, antes un adolescente se colgaba un rosario, iba los sábados a juntarse a un grupo de iglesia, hoy van a practicar cuencos tibetanos, hay toda una espiritualidad en el medio, y bueno después tenes esta cuestión de nunca soy yo siempre es el otro, cambió la forma pero siempre hay en esta edad cierto misticismo.

Después en este sentido te diría que la pubertad es un tema. La pubertad desde lo biológico digo. Esta cuestión de un YO que no se armó, endeble, imagínate desarmar un YO que ya estaba desarmado, osea esto les cae muy mal. Es propio de la patología narcisista. No tener consciencia de un cuerpo, como decía Lacan “de un cuerpo con agujeros” , pero bueno esas zonas erógenas de repente empiezan actuar, y la verdad que enfrentar la sexualidad tan desarmado es casi mortífero, porque pasa al terreno de lo siniestro, porque no aparece como una sexualidad que se va conformando, no es una latencia que bueno que dio lugar a los diques, y que ahora, no , no es eso el proceso del trastorno del narcisismo, no es tan latencia, entonces los diques no están, a duras penas los construís en el consultorio, y te juro que lo

ves, lo ves armarse. Es necesario que aparezcan estas cosas para que pueda el adolescente armar una sexualidad y no quede nada más en una genitalidad. Por eso los casos de abuso están tan ligados al suicidio, porque lo que sucede ahí es que quieren terminar con esta genitalidad que amenaza. Entonces yo lo situaría ahí, está pubertad es un factor de riesgo en sí mismo.

Sin duda hay una conexión muy importante, cuerpos que no están erogenizados, sin bordes, que no se reconocen, separados de otro, del mundo que los rodea; sin duda que sí.

6) Si, un poco ya los fuimos mencionando creo no?, lo que pasa es que después están los recursos psíquicos de cada cual que pueden equilibrar un poco esta balanza, que pueden facilitar el pedido de ayuda o no, el entorno social que puede facilitar que esto sea percibido o no, ¿no?. Entonces yo pondría más el acento en los factores protectores que en los factores de riesgo. Porque los factores de riesgo están siempre, y teniendo en cuenta esto que te decía de que hay que estudiar el perfil del entorno más que el perfil de la persona, concluimos en esto, que los factores de riesgo están y los tenemos todos.

7) Si, seguro que sí, prevención, prevención. Te podría decir en la escuela de movida, esto tiene que ser trabajado sí o sí. Después lo que pienso es en las redes sociales, aplicaciones, que se yo, siendo que los chicos/as resuelven su vida con aplicaciones muchas veces, me parece que estaría bien que algo de esto aparezca, hay que ver cómo. Esta esta idea también que es un poco un mito, de que hablar de estas cuestiones es sembrar un idea; pero lo que hay que entender es que hablar de mitos no siembra la idea, osea donde no siembra donde no hay terreno fértil, y si hubiera terreno fértil va a saltar eso, u otra cosas quizás.

Por un lado, ante todas las dificultades que se plantean con las redes sociales, pienso que luchar contra eso no estaría teniendo mucho sentido, creo que no es algo que se esté ganando digamos. Quizás sería mejor trabajar sobre la calidad de los contenidos, y esto de poder

diferenciar donde termina la pantalla y donde empieza la persona es muy crucial. Entonces lo que hay que trabajar es este límite, está bien hay alguien en la pantalla, ese alguien no sos vos, es otro.

También no hay que confundir esta cuestión de la pregunta por la muerte con la idea del suicidio, se entiende que un neurótico tendría que preguntarse justamente por la muerte, el que desborda justamente frente a esto está del lado del psicosis, esto es un fenómeno elemental.

9) En este sentido recomendaría quizás una terapia de grupo familiar, lo que pasa que bueno, mucha gente a duras penas puede sostener un espacio, imagínate si tiene que ir todos. Todo lo preventivo, información en los lugares donde asisten los padres, en las escuelas, el arte terapia que a mí me parece muy copado, los estudios que se hacen sobre esto, el hecho de informar que es importante hablar de estos temas, hacer caer los mitos es una tarea fundamental. Para esto podrían ser útiles las redes, quizás para las personas que no pueden acceder a un tratamiento, podría ser importante, una aplicación informativa.

Después bueno hay una cuestión que plantea Winnicot y que hoy está muy vigente, que es esto de no abdicar del lugar de padres. No es que no pueda pasar, pero lo que se ve es que es muy fácil abdicar, porque se mezcla mucho esta cuestión del rol y de la vulnerabilidad del ser humano. No es para culpabilizar, sobre todo porque si lo traen al tratamiento es porque algo de eso está puesto en juego, pero se abdica sin que uno se dé cuenta, es como muy sencillo caer, es muy sencillo salir de ese lugar de legislar.

Porque te decía esto, porque en una sociedad patriarcal, más allá de lo que ya sabemos y que se escucha de las familias y demás, en realidad el patriarcado preexiste al sistema, donde vemos una sociedad en la que algunos tiene más responsabilidad que otros, por eso también

uno tiene más derecho a reclamarle a unos más que a otros, entonces es como una suerte de dibujo que nos muestra.

10) Si te referís al consultorio, yo creo que en los adolescentes es importante tener una escucha muy atenta. Después también el hecho de trabajar con la observación, quizás yo sé que trabajar con observadores implica un gasto, y obvio los honorarios quizás tienen que ser otros, pero creo que es importantísimo. El observador está en el rol de observador pero es un terapeuta, osea que sea parte del dispositivo, no es que un día va y otro día no, no, sino que es un rol fijo y se trabaja así; porque de hecho lo he visto, cuando el observador no viene, no sabes lo que cambia esta situación en el paciente, porque hay toda una fantasía de ¿qué paso? ¿Qué le hicimos?

Buscar que te miren, reírse, tener empatía, esta cuestión de reírse hay mucha gente que no lo entiende, el humor, la amabilidad, esto juega un papel importante en el consultorio a la hora de trabajar con adolescentes.

Hace mucho análisis contratransferencial con los adolescentes, con los padres, pero quizás los terapeutas no tienen mucha paciencia con los padres, y obviamente es muy importante la supervisión. Mi mayor momento de estrés te podría decir que está más ligada a mis entrevistas con padres que con los adolescentes.

Participante 9.-

1) La realidad es que es muy amplio, pero en varios casos he tenido la posibilidad ver y trabajar con adolescentes que están atravesando principalmente ideaciones suicidas, suele tener patrones puntualmente conductuales, encerrarse etc., y pareciera como que los padres esto lo toman como algo normal del adolescente, mismo el aislamiento que suele ser algo

importante, los amigos lo van a buscar y no sale, miente, es un encierro más bien de estar tirado, no querer compartir, hay un cambio brusco de un estilo de personalidad. Aparece el silencio, el no salir, el no contar, chicos que quizás eran más de dialogar, de conversar y de la nada ya no.

2) No sé si sería algo netamente privado e individual, nunca es un solo factor, no está ligada a algo puntual. Nosotros tenemos un visión de multicausalidad, donde son varias las cosas que confluyen para que una persona en un determinado momento, con las herramientas que cuenta, insuficientes, de repente todo lo desborde y tome la decisión de quitarse la vida o intentarlo. Yo no lo veo como algo privado e individual, si la persona lo vive como algo privado e individual , pero no es un fenómeno que se corresponde con algo privado. Podemos decir que es individual respecto a esto que decimos de lo que siente la persona, que se siente insuficiente para afrontar determinadas situaciones, entonces la pelota se va haciendo cada vez más grande. Pero no lo pensaría como un fenómeno individual, sí un fenómeno que se transitó en lo individual pero que se corresponde con una multicausalidad, entre ellas factores sociales, históricos, relacionados con enfermedades, privados etc.

3) Como fundamental en relación a los dispositivos de apoyo, creo que es el hecho de trabajar en red. Yo particularmente trabajo en un centro de abordaje de la problemática del suicidio en Santa Cruz, y tenemos distintas especialidades, psiquiatra, psicólogo, terapista ocupacional, licenciada en educación; entonces la idea es tratar de cubrir la mayor cantidad de aristas posibles. La realidad es que uno se siente muy solo al abordar estas problemáticas, y cuando toca trabajar casos así siente muchas veces que le falta mucho, entonces ahí está la importancia también de trabajar en red, con otros sectores, áreas, tratamos de expandirnos más allá del consultorio.

4) Creo que el ámbito de la salud está muy en falta, en general en la salud mental, está todo el sistema en sí bastante precarizado, saturado. Muchos casos que llegan a las guardias no tienen el seguimiento adecuado, y no solo eso, sino el seguimiento que exige la ley. Cuando hablamos de suicidio hablamos de atención mas allá de la obra social y lo que sea, y eso no se ofrece así. Nosotros desde nuestra institución (SEMAI) tenemos conexión directa con el servicio de salud mental del hospital, obvio que como nosotros no contamos con guardia, siempre en esos casos primero derivamos a la guardia el hospital , cuando quizás la vida de la persona corra riesgo. Pero bueno muchas veces como el hospital está colapsado nosotros absorbemos esos casos, la guardia del hospital comienzan con un primer contacto, entrevista, pero bueno si así lo requiere la situación nosotros tomamos el caso, ese es un aspecto positivo que tenemos, no sé si en otras ciudades, otros lugares, se manejan así.

5) Si, es una realidad que la adolescencia es un periodo donde los chicos enfrentan muchos cambios, con el cuerpo mismo, con los padres, con cosas que antes no preocupaban y ahora empiezan a preocupar. Muchas veces escucho en el consultorio que los chicos me hablan de cuestiones relacionadas a la inflación, uno recuerda que a esa edad, quizás 13 años, uno no estaba pensando en esos temas, pero bueno todo a cambiado, hoy esos aspectos llegan a los chicos, entonces como decía antes, su cajita de herramientas todavía no tiene recursos para enfrentar esto. Es un periodo también donde el adolescente tiende a aislarse, a querer marcar de algún modo su cuerpo, sentir este cambio, uno escucha mucho en el consultorio esto de que me autolesiono no porque quiera morir, sino porque quiero aliviar mi cabeza. , esto de somatizar, llevar al cuerpo algo mental es por la misma imposibilidad de tramitarlo a nivel psíquico. Es una etapa que está signada por cuestiones psíquicas y biológicas también propias de la adolescencia, el proceso de adolecer, que pueden de algún modo dar lugar a esas conductas, junto a con otros factores, puede que si como no.

6) Siempre que pienso en esto digo que depende de dónde se lo mire. Porque por ejemplo podríamos pensar que la familia es un factor protector y muchas veces no es así. Es según el caso a caso. La escuela lo mismo, puede ser protector, o no, por ejemplo si en la escuela hablamos de bullying. Pero bueno, factores de riesgo hoy podemos hablar de las redes, la utilización de los medios de comunicación, de la tecnología en sí, creo que esto actualmente se ha transformado en algo bastante peligroso, digo su mala utilización. Si bien tiene su parte bueno, pero creo también que es un ambiente lo bastante hostil, donde se mueven los adolescentes. Lo mismo con el bullying, es un lugar donde los chicos ya no quieren contar las cosas, porque sienten que se divulgan lo que les pasa, que se va a enterar toda la escuela, se pierde la confianza en la escuela desde este lugar, sienten que se van a burlar de ellos más de lo que ya lo hacen. Y factores protectores número uno en la adolescencia, que siempre queremos que sea protector, es la familia y por otra parte los amigos. La identificación con un grupo, con un deporte, alguna actividad social extracurricular.

7) Si, totalmente, creo que proporcionar información abre una puerta interesante con los adolescentes. Hoy los adolescentes son muy abiertos a hablar estas temáticas, entonces creo que abrir esta puerta es fundamental, por ejemplo colegios, actividades deportivas, talleres, etc. Los chicos tienen ganas de hablar de esta temática, se involucran mucho en estos temas, en las actividades que se les plantean, hablar también sobre el proyecto de vida, están siempre muy abiertos hablar sobre la inteligencia emocional, la madurez emocional como dicen ellos.

8) Desde mi experiencia sí es verdad que las mujeres poseen mayores intentos de sucidio o conductas parasuicidas, muchas más autolesiones que los hombres, a mí no me ha tocado trabajar con pacientes que luego se hayan suicidado, pero si acompaño a familiares de personas que han perdido a algún ser querido en estas situaciones, y si es verdad que en su

mayoría son varones, y algunas mujeres también, pero mayormente varones sí, los que cometen el acto suicida.

9) Trabajar con padres tutores o familias es importante, porque nosotros trabajamos mucho con el paciente, pero este cuando sale tiene que volver a insertarse en ese entorno, donde aún quizás no cuentas con determinadas herramientas para acompañar en estas situaciones. Nosotros brindamos herramientas en este sentido, orientando a quien lo desee, puede ser un amigo, familiar. A mí con adolescentes me gusta mucho trabajar con los padres, me gusta que se involucren, ya que es muy difícil cuando los padres no lo hacen, y además el adolescente percibe esta negación, estas ganas de no cambiar de no modificar lo que está funcionando mal. Importante podría ser que los padres logren tener una escucha activa, los adolescentes una de las primeras cosas que dicen es que mi mamá no me escucha, no me da bola, están todo el día trabajando, cuando yo les quiero contar algo están haciendo otra cosa. El hecho de que los padres minimizan las situaciones, o mismo esta falsa expectativa de que "bueno, no pasa nada, esto ya va a pasar", ellos saben muy bien lo que les pasa y quieren ser escuchados.

10) Bueno hablar del tema, por sobre todo, informar, señales y signos de alarma, porque cuando uno empieza a charlar con los adolescentes se destapan cosas interesantes, no solo con ellos, sino que dicen "ah esto es lo que le está pasando a mi amigo etc". Comunicar información correcta, estar bien informado, y que ellos sepan que tiene un lugar a donde se pueden apoyar. Realizar actividades, muchas veces surgen cosas muy interesantes. Y por último también acompañar y saber hacerlo.

Participante 10.-

1) Hay muchos comportamientos y patrones que señalan la conducta suicida, o la posible ideación que son diferentes, pero algunos de los comportamientos que puede señalar el adolescente o algún familiar, podrían ser: el aislamiento social, de sus familiares, encerrarse en su cuarto, no participar de actividades o en clase, comportamiento que solía tener el adolescente y drásticamente dejó de hacerlo.

Expresiones de sentimientos de desesperanza que resulta ser un factor de riesgo que se deben tener recontra en cuenta, expresiones de falta de propósito, por ejemplo "nada tiene sentido", "no tengo futuro", cosas así hacen que se enciendan las alarmas porque posiblemente sean de la dimensión de la desesperanza. A su vez también se lo relaciona con rendimiento escolar, se lleva muchas materias, un cambio drástico en el estado de ánimo.

Son frecuentes los cambios en la etapa de la adolescencia, porque es una época de cambios, cambio hormonal, de imagen corporal etc., y no es que este todo conectado directamente con la conducta suicida porque todos los adolescentes tienen estos cambios, pero bueno los cambios en el estado de ánimo son importantes, hay cambios emocionales que podemos y debemos observar y tener en cuenta.

En la escala de desesperanza de Beck, están los aspectos detallados. Bueno tenes la escala de ideación suicida, o de conducta suicida, y la escala de desesperanza, las dos son pero de manual si uno quiere evaluar.

2) Bueno todo lo que es conducta suicida, y lo que en si la conducta, es siempre complejo y tiene múltiples factores que lo implican e influencian más que nada, tanto factores individuales como del entorno social. A veces los comportamientos privados que son difíciles de detectar para el profesional, muchas veces lo puede decir un familiar u otra persona del

contexto, que muchas veces llega por ahí; por ejemplo estar en contacto con el colegio, y este tiene un gabinete de profesionales, bueno el llamado de atención de estos profesionales muchas veces puede servirnos a nosotros para informarnos, quizás esto que te decía del aislamiento social, el alejamiento, la desesperanza.

Nos puede sorprender, en verdad, que nos agarre así de sorpresa, pero también hay que tener en cuenta de que el suicida, antes de cometer el acto, vence un montón de obstáculos no?, pasa un montón de semáforos en rojo por así decirlo, a alguien se lo comunica, comunica estas señales de desesperanza, todo esos pensamientos negativos, de que la vida no tiene sentido, de que se quiere matar, que lo va a hacer de tal forma, y al llegar al intento también saltan otras defensas que impone la mente, a la hora de hacer el intento como que aparece el miedo, la angustia y se termine abandonando, sea en el método que sea. Entonces cada vez que se vayan venciendo esos miedos u obstáculos, bueno cada vez va a ser más grabe la conducta suicida, porque le va perdiendo miedo a las instancias que va pasando.

Entonces es algo privado que le va sucediendo, es un camino, es un proceso por así decirlo, pero también es el contexto, está lo social.

Sobre algo que también hay mucha investigación, es que en las familias donde se encuentran estos adolescentes existen historias de algún trastorno mental, ya sea del propio adolescente o de las familias; conviven quizás con algún familiar con alguna psicopatología o hay historial también de intentos o alguna patología, o suicidios consumados, entonces esos también son factores de riesgo importantes que influyen en el comportamiento individual del adolecente, donde el ambiente social también es clave, el ámbito escolar, conflictos interpersonales, si hay alguna psicopatología en el grupo, si hubo intentos, el bulying escolar incluso, también lleva a que haya intentos de suicidio.

Por eso te decía como que es multidimensional, hay algo individual pero también hay un contexto social que influencia también en este comportamiento, ahí está la complejidad de la conducta suicida que es influenciada por ambas, no es explicado por una aspecto solo nunca.

3) Bueno, apoyarse en otros profesionales, trabajar interdisciplinariamente de manual eso, estar en contacto con el psiquiatra, con otros profesionales, con el colegio, trabajar mucho con el colegio no?, porque estamos hablando de un adolescente menor de edad, y uno de los contextos importantes del adolescente no solo es la familia sino el escolar, así que apoyarse ahí, estar en constante trabajo en equipo es un gran factor protector y mejora también y profundiza también nuestra labor como psicólogos.

Después en consultorio individualmente, tener bien a mano los principales protocolos que tienen más evidencia, que ayudan mucho a combatir esto de la conducta suicida. Está el protocolo de la terapia cognitiva, uno de los más famosos, uno de los que más se tiene en cuenta. Después tenes el de la terapia de activación conductual, que está más enfocado en lo que es la depresión, donde se observa también mucha conducta suicida. También algo que escuche hace muy poquito, el protocolo que tiene DBT para el suicidio (la terapia dialéctica comportamental) que es bastante interesante y además ofrece justamente un manejo de la crisis, que la llama “crisis suicida”, donde DBT trabaja con técnicas de respiración, utilización de los cinco sentidos, una técnica de utilizar cubitos helados para pasarse por todo el cuerpo, para conectarse con el momento presente y bajar la temperatura corporal, osea desvia la atención hacia lo frio del cubito, esto como uno de los tips que nos deja DBT que están geniales y se encuentran dentro del protocolo, muy recomendado.

Otro de los apoyos que tenemos que tener los psicólogos es poder evaluar el riesgo suicida, es importante que los adolescentes nos hablen, nos comenten las cosas, y evaluar con datos

observables también. Volviendo nuevamente, las escalas de Beck (desesperanza, ideación suicida, conducta suicida) es una herramienta que puede ayudar para complementar.

4) Apoyarse en otros profesionales, trabajar interdisciplinariamente, estar en contacto con el psiquiatra, con el colegio, trabajando en equipo. En consultorio quizás tener bien a mano los principales protocolos, TCC, terapia de activación conductual, protocolo de DBT, que resulta ser bastante interesante. Es un protocolo que se enfoca, entre otras cosas, en la intervención en crisis.

5) Es un periodo claramente muy importante, también muy crítico, ya que pasa de ser un niño a la adolescencia, que es una etapa de crisis vital, pero bueno crisis en el sentido de que aparecen estos cambios biológicos, cambios corporales, hormonales, psicológicos y sociales, las amistades también cambian, aparecen nuevos intereses, se despierta toda el tema sexual, y es un periodo de desarrollo clave, que a veces puede llevar a una mayor vulnerabilidad, cambios de ánimo bruscos, desregulaciones emocionales, conductas impulsivas, que no hacen más que incrementar el riesgo de ideación y conducta suicida. También hay que tener en cuenta la información con la que se cuenta en esta edad, las redes sociales, si existe lo que se llama un efecto contagio, si algo de esto sucedió en la escuela con algún compañero, lo que puede aumentar el riesgo dependiendo cada adolescente que se suma a estas crisis vitales. Hay que tener en cuenta que hay crisis que son normativas y no normativas, y es importante tenerlo claro eso para el aumento de la vulnerabilidad en cada caso.

6) Tal cual, ambos son importantes para tener en cuenta. Uno se enfoca mucho en los factores de riesgo y está atento a lo negativo, lo que enciende las alarmas, pero los factores protectores también son importantes porque equilibran la balanza. Los factores protectores sirven también como predictores para poder determinar las probabilidades de que aparezca conducta

suicida, porque si hay factores de riesgo, los factores protectores hacen el contrapeso, y hay que ver cuáles son.

Los factores de riesgo importantes quizás, bueno pueden ser antecedentes familiares de suicidio, antecedentes de trastornos mentales, no tratados también, experiencias traumáticas, bulying, aislamiento social, señales de desesperanza, y quizás algo muy importante el acceso a medos letales. Recién me acordaba de eso, poder evaluar si dentro del hogar hay acceso a algún elemento letal, como puede ser que la madre o padre tenga algún tipo de arma de fuego, mismo que sepa la ubicación del arma, es peligrosísimo, nivel 100, osea mantener alejados elementos con cuales pueda dañarse, porque bueno los adolescentes con un alto grado de desregulación emocional suelen tener conductas autolesivas utilizando estos elementos. Entonces volviendo a lo que es DBT, algo que recomienda el protocolo, es alejar esos instrumentos para que la persona no se vea de pronto tentada a reducir su crisis suicida o consumar la conducta suicida con esos elementos que tiene a la vista.

Después bueno lo que es factores protectores tener en cuenta las relaciones familiares, como son las relaciones sociales si son de calidad, si son fuertes, si estas personas de entornos social del adolescente están dispuestas a trabajar con el profesional, lo que es un buen predictor; porque si minimizan las situaciones, no concurren mucho a nuestras reuniones, o no nos responden cuando hay algo que nos llamó la atención del adolescente, pero sí a diferencia de estos nos encontramos con familias más predispuestas, más ocupadas, y más motivadas a hacer estas modificaciones de deseamos es un factor protector. También por parte del sistema de salud, si existen instituciones, servicios de salud mental, comunidades, donde pueda concurrir el adolescente también funciona como un factor protector. Participar en actividades extracurriculares, ámbitos donde puedan estar en contacto con otras comunidades, con otras actividades sociales, amistades, que formen parte de su red social,

actividades deportivas, arte, música, esas cuestiones y porque no actividades religiosas, en el caso de que sea un adolescente creyente quizás. Hay actividad religiosas que tienen reglas que de alguna forma se contraponen con lo que sería la creencia del suicidio, porque volviendo a lo mismo, las personas buscan quizás alivio en el suicidio, ya que lo conceptualizan así, como vía de escape; bueno de repente creencias que se contraponen a eso, por poner un ejemplo la religión cristiana que no es aceptado el suicidio, al estar en contra del hecho de suicidarse, esta creencia funciona como factor protector, hace que no cometa el acto.

7) Sí, creo que sí, es importante proporcionar información porque la información abre puertas, baja los factores de riesgo y aumenta los factores protectores. Que el adolescente comunique que está pensando en eso del suicidio, o en cometer estas conductas, ya comunicarlo es un factor protector, está genial, y hay que promoverlo, no hay que castigarlo para nada, ni hacer sentir mal al adolescente, como que es una barbaridad y no debería pensarlo, eso no es por ahí. Es un tema complicado, delicado de hablar, el suicidio adolescente es un tema muy complejo, sensible y doloroso, es un tema que tanto la familia como el colegio lo quiere evitar, más la familia, porque los colegios muchas veces ofrecen talleres, como otros temas quizás, que se posicionan como temas tabú, como la sexualidad. Entonces el colegio creo que puede ser un buen lugar para tratar estos temas, charlarlos, con un profesional, con docentes, y bueno si las familias quieren aplicar estos conocimientos quiere informarse, mejor aún, recordemos que los contextos más importantes de adolescente es el colegio y la familia. Así que bueno, charlar y ofrecer información sobre esto, educar a los adolescentes sobre lo que es salud mental, lo que es emociones, lo que son las crisis emocionales, crisis suicida como hacer un contrapeso en esto, como combatirlas, y que sepan que hay un espacio para escucharlos, sea dentro del colegio o un profesional, o mismo sus familiares, bueno que lo hagan porque esto aumenta las probabilidades de prevenir el

suicidio. También serviría mucho capacitar a padres y docentes, acerca de señales de riesgo, saber qué pueden hacer, establecer un protocolo, capacitar.

Otro ámbito que sería ideal que participe, son los medios de comunicación, sobre todo redes sociales que es un lugar donde hay muchos adolescentes, que se charle acerca de estos temas, que se ofrezcan números como se hace con otros temas como es violencia de género, o adicciones que hay muchas publicaciones y propagandas en la tele que a veces aparecen, hacer esto también con conducta suicida.

8) Bueno, no tenía este dato, pero es bastante interesante. Mi opinión es que tiene cierta lógica por ahí con los hombres que culturalmente, socialmente, la socialización de genera, las formas de manejar el estrés emocional es diferente en cada género; por ejemplo los hombre que sienten muchas tristeza y tienen pensamientos negativos por ahí tienden a ocultarlo, a decir que está todo bien, a querer distraerse con otras cosas, tomar alcohol, hablo desde mi experiencia o sentido común, como que tienen a poner todo debajo de la alfombra, pero bueno todas conductas que aumentan más esa bola de nieve hasta que terminan desembocando en una conducta suicida, así que bueno, la evitación como siempre no es el camino si se quiere prevenir el suicidio, sino que hay que hablarlo, y deben sentirse cómodos para poder contar en profundidad acerca de esto porque bueno sino se puede llevar al lado contrario de que bueno se arranque con la idea suicida, se pase al plan y después a consumar el acto, al acto suicida propiamente dicho. Puede ser que los hombres utilicen métodos más letales sí, eso puede ser, un poco lo que decíamos no?, del acceso a las armas letales, eso es un gran peligro si existe alguna licencia de portación de arma, es un factor de riesgo altísimo.

9) Bueno romper con algunos mitos importantes, como son entendidos desde que, bueno, quiere llamar la atención, ¿no? Que habla sobre que se quiere matar. Hay un mito muy importante de que quiere llamar la atención, ¿no? que lo habla pero no lo va a hacer. Bueno,

los datos muestran que los que lo hablan arrancan por ahí y después cuando no se han escuchado, bueno, pasan a métodos cada vez más cercanos.

Pasando de este proceso de ideación suicida, bueno, a plan ya consumar el acto. Bueno, romper con este mito, que es recontra peligroso estas creencias. Y psicoeducarlos en el sentido de, bueno, con empatía y sin juicio, que puedan animarse.

Es verdad que es una situación muy delicada, que no les gustaría a cualquier ser humano vivir. No hay placer, nadie disfruta de charlar estos temas con sus hijos. Es recontra sensible y hace sufrir también a los mismos padres.

Pero que sepan que si quieren que su hijo pueda sobrepasar esta crisis, el apoyo de los padres es vital. Entonces brindarles herramientas a los padres va a hacerles a ellos también que estén más seguros, más en confianza y sepan qué hacer en esos momentos, porque a veces pasa también que, bueno, como toda la vida, te surge algún problema y vos no tenés las herramientas, no sabes qué hacer, te angustias más, más allá de lo que es el problema en sí, ¿no?.

Ser padre, ser madre, es complejo, no hay manuales, no hay protocolos, por así decirlo. Muchas veces tienen algún trastorno mental de base, se desarrolló algún trastorno mental, alguna discapacidad, o alguna patología de neurodesarrollo; en ese sentido también hay que psicoeducar porque hay poca información, y quizás se desencadena alguna conducta asociada de riesgo suicida y bueno esto hace más complejo la labor de los padres. Por eso es recomendable apoyarlos y acompañarlos con empatía y sin juicio, y conformar un equipo, como te decía antes, es importante también armar un equipo interdisciplinario con el colegio y con profesionales.

Pero es importante también incluir a los padres. Es un factor clave, romper estos mitos, darles herramientas para apoyar al adolescente cuando tenga esta crisis suicida. Para acompañarlos.

Psicoeducar también para estar atentos a cambios en comportamientos del adolescente, para que puedan buscar ayuda profesional y dar aviso.

Muchas veces también pasa que los adolescentes quieren comunicar algo o tomar contacto con sus allegados, y se encuentran con una pared, se encuentran invalidados.

Y le dicen, no sé, por ejemplo, cómo vas a pensar eso? Dejate de joder. Es una boludez o no estés triste, sé feliz, sos adolescente, tenés toda una vida por delante.

Las intenciones son positivas en los padres, es verdad, pero no sería el camino porque estaríamos invalidando al adolescente, y la próxima vez que tenga estos pensamientos, si sabe que va a ser invalidado y en cierto punto, por ahí, castigado, esto reduce las posibilidades de que quieras comentarlo, ¿no?.

10) Tener a mano los protocolos que han demostrado evidencia, y que ayudan a combatir este tipo de situaciones. Yo había mencionado el protocolo cognitivo-conductual y el de DBT, para mí como pilares para estas situaciones, puede haber más obvio. Bueno después una detección temprana de todo lo que es la conducta suicida, hay que tener en cuenta que es un proceso, estar atento a las señales que dan cuenta de eso. Tener en cuenta los trastornos mentales, para poder trabajar teniéndolo en cuenta. Fomentar la psicoeducación a padres también, ofrecer herramientas, hablar lo que es la validación y la invalidación emocional, que esto aparece en DBT por ejemplo. Después bueno capacitaciones a docentes, a padres, para que quizás funcionen como co-terapeutas en ciertos casos. Involucrar a la familia, al colegio, estar en contacto. También la existencia de políticas públicas es fundamental, que existan talleres, así como existen en otras especialidades, bueno en estos temas sería fundamental

también. También importante el hecho de reducir el acceso a métodos letales, en el caso de que existan armas y demás, bueno el adulto debe saber dónde guardarlas, sin que lo haga el mismo adolescente ni tenga posibilidad de acceder a eso, incluso hasta sacándolo del mismo hogar y llevarlo a otro espacio. Por otra parte, mejorar el entorno social de los adolescentes, si tiene amistades negativas, peligrosas, me refiero a conducta de violencia verbal o física, y evaluar también el entorno familiar, si existen trastornos, o mismo el modo de vinculación.

Participante 11.-

1) Como habrás investigado es una problemática súper compleja, porque está multideterminada, es multidimensional. Multideterminada significa que hay distintos factores que pueden incidir en esto, tanto factores individuales como sociales. Y multidimensional porque no sé asocia a un cuadro nosológico o una psicopatología particular sino que puede estar en cualquier persona en cualquier momento de su vida, osea no es exclusivo de un cuadro clínico como puede ser el caso de la depresión, que se lo suele asociar. Por eso los indicadores son bastante variados, quizás cambios de conducta repentinos, quizás cuando hay un retraimiento social, nos a pasado con chicos que quizás estaban encerrados en sus cuartos sin salir por mucho tiempo, quizás también hay chicos que han llegado a concretar un suicidio y no presentaban un retraimiento social pero sí que en algún momento han hecho alusión a una posible ideación. Para nosotros el indicador más claro es cuando existe la ideación, nosotros diferenciamos en el proceso suicida, donde por un lado están las ideas de muerte, que están presentes en todos los adolescentes y en los seres humanos en general, que en el adolescente aparece mucho más por lo que implica la adolescencia en sí misma en la construcción de una subjetividad, una etapa muy particular. Entonces las ideas de muerte pueden estar, pero eso no significa que tenga la intención o que esté pensando en hacerse un

daño. Sí, en el caso de la ideación, donde la persona ya piensa en la propia muerte como la solución a sus conflictos o a sus conflictos particulares. Cuando ya el adolescente plantea la ideación como una posible salida, bueno eso es un indicador, cuando existe desesperanza, cuando aparece esto de que no hay solución a nada, cuando no encuentra nada que lo motive, nada que lo haga salir de la situación en la que está, la desesperanza es un indicador bastante importante, y sirve para valorar el riesgo digamos de la situación. Esta cuestión del retraimiento también es un indicador importante, que puede darse también al revés, un adolescente que es retraído y de la nada empieza a ser hipersociable. Mismo también cuando existe acoso escolar, o sufren violencia, y esto de la palabra y el discurso es lo más importante también, de que diga o haya hecho referencia de la muerte como posible salida. Cuando no encuentran motivación y esas cuestiones.

2) El suicidio como problemática compleja tiene una parte que es individual y que tiene que ver con un padecimiento subjetivo, que es muy de una persona; obvio que tiene que ver con su percepción, su forma de posicionarse ante la vida, ante los otros, eso sería más individual, osea nosotros no podemos intervenir diciéndole “no pero mira, tenes una vida muy linda” eso no lo pude ver; pero el suicidio tiene también un anclaje en lo social, digamos por el impacto que genera y porque también hay factores sociales asociados como factores de riesgo, es claramente una problemática social y no podemos decir hoy que tiene que ver solo con lo individual, más teniendo en cuenta la cantidad de suicidios que tenemos, el número tan significativo, sobre todo en la población adolescente, porque tambien se ve como esto, hay una cuestión de síntoma de época no?, hay una bja tolerancia a la frustración, muchísima dificultad para expresar emociones y sentimientos, esos tambien son indicadores, lo que pasa que no siempre esto está asociado a conductas suicidas, pero si se ve esto, no puede encontrar otros modos de resolver conflictos. El contexto social es super importante.

3) El primer punto de apoyo que tiene que tener es el grupo de referencia, la familia en este caso. Cuando nosotros evaluamos riesgo suicida, si vemos conducta o ideación, tenemos que tener en cuenta eso y poder ver con que red de contención cuenta además del espacio terapéutico de la persona y ahí se ve si se contacta a la familia, porque depende de la valoración que hagamos; si presenta riesgo cierto o inminente tiene que ser internado/a, o bien para evitar esta internación tenemos que saber quién puede cuidar de esta persona; tiene que quedar al cuidado de alguien sea hospital o familia, con todas las pautas de alarma para estos casos. Y el trabajo con la familia es necesario, con el contexto, lo comunitario, esto es importante porque sino estamos dando respuestas siempre desde lo individual y no alcanza. Si el contexto no se moviliza y no cambia, es muy difícil para la persona salir de esto, del proceso suicida, así como también es difícil frente a otras problemáticas de salud mental. La familia como te decía es importante para el control, vigilancia, y también para modificar otras cuestiones que quizás están incidiendo ahí en su ideación, en los vínculos, los modos, las relaciones interpersonales.

Por otra parte la supervisión es otro de los puntos importantes para los profesionales de la salud mental, más si están en el consultorio, porque el consultorio tiene eso, uno trabaja como muy solitario. También si se necesita otra intervención o incluso una interconsulta con psiquiatría.

Después espacios recreativos, deportivos o artísticos etc., que sean de su interés, y lo que es interesante es el hecho de que el terapeuta pueda también estar en contacto con esos espacios, es un poco lo comunitario que te digo.

En definitiva, para mi, la posible salida tiene que estar en los social, hay un anclaje ahí.

4) Si, no hay muchos que trabajan esta problemática particular. Quizás no es muy común, viste que en la ley dice que dirección para abordar esta temática es en estos tres ejes: en la

prevención y promoción, en la asistencia y en la posvencion. Quizás falta más en lo que es promoción y prevención, en lo que es dispositivos hospitalarios, dependiendo el nivel de atención, viste que tenes distintos niveles de atención en salud, nivel primario, secundario; y si los dispositivos se mantienen cerrados y no articulan con escuelas, centros deportivos, recreativos, con organizaciones sociales, entonces eso es lo que falta para mí en este problemática. Si no hacen eso, si no tienen una mirada más territorial, no alcanza, eso es super importante. Tenemos como comunidad, como sociedad, implicarnos en eso, y sabemos también que los hospitales están estallados, no alcanzan; el dispositivo de consultorio en el hospital nunca va a alcanzar. Hay que pensar las formas de abordar, lo grupal es muy importante, por los efectos que genera, lo grupal como intervención clínica, eso es fundamental, más en adolescentes.

Justo hablaba hoy con una residente, por un intento de suicidio que sucedió en la localidad de paso del rey, provincia de buenos aires, donde yo trabajo, y bueno veíamos esto, muchas veces los dispositivos no alcanzan, estamos todos colapsados pero también sobre-intervenimos, porque le dan intervención a la sala, a la unidad sanitaria, intervienen los dispositivos específicos, a la guardia de salud mental, todos estamos interviniendo desarticuladamente y no sobran los recursos entonces optimicémoslos, y hagamos que las intervenciones no sean iatrogénicas.

El equipo tiene que ser interdisciplinario si trata esta temática, profesionales de salud, de salud mental, Psicólogos, Psiquiatras y trabajadores sociales, quizás otras también, terapista ocupacional, etc., y lo que falta mucho, una pata fundamental es Psiquiatría infanto-juvenil, eso es un gran tema, no hay, nos cuenta muchísimo cubrir esas vacantes, nosotros tenemos hoy tres, los cargos están pero no hay quien los cobra, es una situación muy preocupante.

Esto también es un tema importante, que viene de la mano de esto que hablábamos, muchos atienden en privados por un tema económico, perdió mucho prestigio la institución pública, a mí me da muchísima pena. Más allá del sueldo, antes uno quizás no cobraba tampoco muy bien, pero uno iba por el prestigio que tenía trabajar ahí y esta es una cuestión que se ha ido degradando.

5) Si, tiene muchísimo que ver la edad, de hecho en las estadísticas de suicidio aparece un rango si no me equivoco aproximado de entre 15 y 25 años de edad. Cada vez tenemos niños/as más chicos con ideación suicida. Los números que tenemos hoy es muerte por suicidio, se cree que por cada muerte hay entre 20 y 30 intentos, es un número super importante, que a partir del año pasado el ministerio de salud de la provincia lo marca como un evento que notificación obligatoria, entonces cuando uno sabe que tuvo un caso así, tiene que notificarlo al sistema de estadística de salud, que es un dato que queda en un sistema de registro epidemiológico.

Pero si, incide muchísimo la edad, esta cuestión de lo identitario que hablábamos, el individuo para poder construir su subjetividad, sale hacia lo social, deja a la familia, tiene todo un proceso adolescente que no dejan de ser pedidas, tiene que poder elaborar esas pérdidas para poder volcarse a nuevas inscripciones y bueno se encuentra con un mundo que es bastante hostil, entre el mundo de pares y el mundo adulto. No solo afuera sino adentro de la familia también. Hay que ver con experiencias cuenta, con que bases cuenta para poder salir al mundo. Sabemos que la subjetividad no está construida en esos primeros momentos, sino que es algo dinámico, uno va constituyéndose en la relación con otros, y a la vez, hoy por hoy, en la era de la comunicación estamos teniendo muchos problemas, los tiempos han cambiado, todo es mucho más efímero, más rápido, y todo esto incide en la conducta adolescente y se genere mucho más esto de la desesperanza que decíamos.

Es una franja etaria muy vulnerable, los pibes tienen acceso a mucha información hoy, foros, redes sociales, donde personas con estas mismas problemáticas se comunican y aportan información al respecto, o hacen retos; bueno son cuestión que hay que empezar a deconstruir.

Es una etapa de transición donde también aparecen todas estas cuestiones de género. Otros quizás con trastornos no diagnosticados en la infancia, no hay que patologizar, pero muchas veces tiene que ver con esto, con descompensaciones.

6) Factores de riesgo, bueno esto que decíamos antes, cuando dejan la escuela, cuando dejan de asistir, cuando la familia no lo lleva o no problematiza esto, no estar acompañados cuando hay alguna transición, por ejemplo en estas cuestiones de género que hablábamos, cuando no tienen un espacio para poder expresar lo que les está pasando, y no sentirse estigmatizados, ni juzgados. Bueno cuando hay acoso escolar, vuelvo a decir, o sufren distintos tipos de violencia en la casa como en sus ámbitos sociales, como así también el abuso sexual contra las infancias también es un factor de riesgo, algunos pacientes que recibimos han pasado por esto.

También algo muy importante son los antecedentes familiares, o cercanos quizás, si existe un suicidio cercano. Muchas veces nos llegan casos así, y cuando uno indaga en esto, por ejemplo murió el tío que era muy importante para él, y al profundizar sobre eso uno encuentra que el tío se suicidio y él lo encontró, y quizás esto había pasado a los 7 años. Eso nos pasó, hace poco presentamos este caso en un ateneo. Quizás ahí se ve no una cuestión hereditaria sino a formas de resolver conflictos.

En lo individual quizás también cuando necesita tratamiento psiquiátrico y no lo llevan por ejemplo, cuando tiene baja tolerancia a la frustración, cuando no asiste a ningún espacio, bueno, todos factores que se van asociando y nos hablan de algún riesgo.

Y bueno, factores protectores tenes tanto individuales como sociales también, que la persona pueda concurrir a otros espacios, donde pueda expresar lo que siente, poder hacer actividades poder trabajar la autoestima, y lo que le está sucediendo, que pueda tener un grupo de referencia de pares, y después en lo social poder trabajar con la comunidad con la escuela, trabajando la violencia que hay entre los pibes. También como decíamos, siempre se termina trabajando con la víctima, como quizás pasa en el caso de la violencia de género, y acoso escolar, se lo deriva a tratamiento individual al que sufre, pero después con el grupo no se trabaja.

Lo que pasa también es que los pibes no están teniendo esos espacios, de encuentro social, donde puedan hablar y expresar lo que les pasa. Porque también es esto, la importancia de la salud mental en la vida de una persona, que generalmente está más ligado al ámbito de la enfermedad, salud mental asociada a enfermedad, a los diagnósticos, a las clasificaciones diagnósticas y no desde el lado de la prevención, eso es súper importante.

7) Si, es un gran tema también, lo que siempre decimos es que hay que romper con esto del tabú, el suicidio es tabú, no hay que hablar suicidio porque esto induce, y la verdad es que es todo lo contrario, años pensando en esto y lo que nos demuestro esto es que justamente son temas que hay que hablar, del suicidio de las autolesiones, no pensar que quizás todas las autolesiones están asociadas a riesgo suicida, lo que se ve ahí es que aparecen otros fenómenos.

Pero sí, poder apuntar a talleres, espacios de escucha, de contención con los adolescentes, apuntando siempre a lo que es la salud mental y prevención en este sentido, hablando de proyecto de vida y demás, pero también poder hablar de suicidio pero dejando que surja de ellos, como ir acompañando eso para poder hablar también de lo que es el suicidio, de lo que sucede y como prevenirlo también.

Sensibilizar y capacitar también a los adultos que son los que están a cargo de los pibes, para que puedan detectar, que es una manera de poder prevenir, y en los pibes generar estos espacios donde puedan sentirse libres de hablar de lo que les pasa.

Lo que pasó en este sentido, es que empezamos a hacer flayers para la fecha de dia internacional del suicidio, y bueno al comparatirlos me paso justo que una persona se animo a contarme que tenía ideas y que podía hacer ante esto, entonces eso, saber como acomáñamos. Y por sobre todo en la población adolescente, la importancia de capacitar a otros adolescentes, nosotros lo hicimos el año pasado, y bueno esto de lograr que otros jóvenes que sean referentes puedan implicarse en esto es como que entras en ese mundo, porque aunque nos pesé, uno es adulto y bueno es un poco por ahí también, es la manera de entrar, adolescentes comprometidos. Cuando lo hicimos fui con adolescentes interesados en estos temas, centros de estudiantes, los capacitamos sobre cómo detectar, situaciones de riesgo, que hacer, que es el suicidio, romper con los mitos y demás, porque son pibes comprometidos. Ellos mismo fueron a pedirle a un concejal, de hecho fue aprobado por eso, y el concejal nos decía “yo pensé que iban a venir a pedirme mejoras edilicias, estufas, que estiren los recreos etc.”, y no, lo que los pibes le fueron a pedir fue capacitación, porque veían esto, como hacían para ayudar y acompañar a un amigo, estaban pasando por esto. Hay que saber cómo hacerlo, que conozcan los recursos que existen y saber cómo acompañar para que ellos no se sientan responsables de estas situaciones, pero bueno que sean agentes multiplicadores, es fundamental.

8) Si, el tema cultural y las cuestiones de género tiene mucho que ver, ese dato lo teníamos en la guardia de salud mental, existen mucha mayor cantidad de casos de mujeres; y lo que se pensaba en un principio que el intento de suicidio tenía que ver con una descompensación y quizás esto de las voces de comando, la real es que era un número ínfimo, sino que tiene

que ver con un padecimiento subjetivo. Pero si, lo que sucede, es que en el caso de las mujeres hay mayor cantidad de intentos, que no llegan a consumarse. El hombre no intenta mucho, sino que va directo a métodos mucho más efectivos, más radicales, más violentos. En el caso de las mujeres, no porque no quiera morirse, sino que elije métodos que no terminan siendo efectivos; quizás creo también que la mujer, por estas cuestiones de género, ha podido hablar con otros de esto que le estaba pasando, entonces quizás esto funciona y llegan a centros de salud, en cambio los hombres son mucho más cerrados, les cuesta mucho más hablar todo, la importancia entonces de trabajar con la masculinidad, porque así como se ve la violencia contra la mujer se genera violencia contra sí mismo. También en el hombre se ve mucha carga, mucho peso, de tener que cumplir, cuestiones económicas, ser el sostén de la familia, el que tiene que ser exitoso todo esto incide en estos temas.

9) Si, en este sentido es importante el hecho de cómo se los escucha, digo los adolescentes. Hay un autor Marcelo Rosi, un Psiquiatra que dice algo muy interesante, trabajar sobre este tema en la comisión interministerial de la Provincia de Buenos Aires, del Ministerio de Salud, decía como la adolescencia para la sociedad ha ido mutando pero siempre desde este lugar de estigma, en los 70 eran los hippies, los que se drogaban, en los 89´, 90´ los delincuentes, y ahora son los suicidas. Bueno decía un poco esto, como se estigmatiza, demoniza, criminaliza la adolescencia, y ahora son los pibes suicidas. Así que nada, poder laburar esto con los padres es importante, y también digo porque soy madre, qué difícil cuando llegan a esa etapa, y bueno si tu aparato psíquico está más o menos endeble se te va todos para cualquier lado, hay que saber acompañar esa salida.

10) Yo creo que poder ampliar las actividades de los adolescentes, que tengan un abanico más amplio, digo, un adolecente que no juega al fútbol ¿qué hace?, preguntarnos, ¿por qué otros espacios circulan los pibes?, hay que acercarlos más a las instituciones, pero crean más

diversidad. Osea que existan más posibilidades, y obviamente en esos sectores poder trabajar también, poder trabajar desde ahí la prevención, como lo es el caso de la escuela.

Participante 12.-

1) me parece que uno de los patrones podría ser el tema del aislamiento, al menos lo que veo en mis casos como algo general, se ve mucho en circunstancias escolares, las asistencias, hay un cambio ahí, un chico que asiste normalmente, de la noche a la mañana comienza con estas faltas o desgano, o mismo el hecho de no querer juntarse con sus compañeros, bajar el rendimiento. Mismo también aparece esta cuestión de estar todo el día en la cama, o durmiendo, muchos padres plantean un horario de sueño muy desregulado. Estos podrían ser quizás alguno de los patrones digamos, lo que se presenta muchas veces.

2) Es multicausal, lo habrás escuchado. No es esta cuestión de que mis padres se separaron entonces me pasa esto, sino que hay una variedad de factores, esto es importante tenerlo en cuenta, siempre es multicausal. De hecho si algo le pasa, que puede ser cualquier evento angustiante, problemas amoroso o con amigos, separaciones de los padres como decíamos, fallecimiento de un familiar, bueno no quiere decir que esto puntualmente lleve al comportamiento suicida, sino que tiene que haber una base que incluye varios aspectos en cada caso.

3) No trabajar en soledad, digo como algo sumamente importante. El trabajo del psicólogo es bastante solitario, pero quiero decir que siempre hay que intentar hacerlo de forma interdisciplinaria. En mi caso trabajo mucho con el plantel de psiquiatría, en algunas cosas uno se encuentra trabajando con el colegio también, muchas veces es difícil, en algunos casos quizás no hay mucha respuesta de la institución.

También es importante la supervisión, uno como profesional cada tanto tiene que ir supervisando, quizás para poder ver qué herramientas pueden ser más eficaces para cada caso, o mismo cualquier duda que el profesional tenga. Y la propia terapia obviamente como una pata fundamental también.

4) En mi experiencia, quizás lo que veo en este sentido como una problemática, es que uno hace alguna consulta cuando les llega el caso, y no hay respuestas claras, parece como que se pasan la bola, y nadie termina ofreciendo una respuesta.

En el caso del hospital público, en mi experiencia te podría decir que llegan los casos más graves, a nivel urgencia hablo, quizás algún adolescente que se ahorcó, o tiene una autolesión complicada, como ese tipo de casos.

Lo que no hay es un seguimiento, puede que un clínico atienda la urgencia y hasta recete algún fármaco y si está acompañado lo manden a la casa, pero ese no sería el mejor seguimiento digamos. Y también en este sentido está la utilización de la internación dependiendo de la gravedad pero de la herida, de lo físico, y la realidad es que estos casos requieren de otro tipo de evaluación también.

5) Influye bastante, no hay que olvidarse de justamente esta cuestión del adolecer, osea está creciendo con dolor, está pasando de un cuerpo de niño a un cuerpo que si bien no es un adulto, pero está ahí ¿Qué soy? Aparecen estos cambios físicos, cambios a nivel hormonal, están más emocionales, aparece todo un lenguaje nuevo, pensamientos nuevos, y esto hay que ver cómo se transita, como llegó el adolescente hasta acá.

6) Y como factores de riesgo, esto que te decía, el aislamiento y no hay un adulto que supervise, que no se pregunte qué pasa, sino que te dice “él es así” por ejemplo. El adulto quizás no tiene información pero quizás algo pasa. La mala nota aparece, y todo se justifica

desde la idea de “no estudiaste”, no hay un porque digamos, no sé indaga esto. Osea los padres carecen también de herramientas, y muchas veces se juzga al adolescente sin entender que es lo que está pasando. El adulto responsable puede funcionar mal en este aspecto y ser un factor de riesgo, pero fíjate que cuando hay un adulto ocupado bueno el factor es protector claramente ante otras contingencias de ese adolescente. Por otro lado, que el colegio haga la vista gorda también es un factor de riesgo, porque suele ser un lugar donde aparecen cosas, se detectan, pero cuando esto no funciona bien, bueno puede ser un factor de riesgo importante.

7) Si, obvio. Comenzar en los colegios sería buenísimo, así como se hace con la ESI. Arrancar de la primaria sería genial, no desde primer grado, pero si desde 5to grado en adelante donde aparecen algunas preguntas en este sentido, sobre la vida y la muerte, y más sabiendo que hay chicos/as que ya han pasado por situaciones de fallecimiento de algún familiar y lo registran. Ni hablar en la secundaria, y sería genial trabajarlo también en los ámbitos deportivos. Y creo que finalmente talles, cursos, capacitaciones, donde puedan asistir las familias e informarse.

8) Si, es así. Se ve eso, que los métodos en las mujeres son más “débiles” por decirlo así, menos letales digo; mientras que el hombre quizás no falla, lo lleva al acto y de forma más letal. Si, por ese lado creo que se podría explicar, tal cual.

Quizás podría decirte que se responden de forma más radical los varones, más cerrados en sus ideas “no hay solución” listo. En cambio la mujer duda un poco en eso, está más ahí, porque quizás el método es menos letal. Atendí tanto hombres como mujeres y esto se ve, el hombre es mucho más cerrado en este sentido.

9) Creo que esto un poco lo fuimos charlando.

10) Bueno esto se habla mucho. Lo que funciona como información y demás, no está mal, pero quizás hay que dar un paso más. Me parece importante que no sea un taller aislado este tema no? , que sea algo más a largo plazo, investigar las zonas donde se están dando los casos, que no sea taller de un día para todos. Es importante también tener en cuenta como brindamos esta información, dependiendo la edad quizás que sea más lúdico y no una persona recitando información de corrido, hay que tener en cuenta eso y trabajar sobre estas dinámicas. Muchas veces los adolescentes, quizás los de la primera etapa puede que no expresan muchas cosas, o mismo no puedan, entonces el dibujo es una gran herramienta. También los juegos como te decía, los juegos a full. Y bueno, con todo esto, la importancia también de no caer en este mito del que el adolescente no se expresa , que guarda, que no habla, no, no es así.