

EL SUICIDIO ADOLESCENTE EN URUGUAY

UN ASUNTO
DE SALUD PÚBLICA



Ministerio
de Salud
Pública

El suicidio adolescente en Uruguay: un asunto de salud pública

Área Programática de Salud de Adolescencia y Juventud
Dirección General de la Salud
Ministerio de Salud Pública
Uruguay, 2023

Autoridades

Ministra de Salud Pública
Dra. Karina Rando
Subsecretario de Salud Pública
Lic. José Luis Satdjian
Directora general de la Salud
Dra. Adriana Alfonso
Subdirectora general de la Salud
Dra. Sandra Lorenzo

Coordinadoras responsables

Área Programática de Salud de Adolescencia y Juventud
Dra. Lorena Quintana
Mag. Psic. Valeria Valazza

ASSE

Dir. Programa de Niñez y Adolescencia
Dr. Ignacio Ascione

Dir. Salud Mental y Poblaciones Vulnerables
Dr. Eduardo Katz
Psic. Silvana Giachero

INAU

Programa de Adolescencia
Dir. Prof. Mag. Alicia Trillo

Universidad de la República

Facultad de Ciencias Sociales

Grupo Prevención y Comprensión de Conducta Suicida
Soc. Pablo Hein
Dra. Cristina Larrobla

Facultad de Medicina

Cátedra de Medicina Familiar y Comunitaria
Prof. Dr. Julio Vignolo
Cátedra de Pediatría A
Dra. María Catalina Pérez
Cátedra de Pediatría B
Prof. Dra. Loreley García
Cátedra de Pediatría C
Prof. Dr. Gustavo Giachetto
Cátedra de Psiquiatría Infantil
Prof. Dra. Gabriela Garrido
Prof. Agda. Dra. Adriana Martínez
Cátedra de Psiquiatría de Adultos
Prof. Dra. Sandra Romano

Facultad de Psicología

Instituto de Psicología Clínica
Asist. Mag. Susana Quagliata
Prof. Adj. Dra. Denisse Dogmanas
Prof. Agda. Mag. Silvana Contino
Prof. Agda. Mag. Adriana Tortorella
Asist. Mag. Paula Achar
Dra. Psic. Adriana Cristóforo
Instituto de Psicología de la Salud
Prof. Agda. Mag. Alejandra Arias

Universidad de Montevideo

Licenciatura en Psicología
Dra. Psic. María José Soler
Psic. Dalile Burgos

Universidad Católica del Uruguay

Departamento de Psicología
Prof. Mag. Leticia Daguerra

Maestría en Psicología Clínica, opción Niños y Adolescentes
Prof. Mag. Natalia Estrade

Sociedad Uruguaya de Pediatría

Comité de Adolescencia
Lic. Psic. Karina López Vidal
Dra. María Noel Valdez

Ministerio de Salud Pública

Área Programática de Salud de Adolescencia y Juventud

Dir. Dra. Lorena Quintana
Mag. Psic. Valeria Valazza
Psic. Silvia Leguisamo
Proc. Andrés Tajés

Área Programática de Salud y Niñez

Dir. Dra. Victoria Lafluf
Dir. Dra. Alicia Fernández (2022)
Lic. Psic. Carolina Fernández

Área Programática de Salud Mental

Dir. Dr. Horacio Porciúncula
Dr. Álvaro Usher
Dra. Psic. Denisse Dogmanas
Lic. Psic. Laura de Álava
Lic. Psic. Matías Rodríguez
Soc. Agustín Lapetina

Área Programática de Enfermedades No Transmisibles

Dra. María José Rodríguez

Organizaciones de la sociedad civil

La actividad con las osc fue coordinada por Último Recurso
Dra. Silvia Peláez
Lic. Psic. María José Di Agosto

Fundación Cazabajones

Gass Uy

Resistiré

Asociación Civil Dr. Enrique Pérez Morad

CreaCtivos

El Camino a Casa

Grupo Puente Esperanza

Proyecto Puentes

Rayo de Sol

Entrementes

Treinta y Tres por la Salud Mental

Contención Emocional 33

El presente documento fue elaborado en 2022-2023 por el Área Programática de Salud de Adolescencia y Juventud del Ministerio de Salud Pública, con la consultoría de la Dra. (Psic.) Ana Inés Machado y la colaboración del Soc. Sergio Núñez.

Para su confección se ha consultado a distintas cátedras de la Universidad de la República (Facultad de Medicina y Facultad de Psicología), a la Universidad Católica y la Universidad de Montevideo, así como a las áreas programáticas del Ministerio de Salud (MSP), a la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) y a organizaciones de la sociedad civil.

Corrección de estilo: María Cristina Dutto

Diseño gráfico editorial: Manosanta Desarrollo Editorial. Montevideo, julio de 2023

Nota

En la elaboración de este documento se reconoce la necesidad de nombrar el masculino y el femenino. No obstante, para facilitar la redacción y la lectura de la presente guía se han utilizado fundamentalmente el modo impersonal y el género gramatical masculino.

ÍNDICE

| | |
|---|-----------|
| Prólogo | 5 |
| Glosario de siglas | 7 |
| 1. Introducción | 9 |
| 1.1. El suicidio adolescente en Uruguay: un problema de salud pública | 9 |
| 1.2. Objetivos de esta guía | 10 |
| 2. Mensajes clave | 11 |
| 3. Antecedentes y magnitud de la problemática en Uruguay | 13 |
| 4. Normativa internacional y nacional | 17 |
| Normativa internacional | 17 |
| Normativa nacional | 17 |
| Sistema de salud..... | 17 |
| Atención a las conductas suicidas en adolescentes en el sistema sanitario | 17 |
| 5. Marco teórico | 19 |
| 5.1. Adolescencia..... | 19 |
| 5.2. La atención en salud como un derecho | 19 |
| 5.3. Suicidio..... | 20 |
| 5.4. Particularidades del riesgo suicida en la adolescencia | 22 |
| 5.5. Intervenciones psicológicas eficaces para la disminución del riesgo suicida en adolescentes..... | 23 |
| 6. El suicidio adolescente en Uruguay en cifras actuales: principales resultados obtenidos con métodos cuantitativos (2018-2022) | 25 |
| 6.1. Recolección de datos | 25 |
| 6.2. Ideación y planeación suicidas en la adolescencia | 25 |
| 6.3. Muestra de adolescentes con intentos de autoeliminación | 26 |
| 6.4. Mortalidad por suicidio en la adolescencia | 28 |
| 7. Políticas y programas de prevención y abordaje del riesgo suicida en adolescentes en el ámbito sanitario y comunitario | 31 |
| Referencias bibliográficas | 35 |

PRÓLOGO

El Ministerio de Salud Pública de Uruguay enfatiza la importancia de la política de prevención del suicidio adolescente en nuestro país, un problema de salud pública prioritario en los últimos años. Las cifras nacionales nos muestran que necesitamos generar acciones urgentes destinadas a la prevención, la detección oportuna y la mayor calidad de atención basada en evidencia científica. Todo esto en un contexto de prevención de patologías mentales y de atención global a la salud mental de la persona.

Estamos convencidos de que la prevención del suicidio es un trabajo de equipo, que involucra a diferentes sectores de la sociedad. En este sentido, trabajamos de forma coordinada con otros organismos del Estado, organizaciones no gubernamentales, academia, sociedades civiles, asociaciones de pacientes y familiares, medios de comunicación y otros actores sociales.

Es necesario generar conciencia en el personal de salud y también en la población general para erradicar del todo el estigma acerca del suicidio adolescente. También es necesario visualizar la relevancia de la educación en la prevención, ya que comprender el contexto social y la relación de los jóvenes con su entorno, tanto en la casa como en la escuela, es esencial para comprender y combatir el problema.

Esta guía proporciona información detallada acerca del abordaje del tema para asegurar una intervención temprana y eficaz. En el recorrido de los capítulos se analizan los datos de nuestro país y la evidencia científica disponible en el ámbito nacio-

nal e internacional. Se estudia el contexto en el que se desarrollan las causas del suicidio entre adolescentes y se discuten las condiciones sociales, culturales y familiares que son capaces de influir en la ocurrencia del fenómeno en nuestra sociedad.

También se visibilizan las organizaciones comunitarias que brindan ayuda a quienes viven esta situación o a quienes están en contacto con adolescentes con factores de riesgo.

El asesoramiento a los profesionales de la salud del primer nivel de atención es fundamental. Esta guía les permitirá comprender mejor los factores de riesgo y de protección y adquirir herramientas prácticas para su abordaje.

La prevención del suicidio adolescente es una tarea que como país debemos asumir juntos, y estoy segura de que este documento será una herramienta clave para avanzar en la concientización y la prevención de este grave problema de salud pública.

Felicito y agradezco a quienes han hecho el esfuerzo de construir esta guía y a todos aquellos que desde diferentes lugares dentro y fuera del sistema de salud trabajan día a día para cuidar la salud mental de los adolescentes.

Dra. Karina Rando

GLOSARIO DE SIGLAS

| | |
|---------|--|
| ANEP | Administración Nacional de Educación Pública |
| ASSE | Administración de Servicios de Salud del Estado |
| CAMS | Collaborative Assessment & Management of Suicidality evaluación y manejo colaborativo del suicidio |
| CDN | Convención sobre los Derechos del Niño |
| CHPR | Centro Hospitalario Pereira Rossell |
| CIAT | Centro de Información y Asesoramiento Toxicológico |
| CNA | Código de la Niñez y la Adolescencia |
| CODICEN | Consejo Directivo Central |
| CPU | Coordinadora de Psicólogos de Uruguay |
| DBT | Dialectical Behavior Therapy terapia dialéctico-conductual |
| EMSE | Encuesta Mundial de Salud Estudiantil |
| FONASA | Fondo Nacional de Salud |
| FRO | ficha de registro obligatorio de intentos de autoeliminación |
| IAE | intento(s) de autoeliminación |
| INDDHH | Institución Nacional de Derechos Humanos |
| JUNASA | Junta Nacional de Salud |
| MHGAP | Mental Health Gap Action Programme Programa de Acción para Superar las Brechas en Salud Mental |
| MSP | Ministerio de Salud Pública |
| OMS | Organización Mundial de la Salud |
| ONU | Organización de las Naciones Unidas |
| OPS | Organización Panamericana de la Salud |
| OSC | organizaciones de la sociedad civil |
| PIAS | Plan Integral de Atención en Salud |
| SNIS | Sistema Nacional Integrado de Salud |
| SUP | Sociedad Uruguaya de Pediatría |
| TDC | terapia dialéctica comportamental, terapia dialéctico-conductual |
| UCU | Universidad Católica del Uruguay |
| UDELAR | Universidad de la República |
| UNFPA | Fondo de Población de las Naciones Unidas |
| UNICEF | Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia |
| WHO | World Health Organization |

1. INTRODUCCIÓN

Se estima que alrededor de 1,3 millones de adolescentes en el mundo mueren cada año por causas prevenibles o tratables (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2012). Accidentes de tránsito, suicidio, homicidio, violencia y guerra, ahogamiento e incidentes relacionados con incendios representan aproximadamente el 40% de todas las muertes de adolescentes y jóvenes de entre 15 y 24 años (Organización de las Naciones Unidas [ONU], 2016).

El Área Programática de Salud de Adolescencia y Juventud del Ministerio de Salud Pública (MSP) considera el riesgo suicida como una de las problemáticas de mayor importancia en la situación de salud de los adolescentes y jóvenes de Uruguay, y en consecuencia ha definido como prioridad su prevención y abordaje. Las defunciones de adolescentes y jóvenes por suicidio presentan un aumento sostenido en los últimos años en el país, lo que destaca la necesidad de propuestas de prevención e intervención efectivas.

El objetivo de esta guía es entonces promover mejoras en la prevención y la atención integral del riesgo suicida en adolescentes en Uruguay, y contribuir a unificar las prácticas y a mejorar la calidad de la atención sanitaria específicamente vinculada a esta temática. Tiene como público objetivo a los integrantes del equipo de salud que trabajan con adolescentes y jóvenes en los distintos niveles de atención, tanto de prestadores públicos como privados.

La presente guía ha tomado como referencia principal los siguientes documentos: la *Guía de intervención Mental Health Gap Action Programme [MHGAP] para los trastornos mentales neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la*

salud no especializada (OMS, 2012), *El suicidio en la adolescencia: situación en la Argentina*¹ (UNICEF, 2019), la *Guía para la atención integral de la salud de adolescentes* (MSP, 2017), el *Protocolo de prevención y atención en la adolescencia: intento de autoeliminación* (ASSE, 2017) y *Prevención de la conducta suicida en adolescentes. Guía para los sectores Educación y Salud* (Larrobla et al., 2013).

1.1. EL SUICIDIO ADOLESCENTE EN URUGUAY: UN PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA

La adolescencia es una etapa de múltiples cambios físicos, emocionales y sociales (Goddings et al., 2014). El estrés derivado de dichos cambios, además de la exposición a la pobreza, la violencia u otros factores de riesgo, pueden tornarla una etapa de alta vulnerabilidad a los problemas de salud mental (OMS, 2019) o a conductas de riesgo significativas, incluidos los intentos de autoeliminación y el suicidio (Sarchiapone, D'Aulerio & Iosue, 2015). Estudios internacionales estiman que aproximadamente el 20% de los adolescentes de 14 a 24 años padecen un trastorno mental, y la mitad de los padecimientos mentales aparecen antes de los 14 años (Patel, Saraceno & Kleinman, 2006). La depresión es la principal causa de enfermedad y discapacidad en adolescentes (OMS, 2014a).

1 En la presente guía se han reproducido, con la debida autorización de UNICEF Argentina, algunos apartados de este documento.

Los pensamientos y conductas suicidas son relativamente escasos durante la niñez, pero se incrementan dramáticamente en la transición a la adolescencia (Nock et al., 2013). Además de un incremento significativo en la prevalencia de riesgo suicida, durante esta fase del desarrollo existe una marcada escalada en el pasaje de pensamientos a conductas suicidas (Glenn et al., 2017). El suicidio es la segunda causa de muerte en la población mundial de entre 10 y 24 años (OMS, 2019). La tasa de suicidio en jóvenes de 14 a 18 años se ha incrementado de manera sostenida en los últimos cincuenta años y este aumento oscila entre el 36% y el 234% según la fuente consultada (Berman et al., 2006; Centers of Disease Control, 2020).

La evolución de la prevalencia de muertes por suicidio en Uruguay en los últimos treinta años apunta a que, si bien esta causa de muerte ha aumentado en todos los grupos de edad, el incremento más marcado

se observa entre los más jóvenes (González, 2015). Las cifras oficiales muestran que en 2021 se suicidaron 16,4 adolescentes de 15 a 19 años por cada 100.000 habitantes (MSP, 2022), lo que ubica al país en el segundo lugar en Hispanoamérica en esta causa de muerte en adolescentes (Ardiles-Irrazábal et al., 2018).

1.2. OBJETIVOS DE ESTE DOCUMENTO

- a. Realizar una revisión actualizada de los estudios nacionales sobre suicidio y riesgo de suicidio en adolescentes y jóvenes, con foco en la información sobre factores de riesgo y de protección.
- b. Llevar a cabo un análisis cuantitativo sobre casos de suicidio e intento de autoeliminación (IAE) en adolescentes y jóvenes en Uruguay, que permita identificar variables asociadas de interés.

2. MENSAJES CLAVE

En los últimos veinte años, **el suicidio en adolescentes se ha incrementado un 30% a escala mundial** (Miron, Yu, Wilf-Miron & Kohane, 2019). En Uruguay, las tasas de suicidio adolescente y juvenil indican una tendencia al alza en ese mismo período (MSP, 2022), lo que amerita una revisión de las políticas públicas de salud mental previstas para estos grupos de edad. Los abordajes que han probado mayor efectividad en el mundo contemplan variables individuales, familiares y sociocomunitarias, de manera conjunta e integrada.

No existe una respuesta única ni una estrategia simplista eficaz en la prevención del suicidio. La prevención debe atender, además del contexto familiar y socioeconómico, las particularidades que el fenómeno presenta en la adolescencia.

Una alta proporción de los suicidios en adolescentes y jóvenes pueden prevenirse. La prevención del suicidio, como estrategia de salud pública, implica no solamente el adecuado registro de suicidios e intentos de suicidio, sino la sistematización de estrategias que permitan la detección temprana del riesgo suicida en adolescentes mediante un abordaje integral multisectorial (OMS, 2014), en escenarios cotidianos donde los adolescentes tienen presencia importante, como el ámbito educativo y los servicios de atención primaria en salud, entre otros. Debería considerar, además, la promoción de la salud mental, el bienestar y la construcción y el fortalecimiento de habilidades para la vida.

Las políticas más adecuadas en cuanto a prevención y asistencia de los intentos de suicidio

demandan la capacitación continua de los recursos humanos de diversas instituciones (centros de educación formal y no formal, servicios de salud, servicios de protección, fuerzas de seguridad, organizaciones sociales, entre otras) y requieren propiciar redes de articulación entre estas y los agentes comunitarios involucrados.

Por motivos éticos, **se debe escuchar la voz de los adolescentes y jóvenes**, así como también priorizar aquellas políticas que basen sus acciones en la evidencia o incluyan la evaluación y el monitoreo desde el diseño hasta su implementación (OMS, 2004).

Se observan mayores tasas de suicidio entre los varones de entre 20 y 24 años de edad, seguidos del grupo de 15 a 19 años. En los últimos diez años, si bien persisten las diferencias por sexo en todos los grupos etarios, se observa una disminución en la brecha entre hombres y mujeres.

Se han identificado mayores factores de riesgo de IAE en adolescentes mujeres, en la adolescencia media (15-19 años) y con depresión.

Los factores de protección del IAE preponderantes detectados son: presentar habilidades para la resolución de conflictos y estar socialmente integrados.

Si bien **la adolescencia** es una etapa de profundos cambios biológicos, psicológicos y sociales que pueden generar vulnerabilidad frente al riesgo de suicidio, también **presenta múltiples oportunidades de transformación para avanzar en un desarrollo saludable**, con el apoyo y la atención necesarios del entorno familiar, social, educativo y de la salud.

3. ANTECEDENTES Y MAGNITUD DE LA PROBLEMÁTICA EN URUGUAY

El tema del suicidio adolescente ha sido analizado desde la perspectiva de diferentes disciplinas. Sus principales antecedentes en Uruguay provienen de las investigaciones realizadas desde los años noventa por equipos del ámbito de la medicina, la sociología y la psicología, principalmente.

Un estudio nacional en 1990 (Dajas) destacaba ya la existencia de tasas de suicidio muy elevadas en adolescentes, especialmente varones, en algunas áreas del interior del país. Posteriormente, Viscardi, Hor y Dajas (1994) evaluaron la presencia de desesperanza y la percepción de dificultades familiares, económicas, escolares y vinculares en adolescentes uruguayos ($n=2630$) de liceos públicos y privados, tanto del interior como de Montevideo. El uso de la *escala de desesperanza* de Beck (Beck, Steer, Kovacs & Garrison, 1985), en conjunto con una serie de preguntas de autopercepción acerca de distintas dificultades, mostró que entre el 7 y el 11% de los jóvenes presentaba un puntaje alto de desesperanza, asociada significativamente con problemas económicos, familiares y con la sensación de soledad. En los liceos públicos en general se relevó un nivel de desesperanza mayor que en los privados. Posteriormente, en esa misma línea, Bailador, Viscardi y Dajas (1997) estudiaron la relación entre desesperanza, conductas suicidas y uso de drogas y alcohol entre estudiantes liceales montevideanos de 15 a 19 años ($n=700$). En sus resultados hay asociaciones estadísticamente significativas entre la depresión, la desesperanza, la ideación suicida, los trastornos de conducta, el consumo de alcohol, el uso problemático de drogas y la percepción de conflictos familiares.

Por otro lado, Rodríguez, García y Círiacos (2005) realizaron un estudio de casos comparativos de adolescentes de hasta 19 años ($n=38$) con muerte por suicidio ocurrida durante el 2002. Relevaron certificados de defunción, documentos policiales y judiciales, historias clínicas, notas suicidas y diarios personales; asimismo, entrevistaron a familiares y personas cercanas a los adolescentes, como docentes y psicoterapeutas. Los autores concluyeron que algunos factores de riesgo asociados al suicidio en esta franja etaria son: ser varón, estar desvinculado del sistema educativo y/o laboral, residir en el interior, pertenecer a un nivel socioeconómico bajo, presentar trastornos de personalidad, del estado de ánimo y/o ansiedad, uso problemático de alcohol u otras drogas, y no estar bajo tratamiento psicoterapéutico. Se detectaron además eventos estresantes múltiples asociados; los más significativos son los problemas de pareja, cambios de domicilio, problemas con la ley y conflictos importantes con los padres. En casi la mitad de los casos había habido un aviso explícito y en la tercera parte, intentos de autoeliminación previos.

Un estudio realizado en el 2008 en la Clínica de Psiquiatría Pediátrica del Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR) (Martínez et al., 2009) relevó que, de un total de 596 interconsultas de niños y adolescentes, 23% fueron por IAE. En un seguimiento de los casos a 24 meses se encontró que un tercio de los adolescentes hizo al menos un intento posterior. El riesgo suicida se asoció con las siguientes características psicosociales: bajo nivel socioeconómico, pérdidas significativas, uso problemático de sustancias, disfuncionalidad familiar, pérdidas

interpersonales, entre otras. El 30% presentaba un diagnóstico psiquiátrico; los más prevalentes eran los trastornos del estado de ánimo, de personalidad y disruptivos, y el 60% no recibía tratamiento ni abordaje psicoterapéutico al momento del IAE.

Pandolfo y colaboradores (2011) analizaron también los ingresos en el CHPR por IAE ($n=145$) y encontraron que en el 57% de los casos el motivo del intento estaba asociado con conflictos interpersonales, el 17% con pérdidas afectivas y el 11% con violencia física o abuso sexual, y que en el 21% de los intentos coexistían factores precipitantes. Los autores concluyen que casi la mitad de los pacientes presentaba indicadores de suicidio previos relevantes y el 18% había planificado el IAE.

Finalmente, Martínez y Viola (2021) llevaron a cabo un estudio en 102 niños y adolescentes, de entre 6 y 15 años, usuarios de la Policlínica Especializada en Conductas Autolesivas (PECA) de la Clínica de Psiquiatría Infantil, que consultaron entre 2012 y 2013. Se administraron entrevistas semiestructuradas, la Child Behavior Checklist (CBCL; Achenbach & Rescorla, 2001) y un cuestionario complementario. Los resultados indican que constituyen factores de riesgo para el IAE: ser mujer, proceder de un medio socioeconómico bajo o marginal, tener retraso escolar y ser víctima de violencia. Las autoras concluyen que las estrategias efectivas de seguimiento deberían incluir la atención en salud mental continua después del alta y el control telefónico, tanto para mantener el vínculo con el paciente como para evaluar continuamente posibles desencadenantes del riesgo suicida.

Grunbaum, Graña y Misa (2015) relevaron 26 historias clínicas de adolescentes y jóvenes de entre 10 y 24 años que murieron por esta causa en Uruguay en 2009. En el estudio se señala que más de la mitad había consultado en un servicio de salud en el último año y la cuarta parte había tenido contacto con el sistema de salud al menos en tres oportunidades. En la mayor parte de los casos, los motivos de consulta fueron elementos asociados a la salud mental, como ansiedad, angustia, crisis de pánico, lesiones de hetero- y autoagresión. La mitad de los adolescentes consultantes presentaba un trastorno psiquiátrico y el 35% una enfermedad crónica. Además, casi la mitad consumía sustancias psicoactivas. El 31% había tenido IAE previos. Finalmente,

un 77% había vivido situaciones estresantes adversas (conflictiva intrafamiliar, violencias, abandono, duelos, entre otros) que podrían haber contribuido a la decisión final de quitarse la vida.

Larrobla y colaboradores (2011) realizaron una investigación en la Universidad del Trabajo del Uruguay con el propósito de evaluar factores de riesgo de la conducta suicida en adolescentes de entre 14 y 19 años ($n=398$). Utilizaron la *escala de desesperanza* de Beck (BHS; Beck, Steer, Kovacs & Garrison 1985), el *inventario de depresión* de Beck (BDI; Beck, Steer & Brown, 2006) y la *escala de ideación suicida* de Beck (BSI; Beck, Kovacs & Weissman, 1979). La mayoría de los estudiantes encuestados presentaba niveles leves de ideación suicida y 21 de ellos había hecho al menos un IAE. Los síntomas de desesperanza e ideación suicida se distribuyeron de manera similar entre varones y mujeres, pero los síntomas depresivos fueron más frecuentes en mujeres, aunque más graves en varones.

Entre los factores de riesgo más relevantes asociados a la ideación suicida se encontraron: alta conflictividad con los padres, pobre percepción de apoyo familiar, dificultades con pares y problemas del estado de ánimo. Respecto a las asociaciones entre IAE y otras variables, se encontró una correlación altamente significativa con la depresión. Se hallaron factores diferentes para varones y mujeres; para los primeros, aislamiento social, problemas de pareja y antecedentes de IAE en el entorno social; para las adolescentes, antecedentes de familiares con enfermedades terminales. En total se identificaron 51 adolescentes con niveles de riesgo moderado o severo. De ellos, 11 ya estaban desvinculados de la institución educativa al momento de las entrevistas.

En una investigación referente a la asociación entre conductas suicidas y salud mental en adolescentes y jóvenes del Uruguay, Filardo y Borrás (2015) emplearon los datos provenientes de la Encuesta Mundial de Salud Escolar Uruguay (EMSE) (MSP, 2012). Los resultados revelaron que el 12,3% de los adolescentes encuestados había considerado quitarse la vida en los últimos 12 meses, un 11,2% había planeado cómo hacerlo y un 10,2% lo había intentado una o más veces en ese período. La prevalencia de la consideración de quitarse la vida aumenta a medida que el adolescente crece, y lo

mismo ocurre con los planes de suicidio. Se encontraron correlaciones altas entre IAE y uso de drogas ilegales, y entre IAE y haber sido abusado sexualmente. Existen diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres en la consideración del suicidio en los últimos 12 meses (mujeres, 16,6%; varones, 7,2%), los planes suicidas (mujeres, 13,4%; varones, 8,6%) y los IAE (mujeres, 12%; varones, 8,2%).

Por su parte, la Encuesta Nacional de Adolescencia y Juventud (Instituto Nacional de la Juventud, Ministerio de Desarrollo Social, 2020), si bien no evalúa directamente conductas suicidas, sí incluye una pregunta potencialmente indicadora de síntomas depresivos, tradicionalmente asociados a riesgo suicida (Berk, 2019). La encuesta preguntó si los adolescentes se habían sentido tristes o desesperados hasta el punto de dejar de hacer sus actividades habituales durante dos semanas seguidas o más. Un 14,2% de los jóvenes respondió afirmativamente (17,1% de las mujeres y 11,4% de los varones). Los análisis no arrojaron diferencias por edad, pero sí por quintiles de ingreso (14,8% en el quintil más bajo y 11,2% en el más alto) y por lugar de residencia (los que residen en localidades urbanas del interior de 5000 habitantes o más muestran mayor pre-

valencia [16,1%] que sus pares de Montevideo y de localidades urbanas de menos de 5000 habitantes).

Respecto a la relación entre uso problemático de sustancias y suicidio en adolescentes y jóvenes uruguayos, González y Hein (2016) hallaron que en el período 2002 a 2014 el 8,6% de los suicidas eran consumidores problemáticos de drogas. Se trataba en su mayoría de varones usuarios de pasta base de cocaína.

Considerando la población privada de libertad con mayor riesgo potencial de suicidio, Priore (2021) evaluó el efecto de la etapa de pregreso en episodios de IAE grave en adolescentes varones y mujeres (de 14 a 18 años) durante 2017. Los resultados apuntan a que en esta etapa se incrementa 1,7 veces (0,9-3,0) el riesgo de intento de suicidio entre adolescentes privados de libertad y que las mujeres tienen 34 veces más riesgo que los varones.

Machado y colaboradores (2021), en un estudio sobre la presencia de síntomas psicopatológicos en 540 adolescentes liceales (de 12 a 18 años) de cinco departamentos de Uruguay, en el que se empleó el *Inventario de personalidad para adolescentes* (PAI-A; Morey, 2007), encontraron que no existen diferencias significativas en los niveles de ideación suicida de mujeres y varones.

4. NORMATIVA INTERNACIONAL Y NACIONAL

NORMATIVA INTERNACIONAL:

- Convención sobre los Derechos del Niño (CDN), 1989.
- Conferencia Internacional sobre Derechos Humanos, Viena, 1993.
- Convención Iberoamericana de Derechos de los Jóvenes, 2005.

NORMATIVA NACIONAL:

- Constitución de la República Oriental del Uruguay de 1967.
- Ratificación de la CDN, ley 16.137, de 1990.
- Código de la Niñez y la Adolescencia, ley 18.823, de 2004.
- Ratificación de la Convención Iberoamericana de Derechos de los Jóvenes, ley 18.270, de 2008.

SISTEMA DE SALUD:

- Reforma del sector salud (creación del FONASA), ley 18.131, de 2007.
- Creación del Sistema Nacional Integrado de Salud, ley 18.211, de 2007.
- Plan Integral de Atención en Salud (PIAS).
- Carné de salud adolescente, declarado válido en todo el territorio nacional para adolescentes de 12 a 19 años, decreto 295/2009.
- Prestaciones y *Catálogo de prestaciones*, decreto 465/008.
- Derechos de usuarios, que reconoce el principio de autonomía progresiva, ley

18.335, de 2008, y decreto reglamentario 274/010.

- Ley de Salud Mental, ley 19.529, de 2017.

ATENCIÓN A LAS CONDUCTAS SUICIDAS EN ADOLESCENTES EN EL SISTEMA SANITARIO:

- Prestaciones psicoterapéuticas y psicosociales en salud mental para niños, niñas, adolescentes y adultos, decreto 305/011.
- Creación de la Comisión Nacional Honoraria de Prevención del Suicidio (decreto 378/004), integrada por el Ministerio de Salud Pública (que la preside), el Ministerio del Interior y el Ministerio de Educación y Cultura, ampliada por el decreto 154/011, que incorpora al Ministerio de Desarrollo Social. Cuenta con la asistencia de una comisión asesora integrada por la Universidad de la República (UDELAR), a través de las facultades de Psicología, Enfermería y Medicina, y la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE).
- Declaración del Día Nacional para la Prevención del Suicidio (ley 18.097, de 2007). Establece que las instituciones educativas, tanto públicas como privadas, y todas aquellas instituciones públicas vinculadas con la prevención del suicidio, deberán llevar a cabo actividades para difundir información técnicamente fundada y veraz sobre esta problemática.
- Estrategia Nacional de Prevención del Suicidio 2021-2025. A partir del lanzamiento

del primer plan (2016), se han alcanzado, entre otros, los siguientes objetivos: inclusión de prestaciones psicoterapéuticas específicas para personas con riesgo de suicidio y sus familiares; elaboración de guías y protocolos de atención; conformación de grupos departamentales interinstitucionales e intersectoriales de trabajo en torno al tema en casi todo el país,

- e implementación de una línea telefónica nacional 24 horas para la atención en crisis.
- Creación de la campaña nacional de concientización y prevención del suicidio adolescente, ley 19979, de 2021.
 - Protocolo de Atención y Seguimiento de las personas que realizaron IAE (ord. 384/017).
 - Formulario digital de registro de IAE (ord. 1323/022)

5. MARCO TEÓRICO

5.1. ADOLESCENCIA

La Organización Mundial de la Salud define la adolescencia como «la fase de la vida que va de la niñez a la edad adulta, o sea, desde los 10 hasta los 19 años».² Esta etapa del desarrollo debe pensarse en referencia a la complejidad y la singularidad de cada individuo (Amorín, 2008). Así, «cada adolescente tiene un propio *tempo* que se refleja sobre todo en las variaciones de la edad en la cual se inicia la pubertad, el “estirón” puberal, la edad de la menarquia o espermarquia y en el período de tiempo necesario para completar el crecimiento somático. Asimismo, existen diferencias de tiempos de desarrollo entre varones y mujeres» (MSP, 2017, p. 11).

Los adolescentes desarrollan nuevas y cada vez más complejas formas de pensarse a sí mismos, a su mundo, su futuro y a otros (Keating, 1990). En el ámbito social, los pares ocupan el lugar de privilegio, al mismo tiempo que el adolescente ensaya nuevos roles, se producen quiebres y rupturas, principalmente asociados a los modelos identificatorios y la búsqueda de nuevos referentes (Freire de Garbarino & Maggi, 1992). En el ámbito emocional, los adolescentes ponen en práctica y fortalecen nuevas formas de autorregulación (Dias & Cadime, 2017).

La familia o los adultos referentes de los adolescentes deben ser siempre tenidos en cuenta por los equipos de salud. El rol de la *familia* será especialmente relevante desde el punto de vista afectivo,

vincular y económico. Así, «quienes trabajen con adolescentes deben estar abiertos a escuchar, entender y acompañar en su diversidad y condiciones de existencia a adolescentes y sus familias» (MSP, 2017, p. 13). En algunas situaciones el adolescente es portavoz de un malestar familiar, la familia es parte del problema y por tanto se debe bregar por su compromiso.

La mayor parte de los adolescentes transita esta fase sin grandes dificultades; en caso de presentar desajustes, estos serán mayoritariamente transitorios, lo que resultará en que los jóvenes puedan adaptarse y emplear estrategias eficaces para lidiar con las demandas asociadas a esta fase del desarrollo (Cicchetti & Rogosch, 2002). La serie de cambios que debe enfrentar cada adolescente fortalece tanto su adquisición de autonomía como su capacidad cada vez mayor de impactar en el entorno. Asimismo, se le abren posibilidades en diversas direcciones, lo que hace de la adolescencia un período cargado de potencialidades, en general positivas.

A pesar de que la adolescencia ha sido tradicionalmente considerada una etapa saludable del desarrollo y un momento crucial en la consolidación de buenas prácticas asociadas a la salud, el rápido crecimiento físico, emocional, cognitivo y psicosocial puede implicar desafíos importantes y, eventualmente, constituir fuentes de inestabilidad y estrés (Resnick et al., 1997).

5.2. LA ATENCIÓN EN SALUD COMO UN DERECHO

Según lo planteado en la *Guía para la atención integral de la salud de adolescentes* (MSP, 2017), la salud es un bien público y social. Es derecho de la

² Recuperado de https://www.who.int/es/health-topics/adolescent-health#tab=tab_1

ciudadanía y responsabilidad del Estado, proclamado en la Declaración Universal de los Derechos Humanos y consagrado desde 1946 en la constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Según el derecho internacional, las obligaciones estatales en materia de salud son de tres tipos: respeto, protección y satisfacción/cumplimiento. En el marco de la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN) y del Código de la Niñez y la Adolescencia (CNA), se determinan aquellos derechos específicos en relación con la salud de adolescentes. Según el artículo 18 del CNA, se deberá favorecer el desarrollo integral de todas las potencialidades de niñas, niños y adolescentes evitando desigualdades por causa de sexo, etnia, religión o condición social. En determinadas situaciones, el Estado y la sociedad estarán obligados a brindar una atención personalizada.

Asimismo, la CDN ha determinado un nuevo paradigma respecto a la condición jurídica de las personas menores de 18 años, quienes dejaron de ser vistas como mero objeto de tutela familiar y pública para ser consideradas sujetos titulares de derechos y de responsabilidades. Son sujetos en desarrollo, por lo que en forma progresiva van adquiriendo la capacidad de ejercer directamente sus derechos y de ir asumiendo responsabilidades. Estos derechos tienen como contrapartida los correlativos deberes de los profesionales de la salud, quienes deben respetarlos en el marco de una atención de calidad.

La ley 18.335, de agosto de 2008, establece los derechos y obligaciones de los pacientes y usuarios de los servicios de salud, entre quienes se encuentran los adolescentes. Entre sus consideraciones establece que tienen derecho a recibir tratamiento igualitario y a no ser objeto de discriminación, ya sea por raza, edad, sexo, religión, nacionalidad, discapacidad, condición social, identidad u orientación sexual, nivel cultural o capacidad económica.

En el Plan Nacional de Salud Mental (MSP, 2020), «se trata de incorporar la prevención específica de la salud mental, así como la atención accesible y oportuna de manifestaciones de malestar subjetivo que impacten como problemas de salud relacionados. Lo anterior adquiere especial relevancia en grupos de edad y sectores de la sociedad particularmente vulnerables o necesitados de atención», como lo representan los adolescentes.

Así, es deber del Estado garantizar los derechos de la población adolescente a la privacidad, la confidencialidad, a que sus opiniones sean tomadas en cuenta y a ser respetados en la evolución de sus facultades.

5.3. SUICIDIO

El suicidio es definido por la OMS (2012) como «el acto deliberado de quitarse la vida» (p. 71), y la conducta suicida como «toda acción producida con el propósito explícito o implícito de quitarse la vida, incluyendo también cualquier intención, ideación o pensamiento que pudiere finalizar en dicha acción, aun cuando no hubiere ninguna expresión manifiesta» (OMS, 2011). Entonces, se concibe el riesgo suicida como un *continuum*, un conjunto de pensamientos y conductas presentes en el individuo asociados a la propia muerte (Wolfersdor & Kaschka, 1995), que abarcan la ideación suicida, la elaboración de un plan, la obtención de los medios para hacerlo, los intentos suicidas y el suicidio (Larrobela et al., 2013).

La ideación suicida es el conjunto de pensamientos enfocados hacia la pérdida de la vida y conductas que ocasionen autodestrucción (Ceballos-Ospino et al., 2015); constituye un factor de riesgo cognitivo altamente relevante de los intentos de suicidio y del suicidio. En la adolescencia, la ideación suicida puede ser habitual y no necesariamente se asocia con un riesgo suicida mayor; su gravedad está vinculada a la frecuencia y la estabilidad temporal (Cañón & Carmona, 2018). El intento de suicidio es toda acción autoinfligida con el propósito de generarse un daño potencialmente letal, que no causa la muerte (World Health Organization [WHO], 2012). Según cifras globales, los IAE son entre 20 y 40 veces más frecuentes que los suicidios consumados (Fernández et al., 2017).

El término *suicidalidad* (Silverman, 2006) refiere a la ideación suicida, las tentativas de suicidio y la muerte por suicidio. Los estudios empíricos publicados en los últimos 20 años dan cuenta de la relación entre los factores sociales y la suicidalidad adolescente, mostrando la importancia de las variables sociales (integración social, percepciones acerca del apoyo familiar y de los pares, maltrato, abuso sexual y descuido infantil, y victimización

por pares) tanto en la ideación como en las conductas suicidas. La autopsia psicológica (Shneidman, 1994), entrevistas, encuestas y cuestionarios son algunos de los métodos empleados para comprender mejor las razones del suicidio o la cadena de motivos y eventos que culminan en la autoeliminación entre adolescentes y jóvenes. Numerosos estudios han mostrado que los suicidios de adolescentes y jóvenes son consecuencia de una progresiva ruptura de lazos sociales, lo que los lleva al aislamiento y la soledad (Nocetti & Eliosoff, 2014).

El modelo explicativo privilegiado en la epidemiología es el que identifica factores de riesgo en torno a un daño. Todos los autores acuerdan vincular los fenómenos del suicidio en general con un modelo plurifactorial que contiene variables socioculturales, ambientales y psicopatológicas que interactúan. Puede distinguirse entre factores predisponentes o de vulnerabilidad, factores precipitantes y factores protectores.

Los factores precipitantes o proximales, especialmente entre adolescentes y jóvenes, han sido descritos como vinculados a conflictos interpersonales con personas clave, ligados a sentimientos de rechazo y humillación. Estas situaciones, sin embargo, son más predictoras cuando están presentes otros determinantes. La epidemiología hace hincapié en los acontecimientos vitales, definidos como cambios que implican discontinuidad en la vida de una persona, que pueden llevar a situaciones problemáticas.

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

- a. el sexo (Blumenthal, 1996; Gilligan, 2004; Kutler et al., 1999);
- b. la autoexigencia, la exigencia parental y/o los fracasos en objetivos esperados (Casullo et al., 2000; Rhoteram-Borus et al., 1990; Williams & Pollock, 2000);
- c. los factores intrapsíquicos y de personalidad, particularmente los estados depresivos (Bille-Brahe & Schmidtke, 1995; Martínez, 2017);
- d. los factores socioeconómicos y culturales, como la falta de expectativas laborales y de estudio (Bonaldi, 2000; Martínez, 2017; UNICEF, 2012);
- e. las perturbaciones en la vida familiar (Lindqvist et al., 2008; Prinstein et al., 2000);
- f. el abuso sexual (Daray, 2016; Logan, 2009; Pérez Prada et al., 2017; Salzinger et al., 2007; Ystgaard et al., 2004);
- g. la orientación sexual (D'Augelli et al., 2005; Marshall, Kerr, Soria & Aristegui, 2015; Ryan et al., 2009);
- h. el suicidio imitativo (Biddle et al., 2008; Dunlop, More & Romer, 2011; Gould, 2001; Guerriero, 2005; Martínez, 2017);
- i. el consumo de alcohol y otras sustancias (Aseltine et al., 2009; Bailador et al., 1997; Jiménez, Mondragón & González-Forteza, 2007);
- j. el hostigamiento o acoso escolar (*bullying*) como acontecimiento vital humillante y el *ciberbullying* (Arango et al., 2016; Bottino et al., 2015; Gilligan, 2004; Görzig, 2016; Valadez et al., 2011).

Según Martínez (2017) y Fernández et al. (2017) los factores asociados a diferentes formas de cuidado y protección se denominan *factores protectores* en la bibliografía epidemiológica. Los principales se asocian a ciertos patrones familiares (buena relación y apoyo familiar); de estilo cognitivo y personalidad (buenas habilidades sociales; confianza en sí mismo/a, en la propia situación y logros; ayuda cuando surgen dificultades, por ejemplo, en el trabajo escolar; consejo cuando hay que elegir opciones importantes; receptividad a las experiencias y soluciones de otras personas y a conocimientos nuevos); ciertos factores culturales y sociodemográficos (integración social, como participación en deportes, asociaciones religiosas, clubes y otras actividades; buenas relaciones con compañeros; buenas relaciones con profesores y otros adultos; apoyo de personas relevantes).

El término *posvención* fue acuñado por Shneidman (1994) para referirse al apoyo que necesitan quienes intentan un suicidio y los familiares de quienes se han suicidado. Incluye las actividades desarrolladas con los «sobrevivientes» de la persona que comete suicidio, para facilitar su recuperación en relación con la pérdida sufrida y para prevenir otras conductas suicidas en los allegados (Andriessen, 2006). La revisión de la bibliografía

ña sobre posvención identifica cuatro áreas vinculadas al concepto: impacto del suicidio en los sobrevivientes, posvención implementada como prevención del suicidio, capacitación de profesionales en posvención del suicidio y programas sobre posvención (Peace, 2016). Según cómo los profesionales trabajen el tema y sus secuelas, se podrá acentuar la prevención de otros suicidios, su desestigmatización y la recuperación de los allegados. Además de la tristeza, en el duelo pueden presentarse sentimientos de incredulidad, rechazo, abandono y el cuestionamiento del porqué (Ryan, Lester & Flynn, 2013).

Entre las estrategias concretas de intervención, han mostrado su eficacia como factores protectores aquellas que contemplan la restricción del acceso a métodos comunes de suicidio, como las

armas o sustancias tóxicas y también la reducción del tamaño de los envases de analgésicos; el uso de antidepresivos de menor toxicidad, cuando existe un trastorno depresivo/ansioso subyacente; el control de plaguicidas, la reducción de las emisiones de monóxido de carbono de los vehículos y de la toxicidad del gas de uso doméstico; el adecuado tratamiento de la depresión, del consumo problemático de alcohol y otras sustancias; así como el seguimiento de aquellas personas que tienen antecedentes de tentativas (Berk, 2019).

A partir de los conceptos desarrollados, se considera que para teorizar adecuadamente el suicidio y su prevención se necesitan metodologías y perspectivas múltiples sobre la vida de las personas que han cometido suicidio y sus allegados, incluidas las falsas creencias asociadas al suicidio.

| Falsa creencia | Realidad |
|--|---|
| Las personas que hablan de suicidio no cometen suicidio. | La mayoría de los suicidas advirtieron sobre sus intenciones de quitarse la vida. |
| Los suicidas tienen toda la intención de morir. | La mayoría de los suicidas tienen sentimientos de ambivalencia sobre su deseo de morir. |
| El suicidio sucede sin advertencias. | Muchos suicidas dan algún tipo de indicación verbal o conductual acerca de sus intenciones de hacerse daño. |
| La mejoría después de una crisis significa que el riesgo de suicidio se ha superado. | Muchos suicidios ocurren en el período de mejoría, cuando la persona tiene toda la energía y la voluntad para convertir los pensamientos de desesperación en actos destructivos. |
| No todos los suicidios pueden prevenirse. | Cierto, pero la mayoría es prevenible. |
| Una vez que una persona es suicida, lo es para siempre. | Los pensamientos suicidas pueden regresar, pero no suelen ser permanentes. |
| Hablar sobre el suicidio sembrará la semilla de pensamientos suicidas, lo que aumentará el riesgo. | Hablar abiertamente sobre el suicidio y preguntar sobre el riesgo salva vidas. Alienta a buscar ayuda, promueve un sentido de pertenencia y conecta a las personas con la atención. |

Fuente: oms, *Prevención del suicidio, un instrumento para trabajadores de atención primaria de salud*, 2000.

5.4. PARTICULARIDADES DEL RIESGO SUICIDA EN LA ADOLESCENCIA

Freire de Garbarino y Maggi (1992) plantean que los procesos inherentes a la adolescencia pueden acarrear duelos importantes, asociados principalmente a la pérdida del yo infantil y del ideal paterno de la infancia. La elaboración de dichos duelos y la búsqueda de nuevos roles que asistan en la consolidación de la identidad adolescente pueden llevar a algunas personas a presentar conductas de riesgo. «Muchas conductas de riesgo en la adolescencia están determinadas por la búsqueda, ya sea

consciente o no, del sentido de la vida y el límite entre la vida y la muerte. A menudo la percepción de vulnerabilidad conduce a la exposición, a riesgos elevados o graves, como forma de no mostrarse vulnerables» (ASSE, 2017, p. 5). A este respecto, Álvarez, Giordano, Mello y Taylor (1993) sugieren que las conductas suicidas no siempre tienen como objetivo la muerte; los adolescentes pueden encontrar en el suicidio y los IAE una forma de escapar del malestar emocional experimentado, para el cual no encuentran otra estrategia de afrontamiento.

La idea de la propia muerte se consolida sobre todo en la adolescencia y puede constituir parte del

proceso de elaboración que transitan los adolescentes en su cuestionamiento sobre el sentido de la vida (Moya, 2007). Desde las neurociencias, varios modelos han propuesto explicaciones tentativas al marcado incremento de conductas de riesgo durante este período vital, algunas potencialmente dañinas, como las conductas suicidas (Casey, Jones & Somerville, 2011; Somerville, Jones & Casey, 2010). Numerosas investigaciones apuntan a que el cerebro adolescente estaría caracterizado por una maduración acelerada de las regiones subcorticales (vinculadas a estímulos recompensantes y reactividad emocional), mientras que otras regiones implicadas en el control inhibitorio de los impulsos (como la corteza prefrontal) mostrarían un desarrollo demorado (Somerville et al., 2010). Independientemente de los posibles factores de incidencia en el aumento de las conductas suicidas en la adolescencia, esta franja del desarrollo supone un período fundamental para la prevención e intervención del riesgo suicida.

5.5. INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS EFICACES PARA LA DISMINUCIÓN DEL RIESGO SUICIDA EN ADOLESCENTES

En esta sección se listan y describen brevemente intervenciones psicológicas que han demostrado eficacia en el tratamiento de comportamientos suicidas, según investigaciones internacionales. Sus características comunes son:

- a. Incluyen un plan de seguridad para el adolescente y sus referentes.
- b. Tienen componentes de funcionamiento familiar o de referentes.
- c. Se enfocan en la reducción de pensamientos y conductas suicidas, independientemente de un posible diagnóstico psiquiátrico.
- d. Comprenden modalidades de tratamiento múltiples (por ejemplo, individual, grupal y/o familiar) a cargo de diversos profesionales.
- e. Trabajan fuertemente aspectos de la adherencia al tratamiento.
- f. Se focalizan en uno o más factores de riesgo del suicidio, específicos para adolescentes.

Se incluyen en este apartado las consideraciones de los referentes de la Facultad de Psicología de la UDELAR sobre las intervenciones que se desarrollan con éxito en Uruguay. Dichas intervenciones son las siguientes:

- *Terapia basada en la mentalización para adolescentes (TBM-A)* (Fonagy, Campbell, Rossouw & Bateman, 2019). El término de *mentalización* se define como el proceso psicológico mediante el cual percibimos e interpretamos la conducta humana, propia y ajena, como un elemento dependiente de estados mentales subjetivos e intencionales (por ejemplo, deseos, pensamientos y sentimientos) (Allen & Fonagy, 2006). La TBM-A tiene sus fundamentos en la teoría del apego (Bowlby, 1998) y presenta evidencia más relevante en el abordaje integral del trastorno límite de la personalidad (TLP). Consiste en una propuesta psicoterapéutica psicodinámica protocolizada, enfocada en el manejo de la impulsividad y la regulación afectiva.
- *Terapia familiar basada en el apego, para adolescentes y jóvenes con riesgo suicida* (Diamond, Diamond & Levy, 2014). Esta intervención asume que el apego seguro entre padres y adolescentes es el fundamento sobre el que se construye un estilo comunicativo directo y continentador; asimismo, representa un factor de protección contra el suicidio. Además, considera que un funcionamiento familiar funcional permite la regulación emocional y la toma de perspectiva de otros, capacidades que protegen a los adolescentes contra el desarrollo de un potencial riesgo suicida. Esta terapia integra principios y técnicas de los siguientes modelos: terapia familiar estructural (Minuchin, 1974), terapia familiar multidimensional (Liddle et al., 2001), terapia experiencial enfocada en la emoción (Greenberg, 2011; Johnson, 2004) y terapia familiar contextual (Böszörményi-Nagy & Spark, 1973).
- *Evaluación y manejo colaborativo del suicidio (CAMS por sus siglas en inglés)*

(Jobes, 2016). Consiste en un marco terapéutico específico para la valoración e intervención del riesgo suicida. Se considera un abordaje flexible, adaptable a distintas orientaciones clínicas. El profesional y el adolescente participan interactivamente en el proceso de evaluación y en el establecimiento del plan de intervención. Engloba, entre otros aspectos, la evaluación del dolor emocional del paciente, su nivel de estrés, de urgencia (sensación de tener que *hacer algo*), desesperanza, odio contra sí mismo, nivel global de riesgo suicida, razones para vivir y razones para morir. Los formatos de intervención incluyen la elaboración de un plan de estabilización y de emergencia para crisis suicidas.

- *Terapia dialéctica comportamental (TDC o DBT* por sus siglas en inglés). Es una intervención cognitivo-conductual que combina terapia, entrenamiento de habilidades y orientación; ha demostrado ser efectiva para tratar conductas suicidas y autolesiones no suicidas (Rathus, Miller & Bonavitacola, 2017). En su versión para adolescentes, la TDC presenta un formato más corto, de 16 semanas a 12 meses, e incluye módulos de habilidades diversas,

incluidas las destinadas a mejorar la comunicación entre padres e hijos (Miller, Rathus & Linehan, 2007). Además, se han adaptado las aplicaciones no clínicas para entornos escolares, con el propósito de entrenar a estudiantes liceales sobre aspectos vinculados a la consciencia, la regulación emocional y habilidades interpersonales (Mazza et al., 2016).

- *Terapia cognitivo-conductual para la prevención del suicidio* (Stanley et al., 2009). Es una intervención cognitivo-conductual para personas con historial de IAE en los últimos 90 días. Sus objetivos principales son reducir factores de riesgo de suicidio, fortalecer estrategias de afrontamiento y prevenir futuros comportamientos suicidas. La terapia está diseñada para ayudar a las personas a utilizar estrategias más efectivas al manejar el estrés y los problemas desencadenantes de las crisis suicidas.
- Psicoterapia focal con un enfoque psicodinámico (Fiorini, 1982; Braier, 1981). Este tipo de intervención psicoterapéutica tiene objetivos definidos y consiste en trabajar sobre las conflictivas vinculantes al riesgo suicida, promoviendo la adaptación de otros recursos adaptativos del yo.

6. EL SUICIDIO ADOLESCENTE EN URUGUAY EN CIFRAS ACTUALES: PRINCIPALES RESULTADOS OBTENIDOS CON MÉTODOS CUANTITATIVOS (2018-2022)

6.1. RECOLECCIÓN DE DATOS

En esta sección se presenta una revisión de los datos recientes relativos a ideación, planeación e intento suicidas de la EMSE (2019) para adolescentes de entre 13 y 17 años, junto con las tablas de frecuencia y gráficas de distribución correspondientes, por sexo y franja etaria.

También se utilizaron las fuentes de datos oficiales de Estadísticas Vitales del MSP en los últimos diez años. Se realizaron análisis cuantitativos de datos secundarios sobre tendencias recientes de las tasas de suicidio en adolescentes de entre 10 y 24 años, según franja etaria (subgrupos de adolescentes/jóvenes), sexo, lugar de residencia (Montevideo e interior) y tipo de prestador (público o privado).

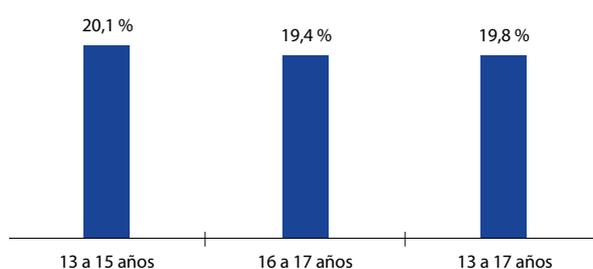
Por otro lado, se analizaron variables sociodemográficas y factores de riesgo y de protección asociados al IAE en adolescentes, incluidos en la ficha de registro obligatorio (FRO; 2017) de 2021, único año para el que los datos se encuentran actualmente sistematizados por el Área Programática Salud Mental del MSP. Se utilizaron técnicas estadísticas descriptivas y técnicas de análisis demográfico; específicamente, causas de muerte.

6.2. IDEACIÓN Y PLANEACIÓN SUICIDAS EN LA ADOLESCENCIA

Ideación suicida

Los datos obtenidos de la tercera edición de la EMSE³ (2019) en Uruguay evidencian que, un 19,8% de los estudiantes de 13 a 15 años encuestados consideró seriamente la posibilidad de quitarse la vida (en los últimos 12 meses), valores relativamente superiores a los registrados en la edición anterior de esta misma encuesta del año 2012, cuyos porcentajes eran del 11,4% (MSP, 2012).

Gráfico 1. Porcentaje de estudiantes adolescentes que consideraron seriamente suicidarse en los últimos 12 meses



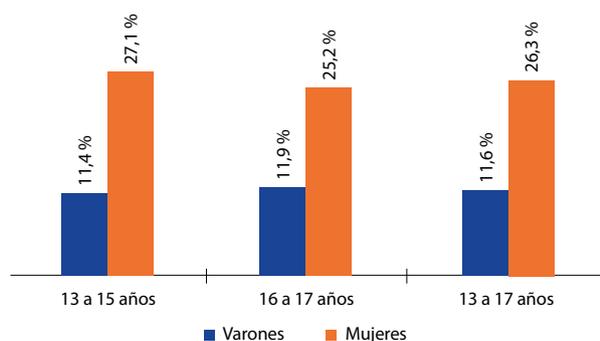
Fuente: EMSE (2019).

Se observan diferencias estadísticamente significativas entre estudiantes varones y mujeres, de 13 a 17 años, en cuanto a la consideración del suicidio. El 11,4% de los varones y el 26,3% de las mujeres respondió que había considerado seriamente sui-

³ Se accedió a datos de la encuesta realizada en 2019, aún no disponibles públicamente.

cidarse. Si se cruza la información de edad y sexo, se observa que no habría diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de edad.

Gráfico 2. Porcentaje de estudiantes adolescentes varones y mujeres que consideraron seriamente suicidarse en los últimos 12 meses

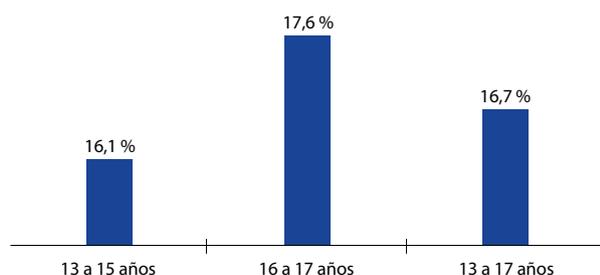


Fuente: EMSE (2019).

Planeación suicida

La EMSE reporta que entre los adolescentes de 13 a 17 años el 16,7% planeó cómo suicidarse, contra un 10,6% de la versión anterior de la misma encuesta (2012).

Gráfico 3. Porcentaje de estudiantes adolescentes que planearon cómo suicidarse en los últimos 12 meses

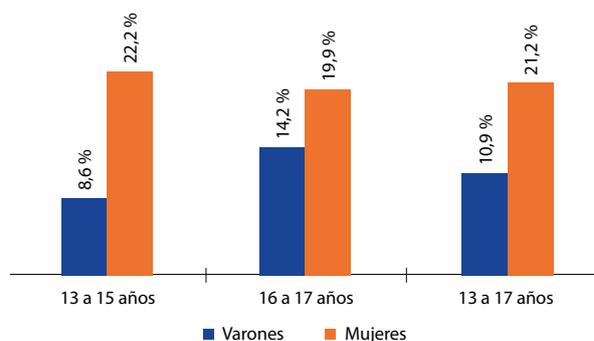


Fuente: EMSE (2019).

La planificación del suicidio también muestra diferencias estadísticamente significativas por sexo: el 10,9% de los varones y el 21,2% de las mujeres de 13 a 17 años elaboraron un plan sobre cómo suicidarse (en los últimos 12 meses). Al cruzar las variables de edad y sexo, se advierte entre los varones una variabilidad más marcada según el subgrupo etario, con un descenso sobre el final de la adolescencia, mientras que entre las mujeres parece mantenerse a lo largo de toda esta etapa. La planeación suicida es

notoriamente mayor entre las adolescentes mujeres, en una proporción que supera el doble en la adolescencia temprana y prácticamente duplica la de los varones en el conjunto de 13 a 17 años.

Gráfico 4. Porcentaje de estudiantes adolescentes que planearon cómo suicidarse en los últimos 12 meses, por sexo y edad



Fuente: EMSE (2019).

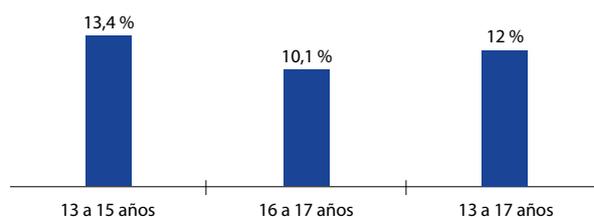
6.3. MUESTRA DE ADOLESCENTES CON INTENTOS DE AUTOELIMINACIÓN

Para esta sección de análisis cuantitativo se consideraron dos fuentes primarias de datos: la última edición de la EMSE (2019) y el FRO (2021 para adolescentes de entre 10 y 24 años), como forma de complementar y ampliar la información ya sistematizada anteriormente.

En la EMSE (2019) se reporta que 12% de los adolescentes de 13 a 17 años encuestados ha intentado seriamente quitarse la vida (en los últimos 12 meses), contra un 9,2% del total de la versión anterior, en 2012.

El análisis de los subgrupos por edad refiere una distribución similar de los porcentajes.

Gráfico 5. Porcentaje de estudiantes adolescentes con al menos un intento de autoeliminación en los últimos 12 meses

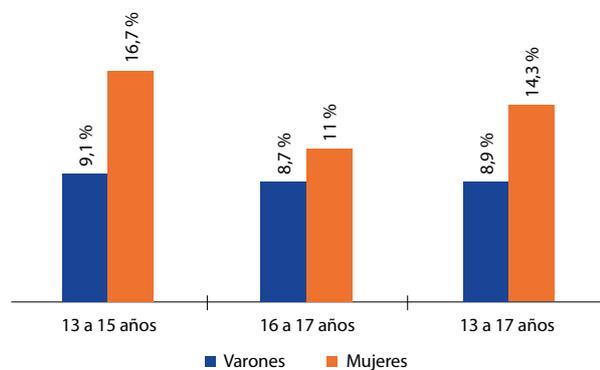


Fuente: EMSE (2019).

El porcentaje de estudiantes de 13 a 17 años con uno o más intentos de autoeliminación en los últi-

mos 12 meses es de 14,3% entre las mujeres y 8,9% entre los varones. Esta diferencia de porcentajes es estadísticamente significativa. Al considerar en conjunto las variables edad y sexo, el mayor riesgo de autoeliminación corresponde a las adolescentes más jóvenes, de 13 a 15 años. Existen diferencias entre adolescentes varones y mujeres en todos los grupos de edad, con una proporción siempre mayor para las adolescentes.

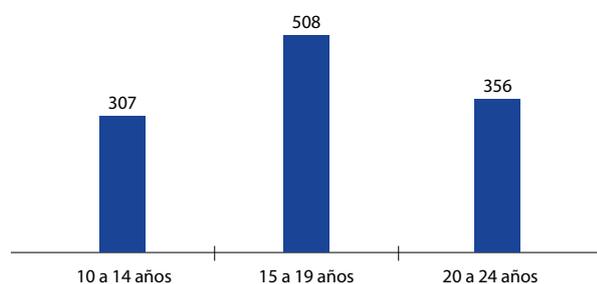
Gráfico 6. Porcentaje de estudiantes adolescentes con uno o más intentos de autoeliminación en los últimos 12 meses, por grupos de edad y sexo



Fuente: EMSE (2019).

Los datos derivados del FRO completados en 2021 arrojan un total de 1171 intentos de autoeliminación en personas de entre 10 y 24 años.

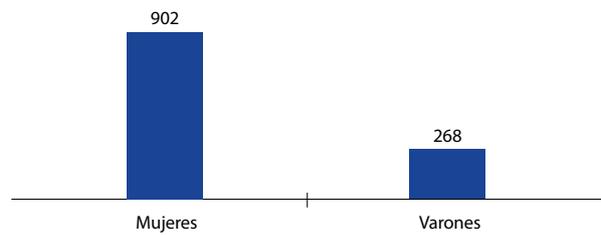
Gráfico 7. Número de intentos de autoeliminación en adolescentes, por subgrupos de edad



Fuente: FRO.

Como puede observarse en el gráfico 7, el número de IAE parece elevarse sustancialmente en el subgrupo de adolescentes de 15 a 19 años, mientras en los otros dos subgrupos etarios (10-14 años y 20-24) se comporta de manera similar.

Gráfico 8. Número de intentos de autoeliminación en adolescentes, según sexo

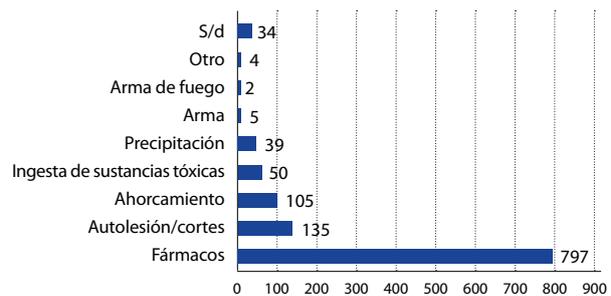


Nota: Se excluyó de la gráfica un caso del registro en que no se indicaba el sexo.

Fuente: FRO.

El gráfico 8 muestra una diferencia importante en el número de adolescentes con IAE según el sexo. La proporción alcanza el 3,36:1, mayor para las mujeres.

Gráfico 9. Número de intentos de autoeliminación en adolescentes según el método empleado



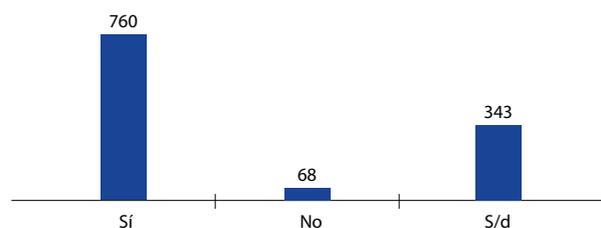
Nota: S/d=Sin datos.

Fuente: FRO.

El uso de fármacos es el método más utilizado en el intento de autoeliminación de adolescentes según datos de FRO completados en 2021.

El gráfico 10 muestra el número de adolescentes con IAE que habían tenido al menos una consulta en atención de salud mental antes del intento.

Gráfico 10. Número de adolescentes con intento de autoeliminación que había acudido previamente a consulta en salud mental

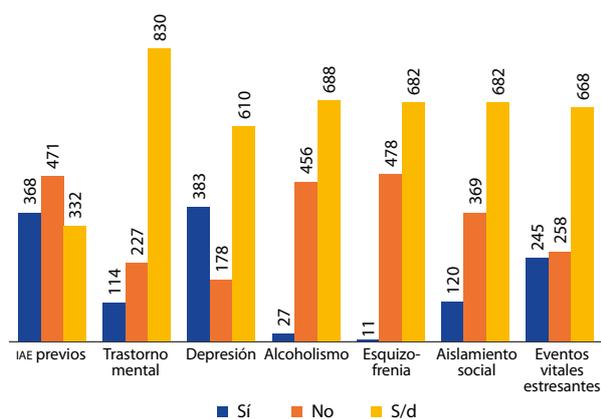


Nota: S/d=Sin datos.

Fuente: FRO.

Finalmente, y considerando los factores de riesgo y de protección asociados a los IAE en adolescentes, se encontró un registro notoriamente incompleto para ambos grupos de variables, pero en los datos disponibles puede observarse que la depresión es el factor de riesgo más relevante reportado a través del FRO.

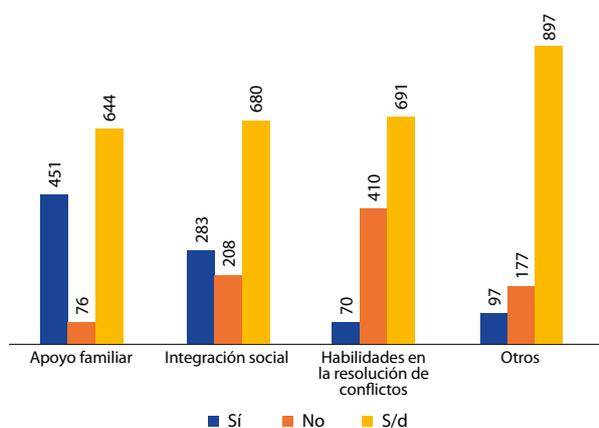
Gráfico 11. Factores de riesgo asociados a intentos de autoeliminación en adolescentes



Nota: S/d=Sin datos.
Fuente: FRO.

Entre los factores de protección, las habilidades en la resolución de conflictos y la integración social aparecen como las variables menos presentes en los adolescentes, aunque en el caso de la integración la presencia y la ausencia se encuentran en proporciones similares.

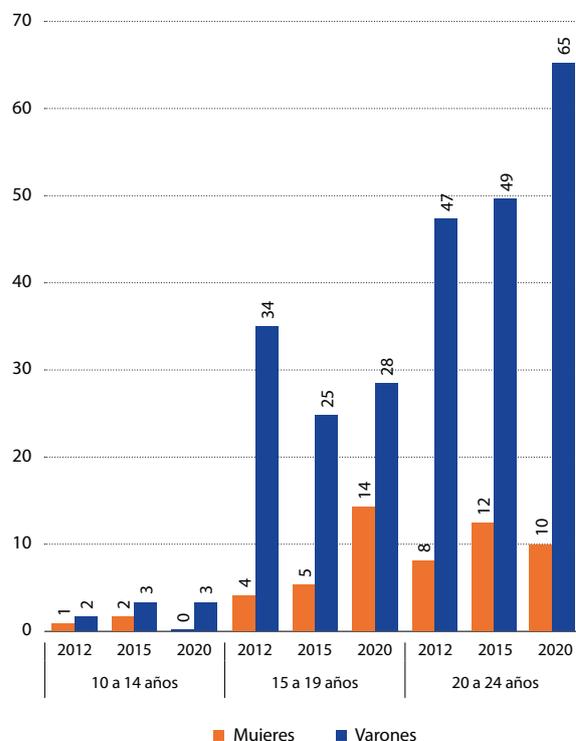
Gráfico 12. Presencia de factores de protección en adolescentes con intentos de autoeliminación



Nota: S/d=Sin datos.
Fuente: FRO.

6.4. MORTALIDAD POR SUICIDIO EN LA ADOLESCENCIA

Gráfico 13. Muertes por suicidio por sexo y franjas etarias en los años 2012, 2015 y 2020

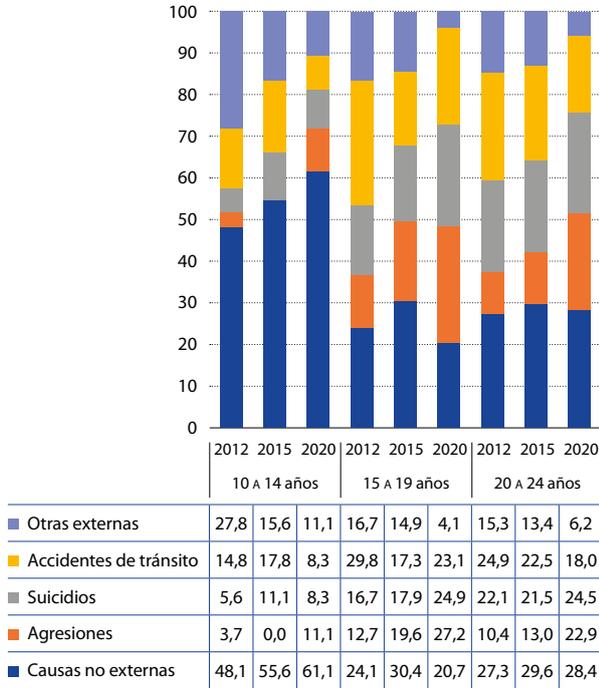


Fuente: Estadísticas Vitales.

El gráfico 13 muestra que la cantidad de suicidios en la adolescencia y la juventud ha aumentado en cada grupo de edad. En todos los años y franjas etarias los suicidios de varones son sostenida y marcadamente mayores que los de mujeres. Para 2020 (las cifras más recientes) las proporciones fueron 2:1 entre los adolescentes de 15 a 19 años y 6,5:1 para los de 20 a 24 años, con un aumento alarmante de los suicidios de varones en el grupo de mayor edad.

Por otra parte, a lo largo del tiempo se observa un aumento de la cantidad de suicidios prácticamente en todos los segmentos. Para las adolescentes de entre 15 y 19 años también se advierte un aumento a lo largo de los años, mientras que para los varones existió un pico en el 2012, un descenso en el 2015 y una posterior elevación en el 2020. En el tercer grupo quinquenal de edad, entre los varones se registró un aumento sostenido en la cantidad de suicidios, mientras que las mujeres en el 2020 presentaron un valor menor que el de 2012.

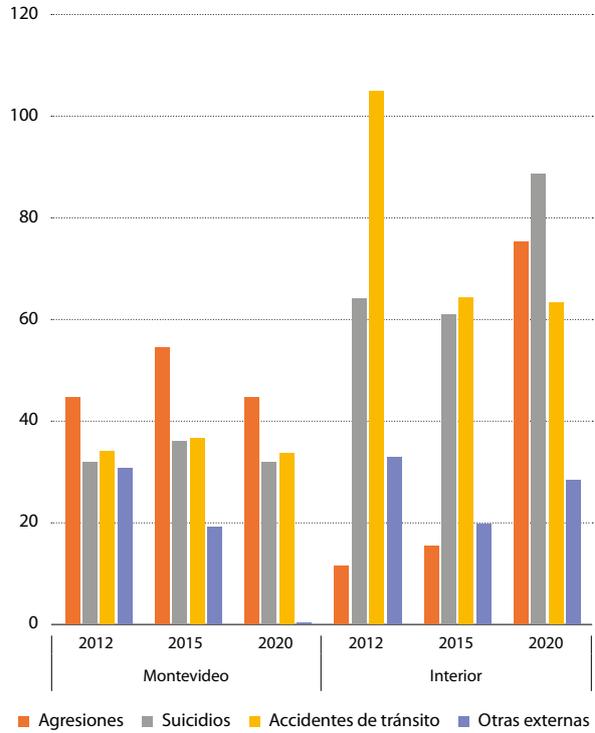
Gráfico 14. Porcentaje que ocupan las muertes de causa externa entre todas las causas de muerte, por grupos quinquenales de edad (10 a 14, 15 a 19 y 20 a 24 años), en 2012, 2015 y 2020



Tanto en la franja de 15 a 19 años como en la de 20 a 24 años, la mayoría de las muertes son de causa externa para todos los años. Esto se evidencia con mayor énfasis en 2020 en la franja de 15 a 19 años, donde cerca del 80% de las muertes fueron de causa externa.

Entre las causas de muerte externas, hasta 2012 los accidentes fueron la principal causa en todas las franjas etarias consideradas. Esta tendencia se observa prácticamente inmodificada en 2015, excepto para el subgrupo de adolescentes de entre 15 y 19 años, en el que las agresiones ocuparon el primer lugar, seguidas de las muertes por suicidio y, por relativo poco margen, por los accidentes de tránsito. Para 2020, el suicidio escaló al primer lugar en el subgrupo de 20 a 24 años.

Gráfico 15. Muertes por causas externas (agresiones, suicidios, accidentes y otras) en personas de entre 10 y 24 años, para Montevideo y el interior, en 2012, 2015 y 2020



Al comparar las muertes por causa externa entre Montevideo y el interior se observa que la proporción de suicidios en Montevideo se ha mantenido sin mayores fluctuaciones en los años estudiados, mientras que en el interior se registró un aumento considerable en 2020, cuando la relación llegó a 3:1 respecto a Montevideo.

Las muertes a causa de agresiones, tanto en Montevideo como en el resto del país, han registrado un aumento sostenido en los años estudiados, con mayor proporción en el interior (relación 6,25:1 para 2020 con respecto a 2012).

En la misma línea que el gráfico anterior, también se advierte la tendencia a la disminución de las muertes en accidentes. En este caso, las ocurridas en Montevideo son aproximadamente un tercio de las del resto del país.

7. POLÍTICAS Y PROGRAMAS DE PREVENCIÓN Y ABORDAJE DEL RIESGO SUICIDA EN ADOLESCENTES EN EL ÁMBITO SANITARIO Y COMUNITARIO

El Ministerio de Salud Pública ha desarrollado y delineado estrategias y acciones que promueven la salud de los adolescentes.

En 2005 se creó en Uruguay el Programa Nacional de Salud Adolescente, que tiene como meta la construcción y consolidación de una política nacional de salud integral para los adolescentes y jóvenes uruguayos. Entre sus líneas programáticas se destacan aquellas que buscan mejorar la calidad de los servicios de salud, para que estos sean capaces de brindar prestaciones basadas en el cumplimiento de estándares nacionales.

En 2007 el Programa Nacional de Salud de Adolescencia del MSP lideró un cambio en el modelo de atención, con espacios diferenciados de atención para adolescentes, según recomendaciones de la OPS. Se crearon así los primeros Espacios Adolescentes, cuyo número se ha ido incrementando desde entonces, tanto en prestadores públicos como privados, en todo el territorio nacional.

En 2016, por medio de las metas asistenciales, cumpliendo con las orientaciones de la Junta Nacional de Salud (JUNASA)⁴ para alcanzar los objeti-

vos planteados por el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), cada prestador realizó un diagnóstico de la situación de salud de su población adolescente. Sobre esa base se priorizaron los problemas más frecuentes: embarazo no intencional en la adolescencia, consumo problemático de alcohol y otras sustancias, intento de autoeliminación, sobrepeso y obesidad, y siniestralidad vial.

Se solicitó que cada prestador elaborara un protocolo de prevención y atención de dos de los temas priorizados, según las características de su población adolescente. Así, la prevención del suicidio adolescente fue seleccionada por 13 prestadores de salud, incluida la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE). Los diversos protocolos generados para tratar de disminuir esa problemática entre los usuarios de 10 a 24 años abordan con distintos niveles de detalle los factores de riesgo y de protección de IAE y contemplan las hojas de ruta para el personal de salud. En la *Guía de abordaje de adolescentes con riesgo suicida en el ámbito de la salud* (MSP, 2023) se retoman algunas de dichas propuestas.

En Uruguay, una alta proporción de los adolescentes que requieren asistencia en salud mental accede al sistema sanitario tardíamente, con costos en salud y sociales importantes. Las derivaciones realizadas dependen de variables como la formación y la capacidad del profesional para evaluar adecuadamente el estado de salud mental del adolescente y las condiciones de la consulta. Estudios internacionales señalan que la capacidad de evaluación en salud mental de los médi-

4 Una de las herramientas con las que cuenta la JUNASA son las *metas asistenciales*, por cuyo cumplimiento, según indicadores acordados entre los prestadores y el MSP, cada prestador de salud recibe un pago variable. A través de ellas, en lo que se relaciona con el Área Programática de Salud de Adolescencia y Juventud, se busca impulsar la detección de las problemáticas más prevalentes o relevantes en materia de salud adolescente.

cos es en general limitada y/o sesgada hacia algunos tipos de trastornos (Cotton & Dingle, 2018; Murray, 2018). Estudios nacionales (Arias, 2017) han relevado que los adolescentes tienden a percibir al sistema de salud como un espacio donde se prioriza la salud física por sobre la emocional, lo que los lleva a dejar de lado la expresión de sus problemas emocionales en este ámbito.

Con el propósito de revertir dicha situación y de ampliar las evaluaciones del desarrollo psicoafectivo de los adolescentes, en 2021 el Área Programática de Salud de Adolescencia y Juventud del MSP elaboró la herramienta de una consulta psicológica de promoción, prevención y evaluación del desarrollo de la salud mental de adolescentes de entre 15 y 19 años. Para ello convocó a un grupo honorario de profesionales expertos en evaluación y adolescencia, provenientes de instituciones referentes, como la Coordinadora de Psicólogos del Uruguay (CPU), la UDELAR, la Universidad Católica del Uruguay (UCU) y la Sociedad Uruguaya de Pediatría (SUP), junto con los programas de Salud Mental y Adolescencia del MSP. La herramienta incluye un *screening* —de dificultades y fortalezas, de riesgo suicida y de bienestar general— y una instancia de entrevista con un psicólogo. El equipo de trabajo se encuentra actualmente en proceso de estudio de validación de la herramienta a través del fondo concursable María Viñas, de la Agencia Nacional de Investigación e Innovación (ANII).

En 2020 el Programa Adolescencia del MSP elaboró el decreto 055/2020 con el objetivo de homogeneizar los servicios de salud para adolescentes, en cuanto a la dotación de recursos materiales y de recursos humanos, así como su práctica y gestión dentro de cada institución y con la comunidad. La normativa no obliga, pero sí regula los servicios de salud para adolescentes de todos los prestadores del SNIS. En el capítulo II de su anexo aclara que parte del rol asistencial de estos servicios es «la atención de aquellos adolescentes que por situaciones de riesgo o problemas de salud complejos requieren una valoración o atención especial». Entre los problemas de salud priorizados por el MSP para esta franja etaria —y por lo tanto para ser asistidos con prioridad por el servicio de salud para

adolescentes— se encuentran los intentos de autoeliminación y el riesgo suicida.

En el país se cuenta con líneas de atención telefónica 24 h de apoyo emocional, coordinada por la Administración de los Servicios de Salud del Estado.

Cuadro 1. Líneas de atención telefónica 24 h de apoyo emocional

| Nombre y datos de contacto | Departamento, localidad | Tipo de institución referente | Servicio prestado |
|---|-------------------------|-------------------------------|---|
| Línea Vida 0800 0767 | Todo Uruguay | ASSE | Atención telefónica 24 horas. Prevención |
| Línea Apoyo Emocional 0800 1920 *1920 | Todo Uruguay | Presidencia | Atención telefónica 24 horas. Apoyo emocional en situaciones provocadas por coronavirus |

La atención específica de salud mental de adolescentes se encuentra detallada dentro del Plan Integral de Atención en Salud (PIAS), e incluye la atención ambulatoria con psiquiatra, la internación psiquiátrica (máximo 30 días anuales, excepto para menores de 18 años, convenios FONASA y los prestadores integrales y socios ASSE), el psicodiagnóstico y los abordajes psicoterapéuticos y psicosociales (se detallan en el cuadro 2).

Existen diversas instituciones académicas vinculadas al tema del suicidio, dedicadas tanto a la investigación como a la generación de recursos y la formación para prevenirlo. Se destaca en el ámbito nacional el grupo de Comprensión y Prevención de la Conducta Suicida (<http://suicidioprevencion.cienciassociales.edu.uy>). Asimismo, se han conformado grupos de investigación sobre la conducta suicida adolescente en el Departamento de Psicología de la UCU y en las facultades de Psicología y de Medicina de la UDELAR.

Desde la comunidad, las organizaciones de la sociedad civil (OSC) cumplen un rol importante en la prevención, la atención y la posvección del suicidio. Para dar a conocer algunas OSC vinculadas a la temática, se llevó a cabo una actualización de las organizaciones existentes, con la ayuda de la Dirección General de Coordinación del MSP y las Direcciones Departamentales de Salud, que se presenta en el cuadro 3:

Cuadro 2. Modos de atención de salud mental de adolescentes

| Modo | Modo 1 | Modo 2 | Modo 3 |
|--------------------|--|---|---|
| Sesiones | <ul style="list-style-type: none"> • 16 anuales (gratuitas) | <ul style="list-style-type: none"> • 24 anuales (de 10 a 14 años) • 48 anuales (de 15 a 25 años), con un copago preestablecido | <ul style="list-style-type: none"> • 48 anuales • 144 anuales (adolescente con discapacidad o trastorno autista), con un copago menor que el del modo 2 |
| Modalidad | Grupal | Individual, grupal o de familia | Individual o grupal |
| Población objetivo | <ul style="list-style-type: none"> • Padres (o familiares) con hijos en edad preescolar, escolar y adolescente • Padres (o familiares) con hijos con discapacidad mental, física o trastornos del espectro autista • Adolescentes • Embarazadas primerizas • Puérperas primerizas o pareja parental primeriza • Puérpera dentro del primer año con indicios de depresión | <ul style="list-style-type: none"> • Adolescente con dificultades de aprendizaje • Adolescente con problemas situacionales y/o adaptativos • Adolescente con IAE | <ul style="list-style-type: none"> • Adolescente en situación de abandono, violencia sexual y/o intrafamiliar • Adolescente con discapacidad física, mental y/o trastornos del espectro autista • Consumo problemático de sustancias • Trastornos disruptivos • Trastornos del humor • Trastornos de ansiedad • Dificultades de aprendizaje específicas no resueltas en el modo anterior |

Fuente: Tabla extraída y actualizada de la *Guía para la atención integral de la salud de adolescentes* (MSP, 2017).

Cuadro 3. Referentes de atención al riesgo suicida en ámbitos comunitarios

| Nombre y datos de contacto | Departamento, localidad | Tipo de institución referente | Servicio prestado |
|--|--|--|---|
| Serranos Avanzando Facebook: Serranos Avanzando ONG | Lavalleja | Organización no gubernamental | Información Talleres de sensibilización |
| Último Recurso https://ultimorecurso.com.uy/ | Montevideo | Organización no gubernamental | Prevención, intervención en crisis y postvención |
| Fundación Cazabajones 2403 4562/2403 4563 o WhatsApp 096 428133 Redes sociales Instagram: @drpedrobustelo @cazabajones Facebook: Dr. Pedro Bustelo - Fundación Cazabajones YouTube: www.youtube.com/@cazabajones | Montevideo Eduardo Acevedo 1494, ap. 101 (esquina 18 de Julio) | Dr. Pedro Bustelo | Servicio médico y psicológico |
| GASS UY 099 451440/095 753955 gassuruguay@gmail.com Instagram y Facebook: gassuruguay | Todo el país por Zoom y una vez al mes presencial en Montevideo | Coordinadora: Lic. Clélia Kerne Psic. Silvia Leguisamo Psic. Soc. Viviana De Luca | Grupo de apoyo a familiares supervivientes de suicidio e intentos de autoeliminación Prevención y posvención |
| Resistire 098 434206 https://www.facebook.com/resistire1060/ | Maldonado Dr. Edye 679 | Organización no gubernamental Mta. Yaravi Roig | Prevención del suicidio, apoyo a familiares. Difusión, sensibilización y talleres con adolescentes |
| Asociación Civil Dr. Enrique Pérez Morad (Facebook) asociacionenriqueperezmorad@gmail.com | Maldonado | Organización de la sociedad civil Dra. Mary Araujo | Prevención |
| CreaCtivos 099 690691 profest0428@gmail.com | | Organización no gubernamental | Acompaña a través del arte y el deporte. Talleres. Redes |
| Ayudame a Crecer 092 543 614 | Sede de FUCVAM, 25 de Mayo 979, Paysandú Viernes de 18 a 21 h | Sociedad civil Psic. Kasandra Lacuesta Garin | Talleres comunitarios en escuelas, clubes Talleres de sensibilización y prevención del suicidio |

Cuadro 3. Referentes de atención al riesgo suicida en ámbitos comunitarios (cont.)

| Nombre y datos de contacto | Departamento, localidad | Tipo de institución referente | Servicio prestado |
|---|--|---|---|
| Sos Vida 099 567 281 Nedelos1@hotmail.com | Sociedad Rural de Río Negro, Young Jueves 18:30 h | Grupo de vecinos Néstor De Los Santos Mathias Pereyra | Charlas abiertas a la comunidad |
| Cazabajones 099 406 477 092 395 153 | Artigas 260 esquina Cuaró, iglesia de la ciudad de Rivera Sábados 18 h | Grupo en formación y consolidación As. Soc. Santiago Fielizt Raphael Fischer | Funcionan con los 12 pasos de Alcohólicos Anónimos Talleres de sensibilización |
| Puentes 098 607 842 | Tranqueras, Rivera Miércoles 18 h | Organización no gubernamental Sacerdote René Da Silva | Grupo terapéutico |
| El Camino a Casa 4664 2142 096 775 008 | Paso de Los Toros, Tacuarembó 19 de Abril 353 Grupo: Jueves, 18 h | Organización no gubernamental Lic. Psic. Carlos Núñez, op. terapéutico Alexis Núñez, Lic. Psic. Patricia Álvarez | Grupos de autoayuda, grupos para familiares. Atención psicológica individual y grupal. Cursos. Talleres |
| Grupo Puente Esperanza 099 277 272 | Paso de los Toros, Tacuarembó Parroquia Santa Isabel, Bv. Artigas y Sarandí | Organización no gubernamental Psic. Andrea Machado Gil | Charlas abiertas, capacitación a la comunidad Atención psicológica y psiquiátrica |
| Proyecto Puentes ernestosantana1999@gmail.com 098 607 842 / 091302483 lic.marianoeldossantos@gmail.com 091 686 054 | Tacuarembó Parroquia Santa Cruz, 18 de Julio 446 | Organización no gubernamental Pbro. René Da Silva, Lic. Psic. Ernesto Santana, Psic. María Noel dos Santos | Talleres con la comunidad. Grupos y atención individual Apoyo telefónico a familiares supervivientes |
| Rayo de Sol Facebook: ONG Rayo de Sol 099 311233 | Treinta y Tres Pablo Zufriategui 147 esq. Juan Spikerman | Organización no gubernamental Dra. Marcela Falco, Psic. Laura Barrios | Primera contención, asesoramiento, derivación y valoración rápida de riesgo Talleres de prevención |
| Entrementes Facebook: Entrementes Instagram: Entrementes | Treinta y Tres | Organización no gubernamental Tomás Armendariz | Prevención |
| Treinta y Tres por la Salud Mental | Treinta y Tres | Organización no gubernamental Irene Armendariz | Prevención Posvención |
| Contención Emocional 33 Instagram: contencion_emocional33 | Treinta y Tres | Organización no gubernamental Victoria Jauregui | Prevención |

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Achenbach, T.M., & Rescorla, L.A. (2001). *Manual for the ASEBA School-Age Forms & Profiles*. Burlington, Vermont: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families.
- Allen, J.G., & Fonagy, P. (eds.). (2006). *The handbook of mentalization-based treatment*. Trenton, Nueva Jersey, NJ: John Wiley & Sons. <https://doi.org/10.1002/9780470712986>
- Altavilla, D. (2012). Reconstrucción(es) luego de un suicidio: afectación en la familia y el entorno social. En Chávez, A.M, Klein, A., y Macías, L.F. (eds.), *Salud mental y malestar subjetivo: Debates en Latinoamérica*. Buenos Aires, Argentina: Manantial.
- Álvarez, G., Giordano, G., Mello, E., & Taylor, I. (1993). *La problemática del suicidio en el Uruguay de hoy*. Montevideo, Uruguay: Rocaviva.
- Amorin, D. (2008). Pubertad y adolescencia. En *Apuntes para una posible psicología evolutiva* (pp. 121-128). Montevideo, Uruguay: Psicolibros-Waslala.
- Andriessen, K. (2006). Can postvention be prevention? *Abstract Book. 11th European Symposium on Suicide and Suicidal Behavior. Psychiatria Danubina, 18* (suppl. 1), 125.
- Andriessen, K., Castelli Dransart, A., Cerel, J., & Maple, M. (2017). Current Postvention Research and Priorities for the Future. *Crisis, 38*(3), 202-206.
- Arango, A., Opperman, K., Gipson, P., & King, Ch. (2016). Suicidal ideation and suicide attempts among youth who report bully victimization, bully perpetration and/or low social connectedness. *Journal of Adolescence, 51*, 19-29.
- Ardiles-Irarrázabal, R.A., Alfaro-Robles, P.A., Díaz-Mancilla, I.E. & Martínez-Guzmán, V.V. (2018). Riesgo de suicidio adolescente en localidades urbanas y rurales por género, región de Coquimbo, Chile. *Aquichan, 18*(2), 160-170.
- Arias, A. (2017). La atención en salud de la población adolescente. Un estudio desde la perspectiva adolescente. Tesis de maestría. Universidad de la República, Uruguay.
- Aseltine, R.H. Jr., Schilling, E.A., James, A., Glanovsky, J.L., & Jacobs, D. (2009). Age variability in the association between heavy episodic drinking and adolescent suicide attempts: Findings from a large scale, school-based screening program. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 48*(3), 262-270.
- Bailador, P., Viscardi, N., & Dajás, F. (1997). Desesperanza, conducta suicida y consumo de alcohol y drogas en adolescentes de Montevideo. *Revista Médica del Uruguay, 13*(3), 213-223.
- Barrero, S. (2005). Los mitos sobre el suicidio. La importancia de conocerlos. *Revista Colombiana de Psiquiatría, 34*(3), 386-394.
- Beck, A.T., Kovacs, M., & Weissman, A. (1979). Assessment of suicidal intention: The scale for Suicide Ideation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 47*(2), 343-352.
- Beck, A.T., Steer, R.A., Kovacs, M., & Garrison, B. (1985). Hopelessness and eventual suicide: a 10-year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation. *American Journal of Psychiatry, 142*, 559-63.
- Beck, A.T., Steer, R.A., & Brown, G.K. (2006). *BDI-II. Inventario de depresión de Beck*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Berk, M. (2019). *Evidence-Based Treatment Approaches for Suicidal Adolescents. Translating Science into Practice*. Washington, DC: American Psychiatric Association.

- Berman, A.L., Jobes, D.A., & Silverman, M.M. (2006). *Adolescent suicide: Assessment and intervention* (2.^a ed.). Washington, DC: American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/11285-000>
- Biddle, L., Donovan, J., Hawton, K., Kapur, N., & Gunnell, D. (2008). Suicide and the Internet. *British Medical Journal*, 336, 800-802.
- Bille-Brahe, U., & Schmidtke, A. (1995). Conduites suicidaires des adolescents. En F. Ladame, J. Ottino y C. Pawlak (eds.), *Adolescence et suicide* (pp. 18-38). París, Francia: Masson.
- Blumenthal, S. (1996). *Suicide and Gender*. Washington, DC: American Foundation for Suicide Prevention. www.afsp.org
- Bonaldi, P. (2000). El estudio del suicidio desde una perspectiva sociológica. De los estadísticos morales a los enfoques interpretativos. En M.M. Casullo, P. Bonaldi & M. Fernández Liporace, *Comportamientos suicidas en la adolescencia. Morir antes de la muerte* (pp. 49-68). Buenos Aires, Argentina: Lugar.
- Boszormenyi-Nagy, I., & Spark, G.M. (1973). *Invisible loyalties: Reciprocity in intergenerational family therapy*. Nueva York, NY: Harper & Row.
- Bottino, S., Bottino, C., Gómez, C., Villa Lobo, C., y Ribeiro, W. (2015). Cyberbullying and adolescent mental health: Systematic review. *Cadernos de Saúde Pública*, 31(3), 463-475.
- Bowlby, J. (1998). *El apego y la pérdida. 1. El apego*. Barcelona, España: Paidós.
- Braier, E. (1981). *Psicoterapia breve de orientación psicoanalítica*. Buenos Aires, Argentina: Nueva Visión.
- Byrne, S., Bailey, E., Lamblin, M., McKay, S., Pirkis, J., Mihalopoulos, C., Spittal, M.J., Rice, S., ... & Robinson, J. (2022). Study protocol for the Multimodal Approach to Preventing Suicide in Schools (MAPSS) project: a regionally based randomised trial of an integrated response to suicide risk among secondary school students. *Trials* 23. doi: <https://doi.org/10.1186/s13063-022-06072-8>
- Cañón Buitrago, S., & Carmona, J. (2018). Ideación y conductas suicidas en adolescentes y jóvenes. *Pediatría Atención Primaria*, 20(80), 387-397.
- Casullo, M.M., Bonaldi, P., & Fernández Liporace, M. (2000). *Comportamientos suicidas en la adolescencia. Morir antes de la muerte*. Buenos Aires, Argentina: Lugar.
- Casey, B. J., Jones, R. M., & Somerville, L. H. (2011). Braking and accelerating of the adolescent brain. *Journal of Research on Adolescence*, 21(1), 21-33. <https://doi.org/10.1111/j.1532-7795.2010.00712.x>
- Ceballos-Ospina, G., Suárez-Colorado, Y., Suescún-Arregocés, J., Gamarra-Vega, L., González, K., & Sotelo-Manjarres A. (2015). Ideación suicida, depresión y autoestima en adolescentes escolares de Santa Marta. *Revista Internacional de Ciencias de la Salud Duazary*, 12(1), 15-22. <https://doi.org/10.21676/2389783X.1394>
- Centers of Disease Control. (2020). *Web-based Injury Statistics Query and Reporting System (WISQARS)*. Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services. CDC, National Center for Injury Prevention and Control. Recuperado de <https://www.cdc.gov/injury/wisqars/index.html>
- Cicchetti, D., & Rogosch, F. A. (2002). A developmental psychopathology perspective on adolescence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(1), 6-20.
- Contino, S. (2015.). Estudio exploratorio sobre la construcción de la vivencia del problema que motiva a los adolescentes a consultar por atención psicológica en un servicio clínico universitario. Tesis de maestría. Universidad de la República, Uruguay.
- Córdova Moreno, M.A., Cubillas, M.J., & Román Pérez, R. (2011). ¿Es posible prevenir el suicidio? Evaluación de un programa de prevención en estudiantes de bachillerato. *Pensamiento Psicológico*, 9(17), 21-32.
- Cotton, N., & Dingle, A. (2018). Pediatric mental Health Assessment in the Primary Care Setting. En S. Vinson & E. Vinson (eds.), *Pediatric Mental Health for Primary Care Providers. A Clinician's Guide* (pp. 47-60). Nueva York, NY: Springer.
- Cox, G., Bailey, E., Jorm, A., Jorm, A., Reavley, N., Templer, K., Parker, A., Rickwood, D., Bahar, S., & Robinson, J. (2016). Development of suicide postvention guidelines for secondary schools: a Delphi study. *BMC Public Health*, 16: 180.
- D'Augelli, A., Grossman, A., Salter, N., Vasey, J., Starks, M., & Sinclair, K. (2005). Predicting the suicide attempts of lesbian, gay and bisexual youth. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 35(6), 646-660.
- Dajas F. (1990). Alta tasa de suicidio en Uruguay. Consideraciones a partir de un estudio epidemiológico. *Revista Médica del Uruguay*, 6(3), 203-15.
- Dajas, F., Bailador, P., & Viscardi, N. (1997). Desesperanza, conducta suicida y consumo de alcohol y drogas en adolescentes de Montevideo. *Revista Médica del Uruguay*, 13, 213-223.
- Daray, F., Rojas, S., Bridges, A., Badour, C., Grendas, L., Rodante, D., Puppo, S., & Rebok, F. (2016). The independent effects of child sexual abuse and impulsivity

- on lifetime suicide attempts among female patients, *Child Abuse & Neglect*, 58, 91-98.
- Dazzi, T., Gribble, R., Wessely, S., & Fear, N. (2014). Does asking about suicide and related behaviours induce suicidal ideation? What is the evidence? *Psychological Medicine*, 44(16), 3361-3363. doi:10.1017/S0033291714001299
- Diamond, G.S., Diamond, G.M., & Levy, S.A. (2014). *Attachment-Based Family Therapy for Depressed Adolescents*. Washington, DC: American Psychological Association Press.
- Dias, P.C., & Cadime, I. (2017). Protective factors and resilience in adolescents: The mediating role of self-regulation. *Psicología Educativa*, <http://dx.doi.org/10.1016/j.pse.2016.09.003>
- Dunlop, S., More, E., & Romer, D. (2011). Where do youth learn about suicides on the Internet and what influence does it have on suicidal ideation? *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52(10), 1073-1080.
- Efrón, R., & Korinfeld, D. (2017). *Acerca de la problemática del suicidio de adolescentes y jóvenes*. Buenos Aires, Argentina: Ministerio de Educación.
- Fernández, J.J., Basile, H., & Pérez Barrero, S. (2017). *Suicidio infanto-juvenil*. Buenos Aires, Argentina: Salerno.
- Fiorini, H. (1982). *Teoría y técnica de psicoterapias*. (6.ª ed.). Buenos Aires, Argentina: Nueva Visión.
- Filardo, V., & Borrás, V. (2015). Conductas suicidas y salud mental en adolescentes y jóvenes del Uruguay. En *Uruguay desde la sociología XII*. Montevideo, Uruguay: Universidad de la República, Facultad de Ciencias Sociales.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2019). *El suicidio en la adolescencia. Situación en la Argentina*. Buenos Aires, Argentina: UNICEF.
- Fonagy, P., Campbell, C., Rossouw, T., & Bateman, A. (2019). Mentalization-based therapy for adolescents. En M. Berk (ed.), *Evidence-Based Treatment Approaches for Suicidal Adolescents. Translating Science into Practice*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Fontanella, C., Warner, L., Steelesmith, D., Brock, G., Bridge, J., & Campo, J. (2020). Association of Timely Outpatient Mental Health Services for Youths After Psychiatric Hospitalization With Risk of Death by Suicide. *JAMA Network Open*, 3(8). doi: 10.1001/jama-networkopen.2020.12887
- Freire de Garbarino, M., & Maggi de Macedo, I. (1992). *Adolescencia II*. Montevideo, Uruguay: RocaViva.
- Gilligan, C. (2004). Strengthening healthy resistance and courage in children: a gender-based strategy for preventing youth violence. *Ann NY Acad Sci*, 1036, 128-40. doi: 10.1196/annals.1330.007. PMID: 15817734.
- Glenn, J.J., Werntz, A.J., Slama, S.J., Steinman, S.A., Teachman, B.A., & Nock, M.K. (2017). Suicide and self-injury-related implicit cognition: A large-scale examination and replication. *J Abnorm Psychol*, 126(2), 199-211. doi: 10.1037/abn0000230. Epub 2016 Dec 19. PMID: 27991808; PMCID: PMC5305619.
- Goddings, A., Mills, K., Clasen, L., Giedd, J., Viner, R., & Blakemore, S. (2014). Longitudinal MRI to assess effect of puberty on subcortical brain development: an observational study, *The Lancet*, 88, 242-251.
- Goldman-Mellor, S., Olfson, M., & Lidon-Moyano, C. (2019). Asociación de suicidio y otra causa de mortalidad con la presentación del Departamento de Emergencias. *JAMA Network Open | Psychiatry*, 2(12), 1-14.
- González, V., & Hein, P. (2016). La vida breve. Suicidio, jóvenes y usuarios problemáticos de drogas. *Revista Encuentros Uruguayos*, 9(2), 35-58.
- González, V. (2015). Suicidio y precariedad vital en Montevideo. En busca de una vida digna de ser vivida 2002-2010. Tesis de maestría en Psicología Social. Facultad de Psicología, Universidad de la República, Uruguay.
- Görzig, A. (2016). Adolescents viewing of suicide-related web content and psychological problems: differentiating the roles of cyberbullying involvement. *Cyberpsychology, Behavior and Social Networking*, 19(8): 502-509.
- Gould, M.S. (2001). Suicide and the media. *The New York Academy of Sciences*, 932, 200-221.
- Greenberg, L.S. (2011). *Emotion-focused therapy*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Grunbaum, S., Graña, S., & Misa, A. (2015). Suicidio en adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años en Uruguay en el año 2009. En MSP-UNFPA, *Aportes para el abordaje de la salud de adolescentes en el primer nivel* (pp. 99-107). Recuperado de http://www.unfpa.org.uy/userfiles/publications/116_file1.pdf
- Grunbaum, S., & Misol, S. (2015). Salud mental en la adolescencia. En MSP-UNFPA, *Aportes para el abordaje de la salud de adolescentes en el primer nivel* (pp. 89-98). Recuperado de http://www.unfpa.org.uy/userfiles/publications/116_file1.pdf
- Guerriero, L. (2005). *Los suicidas del fin del mundo*. Buenos Aires, Argentina: Tusquets.

- Hawton, K., Rodham, K., Evans, E., & Weatherall, R. (2002). Deliberate self harm in adolescents: Self report survey in schools in England. *British Medical Journal*, 325, 1207-1211.
- Instituto Nacional de la Juventud, Ministerio de Desarrollo Social. (2020). Informe IV Encuesta Nacional de Adolescencia y Juventud. Recuperado de https://www.ine.gub.uy/c/document_library/get_file?uuid=cd8dfe98-5abf-4e9b-90e7-06214706e970&groupId=10181
- Jiménez, A., Mondragón, L., & González-Forteza, C. (2007). Self-esteem, depressive symptomatology, and suicidal ideation in adolescents: Results of three studies. *Salud Mental*, 30(5), 20-26.
- Jobes, D.A. (2016). *Managing suicidal risk: A collaborative approach* (2.ª ed.). Nueva York, NY: Guilford Press.
- Johnson, S. (2004). *La práctica de la terapia de pareja focalizada en las emociones. Creando conexiones*. Bilbao, España: Desclée De Brouwer.
- Katz, C., Shay-Lee, B., Katz, L., Isaak, C., Tilston-Jones, T., & Sareen, J. (2013). A systematic review of school-based suicide prevention programs. *Depression and Anxiety Journal*. doi: <https://doi.org/10.1002/da.22114>
- Keating, D.P. (1990). Adolescent thinking. In S.S. Feldman & G.R. Elliott (eds.), *At the threshold: The developing adolescent* (pp. 54-89). Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Kuttler, A., La Greca, A., & Prinstein, M. (1999). Friendship qualities and social emotional functioning of adolescents with close, cross-sex friendships, *Journal of Research on Adolescence*, 9(3), 339-366.
- Larrobla, C., Canetti, A., Reigía, M., & Brenes, V. (2011). Frecuencia de factores de riesgo de conducta suicida en adolescentes de la ciudad de Montevideo: el caso de la UTU «Domingo Arena», Piedras Blancas. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 75,1.
- Larrobla, C., Canetti, A., Hein, P., Novoa, G., & Durán, M. (2013). *Prevención de la conducta suicida en adolescentes. Guía para los sectores Educación y Salud*. UDELAR-ASSE-ANEP-CODICEN. Programa de Comprensión Pública en Temas de Interés General. CSIC-Art. 2. Montevideo, Uruguay: UDELAR.
- Larrobla, C., Canetti, A., Hein, P., & Novoa, G. (2017). Conducta suicida en adolescentes y jóvenes en Uruguay: características de los registros y recursos humanos en emergencias públicas. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 81(1): 10-29.
- Liddle, H., Dakof, G., Parker, K., Diamond, G., Barrett, K., & Tejeda, M. (2001). Multidimensional family therapy for adolescent drug abuse: results of a randomized clinical trial. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 27(4), 651-688.
- Lindqvist, P., Johansson, L., & Karlsson, U. (2008). In the aftermath of teenage suicide: A qualitative study of the psychosocial consequences for the surviving family members, *BMC Psychiatry*, 8, 26.
- Logan, J. (2009). Prevention factors for suicide ideation among abused pre/early adolescent youths, *Injury Prevention*, 5 (4), 278-80.
- Machado, A.I., Arbach, K., Bobbio, A., & Parra, A. (2021). Prevalence of and risk factors associated with psychopathological symptoms in Uruguayan adolescents, using the PAI-A. *Mediterranean Journal of Clinical Psychology*. Recuperado de <https://cab.unime.it/journals/index.php/MJCP/article/view/3084/pdf>
- Marshall, B., Kerr, T., Sorias, M.E. & Aristegui, I. (2015). Prevalence and Correlates of Lifetime Suicide Attempts Among Transgender Persons in Argentina. *Journal of Homosexuality*, 63(7).
- Mazza, J.I., Dexter-Mazza, E.T., Miller, A.L., et al. (2016). *DBT Skills Training in Schools: The Skills Training for Emotional Problem Solving for Adolescents (DBT Steps-A)*. Nueva York, NY: Guilford Press.
- Mental Health Foundation & Camelot Foundation. (2006). *Truth hurts: report of the National Inquiry into self-harm among young people*. Recuperado de <https://www.bl.uk/collection-items/truth-hurts-report-of-the-national-inquiry-into-selfharm-among-young-people>
- Ministerio de Salud Pública. (2013). *Suicidio en adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años en Uruguay, 2009*. Presentación en el Día Nacional de Prevención del Suicidio. Jornadas del 17 de julio del 2013. Montevideo, Uruguay: Programa Nacional de Salud Mental, Programa Nacional de Salud de Adolescencia y Juventud.
- Ministerio de Salud Pública. (2020). *Plan Nacional de Salud Mental 2020-2027*. Montevideo, Uruguay: MSP.
- Ministerio de Salud Pública. (2022). *Valoración del riesgo suicida: 5 pasos para evaluación y triage. Guía para profesionales*. Montevideo, Uruguay: MSP.
- Ministerio de Salud Pública, Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. (2017). *Guía para la atención integral en salud adolescente*. Recuperado de https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/inline-files/GuiaSalusAd_web%20con%20tapa.pdf
- Ministerio de Salud Pública, Organización Panamericana de la Salud, Junta Nacional de Drogas y Ministerio de

- Desarrollo Social. (2012). *Adolescencias: un mundo de preguntas. II Encuesta Mundial de Salud Adolescente*. Recuperado de https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/inline-files/II%20Encuesta%20Mundial%20de%20Salud%20Adolescente_%20Uruguay_%202012.pdf
- Minuchin, S. (1974). *Families & family therapy*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Miron, O., Yu, K.H., Wilf-Miron, R., & Kohane, I.S. (2019). Suicide rates among adolescents and young adults in the United States. *JAMA*, 321(23), 2362-2364.
- Morey, L. (2007). *Personality Assessment Inventory - Adolescent Professional Manual*. Lutz, Alemania: Psychological Assessment Resources.
- Murray, P. (2018). Interfacing with the Mental Health-Care System. En S. Vinson & E. Vinson (eds.), *Pediatric Mental Health for Primary Care Providers. A Clinician's Guide* (pp. 61-70). Nueva York, NY: Springer.
- Martínez, C. (2017). *Suicidología comunitaria para América Latina. Teoría y experiencias*. Cajamarca, Perú: ALFEPSI (disponible en el sitio web).
- Martínez-Schiavo A., Goyeneche, N., Kehyaian, V., Lungo, G., & Viola L. (2009). El intento de autoeliminación en el Centro Hospitalario Pereira Rossell. *Revista de APPIA* 18(2), 92-98.
- Martínez-Schiavo, A., & Viola, L. (2021). Intento de autoeliminación en la niñez y adolescencia. Presentación de un modelo de prevención del intento de autoeliminación en niños y adolescentes tempranos en un hospital pediátrico en Montevideo. *Medicina Clínica y Social*, 5(3), 145-151. e-ISSN: 2521-2281.
- Miller, A.L., Rathus, J.H., & Linehan, M.M. (2007). *Dialectical Behavior Therapy with Suicidal Adolescents*. Nueva York, NY: Guilford Press.
- Ministerio de Salud Pública, Junta Nacional de Drogas, Ministerio de Desarrollo Social (2012). *Adolescencias: un mundo de preguntas. II Encuesta Mundial de Salud Adolescente*. GSHS, 2012. Uruguay, Montevideo.
- Ministerio de Salud Pública. (2017). *Ficha de registro de intento de autoeliminación (IAE)*. Disponible en: https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/Ficha%20de%20Registro%20de%20IAE_0.pdf
- Ministerio de Salud Pública. (2021). *Presentación de los datos para Día Nacional de Prevención del Suicidio. Uruguay*. Recuperado de <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/noticias/Pre-sentaci%C3%B3n%20de%20datos%20para%20D%C3%ADa%20Nac%20P%20Suicidio%202020.pdf>
- Moya, J. (2007). *La conducta suicida en adolescentes: sus implicaciones en el ámbito de la justicia juvenil*. Barcelona, España: Osamcat. Recuperado de <http://www.osamcat.cat/cat/Publicacions/Depressio/ConductaSuicida.pdf>
- Nocetti, M., & Eliosoff, D. (2014). La muerte me sienta bien. Suicidios e intentos de suicidio entre jóvenes de 15 a 25 años en Bahía Blanca (2008-2013). Conferencia presentada en la IV Reunión Nacional de Investigadores/as en Juventudes de Argentina, Universidad Nacional de Villa Mercedes.
- Nock, M.K., Borges, G., & Ono, Y. (eds.) (2012). *Suicide: Global perspectives from the WHO World Mental Health Surveys*. Nueva York, NY: Cambridge University Press, 2012.
- Nock, M.K., Green, J.G., Hwang, I., McLaughlin, K.A., Sampson, N.A., Zaslavsky, A.M., & Kessler, R.C. (2013). Prevalence, correlates, and treatment of lifetime suicidal behavior among adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. *JAMA Psychiatry*, 70(3), 300-10. doi: 10.1001/2013.jamapsychiatry.55. PMID: 23303463; PMCID: PMC3886236.
- Organización Mundial de la Salud. (2000). *Prevención del suicidio: Recursos para consejeros*. Ginebra, Suiza: OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (2012). *Guía de intervención MHGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada* (2.ª reimp. en español corregida). Ginebra, Suiza: OMS. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44498/1/9789243548067_spa.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2013). *Plan de acción sobre salud mental 2013-2020*. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud. (2014). *Adolescentes: riesgos para la salud y soluciones*, nota descriptiva 345. Recuperado de <http://articulos.sld.cu/adolescencia/adolescentes-riesgos-para-la-salud-y-soluciones/>
- Organización Mundial de la Salud. (2014). *Prevención del suicidio, un imperativo global*. Recuperado de http://www.who.int/mental_health/publications/action_plan/es
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Suicidio*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- Organización Mundial de la Salud. (2019). *Salud mental del adolescente*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>

- who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health
- Organización Panamericana de la Salud. (2021). *Vivir la vida. Guía de aplicación para la prevención del suicidio en los países*. Washington DC: OPS.
- Pandolfo, S., Vázquez, M., Más, M., Vomero, A., Aguilar, A., & Bello, O. (2011). Intentos de autoeliminación en menores de 15 años. Experiencia en un Servicio de Urgencias. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 109(1), 18-23.
- Patel, V., Saraceno, B., & Kleinman, A. (2006). Beyond evidence: The moral case for international mental health. *The American Journal of Psychiatry*, 163(8), 1312-1315.
- Peace, J. (2016). Suicide postvention: How to help the bereaved move forward. *Master of Social Work Clinical Research Papers*, 657.
- Pérez Prada, M., Martínez Baquero, L., Vianchá Pinzón, M., & Avendaño Prieto, B. (2017). Intento e ideación suicida y su asociación con el abuso sexual en adolescentes escolarizados de Boyacá-Colombia. *Diversitas. Perspectivas en Psicología*, 13(1), 91-101.
- Prinstein, M., Boergers, J., Spirito, A., Little, T., et al. (2000). Peer functioning, family dysfunction and psychological symptoms in a risk factor model for adolescent inpatients' suicidal ideation severity, *Journal of Clinical Child Psychology*, 29(3), 392-405.
- Priori, J.L. (2021). Etapa de pregreso de la prisión e intento de suicidio en jóvenes privados de libertad. *Revista Uruguaya de Enfermería*, 16(1), doi: 10.33517/rue2021v16n1a6. Recuperado de <https://rue.fenf.edu.uy/index.php/rue/article/view/307/348>
- Rathus, J.H., Miller, A.L., & Bonavitacola, L. (2017). *DBT with Adolescents. Handbook of DBT*. Oxford, RU: Oxford University Press.
- Resnick, M.D., Bearman, P.S., Blum, R.W., Bauman, K.E., Harris, K.M., & Jones, J. (1997). Protecting adolescents from harm. Findings from the National Longitudinal Study on Adolescent Health. *Journal of the American Medical Association*, 278, 823-832.
- Rodríguez-Almada, H., García-Maggi, I., & Ciriacos, C. (2005). Resultados de la aplicación de la autopsia psicológica al estudio del suicidio de niños y adolescentes en Uruguay. *Revista Médica del Uruguay*, 21, 141-50.
- Rose, A. (2002). Co-rumination in the friendships of girls and boys. *Child Development*, 73(6), 1830-1843.
- Rotheram-Borus, M., Tratman, P., Dopkins, S., & Shrout, P. (1990). Cognitive style and pleasant activities among female adolescent suicide attempters. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 554-561.
- Ryan, C., Huebner, D., Díaz, R., & Sánchez, J. (2009). Family rejection as a predictor of negative health outcomes in white and Latino lesbian, gay, and bisexual young adults. *Pediatrics*, 123(1), 346-352.
- Ryan, M., Lester, R., & Flynn, L. (2013). Giving voice to those bereaved by suicide: the 'Nothing Prepared me for this' Project. *Advance in Mental Health*, 11(3), 213-222.
- Salzinger, S., Ng-Mak, D., Rosario, M., et al. (2007). Adolescent suicidal behavior: Associations with pre-adolescent physical abuse and selected risk and protective factors, *Journal of The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46(7), 859-866.
- Sarchiapone, M., D'Aulerio, M., & Iosue, M. (2015). Suicidal ideation, suicide attempts and completed suicide in adolescents: Neuro-biological aspects. *Biological Aspects of Suicidal Behavior*, 30, 11-20.
- Shneidman, E. (1994). The psychological autopsy. *American Psychologist*, 76, 49-53.
- Silverman, M. (2006). The language of suicidology. *Suicide Life Threat Behav.* 36(5), 519-32.
- Silverman, M.M., & Maris, R.W. (1995). The prevention of suicidal behaviors: An overview. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 25(1), 10-21.
- Somerville, L.H., Jones, R.M., & Casey, B.J. (2010). A time of change: behavioral and neural correlates of adolescent sensitivity to appetitive and aversive environmental cues. *Brain and Cognition*, 72(1), 124-133.
- Stanley, B., Brown, G., Brent, D.A., Wells, K., Poling, K., Curry, J., Kennard, B.D., Wagner, A., Cwik, M.F., Klotz, A.B., Goldstein, T., Vitiello, B., Barnett, S., Daniel, S., ... & Hughes, J. (2009). Cognitive-behavioral therapy for suicide prevention (CBT-SP): treatment model, feasibility, and acceptability. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 48(10), 1005-1013.
- Tortorella, A. (2015). La consulta por adolescentes en un servicio universitario que brinda atención psicológica a funcionarios y sus núcleos familiares de un organismo público en Salud. Tesis de maestría. Universidad de la República, Uruguay.
- UNICEF. (2012). *Suicidio adolescente en pueblos indígenas. Tres estudios de caso*. Lima, Perú: UNICEF.
- UNICEF. (2019). *El suicidio en la adolescencia: Situación en la Argentina*. Buenos Aires, Argentina: UNICEF.

- Valadez, I., Amezcua, R., González N., Montes, R., & Vargas, V. (2011). Maltrato entre iguales e intento suicida en sujetos adolescentes escolarizados. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 9(2), 783-796.
- Viscardi, N., Hor, F., & Dajas, F. (1994). Alta tasa de suicidio en Uruguay. Evaluación de la desesperanza en adolescentes. *Revista Médica del Uruguay*, 10, 79-91.
- Williams, J., & Pollock, L. (2000). The Psychology of Suicidal Behavior. En K. Hawton y K. van Heeringer, *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide*. Londres: John Wiley & Sons.
- Wolfersdorf, M., & Kaschka, W. (ed.). (1995). *Suizidalität. Die biologische Dimension*. Berlín, Alemania: Springer.
- World Health Organization. (2000). *Preventing Suicide: a Resource for Primary Health Care Workers*. Ginebra, Suiza: WHO.
- World Health Organization. (2012). *For which strategies of suicide prevention is there evidence of effectiveness?* Copenhagen, Dinamarca: WHO Regional Office for Europe.
- World Health Organization. (2018). *Suicide rate estimates, age-standardized: Estimates by country*. Recuperado de <https://apps.who.int/gho/data/node.main.MHSUICIDEASDR?lang=en>
- Ystgaard, M., Hestetun, I., & Loeb, M. (2004). Is there a specific relationship between childhood sexual and physical abuse and repeated suicidal behavior? *Child Abuse & Neglect*, 28 (8), 863-875.

Dirección

Avda. 18 de Julio 1892
Montevideo, Uruguay

