

Conducta suicida en adolescentes

Suicidal behavior in adolescence

Yesica Gutiérrez

Yesica Gutiérrez

Licenciada en Terapia Ocupacional, Maestranda en Metodología de la Investigación Científica. Terapeuta de planta en el Servicio de Salud Mental Hospital Interzonal General de Agudos Evita Lanús y Clínica de Psicopatología Abrines.

yesikgutierrez@hotmail.com

Resumen

El suicidio y la conducta suicida adolescente es representan un fenómeno de creciente impacto a nivel mundial que invita a reflexionar sobre las condiciones actuales en las que se desarrollan los adolescentes y las demandas solapadas bajo dichas conductas. La finalidad del de este estudio fue reconstruir el perfil de los adolescentes que han requerido tratamiento bajo la modalidad de internación en una institución psiquiátrica del ámbito privado del conurbano bonaerense por motivos relacionados a la conducta suicida y a su vez estimar los factores ligados a la misma, dentro de los que se destaca la disfunción familiar, con el objetivo de planificar y mejorar las intervenciones ofrecidas.

Palabras clave: adolescentes, intento de suicidio, internación.

Abstract

Suicide and adolescent suicide behavior is an increasing-impact global phenomenon that invites us to reflect upon the present conditions of adolescent development and the hidden demands under such behavior. The purpose of the study was to reconstruct the profile of adolescents who have required treatment under the modality of hospitalization in private psychiatric institutions of the Buenos Aires suburbs for reasons related to suicidal behavior and estimate the factors linked with it, of which stands out family dysfunction, with the objective of plan and improve the interventions offered.

Key words: adolescents, suicidal attempt, impatient admission.

Introducción

Este estudio surge ante la observación del incremento de adolescentes que han requerido tratamiento bajo la modalidad de internación en una institución psiquiátrica del ámbito privado del conurbano bonaerense durante los últimos años, por conductas relacionadas al espectro suicida. Para considerar la magnitud y los avances que de este fenómeno se posee a nivel mundial y nacional, se recurrió a los aportes que realizan organismos oficiales tales como la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017) y el Ministerio de Salud de la Nación en su documento: “Lineamientos para la atención del intento de suicidio en adolescentes” (MSAL, 2010); así como de profesionales de renombre del país y de la región en la materia.

Para estos referentes, el suicidio es desde el 2015 la segunda causa principal de muerte en jóvenes de quince a diecinueve años de edad, por lo que es considerado un problema de salud pública grave y creciente a nivel mundial, especialmente en dicha franja etaria.

El presente estudio persigue como objetivos reconstruir el perfil de los adolescentes que han requerido tratamiento bajo la modalidad de internación por motivos relacionados a la conducta suicida y estimar los factores relacionados a la misma con la finalidad de planificar y mejorar las intervenciones ofrecidas.

A tal fin se optó por un diseño de tipo exploratorio-descriptivo, de corte transversal, multivariado, sin control de variable e intensivo a muestra reducida.

La misma se halla conformada por adolescentes menores de edad, es decir desde los diez años a los diecisiete años inclusive, ya que son los que se hallan bajo acompañamiento familiar permanente o de adulto responsable, según lo exige la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657/10 y la Ley de protección Integral de los derechos de los niños, niñas y adolescentes N° 26.061/05, situación que permite la identificación de datos relevantes aportados y observados de dichas fuentes en los diferentes espacios terapéuticos. Cabe aclarar que según definición de la OMS, este período se extiende desde los diez a los diecinueve años de edad.

Se ha considerado para este estudio un lapso de tres años y cuatro meses, que incluye desde inicios del año 2014 hasta fines del mes de Abril del año 2017.

La recolección de datos se realizó consultando la base digital de ingresos y egresos, así como las historias clínicas archivadas de la institución, obteniendo una muestra inicial de 199 historias clínicas a analizar, de las cuales 129 registran motivos de ingreso relacionados a las conductas suicidas, conformando esta última la muestra final en la que se basa este trabajo.

Las variables propuestas fueron: “Año de ingreso”, “Sexo”, “Edad”, “Motivo de ingreso”, “Reinternaciones” y “Nivel de gravedad” de la conducta suicida.

Se utilizó el concepto de “continuum de suicidalidad” introducido por el Dr. Aaron Beck (citado en Gómez, 2012); el mismo aun conserva su vigencia mediante denominaciones similares tales como “espectro” de la conducta suicida (Gómez, 2012; Larraguibel, 2000; MSAL, 2010), “proceso” o “continuo del comportamiento suicida” (Basile, 2005). El mismo determina que tanto las ideas suicidas, los intentos de suicidio y el suicidio consumado forman parte de un continuo de creciente severidad. En este sentido los referentes mundiales, regionales y nacionales consultados coinciden en que la gravedad de las formas leves en esta franja etaria, como las autolesiones (cortes superficiales), ideación suicida vaga y sobreingestas de baja letalidad;- reside en la estabilidad temporal de dichas conductas, ya que su persistencia expone al adolescente a una situación de estrés permanente y potenciales situaciones de riesgo, las cuales dan cuenta del padecimiento (Basile, 2005; Gómez, 2012; Larraguibel, 2000; MSAL, 2010; OMS, 2014). Dichas formas representan una señal temprana de vulnerabilidad al suicidio, especialmente en casos de reiteración de estas conductas, así como el hecho de actuar bajo los efectos de estupefacientes. Por su parte la OMS (2014) asegura que los intentos son de diez a cincuenta veces más numerosos que los suicidios y que los antecedentes de intento de suicidio no consumado es el factor individual de riesgo más importante, ya que incrementa la posibilidad de suicidio durante los años siguientes.

Para la estimación de la severidad de las conductas suicidas se han utilizado los indicadores propuestos por los autores consultados que permiten clasificar el riesgo en una escala de tres (MSAL, 2010), cuatro (Gómez, 2012) y cinco niveles (OMS, 2006). Así Gómez considera evaluar factores como: la ideación suicida según su frecuencia, duración e intensidad; la letalidad del método, el grado de intencionalidad suicida, los síntomas, el control de los impulsos, la desesperanza y la presencia de indicadores contextuales tanto de riesgo como protectores (2012). Por su parte MSAL propone evaluarla a partir del sexo, el método utilizado, la letalidad del mismo (determinada por peligrosidad para la integridad física), la percepción que la persona tenga de ella, el grado de planificación (existencia de plan suicida, notas o cartas, falta de advertencias previas y posteriores, dificultades en la interrupción de terceros o rescate, grado de premeditación), impulsividad, actitud y afecto posterior (como el no procurar asistencia, minimizar, tratar de impedir el rescate, no manifestar arrepentimiento o alivio por haber fallado, mostrarse indiferente, irritable o con poca conciencia del riesgo al que se expuso), consumo agudo de sustancias psicoactivas o alcohol, intentos previos. (2010). Mientras que la OMS determina que la evaluación se dirige a la ideación suicida, planificación del acto, intencionalidad, actitud, autocontrol y nivel de impulsividad, factores de riesgo y factores protectores, antecedentes de conductas autolesivas o suicidas (2006).

Con fines prácticos se ha optado por una escala de tres niveles para estimar la gravedad de la conducta suicida en la que se compila la información provista por los autores mencionados resultando:

Letalidad alta: presencia de factores de riesgo, historial de intentos previos o conductas del espectro reiteradas, planificación definida o ideación intensa y persistente, métodos como ahorcamiento, armas de fuego, arrollamiento, lanzamiento de altura, intoxicación con gas, intoxicación con elementos altamente tóxicos incluso en pequeñas cantidades (medicación, soda caustica, órganos fosforados, etc); o por elementos de baja toxicidad pero en grandes cantidades, electrocución, heridas cortantes profundas o en gran cantidad.

Letalidad moderada: presencia de factores de riesgo, planificación vaga o ideación frecuente, ingestión de sustancias o medicamentos de baja toxicidad pero en cantidades considerables, varios cortes superficiales a profundos, conductas de autoagresión que no ocasionan daño severo.

Letalidad baja: no hay plan ni intención suicida, presencia de factores protectores y ausencia de factores de riesgo, ideación suicida fugaz, inconstante, sin antecedentes previos de comportamientos autolesivos o intentos, cortes superficiales o ingestión de pocos comprimidos especialmente benzodiazepinas.

A tal fin se destinó el ítem “Observaciones” que contempla la modalidad de la conducta suicida, los antecedentes de dicha conducta, el consumo de sustancias y cualquier otro estresor como: padecimiento de violencia, historia de adopción, incontinencia familiar, bullying (acoso escolar) entre otros. En la literatura consultada se hace mención que en todos los casos estas conductas deben ser contextualizadas, por ejemplo MSAL refiere que el uso de un método de baja letalidad debe ser considerado en el contexto de la presencia de un plan, de ideación suicida, de impulsividad, del motivo desencadenante, del contexto sociofamiliar, etc que podría clasificarlo en un nivel de mayor gravedad (2010). Del mismo modo Gómez menciona la influencia de los eventos vitales y del sistema de apoyo y contención social, siendo los más relevantes en adolescentes y jóvenes: rupturas, conflictos, disfunción familiar, violencia, abuso, sobreexigencia, problemas con el grupo de pares, experiencia de rechazo, exposición a otros suicidios (2012).

Resultados

En la variable “Año de ingreso”, se observa una tendencia en ascenso de adolescentes que han requerido internación por motivos de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros y que respondan a motivos relacionados al “continuum de suicidalidad” (autoagresión, cortes superficiales, sobreingesta medicamentosa, ideación suicida e intento de suicidio). De esta manera se obtuvieron: 24 casos en el año 2014; 46 casos en el año 2015; 49 casos en el año 2016; 10 casos en el año 2017 (hasta el mes de Abril inclusive). N=129.

Como se mencionó previamente la distribución coincide con las fuentes que marcan un incremento de este fenómeno a lo largo de los últimos años, la OMS (2014) afirma que las tasas de suicidio se han incrementado en un 60% en los últimos 50 años y ha sido más marcado el aumento en los jóvenes al punto de ser en la actualidad el grupo de mayor riesgo en un tercio de los países del mundo. Esta tendencia ascendente también lo es para la región latinoamericana y para nuestro país

En Argentina la tasa de mortalidad por suicidio se duplicó en los últimos quince y veinte años entre los grupos más jóvenes (15 a 24 años y 25 a 34 años) reduciéndose en los grupos de mayor edad (mayores de 55 años) que registraba históricamente la tasa más alta (MSAL, 2010).

Según el Dr. Héctor Basile (2005), referente nacional en relación al estudio, prevención y tratamiento del suicidio en la población infantojuvenil, el número de suicidios adolescentes se incrementó de 200 a 400 desde el año 2001 al 2004, llegando a 800 para el año 2015. Según el informe “Situación de la salud de los y las adolescentes en Argentina” (MSAL & UNICEF, 2010), las provincias con mayor índice de suicidio adolescente son: 35/100.000 en Jujuy; 23/100.000 en Tierra del Fuego; 16/100.000 en Santa Cruz; 3,2/100.00 en Provincia de Bs As; 2,2/100.000 en Ciudad de Bs As). Los datos coinciden con los aportados por Basile (2015) donde puede observarse una frecuencia proporcionalmente superior en las provincias del Noroeste y de la Patagonia.

En relación a la variable “Motivos de ingreso” (ver Gráfico 1), la principal causa de hospitalización de adolescentes es la sobreingesta medicamentosa (24,62%), las dos causas siguientes son ideación suicida (18,09 %) e intento de Suicidio (11,55 %), las dos últimas corresponden al continuo de suicidalidad el que se halla conformado por ideas suicidas, intentos de suicidio y suicidio consumado.

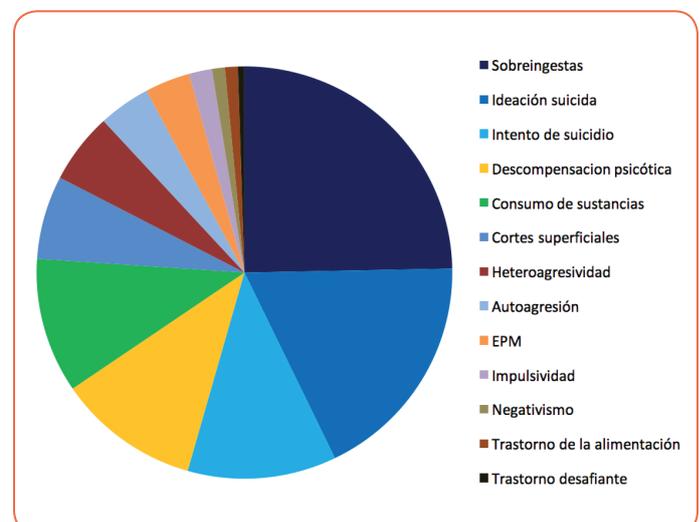


Gráfico 1: “Motivos de ingresos de pacientes internados”.

Si se considera de manera conjunta la ideación y el intento de suicidio el total de casos representaría un 29,64% del total de la muestra inicial (N=199) y se ubicaría como la primera causa de internación en menores de edad por sobre la sobreingesta medicamentosa. Pero al seguir los lineamientos de los referentes mundiales e incluir el principal motivo de internación determinado por las sobreingestas medicamentosas, la cifra ascendería significativamente a 108 casos sobre la muestra inicial, lo que representaría el 54,26%, es decir más de la mitad de los motivos de ingreso.

En esta línea se ubica, a partir del sexto lugar, el motivo de ingreso relacionado a los cortes superficiales (6,53%), con edades registradas de trece a diecisiete años y una prevalencia en mujeres más que en hombres (11-2); en el octavo lugar se posiciona la autoagresión (4,02%) con edades que oscilan entre los once y los dieciséis años de edad y con prevalencia de mujeres (7-1).

Siguiendo los aportes de la literatura nacional y mundial, las conductas autoagresivas y los cortes superficiales conforman señales tempranas de malestar adolescente que pueden acrecentar su gravedad con el paso del tiempo en caso de no ser detectadas y tratadas precozmente; de modo tal que un continuum que contemple todas las conductas del espectro suicida desde las autoagresiones, las sobreingestas, la ideación y el intento de suicidio determinaría un total de 129, es decir el 64,81% de la muestra inicial y sobre la que se operará de ahora en adelante (ver Gráfico 2).

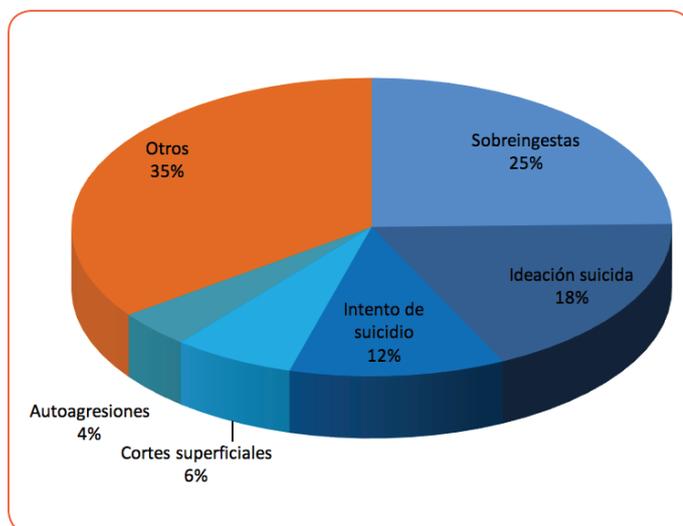


Gráfico 2: "Motivos de ingreso relacionados al continuum suicida".

En cuanto a estos motivos, el caso de menor edad registrado en las sobreingestas medicamentosas es de doce años y el mayor de diecisiete, con una primacía de mujeres (44-5). Las sobreingestas incluyen formas leves de dos comprimidos de benzodiapinas a treinta y seis comprimidos y cocteles de analgésicos, antibióticos, alcohol, lavandina y desodorante de piso. Dentro de los casos clasificados como graves (siete

casos) se encuentran aquellos que han sufrido depresión del sensorio requiriendo intervención en Unidad de Terapia Intensiva (tres casos) y los que ingirieron más de treinta comprimidos en forma de coctel, con edades que oscilan entre los trece y los quince años. También se detecta el hurto de comprimidos a familiares y la reiteración de la misma conducta, siendo el uso de medicamentos a disposición en los domicilios uno de los métodos más utilizados según las estadísticas oficiales. Por otro lado, el haber consumido antes del intento asevera la conducta suicida, aumentando la posibilidad de letalidad favorecida por la desinhibición, la impulsividad y la disminución del umbral de conciencia.

En relación a la sobre ingesta realizada con cantidades mínimas de medicamentos Basile (2005) menciona que "La Organización Mundial de la Salud define el intento de suicidio como un acto sin resultados fatales...; o una sobreingesta deliberada de la medicación prescrita o de la dosis terapéutica generalmente aceptada con el propósito de que se produzcan cambios ambientales y/o familiares deseados por el sujeto, a partir de las consecuencias físicas reales o esperadas" (p. 219), lo cual en primera instancia es clasificada como de gravedad leve pudiendo incrementar su gravedad si se constata la presencia de otros factores de riesgo.

Respecto a la ideación suicida, las edades oscilan entre los diez a los diecisiete años, respondiendo en su mayoría a mujeres (32-4). Este grupo incluye ideación de diversa gravedad, en la que cinco casos son constatados como graves y de edades muy tempranas (doce años de edad); dada la permanencia en el tiempo de la ideación y la anticipación del acto reflejada en el relato del plan suicida, la averiguación de la letalidad del método (ahorcamiento), la redacción de la carta suicida, la combinación con autoagresión (cortes profundos) y la existencia de intentos previos (sobreingestas medicamentosas, veneno para hormigas).

Por último, el intento de suicidio presenta edades que van desde los doce hasta los dieciséis años y en su mayoría responden al sexo femenino (15-8). Se constatan trece intentos clasificados como graves, once de ellos han recurrido al método de ahorcamiento, siendo el más letal y utilizado mayoritariamente en hombres (Basile, 2005), aunque en este estudio se constate una equivalencia entre hombres y mujeres en la selección del mismo. Cabe destacar que no se hallan detalles del contexto en el que se llevó a cabo dicha conducta. Otros casos clasificados como graves han recurrido al uso de cuchillos, gas o arrojarse de un vehículo en movimiento. A nivel mundial la ingestión de plaguicidas, el ahorcamiento y las armas de fuego son los métodos de intentos de suicidio y suicidio consumado categorizados como graves, y de los más comunes, letales y elegidos por los varones (Basile, 2005; MSAL, 2010).

En cuanto a la variable "Edad", las edades más bajas registradas en relación a los motivos relacionados a la conducta suicida fueron de diez años: ideación suicida; once años: autoagresión; doce años: sobreingesta medicamentosa e intento de suicidio; trece años de edad: cortes superficiales. La media se posiciona a los dieciséis años de edad (31 casos bajo dichos motivos).

Por último la variable "Sexo" determina una primacía de menores de edad de sexo femenino en relación al masculino en el continuum de las conductas suicidas, con una proporción de 109/20.

Discusión

Los resultados resultan alarmantes ya que las conductas suicidas constituyen la principal causa de internación de adolescentes en esta institución psiquiátrica del ámbito privado del conurbano bonaerense. Se manifiestan mayoritariamente en menores de sexo femenino, en un rango etario que inicia con registros de edades muy tempranas en los distintos motivos de ingreso (entre los diez y trece años de edad). Según Peter Blos (1981), este rango constituye la preadolescencia (9 a 11 años) y la adolescencia temprana (12 a 14 años). Las conductas estudiadas alcanzan un pico máximo a los dieciséis años de edad, donde dicho autor fija el inicio de la siguiente etapa a la que denomina propiamente como adolescencia (16 a 18 años). Este dato resulta coincidente con el pico máximo registrado por Basile (2005).

El fenómeno se presenta con una tendencia ascendente a lo largo de los últimos años lo que determina de por sí un factor de riesgo para esta población más allá de la gravedad evaluada. Si bien las causas del incremento en este grupo etario aún no son claras, existe consenso en que la etiología del continuum suicida responde a una multicausalidad de factores considerados de riesgo: genéticos, ambientales y eventos vitales negativos como duelos, rupturas, negligencia parental, abuso, violencia, exposición a conductas suicidas, rechazo, bullying (acoso escolar), entre otros (Basile, 2005; Gómez 2012; Larraguibel, 2000; MSAL, 2010). Larraguibel (2000) sostiene que varias investigaciones han intentado detectar los factores de riesgo que los adolescentes ubican como causales, refiriendo entre ellos: inestabilidad familiar, incomunicación, aislamiento social, pérdida de un ser querido, sentimientos de fracaso, soledad, ámbito escolar incontinente o pérdida de la escolaridad, acoso escolar, experiencias infantiles traumáticas o relacionadas a conflictos persistentes, violencia, etc. Según especialistas una posible causa del aumento, es la falta de espacios para expresar problemas que son experimentados como graves e irresolubles en la vulnerable psiquis adolescente; favorecido por el contexto actual caracterizado por la hiperconectividad, el acceso al consumo de sustancias y la

carencia de una presencia de calidad por parte de los padres; factores estos, que actúan en detrimento del desarrollo de la capacidad para tolerar la frustración y el aprendizaje en la resolución de problemas relacionados a los eventos vitales estresantes (UNICEF & MSAL, 2010).

También suelen asociarse los intentos de suicidio a trastornos psiquiátricos subyacentes, Basile refiere que los más habituales son el trastorno del estado de ánimo, el trastorno de la personalidad de tipo disocial, el trastorno de ansiedad, el trastorno por abuso de sustancias y el trastorno de la alimentación aunque en forma menos común (2005). Gómez refiere que los cuadros frecuentemente asociados son el trastorno del ánimo (uni y bipolar), la esquizofrenia, el abuso o dependencia de alcohol o sustancias, el trastorno de personalidad límite y antisocial, el trastorno de la alimentación, de pánico y el obsesivo compulsivo (2012). Del mismo modo Larraguibel menciona también el trastorno de ánimo (principalmente unipolar), trastorno de ansiedad, trastorno por abuso de sustancias y trastorno de la personalidad antisocial (2012).

En este estudio los diagnósticos más vinculados a estas conductas fueron el trastorno del estado de ánimo y el trastornos de personalidad, descartando la presencia de las mismas en otros cuadros psicopatológicos como los trastornos psicóticos y el consumo de sustancias psicoactivas. Cabe destacar que los diagnósticos a tan temprana edad son cautelosos, ya que el límite entre los criterios y las características propias de esta etapa vital en los adolescentes suelen solaparse.

Blos (1981) enuncia las características normales de esta etapa vital que facilitan la transición de la niñez a la adolescencia tardía (19 a 21 años), cuya finalidad es la consolidación del self y la resolución del segundo proceso de individuación. En este proceso el adolescente tiende a reafirmarse con exageración, demostrando la megalomanía que viene a suplir el desvalimiento, la inmediatez como modo de dominar lo que se desvanece, un examen de la realidad impreciso y selectivo, un mundo interno rico en vivencias fantásticas e idealistas, la exploración de la autonomía, el aislamiento o distanciamiento que favorece la búsqueda de nuevas identificaciones y relaciones por fuera del grupo primario. Entre todas las características destaca la tendencia al acting out, no como mera descarga pulsional sino como recurso homeostático típico, benigno y universal de este periodo como el juego es a la niñez y el lenguaje a la adultez. Ubica a la acción como modalidad pre-verbal con un alto grado de organización utilizada por el adolescente para la resolución de problemas al servicio del desarrollo. Advierte que en caso de fracaso en la función de este mecanismo se puede generar una condición patológica, especialmente cuando el acting out se torna permanente y reviste características de peligrosidad.

Partiendo del concepto de salud de la OMS y de la Clasificación Internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud que dicho organismo elabora (CIF, 2001); no quedan dudas que la faceta ocupacional resulta un dominio relacionado con el estado de salud de suma relevancia y sobre el que opera nuestra disciplina. La ocupación, como fin en sí misma, es determinante del bienestar y la salud, así como del malestar y la enfermedad, ya que implica la posibilidad de acción del ser humano, a partir de un empeño que capta su atención y lo compromete en lo que elige hacer con la finalidad de sobrevivir, adaptarse y desarrollarse en su medio, satisfaciendo necesidades vitales y otorgando sentido a su existencia. A través de ella se ponen a prueba las capacidades para afrontar y adaptarse al medio. En el caso de la población adolescente abordada en este estudio, este ciclo adaptativo con sus fases normales de crisis y estabilidad, asume características opuestas a lo esperable (riesgo a la integridad psíquica y física, aislamiento, hermetismo, impulsividad), situación que requiere de una intervención especializada de carácter interdisciplinaria.

Dada la evidencia del incremento exponencial de este fenómeno en la adolescencia temprana, que en la mayoría de los casos requieren internación por cumplir con el criterio de riesgo cierto e inminente para sí, adquiere para este estudio significativa relevancia el factor ligado al modo de vinculación familiar/parental por tratarse de un grupo etario en pleno proceso de desarrollo e identificación.

No caben dudas de la contribución que un ambiente con apoyos positivos tiene para el desarrollo del adolescente, por lo tanto, el tratamiento no sólo va dirigido al menor (psicoterapia individual y grupal, talleres terapéuticos grupales, orientación ocupacional, continuidad de la escolarización), sino que también a la familia, ya que en la misma se ha desarrollado el proceso de socialización primaria y constitución yoica del ahora adolescente.

Las intervenciones destinadas al grupo familiar incluyen desde el acompañamiento familiar permanente (lo cual permite efectuar una observación clínica de la dinámica vincular durante la cotidianeidad de los días de estadía y desde la mirada de los múltiples agentes institucionales); hasta grupos terapéuticos para familiares/acompañantes, también terapia multifamiliar, asesoramiento familiar, psi coeducación, se considera además la derivación a un espacio psicoterapéutico individual y/o vincular del adulto; con la finalidad de implicarlo en el conocimiento y ayuda a la mejoría del padecimiento del adolescente.

El equipo interdisciplinario detecta con frecuencia el vínculo de tipo disfuncional de los adultos hacia los menores, demostrado frecuentemente por no poder informar sobre el padecer del menor y tendiendo a minimizar o negar las conductas de

riesgo, también evidenciando dificultades en el desempeño del rol parental, generando situaciones de confrontación con las normas institucionales y las indicaciones terapéuticas. En relación a esta actitud de la familia aparecen acciones tales como: alta contra opinión médica, incumplimiento con el acompañamiento del menor, inicio de relación afectiva con internos, escaso acompañamiento, desbordes emocionales, falta de colaboración en las salidas transitorias al hogar y la presencia de psicopatología en alguno de los padres o de disfunciones en la dinámica familiar.

Conclusión

El terapeuta ocupacional, como integrante del equipo interdisciplinario, realiza intervenciones de carácter individual y grupal de la población destinataria, así como asesoramiento familiar, sin perder la finalidad de la disciplina definida según el Marco de Trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional (AOTA, 2008) como “apoyar la salud y la participación en la vida a través del compromiso en la ocupación” (p.3).

De esta manera las intervenciones propuestas tienen como objetivo final restablecer el desarrollo del ciclo vital, promoviendo la adaptación ocupacional y en consecuencia, según Kielhofner (2004), sus dos elementos: competencia e identidad ocupacional, compuesta esta última “por el sentido del yo definido por los roles, las relaciones, los valores, el auto-concepto, los deseos y objetivos personales” (p.137).

En líneas generales, los talleres terapéuticos se diseñan contemplando los aspectos del dominio propuestos por el Marco de Trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional: dominio y proceso (AOTA, 2008) y las características de la población, resultando en actividades expresivas proyectivas, espacios de resolución de problemas en la cotidianeidad del ámbito de internación, instauración de hábitos saludables (como la exploración y uso de nuevas formas de expresión frente a los acting out de índole impulsiva), también la mejora de la causalidad personal a partir de experiencias positivas y significativas, la búsqueda y el desempeño de intereses ocupacionales, la continuidad de la escolarización en el ámbito institucional, entre otros.

Siendo las conductas del continuo suicida un fenómeno multideterminado, de tendencia ascendente y una de las principales causas de internación en menores de edad, resulta imprescindible para el terapeuta ocupacional dedicado al campo de la salud mental, participar en espacios de formación, actualización, intercambio y reflexión sobre esta temática. ■

[Recibido: 11/04/18 - Aprobado: 11/11/18]

Referencias

- AOTA. (2008). Marco de trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional: dominio y proceso.
- Ballarino, F. (27 de noviembre de 2016). Preocupa la suba de casos de suicidio en adolescentes. Informe de UNICEF y el MSAL. Diario *Perfil*.
- Basile, H. (2005). El suicidio de los adolescentes en la Argentina. *Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*. Año XV, V. 12, N 3. pp. 211-231.
- Basile, H. y Fernández, J. (2017). Epidemiología del intento de suicidio/ suicidio consumado. Primer Congreso provincial de salud mental y adicciones. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.
- Blos, P. (1981). La transición adolescente (Leandro Wolfson, trad). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Gómez, A. (2012). Evaluación del riesgo del suicidio: enfoque actualizado. *Revista Médica Clínica CONDES*, pp. 607-615.
- Kielhofner, G. (2004). *Terapia Ocupacional: Modelo de la ocupación humana. Teoría y aplicación*. Madrid: Ed. Médica Panamericana.
- Larraguibel, M. (2000). Factores de riesgo de la conducta suicida en niños y adolescentes. *Pediatría V. 71*, N3. Recuperado de: <https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script...4106200000300002>
- Ley de protección integral de los derechos de los niñas, niños y adolescentes N° 26.061. Buenos Aires, Argentina, 28 de Septiembre de 2005.
- Ley Nacional de Salud Mental Argentina N° 26.657. Boletín Oficial N° 32041. Buenos Aires, Argentina, 3 de Diciembre de 2010.
- López, V. (03 de Agosto de 2017). Hay que estar atentos, dice un experto en suicidios. Diario *Clarín*.
- Ministerio de salud de la Nación (2010). Lineamientos para la atención del intento de suicidio en adolescentes. Buenos Aires, Argentina.
- Moruno Miralles, P. y Talavera Valverde, M. A. (2011). *Terapia Ocupacional en Salud Mental*. Barcelona, España: Elsevier Masson.
- Organización Mundial de la Salud (2001). *Clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud*. 2ª ed. Madrid, España: IMSERSO.
- Organización Mundial de la Salud (2006). *Prevención del suicidio. Recurso para consejeros*. Recuperado de: https://www.who.int/mental_health/media/counsellors_spanish.pdf
- Organización Mundial de la Salud (2014). *Prevención del suicidio. Un imperativo global. Informe mundial de la OMS*. Recuperado de: www.who.int/topics/suicide/es/
- Organización Mundial de la Salud (2017). *Cada año fallecen más de 1,2 millones de adolescentes por causas que, en su mayor parte, podrían evitarse. Comunicado de prensa*. Recuperado de www.who.int/mediacentre/news/releases/2017/yearlyadolescent-deaths/es/
- Sánchez Rodríguez, O., Polonio López, B. y Pellegrini Spangenberg, M. (2013). *Terapia Ocupacional en salud mental: teoría y técnicas para la autonomía personal*. Madrid, España: Editorial Médica Panamericana.

Cómo citar este artículo:

Gutiérrez, Y. (2018). Conducta suicida en adolescentes. *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*, 4 (2) 27-33.