



Ministerio
de Salud
Pública



Suicidio en adolescentes en Uruguay:

un análisis desde el sistema de salud

Ministerio de Salud Pública
Dirección General de la Salud
Área Programática de
Salud de Adolescencia y Juventud
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
Coordinadoras Responsables
Área Programática de Salud de Adolescencia y
Juventud
Dra. Lorena Quintana
Mag. Psic. Valeria Valazza

La presente investigación ha sido impulsada y coordinada en 2022- 2023 por el Área Programática de Salud de Adolescencia y Juventud del Ministerio de Salud Pública, con el apoyo del Banco Interamericano de Desarrollo (BID).

Consultoras:
Dra. (Psic.) Ana Inés Machado
Dra. (Psic.) Cecilia Cracco

Colaboradores:
Soc. Alejandra Iervolino
Psic. Pablo Pérez de León

Revisoras:
Dra. Alicia Canetti
Psic. Alma D. Martínez

Prólogo

El suicidio en adolescentes es un tema relevante para la salud pública, ya que afecta a millones de jóvenes en todo el mundo, incluyendo América Latina. Nuestro país no es ajeno a este problema.

El fenómeno del suicidio trae consigo sufrimiento físico y psicológico importante, para la persona que realiza la tentativa, como para sus familiares, amigos, y los profesionales de la salud que abordan la situación. Cuando este fenómeno se da en adolescentes se vuelve aún más dramático porque se traduce en la pérdida importante de años de vida potenciales y en un alto costo emocional para toda la sociedad.

Es fundamental abordar este problema desde una perspectiva de salud pública para comprender y abordar sus causas subyacentes, así como para implementar estrategias efectivas de prevención.

La recolección de datos y la información recabada de los pacientes desempeñan un papel fundamental en la generación de políticas adecuadas, ya que la recopilación de datos epidemiológicos permite identificar patrones, tendencias y factores de riesgo específicos en determinadas poblaciones.

El conocimiento de las circunstancias, los antecedentes y las características de los adolescentes que han experimentado pensamientos suicidas, que han intentado el suicidio o se han quitado la vida, como muestra este estudio, permite comprender las necesidades y los desafíos específicos que enfrentan estos jóvenes.

Estos datos pueden ayudar a desarrollar y orientar programas de prevención que se ajusten a las realidades y características de cada comunidad. Por ejemplo, si los datos demuestran que la falta de acceso a servicios de salud mental es un factor de riesgo importante en una determinada región, las políticas pueden centrarse en mejorar el acceso a estos servicios y en la capacitación de profesionales de la salud.

Las estrategias para evitar el suicidio incluyen en primer lugar la creación de conciencia sobre la patología y el desterrar el estigma

que cubre a los pacientes que están en esta situación. La educación y la sensibilización son herramientas clave para combatir este problema. Campañas de información en escuelas, comunidades y medios de comunicación pueden fomentar un entorno de apoyo y comprensión.

En cuanto a las estrategias de prevención, existen varios enfoques que han demostrado su eficacia a nivel mundial. Es fundamental que los profesionales de la salud, educadores y miembros de la comunidad estén capacitados para identificar posibles señales de alarma en los adolescentes, como cambios de comportamiento, aislamiento social o expresiones de desesperanza. Además, es esencial promover un entorno seguro y de apoyo para los adolescentes. Esto implica fortalecer los sistemas de apoyo social, como la familia, los amigos y la comunidad. También se deben implementar programas de intervención que fomenten la resiliencia y las habilidades de afrontamiento en los adolescentes, para que puedan enfrentar de manera saludable los desafíos emocionales y mentales.

Desde el Ministerio de Salud, la salud mental se incluye como uno de los ejes prioritarios a trabajar, con importante énfasis en la prevención del suicidio. Para ello, el presente estudio busca ayudar a entender mejor la problemática, situación necesaria para guiar las políticas de salud a nivel nacional.

El programa de salud de Adolescencia y Juventud del Ministerio de Salud ha coordinado el presente estudio que analiza la historia de los menores de 19 años que se quitaron la vida en los últimos 5 años, en especial el recorrido realizado en el sistema de salud.

Es nuestro fin disminuir las barreras y lograr acercar a los adolescentes que necesitan en atención en salud, fomentando la promoción de la salud mental, la prevención y el abordaje de situaciones de riesgo

*Dra. Karina Rando
Ministra de Salud Pública*

En la elaboración de este documento se reconoce la necesidad de nombrar el masculino y femenino. No obstante, a los efectos de facilitar la redacción y la lectura se han utilizado fundamentalmente el modo impersonal y el modo masculino.

Índice

Introducción	4
Objetivos	6
Revisión de la literatura	7
Suicidio adolescente	7
Revisión bibliográfica	8
Análisis de certificados de defunción e historias clínicas	19
Objetivos	19
Materiales	19
Procedimientos y resguardos éticos	19
Análisis de datos	20
Resultados del análisis de certificados de defunción	20
Resultados del análisis de historias clínicas	25
Grupos focales de discusión con profesionales de la salud mental	30
Participantes.	30
Instrumentos	30
Procedimientos y resguardos éticos	30
Análisis de datos	30
Resultados de los grupos de discusión	31
Discusión	38
Conclusiones y recomendaciones	44
Referencias	47
Referencias	53

Lista de tablas y figuras

Tabla 1. Criterios de búsqueda documental.	8
Tabla 2. Características de los estudios seleccionados.	9
Tabla 3. Dimensiones y variables destacadas en los estudios de autopsia psicológica	17
Tabla 4. Factores de riesgo identificados en los artículos seleccionados	18
Tabla 5. Suicidios adolescentes por Departamento y por año	22
Tabla 6. Medio utilizado por sexo.	24
Tabla 7. Departamento y prestador de salud	25
Tabla 8. Información sobre los adolescente contenida en las historias clínicas.	26
Tabla 9. Configuración familiar	27
Tabla 10. Diagnóstico de problemas de salud mental	28
Tabla 11. Profesional que realizó el diagnóstico	28
Tabla 12. Motivos última consulta realizada en el sistema de salud	29
Figura 1. Suicidios adolescentes por año (2018-2021)	20
Figura 2. Suicidios adolescentes por mes y por año (2018-2021).	21
Figura 3. Suicidios adolescentes por Departamento (2018-2021).	21
Figura 4. Lugar del deceso.	22
Figura 5. Datos de suicidios por edad y por sexo	23
Figura 6. Medio utilizado.	24

Introducción

El suicidio es un grave problema de salud pública, con un alto impacto a nivel familiar, social, comunitario y económico. Constituye sin excepción, un acto en extremo trágico. Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021a), más de 700.000 personas se suicidan cada año. Entre los jóvenes de 15 a 29 años, el suicidio constituye la cuarta causa de muerte a nivel mundial.

Dentro del continente americano, Uruguay presenta una de las tasas de suicidio más altas. En el año 2021 se suicidaron 758 personas, lo que representa la tasa más alta en los últimos 25 años (21,39 cada 100.000 habitantes) (Ministerio de Salud Pública [MSP], 2022). La evolución de la prevalencia de muertes por suicidio en Uruguay en los últimos años apunta a que, si bien se registra un aumento en esta causa de muerte en todos los grupos edad, los más jóvenes son los que presentan el incremento más marcado (MSP, 2022). Las cifras oficiales muestran que, en Uruguay, en el año 2021 se suicidaron 16,4 adolescentes de entre 15-19 años por cada 100.000 habitantes, ubicando al suicidio como la primera causa de muerte en esta franja (MSP, 2022). El suicidio presenta características particulares específicas para esta franja etaria, lo que torna fundamental su estudio diferenciado del perfil de la conducta suicida en adultos (Berk & American Psychiatric Association Publishing, 2019).

Se estima que la pandemia por COVID-19 puede haber recrudecido los factores de riesgo de suicidio debido, entre otros factores, al aumento de los trastornos por consumo de alcohol y otras sustancias, ansiedad, depresión, violencia y sensaciones de pérdida (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2020). La adolescencia ha sido considerada como uno de los grupos poblacionales especialmente vulnerables a los impactos negativos de las medidas de distanciamiento social en la salud mental (Amorós-Reche et al., 2022; Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF], 2020; Nearchou et al., 2020; Panchal et al., 2021). También es importante mencionar dentro de los factores de riesgo, las posibles dificultades para el acceso a la atención en salud en general y a la salud mental en particular, en el contexto de la pandemia.

Atender a la problemática del suicidio y sus posibles predictores constituye una prioridad para la salud pública, requiriendo de colaboraciones y coordinaciones multisectoriales, sensibilización de la población general, creación de capacidad, financiamiento, vigilancia, seguimiento y evaluación (OMS, 2021a). Resulta esencial el trabajo en promoción de salud mental y prevención del suicidio que involucre a diversos sectores de la sociedad: salud, familia, educación, academia, empleo, medios de comunicación, entre otros.

La meta número 3 de la Agenda para el Desarrollo Sustentable apunta a asegurar la existencia de vidas saludables y la promoción de bienestar para todos los rangos etarios. Asimismo, el objetivo 3.4 estipula la reducción imperativa a un tercio de la mortalidad prematura debida a enfermedades no transmisibles por medio de la prevención y el tratamiento, y de la promoción de salud mental y bienestar. La reducción de la mortalidad generada por suicidios constituye un elemento clave al momento de evaluar el progreso de las políticas asociadas a salud mental, por lo que ha sido incluido en el Plan de Acción Integral de Salud Mental 2013-2030 (OMS, 2021b). Dicho objetivo no será alcanzable a menos que las acciones para implementar planes y propuestas sean sistemáticas, integrales, basadas en la evidencia y culturalmente relevantes, una mirada a la que la presente investigación pretende sumar esfuerzos.

En lo que refiere a la política de prevención del suicidio en Uruguay, en el año 2004 se creó la Comisión Nacional Honoraria de Prevención del Suicidio (CNHPS) (Decreto N° 378/004) con integración del Ministerio de Salud Pública, Ministerio del Interior, Ministerio de Educación y Cultura y, desde el año 2011, Ministerio de Desarrollo Social. La Estrategia Nacional de Prevención del Suicidio 2021-2025 se centra en mejorar la atención a personas con riesgo de suicidio y sus familias, mejorar las capacidades de todos los actores involucrados para prevenir el suicidio, y atender adecuadamente a los intentos de autoeliminación (IAE) (MSP, 2022). Además, el Plan Nacional de Salud Mental 2020-2027 destaca como uno de sus principales objetivos la prevención del suicidio y disminución de la tasa de suicidios en el país.

El Plan tiene como propósito “contribuir a mejorar la salud mental de las personas mediante la definición, e implementación de las estrategias más efectivas para promover la salud mental, prevenir, reducir la morbilidad y discapacidad de las personas con trastornos mentales y brindar una atención de calidad, basada en los derechos humanos y centrada en un modelo comunitario e intersectorial de atención” (MSP, 2020, p. 25).

En el marco de estas líneas de acción y prestando especial atención a la infancia y la adolescencia, el Área Programática de Salud de Adolescencia y Juventud del MSP con apoyo del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) propuso analizar las circunstancias y características de los suicidios de menores de 19 años, entre los años 2018 y 2021, con especial interés por comprender las interacciones de los adolescentes y sus familias con el sistema de salud.

Para tomar decisiones basadas en evidencia sobre cómo intervenir eficazmente para la detección temprana y el manejo oportuno de condiciones de riesgo en salud mental juvenil, y específicamente en la prevención del suicidio, se requiere de investigación que posibilite una mejor comprensión del fenómeno en el Uruguay. De particular interés, resulta el conocimiento acerca de cuál fue la interacción del prestador de salud con los adolescentes que se suicidaron y sus familias durante el período en análisis.

El estudio se desarrolló en el segundo semestre de 2022 y el primer trimestre de 2023, y está compuesto por tres fases: i) investigación documental y bibliográfica de antecedentes, ii) relevamiento y análisis de datos contenidos en los certificados de defunción e historias clínicas de los adolescentes (autopsia psicológica), iii) realización de grupos focales de discusión con profesionales de la salud en contacto con adolescentes.

A partir de lo anterior, y con el propósito de disminuir las brechas de la atención en términos de salud mental en adolescentes y jóvenes, y específicamente aquellas que todavía impiden la prevención del suicidio en dichos grupos etarios, se propuso un conjunto de

recomendaciones para fortalecer al sistema sanitario como actor clave en la prevención, pero también en la promoción de salud mental. Aunque la prevención del suicidio es una labor de todos, se entiende que los actores claves encargados de proponer e implementar las políticas públicas en salud mental adolescente y juvenil, así como el personal sanitario en contacto directo con adolescentes y jóvenes, podrán beneficiarse de los resultados derivados de la presente investigación.

Objetivos

El objetivo general de esta investigación consistió en recoger información en relación con el suicidio en adolescentes, para así fortalecer las políticas públicas dirigidas a su prevención, así como el abordaje de la salud mental en esta franja etaria.

Los objetivos específicos propuestos fueron:

- 1.** Seleccionar y revisar antecedentes de investigación sobre autopsia psicológica en casos de suicidio para construir y sistematizar dimensiones y categorías de análisis del suicidio en adolescentes.
- 2.** Presentar el análisis de información relevante de los certificados de defunción e historias clínicas de adolescentes uruguayos fallecidos por suicidio entre 2018 y 2021 respecto a factores de tipo sociodemográfico, personal, clínico, familiar, comunitario, circunstancial, vinculados al sistema de salud, entre otros.
- 3.** Conocer la visión de profesionales que atienden adolescentes en los distintos prestadores de salud respecto a las posibilidades de prevención, evaluación de riesgo suicida, abordaje oportuno, seguimiento.
- 4.** Generar recomendaciones para la construcción e implementación de las políticas públicas de prevención de suicidio en adolescentes.

Revisión de la literatura

Suicidio adolescente

La adolescencia representa una etapa vital del desarrollo que conlleva múltiples cambios que habitualmente fortalecen la adquisición de autonomía, la búsqueda de identidad, las capacidades de autorregulación emocional, así como la capacidad cada vez mayor de impactar en su entorno. Estos cambios abren posibilidades diversas, constituyendo entonces un periodo de alto potencial de desarrollo, en general encaminado a la adaptación y el bienestar. A pesar de que la mayoría de los adolescentes transcurre por esta fase sin complicaciones significativas, la adolescencia también es considerada una etapa del desarrollo de elevada vulnerabilidad ante diversas conductas de riesgo, incluyendo el suicidio (Nock et al., 2008). Se concibe como una fase vital de posible riesgo en sí misma principalmente debido a los altos montos de estrés experimentados por los adolescentes, asociados a la multiplicidad de cambios inherentes al desarrollo (OMS, 2018a) tales como la consolidación de la autonomía, el fortalecimiento del vínculo de referencia a los pares, la exploración de la identidad sexual, exposición y riesgo a la violencia, entre otros.

Aunque la mayoría de los adolescentes transita esta etapa sin mayores vicisitudes, entre 13 y 22,5% (Benjet et al., 2009; Vicente et al., 2012) desarrollará problemas mentales significativos, con consecuencias de alto impacto a nivel personal, familiar, comunitario, sanitario y económico. Muchas condiciones de sufrimiento mental como el riesgo suicida, la ansiedad, la depresión y el uso problemático de sustancias aparecen antes de los 24 años y una proporción significativa se mantiene en la etapa adulta (Auerbach et al., 2018; Solmi et al., 2021). Así, profundizar en algunas variables asociadas al suicidio, específicas para esta franja etaria, resulta fundamental.

Las tasas asociadas a muertes por suicidio en la adolescencia se han mantenido en ascenso en la última década (Center for Disease Control and Prevention [CDC], 2018). La literatura apunta a que, además de un aumento relevante en la prevalencia de riesgo suicida se registra un marcado incremento de conductas y pensamientos suicidas, potencialmente presentes en la etapa prepuberal (Glenn et

al., 2017). La investigación específica sobre factores de riesgo y de protección del suicidio durante esta franja etaria, así como la forma en que éstos se encuentran vinculados entre sí, podría explicar este ascenso sostenido (Berk & American Psychiatric Association Publishing, 2019).

La mayor parte de suicidios de adolescentes y jóvenes son prevenibles (OMS, 2018a); las estrategias de prevención del suicidio, desde un enfoque de salud pública implican, entre otras cosas, la detección y adecuado registro de intentos de autoeliminación y la sistematización de factores de riesgo que permitan la detección temprana del riesgo suicida. El establecimiento de factores de riesgo, definidos como cualquier característica o exposición de una persona que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión, en este caso, el suicidio, permite la elaboración de perfiles basados en los distintos niveles de riesgo (Almeida Filho et al., 2009).

Conocer y profundizar en dichos factores habilita el diseño de estrategias orientadas a modificar los factores de riesgo dinámicos en pos de la prevención (Berk & American Psychiatric Association Publishing, 2019), siendo la autopsia psicológica una de las herramientas que permite conocer dichos factores. Se concibe a la autopsia psicológica como la reconstrucción de la vida de la persona fallecida, a través del análisis de distintos registros vitales y en la mayor parte de los casos, de entrevistas semiestructuradas a familiares y/o personas cercanas a la víctima de suicidio (Shaffer & Pfeffer, 2001). La autopsia psicológica ha probado ser útil para la creación de perfiles de personas que murieron por suicidio a través de la detección de factores de riesgo, principalmente sociodemográficos, psicopatológicos, psicológicos, familiares y sociales (Cañón-Buitrago & Carmona-Parra, 2018), lo que ha contribuido a una mejor comprensión de esta causa de muerte (Schneidman, 2001).

En el estudio sobre autopsias psicológicas de personas que cometieron suicidio, Hawton et al. (2004) incluyeron el análisis de certificados de defunción, registros judiciales, historias clínicas, y datos referentes a la historia personal y familiar, contexto social, características

de personalidad y problemas ocurridos en el año anterior al suicidio. Existen antecedentes sobre el uso de la autopsia psicológica para el estudio específico de suicidio infanto-juvenil (Marttunen et al., 1991; Shaffer et al., 1996).

Hasta donde sabemos, se han publicado dos estudios nacionales específicamente sobre adolescentes que se han suicidado, empleando la autopsia psicológica. Rodríguez-Almada et al. (2005) realizaron un estudio de adolescentes de hasta 19 años que se suicidaron en 2002. Relevaron datos de los certificados de defunción e historias clínicas, entrevistaron a familiares, psicoterapeutas y personas cercanas a los adolescentes, en un trabajo de autopsia psicológica. Los resultados del estudio arrojaron como perfil de factores de riesgo: ser adolescente varón (con un leve predominio del suicidio femenino en los menores de 15 años), estar desvinculado del sistema laboral y/o educativo, baja frecuencia en la consulta a psiquiatra o psicólogo, padecer un trastorno

psiquiátrico, IAE previos, exposición a sucesos estresantes vitales, entre otros. El método suicida más frecuente fue el arma de fuego, seguido del ahorcamiento. Por otro lado, el Programa de Adolescencia y Juventud (Grunbaum et al., 2014) lideró un estudio en el que se relevaron historias clínicas de adolescentes y jóvenes de entre 10-24 años que murieron por suicidio en Uruguay en 2009, y analizaron los certificados de defunción de estos. Los resultados indicaron un perfil de suicidio adolescente asociado a ser adolescente varón, tardío (20-24 años), vivir en el interior y estar desocupado.

No se han encontrado estudios más recientes con este tipo de metodología para población adolescente uruguaya, lo que sugiere la pertinencia de un nuevo estudio. Antes de su realización, se entiende necesario ampliar y actualizar la literatura específica respecto a autopsias psicológicas con adolescentes.

Revisión bibliográfica

Objetivo

Identificar instrumentos, actores, dimensiones y categorías relevantes de análisis para el estudio del suicidio adolescente consumado.

Materiales y método

Se realizó una búsqueda documental en los portales Timbó y EBSCO con los criterios que se presentan en la Tabla 1. En función de la cantidad de resultados arrojados por las búsquedas, los descriptores se solicitaron para el texto completo o para el resumen de los trabajos publicados.

Tabla 1

Criterios de búsqueda documental

Portales	EBSCO Host, Portal Timbó
Bases de datos	MEDLINE; SocINDEX; Academic Search Complete; Complementary index; Scielo, DOAJ; Academic Search Complete, Fuente Académica Premier
Descriptores	autopsia psicológica AND adolescentes OR adolescencia AND suicidio AND historias clínicas psychological autopsy AND adolescents OR teenagers OR young adults OR teen OR youth AND suicide AND medical records OR health records
Otros criterios	Publicaciones arbitradas

Se recuperaron un total de 87 trabajos publicados entre 1983 y 2023. De este total de artículos, 29 se eliminaron automáticamente por repetición. Luego de una primera lectura por título y resumen de los 58 artículos, se eliminaron 30 más: 7 por ser duplicaciones y 23 por quedar fuera del interés específico de la revisión (estudios que se enfocaban exclusivamente en riesgo suicida, no incluían adolescentes, o se trataba de estudios con poblaciones o casos únicos con características específicas).

Se realizó una lectura completa de los 28 artículos restantes y se eliminaron 12 por profundizar en aspectos distintos al de este trabajo (10 artículos), por no estar disponibles a texto completo (1 artículo), o tratarse de un artículo de Uruguay ya reseñado en los antecedentes.

Resultados

Los 16 artículos que se seleccionaron para el análisis final de antecedentes fueron publicados entre los años 1990 y 2020 por autores de los siguientes países: Finlandia (Aro et al., 1994; Marttunen et al., 1993a; 1993b; 1994; Pelkonen & Marttunen, 2003), Colombia (Cañón-Buitrago et al., 2016), España (Acinas et al., 2015; García-Caballero et al., 2010), Estados Unidos (Moskos et al., 2005; Rich et al., 1990), Australia (Soole et al., 2015), Bélgica (Portzky et al., 2011), Chile (Torres, 2007), México (Páramo Castillo & Chávez Hernández, 2007), Noruega (Freuchen et al., 2012), y Países Bajos (Mérelle et al., 2020). La Tabla 2 presenta información básica respecto a aspectos metodológicos y resultados de estos estudios.

Tabla 2

Características de los estudios seleccionados

Trabajo	Objetivos	Método	Resultados
Acinas et al. (2015)	Revisar, describir y ejemplificar los tipos de notas suicidas que se recogen en la literatura. Explorar los fundamentos para la elaboración de la autopsia psicológica teniendo como base la información contenida en la nota suicida.	Revisión de la literatura publicada en las bases de datos: PsycInfo, MedLine, Scielo, entre 1900 a 2015, en inglés y castellano. Descriptores: nota suicida [suicide note] y autopsia psicológica [psychological autopsy].	Se proponen guías para el análisis de notas suicidas y autopsias psicológicas. Se clasifican posibles tipos de notas suicidas: despedida, instrucciones, acusaciones, petición de perdón, justificación. Se define la autopsia psicológica y de los métodos para sistematizarla. Entre ellos, plantea que MAPI es el más utilizado en Iberoamérica, incluye 59 categorías con subcategorías. Se presenta la Entrevista Semiestructurada para la Autopsia Psicológica (ESAP). Destaca importancia de los aspectos bioéticos en este tipo de estudio.
Aro et al. (1994)	Analizar las relaciones entre los estresores y los diagnósticos psiquiátricos en adolescentes que se suicidaron.	53 registros médicos de adolescentes entre 13 y 19 años: con abuso o dependencia al alcohol (n = 14), depresión (n = 18), y sin diagnóstico (n = 21).	Las separaciones interpersonales y dificultades vinculadas a la disciplina o al cumplimiento de la ley fueron los eventos estresores recientes comunes entre las víctimas con abuso de alcohol. Conflictos interpersonales y enfermedades de tipo somáticas fueron reportadas para los adolescentes con depresión. Comparados con los adolescentes con depresión,

Trabajo	Objetivos	Método	Resultados
			una historia familiar de mayor inestabilidad fue común entre los que abusaban del alcohol. La acumulación de estresores y pobre soporte parental durante el año previo también fue más frecuente entre quienes abusaban del alcohol.
Cañón Buitrago et al. (2016)	Mostrar la utilidad de la autopsia psicológica para incrementar su uso, rectificar o cambiar la calificación de la escena y esclarecer las circunstancias de muerte.	Revisión bibliográfica no sistemática	Relevancia de dos fuentes de información: todos los documentos relacionados con la historia clínica y personal, y entrevistas a personas cercanas a quien se suicidó. Indagar: las circunstancias de muerte, historia personal y familiar, circunstancias sociales, personalidad y problemas en el año antes de la muerte. En entrevista con familiares: preguntar estructura familiar, lugar y momento del suicidio, quién encontró a la persona que se suicidó, pérdidas importantes sufridas por la persona que se suicidó, conflictos interpersonales, cambios en la personalidad, manejo del estrés, nivel de impulsividad y desesperanza, posible diagnóstico de dificultades mentales. Recomiendan el uso del modelo MAPI (autopsia psicológica integrada), como instrumento cuantitativo, estructurado, cerrado.
Freuchen et al. (2012)	Ganar conocimiento acerca de las circunstancias vinculadas al suicidio entre niños y adolescentes menores de 16 años.	Estudio de autopsia psicológica, recogió información de padres, registros médicos y policiales, de menores de 16 años que se suicidaron entre 1993 y 2003 (N = 41) y que fueron comparados con niños y adolescentes que murieron en accidentes en el mismo período y con una muestra comunitaria. Se evaluó: nivel educativo de los padres, ocupación, conformación del núcleo familiar, cambios de residencia a lo largo de la vida del adolescente, residencia (rural, urbana) y posibles cambios de instituciones educativas. Para el diagnóstico psiquiátrico se administró el KIDDIE-SADS-PL.	Entre quienes se suicidaron cerca del 25% cumplían con los criterios para un diagnóstico psiquiátrico y 30% presentaban síntomas depresivos al momento de la muerte. 60% de los padres de las víctimas de suicidio reportaron eventos estresantes o conflictos previos a la muerte, mientras sólo 12 % de los padres de quienes murieron por accidente, los reportaron.

Trabajo	Objetivos	Método	Resultados
		Se evaluó ideación suicida/ interés en temas sobre suicidio. Padres categorizaban la salud física y mental de los adolescentes. Se realizó una caracterización de personalidad. Se indagó por recepción de ayuda previa en el sistema educativo o sanitario, presencia de eventos estresantes 2 semanas previos al suicidio, presencia de bullying, y pérdidas significativas en la vida del adolescente. Padres completaron el SDQ.	
García-Caballero et al. (2010)	Adaptar y validar en español la Semi-structured Interview for Psychological Autopsy (SSIPA) (Entrevista Semi- Estructurada para Autopsia Psicológica).	Estudio instrumental. El instrumento está constituido por 69 ítems divididos en 4 módulos: precipitantes y estresores, motivación, letalidad e intencionalidad. Se realizó traducción y retrotraducción del instrumento original, y discusión del cuestionario resultante por un grupo de expertos. El instrumento adaptado se empleó para entrevistar a los familiares que voluntariamente aceptaron participar de 26 personas fallecidas presumiblemente por suicidio. Las entrevistas fueron grabadas digitalmente y después valoradas por medio de un formulario de toma de decisiones de forma ciega por el entrevistador y por dos evaluadores independientes.	El grado de concordancia entre evaluadores se midió por medio del estadístico kappa, con grados de correlación buenos ($k > .60$) o muy buenos ($k > .80$) en 15 pasos incluyendo 3 de los 4 pasos finales de cada módulo y el resultado final de la autopsia; moderados ($k > .40$) en 8 pasos, de los que 3 se localizan en el módulo de motivación, y débiles ($k > .20$) en tan sólo 2 pasos. Conclusión. La versión española de la SSIPA es un instrumento fiable para la realización de autopsia psicológica.
Marttunen et al. (1993a)	Determinar factores de riesgo asociados a suicidio adolescente.	Revisión de estudios de autopsia psicológica y de los resultados de otros estudios sobre suicidio adolescente.	Los estudios muestran que la mayoría de los adolescentes que se suicidaron sufrían de síntomas psicosociales severos. Aproximadamente dos tercios habían comunicado su intención suicida, y casi un tercio tenía un intento previo. Menos de la mitad de las víctimas estaban bajo tratamiento psiquiátrico, y menos aún al momento del suicidio.
Marttunen et al. (1993b)	Investigar factores estresantes precipitantes en suicidios	N = 53. Estudio de autopsia psicológica. Entrevistas a parientes de las víctimas y	En el 70% de los casos se encontraron eventos precipitantes durante el mes anterior al suicidio.

Trabajo	Objetivos	Método	Resultados
	de adolescentes de 13 a 19 años.	personal de la salud, y estudio de registros oficiales.	Casi la mitad de estos eventos ocurrieron durante las últimas 24 horas. Las separaciones y los conflictos interpersonales fueron los precipitantes más comunes. En comparación con otras víctimas de suicidio, las que tenían un apoyo parental debilitado tenían más a menudo la separación interpersonal como precipitante, una mayor cantidad de factores estresantes durante el último mes y habían experimentado con mayor frecuencia un estrés importante durante el año anterior al suicidio.
Marttunen et al. (1994)	Presentar características detalladas de adolescentes entre 13 y 19 años que se suicidaron, con trastornos de adaptación o sin ningún diagnóstico.	n = 11 con trastornos de adaptación, n = 3 sin ningún diagnóstico. Entrevistas con familiares y profesionales. Se recolectó información de registros oficiales (historia clínica, policiales o de asistencia social). La entrevista con familiares incluyó 234 preguntas sobre la vida cotidiana del adolescente, factores familiares, consumo de alcohol y drogas, tendencias suicidas previas y eventos vitales. Las entrevistas con profesionales de la salud incluyeron 113 preguntas estructuradas acerca del estado mental de la víctima, el tratamiento recibido, síntomas psicossociales, estresores y nivel de funcionamiento.	La mayor parte de las víctimas empleó métodos de suicidio altamente letales. La prevalencia de IAE previos y de tratamiento psiquiátrico fue baja, así como el haber estado bajo los efectos del alcohol al momento de suicidarse. El proceso de configuración del suicidio parece haber sido breve. Características de personalidad prevalentes: narcisistas, retraimiento. Estresores psicossociales: pérdidas interpersonales, conflictos. Alta proporción de adolescentes manifestó sus intenciones suicidas previo al acto.
Mérelle et al. (2020)	Evaluar la viabilidad, identificar factores relacionados y estudiar la interacción de esos factores para asesorar sobre estrategias de prevención del suicidio.	Estudio multi-método de autopsia psicológica. Revisaron registros médicos y forenses, y los médicos contactaron familiares, compañeros y maestros. Total 66 entrevistas. 35 casos entre 10 y 19 años. Padres completaron además cuestionarios de factores de protección y de riesgo, SDQ y cuestionarios clínicos y de eventos. Las entrevistas se basaron en estudios de autopsia psicológica previos, con preguntas complementarias de expertos integrantes	Mencionan problemas de registros forenses y la resistencia de algunos padres a ser entrevistados. Eventos adversos en el nivel individual (cyber) bullying, divorcio, abuso sexual, trastornos mentales y IAE previos. Se encontraron dos patrones específicos: (1) chicas caracterizadas por inseguridad y actitud perfeccionista, que desarrollaron psicopatología y abandonaron estudios y (2) varones con problemas de desarrollo, como autismo, que fueron referidos a programas de educación especial y se sintieron rechazados.

Trabajo	Objetivos	Método	Resultados
		del equipo de investigación o del comité consultor.	Todos encontraron dificultades para encontrar cuidado formal apropiado. Posible efecto contagio y efectos del uso de las redes sociales y el uso de internet para buscar métodos letales. Mencionan y analizan el tipo de atención desde el sistema de salud. Hablan de las dificultades encontradas en ese acceso y trayectoria.
Moskos et al. (2005)	Comprender mejor el suicidio: averiguar qué contactos constituyen la mejor fuente de información para conocer factores de riesgo y quiénes intentaron buscar ayuda y qué dificultades encontraron en el acceso a atención en salud mental.	Estudio de autopsia psicológica. Entrevistas a padres y a amigos de 151 casos de suicidio entre 13 y 21 años. Casi 50% de las familias aceptaron participar. Total de 270 entrevistas con padres, amigos, hermanos, etc. pidiéndoles a cada uno que refiera a otro contacto. Hicieron un piloto para testear la pauta de entrevista con 70 ítems. Problemas emocionales (5 preguntas), problemas de conducta (6), estresores (7), abuso (3), uso de alcohol y drogas (5), causa subyacente de suicidio (8), intentos previos (4), ideación o intentos (7), búsqueda de atención salud mental (3), tipo de tratamiento salud mental (2), barreras para el acceso a atención en salud mental (19). Los padres completaron 20 ítems más con preguntas de tipo sociodemográficas y de salud.	Hacen una comparación de cuántos indicadores son incluidos por tipo de informante. Importancia del trabajo con padres y amigos para detectar y reducir riesgo de suicidio. Ambos reconocieron factores de riesgo, pero los amigos fueron mejores para reportar algunos específicos como el consumo de sustancias. Detallan las barreras psicológicas y del sistema para pedir ayuda en salud mental. Abordan tema del estigma.
Páramo Castillo & Chávez Hernández (2007)	Determinar la presencia de algún tipo de maltrato infantil en los niños que cometieron suicidio entre 1995 y 2001.	Autopsia psicológica. 29 casos (69% del total) entre 8 y 14 años de edad (65% varones). Se trabajó con cinco notas póstumas que pertenecían a 4 menores (3 mujeres). La mayoría de las personas entrevistadas fueron familiares en primer grado (72.4% de los casos), el resto eran familiares en segundo grado que reportaron haber tenido relación cercana con el occiso. Distribución de frecuencias y correlaciones.	La mitad de los suicidas (51.7 %) padecieron algún tipo de violencia: 31% de ellos sufrió maltrato psicológico, 41.1% recibió algún tipo de maltrato físico, 10.34% maltrato por negligencia y 3.4% abuso sexual. Poco más de la cuarta parte sufría de dos o más tipos de maltrato. Cuatro de las notas póstumas incluyeron declaraciones explícitas de vivencias de maltrato.

Trabajo	Objetivos	Método	Resultados
		Los datos cualitativos derivados del análisis de contenido de las notas póstumas fueron verificados mediante la técnica interjueces.	
Pelkonen & Marttunen (2003)	Analizar factores de riesgo en adolescentes y jóvenes que se suicidaron.	Revisión de la literatura: estudios de autopsias psicológicas de adolescentes y jóvenes que se suicidaron y estudios de seguimiento de poblaciones clínicas y con intentos de suicidio, analizando factores de riesgo.	Los principales factores de riesgo encontrados en las autopsias psicológicas se agrupan en factores de tipo familiares (familias no-nucleares, pobre comunicación con la madre o con el padre, conflicto hijo-padres), psicopatología parental (antecedentes de depresión, consumo de sustancias, IAE; padre con problemas con la ley), eventos vitales negativos (problemas de disciplina, pérdidas interpersonales) y problemas escolares (fracaso escolar, expulsión o abandono del sistema educativo, desafiliación institucional).
Portzky et al. (2011)	Contar con mayor conocimiento para desarrollar estrategias de prevención sobre suicidio adolescente.	Autopsia psicológica. 32 entrevistas a informantes de 19 suicidios entre 15 y 19 años. Se utilizó la pauta de entrevista semiestructurada de Houston et al. (2001). Los informantes fueron consultados sobre los siguientes aspectos: circunstancias de la muerte, infancia, adolescencia, familia, hogar, trayectoria educativa/ocupacional, relaciones interpersonales, problemas financieros o legales, eventos vitales, historia médica, trastornos psiquiátricos o de personalidad. Se tomaron criterios del CIE10, Personality Assessment Schedule, CBCL, Beck's Suicidal Intent Scale.	Reportan resultados en categorías: demográficas, métodos de intentos previos y de suicidio, comportamiento y planeación suicida, exposición a conducta suicida, problemas de desarrollo, factores sociales, eventos vitales, trastornos psiquiátricos, trastornos de personalidad, tratamientos psiquiátricos, CBCL. Todos sufrían de algún problema de salud mental; la mitad trastorno de personalidad, un tercio trastornos de adaptación. Sólo una minoría estaba recibiendo tratamiento. Concluyen que los trastornos mentales, junto a trastornos de la personalidad y problemas psicosociales son frecuentes en los adolescentes que se suicidan.
Rich et al. (1990)	Realizar la autopsia psicológica y examen toxicológico de 283 suicidios, 14 de menores de 20 años.	Se obtuvo información de miembros de la familia, amigos, empleados, médicos y otros profesionales en un período de tres meses luego del suicidio. Se aplicó una entrevista estructurada (300 ítems) con información sociodemográfica, signos y síntomas clínicos, estresores al momento de la muerte,	Reportan los resultados de tipo sociodemográfico, método, diagnóstico (abuso de sustancias y sintomatología de tipo depresiva, principalmente). Solo 1 caso en tratamiento actual, los otros con consultas previas. Pérdidas previas en la mayor parte de los casos. Discuten el tema de eventos/precipitantes.

Trabajo	Objetivos	Método	Resultados
		<p>historia pasada, historia médica, e historia familiar. Diagnósticos con DSM III. Eventos precipitantes: tomaron la definición de lo que ocurrió en el lapso de una semana previa.</p>	
Soole et al. (2015)	<p>Revisar estudios sobre suicidio en menores de 14 años.</p>	<p>Revisión sistemática SCOPUS, Medline y PsycInfo, con los descriptores: "children, suicide, psychological autopsy, and case-study" y búsqueda manual. Criterios de inclusión: 1) artículos que describan un estudio primario de investigación, 2) metodología de autopsia psicológica o estudio retrospectivo de casos y la muestra consiste en niños, 3) los resultados del estudio focalizan en el suicidio (se excluyen intentos e ideación).</p>	<p>15 estudios - 8 de autopsias psicológicas. Analiza incidencia por género y edad, método, presencia de psicopatología (menor en niños en comparación con adolescentes). Intento previo principal factor de riesgo. No consumo de alcohol en niños, pero sí en adolescentes. Los problemas con los padres fueron los principales factores precipitantes. En la discusión organizan: factores demográficos; circunstancias del suicidio; factores individuales (rasgos de personalidad, problemas de salud mental o conducta, contacto con servicios, intento previo); factores familiares (psicopatología, suicidio, divorcio, vínculo padres-hijo, eventos adversos y ambiente familiar); factores socioambientales y contextuales (escuela, consumo de alcohol previo, notas suicidas).</p>
Torres (2008)	<p>Realizar una revisión de los modelos existentes de autopsia psicológica.</p>	<p>Artículo teórico.</p>	<p>Fuentes principales: documentos e informantes clave. Documentos: judiciales (partidas, actas, etc.) y pertenecientes a la persona (notas, informes personales, médicos, etc.). Informantes: familiares, amigos, médicos, compañeros de estudio/trabajo. Sugerencias de variables a incluir en una autopsia psicológica: identificación de la víctima, detalles del deceso, resumen de la historia vital, historia de fallecimientos en la familia, descripción de la personalidad y estilo de vida de la víctima, patrones de reacción al estrés, enfados, presiones, tensiones o reciente anticipación de problemas, papel del alcohol o drogas en la vida de la víctima, relaciones interpersonales, fantasías, sueños, pensamientos, premoniciones o miedos, cambios en la víctima</p>

Trabajo	Objetivos	Método	Resultados
			<p>previos a su deceso (hábitos, rutinas, sexualidad, alimentación), propositividad vital (mejoras, éxitos, planes), evaluación de la intención, estimación de la letalidad, reacción de los informantes ante el deceso, comentarios adicionales, características especiales. Se distinguen modelos cuantitativos (generalmente aplicados a estudios epidemiológicos) que utilizan mayormente criterios del DSM o CIE, generalmente mediante cuestionarios cerrados. Uno de los modelos de autopsia psicológica más difundido en el ámbito hispanoamericano MAPI. Modelos cualitativos: entrevistas y análisis documental para historias de vida con un enfoque fenomenológico. La información se analiza por consenso entre jueces. No generalizables.</p>

De los artículos seleccionados se extrajo información respecto a los participantes, diseño de los estudios, materiales e instrumentos utilizados, y variables analizadas. También se sistematizaron los factores de riesgo reportados.

En los artículos revisados participaron principalmente familiares (padres, hermanos, parejas) de las personas que se suicidaron y personal de la salud. Otros posibles informantes mencionados son los amigos, compañeros de estudio o trabajo, profesores, personal vinculado al ámbito forense o policial. Si bien la mayor parte de los estudios coincide en la importancia de contactar a la familia de la persona fallecida, Moskos et al. (2005) plantean que específicamente para el caso de los adolescentes, los amigos pueden brindar una información complementaria y de alguna manera inaccesible para los padres (consumo de sustancias, actividad en redes, por ejemplo).

Los artículos que se enmarcan como estudios de autopsia psicológica utilizan tanto diseños de investigación cuantitativa como cualitativa. En el caso de los estudios cuantitativos, en general se utiliza sobre bases de datos poblacionales, en trabajos de tipo epidemiológico. Los resultados se presentan de forma descriptiva (medidas de tendencia central, o realizando análisis comparativos dentro de los casos o con muestras comparables). Los estudios cualitativos apuntan a lograr una comprensión profunda respecto a la persona que se suicidó, circunstancias, contexto, posibles detonantes y otros aspectos de interés particular de los investigadores.

Los diseños de tipo cuantitativo utilizan entrevistas cerradas con respuesta del tipo si/no o escalas tipo Likert. También se mencionan algunos tests psicológicos que pueden ser aplicados a los informantes (en general instrumentos de screening, tests de personalidad, de depresión o ideación suicida). En los estudios cualitativos se utiliza fundamentalmente la entrevista semiestructurada. Se detallan áreas o dimensiones en las que estas entrevistas profundizan, con variaciones relativamente escasas entre los estudios.

Los instrumentos de respuesta cerrada o las pautas para las entrevistas semiestructuradas en general coinciden en la importancia de recoger información sobre un conjunto amplio de dimensiones que se sintetizan en la Tabla 3.

Tabla 3

Dimensiones y variables destacadas en los estudios de autopsia psicológica

Datos demográficos	género, edad, estudio, situación laboral
Circunstancias del fallecimiento	lugar y momento, método
Factores individuales	rasgos de personalidad, relaciones interpersonales, problemas de salud física, problemas de salud mental (posibles diagnósticos), IAE, autolesiones, manejo del estrés, nivel de impulsividad/desesperanza,
Factores familiares	antecedentes de psicopatología, antecedentes de suicidio o IAE, divorcio, estructura familiar, vínculo con los padres, conflicto familiar
Factores socioambientales	vínculo con centro educativo/trabajo, consumo de alcohol u otras drogas
Eventos adversos	pérdidas, cambios no deseados de centro educativo / trabajo / residencia, conflictos interpersonales, ruptura de relación amorosa, bullying o cyberbullying, abuso sexual, violencia física o psicológica, problemas financieros o legales; posibles eventos detonantes
Contactos con servicios de salud	búsqueda de atención en salud mental, diagnósticos, tratamientos, barreras para el acceso a atención en salud mental

Varios de los estudios revisados resaltan la utilidad y difusión del modelo MAPI (Modelo de Autopsia Psicológica Integrado) en los países de Iberoamérica (Acinas et al., 2015; Cañón Buitrago et al., 2016; Torres, 2008). Este modelo incluye las siguientes variables de análisis: género, creencias religiosas, estado conyugal previo, ocupación, etnia, antecedentes patológicos personales y familiares, consumo de sustancias tóxicas, examen psiquiátrico hasta más o menos un mes antes de la defunción, la esfera de integración cognoscitiva de relación afectiva y de la conducta que incluye patrones alimenticios y del sueño, género, lenguaje, actividades y hobbies, hábitos higiénicos y síndromes, diagnóstico nosológico (que se define como la determinación específica de la enfermedad), áreas de conflicto importantes en el individuo como lo son social, económica, laboral, judicial y de vivienda, aspectos psicológicos particulares relacionados con el comportamiento, los intereses y tratamiento recibido si es el caso en cada paciente, señales emitidas hasta 2 años antes de la muerte.

En general, los artículos revisados coinciden en la necesidad de contar con más de una fuente de datos que permita la triangulación de la información. Otros aportes interesantes que surgieron de la lectura de artículos refieren a consideraciones de tipo éticas y a las potencialidades y limitaciones de los estudios de autopsia psicológica.

Los artículos analizados también permiten identificar un conjunto de factores de riesgo para el suicidio adolescente, con pocas diferencias entre los estudios. Vale señalar que ninguno de los factores de riesgo mencionados se encuentra en la totalidad de los estudios, lo que enfatiza la variabilidad existente y complejiza la labor de prevención. El trabajo más reciente (Mévelle et al., 2020) resalta la relevancia de fenómenos como el bullying y el cyberbullying llamando la atención sobre el rol de internet y las redes sociales en la salud mental adolescente. La Tabla 4 lista los factores de riesgo indicando la cantidad de artículos en los que se los menciona.

Tabla 4

Factores de riesgo identificados en los artículos seleccionados

Factor de riesgo	n	observaciones
Presencia de eventos vitales adversos y/o eventos precipitantes	7	
Inestabilidad y/o disfuncionalidad familiar, falta de contención familiar, conflicto familiar	6	
Dificultades / no acceso a tratamiento en salud mental, estigma asociado al pedido de ayuda en salud mental	6	
Pérdidas y/o separaciones interpersonales	5	
Consumo problemático de alcohol y otras drogas	4	
Trastornos o patologías mentales	4	depresión, trastornos de personalidad
IAE	4	
Dificultades vinculadas a la disciplina o al cumplimiento de la ley; fracaso escolar	3	
Conflictos interpersonales	2	
Ideación suicida	2	
Víctimas de violencia	2	bullying, violencia familiar, abuso sexual
Antecedentes de psicopatología parental	2	depresión, consumo de sustancias, IAE
Características de personalidad	1	retraimiento
Enfermedades de tipo somáticas	1	

Análisis de certificados de defunción e historias clínicas

Objetivos

Sistematizar y analizar información de los certificados de defunción e historias clínicas de adolescentes uruguayos fallecidos por suicidio entre 2018 y 2021 respecto a factores de tipo sociodemográfico, personal, clínico, familiar, comunitario, circunstancial, vinculados al sistema de salud.

Materiales

Se analizaron 149 certificados de defunción y 54 historias clínicas de aquellas personas de 19 años y menos que se suicidaron entre los años 2018 y 2021 en Uruguay.

Procedimientos y resguardos éticos

Los certificados de defunción fueron solicitados por el Área Programática de Salud de Adolescencia y Juventud a Estadísticas Vitales del MSP. Las historias clínicas fueron solicitadas por el Área Programática de Salud de Adolescencia y Juventud a los prestadores de salud a través de la Dirección General de la Salud del MSP.

El estudio contó con el aval de las autoridades del MSP (ver en anexo 1) y con apoyo de consultores financiados por el BID. El proyecto y el protocolo de investigación recibió el aval del Comité de Ética de la Investigación de la Universidad Católica del Uruguay con fecha 15 de noviembre de 2022 (anexo 2).

Los certificados de defunción y las historias clínicas (tanto en su formato físico como digital) permanecieron en todo momento en las instalaciones del MSP. La base de datos que se generó para su registro y análisis es propiedad del MSP, que asegurará el cumplimiento de los resguardos necesarios para la protección de la información allí contenida. Una funcionaria del Área Programática de Salud de Adolescencia y Juventud realizó el procedimiento de anonimizar todos los certificados de defunción e historias clínicas, quitando nombres, números de documentos o cualquier otra información que permitiera identificar directamente a la persona.

Las consultoras externas al MSP firmaron una cláusula de confidencialidad (ver anexo 3), asegurando su compromiso de no revelar fuera del ámbito y alcances de este proyecto ningún dato respecto a la información contenida en los documentos analizados.

Análisis de datos

Se recopiló toda la información contenida en los certificados de defunción (ver matriz de análisis en anexo 4). Las historias clínicas fueron analizadas a través de una grilla (ver en anexo 5) creada a partir de la revisión de los antecedentes, con categorías que refieren a datos: personales (edad, género, situación educativa/laboral, residencia, núcleo familiar), relativos a las características del acto suicida (método, momento del año), vinculados a posibles eventos estresantes presentes y/o desencadenantes, relativos a antecedentes de problemas de salud física y/o mental (diagnósticos, consultas, tratamientos, etc.), asociados a las interacciones el prestador de salud.

Se generó una base de datos anónima, a la que tienen acceso exclusivamente los investigadores de este proyecto y que es propiedad del MSP, no pudiendo ser utilizada para otros fines fuera de los objetivos propuestos en este trabajo.

Resultados del análisis de certificados de defunción

Se analizaron 149 certificados de defunción correspondientes a muertes por suicidio de personas de 19 años y menos producidas entre los años 2018 y 2021 en Uruguay. La Figura 1 presenta la distribución por año de los suicidios, y la figura 2 desagrega esa información por mes del año.

Figura 1

Dimensiones y variables destacadas en los estudios de autopsia psicológica

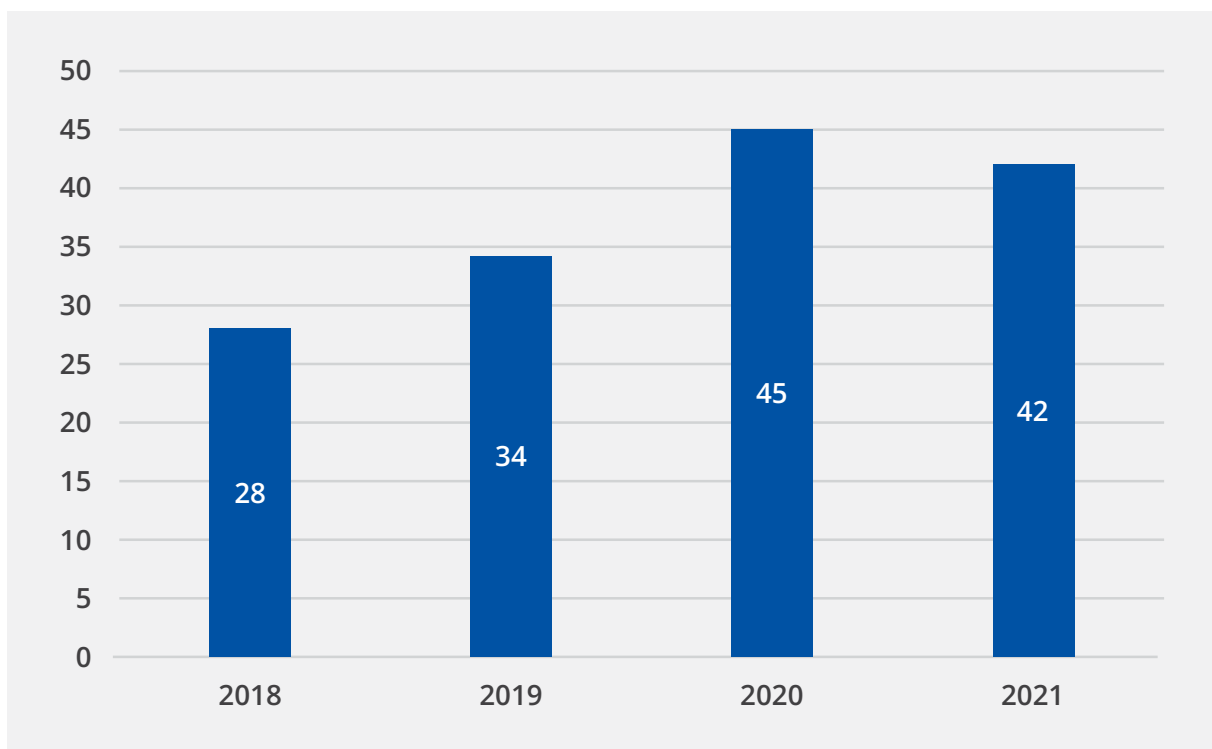
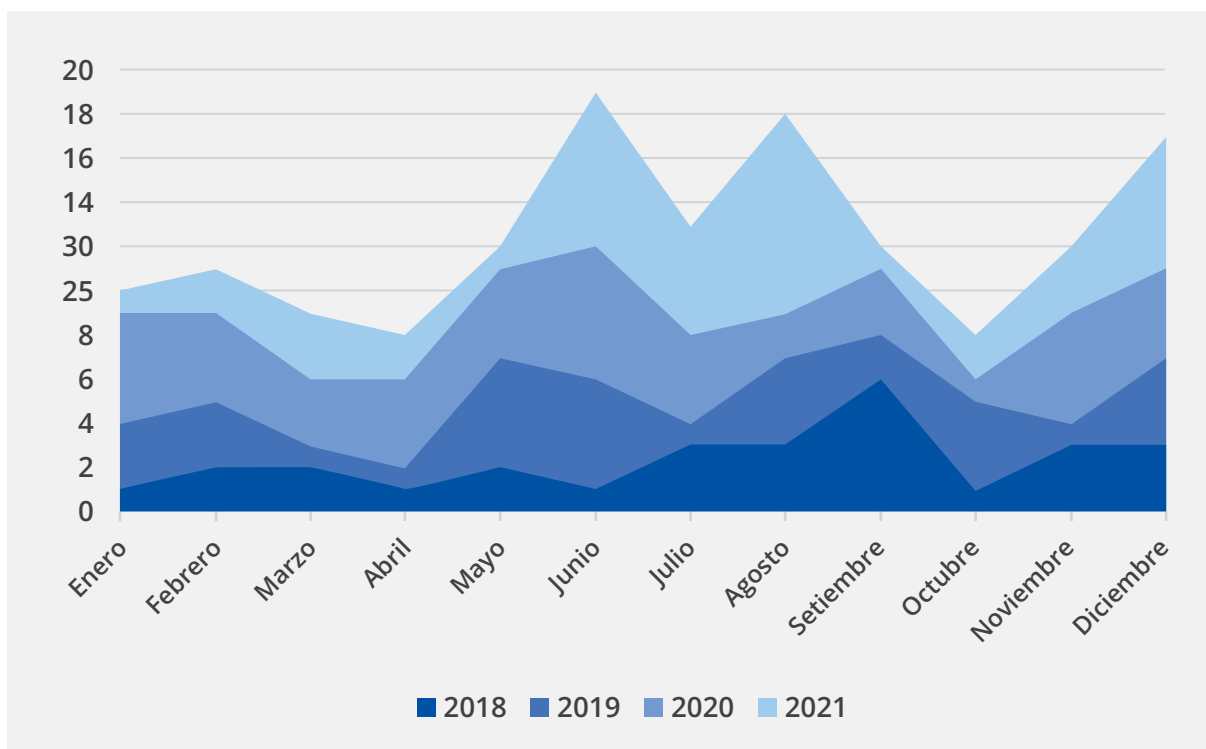


Figura 2

Suicidios adolescentes por mes y por año (2018-2021)



En cuanto a la localidad donde ocurrieron los fallecimientos, en la Figura 3 se presenta la cantidad total de suicidios para cada Departamento del país en el período analizado. En la Tabla 5 se detalla la información por año y por Departamento. El 78% (117) de las muertes ocurrió en núcleos urbanos, 15% (22) en localidades suburbanas, y el 7% (10) restante en ámbitos rurales.

Figura 3

Suicidios adolescentes por Departamento (2018-2021)

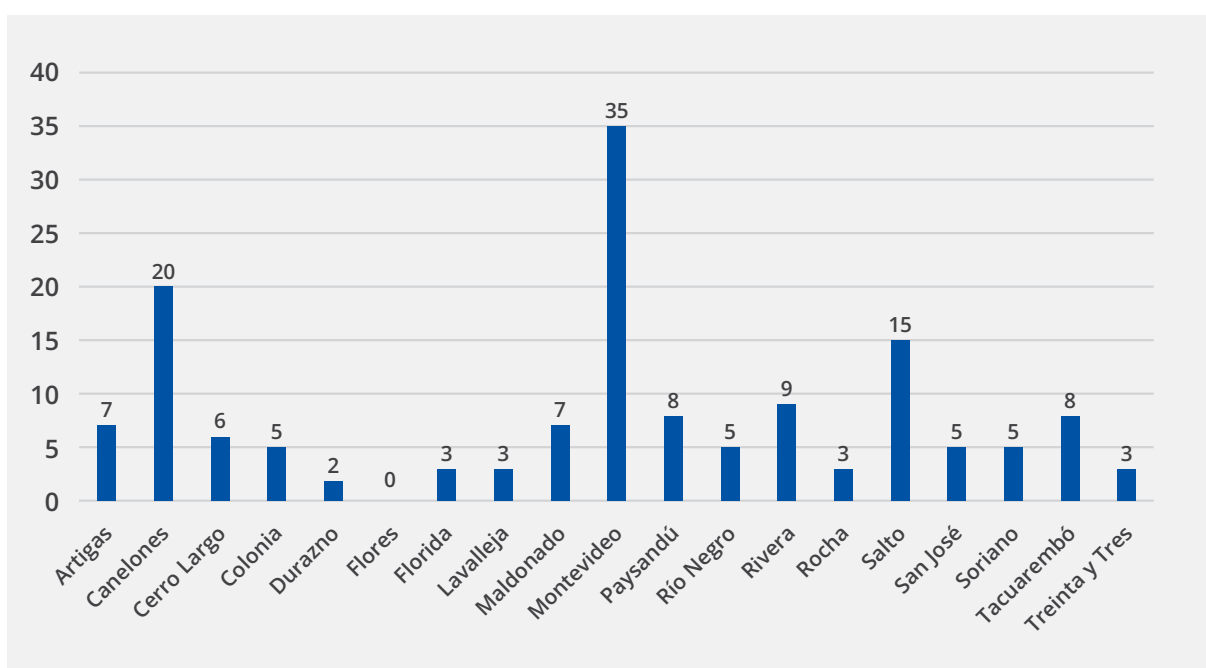


Tabla 5

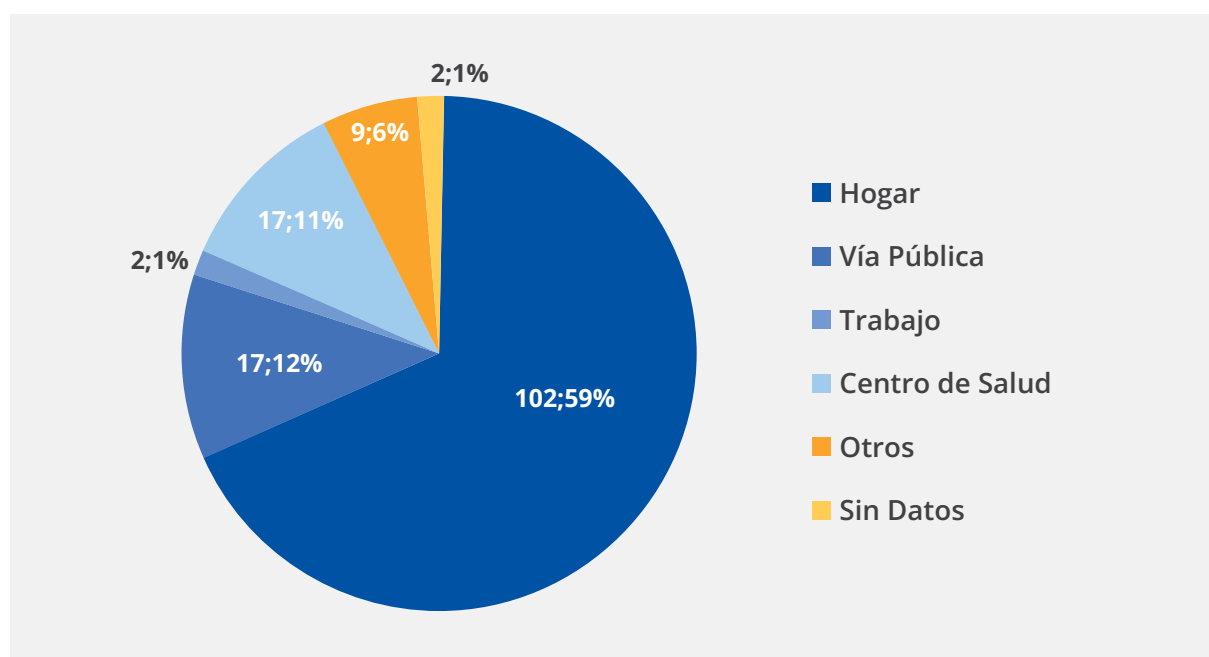
Suicidios adolescentes por Departamento y por año

Departamento	2018	2019	2020	2021	Total
Artigas	2	1	2	2	7
Canelones	2	7	7	4	20
Cerro Largo	1	2	1	2	6
Colonia	0	0	1	4	5
Durazno	0	1	0	1	2
Flores	0	0	0	0	0
Florida	2	0	0	1	3
Lavalleja	1	1	0	1	3
Maldonado	1	1	4	1	7
Montevideo	8	6	11	10	35
Paysandú	0	2	1	5	8
Río Negro	2	0	2	1	5
Rivera	1	4	1	3	9
Rocha	1	0	1	1	3
Salto	4	4	5	2	15
San José	0	2	2	1	5
Soriano	2	2	1	0	5
Tacuarembó	1	1	5	1	8
Treinta y Tres	0	0	1	2	3

La mayor parte de los decesos ocurrieron en el hogar de la persona. La Figura 4 presenta los datos correspondientes al lugar del deceso para todos los casos en los que la información fue consignada en el certificado de defunción.

Figura 4

Lugar del deceso

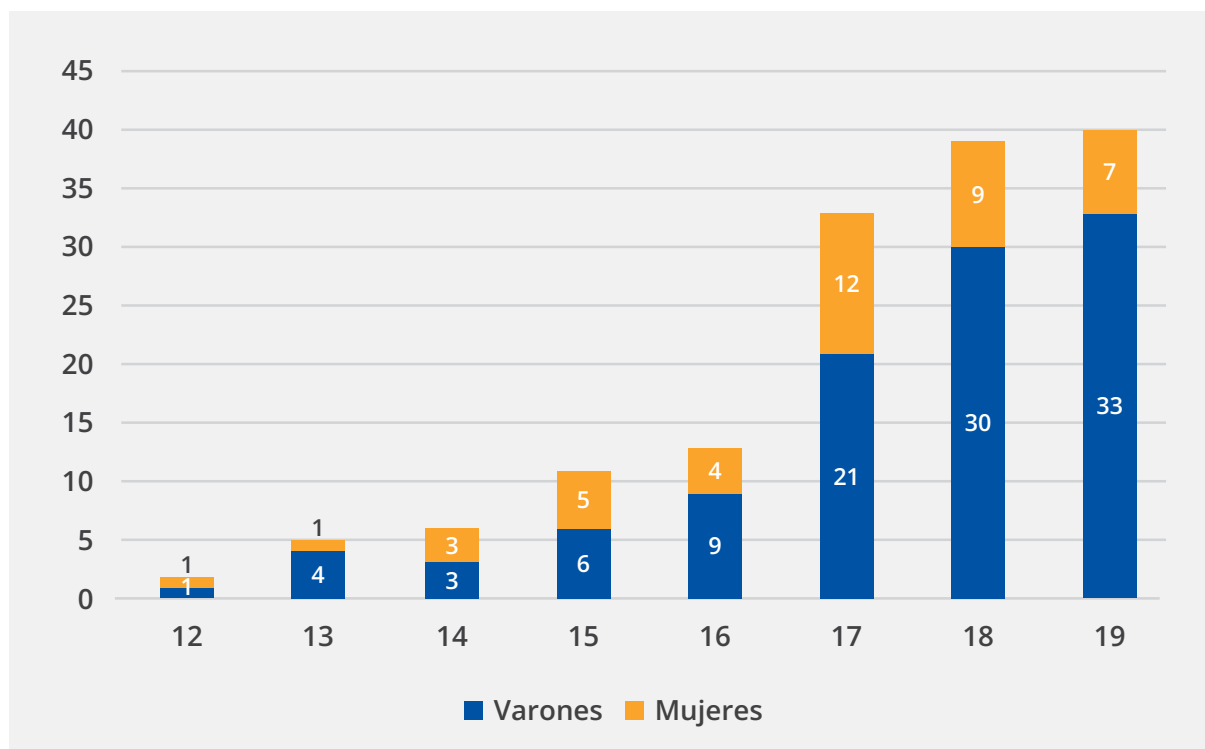


El total de los adolescentes que se suicidaron entre 2018 y 2021 eran de nacionalidad uruguaya. La mayoría de ellos (95%, 141) era de raza blanca y su estado civil era soltero (95%, 142).

En cuanto al sexo de los adolescentes, 72% (107) eran varones y 28% (42) mujeres. La edad media era de 17.2 (Mín: 12, Máx: 19) años. La Figura 5 presenta la distribución de los fallecidos por edad y por sexo.

Figura 5

Datos de suicidios por edad y por sexo



Respecto a la situación laboral de los adolescentes, 47% (70) no trabajaba. Es importante precisar que en 46% (68) de los certificados de defunción no se consignó información sobre situación laboral. Algo similar ocurre respecto a la información sobre instrucción formal de los adolescentes: en el 77% (115) de los certificados no se registró información sobre este punto. La mayoría de los adolescentes para los que se cuenta con información habían culminado el nivel de educación primaria, pero no el nivel secundario.

Casi la mitad de los adolescentes contaban con cobertura asistencial por Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) (46%, 69); 16% (24) se atendían en mutualistas, y no se dispone de datos para el 38% (56) restante de los casos. En la mayoría de los certificados de defunción analizados (92%, 137) no se completó la información correspondiente a estados mórbidos contribuyentes; en 7 certificados se registró abuso de sustancias, en 3 depresión, 1 problemas psiquiátricos, y 1 problemas familiares.

Por último, se analizó el método utilizado para el suicidio. La Figura 6 presenta datos para el total de los adolescentes, y la Tabla 6 desagrega esta información por sexo.

Figura 6
Método utilizado

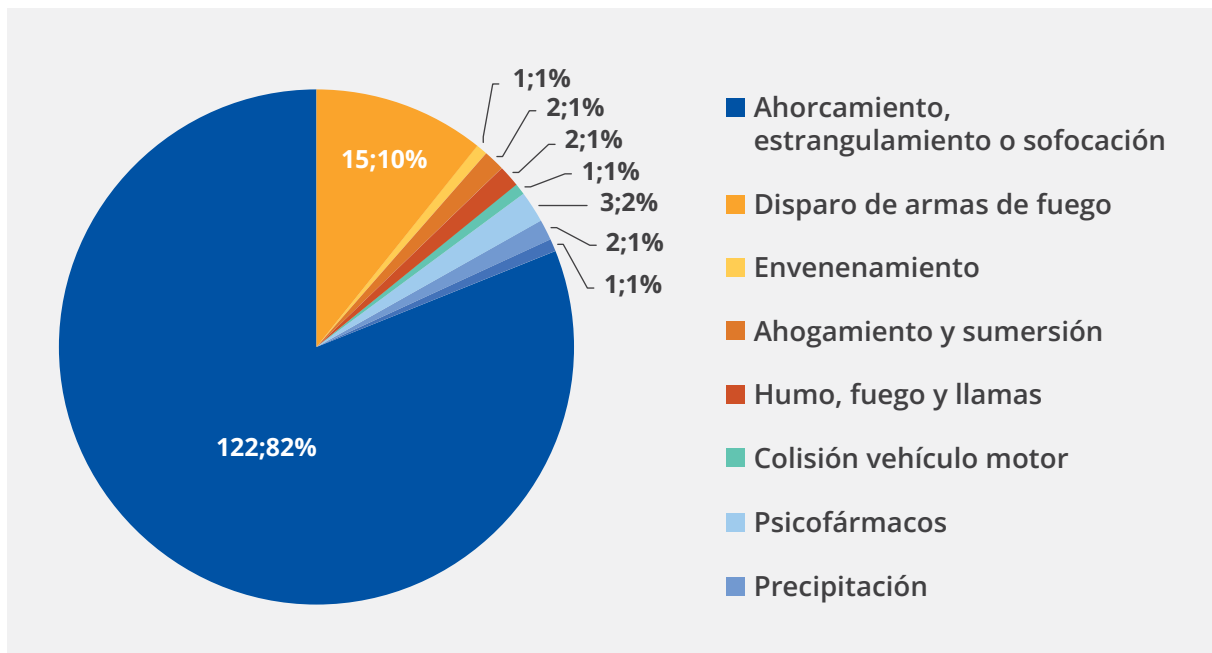


Tabla 6
Método utilizado por sexo

	Varón	Mujer
Ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación	87	35
Disparo de armas de fuego	13	2
Envenenamiento	1	0
Ahogamiento y sumersión	1	1
Humo, fuego y llamas	2	0
Colisión vehículo motor	0	1
Psicofármacos	1	2
Precipitación	1	1
Sin datos	1	0

Resultados del análisis de historias clínicas

A través del Área Programática de Salud de Adolescencia y Juventud del MSP se tuvo acceso a 56 historias clínicas. Dos de ellas fueron descartadas por pertenecer a personas que tenían más de 19 años al momento de su fallecimiento. La Tabla 7 presenta información sobre el Departamento y el prestador de salud de donde provienen las 54 historias clínicas analizadas.

Tabla 7

Departamento y prestador de salud

Departamento	
Artigas	2 (4%)
Canelones	8 (15%)
Cerro Largo	1 (2%)
Colonia	2 (4%)
Durazno	1 (2%)
Flores	0 (0%)
Florida	0 (0%)
Lavalleja	0 (0%)
Maldonado	2 (4%)
Montevideo	17 (31%)
Paysandú	2 (4%)
Río Negro	2 (4%)
Rivera	3 (5%)
Rocha	1 (2%)
Salto	7 (13%)
San José	1 (2%)
Soriano	3 (5%)
Tacuarembó	2 (4%)
Treinta y Tres	0 (0%)
Prestador de salud	
ASSE	38 (70%)
Mutualista	15 (28%)
Particular	1 (2%)

Información sociodemográfica y de funcionamiento general de los adolescentes

Las 54 historias clínicas pertenecían a 37 (69%) varones y 17 (31%) mujeres, con una edad media al momento de la última consulta en los servicios de salud de 16.7 (DE = 2; mín. = 12, máx. = 19).

En la Tabla 8 se presenta información sobre distintos indicadores de funcionamiento general de los adolescentes, indicando en cada caso, el número de historias clínicas que contenían ese tipo de información.

Tabla 8

Información sobre los adolescentes contenida en las historias clínicas

Ocupación (n = 18)	
Estudiante	16 (89%)
Trabajador	2 (11%)
Amigos (n = 6)	
Con amigos	5 (83%)
Sin amigos	1 (17%)
Vínculos de pareja (n = 9)	
En vínculo de pareja	7 (78%)
Sin vínculo de pareja	2 (22%)
Uso de la tecnología (n = 3)	
Uso adecuado	1 (33%)
Uso inadecuado	2 (67%)
Realización de ejercicio físico (n = 12)	
Sólo en el centro educativo	8 (67%)
Deporte extra	2 (16.5%)
No realizaba ejercicio físico	2 (16.5%)
Dificultades de aprendizaje (n = 9)	
Con dificultades	7 (78%)
Sin dificultades	2 (22%)
Fracaso escolar (n = 6)	
Fracaso escolar	4 (67%)
Sin fracaso escolar	2 (33%)
Problemas disciplinarios en centros educativos (n = 4)	
Con problemas de disciplina	3 (75%)
Sin problemas de disciplina	1 (25%)
Infracciones de la ley (n = 4)	
Problemas con la ley	3 (75%)
Sin problemas con la ley	1 (25%)

Contexto familiar y antecedentes familiares de patología mental

En 21 historias clínicas se encontró información respecto a la configuración familiar de los adolescentes fallecidos (ver Tabla 9).

Tabla 9

Configuración familiar (n = 21)

Tipo de configuración familiar	
Nuclear	7 (33%)
Monoparental	10 (48%)
Ensamblada	2 (9%)
Institucionalizado - INAU	1 (5%)
Institucionalizado - INISA	1 (5%)

En 15 historias clínicas se brinda información sobre el tipo de vínculos intrafamiliares. En 12 (80%) de los casos los vínculos familiares pueden considerarse disfuncionales (violencia, abandono, fuerte conflicto familiar, etc.) y en 3 (20%) de los casos se reportan vínculos familiares que pueden ser considerados funcionales.

En 6 historias clínicas se incluye información sobre antecedentes familiares de patología mental y/o IAE o suicidio. De esos 6 casos, en 5 (83%) existen antecedentes de trastornos mentales en distintos familiares: madres (4), padres (2) y hermanos (2). En 3 historias clínicas se mencionan antecedentes familiares de IAE y/o suicidios de hermanos (3) y madre (1).

Eventos vitales adversos de los adolescentes

En 11 historias clínicas se registró información sobre antecedentes de violencia y/o abuso sexual. Según estos registros, 8 (73%) adolescentes fueron víctimas de violencia y/o abuso sexual.

Respecto a otros posibles eventos vitales adversos, en 12 historias clínicas se incluyó información sobre eventos que refieren a: conflictos y/o desvinculación familiar (6), fallecimiento de familiares (3), situación de calle y/o institucionalización (3), enfermedad de familiares (1), accidentes de tránsito (1), bullying (1), embarazo no deseado (1), migración (1). En 5 de esos casos se reporta más de un evento vital adverso.

Salud de los adolescentes

Respecto a la salud física de los adolescentes fallecidos por suicidio, se encontró información sobre uno o más diagnósticos de enfermedades o problemas de salud en 8 historias clínicas. Los diagnósticos fueron: asma (3 casos), tumores (2 casos), sífilis (1 caso), gonorrea (1 caso), bajo peso (1 caso), estrabismo (1 caso), hipoacusia (1 caso).

En 12 historias clínicas se hizo referencia específica a la alimentación de los adolescentes. De estas 12 historias clínicas, 4 (33%) daban cuenta de alguna dificultad con la alimentación, y las restantes 8 (67%) no planteaban dificultades al respecto.

Se analizó el reporte de problemas vinculados al sueño y se encontró información en 10 historias clínicas, 6 (60%) de las cuales indicaban presencia de problemas de sueño.

En 17 historias clínicas se completó información respecto al consumo de sustancias psicoactivas. De este total, 9 historias (53%) reportaron que no había consumo y 8 (47%) que sí lo había. De los 8 adolescentes con consumo, 6 consumían más de una sustancia. El consumo más frecuente era el de marihuana (7), seguido de tabaco (5), cocaína (4), alcohol (2), pasta base de cocaína (2) y psicofármacos (1).

Respecto a problemas de salud mental, 23 historias clínicas incluyen información sobre diagnósticos de trastornos o enfermedades mentales: en 18 (78%) casos se había diagnosticado algún trastorno y en 5 (22%) casos, no. De los 18 casos que fueron diagnosticados por problemas de salud mental, 6 (33%) presentaron más de un problema. En la Tabla 10 se presenta el diagnóstico realizado y en la Tabla 11 información sobre el profesional que realizó los diagnósticos.

Tabla 10

Diagnósticos de problemas de salud mental (n = 18)

Diagnóstico	
Depresión	9
Ansiedad	5
Uso problemático de sustancias	5
Trastorno de personalidad	1
Problemas de conducta	2
Otros	4

Tabla 11

Profesional que realizó el diagnóstico (n = 18)

Profesional	
Médico de referencia	8 (44%)
Psicólogo	3 (17%)
Psiquiatra	5 (28%)
Otros	1 (5,5%)
Sin información	1 (5,5%)

Para poder conocer el tiempo transcurrido entre el diagnóstico de trastornos o problemas de salud mental y la fecha de fallecimiento, se cruzó la información contenida en las 18 historias clínicas, con la fecha de muerte registrada en los certificados de defunción correspondiente a los mismos adolescentes. En promedio, el diagnóstico fue realizado 16 meses antes del suicidio (DE = 19 meses; mín. 1 mes, máx. 64 meses).

En 22 historias clínicas se brinda información respecto a si hubo indicación o no de tratamiento salud mental. En 20 (91%) de estos casos sí figura una indicación de tratamiento. De estas 20 indicaciones 14 (70%) son a tratamiento psicológico y psiquiátrico y 6 (30%) a tratamiento psicológico. Para estos 20 casos se analizó, además, el acceso o no al tratamiento y se encontró que 15 (75%) adolescentes accedieron al tratamiento y otros 5 (25%) no. En 7 de los casos que se indicó tratamiento, hubo por lo menos una internación psiquiátrica.

Autolesiones, ideación suicida, IAE y suicidio

En 9 historias clínicas se incluyó información sobre autolesiones; en la mayor parte de estas historias (8, 89%) se registraron autolesiones (en los 3 casos en los que se especifica, se trata de cortes).

En 15 historias clínicas se encontraron referencias a ideación suicida: 11 (73%) de esos casos plantea la existencia de ideación suicida y 4 (27%) no. De los 11 casos en los que había ideación suicida, su frecuencia puede ser catalogada como alta. Respecto a los IAE, en 8 (61%) de las 13

historias clínicas que hace referencia a este punto, se registró al menos 1 IAE previo al suicidio. Los métodos utilizados en los IAE fueron la ingesta de psicofármacos (3), ahorcamiento (2), objeto cortante (2), envenenamiento (1).

Para poder conocer el tiempo transcurrido entre los IAE y el suicidio del adolescente, se cruzó información de las historias clínicas con los certificados de defunción. Los intentos que se registraron en las historias clínicas ocurrieron en promedio 9 meses antes del suicidio (DE = 8.4; mín. 0, máx. 24 meses).

Solamente 12 de las 54 historias clínicas analizadas consignaba el fallecimiento por suicidio del adolescente y la fecha en la que había ocurrido. En 9 de estos registros se especificó el método: 7 (78%) ahorcamientos, 1 (11%) por envenenamiento, y 1 (11%) por precipitación desde altura.

Atención en el sistema de salud

Se analizaron los motivos que originaron la última consulta que figura en la historia clínica. La Tabla 12 presenta información agrupada sobre esos motivos (en 1 caso existe más de un motivo para la consulta).

Tabla 12

Motivos última consulta realizada en el sistema de salud

Motiva última consulta	
Control	10 (18%)
Problemas de salud física	23 (43%)
Problemas de salud mental	12 (22%)
Otros	9 (17%)

Dentro de la categoría Otros (9 casos), los motivos de la consulta referían a: heridas por armas de fuego (2 casos), quemaduras por incendio (1 caso), cortes en miembro inferior con una amoladora (1 caso), examen médico en el marco de detención policial (1 caso), análisis clínicos (1 caso), embarazo (1 caso), accidente de tránsito (1 caso), lesiones leves (1 caso).

Se analizó la cantidad de consultas que realizó el adolescente durante los 12 meses previos a la última consulta registrada en la historia clínica. Se encontró un promedio de consultas anuales de 3.5 (DE = 2.9, mín. 1, máx. 11) para el total de adolescentes (M varones = 3.2; mín. 1, máx. 11; M mujeres = 4.2, mín. 1, máx. 9).

Nuevamente, para poder conocer el tiempo transcurrido entre la última consulta en el centro de salud y la fecha de fallecimiento, se cruzó la información contenida en las 54 historias clínicas, con la fecha de muerte registrada en los certificados de defunción correspondiente a los mismos adolescentes. En promedio, la última consulta en el centro de salud fue realizada 9 meses antes del suicidio (DE = 18 meses; mín. 0 mes, máx. 117 meses). Del total de historias clínicas analizadas, surge la información de que en 29 casos (54%) la última consulta fue realizada durante los 3 meses previos al suicidio, y que 38 casos (70%) el adolescente había asistido por lo menos una vez al centro de salud durante los últimos 6 meses previos a suicidarse.

Grupos focales de discusión con profesionales de la salud

Con el objetivo de conocer la visión de profesionales de la salud que hayan tenido contacto con adolescentes con IAE y/o que se suicidaron respecto a las posibilidades de prevención, evaluación de riesgo, abordaje oportuno y seguimiento, se llevaron adelante grupos focales de discusión con profesionales de prestadores privados y públicos, tanto de Montevideo como del interior del país.

Participantes

Se realizaron cuatro grupos de discusión, dos con profesionales que se desempeñan en ASSE y dos con profesionales que trabajan en centros de salud privados, mediante la plataforma Zoom. Los grupos con profesionales de ASSE estuvieron conformados por un total de nueve participantes: médicos de familia, médicos generales, psicólogos y licenciados en enfermería, que trabajan en Montevideo, Canelones y Maldonado. Los grupos con profesionales que se desempeñan en instituciones de salud privadas estuvieron integrados por un total de 25 participantes: psiquiatras, médicos de familia, médicos generales, psicólogos, trabajadores sociales, licenciados en enfermería, nutricionistas y auxiliar de equipos médicos, que trabajan en Montevideo, Florida, Salto, Maldonado, Paysandú, Canelones y Rocha, desempeñándose por lo común en mutualistas y, en un número menor de casos, en seguros de salud.

Instrumentos

En anexo 6 se presenta el guion utilizado en los grupos de discusión. Las preguntas disparadoras apuntaron a conocer las experiencias, fortalezas y debilidades identificadas por los profesionales en la detección, evaluación, abordaje y seguimiento de las situaciones de IAE o suicidio en adolescentes.

Procedimientos y resguardos éticos

A través del Área Programática de Salud de Adolescencia y Juventud se contactó a todos los prestadores de salud de Montevideo e interior del país vinculados a la atención en salud de adolescentes. Se les presentó el proyecto y se invitó a participar del grupo de discusión a todos los profesionales asociados a los

espacios de salud adolescente que hubieran prestado atención a usuarios durante los años 2018-2021.

A los profesionales que aceptaron participar, se les envió el consentimiento informado (ver anexos) en donde se explicitó el carácter voluntario y anónimo de su participación. También se brindó información respecto a la grabación en audio del grupo, la confidencialidad y manejo de los datos y su posible publicación en forma agregada, resguardando siempre datos que pudieran ser identificatorios de cada profesional.

Con aquellos profesionales que firmaron el consentimiento informado, se coordinó su participación en los grupos de discusión. Los mismos tuvieron una duración aproximada de 90 minutos. Los grupos fueron facilitados por una socióloga, con experiencia en la realización de grupos focales de discusión. Se realizó la transcripción de cada uno de los grupos, quedando alojados tanto los audios como los documentos escritos en las instalaciones del MSP, bajo acceso exclusivo de los investigadores.

Análisis de datos

La información resultante de los grupos de discusión se interpretó según los objetivos antes presentados: experiencias de interacción con adolescentes y sus familiares, fortalezas y debilidad para la detección del riesgo suicida, valoración de riesgo, abordaje y seguimiento de los casos. Los resultados se presentan por categorías temáticas, añadiendo viñetas ilustrativas. El análisis se basó en una triangulación múltiple (fuente de datos, metodológica, disciplinar y teórica). Para el análisis de los grupos de discusión se contó con la colaboración de un psicólogo experto en metodología cualitativa.

Resultados de los grupos de discusión

Percepción sobre la salud mental de los adolescentes en Uruguay

Los participantes tienden a coincidir en percibir continuidades y también cambios en la situación de los adolescentes uruguayos. Consideran la importancia de los vínculos con sus familias y pares, la atención al momento presente y el requerimiento de contención, como aspectos permanentes y típicos de esta etapa vital. Pero también destacan cambios; en tal sentido, las situaciones generadas a partir de la pandemia por COVID-19 tienden a ser identificadas como significativas (*"la pandemia vino a agravar una situación que se estaba armando"*)¹. Entienden que se habría verificado un incremento relevante de las consultas con profesionales de la salud mental, con presencia de sintomatologías de diverso tipo, más frecuentes y complejas, y de inicio más precoz (*"el inicio de sintomatología y de los procesos psicopatológicos es mucho más precoz y con una sintomatología más importante"*).

Se mencionan los trastornos de ansiedad, IAE, presencia de ideas de muerte, trastornos alimentarios, problemas de convivencia, somatizaciones y comportamientos de riesgo en general (*"la ansiedad es un síntoma que viene arrasando", "cada vez hay IAE en adolescentes más chicos y el método es de mayor riesgo", "no cuidarse, en todas las áreas"*). Quienes trabajan en ASSE destacan el incremento de las lesiones auto infringidas (*"se incrementaron las autoagresiones, cortes", "ha aumentado en forma increíble y ha disminuido la edad"*), así como el consumo problemático de sustancias psicoactivas, especialmente alcohol y marihuana y, con menor frecuencia, de otras sustancias (*"hay naturalización del consumo de alcohol", "consumo de sustancias, drogas duras como se decía antes"*). También algunos de estos profesionales destacan la desertión del sistema de educativo, que suele no ser acompañada por la realización regular de otras tareas (*"se pasan en redes, durmiendo"*), lo que, con frecuencia, correlacionaría con el consumo de sustancias psicoactivas.

Varios participantes señalan que la falta de contacto interpersonal entre pares generada por la pandemia no habría sido subsanada para un buen número de adolescentes (*"muy retraídos", "el aislamiento que provocó"*) y que incluso llega a ser naturalizado por quienes lo

vivencian sin manifestar malestar (*"solos y sin conciencia de esa soledad"*).

Por otra parte, se refiere que, con cierta frecuencia, los motivos de consulta tendrían relación con diversas formas de violencia, encontrándose por lo general los adolescentes en la situación de agredidos sobre todo en el marco de relaciones familiares y con pares (*"este año {en las instituciones educativas} todos nos piden {talleres sobre} violencia"*). Varios participantes entienden que tal nivel de violencia se habría naturalizado en ciertos contextos, por más que con frecuencia los adolescentes sigan percibiéndola como generadora de problemas. Estiman que el sufrimiento resultado de tales situaciones de violencia podría hacer más frecuente la presencia de IAE (*"y eso viene precediendo que haya intentos"*).

También se coincide en destacar que los adolescentes actuales mostrarían una intensa actitud de cuestionamiento hacia las realidades presentes en el entorno, y también hacia sí mismos. Cuestionamientos diferentes respecto a los más típicos en anteriores generaciones, y que podrían promover el interés en consultar con profesionales de la salud mental. Motivación que, sumada al presunto resultado de las recientes campañas sobre salud mental, habría facilitado lo que se evalúa como incremento en la cantidad de adolescentes que toma la iniciativa de consultar en servicios de salud mental (*"los chicos piden ayuda", "vienen directamente a pedir psicólogo", "hay gran aumento de demanda por atención, por pedir ayuda"*). Esta conducta, con cierta frecuencia, no sería respaldada por sus familias, las que podrían percibir en menor medida el malestar e incluso el riesgo en el que se encuentran los adolescentes (*"no poder visualizar el riesgo"*).

Se entiende que los servicios de salud no responden adecuadamente a esa demanda, en el tiempo que sería conveniente (*"los tiempos son tan largos, y los adolescentes son aquí y ahora", "hay demanda no satisfecha", "los tiempos de escucha que los adolescentes necesitan no se están dando debidamente"*).

Los participantes destacan una importante relación entre el malestar psicológico vivenciado por los adolescentes, y sus entornos familiares, caracterizándose a tales entornos por rasgos como la presencia de violencia familiar, ausencia de límites y contención, falta de referentes, dificultad para percibir el malestar psicológico en los adolescentes y disfuncionalidad general

¹ Se transcriben, entre paréntesis, comillas y en cursiva, verbalizaciones de los participantes que se consideran ilustrativas.

("no poder visualizar el riesgo", "a veces la familia minimiza"). Incluso en la situación de familias que se entiende cumplen adecuadamente con sus funciones, las mismas se verían desafiadas en su capacidad de acompañamiento cuando la salud mental de los adolescentes se desestabiliza, por lo que les resultaría beneficioso recibir el acompañamiento de los servicios de salud ("porque la familia banca mucho, pero se desgasta").

En algunos casos, se entiende que los adolescentes, como categoría de usuarios, tenderían a despertar dificultades específicas en los equipos de salud, situación que podría incluso promover una actitud de resistencia de los profesionales a trabajar en este campo *("el adolescente molesta en las instituciones", "los adolescentes asustan a los psiquiatras de adultos y pediátricos").*

La experiencia con los pacientes adolescentes que realizan IAE

Los participantes, especialmente quienes se desempeñan en instituciones del sector privado, plantean que los IAE entre adolescentes mostrarían mayor frecuencia, gravedad y precocidad en aparición respecto al pasado *("cada vez intentos más graves, incluso niños", "en niños muy chiquitos incluso").* Pese a lo anterior, resulta muy limitada la referencia a situaciones de tal tipo experimentadas personalmente.

La conversación en los grupos tiende a centrarse en los que podrían considerarse factores de riesgo para los IAE. Entre ellos se destacan algunos comportamientos como las autolesiones, conducta que se entiende más prevalente que en el pasado *("otra cosa que ha aumentado en forma increíble y ha disminuido la edad son las lesiones auto infringidas", "se minimizan las autolesiones", "autolesiones que alivian el malestar psicológico")* y el consumo de sustancias psicoactivas.

También se conceptualizan como riesgos algunas condiciones como la presencia de ciertas psicopatologías, baja tolerancia a la frustración, impulsividad, dificultad para mentalizar y personalidad tipo B. Respecto a hábitos y proyectos, los IAE resultarían más frecuentes cuando los adolescentes han desertado del sistema educativo o enfrentan dificultades en el mismo, y cuando han perdido los que se consideran como hábitos saludables *("se quedan en el dormitorio mirando las redes sociales, no comparten mesa").* Y, en términos generales,

y destacado por participantes de ASSE, la ausencia de proyectos para su vida.

Otros factores podrían considerarse más propios del contexto, como ciertas características familiares, especialmente destacadas por los participantes de ASSE, como la ausencia de figuras parentales, la carencia de referentes que oficien de interlocutores u otros tipos de disfuncionalidad *("donde hay un adolescente con un problema en general detrás hay una familia en que algo está pasando").* Riesgo que se vería incrementado cuando no existen otras personas con quienes los adolescentes mantengan vínculos de confianza *("falta de referentes que le pongan escucha a esos malestares", "no tener quien los quiera incondicionalmente").* También serían factores contribuyentes la existencia de comportamientos violentos en el entorno, y el eventual efecto negativo de la participación en redes sociales.

En algún caso se plantea que cuando los IAE son identificados en los servicios de salud, es habitual que se encuentre que ya habían existido otros intentos previos que no llegaron a los centros de salud o que no fueron atendidos correctamente *("cuando ingresa un adolescente por un intento, vemos que ya tuvo otros antes", "muchas veces hubo consulta y no hubo respuesta por quien lo ve").*

Surge entre algunos participantes la discusión respecto a si los IAE son o no comportamientos más característicos de algunos segmentos socioeconómicos. Se tiende a coincidir en que, respecto al pasado, estos eran más visibles en los niveles socioeconómicos más bajos, mientras que en el presente se habrían, hasta cierto punto, generalizado a otros estratos *("el IAE era de consulta hospitalaria", "ha ido cambiando el motivo de consulta", "lo estamos viendo en el privado", "eso cambió radicalmente, el motivo de consulta en instituciones privadas ha variado en forma exponencial").* Se propone como factible explicación para este fenómeno la migración de cierta porción de la población, en virtud del sistema del FONASA, desde ASSE hacia las instituciones privadas. Pero también se supone que podría obedecer a un cambio en las conductas en los sectores medios y altos, pese a que podrían seguir contando con una menor visibilidad debido al acceso a otros recursos y porque, eventualmente, las familias podrían no darle la suficiente importancia *("la diferencia no son los cuadros psicopatológicos si no los recursos a los que se puede acceder").* Pese a lo cual, en algunos casos se entiende que, en

segmentos socioeconómicos altos, serían más características conductas tales como el consumo abusivo de sustancias, las autolesiones, los trastornos alimentarios y los comportamientos de riesgo en general (*"riesgo suicida encubierto"*).

Algunos participantes explicitan las emociones despertadas por el contacto con situaciones de IAE en adolescentes. En tales casos, se expresan emociones displacenteras, caracterizadas también por cierta incertidumbre (*"cuando nos llegan pacientes con suicidios frustrados uno sufre porque la vida y la muerte penden de un hilo, de una decisión, de un momento psicótico, impulsivo", "lo que decide puede ser cualquier cosa, nimia o no", "no tenían tantos corazoncitos y empiezan ese rollo"*).

Las respuestas de las familias a los IAE de sus integrantes adolescentes estarían, de acuerdo con los participantes, caracterizadas por la heterogeneidad, aunque existirían algunas reacciones, en cierta medida problemáticas, que serían bastante características. Por una parte, la vivencia marcada por la sorpresa y la incompreensión del comportamiento del adolescente (*"muchas veces la familia no entiende", "vienen como cansados, "por qué hacen esas cosas si les dan todo"*). En otros casos, la tendencia sería a minimizar la relevancia de tales comportamientos, incluso en el caso de familias que se considera contienen adecuadamente a sus adolescentes. Y, en otros, estaría constituida básicamente por la continuación de una previa actitud de cierta prescindencia (*"a veces el problema es la falta de familia, o cuando es tan disfuncional que en vez de organizar el psiquismo de la persona lo desorganiza plenamente", "hay chicos que están bastante solos"*).

Sea cual sea la situación, tiende a coincidir en la relevancia de promover el involucramiento saludable y fortalecimiento de la familia para facilitar la recuperación del adolescente (*"cuando la familia está fortalecida es fantástico", "el seguimiento tiene que ser muy continuo, porque la familia banca mucho, pero se desgasta", "tiene que haber una familia fortalecida en las herramientas para tratar esa situación y mejorarla"*).

La atención a los adolescentes que realizan IAE

De acuerdo con los participantes, la atención a los pacientes que protagonizaron un IAE mostraría algunas similitudes y un buen número de diferencias entre los diferentes centros de

salud. Respecto a lo similar, puede marcarse el consenso acerca de que lo más frecuente es que comience en la puerta de emergencia. Bastante menos frecuente sería que el contacto se inicie en otra instancia, como policlínicas. Otro punto en común es la posterior realización de alguna forma de seguimiento con diferencias son significativas entre instituciones y centros de salud.

Entre quienes se desempeñan en el sector privado, suele coincidir en que el procedimiento más habitual supondría que, tras la primera atención, existiría una consulta con psiquiatra en los siete días siguientes, y un seguimiento, que duraría por lo menos seis meses, con la iniciación de psicoterapia a la brevedad posible. Y, en varios casos, brindando cierta forma de atención a las familias. Son los representantes de varias instituciones del interior quienes describen los procedimientos anteriores de forma más estandarizada y, según expresan, en general efectivamente cumplidos. De tal forma, por ejemplo, en una de las instituciones tras la consulta en emergencia, sólo se otorgaría eventualmente el alta después de que el paciente tome contacto con el equipo integrado por psicóloga y trabajadora social. Mientras que, en algunas instituciones, el paciente recibiría al alta con fechas ya agendadas para el control con psiquiatra y con el equipo de seguimiento. En varios casos, se señala que el acceso a la psicoterapia se encuentra priorizado para los pacientes en esta situación.

En algunos centros están previstas instancias para el trabajo con las familias (*"tenemos un espacio para darle herramientas a las familias con estos pacientes"*). Y en algún caso se menciona haber extendido la edad del paciente objeto de este procedimiento hasta los 24 años, así como el plazo de seguimiento regular hasta los dos años.

De decidirse la internación, no sería infrecuente, según se menciona, que tal medida exija cierto grado de persuasión desde el personal hacia el paciente y su familia, procurando convencerlos de la conveniencia de la medida (*"el ingresar al sanatorio lleva mucho tiempo de convencimiento"*). Se genera discusión, en uno de los grupos, respecto a dónde conviene que sea internado el paciente, argumentándose respecto a las ventajas y desventajas de la hospitalización en una institución psiquiátrica o general, señalándose, en algún caso, que la internación puede generar que el paciente establezca vínculos con otras personas interna-

das, con personalidades similares, que pueden resultar en el futuro no beneficiosos (*"salen peor de las clínicas"*).

Las principales críticas que surgen respecto al funcionamiento en las instituciones privadas refieren al cumplimiento de algunos pasos de los procedimientos. Se mencionan con frecuencia, demoras en instancias del seguimiento, especialmente en el acceso a la psicoterapia.

Por otro lado, reiteradamente, se señala a la atención que pueden recibir los pacientes que realizaron IAE en la emergencia de los centros de salud y, en menor medida, en policlínicas (*"quienes recepcionan muchas veces este tipo de problemas son los equipos de las puertas de emergencia"*), planteando interrogantes respecto a la capacitación y experiencia de los profesionales responsables, cosa que podría derivar en un inadecuado tratamiento de la situación (*"pasa que, en una consulta de primer nivel, una adolescente tiene ideas de autoeliminación, con plan, y la pediatra que la ve no la manda a puerta. Le dice vení dentro de tres días que hay una psiquiatra", "hay dificultades para poder explorar debidamente el primer acercamiento de qué es lo que está detrás de la concurrencia a la emergencia", "parece como que valiera mucho más la emergencia de la salud física que la salud en los aspectos psicológicos"*).

La situación referida por los profesionales que trabajan en ASSE resulta, en general, bastante diferente. Por lo común es evaluada como más alejada de lo que se entendería como óptimo, especialmente respecto al seguimiento que se realiza (*"el seguimiento es lo que falla", "emergencia en un intento se puede cumplir; falla después, el segundo nivel"*). Frecuentemente se atribuye la responsabilidad de tal situación a la limitada disponibilidad de recursos humanos. En tal sentido, se menciona como improbable que los pacientes puedan acceder en menos de siete días a la consulta con psiquiatra y en un lapso de tiempo breve a la psicoterapia (*"sé que en emergencia tienen dificultades para conseguir consultas con psiquiatras", "llamé a la psicóloga, me dijo que tenía 200 {pacientes} en lista de espera", "en mi centro de salud la psicóloga tiene 180"*). Como consecuencia, varios participantes mencionan que son ellos mismos, médicos no psiquiatras, quienes suelen realizar las entrevistas de seguimiento que correspondería realizaran psiquiatras. Psiquiatras que, por otra parte, con frecuencia no serían expertos en el trabajo con adolescentes.

Pese a tales dificultades, se indica que en algunos centros se lograría realizar un seguimiento de todos los pacientes involucrados, especialmente cuando existen equipos de salud mental consolidados (*"hay equipos de seguimiento de IAE"*). A diferencia de otros centros de salud, en los que se considera probable que existan pacientes que dejen de estar en contacto con el mismo. Como derivación de la escasa disponibilidad para el acceso a psiquiatras y psicólogos, y ante la ausencia de disponibilidad de tratamientos no farmacológicos, se estima probable que se indique más medicación de la que convendría (*"capaz damos antidepresivos cuando no tendríamos que dar", "a veces te asustás y das medicación"*).

También podrían encontrarse dificultades, por lo menos en el área metropolitana, si se decide una internación, especialmente por las opciones disponibles cuando los pacientes son mayores de 14 años, y por tanto, no pueden ser derivados al Pereira Rossell. Esto plantea la eventual imposibilidad para el equipo de decidir entre las alternativas (*"hemos tenido que trasladar adolescentes al Vilardebó porque no los aceptan en el Maciel y el Pasteur", "{un adolescente} está en una sala con cuatro personas, pasando horrible"*).

Más a mediano plazo, en varias oportunidades se destaca la dificultad que encuentran los equipos con un parte de los adolescentes que realizan IAE, y que, pese a los tratamientos, mantienen pensamientos que hacen temer nuevos intentos.

Conocimiento y seguimiento de los protocolos

Por lo general, los participantes que trabajan en instituciones privadas manifiestan conocer el protocolo elaborado por el MSP o, por lo menos, no señalan desconocerlo (*"todo el equipo conoce", "la dirección departamental los ha difundido"*). Pero, al mismo tiempo, tienden a plantear dudas de que el personal en general esté familiarizado con el mismo (*"quizás no lo conocen en profundidad todos los médicos generales"*). Esto podría derivar, entre otros motivos, de las variaciones que pueden darse en los equipos, especialmente de las puertas de emergencia. Esta variación en la modificación de los equipos requeriría de frecuente formación del personal (*"se precisa continua capacitación", "los protocolos se conocen, pero hay que estar todo el tiempo capacitando a todo"*).

el personal”).

Por otro lado, se refiere que varias instituciones elaboraron protocolos propios, a partir del texto propuesto por el MSP, añadiendo otras acciones o registros (*“tenemos un protocolo institucional que es una adaptación del de ministerio donde hay una forma de registro, atención y seguimiento”, “que incluye las recomendaciones a las familias”*).

De acuerdo con los participantes, en algunos centros de ASSE el protocolo es conocido y utilizado, por lo menos por parte del personal de salud mental (*“hay librito”, “está en la puerta de emergencia”*), pero los comentarios parecen sugerir que se entiende que tal conocimiento sería menor por parte de otra parte del personal o en otros centros (*“no se si todo el mundo lo conoce”, “no está visible en emergencia”*).

Conociendo los protocolos y, eventualmente, valorándolos favorablemente, tiende a coincidir en que resulta de difícil cumplimiento (*“los protocolos están buenos para guiarte”, “se ha utilizado, pero muchas veces se ha ignorado”, “el protocolo está bárbaro pero la realidad es otra”*). Puntualmente, en un caso se menciona haber colaborado en la redacción de un protocolo para una región del país, pero que no se llegó a cumplir de forma satisfactoria.

En general se proponen tres motivos por los cuales el protocolo sería relativamente poco conocido y aplicado. Por una parte, por los frecuentes cambios en el personal, especialmente cuando desafectan del servicio a quienes están más familiarizados y se han capacitado en el tema (*“si se va el que fue a la capacitación no queda más nadie”*). Por otra parte, porque podría ser un tema no priorizado por la dirección de algunos centros (*“yo preguntaría si los que gestionan las policlínicas lo conocen”*). Y, sobre todo en lo relativo al cumplimiento del protocolo, por lo que se evalúa como insuficiente número de profesionales en los equipos. En algunos casos se expresa sería conveniente que, con cierta periodicidad, el MSP, realice una suerte de devolución a los centros, a partir de los datos que estos le envían.

Evaluación de la atención brindada

Los participantes en los grupos coinciden en entender que una fortaleza muy importante en la atención de la salud mental de los adolescentes está dada por la existencia, cuando

es el caso, de equipos interdisciplinarios. Y más aún cuando los mismos son estables en el tiempo y logran un buen funcionamiento como tales (*“el trabajo en equipo es fundamental”, “fortaleza es que es un trabajo en equipo”, “la permanencia en el tiempo de los equipos es clave”, “el equipo es una fortaleza tremenda”, “que haya equipo ya es una fortaleza”, “incorporando una mirada de equipo, que me parece muy importante”*). Existencia de equipos que también, según se señala en algún caso, sería valorada favorablemente por los pacientes.

Con frecuencia, se destacan algunas políticas públicas como el impulso para la creación y mantenimiento de los servicios de atención específicos para los adolescentes, y para la participación de los profesionales de la salud mental (*“hace que toda la estructura se modifique hacia una mejor atención de la salud de los adolescentes”, “la creación del espacio adolescente”, “el ministerio le prestó más atención”*). Impulso que habría sido acompañado, a lo largo de los años, con distintas instancias de capacitación (*“importantísimo para que las instituciones fortalezcan los sistemas que ya están o formen los que no existen”*).

Por otro lado, también se valora la política pública orientada a que se visibilice el tema de la salud mental adolescente y, en particular, al suicidio (*“la preocupación del ministerio por este tema”*). Y la generación de ámbitos, como las mesas departamentales, orientados a coordinar con esa finalidad.

Son especialmente los participantes que se desempeñan en ASSE quienes suman algunas fortalezas más, como ser la presencia de médicos de familia en numerosas policlínicas, especialización que contaría con cierta ductilidad para suplir la ausencia de profesionales de la salud mental (*“los tapa agujeros”, “se nos pide hacer de todo”*). También la disponibilidad de algunos recursos como las historias clínicas electrónicas, el formulario SIA, el Carné del Adolescente, y la calidad del registro que realizarían los equipos de algunos centros (*“antes no teníamos idea de la consulta con la psicóloga y la psiquiatra”*).

Pero también se mencionan varias características percibidas como debilidades. Una porción importante de los participantes critica la excesiva demora en los tiempos de atención (*“los tiempos de espera de la demanda”*). Por más que, como fuera expresado, los plazos durante los seguimientos tras los IAE pueden llegar a

ser bastante diferentes entre subsistemas e instituciones. También se coincide en considerar como excesivamente breve el tiempo con que cuentan los médicos para las consultas (*"en quince minutos es imposible hablar con el paciente, evaluar el riesgo, hablar con los padres y registrar todo"*).

Quienes trabajan en ASSE tienden a coincidir en que una debilidad importante está dada por la escasa disponibilidad de psiquiatras y psicólogos, y también de otros profesionales como médicos de familia, licenciados en enfermería comunitarios y trabajadores sociales. Así como respecto a la limitada capacitación previa y disponibilidad para que la reciban algunos equipos (*"se supone que uno ya tiene que saber todo"*; *"a veces los recursos no tienen abordaje comunitario"*).

Se valora, en varios casos negativamente, lo que puede entenderse como ausencia de un liderazgo en los centros que impulse suficientemente la coordinación entre los profesionales, y la existencia de prácticas de atención homogéneas. Así como la limitada coordinación que puede existir con otros profesionales del centro, y la comunicación con otros centros de salud (*"desde los mandos medios no veo una perspectiva de trabajo de calidad"*; *"hay herramientas de comunicación, pero son humano dependientes"*).

Los participantes de instituciones privadas destacan carencias en la capacitación de diversos sectores del personal como los profesionales que atienden en las puertas de emergencia o enfermería (*"es importante capacitar también a los enfermeros"*; *"hay esa pata floja"*; *"nos ha pasado de enfermeros que dejan la puerta abierta"*; *"hemos tenido enfermeras capacitadas que son unas cracks como trabajan con ellos"*).

Se plantea sería conveniente la participación de instancias de intercambio y capacitación, considerándose apropiado tuvieran lugar en tiempo remunerado (*"si los equipos tuvieran por lo menos una reunión al mes obligatoria, eso fortalecería y enriquecería muchísimo los abordajes"*).

Con cierta reiteración, se indica que conveniría que el MSP asumiera un rol más activo en la orientación y, sobre todo, fiscalización de las prestaciones ofrecidas a los pacientes. Por ejemplo, constatando que los equipos funcionen efectivamente como tales (*"si el ministerio no audita ni fiscaliza, nada"*; *"dicen 'hay equipo', y en realidad somos psiquiatra, psicólogo, y con*

suerte asistente social, que actuamos todos como satélites individuales"; *"si no se fiscaliza que se está haciendo de verdad"*).

En varios casos, se cuestiona que no esté prevista la disposición de tiempos para la atención de las familias de los pacientes adolescentes (*"no está estipulado en la historia clínica que atendas a una familia"*; *"no hay espacios propios para la familia"*).

También se identifica la dificultad que genera para un adolescente dejar a cierta edad y de acuerdo al FONASA, de ser socio de una institución, perdiendo la referencia a los profesionales que lo habían atendido previamente (*"cumplen 18 años y se les acabó la cobertura... pierden la referencia"*).

Cómo entienden debería atenderse a los adolescentes que realizan IAE

Partiendo de lo expresado por los participantes en los grupos, cabe inferir que, para un segmento importante de los mismos, el procedimiento actual es evaluado como una buena opción, en la medida que se corrijan sus percibidas falencias. Por lo que se espera que los pacientes sean recibidos, por lo común en la puerta de emergencia, por profesionales con suficiente capacitación, quienes tomen decisiones correctas y realicen las derivaciones pertinentes (*"darle la atención que busca pero que no pide"*). Tras lo cual, que los pacientes sean atendidos por equipos estables, conformados por todos los profesionales requeridos y cumpliéndose con los tiempos previstos para las diversas instancias.

Una parte importante de los participantes de instituciones privadas entiende importante que el MSP desempeñe con un rol más activo en la fiscalización de la calidad de la asistencia. Y también promoviendo la capacitación y el funcionamiento de los equipos (*"a ver que se está haciendo efectivamente"*).

Quienes trabajan en ASSE enfatizan, en mayor medida, el contar con una mayor presencia de profesionales, especialmente del campo de la salud mental, que permitan conformar equipos interdisciplinarios. Destacando también que debe existir, desde la dirección del centro, una gestión que asegure el cumplimiento de los procedimientos establecidos, y el seguimiento de todos los pacientes (*"un referente que facilite al flujograma en el sistema"*; *"lineamientos*

claros desde las direcciones). Entendiéndose, en algún caso, que sería óptimo que la asistencia al adolescente esté enmarcada en un seguimiento previo a lo largo del tiempo que facilite evitar cierta proporción de lo IAE, y también promueva el establecimiento de vínculos de confianza entre el adolescente y el equipo de salud.

Cómo consideran podría mejorarse la prevención de los IAE

Los participantes en los grupos también realizan algunas propuestas orientadas a la prevención de los IAE. Para quienes ya son atendidos por los servicios de salud, sugieren que los profesionales en contacto con los mismos cuenten con la predisposición y formación que les permitan detectar las señales de riesgo y que procedan a las derivaciones correspondientes. Al mismo tiempo que procuren generar vínculos que los transformen en referentes para los adolescentes.

Más en general, tiende a coincidir en la conveniencia que haya un acercamiento desde las instituciones a los adolescentes (*“que el personal de salud vaya a donde están los adolescentes”*), vinculándose con las instituciones que normalmente los nuclean como centros educativos, clubes deportivos, centros de capacitación laboral y demás agrupaciones juveniles. Este acercamiento podría capacitar mediante talleres, charlas etc. a los adolescentes y a los responsables de tales espacios, y hacer más factible la detección de situaciones problemáticas, por ejemplo, mediante la generación de vínculos con docentes, técnicos o responsables (*“capacitados a aprender a ver”*).

En varios casos se refiere haber realizado con los equipos de salud, y en forma previa a la pandemia, actividades en esta línea (*“el contacto con la comunidad”*). En tal sentido, con frecuencia se destaca la conveniencia de que los educadores, y también los propios estudiantes en centros educativos, cuenten con la capacitación que les permita detectar situaciones problemáticas entre sus estudiantes o sus compañeros (*“los centros educativos son muy importantes”, “los docentes son los que ven todo el día a los adolescentes”, “están todito el día con los niños”, “que ellos {los estudiantes} mismos trabajen con los otros”, “docentes estén capacitados y se den cuenta lo que pasa”, “los docentes aprender a ver”, “me parece fundamental capacitar a los docentes”, “son los primeros que tienen que estar*

capacitados”).

Tarea que podría resultar, especialmente en lo relativo al contacto con los referentes de las instituciones, algo más sencilla en las localidades más pequeñas, y en educación primaria más que en secundaria (*“los psicólogos todos nos conocemos”, “es más fácil”*).

Ciertas situaciones podrían dificultar la aproximación a los adolescentes, especialmente a aquellos que no están vinculados a instituciones educativas, y todavía más si viven en entornos rurales (*“es muy difícil la captación”, “incorporar a los clubes rurales”*).

En forma complementaria, suele señalarse como positivo que, a través de los medios de comunicación, se promueva la reflexión sobre estos temas (*“el hecho de que se hable del tema y se problematice es una buena cosa”*), y que se estimule la creación de espacios sociales, orientados a la participación de los adolescentes, de tipo educativo, artístico, recreativo, o de distintos órdenes, saludables.

Discusión

La adolescencia constituye una etapa vital singular del desarrollo, caracterizada por un ritmo acelerado de crecimiento y cambios físicos, cognoscitivos y psicosociales relativamente rápidos, superados únicamente por los que experimentan los niños en la fase de lactancia. Constituye un periodo relevante para el asentamiento de las bases de una buena salud, tanto física como mental. Para la OMS (s/f) “a pesar de que la adolescencia está considerada como una etapa saludable de la vida, en su transcurso se producen muertes, enfermedades y traumatismos en una proporción considerable. Gran parte de esos problemas se pueden prevenir o tratar” y el suicidio es uno de ellos.

El suicidio adolescente constituye un problema de salud pública grave y en ascenso. Internacionalmente representa la cuarta causa de muerte entre adolescentes y jóvenes de 15 a 29 años (OMS, 2021a) y Uruguay sigue la tendencia global. Los organismos internacionales de la salud enfatizan que puesto que el suicidio adolescente es un fenómeno transversal, que concierne a todos los actores sociales, debe priorizarse un abordaje interdisciplinario, intersectorial y basado en la evidencia (OMS, 2018b).

La OMS creó en 1999 el programa SUPRE (Suicide Prevention, Prevención del Suicidio: una iniciativa mundial para la prevención y reducción de la mortalidad por suicidio), que contempla a sectores sanitarios y no sanitarios para promover un enfoque integral y corresponsable de la prevención y la atención del suicidio en línea con la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS). La APS prioriza la promoción y prevención primaria, destacando el rol vital de los equipos de atención primaria en el abordaje del suicidio, dado que conforman generalmente el primer contacto de los usuarios en el sistema de salud.

Alineado con estas ideas, el objetivo central de esta investigación fue aportar información sistematizada para revisar, modificar y/o fortalecer las políticas públicas dirigidas a la prevención del suicidio y el abordaje de la salud mental de los adolescentes en Uruguay.

La revisión de la literatura realizada con criterios sistemáticos para la búsqueda y selección de materiales permitió reunir información actualizada respecto a dimensiones, variables, actores e instrumentos de relevancia en los estudios de tipo autopsia psicológica. Estos insumos fueron considerados en la elaboración de la matriz para el análisis de certificados de defunción e historias clínicas. Los antecedentes revisados destacan la importancia de incluir distintas fuentes de información y metodologías para una mejor comprensión del fenómeno. Asimismo, la revisión de los artículos sobre autopsia psicológica permitió la recopilación de factores de riesgo para el suicidio en poblaciones adolescentes. Los factores de riesgo más frecuentemente mencionados refieren a eventos vitales estresantes, disfuncionalidad, conflictos o poca contención familiar, pérdidas y/o separaciones interpersonales, y dificultades en el acceso a la atención en salud mental. Estos factores de riesgo destacan la relevancia de trabajar en acciones de promoción y prevención en salud mental, brindando herramientas a los adolescentes para el enfrentamiento de situaciones adversas (OMS & UNICEF, 2021; OPS, 2021a). También señalan la importancia del trabajo con las familias y en la interacción entre familias y servicios de salud. El estigma asociado a la consulta en salud mental, y los problemas o brechas para el acceso a una atención en salud mental de calidad han sido señalados en otros documentos como importantes factores de riesgo para el suicidio (OPS, 2014; 2021b).

A continuación, se desarrolla la discusión de los resultados del análisis comprehensivo de los certificados de defunción e historias clínicas de adolescentes que se suicidaron en Uruguay entre 2018-2021, y del análisis de los grupos focales de profesionales de la salud que atendieron adolescentes en ese mismo periodo.

Considerando el número de adolescentes de entre 12-19 años que se suicidaron en Uruguay en el periodo de cuatro años estudiado, se observa una tendencia creciente, alcanzando un pico máximo en el 2020, año de inicio de la pandemia por COVID-19 en Uruguay; el

crecimiento comparativo con respecto a 2018 es de 1,6 y muestra un leve descenso para el 2021. Aunque los análisis realizados en este estudio no permiten atribuir la elevación de casos de suicidio adolescente durante 2020-2021 a la pandemia, la literatura apunta a que los cambios dramáticos y rápidamente implementados, asociados al confinamiento, el cierre de las instituciones educativas, el distanciamiento social, el miedo al contagio -propio o de familiares y amigos- y el aislamiento, afectaron de manera relevante la salud mental, en especial de los adolescentes (Bridge et al., 2023; Goto et al., 2022).

En esa misma línea, respecto a los meses de ocurrencia, el número de suicidio de adolescentes parece mostrar tendencias diferenciadas en los años pre pandémicos y en el transcurso de la pandemia, con patrones irregulares de comportamiento, aunque con algunas elevaciones importantes entre los meses de mayo y setiembre, y posteriormente, diciembre, en la mayoría de los casos (con excepción del 2018), coincidiendo esto último con el hecho de que los meses de primavera son considerados de mayor riesgo para cometer suicidios (CDCP, 2020a). Durante los dos años de mayor impacto de la pandemia por COVID-19, se observó un patrón bastante similar de comportamiento del suicidio por mes, siendo los últimos meses del otoño (mayo y junio), y agosto y setiembre en los que más adolescentes se suicidaron. Se registró un descenso en el número de suicidios en julio, lo que coincide con la flexibilización de las medidas de restricción sanitaria y la reapertura de los centros escolares en nuestro país. Es posible hipotetizar que el retorno a las clases durante los meses posteriores a la reapertura haya podido impactar en los niveles de estrés asociados a la preocupación por la carga académica en adolescentes estudiantes, lo que coincidiría con estudios previos (Goto et al., 2022).

Con respecto al lugar de residencia de los adolescentes que se suicidaron, se observó una clara preponderancia del medio urbano sobre el suburbano y el rural, lo que iría en línea con otras investigaciones realizadas con adolescentes en estudios internacionales (Chang et al, 2011; Horruitiner & González, 2020) y nacionales (Rodríguez-Almada et al., 2005), asociados a posibles factores de riesgo tales como el aislamiento social y la falta de cohesión o sentido de pertenencia.

En este estudio, la mayor parte de los suicidios tuvo lugar en el hogar de los adolescentes, lo que coincide con estadísticas y estudios nacionales (Rodríguez-Almada et al., 2005) e internacionales (Berk & American Psychiatric Association Publishing, 2019).

En cuanto al sexo de los adolescentes, se observó un perfil mayoritariamente masculino del fenómeno, acentuándose dicha tendencia a medida que la edad aumenta, lo que coincide con un metaanálisis que empleó la base de datos de la OMS (Glenn et al., 2020) y estadísticas y estudios nacionales previos (Grunbaum et al., 2014; MSP, 2021; Rodríguez-Almada et al., 2005). La media de edad de los adolescentes de este estudio coincide con la de estudios previos realizados en Uruguay (Filardo & Borrás, 2015; González & Hein, 2016; Larrobla et al., 2011; Machado et al., 2021; MSP, 2021; Rodríguez-Almada et al., 2005), situándose en la adolescencia tardía. Los adolescentes tardíos suelen estar expuestos a niveles más altos de estrés y a sufrimiento mental más grave que los adolescentes más tempranos, ambos factores de riesgo del suicidio (CDCP, 2020b).

Los hallazgos indican que el ahorcamiento fue el método principalmente utilizado por los adolescentes para cometer suicidio, lo que va en línea con investigaciones a nivel mundial (Glenn et al., 2020), y datos del MSP (2021) y estudios nacionales previos (Grunbaum et al., 2014; Larrobla et al., 2012), pero que contrasta con lo hallado por otra investigación de autopsia psicológica en Uruguay (Rodríguez-Almada et al., 2005), en la que las armas de fuego fueron la elección primordial de adolescentes de ambos sexos. Los métodos más letales para cometer suicidio habían sido tradicionalmente asociados a los varones a nivel mundial, aunque en los últimos años las mujeres han mostrado un viraje hacia estos métodos, lo que puede haber contribuido al aumento de las tasas en suicidio en población femenina (CDCP, 2020a), un fenómeno observado para adolescentes de entre 15-19 en Uruguay en el 2020, según datos de elaboración propia con base en información del portal del MSP. Los cambios en las tendencias respecto al comportamiento típicamente observado de manera diferenciada entre varones y mujeres han sido registrados en Uruguay previamente con una investigación que no halló diferencias en ideación suicida entre adolescentes según el sexo (Machado et al., 2021).

Historias clínicas de adolescentes

Los datos presentados previamente fueron recogidos de los certificados de defunción, con una cobertura total de los casos de suicidio adolescente para los años en estudio. Del total de 149 casos, solo se pudo acceder a 54 historias clínicas. Desde el Área Programática de Salud de Adolescencia y Juventud del MSP se solicitó el envío de las historias clínicas a los prestadores de salud en varias oportunidades. Por la información recibida, puede considerarse que la información es completa para todos los adolescentes que se atendían en ASSE (además de las historias clínicas enviadas, ASSE informó al MSP que había otros 17 casos de los que tenían registro, pero para los cuales no habían logrado encontrar sus historias clínicas).

Al momento de analizar las historias clínicas se encontró una fuerte heterogeneidad, con historias con información muy completa y detallada, y otras en las que apenas figuraban datos básicos del adolescente y sus últimas consultas. Por esa razón, los datos presentados deben ser considerados con cautela, al no poder interpretar el sentido de la información faltante sobre gran cantidad de variables.

Considerando las historias clínicas en las que se hace referencia explícita a los vínculos intrafamiliares de los adolescentes, un número importante describe disfuncionalidad significativa, coincidentemente con el estudio de Grunbaum et al. (2014). Estudios internacionales apuntan a que la conflictividad familiar y el bajo control parental (DeVillie et al., 2020), la pérdida de alguno o ambos padres, el divorcio, abandono parental o la falta de pertenencia al núcleo familiar (Timmons et al., 2011) y el maltrato, sobre todo el abuso sexual, son fuertes predictores del riesgo suicida en adolescentes (Angelakis et al., 2020), todos factores asociados a la disfuncionalidad en este ámbito.

Aunque relevado en número pequeño de historias, los antecedentes familiares de patología mental o IAE han sido reportados como un factor de riesgo relevante para el suicidio en adolescentes, destacando que adolescentes con padres con sufrimiento mental, específicamente trastornos del humor e intentos de autoeliminación, tienen cinco veces más riesgo de presentar un IAE que sus pares sin dichos antecedentes (Brent et

al., 2015). Los hallazgos del presente estudio coinciden con un estudio nacional similar en la temática, respecto a la relevancia de este factor antecedente (Rodríguez-Almada et al., 2005).

En cuanto a la asociación encontrada entre los eventos vitales adversos y el suicidio de adolescentes en este estudio, casi la mitad de las historias clínicas registró la existencia de uno o más sucesos estresantes, incluyendo el abuso sexual y la conflictividad o desvinculación familiar, antes mencionados. Estudios nacionales anteriores de autopsia psicológica encontraron sucesos estresantes vitales en dos terceras partes de adolescentes que se suicidaron (Grunbaum et al., 2014) y en casi la totalidad de los casos para el estudio de Rodríguez-Almada et al. (2005). Los adolescentes deben enfrentar diversos y múltiples desafíos en la construcción de su identidad, el logro de autonomía y el desarrollo de vínculos interpersonales con cada vez mayor nivel de intimidad, así como de autoconfianza, seguridad y mecanismos más sofisticados de autorregulación emocional, por lo que estresores no normativos, como los registrados en las historias clínicas, se suman a los montos esperables de estrés y pueden actuar como factores precipitantes del riesgo suicida (Bilsen, 2018).

Respecto a la salud de los adolescentes, la mayoría de las historias relevadas registró dificultades en la salud de los adolescentes que se suicidaron, primordialmente en la salud mental, lo que coincide con los estudios de autopsias psicológicas previos en Uruguay (Grunbaum et al., 2014; Rodríguez-Almada et al., 2005). A este respecto, la Guía de Intervención MhGAP (2012) para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada, pauta la evaluación de presencia de pensamientos o planes de autolesión en el último mes y actos de autolesión en el último año, a todas las personas mayores de 10 años con antecedentes de trastornos mentales, dolor crónico o alteraciones emocionales agudas, por considerarlos factores de riesgo para el suicidio. Las investigaciones sobre riesgo suicida adolescente destacan la muy relevante contribución de los problemas de salud mental, principalmente los trastornos del humor y la ansiedad (Gandhour et al., 2019). Así, por ejemplo, adolescentes con diagnóstico de depresión presentan un riesgo seis veces mayor de presentar ideación y otras conductas

suicidas que sus pares con otros diagnósticos o sin diagnóstico alguno (Nock et al., 2013). La comorbilidad de dificultades asociadas a la salud mental y el uso problemático de sustancias, evidenciada en el presente estudio, ha sido probada como un factor de riesgo del suicidio adolescente (Goldston et al., 2009).

Coincidentemente con lo hallado en este estudio, investigaciones previas apuntan a una relación significativa entre intentos de autoeliminación, o antecedentes de autolesiones y suicidio en adolescentes (Berk & American Psychiatric Association Publishing, 2019; Grunbaum et al., 2014; Rodríguez-Almada et al., 2005; Ruch & Bridge, 2020). A nivel mundial, entre el 25-33% de suicidios en adolescentes fueron precedidos por uno o más intentos de autoeliminación, un fenómeno más prevalente en varones que en mujeres (Horwitz et al., 2015). La conducta suicida previa es uno de los predictores más relevantes de futuros intentos, y la ideación suicida persistente duplica el riesgo de cometer suicidio en adolescentes de entre 13 y 17 años (Czyz & King, 2015).

Un aspecto central de este estudio refiere a la interacción de los adolescentes y sus familias con el sistema de salud. Del análisis sobre el motivo en la última consulta de los adolescentes en el sistema de salud, la mayor parte se debió a problemas de salud física, y muy cercanamente, en segundo y tercer lugar, respectivamente, a problemas de salud mental y al control de salud adolescente, lo que contrasta con lo hallado por Grunbaum et al. (2014), que reportaron motivos asociados a la salud mental como los más prevalentes en la última consulta al sistema de salud. Algunos estudios destacan que el estigma y la vergüenza asociadas a las consultas en el ámbito de la salud mental representan barreras importantes al momento de buscar asistencia sanitaria (OMS, 2018a).

En el presente estudio, más de la mitad de los adolescentes había concurrido por lo menos una vez a consulta en los 3 meses previos a suicidarse, y casi el 70% lo había hecho durante los 6 meses previos. Una revisión sistemática sobre las consultas en el sistema de salud, a nivel de atención primaria y de salud mental (Stene-Larsen & Reneflot, 2019), encontró que es altamente común el contacto de los usuarios con riesgo suicida con el ámbito sanitario, sobre todo en los meses previos al suicidio, lo que destaca fuertemente

el potencial del sistema de salud en la prevención, detección y tratamiento del riesgo suicida. La OMS (2000), en su documento Preventing Suicide: a resource for primary health care workers, destaca que el sistema de salud establece un contacto cercano y continuo con los usuarios y suele ser un ámbito de búsqueda de ayuda bien aceptada, y un punto de articulación con otras posibles asistencias para las personas con dificultades asociadas al riesgo suicida.

Grupos de discusión profesionales de la salud

Los profesionales que participaron en los grupos de discusión aportaron su visión sobre distintos aspectos que están implicados en la interacción entre los adolescentes que consultan por problemas de salud mental e IAE, sus familias, los profesionales, el sistema de salud y otros sistemas de relevancia en la etapa adolescente.

En primer lugar, los profesionales dan cuenta de mayor cantidad, complejidad, precocidad y gravedad de las consultas vinculadas a salud mental. Según entienden, estos aspectos se vinculan a los efectos de la pandemia por COVID-19, lo cual es coincidente con estudios internacionales que afirman la particular afectación que sufrieron los adolescentes por las medidas de distanciamiento social (Amorós-Reche et al., 2022; Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF], 2020; Nearchou et al., 2020; Panchal et al., 2021). También se mencionan otros aspectos que merecen atención más allá de las circunstancias de la pandemia como el aumento del consumo de alcohol y otras drogas, aumento de la violencia, y la falta de contención familiar.

En relación con los IAE los profesionales participantes señalan factores de riesgo específicos tales como las autolesiones, consumo de sustancias, desvinculación del sistema educativo, ausencia de contención familiar, ausencia de hábitos saludables, y ausencia de un proyecto de vida. Preocupa también el rol de las redes sociales y su influencia en la salud mental adolescente. Los factores de riesgo mencionados se alinean con los encontrados en la revisión de antecedentes internacionales (Aro et al., 1994; Marttunen et al., 1993b; Mérelle et al., 2020; Pelkonen &

Marttunen, 2003; Soole et al., 2015; Torres, 2008) y nacionales (Canetti et al., 2022), mostrando la complejidad del fenómeno.

Tanto la consulta por problemas en salud mental como por IAE presentan algunas dificultades específicas que los profesionales de la salud reconocen, aunque otorgándoles distinto peso. La mayor parte de los profesionales atribuye cierto grado de responsabilidad a las familias de los adolescentes relativo a la presencia misma de los problemas y sufrimientos psíquicos y/o a la falta de visualización, comprensión y acción para solicitar o sostener la atención en salud mental. Con menor fuerza se reconocen algunos sesgos o debilidades de los propios profesionales de la salud. Estas barreras y amenazas fueron halladas también en un estudio previo con personal que trabaja en las puertas de emergencia de ASSE en situaciones IAE adolescente (Grupo de Comprensión y Prevención de la Conducta Suicida, 2015) y en encuentros nacionales de debate público (Larrobla et al., 2017).

Existe amplio consenso entre los participantes respecto a la necesidad de capacitación y actualización de los profesionales que trabajan en vinculación a estas problemáticas. La necesidad de formación y actualización se percibe en la dificultad para abordar y acordar con las familias, para identificar riesgo suicida, y para ofrecer el tipo de tratamiento y seguimiento que las situaciones ameritan. El elevado índice de rotación de los profesionales, el multiempleo, y la falta de espacios formales y remunerados destinados a la formación, atentan contra una necesidad ha sido destacada por los participantes de los grupos y también en la literatura internacional (de la Parra et al., 2022; Graves et al., 2018) y nacional (Larrobla et al., 2017).

La falta de formación y actualización es percibida como una de las debilidades en la atención a los IAE de adolescentes. Otras debilidades mencionadas refieren a la escasez de recursos humanos y el poco tiempo del que se dispone para la consulta. Todos los factores anteriores generan, en la visión de los profesionales, barreras importantes para el adecuado abordaje de adolescentes en riesgo. Como contracara, plantean que contar con un equipo multidisciplinario estable, capacitado, y que tenga posibilidades de ir al encuentro de los adolescentes maximiza las posibilidades de detección y acompañamiento de las

situaciones, convirtiendo al equipo de salud en un referente para el adolescente y su familia.

Si bien se reconoce la existencia de protocolos en relación con los IAE, las debilidades antes mencionadas harían menos efectiva, sino inaplicable, su utilización. Los profesionales valoran positivamente la existencia de dichos protocolos y la atención que el MSP está dando al tema, pero reclaman mayor liderazgo de la autoridad sanitaria en términos de fiscalización de la asignación de recursos, funcionamiento de los centros de salud y resultados de los procesos implementados. Asumir la complejidad y el necesario abordaje intersectorial del tema no desdibuja el rol estratégico de la máxima autoridad en salud para una mejor respuesta a la problemática (OMS, 2018b).

Fortalezas y limitaciones del estudio

Este trabajo ofrece información respecto a los adolescentes que se suicidaron en Uruguay entre 2018 y 2021 y la percepción que poseen profesionales de la salud vinculados a la temática. Esta información ofrece pistas y lineamientos sobre aspectos en los que se debe avanzar para la prevención del suicidio. Además, muestra la potencialidad de este tipo de estudio más allá de la población y años estudiados, ofreciendo procedimientos e instrumentos que, con los cuidados éticos necesarios, pueden ser tomados por otros investigadores y profesionales tanto dentro como fuera del país.

Este estudio presenta varias fortalezas. La primera de ellas refiere a la elección de la temática y la franja etaria analizada. Diversas investigaciones coinciden en que el estudio del suicidio se dificulta, entre otros factores, por el estrés asociado a la investigación de esta problemática, que resulta emocionalmente desafiante para los involucrados (Berk & American Psychiatric Association Publishing, 2019). Trabajar con personas en riesgo suicida constituye uno de los desafíos más marcados para los profesionales de la salud mental, y este desafío se ve potenciado cuando la vida en riesgo pertenece a un adolescente, debido probablemente a la tragedia que se agrava cuando se trata de alguien con un proyecto completo de vida por delante.

En segundo lugar, esta investigación contempló la totalidad de los certificados de defunción de adolescentes de entre 12-19

años del periodo evaluado, y aunque en menor número, la totalidad de historias clínicas a las que accedió el MSP para ese mismo lapso.

En tercer lugar, consideró diversas fuentes de información como registros documentales y la percepción de informantes claves, profesionales vinculados al sistema sanitario en atención directa con adolescentes, lo que habilitó el entrecruzamiento de variables.

Se destaca también la revisión de los estudios de autopsia psicológica para el análisis de suicidio en adolescentes en investigaciones provenientes de un amplio número de países, lo que fortalece el valor de la creación y utilización de matrices de análisis empleadas para el relevamiento de las historias clínicas. Adicionalmente, este estudio incluyó a los dos únicos estudios de autopsia psicológica en adolescentes a nivel nacional, incorporándolos tanto en la propuesta metodológica como en el diálogo de resultados, ampliando el periodo temporal evaluado en ambos estudios, de uno a cuatro años, lo que permite una mirada más global del fenómeno.

No obstante, deben considerarse algunas limitaciones a la hora de interpretar los resultados. Por un lado, el número de historias clínicas finalmente analizables constituyó poco más de la tercera parte de la totalidad de adolescentes que se suicidaron. La misma limitación estuvo presente en uno de los dos estudios nacionales antecedentes (Grunbaum et al., 2014), mientras que para el estudio de Rodríguez-Almada et al. (2005) no se reportó la totalidad de historias clínicas a las que se accedió para el análisis. Además, las historias clínicas presentaron una marcada heterogeneidad respecto al nivel de completamiento y detalle de información relevante asociada al suicidio en adolescentes usuarios del sistema de salud.

También debe mencionarse que para la integración de los grupos de discusión se consideró únicamente el que los profesionales se desempeñaran en ámbitos públicos y privados de distintas localidades del país, sin tomar en cuenta otras posibles características.

Por otro lado, este estudio no incorporó otras posibles fuentes relevantes de información, tales como diarios personales o notas suicidas, reportadas tanto en estudios internacionales (Acinas et al., 2015; Páramo Castillo & Chávez Hernández, 2007) como nacionales (Rodríguez-

Almada et al., 2005; Hein & González García, 2016; Hein et al., 2020) o testimoniales adicionales al personal sanitario.

Futuras investigaciones podrían retomar la percepción de familiares o referentes adultos de los adolescentes, personal vinculado a las instituciones educativas, clubes juveniles o deportivos, y adolescentes en riesgo suicida detectado, respecto a las interacciones con el ámbito sanitario. Asimismo, consideramos que estudios posteriores podrían enfocarse establecer criterios más específicos de inclusión de profesionales de la salud mental, para garantizar la heterogeneidad y representatividad de los tipos de profesionales, niveles de atención y jerarquía dentro de los prestadores.

Conclusiones y recomendaciones

El análisis de certificados de defunción e historias clínicas en base a criterios utilizados en estudios de autopsia psicológica resultó útil y apropiado para el estudio del suicidio de adolescentes uruguayos. Los resultados de este análisis fueron complementados con información proveniente del personal sanitario en contacto con esta población. Como conclusiones generales y recomendaciones derivadas del estudio se pueden destacar:

- El número de suicidio en adolescentes de entre 12 y 19 años mostró un aumento aparentemente significativo entre los años pre-pandemia por COVID-19 y en el transcurso de ésta.
- Existe una marcada masculinización del suicidio adolescente. Además, los adolescentes tardíos (mayores de 15 años) se encuentran en mayor riesgo de suicidio que los más jóvenes. La relación de suicidio entre varones y mujeres se dispara a partir de los 16 años, con una relación 2:1 a una casi 5:1 al llegar a los 19 años.
- El ahorcamiento fue el método para cometer suicidio más utilizado, tanto por adolescentes varones como por mujeres, lo que contrasta con la tendencia observada hace casi 20 años.
- El diagnóstico de trastorno o enfermedad mental estuvo presente en casi la mitad de las historias clínicas analizadas, siendo la depresión, la ansiedad y el uso problemático de sustancias las condiciones de sufrimiento mental más presentes. En la tercera parte de adolescentes con dichas problemáticas, existió comorbilidad.
- Casi la totalidad de adolescentes con registro de condiciones de sufrimiento mental recibió indicación de tratamiento psiquiátrico y/o psicológico dentro del sistema de salud. Casi dos terceras partes accedió en algún momento a una o a ambas modalidades.
- El principal motivo en la última consulta de los adolescentes previo al suicidio estuvo vinculado a la salud física, y en segundo y tercer lugar, a la salud mental y al control anual de adolescentes.
- En el 54% de los casos, los adolescentes tuvieron la última consulta en el sistema sanitario durante los 3 meses previos al suicidio, y en el 70% de los casos, los adolescentes habían asistido por lo menos una vez al centro de salud durante los últimos 6 meses previos a suicidarse. El promedio de consultas al sistema de salud en el último año previo al suicidio fue de 3.5.
- Los profesionales de la salud que trabajaron con adolescentes durante el período en estudio señalan un aumento sustantivo de la demanda por problemas de salud mental que resultan más complejos y precoces.
- La familia o los referentes adultos son incluidos como parte de la problemática resultando indispensable su consideración en la atención.
- Se visualizan dificultades en los centros de salud vinculadas a la escasez de personal y capacitación de los profesionales. Estos aspectos son concebidos como obstáculos para el abordaje de la familia, la correcta evaluación de riesgo, tratamiento y seguimiento de los casos.
- Los equipos multidisciplinarios estables y con formación tienen una mayor capacidad de respuesta a la problemática dentro y fuera de los centros de salud.
- La existencia de protocolos para la detección, registro y atención de los IAE es valorada, aunque se reconoce un conocimiento parcial de los mismos y recursos insuficientes para su aplicación.

Recomendaciones para los sistemas de salud en general

- Dado que la consulta en el ámbito sanitario fue común en adolescentes en riesgo suicida, el personal de la salud podría considerar cualquier contacto con esta población y con sus referentes como una oportunidad para evaluar dificultades asociadas a la salud mental, y específicamente riesgo suicida. Para ello, el primer paso consiste en buscar un espacio privado y dedicarle el tiempo necesario a preguntar y escuchar de manera efectiva lo que el adolescente tiene para comunicar. En esa línea, la OMS (2000) afirma que la mejor manera de averiguar si una persona está en riesgo suicida es preguntándole si a menudo siente que la vida no vale la pena, si ha considerado la posibilidad de quitarse la vida y si tiene un plan para hacerlo. También es importante indagar sobre el sistema de apoyo social con el que cuenta dicho adolescente.
- Evaluar riesgo suicida de manera sistemática, protocolizada y con fundamentos empíricos en los adolescentes que consultan los servicios sanitarios, independientemente del motivo de consulta, y que presentan factores de riesgo para suicidio tales como: consumo problemático de sustancias, sufrimiento mental, antecedentes de abuso (especialmente sexual) y/o violencia, bullying, sucesos estresante vitales agudos o acumulados, bajo soporte familiar y/o social, autolesiones de larga data y/o IAE, y desvinculación del sistema educativo.
- Contar con capacitaciones continuas formalmente para los equipos de salud sobre el uso de herramientas de evaluación y abordaje de riesgo suicida en adolescentes.

Recomendaciones para el sistema de salud uruguayo

- Contar con al menos una consulta psicológica de control anual protocolizada que pueda complementar la mirada a la salud del adolescente por parte de un profesional de la salud mental.
- Implementar el registro digital unificado de personas con IAE, a fin de darle seguimiento a cada caso.
- Garantizar el seguimiento de adolescentes con: dolor crónico, eventos vitales estresantes, traumatismos, siniestros o accidentes, antecedentes de IAE, autolesiones e ideación suicida persistente, así como con condiciones de sufrimiento mental. Por ejemplo, podría proyectarse que las historias clínicas pudieran incluir sistemas de "alerta" para que distintos profesionales de la salud con la debida capacitación para el uso adecuado de la información puedan estar al tanto rápidamente de que existe cierto nivel de riesgo al comenzar la consulta con el adolescente.
- Para cada prestador de salud, contar con documentos accesibles que den cuenta de la sistematización y protocolización del abordaje del adolescente en riesgo suicida.
- Fortalecer el registro de historias clínicas, con información relevante e integral de la salud de los adolescentes. Reforzar el llenado y detalle de la información registrada en las historias clínicas, principalmente de los factores de riesgo encontrados en este estudio, y otros indicados por la literatura internacional y nacional, asociados al suicidio adolescente.
- Formar equipos multidisciplinarios estables y capacitados para el intercambio y abordaje de la problemática junto a la familia de los adolescentes.

Recomendaciones a las políticas públicas

- Fortalecer acciones multisectoriales para la promoción en salud mental que permitan disminuir la cantidad de personas que cada año se suicidan o intentan hacerlo en Uruguay. La prevención del suicidio es una tarea que trasciende a los centros de salud.
- Articular los lineamientos generales de la política pública con el trabajo de referentes regionales que, conociendo las particularidades de cada localidad, puedan abordar factores de protección y de riesgo territorialmente específicos.

- Contribuir a mejorar la salud mental de las personas mediante la definición, e implementación de las estrategias más efectivas para promover la salud mental, prevenir, reducir la morbimortalidad y discapacidad de las personas con trastornos mentales y brindar una atención de calidad, basada en los derechos humanos y centrada en un modelo comunitario e intersectorial de atención.
- Se debería avanzar en la reducción de la brecha formativa del personal sanitario respecto a esta problemática. Los programas de formación en salud mental adolescente y prevención del suicidio deberían estar presentes idealmente en la currícula de grado de todas las disciplinas asociadas a la atención sanitaria.
- Los referentes de las instituciones públicas vinculadas al trabajo con adolescentes deberían fortalecer el desarrollo de programas de concientización, sensibilización y formación con respecto a la prevención y abordaje de suicidio adolescente. Los estigmas asociados a la búsqueda de ayuda por situaciones de sufrimiento mental están altamente extendidos a nivel social, y solamente un trabajo exhaustivo y continuo puede revertir esta situación. Los cursos de capacitación implementados anualmente por el MSP de manera virtual para todo el personal sanitario, así como algunas formaciones en línea gratuitas autogestionadas (por ejemplo, dentro del portal de OPS) podrían contribuir a dichos objetivos.
- También es recomendable el avance en la sistematización y mejora del sistema de registro y de seguimiento de adolescentes en riesgo de suicidio.
- Con el objetivo de que las políticas públicas tengan un impacto en la disminución de suicidio en adolescentes, se requiere de la dotación presupuestaria y de recursos humanos correspondientes, y las metas estipuladas en las mismas deben incluir objetivos cuantificables específicos, formatos de evaluación y potenciales medidas de adecuación o corrección.

Si bien la problemática del suicidio requiere de una estrategia interdisciplinaria y multisectorial, el MSP cumple un rol clave en el establecimiento de las principales líneas de acción y su monitoreo y evaluación.

Referencias

- Acinas, M. P., Robles, J. I., & Peláez-Fernández, M. Á. (2015). Nota suicida y autopsia psicológica: Aspectos comportamentales asociados. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 43(3), 69-79.
- Almeida Filho, N., Castiel, L. D., Ayres, J. R. (2009). Riesgo: concepto básico de la epidemiología. *Revista Salud Colectiva*, 5(3), 323-344.
- Amorós-Reche, V., Belzunegui-Pastor, A., Hurtado, G., & Espada, J. P. (2022). Emotional problems in Spanish children and adolescents during the COVID-19 pandemic: A systematic review. *Clínica y Salud*, 33(1), 19-28. <https://doi.org/10.5093/clysa2022a2>
- Angelakis, I., Austin, J. L., & Gooding, P. (2020). Association of childhood maltreatment with suicide behaviors among young people: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Network Open*, 3(8), e2012563. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.12563>
- Auerbach, R. P., Mortier, P., Bruffaerts, R., Alonso, J., Benjet, C., Cuijpers, P., Demyttenaere, K., Ebert, D. D., Green, J. G., Hasking, P., Murray, E., Nock, M. K., Pinder-Amaker, S., Sampson, N. A., Stein, D. J., Vilagut, G., Zaslavsky, A. M., Kessler, R. C., & WHO WMH-ICS Collaborators. (2018). World Mental Health Surveys International College Student Project: Prevalence and distribution of mental disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 127(7), 623-638. <https://doi.org/10.1037/abn0000362>
- Arensman, E., Bennardi, M., Larkin, C., Wall, A., McAuliffe, C., McCarthy, J., Williamson, E., & Perry, I. (2016). Suicide among young people and adults in Ireland: method characteristics, toxicological analysis and substance abuse histories compared. *PLoS One*, 11(11), e0166881. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0166881>
- Aro, H., Henriksson, M., & Marttunen, M. (1994). Psychosocial stressors more common in adolescent suicides with alcohol abuse compared with depressive adolescent suicides. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 33(4), 490-497. <https://doi.org/10.1097/00004583-199405000-00007>
- Benjet, C., Borges, G., Medina-Mora, M. E., Zambrano, J., & Aguilar-Gaxiola, S. (2009). Youth mental health in a populous city of the developing world: results from the Mexican Adolescent Mental Health Survey. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and allied disciplines*, 50(4), 386-395. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2008.01962.x>
- Berk, M. & American Psychiatric Association Publishing. (2019). Evidence-Based Treatment Approaches for Suicidal Adolescents: Translating Science into Practice. American Psychiatric Association Publishing.
- Berkelmans, G., Van der Mei, R., Bhulai, S., Merelle, S., & Gilissen, R. (2020). Demographic risk factors for suicide among youths in The Netherlands. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(4), 1182. <https://doi.org/10.3390/ijerph17041182>
- Bilsen, J. (2018). Suicide and youth: risk factors. *Frontiers in Psychiatry*, 9. <https://doi.org/10.1002/9780470750933.ch4>
- Brent, D. A., Melhem, N. M., Oquendo, M., Burke, A., Birmaher, B., Stanley, B., Biernesser, C., Keilp, J., Kolko, D., Ellis, S., Porta, G., Zelazny, J., Iyengar, S., & Mann, J. J. (2015). Familial pathways to early-onset suicide attempt: A 5.6-year prospective study. *JAMA Psychiatry*, 72(2), 160-168. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2014.2141>
- Bridge, J. A., Ruch, D. A., Sheftall, A. H., Hahm, H. C., O'Keefe, V. M., Fontanella, C. A., Brock, G., Campo, J. V. & Horowitz, L. M. (2023). Youth Suicide During the First Year of the COVID-19 Pandemic. *Pediatrics*, 151(3), e2022058375. <https://doi.org/10.1542/peds.2022-058375>. PMID: 36789551

- Canetti, A., Gonzalez, V., & Caligaris A. (2022). Estrategias para viralizar la prevención de la conducta suicida de forma focalizada y eficiente en áreas de alta vulnerabilidad. En C. Etchebere, F. Ferrigno & L. Zapata (Eds). *Ciencias Sociales y Extensión Universitaria: Aportes para el debate, reflexiones desde la integralidad en tiempos de pandemia* (pp. 87-114). FCS.
- Cañón-Buitrago, S. & Carmona-Parra, J. (2018). Ideación y conductas suicidas en adolescentes y jóvenes. *Pediatría Atención Primaria*, 20(80), 387-397.
- Cañón-Buitrago, S., Garcés-Palacios, S., Echeverri-Díaz, J., Bustos-González, E., Pérez-Uribe, V., & Aristizábal-López, M. A. (2016). Autopsia psicológica: una herramienta útil en la caracterización del suicidio. *Archivos de Medicina (Manizales)*, 16(2), 410-421. <https://doi.org/10.30554/archmed.16.2.1067.2016>
- Center for Disease Control and Prevention [CDCP] (2018). Web-Based Injury Statistics Query and Reporting System (WISQARS). National Center for Injury Prevention and Control. www.cdc.gov/injury/wisqars/index.html.
- Center for Disease Control and Prevention [CDCP] (2020a). Suicide Data and Statistics. <https://www.cdc.gov/suicide/suicide-data-statistics.html>
- Centers for Disease Control and Prevention [CDCP]. (2020b). WISQARS leading causes of death reports, 1981–2019. https://webappa.cdc.gov/sasweb/ncipc/leadcaus10_us.html
- Cha, C. B., Franz, P. J., Guzman, E. M., Glenn, C. R., Kleiman, E. M. & Nock, M. K. (2018). Suicide among youth: epidemiology, (potential) etiology, and treatment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 59(4), 460-482. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12831>
- Chang, S. S., Sterne, J. A., Wheeler, B. W., Lu, T. H., Lin, J. J., & Gunnell, D. (2011). Geography of suicide in Taiwan: spatial patterning and socioeconomic correlates. *Health & Place*, 17(2), 641-650. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2011.01.003>
- Czyz, E. K. & King, C. A. (2015). Longitudinal trajectories of suicidal ideation and subsequent suicide attempts among adolescent inpatients. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 44(1), 181-193. <https://doi.org/10.1080/15374416.2013.836454>
- de la Parra, G., Zuñiga, A., Crempien, C., Morales, S., Errázuriz, A., Martínez, P., Aravena, C., & Ferrari, T. (2022): Delphi-validation of a psychotherapeutic competencies training protocol (PCTP) for the treatment of depression in primary care: evidence-based practice and practice-based evidence. *Studies in Psychology*, 43(3), 546-582. <https://doi.org/10.1080/02109395.2022.2127239>
- DeVill, D. C., Whalen, D., Breslin, F. J., Morris, A. S., Khalsa, S. S., Paulus, M. P., & Barch, D. M. (2020). Prevalence and family-related factors associated with suicidal ideation, suicide attempts, and self-injury in children aged 9 to 10 years. *JAMA Network Open*, 3(2), e1920956. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2019.20956>
- Filardo, V. & Borrás, V. (2015). Conductas suicidas y salud mental en adolescentes y jóvenes del Uruguay. En M. Boado (Coord). *Uruguay de la Sociología XIII* (pp. 257-276). FCS.
- Freuchen, A., Kjelsberg, E., Lundervold, A. J., & Grøholt, B. (2012). Differences between children and adolescents who commit suicide and their peers: A psychological autopsy of suicide victims compared to accident victims and a community sample. *Child & Adolescent Psychiatry & Mental Health*, 6(1), 1-12. <https://doi.org/10.1186/1753-2000-6-1>
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF] (2020). Salud mental e infancia en el escenario de la Covid-19. UNICEF España.
- Ghandour, R. M., Sherman, L. J., Vladutiu, C. J., Ali, M. M., Lynch, S. E., Bitsko, R. H., & Blumberg, S. J. (2019). Prevalence and treatment of depression, anxiety, and conduct problems in US children. *The Journal of Pediatrics*, 206, 256–267. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2018.09.021>

- García-Caballero, A., J. Recimil, M., Touriño, R., García-Lado, I., Alonso, M. C., Werlang, B. S. G., Jiménez, J., de Albéniz, M. C. P., Losada, A., & Bendaña, J. M. (2010). Adaptación y validación de la Semi-Structured Interview for Psychological Autopsy (SSIPa) en español. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 38(6), 332-339.
- Glenn, C. R., Lanzillo, E. C., Esposito, E. C., Santee, A. C., Nock, M. K. & Auerbach, R. P. (2017). Examining the course of suicidal and nonsuicidal self-injurious thoughts and behaviors in outpatient and inpatient adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 45(5), 971-983. <http://dx.doi.org/10.1007/s10802-016-0214-0>
- Glenn, C. R., Kleiman, E. M., Kellerman, J. K., Pollak, O., Cha, C.B., Esposito, E. C., Porter, A. C., Wyman, P. A., & Boatman, A. E. (2020). Annual research review: a meta-analytic review of worldwide suicide rates in adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 61(3), 294-308. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13106>
- Goldston, D. B., Daniel, S. S., Erkanli, A., Reboussin, B. A., Mayfield, A., Frazier, P. H., & Treadway, S. L. (2009). Psychiatric diagnoses as contemporaneous risk factors for suicide attempts among adolescents and young adults: developmental changes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(2), 281. <https://doi.org/10.1037/a0014732>
- González, V., & Hein, P. (2016). La vida breve. Suicidio, jóvenes y usuarios problemáticos de drogas. *Revista Encuentros Uruguayos*, 9(2), 35-58.
- Goto, R., Okubo, Y. & Skokauskas, N. (2022). Reasons and trends in youth's suicide rates during the COVID-19 pandemic. *The Lancet Regional Health Western Pacific*, 27, 100567. <https://doi.org/10.1016/j.lanwpc.2022.100567>
- Graves, J. M., Mackelprang, J. L., Van Natta, S. E., & Holliday, C. (2018). Suicide prevention training: policies for health care professionals across the United States as of October 2017. *American Journal of Public Health*, 108(6), 760-768. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2018.304373>
- Grunbaum, S., Graña, S., & Misa, A. (2014). Suicidio en adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años en Uruguay, en el año 2009. En Programa Nacional de Salud de Adolescencia y Juventud, Ministerio de Salud Pública & Fondo de Población de Naciones Unidas (Eds.), *Aportes para el Abordaje de la Salud de Adolescentes en el Primer Nivel* (pp. 99-107). MSP.
- Grupo de Comprensión y Prevención de la Conducta Suicida (2015). IAE en adolescentes en Uruguay: percepciones de los RRHH en salud en puertas de emergencia de ASSE. Informe de investigación, fondo María Viñas ANII.
- Hawton, K., Malmberg, A., & Simkin, S. (2004). Suicide in doctors: a psychological autopsy study. *Journal of Psychosomatic Research*, 57(1), 1-4. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(03\)00372-6](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(03)00372-6)
- Hein, P., Gandolfi, J., & Gómez, G. (2020). No escribo más: Se me nubló la vista. Análisis de notas suicidas en la vejez. *Revista de Ciencias Sociales*, DS-FCS, 33(46), 11-29. <https://doi.org/10.26489/rvs.v33i46.1>
- Hein, P. / González García, V. (2016). Y vendrán las flores: análisis de notas suicidas. En M. Boado (Coord). *Uruguay de la Sociología XIV* (pp. 333-354). FCS.
- Horruitiner, A. & González, A. (2020). Asociación entre Altitud y Suicidio a nivel distrital entre los años 2017 y 2019 en Perú. Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas (UPC) <https://repositorioacademico.upc.edu.pe/handle/10757/659338>
- Horwitz, A. G., Czyz, E. K., & King, C. A. (2015). Predicting future suicide attempts among adolescent and emerging adult psychiatric emergency patients. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 44(5), 751-761. <https://doi.org/10.1080/15374416.2014.910789>
- Larrobla, C., Canetti, A., Hein, P., Novoa, G., & Durán, M. (2012.). *Prevención de la conducta suicida en adolescentes: guía para los sectores Educación y Salud*. UdelaR. CSIC

- 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., Hein, P., Novoa, G., Canetti, A., Heuguerot, C., González, V., Torterolo, M., & Rodríguez, L. (Comps.). (2017.). 70 años de suicidio en Uruguay: 7 disciplinas, 7 entrevistas, 7 encuentros. UdelaR, CSIC.
- Machado, A. I., Arbach, K., Bobbio, A. & Parra, A. (2021). Prevalence of and risk factors associated with psychopathological symptoms in Uruguayan adolescents, using the Personality Assessment Inventory (PAI-A). *Mediterranean Journal of Clinical Psychology*, 9(3).
- Marttunen, M. J., Aro, H. M., Henriksson, M. M., & Lonnqvist, J. K. (1991). Mental disorders in adolescent suicide: DSM III-R axes I and II diagnoses in suicides among 13 to 19 years-olds in Finland. *Archives of General Psychiatry*, 48(9), 834-839. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1991.01810330058009>
- Marttunen, M., Aro, H., Henriksson, M., & Lönnqvist, J. (1994). Adolescent suicides with adjustment disorders or no psychiatric diagnosis. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 3(2), 101-110. <https://doi.org/10.1007/BF01977672>
- Marttunen, M., Aro, H., & Lönnqvist, J. (1993a). Adolescence and suicide: a review of psychological autopsy studies. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 2(1), 10-18. <https://doi.org/10.1007/BF02098826>
- Marttunen, M. J., Aro, H. M., & Lönnqvist, J. K. (1993b). Precipitant stressors in adolescent suicide. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32(6), 1178-1183. <https://doi.org/10.1097/00004583-199311000-00010>
- Mérelle, S., Van Bergen, D., Looijmans, M., Balt, E., Rasing, S., van Domburgh, L., Nauta, M., Sijperda, O., Mulder, W., Gilissen, R., Franx, G., Creemers, D., & Popma, A. (2020). A multi-method psychological autopsy study on youth suicides in the Netherlands in 2017: Feasibility, main outcomes, and recommendations. *PLoS ONE*, 15(8), 1-19. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0238031>
- Ministerio de Salud Pública [MSP]. (2013). Suicidio en adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años en Uruguay, 2009. Programa Nacional de Salud Mental, Programa Nacional de Salud de Adolescencia y Juventud. Presentación en el Día Nacional de Prevención del Suicidio. Jornadas del 17 de julio del 2013. Montevideo, Uruguay.
- Ministerio de Salud Pública [MSP]. (2020). Plan Nacional de Salud Mental 2020-2027. <https://www.gub.uy/institucion-nacional-derechos-humanos-uruguay/comunicacion/noticias/msp-aprobo-plan-nacional-salud-mental-2020-2027>
- Ministerio de Salud Pública [MSP] (2021). Presentación de datos Suicidio en Uruguay 2021. <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/noticias/estrategia-abordaje-multisectorial-prevencion-del-suicidio-uruguay>
- Ministerio de Salud Pública [MSP]. (2022). Estrategia de abordaje multisectorial de prevención del suicidio en Uruguay. <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/noticias/estrategia-abordaje-multisectorial-prevencion-del-suicidio-uruguay>
- Moskos, M., Olson, L., Halbern, S., Keller, T., & Gray, D. (2005). Utah Youth Suicide Study: Psychological Autopsy. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 35(5), 536-546. <https://doi.org/10.1521/suli.2005.35.5.536>
- Nearchou, F., Flinn, C., Niland, R., Subramaniam, S. S., & Hennessy, E. (2020). Exploring the impact of COVID-19 on mental health outcomes in children and adolescents: a systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(22), 8479. <https://dx.doi.org/10.3390/ijer-ph17228479>

- Nock, M. K., Borges, G., Bromet, E. J., Cha, C. B., Kessler, R. C., & Lee, S. (2008). Suicide and suicidal behavior. *Epidemiologic Reviews*, 30, 133-154. <https://doi.org/10.1093=epirev=mxn002>
- 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), 300-310. <https://doi.org/10.1001/2013.jamapsychiatry.55>
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2000). Preventing suicide: a resource for primary health care workers. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/67603>
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (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 (2ª reimpresión al español corregida). http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44498/1/9789243548067_spa.pdf
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2018a). Salud mental del adolescente. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2018b). National suicide prevention strategies. Progress, examples and indicators. <https://www.who.int/publications/i/item/national-suicide-prevention-strategies-progress-examples-and-indicators>
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2021a). Suicidio. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2021b). Comprehensive mental health action plan 2013–2030. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240031029>
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (s/f). Salud adolescente. https://www.who.int/es/health-topics/adolescent-health#tab=tab_1
- Organización Mundial de la Salud [OMS] & Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF] (2021). Conjunto de instrumentos para ayudar a los y las adolescentes a prosperar: estrategias para promover y proteger la salud mental de los y las adolescentes y reducir las conductas autolesivas y los comportamientos de riesgo. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/341346>
- Organización Panamericana de la Salud [OPS] (2014). Prevención del suicidio: un imperativo global. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/136083/9789275318508_spa.pdf%20?sequence=1
- Organización Panamericana de la Salud [OPS] (2020, 10 de setiembre). Pandemia por COVID- 19 exacerba los factores de riesgo de suicidio. <https://www.paho.org/es/noticias/10-9020-pandemia-por-co-vid-19-exacerba-factores-riesgo-suicidio>
- Organización Panamericana de la Salud [OPS] (2021a). Vivir la Vida. Guía de aplicación para la prevención del suicidio en los países. <https://www.paho.org/es/documentos/vivir-vida-guia-aplicacion-para-prevencion-suicidio-paises>
- Organización Panamericana de la Salud [OPS] (2021b). Prevención del suicidio. Herramientas para la participación comunitaria. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/54864>
- Panchal, U., Salazar de Pablo, G., Franco, M., Moreno, C., Parellada, M., Arango, C., & Fusar-Poli, P. (2021). The impact of COVID-19 lockdown on child and adolescent mental health: systematic review. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 1-27. <https://doi.org/10.1007/s00787-021-01856-w>
- Páramo Castillo, D. & Chávez-Hernández, A. M. (2007). Maltrato y suicidio infantil en el Estado de Guanajuato. *Salud Mental*, 30(3), 59-67.

- Pelkonen, M., & Marttunen, M. (2003). Child and Adolescent Suicide: Epidemiology, Risk Factors, and Approaches to Prevention. *Pediatric Drugs*, 5(4), 243-265. <https://doi.org/10.2165/00128072-200305040-00004>
- Portzky, G., Audenaert, K., & van Heeringen, K. (2011). Suicide among adolescents. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 40(11), 922-930. <https://doi.org/10.1007/s00127-005-0977-x>
- Rich, C. L. & Sherman, M. (1990). San Diego suicide study: the adolescents. *Adolescence*, 25(100), 855.
- 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(2), 141-150.
- Shaffer, D., Gould, M.S., Fisher, P., Trautman, P., Moreau, D., Kleinman M., & Flory, M. (1996). Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide. *Archives of General Psychiatry*, 53(4), 339-348. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1996.01830040075012>
- Shaffer, D. & Pfeffer, C. (2001). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with suicidal behavior. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40(7 Suppl), 24S-51S. <https://doi.org/10.1097/00004583-200107001-00003>
- Shneidman, E. (2001). Contribuciones de Schneidman para entender el pensamiento suicida. *Manual Moderno*.
- Solmi, M., Radua, J., Olivola, M., Croce, E., Soardo, L., Salazar de Pablo, G., Shin, J., Kirkbride, J., Jones, P., Han Kim, J., Yeob Kim, J., Carvalho, A., Seeman, M., Correll, Ch., & Fusar-Poli, P. (2021). Age at onset of mental disorders worldwide: large-scale metaanalysis of 192 epidemiological studies. *Molecular Psychiatry*, 27(1), 281-295. <https://doi.org/10.1038/s41380-021-01161-7>
- Soole, R., Kõlves, K., & De Leo, D. (2015). Suicide in children: a systematic review. *Archives of Suicide Research*, 19(3), 285-304. <https://doi.org/10.1080/13811118.2014.996694>
- Stene-Larsen, K. & Reneflot A. (2019). Contact with primary and mental health care prior to suicide: A systematic review of the literature from 2000 to 2017. *Scandinavian Journal of Public Health*. 47(1), 9-17. <https://doi.org/10.1177/1403494817746274>
- Timmons, K. A., Selby, E. A., Lewinsohn, P. M., & Joiner, T. E. (2011). Parental displacement and adolescent suicidality: exploring the role of failed belonging. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 40(6), 807-817. <https://doi.org/10.1080/15374416.2011.614584>
- Torres, R. I. (2007). Autopsia psicológica. Evaluación crítica y su aplicabilidad en el ámbito forense. *Anuario de Psicología Jurídica*, 17, 111-130.
- Vicente, B., Saldivia, S., de la Barra, F., Kohn, R., Pihan, R., Valdivia, M., Rioseco, P., & Melipillan, R. (2012). Prevalence of child and adolescent mental disorders in Chile: a community epidemiological study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and allied disciplines*, 53(10), 1026-1035. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2012.02566.x>

Anexos

- Anexo 1: Aval Ministerio de Salud Pública
- Anexo 2: Aval Comité de Ética Universidad Católica del Uruguay
- Anexo 3: Cláusula de confidencialidad para los investigadores
- Anexo 4: Matriz de análisis certificados de defunción
- Anexo 5: Matriz de análisis historias clínicas
- Anexo 6: Guión grupo focal profesionales de la salud
- Anexo 7: Consentimiento informado para los grupos focales



Ministerio
de Salud Pública

DIRECCIÓN GENERAL DE LA SALUD


Montevideo, 29 de agosto 2022

DGS/183/2022

Señores
Comisión Nacional de Ética de Investigación
Presente

Por la presente declaramos el aval para la ejecución del proyecto "**Análisis
comprehensivo de las historias clínicas de adolescentes que se suicidaron
en Uruguay entre 2018 y 2021**" que se llevará a cabo por el Área Programática
de Salud de Adolescencia y Juventud: Coordinadora Dra. Lorena Quintana y
Mag. Psic. Valeria Valazza.

Saluda a Ud. atentamente



Dr. MIGUEL ASQUETA
DIRECTOR GENERAL DE LA SALUD
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN
AV. 8 OCTUBRE 2801
MONTEVIDEO-URUGUAY



APROBACIÓN DEFINITIVA

Ana Inés Machado - anainesmachadov@gmail.com

Estimada investigadora:

El Comité de Ética en Investigación con Seres Humanos de la Universidad Católica del Uruguay, después de estudiar toda la documentación relativa al Protocolo de Investigación, presentado por ustedes en calidad de responsable, bajo el título: “Análisis comprehensivo de las historias clínicas de adolescentes que se suicidaron en Uruguay entre 2018 y 2021” considera que dicho protocolo:

- cumple los principales requisitos necesarios para la aprobación y no se registran objeciones sustanciales que impidan su realización.

Habiendo recibido de su parte las enmiendas solicitadas por el CE-UCU en la resolución condicionada pasada, y considerándolas satisfactorias, resolvemos aprobar, de forma definitiva, el protocolo presentado.

Le saludan atentamente

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Ana Fascioli', written in a cursive style.

Dra. Ana Fascioli
Presidenta

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Thomas Roche', written in a cursive style with a horizontal line through it.

Lic. Thomas Roche
Secretario

Montevideo, 15 de noviembre de 2022

ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD

En la ciudad de Montevideo, el día de septiembre de 2022, comparecen:

POR UNA PARTE: MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA, representado en este acto por Dra. Lorena Quintana, en su calidad de Directora del Programa Adolescencia y Juventud del Ministerio de Salud Pública (en adelante “MSP”);

Y POR OTRA PARTE:, C.I. N°..... , con domicilio en, teléfono, correo electrónico, (En adelante, “la investigadora”);

Denominados conjuntamente como “las Partes”, acuerdan celebrar el presente Acuerdo de Confidencialidad, en función de las siguientes cláusulas:

PRIMERA: ANTECEDENTES

1. La investigadora tiene a su cargo realizar el trabajo de análisis de las historias clínicas y los certificados de defunción de los adolescentes que se quitaron la vida del 2018 al 2021.
2. Para ello, deberá acceder a información en poder del Ministerio de Salud Pública, a cuya salvaguarda se compromete.

SEGUNDA: OBLIGACIONES

1. En el marco del presente Acuerdo, la investigadora se obliga:
 - a) a mantener reserva sobre todo asunto e información conocida u obtenida en razón de su función, aún después de haber cesado su relación funcional, en todos aquellos casos que así corresponda por ley;
 - b) a utilizar dicha información exclusivamente a efectos de dar cumplimiento a sus cometidos y conforme al interés de la Administración y a lo solicitado por sus superiores jerárquicos, teniendo expresamente prohibido disponer o utilizar información con fines

Anexo 4

Fecha	Departamento defunción	Sección judicial	Ciudad/pueblo/paraje	Tipo de lugar de residencia
	1=Artigas			1=Urbano
	2=Canelones			2=Suburbano
	3=Cerro Largo			3=Rural
	4=Colonia			
	5=Durazno			
	6=Flores			
	7=Florida			
	8=Lavalleja			
	9=Maldonado			
	10=Montevideo			
	11=Paysandú			
	12=Río Negro			
	13=Rivera			
	14=Rocha			
	15=Salto			
	16=San José			
	17=Soriano			
	18=Tacuarembó			
	19=Treinta y Tres			

Tipo de centro asistencial donde ocurrió el deceso	Departamento original del fallecido	Sección Judicial de residencia habitual	Ciudad/pueblo/paraje residencia habitual
1=Público	1=Artigas		
2=Privado	2=Canelones		
	3=Cerro Largo		
	4=Colonia		
	5=Durazno		
	6=Flores		
	7=Florida		
	8=Lavalleja		
	9=Maldonado		
	10=Montevideo		
	11=Paysandú		
	12=Río Negro		
	13=Rivera		
	14=Rocha		
	15=Salto		
	16=San José		
	17=Soriano		
	18=Tacuarembó		
	19=Treinta y Tres		

Tipo de lugar donde ocurrió el deceso	Sexo	Raza	País de nacimiento	Estado civil
1=Urbano	1=Hombre	1=Blanca		1=Soltero
2=Suburbano	2=Mujer	2=Negro/afro		2=Casado
3=Rural		3=Mestizo		3=Concubinato
				4=Viudo
				5=Divorciado
				6=Separado

Edad en años	Trabajaba	Instrucción formal	Usuario de	Estado o enfermedad causante directo de la muerte
	1=Si	1=Sin instrucción o primaria incompleta	1=ASSE	
	2=No	2=Primaria completa y Secundaria o UTU incompleta	2=Mutualista	
		3=Secundaria o UTU Completa o Superior Incompleta	3=Sanidad Policial	
		4=Superior Completa	4=Sanidad Militar	
			5=Seguro Parcial	
			6=Particular	
			7=Asig. Familiares	
			8=Otro	

Causas que precedieron a la muerte	Otros estados mórbidos contribuyentes	Se había practicado alguna intervención	Nombre de la intervención	Causa por la que se operó
		1=Si		
		2=No		

Anexo 5

No. HC	Fecha muerte	Método	Sexo	Identidad de Género
		1=Ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación	1=Hombre	1=Cisgénero
		2=Disparo de armas de fuego	2=Mujer	2=Transgénero
		3=Envenenamiento		3=Transexual
		4=Ahogamiento y sumersión		4=No binario
		5=Humo, fuego y llamas		
		6=Medios no especificados		
		7=Objeto cortante-objeto romo		
		8=Colisión vehículo motor		
		9=Electrocución		

Orientación sexual	Edad en años	Estado civil	Departamento	Prestador
1=Heterosexual		1=Soltero	1=Artigas	1=ASSE
2=Homosexual		2=Casado	2= Canelones	2=Mutualista
3=Bisexual		3=Concubinato	3=Cerro Largo	3=Sanidad Policial
		4=Viudo	4=Colonia	4=Sanidad Militar
		5=Divorciado	5=Durazno	5=Seguro Parcial
		6=Separado	6=Flores	6=Particular
			7=Florida	7=Asig. Familiares
			8=Lavalleja	8=Otro
			9=Maldonado	
			10=Montevideo	
			11=Paysandú	
			12=Río Negro	
			13=Rivera	
			14=Rocha	
			15=Salto	
			16=San José	
			17=Soriano	
			18=Tacuarembó	
			19=Treinta y Tres	

Nivel educativo	Trabaja	Ocupación	Hobbies	Religión
1=Sin instrucción o primaria incompleta	1=Si		1=Si	1=Católica
2=Primaria completa y Secundaria o UTU incompleta	2=No		2=No	2=Protestante
3=Secundaria o UTU Completa o Superior Incompleta				3=Judía
4=Superior Completa				4=Otra
				5=Sin religión

Consumo sustancias	Tipo	Antecedentes abuso sexual o violencia	Sueño	Alimentación
1=Si	1=Alcohol	1=Si	1=Sin dificultades	1=Sin dificultades
2=No	2=Anfetaminas	2=No	2=Insomnio	2=Anorexia
	3=Cocaína		3=Hipersomnio	3=Bulimia
	4=Inhalantes.			4=Trastorno por atracones
	5=LSD.			5= Hiperorexia
	6=Marihuana.			6=Sobrepeso/Obesidad
	7=Pasta base de cocaína			7=Otros
	8=Psicofármacos.			
	9=Tabaco			
	10=Otros			

Redes sociales	Núcleo Familiar	Vínculos familiares	Antecedentes fliares patología mental	Familiar con antecedentes patología mental
1=Uso adecuado	1=Nuclear	1=Funcionales	1=Si	1=Padre
2=Uso inadecuado	2=Monoparental	2=Disfuncionales	2=No	2=Madre
	3=Extensa			3=Hermanos
	4=Reconstituida			4=Tíos
	5=Otro tipo			5=Abuelos
				6=Otros

Antecedentes fliares suicidio/IAE	Familiar con antecedentes de suicidio/IAE	Amigos	Relación de pareja	Diagnóstico trastorno mental
1=Si	1=Padre	1=Si	1=Si	1=Si
2=No	2=Madre	2=No	2=No	2=No
	3=Hermanos			
	4=Tíos			
	5=Abuelos			
	6=Otros			

Comorbilidad	Trastorno diagnosticado	Fecha del diagnóstico	Quién realizó el diagnóstico	Tratamiento indicado por salud mental
1=Si	1=Depresión		1=Médico referente	1=Si
2=No	2=Ansiedad		2=Psicólogo	2=No
	3=Uso problemático de sustancias		3=Psiquiatra	
	4=Esquizofrenia		4=Otro	
	5=De Personalidad			
	6=De Conducta			
	7=Otro			

Tipo de tratamiento	Acceso al tratamiento (fechas)	Antecedentes internación psiquiátrica	Diagnóstico enfermedad física	Tipo de diagnóstico
1=Psicológico	1=Si	1=Si		
2=Psiquiátrico	2=No	2=No		
3=Ambos				
4=Otro				

Profesional que diagnosticó	Fecha	Tratamiento	Acceso	Fecha de última consulta
1=Médico referencia			1=Si	
2=Especialista			2=No	

Motiva última consulta	Nro consultas último año	Motivo y especialista	Eventos vitales adversos	Evento fecha
1=Dificultades asociadas a la salud física		1=Médico referente	1=Si	
2=Dificultades asociadas a la salud mental		2=Psicólogo	2=No	
		3=Psiquiatra		
		4=Otro		

IAE previos	Fechas	Método del IAE	Ideación	Ideación frecuencia
1=Si		1=Ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación	1=Si	
2=No		2=Disparo de armas de fuego	2=No	
		3=Envenenamiento		
		4=Ahogamiento y sumersión		
		5=Humo, fuego y llamas		
		6=Medios no especificados		
		7=Objeto cortante-objeto romo		
		8=Colisión vehículo motor		
		9=Electrocución		

Autolesiones	Fechas	Tipo	Infracciones/problemas con la ley	Problemas disciplinarios en contexto educativo
1=Si		1=Cortarse	1=Si	1=Si
2=No		2=Golpearse a sí mismo	2=No	2=No
		3=Quemarse a sí mismo		
		4=Arrancarse el pelo		
		5=Otro		

Anexo 6

Guion: Grupos focales de discusión profesionales de la salud

Presentación de la entrevistadora y del objetivo central de la entrevista.
Importancia de la participación y promoción del diálogo. Grabación en audio, reglas de confidencialidad y anonimato de las personas que participan en el grupo de discusión.

La pauta se estructura en cuatro partes. Una primera parte introductoria que busca una primera opinión general sobre la salud mental adolescente, a fin de introducirlos en la temática, se suelten y tomen confianza para hablar libremente durante la sesión. En la segunda parte, se indaga sobre la experiencia de trabajo en el área de salud mental adolescente, y específicamente se profundiza en IAE y suicidio. En la tercera parte, se aborda la opinión sobre el sistema de salud (preparación, fortalezas, debilidades, etc.), el modelo de atención, y se indaga sobre áreas de mejora.

1. Introducción al tema (Duración aproximada: 10 minutos)

Les propongo iniciar con una “lluvia de ideas”, yo les digo algo y ustedes responden lo primero que se les viene a la cabeza. Si les digo “salud mental y adolescencia”, ¿qué piensan?

¿Cómo ven la salud mental adolescente en el país? ¿Cuáles son las principales características, los principales problemas que perciben?

2. Experiencia de trabajo en el área de salud mental adolescente e IAE y suicidio

¿Hace cuánto trabajan en el área de la salud mental adolescente? ¿En qué instituciones lo han hecho (sistema mutual, salud pública, seguro, organizaciones de la sociedad civil, entre otras)?

En los años que llevan trabajando en el área de salud mental adolescente, ¿Han notado cambios? ¿Cuáles, de qué tipo? (En caso de no responder espontáneamente indagar sobre: dolencias/sintomatologías de los adolescentes, prestaciones, políticas, enfoques/paradigmas, prestadores de salud (ASSE, mutualista, seguro, etc.).

Enfocándonos ahora en sus experiencias de trabajo con IAE o suicidio ¿cómo han sido sus experiencias con los adolescentes que han intentado autoeliminarse o suicidado? ¿Qué particularidades tienen estos casos? ¿Hubo cambios en las particularidades con la pandemia? ¿Cuáles son para ustedes los principales factores de riesgo suicida en la adolescencia?

Desde su experiencia ¿qué rol juegan las familias, y específicamente los adultos referentes?

¿Cómo deberían abordarse los IAE y suicidios? ¿Y cómo se abordan/tratan estos casos? (Indagar si no surge de manera espontánea, si existe una brecha entre lo que se debería hacerse y lo que se hace)

3. Sistema de salud

¿Saben si existen protocolos de actuación frente al riesgo suicida? ¿Los conocen, tienen acceso? En caso de existir y conocerlos, ¿Qué opinión tienen sobre los protocolos? ¿Los utilizan? ¿Por qué si / no?

¿Qué opinión tienen del modelo de atención de la salud adolescente en general? ¿Por qué? ¿Qué opinión tienen del modelo de atención de la salud mental adolescente? ¿Esos modelos son eficaces para dar respuesta a las problemáticas de la salud mental adolescente?

¿Cuáles consideran que son las fortalezas y debilidades del sistema de salud (en general) en el área de salud mental? ¿Y en el caso de los IAE y suicidio?

¿Y cuáles creen que son las fortalezas y debilidades que tienen los equipos de salud adolescente para la detección, valoración de riesgo, atención, registro y seguimiento de estos casos? ¿Por qué? (Indagar con profundidad en cada una de las dimensiones)

¿Qué otros actores o profesionales deberían involucrarse para prevenir un suicidio en la adolescencia? ¿Por qué? (Indagar cuáles serían las responsabilidades de los actores y profesionales que mencionan)

¿Qué aspectos del sistema de salud debería modificarse para poder prevenir más eficazmente el suicidio adolescente? (Indagar sobre recomendaciones, áreas de mejora)

4. Cierre

Se consulta a los y las participantes si quieren agregar algo más o si desean hacer algún énfasis sobre la ya mencionado.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

A través de la presente dejo constancia de que acepto participar en la investigación “Análisis comprehensivo de las historias clínicas de adolescentes que se suicidaron en Uruguay entre 2018 y 2021”, a realizarse por las psicólogas Mag. Ana Inés Machado, Dra. Cecilia Cracco, Lic. Karina López y Mag. Alejandra Iervolino, para el Área Programática de Salud de Adolescencia y Juventud del Ministerio de Salud Pública. La información que se obtenga en esta investigación ayudará a conocer mejor las experiencias, fortalezas y debilidades actuales del sistema de salud para ayudar a prevenir y mejorar los abordajes de este tipo de situación a futuro.

El estudio consiste en la participación en un grupo de discusión focal junto a otros profesionales de la salud que trabajan en la atención a adolescentes. A partir de algunas preguntas disparadoras, el grupo analizará y discutirá distintos aspectos del sistema de salud mental en relación con la detección, evaluación de riesgo, abordaje y seguimiento de adolescentes con intentos de autoeliminación o que hayan cometido suicidio entre 2018 y 2021. La duración aproximada del grupo de discusión será de 90 minutos.

Se me ha informado que la participación o no en esta investigación no acarrea perjuicio de ningún tipo para mí. También que mi participación es totalmente voluntaria, estando en libertad de no contestar algunas preguntas o finalizar mi participación en cualquier momento sin que esto suponga ningún inconveniente.

La discusión del grupo será grabada en audio. Entiendo que los datos serán tratados con absoluta confidencialidad y que su publicación por parte del Ministerio de Salud Pública se hará a nivel grupal, sin especificar nombres ni características que puedan identificar de ningún modo a cada uno de los participantes.

Como parte de la devolución por mi participación, se me invitará a una instancia de devolución de los resultados del estudio, organizada por las investigadoras del proyecto. Adicionalmente, se me ofrecerá una capacitación grupal sobre evaluación, atención y registro de riesgo suicida en adolescentes en el ámbito sanitario. Las mismas serán llevadas a cabo en instalaciones del Ministerio de Salud Pública y bajo horarios convenidos con dicha institución.

Si luego de mi participación en el grupo de discusión necesitara ponerme en contacto con alguien del equipo de investigación, puedo hacerlo al teléfono 24872717 int. 6550, con la Mag. Ana Inés Machado.

El presente proyecto de investigación ha sido aprobado por el Comité de Ética de la Universidad Católica del Uruguay: <https://ucu.edu.uy/es/node/45009>

Habiendo entendido las informaciones antes detalladas y habiendo sido aclaradas todas mis dudas al respecto, yo _____ CI _____, acepto participar en la presente investigación.

Firma en consentimiento:

Aclaración:



Ministerio
de Salud
Pública

