Volumen 27 - Número 1 - 2020

Revista de la

Sociedad Argentina de Ginecología Infanto Juvenil

Órgano oficial de la Sociedad Argentina de Ginecología Infanto Juvenil
afiliada a la Federación Internacional de Ginecología Infanto Juvenil

damsel®

Drospirenona 3 mg
Etinilestradiol 0.03 mg

El hallazgo anticonceptivo

PRESENTACIÓN
COMPRIMIDOS RECUBIERTOS
x28

- Confiabilidad y seguridad anticonceptiva.[1]
- Adecuado control de ciclo.[1]
- Disminuye o no modifica el peso corporal.[1, 2]
- Menor tensión mamaria y retención de líquidos.[2]
- Protege al hueso.[3]
- Significativa mejora de todos los parámetros evaluados como indicadores de satisfacción sexual.[4]

Para más información sobre DAMSEL® visite www.gador.com.ar

IOMA
Instituto de Obra Médico Asistencial

Referencias: 1. Huber J et al; Efficacy and tolerability of a monophasic oral contraceptive containing ethinylestradiol and drospirenone; Eur J Contracep Reprod Health Care 2000; 5:25-34. **2.** Foidart JM; Added benefits of drospirenone for compliance; Climateric 2005 (Suppl 3); 8: 28-34. **3.** Paoletti AM et al; Short-term variations in bone remodeling markers of an oral contraception formulation containing 3 mg drospirenone plus 30 µg of ethinylestradiol: observational study in young postadolescent women; Contraception 2004; 70:293-298. **4.** Caruso S et al.; Prospective study on sexual behavior of women using 30 µg ethinylestradiol and 3 mg drospirenone oral contraceptive; Contraception 2005; 72: 19-23.
Fecha última revisión ANMAT: Sept. 2012

Gador
Ginecología

Revista de la

Sociedad Argentina de Ginecología Infanto Juvenil

Miembro integrante de la Federación Internacional de Ginecología Infanto Juvenil (FIGIJ)
Miembro integrante de la Asociación Latinoamericana de Obstetricia y Ginecología de la Infancia y Adolescencia (ALOGIA)
Miembro adherente de la Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia (FASGO)

COMISIÓN DIRECTIVA - PERÍODO 2019 - 2020

Presidente	Dra. Elisabeth A. Domínguez
Vicepresidente	Dra. Viviana Cramer
Secretaria	Dra. Silvia Bonsergent
Tesorera	Dra. Alejandra Martínez
Protesorera	Dra. Andrea Di Fresco
Directora de Publicaciones	Dra. Laura Cesarato
Subdirectora de Publicaciones	Dra. Mariela Orti
Secretaria de Actas	Dra. María Laura Lovisolo
Vocales	Dra. Sandra Magirena Dra. Sandra Vázquez Dra. Dolores Ocampo Dra. Clara Di Nunzio
Vocal suplente	Dra. Myriam Bonifacio
Revisores de Cuentas	**Titular:** Dra. Cecilia Zunana **Suplente:** Dra. Soledad Matienzo
Escuela de Posgrado SAGIJ	**Directora Ejecutiva** Dra. Miriam Salvo **Subdirectora** Dra. Andrea Di Fresco **Asesor Académico** Prof. Dr. José María Méndez Ribas (Universidad de Buenos Aires)

COMISIÓN CIENTÍFICA - PERÍODO 2019 - 2020

COORDINADORA Dra. Lucía Katabian

INTEGRANTES

Prof. Dr. José María Méndez Ribas
Dra. Eugenia Trumper
Dra. Inés de la Parra
Dra. Beatriz Pereyra Pacheco
Dra. Carlota López Kaufman
Dra. Silvia Oizerovich
Dra. Analía Tablado
Dra. Gabriela Perrotta
Lic. Ana Tropp
Lic. Hilda Santos
Dra. Miriam Salvo
Dra. Mirta Gryngarten
Dra. Gabriela Kosoy
Dra. Anahí Rubinstein
Dra. Paula Califano
Dra. Mercedes Fidalgo
Dra. María del Carmen Tinari de Platini
Dra. Patricia Riopedre
Dra. Marisa Labovsky
Dra. Dora Daldevich

COMITÉS - PERÍODO 2019 - 2020

COMITÉ DE ÉTICA

Dra. Eugenia Trumper
Dra. Inés de la Parra
Dra. Beatriz Pereyra Pacheco
Dra. Analía Tablado
Lic. Hilda Santos
Dra. Mercedes Fidalgo

COMITÉ PAGINA WEB

Asesoría
Dra. Carlota López Kaufman
Coordinadoras Página Web
Dra. Andrea Di Fresco
Dra. Myriam Bonifacio
Colaboradoras
Dra. Cecilia Zunana
Dra. Cynthia Pereyra

COMITÉ EDITORIAL

Asesoría
Dra. Carlota López Kaufman
Coordinadoras
Dra. Laura Cesarato
Dra. Mariela Orti
Colaboradoras
Dra. Clara Di Nunzio
Dra. María Zabalza
Dra. Cecilia Zunana

COMITÉ EDITORIAL NACIONAL

Dra. Marcela Bailez
Dr. Enrique Berner
Dra. Graciela Lewitan
Prof. Dr. José M. Méndez Ribas
Dra. Graciela Ortiz

COMITÉ EDITORIAL INTERNACIONAL

Dr. Enrique Pons (Uruguay)
Dra. Estela Conselo (Uruguay)
Dra. Inés Martínez (Uruguay)
Dr. Rodolfo Gómez (Uruguay)
Dra. Debora Laufer (Uruguay)
Dr. Carlos Guida (Chile)

Dr. Johannes Bitzer (Suiza)
Dra. Dvra Bauman (Israel)
Dra. Lilian Herter (Brasil)
Dr. Germán Salazar (Colombia)

COMITÉ DE CERTIFICACIÓN Y RECERTIFICACIÓN

Prof. Dr. José María Méndez Ribas
Dra. Miriam Salvo
Dra. Mirta Gryngarten
Dra. Anahí Rubinstein
Dra. Paula Califano

COMITÉ DE DELEGACIONES

Dra. Sandra Magirena
Dra. María Laura Lovisolo

COMITÉ IFEPAG

Dra. Viviana Cramer
Dra. Silvia Bonsergent
Dra. Gabriela Kosoy
Dra. Marisa Labovsky
Dra. Mariela Orti

COMITÉ INTERINSTITUCIONAL

Dra. Marisa Labovsky
Dra. Gabriela Kosoy
Dra. Inés de la Parra
Dra. Eugenia Trumper
Dra. Silvia Oizerovich
Dra. Dora Daldevich

COMITÉ DE REDES SOCIALES

Dra. Marisa Labovsky
Dra. Gabriela Perrotta
Dra. Analía Tablado
Dra. Laura Lovisolo
Dra. Clara Di Nunzio

DELEGACIONES

PROVINCIA	CIUDAD/REGIÓN	RESPONSABLE	CARGO
Buenos Aires	Zona Norte	Melina Feder	Delegada
	Zona Oeste	Miriam Salvo	Delegada
		Myriam Bonifacio	Co-Delegada
	Zona Sur (Consultora: Nélida Boscio)	--	--
	La Plata	Gisel Rahaman	Delegada
		Paula Cundom	Co-Delegada
	Bahía Blanca	Anabel Bualó	Delegada
Catamarca	San Fernando del Valle de Catamarca	Daniela Rebelo	Delegada
		Nora Matach de Correa	Co-Delegada
Chubut	Patagonia Atlántica	Florencia Kiguel	Delegada
		Gabriela Catellani	Co-Delegada
Córdoba	Córdoba	Margarita Fuster	Delegada
		Carolina Vera	Co-Delegada
Corrientes	Corrientes	--	--
Entre Ríos	Entre Ríos	Romina Spoturno	Delegada
		Emilia Bilen Beauche	Co-Delegada
Jujuy	Jujuy	Vanina Ricca	Delegada
		Silvina Del Frari	Co-Delegada
La Pampa	La Pampa	Andrea Sosa	Delegada
La Rioja	La Rioja	Andrea Davico	Delegada
Mendoza	Mendoza	María Cristina Zúñiga	Delegada
		Adriana Giaccaglia	Co-Delegada
Misiones	Misiones	Alicia Díaz	Delegada
		Cecilia Roses	Co-Delegada
Río Negro	Comahue	Mónica Borile	Delegada
		Lucía Puglisi	Co-Delegada
Salta	Salta	María de los Ángeles González	Delegada
		Constanza Saravia	Co-Delegada
San Juan	San Juan	Sandra Merino	Delegada
		Marta Borrego	Co-Delegada
San Luis	San Luis	Claudia Pérsico	Delegada
Santa Fe	Santa Fe	Gabriela Ragogna	Delegada
	Rosario	Patricia Arteaga	Delegada
		Gabriela Ferretti	Co-Delegada
Santiago del Estero	Santiago del Estero	María del Carmen Tinari de Platini	Delegada
Tucumán	Tucumán	María Fabiana Reina	Delegada
		María Cecilia Fernández Antruejo	Co-Delegada

SAGIJ | Sociedad Argentina de Ginecología Infanto Juvenil
Secretaría: Paraná 326, 9° piso "36"
Ciudad de Buenos Aires – República Argentina
Tel.: (54-11) 4373-2002
E-mail: sagij@sagij.org.ar
http://www.sagij.org.ar

Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC)
Arias 2624 (C1429OXT)
Ciudad de Buenos Aires – República Argentina
Tel.: (54-11) 4702-1011 / 4702-3911 / 4702-3917
www.siicsalud.com

Revista de la

Sociedad Argentina de Ginecología Infanto Juvenil

Miembro integrante de la Federación Internacional de Ginecología Infanto Juvenil (FIGIJ)
Miembro integrante de la Asociación Latinoamericana de Obstetricia y Ginecología de la Infancia y Adolescencia (ALOGIA)
Miembro adherente de la Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia (FASGO)

Volumen 27 - Número 1 - 2020

1 Autoridades

5 Editorial
Dra. Elisabeth A. Domínguez

6 Artículos de revisión

Un recorrido histórico sobre la problemática del suicidio
Dra. María del Carmen Tinari de Platini

Consumos en la adolescencia. Cómo abordar el consumo recreativo y el problemático en la consulta ambulatoria
Dra. María Carolina Bertini

17 Trabajo original

Las voces de adolescentes y jóvenes argentinos sobre la problemática del suicidio
Dra. María del Carmen Tinari de Platini, Dra. Miriam Salvo, Dra. Inés de la Parra, Dra. Lucía Katabian

21 Casos clínicos

El intento de suicidio en la adolescencia: el análisis causa-raíz como herramienta para los equipos de salud
Lic. Lucía Vassallo del Giorgio, Dra. Valeria Greif, Dra. Alejandra Bordato

Coexistencia de trastorno de la conducta alimentaria y enfermedades autoinmunitarias. A propósito de un caso
Dra. Micaela Peszkin, Dra. Paula López, Dr. Roberto Mato

33 Consideraciones sobre trabajos recomendados

Trastornos mentales en la adolescencia
Dra. Leila Cambón Yazigi, Dra. Cecilia Zunana

Lineamientos para la atención del intento de suicidio en adolescentes
Dra. María Zabalza

51 Reglamento de publicaciones 2020

Estimados colegas:

En este primer número de 2020 desarrollamos las distintas situaciones de riesgo a las que está expuesta la población adolescente.

Los adolescentes y los jóvenes, así como pueden vivir episodios que los fortalecerán, en otras ocasiones están expuestos a circunstancias de gran vulnerabilidad (cuya expresión máxima es el suicido). De acuerdo con el informe elaborado por la Secretaría de Salud y Unicef *(Situación de salud de los/las adolescentes en Argentina),* la tasa de suicidios adolescentes se triplicó en la República Argentina en las últimas tres décadas. Además, es la segunda causa de muerte entre los 10 y 19 años, después de los accidentes de tránsito, y se observa mayor frecuencia en varones entre los 15 y 19 años (esto último se vincula a la mayor dificultad de expresión del sufrimiento). El suicidio es un hecho multicausal en el que coexisten factores detonantes, como la *pérdida de un ser querido, sentirse solos por la falta de acompañamiento de los adultos, la inestabilidad o disfuncionalidad emocional, la baja autoestima* (producto de la exposición al *bullying* o al abuso sexual), *no estar preparados para afrontar frustraciones debido a la sobreprotección por parte de la familia, no poder dar a conocer su orientación sexual, y la enfermedad psiquiátrica* (hallada en el 20% al 30% de los casos, y no diagnosticada y tratada adecuadamente).

Otro tema para destacar es la *hiperconectividad,* que les permite acceder a mucha información rápidamente.

Por lo tanto, debemos estar atentos a los cambios que nos puedan orientar para detectar y poder hacer la derivación oportuna.

Quiero agradecer a todo el Comité Editorial por el intenso trabajo realizado durante 2019 y, como siempre, ¡¡sigamos avanzando juntos!!

Dra. Elisabeth A. Domínguez
Presidente SAGIJ

Un recorrido histórico sobre la problemática del suicidio

A historical journey on the problem of suicide

María del Carmen Tinari de Platini[1]

Resumen

El suicidio es un problema social que siempre ha despertado interés y fue estudiado por pensadores de diferentes disciplinas a lo largo de la historia. *Objetivo:* Realizar un recorrido historiográfico y analizar las ideas planteadas acerca del suicidio por los diferentes pensadores, desde aquellos que están en contra hasta quienes lo reivindican como acto supremo de libertad. *Método:* Se hizo uso del método histórico con técnicas y procedimientos para el empleo de las fuentes primarias y otras evidencias sobre la problemática del suicidio. *Resultados y conclusiones:* En el debate existirían dos posibilidades: respetar las múltiples posturas de las elecciones humanas y aceptar el suicidio como un acto supremo de libertad o, bien, imponer los propios códigos morales y religiosos y cuestionarlo. Entre las religiones, solo el hinduismo permite el suicidio en circunstancias muy especiales. En la Antigüedad era una práctica muy extendida y, con la llegada de la Edad Media, surgió su prohibición absoluta. De los pensadores, Hume defiende la legitimidad del suicidio cuando la vida resulta insoportable. De la postura de Durkheim hoy persisten la desintegración social, la rotura del lazo social y la anomia. Camus analiza el problema del absurdo, el suicidio y la esperanza, pero en el mundo encuentra contradicciones y sinsentidos. Y, actualmente, existe el Movimiento para la Extinción Humana Voluntaria y continúa la discusión por la eutanasia. El suicidio es un tema complejo, que debe ser afrontado con el deseo de entender cada día a más seres humanos que deciden terminar con sus vidas. Se debe apostar por la vida y que esta tenga un sentido, pero también toda nuestra comprensión y respeto por aquellos que decidieron voluntariamente finalizar con su existencia.

Palabras clave: historia del suicidio, posturas filosóficas, eutanasia, suicidio asistido, desesperanza.

Summary

Suicide is a social problem that has always aroused interest and was studied by thinkers from different disciplines throughout history. The objective of this paper is to make a historiographic journey and analyze the ideas raised about suicide by different thinkers, from those who are against it, to those who claim it as the supreme act of freedom. Method: *The historical method was used with techniques and procedures for the management of primary sources and other evidence on the problem of suicide.* Results and conclusions: *In the debate there would be two possibilities, respecting the multiple positions of human elections and accepting suicide as a supreme act of freedom, or imposing one's own moral and religious codes and questioning it. Within religions, only Hinduism allows suicide in very special circumstances. In ancient times it was a very widespread practice and with the arrival of the Middle Ages the absolute prohibition of it emerged. Of the thinkers, Hume defends the legitimacy of suicide when life is unbearable. Durkheim's position today persists social disintegration, the breakdown of the social bond and anomie. Camus analyzes the problem of absurdity, suicide and hope, but in the world, he finds contradictions and meaningless. And there are currently Movements for Voluntary Human Extinction and the discussion for euthanasia continues. Suicide is a complex issue, but it must be addressed with the desire to understand more and more human beings who decide to end their lives. You must bet on life and that it has a meaning, but also all our understanding and respect for those who voluntarily decided to end their existence.*

Keywords: *history of suicide, philosophical positions, euthanasia, assisted suicide, hopelessness.*

INTRODUCCIÓN

Desde el análisis filosófico, pasando por el sociológico, la interpretación psicoanalítica, los estudios desde la literatura y las miradas biologicistas, el suicidio es un problema social que siempre ha despertado interés y sobre el que existe una gran cantidad de interrogantes.

"La idea del suicidio está instalada en el relato y es parte de la violencia social en la que vivimos [...]. Por las exigencias laborales o sociales, muchas veces las familias u otras instituciones han perdido el lugar de contención que tenían, y los

1. Médica especialista en Ginecología Infantojuvenil. *Fellow* en Ginecología Pediátrica y del Adolescente. Licenciada en Sociología. Magíster en Psicología Social. Miembro del Comité Científico SAGIJ. Docente de la Universidad Nacional de Santiago del Estero. Responsable del Comité de Adolescencia de la Sociedad de Pediatría de Santiago del Estero, Santiago del Estero, Argentina

niños o adolescentes se quedan sin los actores protectores o un referente que los contenga".[1]

Siempre surge la pregunta acerca de por qué una persona toma esa decisión y el cuestionamiento de familiares y amigos respecto de su falta de advertencia. Lo cierto es que los motivos que llevan a un adolescente a quitarse la vida son complejos, y existe una larga lista de factores de riesgo –ampliamente estudiados–, como el sexo masculino, tener intentos previos, la presencia de trastornos psiquiátricos y el consumo problemático de sustancias, entre otros.[2,3]

Entre los pensadores existen posturas que admiten el suicidio hasta otras que lo critican. Los filósofos como Platón, Aristóteles y san Agustín consideraban que el suicidio era un acto criminal, en la medida en que se desconocía la autoridad del Todopoderoso. No obstante, para David Hume y Arthur Schopenhauer, el suicidio estaba lejos de ser un acto criminal si se atendía a la naturaleza y las inclinaciones del hombre a sobrepasar el dolor que encuentra en su existencia.[4]

Pero lo que está ocurriendo últimamente es que el concepto del suicidio ha cambiado, hasta expandirse la idea de que "me quito la vida porque es mía y mi cuerpo es mío".[5] Vivimos, según Gutiérrez, "un cambio de tendencia que nos hace mirar al suicido como algo que no tiene por qué ser algo negativo, ni hay por qué ocultarlo. Vamos camino de la eutanasia, de que nos 'eutanasiemos' y de que nos 'eutanasien', si ello es preciso".[5]

El objetivo del presente trabajo es realizar un recorrido historiográfico y analizar las ideas planteadas acerca del suicidio por los diferentes pensadores, desde aquellos que están en contra hasta quienes lo reivindican como acto supremo de libertad.

Desde el comienzo de los tiempos...

La vida humana se consideró el valor más preciado que existe. No hablamos de la vida de alguien en especial, sino de la vida como concepto, entendida en el marco de las grandes religiones como don divino y gracia celestial. Para Alonso Salas, el acto suicida "se considera como un acto *contra natura* o como una decisión límite y condicionada por factores externos".[6]

En el pasado, en la cultura maya, Ixtab, "la de la cuerda", era la diosa del suicidio y esposa del dios de la muerte, llamado Chamer. Según consta en el Códice de Dresde, Ixtab era el nombre de una mujer mitológica.[7] Se la relacionaba con la vida futura en el paraíso, y los suicidas por ahorcamiento recibían su protección. En la tradición maya se consideraba el suicidio como una manera extremadamente honorable de morir. Ixtab era representada como un cadáver parcialmente descompuesto, con los ojos cerrados, colgando de un árbol, y su papel como divinidad era proteger a los suicidas, acompañándolos y guiándolos a un paraíso especial.[8]

"En el Lejano Oriente, los japoneses practicaban el *harakiri*, que tiene sus orígenes en el Japón feudal, cuando lo practicaban los samurai, o nobles guerreros, para eludir el deshonor de caer capturados por sus enemigos. En la India, existía una 'costumbre religiosa, llamada *sati*, en la que la viuda se arrojaba a la pira funeraria del marido'".[9]

En el mundo griego, la muerte de Sócrates (470-399 a. de C.), con la que se da inicio a los grandes sistemas filosóficos griegos, podría interpretarse como un suicidio libremente aceptado. De acuerdo con lo descrito en el *Fedón*, a Sócrates se le ofreció la posibilidad de huir, pero prefirió beber de sus propias manos la cicuta por haber expresado sus ideas en contra de la creencia en los dioses ancestrales y corromper a los jóvenes atenienses. Para el pensador, el suicidio significaba un atentado contra los dioses, únicos dueños de la vida y el destino de los hombres.[10]

En tanto, Platón (427-347 a. de C.) consideraba que "aunque el filósofo debe preparase y abocarse hacia el deceso, no debe hacerse daño ni disponer arbitrariamente de su vida".[11] Para su discípulo, Aristóteles (384-322 a. de C.), el problema del suicidio estaba ligado a una visión sociopolítica, aduciendo que no solo era una cobardía, sino un acto que va contra la *polis*, por lo que estaba justificado que dichos sujetos perdieran derechos.

Los estoicos, como Séneca (4-65), eran defensores del suicidio, y pensaban siempre en la calidad, no en la cantidad, de la vida; así, este filósofo decía que "si se presentan muchas cosas molestas y perturban la tranquilidad, se salía él mismo de la vida".[12] Existen suicidios, según Séneca, "que no se ejecutan por cobardía, sino desde la serenidad y la sabiduría de quien opta no por escapar sino por 'salir' voluntariamente de un escenario al que uno se ha visto obligado a subir sin que se le solicitara su consentimiento".[12]

Con la llegada del cristianismo…

Los comportamientos suicidas comenzaron a ser estigmatizados y perseguidos. La doctrina católica medieval redobló la censura contra el suicidio: quitarse la vida era un atentado contra Dios, la sociedad y el propio individuo; los suicidas eran condenados y excluidos de la Iglesia y no se permitía siquiera que fueran enterrados en camposanto. Para san Agustín,[13] "este acto era considerado como el peor de los pecados", aunque solo hacía excepción al suicidio por circunstancias muy graves, y refería que "cuando la voluntad se aleja de Dios, está yendo en contra de la ley divina".[14]

Así, para Martínez González,[9] surgió una tendencia que consideró el suicidio como tabú, [...], valorándolo como acto condenable. Por ello, rechazaba el suicidio: el cuerpo del suicida era maltratado y no tenía derecho a ser sepultado. En la actualidad, en algunos lugares de la Argentina, se observa que sigue persistiendo la postura de repudio y el rechazo al ingreso al templo.

Tanto san Agustín de Hipona (354-430) como santo Tomás de Aquino (1224-1274) resaltaron la santidad de la vida humana como regalo de Dios. Por su parte, el islam y el judaísmo condenan igualmente a todas las personas que interfieran con la divinidad. El hinduismo es una religión innovadora en muchos aspectos: en su cosmovisión, el suicidio está permitido cuando se realiza mediante la *prayopavesa* (la muerte alcanzada a través del ayuno) y solo en ciertas circunstancias. Nos encontramos, pues, ante la única gran religión que acepta claramente la eutanasia.[15]

Para Fort, "la progresiva laicización de las sociedades occidentales provocó el cuestionamiento de muchas ideas previas sobre todos los aspectos de nuestras vidas, pero no necesariamente de nuestras muertes". La mayoría de los códigos penales vigentes en los países desarrollados condena el suicidio asistido y despenaliza el intento de suicidio, considerando siempre a la persona como alguien perturbado o con sus facultades mentales alteradas.[15]

El suicidio en la Edad Media

En esta etapa surgió una mentalidad social y cultural que consideró el suicidio tabú y marcó una clara ruptura con la Antigüedad clásica; así, aparece la prohibición absoluta del suicidio junto al castigo social y religioso. San Agustín arremete contra la muerte voluntaria, apoyándose en las Sagradas Escrituras y el quinto mandamiento: "No matarás".

En la Edad Media se imponían tres castigos al cuerpo del suicida: arrastrar su cuerpo cabeza abajo por la ciudad, la inhumación del cuerpo se realizaba en tierra no consagrada y se clavaba una estaca en el corazón y una piedra en la cabeza a fin de que su alma no resucite.[16]

Para Dante Alighieri (1265-1321), el suicidio podía verse de dos formas: el de las "almas nobles", que irían al limbo, pero los otros serían condenados a lo más profundo del infierno, mientras que Erasmo (1466-1536) consideró al suicidio como la forma de librarse del "agobio de la vida". Evidentemente, la última parte de la Edad Media representa una reevaluación del suicidio con base en su finalidad; aun así, queda claro que la penalidad del suicidio estaba vigente.[17]

Dentro de la época de la modernidad

Se define como Modernidad el período que comienza con el Renacimiento y concluye a fines del siglo XVIII. Entre los pensadores, Hume (1711-1776) fue un filósofo de origen escocés, principal expositor de la escuela filosófica moderna del siglo XVIII, denominada empirismo, que reconocía las experiencias sensibles como única vía de conocimiento. Ese fundamento lo llevó a sostener teorías un tanto reaccionarias en contra de la religión convencional y el aparato eclesiástico que la administraba.

Las ideas más relevantes al respecto están contenidas en los ensayos *Del suicidio. De la inmortalidad del alma*,[18] que ponen en duda la vida eterna y la dependencia del hombre de la voluntad divina, resaltan la importancia del libre albedrío y anticipan las doctrinas que, con Kant y Hegel, dan origen al pensamiento contemporáneo. Respecto *Del suicidio*, sus tesis son revolucionarias y de gran actualidad, y concluye que la muerte es el fin último y definitivo y que, en algunas circunstancias, el suicidio es permisible como alternativa de una vida insoportable.[19] Uno de los objetivos pretendidos por Hume es acabar con la superstición y la falsa religión.

En su Escocia natal, Hume vivenció la asfixia que ocasionaban estas situaciones mediante el control que ejercía la Iglesia sobre la conciencia

y la vida privada de las personas, así como los castigos que infligía a quienes se alejaban de sus normas. En esta atmósfera se instala la problemática del suicidio, concebido como la elección de la propia muerte y como un acto de libertad del cual ningún hombre puede ser privado, porque compromete la responsabilidad personal.[20]

En relación con sus escritos, refiere Hume que "es difícil demostrar la inmortalidad del alma a partir de la mera luz de la razón", "que los argumentos a favor de ella suelen derivarse de temas metafísicos, morales o físicos".[21] Las *razones metafísicas* se basan en la suposición de que el alma es inmaterial. Los *argumentos morales* son los que se derivan de la justicia de Dios, donde se castiga al vicioso y recompensa al virtuoso. Los *argumentos físicos* son favorables a la mortalidad del alma, y los únicos que habría que admitir en relación con esta cuestión.[21]

Con respecto al concepto de "superstición", refiere que el hombre lleva consigo el sufrimiento en todas las acciones y los momentos de su vida. El suicidio parece un contundente remedio para acabar con dicho sufrimiento, pero la "superstición" "no nos permite llevarlo a cabo", por ir en contra de la ley divina. Para Hume, "Si el suicidio es un acto criminal, tendrá que tratarse de una transgresión de nuestra obligación para con Dios, con el prójimo o con nosotros mismos".[21]

Hume "[...] defendió el derecho a acabar con la propia vida si no merece seguir viviéndose. La doctrina de la Iglesia presentaba los padecimientos que debía soportar el hombre como designios de Dios que el individuo debía sufrir estoicamente, pues respondían a la voluntad divina".[22] Hume defendió la muerte voluntaria al modo de los antiguos; entendía que matarse era un símbolo de libertad frente a una realidad que encadena, atormenta y desespera.

Otros pensadores modernos refieren...

El poeta Novalis, creador del Idealismo mágico, deja escrito que "la intuición intelectual es suicidio". Y esto ocurre unos veinte años después de que una ola de suicidios se diera en Alemania en 1774, durante el Romanticismo, tras la publicación de *Las desventuras del joven Werther*[23] de Goethe (1749-1832), el suicidio más célebre de la historia de la literatura alemana, donde el protagonista tiene una historia de amor no correspondido, de pasiones exaltadas, y opta por matarse ante la imposibilidad de realizar sus anhelos amorosos, contrarios a los usos sociales de entonces.[24]

Para Schopenhauer (1778-1860), el suicida "ama la vida"; el hombre, cuando se quita la vida, en realidad lo único que busca es una forma de existencia que no se identifique con el sufrimiento. Niega que el suicidio sea inmoral y considera que es correcto quitarse la vida. Concluye que "toda vida es esencialmente sufrimiento"; no aprueba el suicidio como camino, ya que el suicida no renuncia a la vida en sí misma, sino a la que le ha tocado vivir en condiciones desfavorables. No obstante, este pesimismo radical colocará la posibilidad del suicidio en primer plano.[25]

Mientras que Mainländer (1841-1876), a diferencia de los autores anteriores, una vez concluido su libro *Filosofía de la redención* y, en consonancia con su contenido, puso fin a su vida. Convencido de haber cumplido su misión de dar a conocer la verdad, consideró que había ganado ya el derecho de liberarse de sí y, con ello, también del sufrimiento. Auguraba que en el futuro la política contribuiría a la renuncia voluntaria a la vida, y se crearía un Estado capaz de satisfacer todas las necesidades materiales de los ciudadanos; tal vez, lo que denominamos hoy "Estado del bienestar".[24] De esta manera, en países como Suecia, Noruega y Finlandia se cumplió la expectativa de Mainländer, ya que el número de suicidios se incrementó en los últimos tiempos.

Émile Durkheim y el suicidio como hecho social

A finales del siglo XIX, Émile Durkheim (1858-1917) escribe en Francia su obra *Le suicide* (1897).[26] Lo considera un hecho social no explicable en términos individuales; así, el suicidio se transforma en un reflejo de la sociedad en que se produce. También, refiere que las distintas sociedades, en cada momento de su historia, tienen una actitud definida para el suicidio, por lo que, a mayor desintegración social y anomia, se incrementan los suicidios; esta situación también se observa en la actualidad.

Durkheim describe cuatro tipos de suicidios: en primer lugar, el suicidio "altruista", exigido por la sociedad y el entorno, por cuestiones de honor o vergüenza. Es el caso del capitán del barco que, ante la emergencia, es el último en abandonarlo.

En segundo lugar, el suicidio "egoísta": el individuo no integrado a la sociedad que decide morir al no sentirse parte de la comunidad. En tercer lugar, el suicidio "anómico", en sociedades cuyas instituciones y lazos de convivencia se hallan en situación de desintegración o de anomia. Por último, el suicidio "fatalista", en el que el individuo se ve aplastado por situaciones que lo oprimen y lo agobian.[26]

Las diferentes posturas sobre el suicidio durante el siglo XX

Según Sartre (1905-1980), el ser humano se ve arrojado a la acción, obligado a ser responsable de su vida y "condenado a ser libre". A lo largo de nuestra existencia, realizamos una serie de maniobras que contribuyen a paliar la angustia vital (la "náusea" de Sartre). Se tolera toda clase de estilos de vida, menos el que implique morirse.[15] Así, el existencialismo de Jaspers, Sartre y, en menor medida, de Heidegger, vio en la muerte voluntaria un acto libre y valiente de elección entre vivir y morir. Nietzsche percibía la posibilidad del suicidio como un consuelo para el alma atormentada.[27]

Un gran novelista, ensayista, dramaturgo, filósofo y periodista francés, como Albert Camus[28] (1913-1960), quien se nutrió de las ideas de Schopenhauer, Nietzsche y el Existencialismo alemán, afirmaba que "no hay más que un problema filosófico verdaderamente serio: el suicidio. Juzgar si la vida vale la pena o no vivirla es responder a la pregunta fundamental de la filosofía".[28] Camus recurre a dos mitos griegos, como el de Sísifo y Prometeo, para dar explicación a sus ideas.

Según la mitología griega, Sísifo fue el primer rey de la ciudad de Éfira, y su ambición para permanecer en el poder lo llevó a matar a varias personas. La pena que debió cumplir era experimentar el sinsentido. El castigo consistía en empujar una gran piedra redondeada desde la base de una montaña hasta su cima para, una vez allí, ver cómo esta caía rodando de nuevo hasta el punto de partida. En el *Mito de Sísifo* se establece una relación entre el *absurdo, el suicidio y la esperanza*. El *absurdo* surge cuando el hombre se siente superado por el mundo y toma conciencia de no ser parte de este. Habla de una existencia condenada a repetir el mismo círculo vicioso, sin reparar en otras cosas. Cuando volvemos consciente algo como levantarse, tomar café, transporte, trabajo, comida, transporte, y así sucesivamente, sentimos que la desesperanza nos aplasta. De ahí que el absurdo está emparentado con la conciencia del hombre, quien, una vez consciente de su condición, tendrá que llevarla a cuestas. En segundo lugar, querer remediar o superar tal condición mediante el *suicidio* y, tercero, buscar en el suicidio la posibilidad de un estado mejor: *la esperanza*.[28]

En Prometeo hace referencia al caso de Pandora que, cuando recibe la jarra de Zeus con la prohibición de que la destape, desoye el mandato y los males se esparcen por el mundo, quedando en su interior la esperanza. Contrariamente a la interpretación tradicional, según Bauzá, Camus entiende que la esperanza es sinónimo de resignación y que el hombre jamás debe resignarse, sino luchar para dar significado a su existencia. De lo absurdo de la existencia surgen la rebelión, la pasión y, tras ellas, la libertad. Hay que resistir siempre, ya que no sabemos lo que nos deparará el mañana: la resistencia es lo que vivifica al hombre y la lucha que dinamiza la historia.[29,30]

Así, Camus describe a Sísifo, que empuja alegre su roca hacia arriba en la montaña, y se convierte, según el autor, en un magnífico ícono del espíritu de revuelta de la condición humana. Para levantarse cada día y luchar una batalla que se sabe que no puede ganar, hay que enfrentar al absurdo. "Sin apoyarse en la esperanza ni dejándose hundir en la desesperación, la reflexión acerca del suicidio permite restituir la grandeza de la existencia [...] como un continuo desafío que [...] obliga a optar libremente, sin ninguna ventaja que nos haga inclinar hacia un lado u otro...".[24]

Emil Cioran (1911-1995) escribe para él y construye una "estrategia de evasión", escapando del suicidio en un diálogo interno. Para el autor, la pregunta por el suicidio puede convertirse en "método" de reflexión sobre la vida misma, en una forma de educación por la libertad. Estaba obsesionado con el tema de la muerte y el sinsentido de la existencia; de estos, afirmaba, no podemos liberarnos.[31] A partir de su propia experiencia, nada había que justificara la decisión de existir. La vida es el lugar del hastío, del fracaso frente a la imposición de normas y modelos establecidos por otros, de la incomprensión, la indiferencia y la soledad; en definitiva, del sufrimiento. Ante todo,

carece de sentido porque no escogimos nacer, de manera que la decisión de abandonarla no es susceptible de reproche o reprobación. En palabras de Cioran: "Cuando uno tiene la visión del suicidio, la conserva para siempre. Vivir con esa idea es una cosa muy interesante. Incluso diría que estimulante. Mire, hará unos siete años me encontré con un señor que quería suicidarse. Estuvimos dando vueltas y vueltas, horas y horas. Le estuve diciendo que mejor valía que atrasara su suicidio, que en el fondo esa era una idea muy vital que había que aprovecharla. 'No es natural poner fin a tus días antes de haberte demostrado hasta dónde puedes llegar y realizarte'".[32]

Tanto Camus como Cioran encontraron en la reflexión sobre el suicidio una solución práctica para esclarecer el sentido de la vida, y no cuestionaron las facultades que entran en juego en ese vivir. Las continuas guerras, el Holocausto y las persecuciones masivas de dictaduras, el materialismo feroz, la seducción del poder, el aumento de la injusticia, la discriminación y el permanente sentimiento de extranjería no solo parecen haber dado la razón a Schopenhauer, sino que han hecho resurgir la cuestión del suicidio una y otra vez en cada situación de crisis. Hay suicidios que se plantean desde asumir la responsabilidad con la propia existencia y el compromiso con los demás, y resultan coherentes con la historia de vida de la persona y constituyen un acto de libertad.[24]

"Entre ellos se incluyen la eutanasia (practicada con la belleza del gesto poético que devuelve al agua primordial lo creado por dos grandes escritoras: Virginia Woolf y Alfonsina Storni), el suicidio ritual (harakiri), o el suicidio reivindicativo que es una forma de denuncia de la represión, la esclavitud y la violencia sufrida por los más débiles [...]".[24]

A excepción del suicidio ritual, en cuanto ofrenda voluntaria de la vida de los mejores a la divinidad, el autosacrificio, según Moratiel, "representa el derecho a decidir sobre la propia vida cuando esta ha perdido toda dignidad". Un ejemplo sería en los casos de enfermedades terminales. "Lo mismo ocurre en los suicidios reivindicativos. Cuando la vida se deshumaniza a límites extremos [...]" y esta se expresa a nivel corporal, "mediante el hambre, el castigo físico, el desempleo y la pérdida de la libertad. En semejantes condiciones, la muerte [...] se transforma en liberación y fuente de autoestima".[24]

El derecho a morir en el siglo XXI

También diferentes pensadores e instituciones comienzan a cuestionarse esto, sin llegar aún a postular el suicidio de manera razonada. Así, el Movimiento para la Extinción Humana Voluntaria *(Voluntary Human Extinction Movement* [VHEMT]), fundado en Portland, Oregon, en 1991, por Les U. Knight, sostiene que la humanidad arruinó nuestro planeta y que convendría desaparecer lentamente para devolver la armonía al estado de las cosas. El manifiesto fundacional del VHEMT dice: "La lenta desaparición de la raza humana a través del cese voluntario de la procreación le permitirá a la biósfera terrestre recuperar la salud. El hacinamiento y la escasez de recursos se aliviarán a medida que reduzcamos nuestra densidad".[15]

En nuestros días, más que el matarse o no, lo que causa polémica es la eutanasia, la posibilidad de tener una muerte dulce, la libertad de cada uno para morir dignamente en caso de enfermedad incurable o agonía sin final. Actualmente, en Holanda se está debatiendo sobre una pastilla letal para las personas mayores de 70 años que decidan no seguir viviendo.[33] Este asunto solo lo toca Andrés (2015);[34] sin embargo, la eutanasia arrastra prejuicios sociales heredados de la ancestral ambivalencia humana respecto del suicidio.

Alonso Salas, en su trabajo de 2010 "Suicidio: ¿derecho de autodeterminación física o ejercicio de la libertad con respecto a la propia vida?",[6] menciona a Sullivan,[35] quien afirma en relación con el Estado: "En una cultura que pone la libertad de elección entre los más importantes de todos los valores protegidos, el Estado no tiene ningún interés convincente en evitar el suicidio de gente competente. Más bien el 'interés imperioso' del Estado debe estar en proteger la elección, en asegurar que las personas que toman decisiones fundamentales en el ámbito del derecho a la intimidad no sufran coacción, sean mentalmente competentes y estén lo suficientemente informadas para que puedan decidir por sí mismas. El Estado deberá intervenir para evitar el suicidio cuando el individuo carezca de la capacidad o de la competencia para tomar decisiones al respecto [...]."[6]

Para Andrés, los seres humanos, tan capaces de lo mejor como de lo peor, siempre tuvieron causas para matarse de forma voluntaria, y son las mismas hoy que al inicio de los tiempos: el do-

lor, la desesperación, el miedo, el hastío, la tristeza, el honor mancillado, la vergüenza (y un largo etcétera de desgracias). Naturalmente, también hay componentes patológicos en muchos casos de suicidio, pero no todo es clínica, siempre hay algo más.[36]

El haber pasado una experiencia angustiosa conduce a descubrir el sentido profundo de la vida. Esto es lo que le da significado y ayuda a encontrar un soporte interno a la existencia. Además, es el sentido que cada uno desea darle, y hay tantos como seres humanos en la tierra, según Frankl.[37]

En relación con su prevención, es necesario un trabajo articulado que incluya a todas las instituciones de la sociedad.

PARA CONCLUIR...

Ciertos problemas de la vida humana han preocupado a los hombres desde épocas remotas. Las explicaciones ofrecen una base a partir de la que sea posible comprender al hombre, repensar por qué entendemos el suicidio como fracaso y reflexionar sobre cómo vivimos y morimos.

La intención de los filósofos ha sido proponer un espacio de reflexión que permite preguntarse por aquello que es mejor para la vida. En el debate existirían dos posibilidades: respetar las múltiples posturas de las elecciones humanas y sus motivos y aceptar el suicidio como un acto supremo de libertad o, bien, la actitud de imponer los propios códigos morales y religiosos y cuestionarlo, lo que se deduce de las posiciones diametralmente opuestas reveladas en el curso de los siglos.

Si bien la religión es un factor de protección frente al suicidio, dentro de las grandes religiones –aunque la mayoría está en contra–, solo el hinduismo lo permite en circunstancias muy especiales.

David Hume defiende la legitimidad del suicidio, es un intento de encontrar una salida cuando la vida resulta insoportable, un remedio para acabar con dicho sufrimiento, pero la superstición no permite llevarlo a cabo.

A pesar de que ya pasaron más de cien años de la publicación del libro de Durkheim, hoy persisten la desintegración social, la rotura del lazo social y la anomia, que contribuyen con el suicidio.

Camus brinda elementos para entender el problema del absurdo, el suicidio y la esperanza. El suicidio como una solución de lo absurdo, que se da porque el hombre busca la verdad, la unidad, la felicidad y el sentido, pero en el mundo encuentra contradicciones y sinsentido. El hombre rebelde es el que asume su condición personal y combate contra el absurdo para ayudar a los otros hombres.

El suicidio es un tema complejo, pero que debe ser afrontado con el deseo de entender cada día a más seres humanos que deciden terminar con sus vidas, porque lo más importante son las personas. Se recuerdan las palabras de David Goodwall,[38] de 104 años, ante las cámaras de todo el mundo, antes de su suicidio asistido en Basilea el 10 de mayo de 2018: "Uno debería ser libre de elegir la muerte, cuando la muerte se produce en un momento apropiado".

Se debe apostar a favor de la vida y que esta tenga un sentido y, como sociedad, trabajar en pos de ello, pero también toda nuestra comprensión y respeto por aquellos que decidieron voluntariamente finalizar con su existencia.

Referencias

1. Morán L. Preocupa que se naturalice el suicidio como una opción en adolescentes y jóvenes para salir de los problemas. UNO. 20 Oct 2014 [Consultado 10 Ene 2019). Disponible en: http://www.diariouno.com.ar/afondo/preocupa-que-se-naturalice-el-suicidio-como-una-opcion-adolescentes-y-jovenes-salir-los-problemas-20141020-n141604.
2. Suicidio adolescente: estadísticas muestran suba de un 328% en Salta. Tres Líneas [Internet]. 29 Jun 2014 [Consultado 6 Ene 2019]. Disponible en: http://www.treslineas.com.ar/suicidio-adolescente-estadisticas-muestran-suba-salta-n-1124647.html.
3. Mosquera L. Conducta suicida en la infancia: una revisión crítica. Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes 3(1):9-18, 2016 [Consultado 16 Ene 2018]. Disponible en: http://www.revistapcna.com/sites/default/files/mosquera_2016_revision_critica_conducta_suicida.pdf
4. Castro YS. Reflexiones sobre el absurdo, el suicidio y la esperanza. Thémata. Revista de Filosofía 43, 2010 [Consultado 12 Abr 2019]. Disponible en: http://institucional.us.es/revistas/themata/43/06Castro.pdf.
5. Gutiérrez V. Suicidio: ¿cobardía o acto de libertad suprema?... Para los progres, depende de quién se trate. Hispanidad. 30 Oct

2019 [Consultado 30 Oct 2019]. Disponible en: https://www.hispanidad.com/enormes-minucias/suicidio-cobardia-o-acto-de-libertad-suprema-la-progresia-no-se-aclara_12013850_102.html.
6. Alonso Salas Á. Suicidio: ¿derecho de autodeterminación física o ejercicio de la libertad con respecto a la propia vida? EPISTEME 30(2):49-60, 2010 [Consultado 24 Ene 2020]. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-43242010000200005.
7. Iglesias y Cabrera S. Mito-La Xtabay. Irlandairlanda. 25 Nov 2014 [Consultado 2 Ene 2020]. Disponible en: https://irlandairlanda.wordpress.com/2014/11/25/mito-la-xtabay/.
8. Xtabay. Wikipedia. Última edición de página 1 Ene 2020 [Consultado 3 Ene 2020]. Disponible en: https://es.wikipedia.org/wiki/Xtabay.
9. Martínez González AB. La construcción social del suicidio. XXVI Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología. Asociación Latinoamericana de Sociología, Guadalajara, 2007; pp. 3-4. Disponible en: http://cdsa.aacademica.org/000-066/1506.pdf [Consultado 13 Oct 2019].
10. Sócrates. Wikipedia. Última edición de página 15 Ene 2020 [Consultado 15 Ene 2020]. Disponible en: https://es.wikipedia.org/wiki/S%C3%B3crates.
11. Platón. Fedón. Librodot.com. Disponible en: http://juango.es/files/Fedon.pdf [Consultado 12 Dic 2019].
12. González Barbero I. Séneca: "Sobre el suicidio". Culturamas. 30 Sep 2015 [Consultado 12 Dic 2019]. Disponible en: https://www.culturamas.es/blog/2015/09/30/seneca-sobre-el-suicidio/.
13. López García MB, Hinojal Fonseca R, Bobes García J. El suicidio: aspectos conceptuales, doctrinales, epidemiológicos y jurídicos. Revista de Derecho Penal y Criminología 3:313, 1993 [Consultado 14 Nov 2019]. Disponible en: https://www.unioviedo.es/psiquiatria/wp-content/uploads/2017/03/1993_Lopez_Suicidio.pdf.
14. Casal Fernández M, Canseco Redondo Y. Agustín de Hipona Del libre arbitrio, II, 1-2. En: Historia de la filosofía, Madrid: Edinumen; 2009. Disponible en: http://www.filosofia.net/materiales/sofiafilia/hf/soff_em_2.html [Consultado 9 Ene 2020].
15. Fort, E. El suicidio como acto de libertad. Socompa, Periodismo de Frontera. 9 Jul 2018 [Consultado 4 Oct 2019]. Disponible en: http://socompa.info/social/suicidio-acto-libertad/.
16. Suicidio. Revista Digital Universitaria 6(11), 10 Nov 2005 [Consultado 4 Ene 2020]. Disponible en: http://www.revista.unam.mx/vol.6/num11/art110/art110-3c.htm.
17. Amador Rivera G. Suicidio: consideraciones históricas. Rev Méd La Paz 21(2), 2015 [Consultado 8 Oct 2019]. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S1726-89582015000200012&script=sci_arttext.
18. López Sastre G. David Hume: Sobre el suicidio y otros ensayos. Revista de Filosofía 2 1989 [Consultado 4 Nov 2019]. Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=900165.
19. Cisneros I. Reseña de "David Hume: del suicidio y de la inmortalidad del alma" de Rafael Muñoz Saldaña. Perfiles Latinoamericanos 21:211-214, Dic 2002 [Consultado 2 Nov 2019]. Disponible en: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=11502112.
20. Maidana S. La idea de muerte en la antropología de David Hume. Pensamiento. Papeles de Filosofía 3:15-29, 2016 (Consultado 10 Abr 2019). Disponible en: https://revistapensamiento.uaemex.mx/article/view/4368.
21. Hume D, Miller F (ed.), Martín Ramírez C (trad.). Ensayos morales, políticos y literarios. Madrid: Trotta Liberty Fund; 2011 [Consultado 5 Abr 2019]. pp. 493-503. Disponible en: http://pdfhumanidades.com/sites/default/files/apuntes/166-HUME%20%282011%29.%20Ensayos%20morales%20poli%CC%81ticos%20y%20literarios.pdf.
22. Hume, el suicidio como derecho individual y obligación moral. National Geographic 7 May 2019 [Consultado 5 Jun 2019]. Disponible en: https://www.nationalgeographic.com.es/historia/hume-suicidio-como-derecho-individual-y-obligacion-moral_14083/2.
23. Las penas del joven Werther. Wikipedia. Última edición de página 10 Ene 2020 [Consultado 11 Ene 2020]. Disponible en: https://es.wikipedia.org/wiki/Las_penas_del_joven_Werther.
24. Moratiel V. El suicidio como suprema libertad. Filosofía&Co 23 Oct 2018 [Consultado 8 Oct 2019]. Disponible en: https://www.filco.es/suicidio-como-suprema-libertad/.
25. Baquedano S. ¿Voluntad de vivir o voluntad de morir? El suicidio en Schopenhauer y Mainländer. Revista de Filosofía 63:117-126, 2007 [Consultado 10 Oct 2019]. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/pdf/rfilosof/v63/art09.pdf.
26. Durkheim E. El suicidio. Disponible en: https://sociologia1unpsjb.files.wordpress.com/2008/03/durkheim-emile-el-suicidio.pdf [Consultado 10 Oct 2019].
27. Moreno Claros L. El acto de libertad más antiguo. El País. 11 May 2016 [Consultado 15 Sep 2019]. Disponible en: https://elpais.com/cultura/2016/05/10/babelia/1462875980_324916.html.
28. Camus A. El mito de Sísifo. Buenos Aires: Losada; 1953. Disponible en: http://www.correocpc.cl/sitio/doc/el_mito_de_sisifo.pdf [Consultado 15 Sep 2019].
29. Bauzá HF. Camus frente a los mitos clásicos. Camus en América Latina. 10 Ago 2015 [Consultado 15 Sep 2019]. Disponible en: http://camuslatinoamerica.org/camus-frente-a-los-mitos-clasicos/.
30. Bauzá HF. Miradas sobre el suicidio. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica; 2018.
31. Cardona Reyes JA. Cioran, el suicidio como proyecto de vida. Reflexiones Marginales s/f [Consultado 16 Oct 2019]. Disponible en: http://reflexionesmarginales.com/3.0/cioran-el-suicidio-como-proyecto-de-vida/.
32. Casado J. "Vivir con la idea del suicidio es estimulante". El País 28 Nov 1987 [Consultado 16 Oct 2019]. Disponible en: https://elpais.com/diario/1987/11/28/cultura/565052411_850215.html.
33. Holanda: el gobierno promueve una pastilla mortal para los mayores de 70 años. La Nación 5 Feb 2020. Disponible en: https://www.lanacion.com.ar/el-mundo/holanda-busca-aprobar-pastilla-mortal-mayores-70-nid2330783.
34. Andrés R. Semper dolens. Historia del suicidio en Occidente. Barcelona: Acantilado; 2015.
35. Sullivan A, Manríquez L (trad.). Cit. en Pabst Battin M. La menos mala de las muertes. Sobre eutanasia y suicidio, y otros ensayos sobre el final de la vida. México DF: Paidós; 2006, p. 23.
36. Moreno Claros LF. El acto de libertad más antiguo. El País 10 May 2016 [Consultado 14 Dic 2019]. Disponible en: https://elpais.com/cultura/2016/05/10/babelia/1462875980_324916.html.
37. Frankl V. El hombre en busca de sentido. Barcelona: Herder; 1991.
38. El científico australiano de 104 años que viajó a Suiza para someterse a una eutanasia murió como lo deseaba: escuchando a Beethoven. Infobae 10 May 2018 [Consultado 2 Dic 2019]. Disponible en: https://www.infobae.com/america/mundo/2018/05/10/eutanasia-en-suiza-murio-el-cientifico-australiano-de-104-anos-que-viajo-para-someterse-a-un-suicidio-asistido/.

Consumos en la adolescencia. Cómo abordar el consumo recreativo y el problemático en la consulta ambulatoria

Alcohol and drug use among adolescent. Office-based management of adolescent recreational and problematic drug use

María Carolina Bertini[1]

Resumen

Actualmente, el abuso de sustancias constituye uno de los mayores problemas en salud pública. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), "una de cada cinco muertes de jóvenes está relacionada con el alcohol", y el consumo episódico excesivo de alcohol (CEEA) es una de las problemáticas que mayor impacto tiene en el sistema de salud. El tabaco es la causa principal de muerte prevenible en el mundo. La marihuana es la principal droga ilícita consumida en la Argentina, con un incremento acentuado en la población de 15 a 16 años, además de ser considerada una sustancia inocua, que no presenta poder adictivo, por gran parte de la población. El tratamiento del consumo de sustancias en la consulta ambulatoria con adolescentes tiene un enfoque integral. El cuestionario CRAFFT es útil en adolescentes para pesquisar el riesgo alto o bajo de consumo problemático. La consulta sobre el consumo con el/la adolescente respeta su autonomía y su derecho a la privacidad, además de conocer los límites del secreto médico.

Palabras clave: adolescencia, consumo recreativo, consumo problemático, alcohol, drogas, consulta ambulatoria, CRAFFT.

Summary

Currently, substance abuse is one of the biggest problems in public health. According to the World Health Organization (WHO) "one in five deaths of young people is related to alcohol", being "binge drinking" one of the problems that has the greatest impact on the health system. Tobacco is the leading cause of preventable death in the world. Marijuana is the main illicit drug consumed in Argentina, with a marked increase in the population of 15 to 16 years and seems to be considered a harmless drug with no risk of dependence by much of the population. The approach to substance use in outpatient consultation with adolescents has a comprehensive approach. The CRAFFT questions were development specially to screen adolescents for drug and alcohol recreational or problem consumption. The interview with adolescent respects their autonomy and their right to confidential care, knowing the limits of medical secrecy.

Keywords: *adolescence, recreational consumption, problematic consumption, alcohol, drugs, outpatient consultation, CRAFFT.*

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, el abuso de sustancias constituye uno de los mayores problemas en la salud pública. El problema del consumo de bebidas alcohólicas en las/los adolescentes es tan grave que, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), "una de cada cinco muertes de jóvenes está relacionada con el alcohol"; además, el consumo episódico excesivo de alcohol (CEEA) es una de las problemáticas que mayor impacto tiene en el sistema de salud. El tabaco es la causa principal de muerte prevenible en el mundo. La marihuana es la principal droga ilícita consumida en la Argentina, con un incremento acentuado en la población de 15 a 16 años, además de ser considerada una sustancia inocua, que no presenta poder adictivo, por gran parte de la población.

La adolescencia es una etapa de la vida en que se está buscando e intentando afirmar una nueva identidad, es un momento de búsqueda y de experimentación. En esta etapa, los adolescentes pueden probar sustancias (alcohol, tabaco, marihuana, otras) sin que eso necesariamente implique que tengan un problema de adicción, pero

1. Médica pediatra especialista en Adolescencia, Unidad de Adolescencia, Hospital Italiano de Buenos Aires, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

su consumo puede traer consecuencias a corto o largo plazo.

TRATAMIENTO DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS EN LA CONSULTA AMBULATORIA

El tratamiento del consumo de sustancias en la consulta ambulatoria tiene las siguientes características: en primer lugar, tiene una mirada del consumo de drogas desde tres ámbitos: la persona (adolescente), un contexto social (familiar, grupo de pares, escuela, barrio, país, cultura actual) y una o más sustancias de abuso. En segundo lugar, respeta los fundamentos de la atención del adolescente: sus derechos, su autonomía progresiva y el marco de confidencialidad. Tercero, tiene como objetivo evaluar el riesgo de consumo (diferenciar si este es recreativo o problemático) y utilizar intervenciones motivacionales adecuadas.

Cómo mirar el consumo de drogas de abuso en el adolescente

Hay tres ámbitos concurrentes, necesarios y obligatorios, que podemos graficar con un triángulo, cuyos vértices son la persona (adolescente), las drogas de abuso y el contexto (incluye a los padres, los hermanos, los amigos, la pareja, la escuela, el barrio, la cultura actual, entre otros).

Cada uno de estos vértices tiene sus particularidades y entre ellos se ponen en juego diferentes interacciones. Así, por un lado, de la interacción entre el o la adolescente y el contexto surgen los factores protectores y los de riesgo. Por el otro, de la interacción entre el o la adolescente y la droga surgen la experimentación, el consumo recreativo y el consumo problemático (abuso y dependencia). Y, por último, de la interacción entre la droga y el contexto surgen las leyes que reglamentan la prohibición o no del consumo de diferentes sustancias en cada país, y la tolerancia social hacia estas (sean drogas legales o ilegales).

En la Figura 1, Triángulo de consumo, podemos observar las particularidades de cada ámbito y sus interacciones.

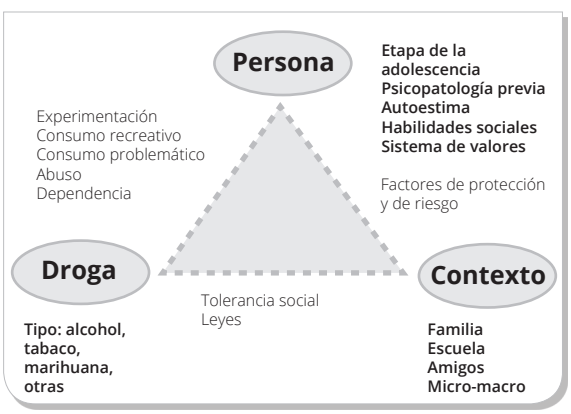


Figura 1. Triángulo de consumo.

La persona: adolescente

La etapa media de la adolescencia, de los 14 a los 16 años, está caracterizada por la experimentación de conductas de riesgo, entre ellas, probar sustancias de abuso. En general, el adolescente comienza con el consumo de alcohol, tabaco o marihuana dentro del grupo de pares.

La adolescencia es una etapa de cambios profundos en la estructura del sistema nervioso central; el lóbulo frontal experimenta el mayor crecimiento. El lóbulo frontal es como el CEO del cerebro, es decir, su director ejecutivo. A través del lóbulo frontal tomamos conciencia de nosotros mismos y de los demás, planificamos el futuro, programamos acciones con intención, prevenimos sus consecuencias, organizamos los medios para conseguir nuestras metas, analizamos los resultados y reformulamos las acciones de acuerdo con estos.

Al final de la adolescencia y principios de la juventud, alrededor de los 23 a 25 años, esta capacidad parece estar desarrollada, con la ayuda e influencia del medio ambiente. Por ello, las funciones cognitivas que permiten la inhibición de impulsos no están desarrolladas en su totalidad en la adolescencia.

Todas las drogas de abuso pueden producir adicción y afectar las vías de motivación y placer del cerebro, que constituyen el sistema de recompensa cerebral. Este sistema está formado por la corteza orbitofrontal, la amígdala, el área tegmental ventral y el núcleo *accumbens;* el neurotransmisor que predomina es la dopamina. Diferentes situaciones, experiencias y sustancias pueden aumentar la dopamina; así, la persona experimenta la sensación de placer. Hay estímulos naturales que aumentan la dopamina (como tener relaciones sexuales o comer un chocolate), pero las drogas de abuso producen un aumento mayor de este neurotransmisor, que puede llevar al adolescente (por la inmadurez de su lóbulo

frontal) a ponderar la gratificación inmediata sin medir las consecuencias y desencadenar un problema de consumo o adicción.

El o la adolescente está aprendiendo a conocerse a sí mismo/a, a diferenciar qué es lo que le gusta y qué no, qué cosas lo motivan y cuáles le dan placer. Si su sistema de recompensa cerebral encuentra en las sustancias de abuso un placer "único" y no hay alrededor otras situaciones placenteras protectoras (deporte, amigos que no consuman, familia continente, proyectos, etc.), es muy probable que de la experimentación pase a consumos problemáticos.

Es decir, el sistema de recompensa cerebral del adolescente es más vulnerable a las sustancias psicoactivas, en comparación con el del adulto, porque está en desarrollo.

La OMS y la Sociedad Argentina de Pediatría recomiendan la abstinencia completa de alcohol en menores de 18 años: por un lado, debido a que el riesgo de dependencia en la edad adulta puede disminuir cuanto más tarde se empiece a consumir bebidas alcohólicas y, por otro lado, porque el consumo de alcohol en la adolescencia altera el desarrollo de la memoria, el aprendizaje, el control inhibitorio y la toma de decisiones.

El CEEA produce daño en el cerebro adolescente, ya que este se encuentra en formación. Estos daños pueden traer consecuencias en el presente y a largo plazo. Entre estas consecuencias, mencionamos las siguientes: *una de cada 5 muertes de adolescentes está relacionada con el alcohol, los accidentes de tránsito y otras formas de accidentes, la violencia de pareja o de grupos, los embarazos no intencionales, las relaciones no consentidas, el contagio de infecciones de transmisión sexual, las lagunas mentales y el coma alcohólico.*

Otro aspecto para tener en cuenta es si el/la adolescente tiene una psicopatología previa. El trastorno dual precoz aparece en la adolescencia y está formado por un trastorno en el consumo de sustancias y al menos un trastorno mental de la infancia o de la adolescencia, que incluyen, entre sus síntomas principales, los problemas de agresividad e impulsividad (principales predictores psicopatológicos de la aparición temprana de adicciones). Estos trastornos mentales son el trastorno por déficit de atención e hiperactividad, el trastorno disocial, el trastorno negativista desafiante y el trastorno bipolar.

El contexto: familia, amigos, escuela, barrio

El entorno cercano al adolescente, la familia, los amigos, la escuela, el club, las agrupaciones religiosas o sociales, ayudarán al adolescente a construir una adecuada autoestima y un sistema propio de valores, como también a desarrollar habilidades sociales.

Los factores asociados con una menor posibilidad de abuso de sustancias son los factores de protección y, por lo contrario, los que puedan favorecer el consumo, son los de riesgo.

Existen factores de protección y de riesgo individuales, familiares y sociales.

Dentro del dominio individual, un factor de riesgo es, por ejemplo, la agresividad o la baja autoestima, y uno de protección, el autocontrol, la alta autoestima, un sistema de valores. En la familia, la puesta adecuada de límites sería un factor de protección; en cambio, la falta de control parental parece uno de riesgo.

Y, en cuanto al contexto, los amigos que consumen alcohol en grandes cantidades en la "previa" sería un factor de riesgo, así como una escuela no comprometida en limitar el consumo de drogas dentro o fuera de la institución o en llevar adelante acciones preventivas, como brindar información y trabajar con sus alumnos en reflexionar al respecto. También, la comunidad puede ser un factor de protección si hay una oferta de actividades recreativas, artísticas o deportivas para los adolescentes; en cambio, la deserción escolar y la pobreza serán factores de riesgo.

Entre los factores de riesgo, tanto individuales, como familiares o sociales, hay algunos que funcionan como de riesgo de progresión hacia el consumo problemático en adolescentes.

En primer lugar, los factores individuales, como un trastorno mental comórbido, las dificultades en las relaciones interpersonales, la exposición al alcohol u otras drogas en el embarazo o la infancia, el antecedente personal de abuso físico, emocional o sexual, los antecedentes familiares de alcoholismo y otras psicopatologías, los rasgos temperamentales o las lesiones del sistema nervioso (por ejemplo, disfunción en el lóbulo frontal, déficit de atención e hiperactividad).

En segundo lugar, los factores ambientales, como una familia disruptiva (negligencia en el cuidado y la educación, abusos físicos o psicológicos, falta de afecto y aceptación, falta de supervisión);

acontecimientos vitales estresantes; dificultades económicas o culturales; modelado de patrones de consumo y transmisión de actitudes favorables hacia el consumo; problemas socioeconómicos; fracaso escolar: dificultades en la relación con los compañeros o los profesores, dificultades en el aprendizaje y bajo rendimiento escolar, ausentismo; vinculación a grupos marginales, presión de grupo de amigos, de los modelos culturales y las modas; disponibilidad de alcohol u otras drogas en su entorno.

Las drogas de abuso

Las drogas de abuso son sustancias psicoactivas que tienen la particularidad de ser capaces de alterar o modificar una o varias funciones psíquicas y pueden inducir a las personas que las toman a repetir su autoadministración por el placer que generan (acción reforzadora positiva). De acuerdo con su acción en el sistema nervioso central se clasifican en psicoanalépticos (estimulantes), psicodislépticos (depresores o alucinógenos) y cannabinoides.

Psicoanalépticos. Los psicoanalépticos estimulan la actividad mental y nerviosa, aumentan los niveles de actividad motriz y cognitiva, refuerzan la vigilia, el estado de alerta y la atención. En este grupo está la nicotina, las anfetaminas, las metanfetaminas y sus derivados (por ejemplo, éxtasis, MDMA), la cocaína, el "paco".

Psicodislépticos. Los psicodislépticos producen relajación y depresión de la actividad mental. Se incluyen los derivados naturales o sintéticos del opio (morfina, por ejemplo), los hipnóticos, sedantes o ansiolíticos (benzodiazepinas, por ejemplo), los antipsicóticos, los solventes volátiles (usados en pegamento) y el alcohol. También, producen alteraciones en la sensopercepción, el estado de ánimo y la conciencia. Incluyen el LSD (ácido lisérgico), la ayahuasca, el peyote y los hongos psicoactivos.

Cannabinoides. Los cannabinoides son sustancias que están presentes en plantas cannabináceas, con capacidad estimulante, depresora y alucinógena. También se encuentran en la marihuana y el hachís.

Diferencia entre consumo recreativo y problemático

La drogodependencia no está definida por la dependencia física, sino por el "comportamiento de búsqueda de droga". No toda persona que consume es "adicta", hay diferentes tipos de vínculos con las sustancias sin ser todos ellos adicciones, ni necesariamente consumos problemáticos.

Se puede definir el *uso* de una sustancia como un consumo aislado, episódico, ocasional, sin tolerancia ni dependencia. Incluye la experimentación, que es el primer contacto del individuo con una sustancia. Es de destacar que un único episodio de consumo puede ser fatal (en caso de intoxicación aguda, por ejemplo, la muerte por arritmia luego del consumo de éxtasis con alcohol), dañino (cuando una embarazada consume alcohol) o peligroso (cuando se consume marihuana y luego se conduce un vehículo).

El *abuso* es un uso inadecuado por su cuantía, frecuencia o finalidad. Conlleva deterioro de la persona, que da lugar al incumplimiento de las tareas habituales, alteraciones en las relaciones sociales y familiares o ambas.

La *dependencia* de una sustancia existe cuando se tiene la necesidad inevitable de consumirla y se depende en forma física y psíquica de ella. Aparece una necesidad de cantidades marcadamente crecientes para conseguir el efecto deseado (tolerancia), y se consume para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.

Actualmente, la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5), en los criterios diagnósticos para el trastorno por consumo de sustancias, une al abuso y a la dependencia, sin diferenciarlos.

La diferencia entre consumo *recreativo* y *problemático* sería el impacto del consumo en la vida cotidiana del sujeto. Un consumo agudo o crónico de drogas puede ser *problemático* para un adolescente cuando afecta a una o más áreas de su persona: como su salud física o psíquica, sus relaciones sociales primarias (familia, pareja, amigos), sus relaciones sociales secundarias (estudio, trabajo) o sus relaciones con la ley.

El consumo *recreativo* de sustancias por parte del adolescente sería un uso ocasional o habitual de la sustancia que no atente contra su salud ni su proyecto de vida.

Respeta los fundamentos de la atención del adolescente

El tratamiento del consumo de sustancias con el/la adolescente en la consulta ambulatoria es

una parte más de la entrevista y respeta su autonomía y su derecho a la privacidad, además de conocer los límites del secreto médico (riesgo inminente de vida para sí mismo o para terceros).

Cómo evaluar el riesgo de consumo del adolescente y utilizar intervenciones motivacionales adecuadas

La *American Academy of Pediatrics* recomienda preguntar a los y las adolescentes sobre consumo de tabaco, alcohol y otras drogas en la consulta ambulatoria anual. Si consume alcohol u otras drogas, se tiene que evaluar con una herramienta validada para determinar si el consumo es de riesgo alto (consumo problemático, abuso o dependencia) o bajo (consumo recreativo). Si nos basamos en nuestra propia impresión, podemos subestimar el riesgo.

El *cuestionario CRAFFT* es un instrumento de pesquisa eficaz y de fácil ejecución para evaluar el riesgo de consumo problemático, abuso y dependencia de alcohol y otras drogas en adolescentes. Su nombre es un acrónimo de 6 palabras clave que componen la prueba: *car* (auto), *relax* (relax), *alone* (solo), *forget* (olvidos), *family and friends* (familia y amigos), *trouble* (problemas).

La adaptación transcultural al castellano y la validación del test CRAFFT en un grupo de adolescentes argentinos se publicó en 2015 en *Archivos Argentinos de Pediatría* (CRAFFTa), y puede realizarse de forma oral o escrita. Con 2 o más respuestas afirmativas, el riesgo de consumo problemático, abuso o dependencia es alto.

Cuestionario CRAFFTa

Durante los últimos 12 meses:

1. ¿Alguna vez viajaste en un vehículo conducido por vos u otra persona que hubiera consumido alcohol o drogas?
2. ¿Alguna vez usaste alcohol o drogas para relajarte, sentirte mejor con vos mismo o para integrarte a un grupo?
3. ¿Alguna vez consumiste alcohol o drogas mientras estabas solo/a?
4. ¿Alguna vez te olvidaste las cosas que hiciste por haber consumido alcohol o drogas?
5. ¿Alguna vez tu familia o amigos te dijeron que disminuyas el consumo de alcohol o drogas?
6. ¿Alguna vez tuviste problemas por haber consumido alcohol o drogas?

El nuevo enfoque adoptado por la OMS para la atención de adolescentes propone una mirada comprensiva e integradora, que entiende la adolescencia como un fenómeno multidimensional y diverso, centrada en las habilidades, y reconoce sus capacidades para comprender su entorno e incluso modificarlo.

La mayoría de los y las adolescentes que consumen alcohol o drogas pueden manejarse eficazmente en el consultorio de atención primaria y aun los y las que requieran derivación a un especialista en adicciones pueden beneficiarse o aceptar mejor el tratamiento luego de una intervención breve en el consultorio.

Como médicos o médicas que tratamos con adolescentes, es importante tener en cuenta que cómo preguntemos y tratemos estos temas de consumo con nuestros pacientes definirá en gran parte que ellos "se alejen" o se "abran al diálogo". No juzgar, no asustar, sino crear un clima de empatía y cordialidad.

La entrevista motivacional representa un estilo de relacionarse con los pacientes, está encaminada a promover cambios que convengan a su salud, para que cada integrante del equipo de salud se convierta en un colaborador del proceso de cambio del paciente.

También tenemos que considerar el respeto a la autonomía del adolescente, que implica el reconocimiento de que cada individuo es dueño de sus propias acciones y decisiones, para lo cual existen ciertos requisitos que deben cumplirse: la persona debe decidir por sí misma qué hacer, tener pleno conocimiento de las opciones que tiene y que posea toda la información necesaria para que esa acción sea efectivamente autónoma. En algunos adolescentes podremos ejercer prevención primaria sobre el uso de sustancias, pero en otros que estén consumiendo, la prevención será secundaria desde la reducción de riesgos. Debemos contar con información actualizada y adecuada para cada paciente. Para ello, se pueden consultar las páginas web citadas en la bibliografía recomendada.

Viñetas de consultas

La última paciente de la tarde es Camila, de 17 años, es la primera vez que la veo, viene con su madre porque la derivaron conmigo para que "hablemos de lo que pasó el fin de semana pasa-

do". El domingo a la madrugada estuvo en observación en la guardia por intoxicación alcohólica. Una de sus amigas llamó a su madre porque se había desmayado en el boliche; en la guardia le dieron anticoncepción de emergencia por las dudas, porque no se acordaba nada.

Como médica de Camila me pregunto cómo empezar a hablar de cuidados y cómo hacer reducción de riesgos en su consumo.

El CEEA es la ingestión de gran cantidad de alcohol (más de 5 UNE [unidad estándar de alcohol] = 60 g/cc alcohol puro) en una sola ocasión o en un período corto (horas). Una UNE equivale a una lata o botella de 300 cc de cerveza, a una copa de vino (150 cc) o a un trago (80 cc a 100 cc) con alguna bebida destilada: ron, fernet, vodka.

La viñeta describe un consumo ocasional, que fue dañino para la salud de Camila; un consumo recreativo puede ser dañino. De acuerdo con el cuestionario CRAFFTa, con la historia personal de Camila, su triángulo de consumo, si este fue el primer episodio o siempre toma alcohol en grandes cantidades, podremos definir si el consumo es problemático.

Se realiza una intervención breve, que considera los riesgos asociados con el consumo y su progresión. Se trabaja con un enfoque en reducción de riesgo. Se sugiere ver la bibliografía recomendada para profundizar el tema.

Se reflexiona con Camila sobre habilidades sociales, se evalúan otros aspectos de su vida y se consideran los factores de protección y riesgo. Se cita a Camila en fecha cercana para mantener un contacto frecuente. También, se puede considerar la entrevista con los padres o adultos referentes para evaluar el contexto.

Magalí, de 18 años, consulta porque a su pareja, Valentina, de 20 años, le diagnosticaron herpes genital y pregunta si tiene que hacerse algún control. Me cuenta que no se cuidan en sus relaciones. Consume marihuana con su pareja y, cuando está sola, casi todos los días. Valentina tiene una planta en su casa, así que está tranquila porque consumen algo "natural".

Le pregunto a Magalí si en algún momento tuvo una mala experiencia con su consumo de marihuana y me cuenta que "el otro día me 'pegó un mal viaje' y me asusté, no estoy segura si quiero seguir fumando, pero es algo que me une con Valentina. Me la paso peleando en casa con mi mamá, por el tema estudio y porque sabe que consumo, es que no tengo ganas de estudiar, en realidad a veces no tengo ganas de hacer nada…".

En esta consulta con Magalí se trata de establecer un vínculo de confianza y armar su "triángulo de consumo". Luego de realizar el cuestionario CRAFFTa para marihuana, el resultado seguramente será de alto riesgo. Se pregunta sobre los criterios para diagnóstico de dependencia de marihuana y síntomas de distimia.

En el examen físico se tienen en cuenta signos de intoxicación aguda (inyección conjuntival, xerostomía, disartria y taquicardia), de abstinencia o consumo crónico y complicaciones asociadas. Se considera, también, la posibilidad de afección dual asociada.

Se realiza una entrevista para motivar al cambio y consejería en reducción de riesgo (de acuerdo con el tipo de planta, puede haber más concentración de tetrahidrocannabinol [THC] y mayor daño al cerebro; consecuencias del uso prolongado de marihuana: alteración de la memoria, fatiga crónica, disminución de la libido, aislamiento social). Para profundizar en el tema, se sugiere leer las páginas web recomendadas en la bibliografía.

Mantener contacto frecuente con Magalí. Considerar la posibilidad de seguimiento conjunto con salud mental y citar a los padres o a los adultos referentes para evaluar el contexto.

CONCLUSIÓN

El tratamiento del consumo de sustancias con el/la adolescente en la consulta ambulatoria tiene un enfoque integral (triángulo de consumo: persona, contexto y droga).

Tenemos que preguntar en la entrevista con el/la adolescente sobre consumo de sustancias e incluir el CRAFFTa para pesquisar el riesgo alto o bajo de consumo problemático. La consulta en consumo con el o la adolescente respeta su autonomía y su derecho a la privacidad, además de conocer los límites del secreto médico.

En el enfoque de la consulta tenemos que utilizar intervenciones motivacionales adecuadas e incluir la reducción de riesgos en consumo y de la progresión de este.

Saber preguntar, establecer un vínculo que permita al adolescente confiar, puede hacer la diferencia.

Bibliografía recomendada

Información sobre consumos problemáticos para adolescentes. Plan Nacional de Prevención del Embarazo no Intencional en la Adolescencia. Ministerio de Salud de la Nación. Disponible en: https://www.hablemosdetodo.gob.ar/consumos/.

Información sobre drogas para médicos, padres y adolescentes de la página del National Institute of Drugs Abuse (NIDA) (disponible en inglés también). También artículos interesantes sobre efectos de estas en el cerebro:

Volkow ND. Prefacio. En Drogas, cerebro y comportamiento. La ciencia de la adicción. Disponible en: https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/serie-de-reportes/las-drogas-el-cerebro-y-el-comportamiento-la-ciencia-de-la-adiccion/prefacio.

https://www.drugabuse.gov/es/informacion-sobre-drogas/la-marihuana.

Información sobre efectos de drogas de la Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (FAD). "Todo sobre drogas". YouTube (en español). Disponible en: https://www.youtube.com/playlist?list=PL68DFA9E39D6AE8FB.

Lineamientos para la atención del consumo episódico excesivo de alcohol en adolescentes. MSAL. May 2011. Disponible en: http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/tocoginecologia/files/2014/02/Lineamientos-para-la-atenci%C3%B3n-del-Consumo-epis%C3%B3dico-excesivo-de-alcohol-en-adolescentes.pdf.

Sexto estudio nacional sobre consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de enseñanza media. Sedronar. 2014. Disponible en: http://www.observatorio.gov.ar/media/k2/attachments/VIZEstudioZNacionalZaZEstudiantesZdeZNivelZMedioZ-ZReginZCuyoZ-ZAoZ2014_1.pdf.

Referencias

1. Bertini MC, Busaniche J, Baquero F, et al. Adaptación transcultural y validación del test CRAFFT como prueba de pesquisa para consumo problemático, abuso y dependencia de alcohol y otras sustancias en un grupo de adolescentes argentinos. Arch Argent Pediatr 2015; 113(2): 114-118. Disponible en: http://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2015/v113n2a04.pdf.
2. Miller WR, Rollnick S. La entrevista motivacional. Preparar para el cambio las conductas adictivas. Barcelona: Paidós; 2009.
3. Prevención del consumo problemático de drogas. Ministerio de Educación de la Presidencia de la Nación, Unicef. Disponible en: http://files.unicef.org/argentina/spanish/Edu_ModulosESI.pdf.
4. Shier LA. Substance use problems and associated psychiatrics symptoms among adolescents in primary care. Pediatrics 2003; 111: e699-e705.
5. Volkow ND, Baler RD, Compton WM. Adverse health effects of marijuana Use. N Engl J Med 2014; 370: 2219-2227.

Las voces de adolescentes y jóvenes argentinos sobre la problemática del suicidio

The voices of teenagers and young Argentines on the problem of suicide

María del Carmen Tinari de Platini,[1] Miriam Salvo,[2] Inés de la Parra,[2] Lucía Katabian[2]

Resumen

En la Argentina se registraron 3322 suicidios totales en 2018, lo que equivale a 9 casos de suicidios por día. De ellos, 942 (28.35%) fueron en adolescentes y jóvenes (10 a 24 años). Está descrito que un alto porcentaje de estos tuvo contacto con el sistema de salud en el año previo a su muerte; por ello, la detección es un primer paso hacia su prevención. *Objetivo general:* Analizar la opinión que tienen los adolescentes y jóvenes de 5 provincias argentinas acerca de ser interrogados en el marco de los sistemas de salud con el objeto de identificar los que presentan riesgo de suicidio. *Método:* Estudio de observación, descriptivo y de corte transversal. Se realizó un muestreo intencional y se analizaron 1153 adolescentes y jóvenes (10 a 24 años) asistentes a establecimientos educativos públicos y privados, y usuarios de los servicios de salud pública o privada de las provincias argentinas de Buenos Aires (325), Santiago del Estero (322), La Rioja (301), Córdoba (128) y Salta (77). Se aplicó un cuestionario semiestructurado. Se utilizó un enfoque cuantitativo; estadísticamente, se utilizaron medidas de tendencia central, tablas de contingencia, y se realizó test de hipótesis con un nivel de significación del 5% ($p < 0.05$), además de tratamiento cualitativo de algunas variables. *Resultados:* El promedio de edad fue 17.2 años; con respecto al sexo, predominaron las mujeres y, al estrato social, el medio. Un 68.7% nunca fue consultado por su estado de ánimo, y a 8 de cada 10 tampoco se les preguntó por autolesiones. Les cuesta expresarse sobre estos temas. Un 87% considera importante ser interrogado por los profesionales de la salud, perciben el suicidio como un problema dentro de la sociedad, sobre todo en las provincias, donde este es más alto. *Conclusiones:* Los adolescentes y jóvenes investigados están de acuerdo en ser interrogados sobre la problemática de suicidio; por ello, no debemos perder la oportunidad, más allá del motivo de consulta, y considerar que es parte de nuestro trabajo y responsabilidad.

Palabras clave: suicidio, adolescentes, intento de suicidio, conducta suicida, prevención del suicidio.

Summary

In Argentina, 3,322 suicides were recorded in 2018, which is equivalent to 9 cases per day. Of these 942 (28.35%) were in adolescents and young people (10-24 years). A high percentage of these had contact with the health system in the year prior to their death, so detection is a first step towards prevention. General objective: *To analyze adolescents and young people's opinions from five Argentine provinces towards being questioned within the health systems in order to identify those that present a risk of suicide.* Method: *Observational, descriptive and cross-sectional study. Intentional sampling was performed, and 1,153 adolescents and young people (10-24 years) were sampled who attended public and private educational establishments, as well as users of public or private health services in the Argentine provinces of Buenos Aires (325), Santiago del Estero (322), La Rioja (301), Córdoba (128) and Salta (77). A semi-structured questionnaire was applied. A quantitative approach was used, statistically, central tendency measures, contingency tables were used, and hypothesis tests with a significance level of 5% ($p < 0.05$) were performed, as well as qualitative treatment of some variables.* Results: *The average age was 17.2 years. With respect to sex, women predominated. Middle class was the medium in terms of e social stratum. 68.7% were never consulted about their mood, and 8 out of 10 were also not asked regarding self-harm. The sampled population find it hard to express themselves on these issues. 87% consider it important to be questioned by health professionals and they perceive suicide as a problem within society, especially in the provinces where it is highest.* Conclusions: *Adolescents and young people investigated agreed to be questioned about the problem of suicide, so we should not miss this opportunity. to engage with them, beyond the reason for the specific visit considering it is part of our work and responsibility.*

Keywords: *suicide, adolescents, suicide attempt, suicidal behavior, suicide prevention.*

1. Miembro del Comité Científico SAGIJ; delegada provincial de SAGIJ, Santiago del Estero; docente de la Universidad Nacional de Santiago del Estero, Santiago del Estero, Argentina.
2. Profesionales a cargo de delegaciones de la Sociedad Argentina de Ginecología Infanto Juvenil de las provincias de Buenos Aires y Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Córdoba, La Rioja, Salta y Santiago del Estero. Dras. Alejandra Giurgiovich, Patricia Villabrille, María Laura Lovisolo, Clara Di Nuncio, Mariela Orti, Paula Califano, Miriam Salvo, Silvia Bonsergent, Margarita Fuster, Carolina Vera, Andrea Davico, María de los Ángeles Gómez.

INTRODUCCIÓN

En todo el mundo, casi 800 000 personas mueren por suicidio cada año;[1] esta es una de las causas principales de muerte para los jóvenes.[2] Se advierte, además, tanto en el mundo como en la Argentina, un aumento del problema en la población infantojuvenil.[1,3,4]

El suicidio es una cuestión de salud pública; por ello, en la mayoría de los países, la tasa de suicidio se considera un indicador de la salud mental de su población.[5] A pesar de su origen multifactorial, la Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que la prevención y el tratamiento adecuado de la depresión, el abuso de alcohol y otras sustancias, así como de quienes han intentado suicidarse, permite la reducción de las tasas de suicidio.[1,6,7]

Según datos del Ministerio de Salud de la Nación (MSAL) de 2018,[8] la Argentina contaba con una población de 44 494 502 habitantes. Durante ese año se registraron 3322 casos de suicidios, lo que equivale a 9 casos de suicidios por día. Del total, 942 (28.35%) correspondían al grupo de entre 10 y 24 años. Dentro de este subgrupo, 57 formaban parte del grupo de 5 a 14 años y 885, del de 15 a 24 años. En relación con el sexo, el 76.4% fueron varones y el 23.6% mujeres. El suicido fue la segunda causa de muerte entre los adolescentes de 15 a 19 años.

La tasa de suicidio en adolescentes y jóvenes para ambos sexos en la Argentina en 2018 fue de 8.88 por 100 000. En relación con las diferentes provincias de la Argentina, se calcularon las tasas de suicidio en adolescentes y jóvenes (10 a 24 años) con base en los datos del MSAL;[8] el primer lugar lo ocupó Catamarca con una tasa de 27.34 por 100 000; en segundo lugar, Salta con una tasa de 21.99 por 100 000; Jujuy, con 19.53 por 100 000; seguidas por Tucumán, con 17.47 por 100 000; Neuquén, con 16.66 por 100 000 y La Rioja, con una tasa de 16.13 por 100 000 (ver Tabla en Anexo 1).

Las razones que llevan a un adolescente a quitarse la vida son complejas, pero en general siempre están precedidas por signos de alarma que es necesario identificar. Existe una larga lista de factores de riesgo, y se observa una alta comorbilidad con los trastornos depresivos, el trastorno bipolar y la esquizofrenia.[9-13] El 50% de las enfermedades mentales comienza en la infancia –y se han presentado casos en niños menores de 10 años–, por lo que es un período crítico para aprovechar y poder intervenir.[2,14-17] A su vez, los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias constituyen el 10% de la carga mundial de morbimortalidad y el 30% de enfermedades no mortales.[1]

Según Rhodes,[18,19] un 80% de los sujetos tuvo contacto con el sistema de salud en el año previo a su muerte, por lo general con un médico ambulatorio o el servicio de urgencias. Estas personas no entran en el consultorio médico y dicen "quiero matarme", sino que con frecuencia se presentan con quejas somáticas (por ejemplo, dolores de cabeza, de estómago), y no podrán hablar de sus pensamientos suicidas a menos que se les pregunte directamente.[2]

Preguntar a los jóvenes sobre los pensamientos y los comportamientos suicidas, sobre todo cuando el niño o adolescente no se presentó al servicio de urgencias por una razón de salud mental, pueden generar una preocupación en el paciente, los padres y el personal.[20] Si bien la detección de riesgo de suicidio no está asociado con un riesgo iatrogénico de inducir el comportamiento suicida,[21] el interrogante más importante surge de cómo los niños y adolescentes responderán al ser preguntados sobre el tema durante una visita por otra causa.[20]

Para Horowitz[2] existe la preocupación acerca de **cómo** tratar a los pacientes a los que se los interroga cuando el test da positivo. El paciente tiene el síntoma, pero si el profesional de la salud no lo investiga pierde la oportunidad de detectarlo y el joven no obtendrá la ayuda que necesita. Otro obstáculo sobre el suicidio es el mito iatrogénico, ya que muchos (incluidos los profesionales de la salud) todavía creen en el favorecimiento del suicidio al investigarlo.[2,22,23]

Hoy, en nuestra sociedad, la detección de adolescentes y jóvenes en riesgo de suicidio[2] es una gran preocupación, y un primer paso hacia su prevención, como sugiere la OMS en sus últimos estudios.[1,6] Es necesario avanzar en el tema; por ello, surge el planteo de saber qué opinan ellos, para tratar de derribar mitos entre los profesionales, sobre todo el de no hablar ni preguntar sobre la problemática, y así poder llegar a este grupo antes de que cometan el intento.

Así, el *objetivo general* de este estudio se relaciona con analizar la opinión que tienen los adolescentes y jóvenes de 5 provincias argentinas

acerca de ser interrogados, en el marco de los sistemas de salud, con el objeto de identificar los que presentan riesgo de suicidio.

Para el logro del objetivo propuesto se plantearon los siguientes *objetivos específicos:* en primer lugar, identificar si consideran al suicidio infantojuvenil como un problema dentro de la sociedad; segundo, determinar si alguna vez algún profesional de la salud les preguntó acerca de su estado de ánimo o de hacerse daño a sí mismos; tercero, determinar si les parece útil que se los interrogue sobre este tema; cuarto, establecer si no se le pregunta, si el/la adolescente lo contaría espontáneamente; quinto, analizar si la problemática planteada les preocupa y saber los motivos y las razones de tal preocupación; por último, establecer comparaciones en relación con las opiniones de los adolescentes y jóvenes con respecto al sexo, la edad, la procedencia y el nivel socioeconómico.

MATERIAL Y MÉTODOS

El presente estudio fue de observación, descriptivo y de corte transversal; las fuentes de información fueron primarias. La población estuvo conformada por los adolescentes y jóvenes (10 a 24 años) asistentes a 9 establecimientos educativos pertenecientes al nivel público y privado, y usuarios de los servicios de salud pública o privada de las provincias argentinas de Buenos Aires, Córdoba, La Rioja, Salta y Santiago del Estero.

Criterios de elegibilidad

Se incluyeron adolescentes y jóvenes (10 a 24 años) concurrentes a los servicios de salud –para adolescentes, jóvenes y de ginecología infantojuvenil– y al sistema educativo –nivel secundario, terciario o universitario– que, además, aceptaron participar.

Técnicas de muestreo

Se seleccionaron adolescentes y jóvenes de ambos sexos, con edades comprendidas entre los 10 y 24 años. Se utilizó un muestreo intencional, ya que por dificultades en la implementación en las distintas provincias, este no pudo ser probabilístico.

Consideraciones éticas

Se llevó a cabo un consentimiento informado para la realización de la investigación y el protocolo fue evaluado por el comité de bioética de los diferentes hospitales o centros de salud donde se llevó a cabo la investigación. En caso de instituciones educativas, se solicitó a los directivos la autorización de los padres a participar de la encuesta en los casos que fuera necesario y el asentimiento informado, firmado por todos los participantes.

El presente trabajo de investigación cumple con las guías éticas internacionales vigentes para la realización de estudios con seres humanos, redactadas en la Declaración de Helsinki.[24] Se ajustó a la Ley Nacional de Protección de Datos Personales 25326 *(habeas data)* para proteger la identidad y los datos del paciente, garantizando el absoluto anonimato y la confidencialidad de toda la información, producto de la presente investigación. Se garantizó que la participación fuera voluntaria y libre de influencia indebida, incentivo indebido o coerción.

Variables en estudio

Dentro de las variables sociodemográficas se determinaron:

Edad: se expresa en años y corresponde al tiempo que ha vivido el/la adolescente contando desde su nacimiento.

Sexo: característica fenotípica que diferencia al varón de la mujer. Se considerará el que refiere el/la adolescente, ya sea masculino, femenino u otro.

Nivel de instrucción: se tomará el grado más alto completado, dentro del nivel más avanzado que ha cursado el entrevistado, de acuerdo con las características del sistema educacional del país, considerando tanto los niveles secundario, terciario y universitario del sistema educativo.

Estrato social: se clasifican en tres grupos en relación con la ocupación de los padres: ABC1, C2C3 y DE. La clasificación socioeconómica se estructuró sobre el cálculo de la Asociación Argentina de Marketing en ABC1 (empresarios, profesionales), C2C3 (técnico profesional y técnicos) y DE (operarios y sin calificación), en donde ABC1 representa al grupo de mayores recursos (clase alta y media alta); el C2C3, a la clase media y media baja; y el DE, a la clase baja.[25,26]

Lugar de residencia: es la localización geográfica, dirección o lugar donde el alumno vive al momento de la encuesta. Se considerará en esta investigación la provincia de origen.

Con respecto a la variable ***opinión sobre interrogar para la identificación de adolescentes y jóvenes en riesgo de suicidio:*** tiene que ver con las ideas, los juicios o conceptos que un adolescente o joven tiene o se forma acerca de que un profesional de la salud lo interrogue acerca de identificar en estos grupos los que presenten riesgo de suicidio. Esta incluyó dimensiones como ser consultados por los médicos acerca de su estado de ánimo y hacerse daño a sí mismos (autolesiones), la utilidad de que un profesional de la salud los interrogue sobre este tema, la expresión en forma espontánea del problema del suicidio, la importancia que ellos otorgan acerca de ser interrogados sobre la temática, el considerar al suicidio en la adolescencia como un problema dentro de la sociedad y si es un tema que les preocupa y cuáles son los motivos.

Instrumentos de recolección de datos: se utilizó un cuestionario semiestructurado diseñado *ad hoc* (ver Anexo), que contó con preguntas cerradas y abiertas, que fue respondido en forma anónima.

Procesamiento y análisis de datos: se llevó a cabo un enfoque de tipo cuantitativo y tratamiento cualitativo de algunas de las variables. El análisis cuantitativo se efectuó mediante el *software* estadístico InfoStat. En relación con los procedimientos estadísticos, se utilizaron medidas de tendencia central. Se complementó con tablas de contingencia. Se realizó test de hipótesis con nivel de significación del 5% ($p < 0.05$).

Recursos para la investigación: institucionales, que incluyen centros de salud y educacionales; humanos, conformados por todos los profesionales intervinientes en las encuestas, y materiales, que incluyen papelería para encuestas y recursos tecnológicos (computadoras) para procesamiento y análisis de los datos.

RESULTADOS

Aspectos sociodemográficos

Se encuestó un total de 1153 adolescentes y jóvenes, pertenecientes a 5 provincias de la República Argentina, entre las que se encuentran Buenos Aires, Santiago del Estero, La Rioja, Córdoba y Salta, como se observa en la Tabla 1.

En las provincias de Buenos Aires, Santiago del Estero y La Rioja se llevó a cabo una cantidad similar de encuestas, a diferencia de Córdoba y Salta, en las que la proporción fue menor.

Tabla 1. Procedencia de adolescentes y jóvenes (n = 1153).

Procedencia	Frecuencia	Porcentaje
Buenos Aires	325	28.2
Santiago del Estero	322	27.9
La Rioja	301	26.1
Córdoba	128	11.1
Salta	77	6.7
Total	1153	100.0

En lo referente a la edad, el promedio fue de 17.2 años; la mediana, de 17 años, con un mínimo y un máximo entre 10 y 24 años. Con respecto al sexo, predominaron las mujeres sobre los varones, en una relación de casi 8 a 2 (77.1% de mujeres y 22.3% de varones; 0.6% refirió otro sexo), lo que se relacionó con que la atención en ginecología infantojuvenil es, sobre todo, en mujeres, excepto los casos en que las adolescentes son acompañadas por sus parejas. Los varones fueron fundamentalmente encuestados en el sistema educativo.

En cuanto al estrato social, un 13.9% pertenecía al estrato alto, un 61.4% al medio y un 24.8%, al bajo. En Santiago del Estero predominó el estrato social bajo, con un 37% (119); en las otras provincias, el estrato social de pertenencia más frecuente fue el medio, cuyos valores variaron entre un 66% (214) en Buenos Aires a un 80% (62) en Salta. Podemos señalar que la información permite asegurar que Santiago del Estero se diferencia del resto de las provincias estudiadas en cuanto al estrato social ($p < 0.0001$).

A continuación, se presentan los resultados de las variables utilizadas con el objetivo de evaluar la opinión de los adolescentes en relación con interrogar, desde el sistema de salud, con el propósito de identificar aquellos en riesgo de suicidio.

Indagación por parte de los profesionales de la salud sobre el estado de ánimo y las autolesiones en los adolescentes

Los adolescentes y jóvenes refirieron que son pocos los profesionales de la salud que les preguntaron sobre estos temas en el marco de una consulta (Tabla 2), pero se observó que fueron más interrogados por su estado de ánimo que por hacerse daño a sí mismos (autolesiones).

Tabla 2. Preguntar por el estado de ánimo y autolesiones.

n = 1153	No		Sí		No sé	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Estado de ánimo	792	68.7	328	28.4	33	2.9
Autolesiones	947	82.1	174	15.1	33	2.8

Se constata, al analizar sobre la consulta por el estado de ánimo, que a mayor edad de los pacientes, los profesionales indagan más: 24% para el grupo de 10 a 14 años; 27.1% para los de 15 a 19 años, y hasta un 35.8% en los mayores de 20 años ($p < 0.0001$).

Además, se interrogó más por el estado de ánimo a las mujeres (31.2%) que a los varones (18.7%; $p < 0.0001$) y, con respecto al estrato social, se comprobó que el medio es el más indagado, con una frecuencia de 31.6%, disminuye en el bajo a un 26.9% y más aún en el alto, con un 17% ($p = 0.003$).

La pregunta acerca de hacerse daño a sí mismo (autolesiones) la realizó una menor cantidad de profesionales, con una frecuencia del 15%, sin diferencias en los distintos grupos etarios (13.4% [20] en el grupo de 10 a 14 años; 16.5% [121] en el grupo de 15 a 19 años y 13.9% [33] para los de 20 a 24 años; $p = 0.468$).

Al considerar el sexo, se les preguntó a un 8.2% de varones y a 17.2% de las mujeres; esta diferencia fue significativa ($p < 0.0001$). En cuanto al estrato social, no se detectaron diferencias significativas (11.3% al estrato alto; 15.6% en el medio y 16.1% en el bajo; $p = 0.265$).

Sobre la utilidad de que un profesional los interrogue acerca de esta problemática

Para los adolescentes y jóvenes investigados es importante que se los interrogue acerca del tema, ya que el 73.9% consideró útil que se le pregunte, un 14.8% no supo y el 11.3% pensó que no era útil. Aquí también existe correspondencia con la edad, ya que los porcentajes van desde el 64.8% en el grupo de 10 a 14 años, 71.5% en el de 15 a 19 años y 87.5% en los de 20 a 24 años ($p < 0.0001$). No hubo diferencias según el sexo (masculino: 71.6% [184]; femenino: 74.6% [663]; $p = 0.501$), pero sí en lo referente al estrato social, ya que quienes lo consideraron más útil son los del estrato medio, con un 79.8%, 67.5% en el bajo y 59.1% en el estrato alto.

Acerca de la expresión espontánea del problema del suicidio

Los adolescentes no se expresan abiertamente sobre el tema del suicidio, ya que los incomoda, los atemoriza y hasta los avergüenza, excepto que el profesional de la salud los interrogue sobre esta situación (Tabla 3).

Tabla 3. Expresión espontánea del problema del suicidio en adolescentes.

n = 1153	Frecuencia	Porcentaje
No	554	48.0
Sí	286	24.8
No sé	313	27.1
Total	1153	100.0

Casi la mitad de los adolescentes y jóvenes no hablan de este tema espontáneamente; del resto, casi un cuarto no sabe qué hacer y otro grupo sí se lo diría al profesional. No existen diferencias, por un lado, en relación con la edad (27.7% [44] para los de 10 a 14 años, 24% [181] en los de 15 a 19 años y 25.4% [61] en los de 20 a 24 años; $p = 0.392$) y, por otro, en el sexo (22.6% [58] masculino y 25.5% [227] femenino; $p = 0.710$).

Sí se encontraron diferencias al considerar el estrato social, ya que le dirían a su médico el 15% (24) de los adolescentes y jóvenes de los estratos altos, el 25.8% (183) de los del estrato medio y el 27.6% (79) dentro de los del estrato social bajo ($p = 0.042$).

La importancia que los adolescentes otorgan a ser interrogados sobre el tema del suicidio

Los adolescentes, a pesar de no hablar sobre el suicidio, consideraron muy importante que los

profesionales de la salud les pregunten acerca de esta problemática (Tabla 4).

Tabla 4. Importancia de ser interrogados sobre el tema del suicidio.

n = 1153	Frecuencia	Porcentaje
No	63	5.5
Sí	1005	87.2
No sé	85	7.4
Total	1153	100.0

Casi 9 de cada 10 de los entrevistados piensan que es importante hablar sobre estos temas y que los profesionales de la salud los consulten. También sostuvieron que era conveniente preguntar el 77.4% (123) del grupo de 10 a 14 años, el 86.6% (653) del de 15 a 19 años y el 95.4% (229) del grupo mayor de 20 años; estas proporciones fueron significativamente diferentes ($p < 0.0001$).

Con respecto al sexo, no se encontraron diferencias significativas (mujeres: 88.3% frente a varones: 82.9%; $p = 0.075$). En cuanto al estrato social, el 90.8% (643) del estrato medio, seguido por el bajo, con un 82.2% (235) y, finalmente, el alto, con un 79.9% (127), consideran importante hablar sobre estos temas y que los profesionales los consulten. Existe evidencia suficiente para asegurar que estas proporciones son significativamente diferentes ($p < 0.0001$).

Si los adolescentes consideran al suicidio un problema dentro de la sociedad y si les preocupa

Se destaca que el 80.4% del grupo estudiado considera esta temática como un problema dentro de la sociedad y existe relación con la edad, ya que la percepción es del 67.1% en el grupo de 10 a 14 años, de 80.9% en el de 15 a 19 años y de 87.5% en el de mayores de 20 años ($p < 0.0001$), aunque no existen diferencias en relación con el sexo ($p = 0.788$).

Los adolescentes de clase media son los que lo califican en mayor porcentaje como un problema social, con un 83.8% (593), el 78% (124) de los de clase alta y 73.4% (210) de los de clase baja; estas diferencias fueron significativas ($p < 0.0001$).

También se los consultó sobre si era un tema que a ellos les preocupaba, constatando que 7 de cada 10 dijeron que sí, un 6.2% que no sabía y 23.7%, que no lo era (Tabla 5).

Tabla 5. Preocupación en adolescentes y jóvenes por el suicidio

n = 1153	Frecuencia	Porcentaje
No	273	23.7
Sí	809	70.2
No sé	71	6.2
Total	1153	100.0

La preocupación va aumentando con la edad, desde un 65.4% en el grupo de 10 a 14 años, un 67.6% en el medio, hasta un 81.3% en los mayores de 20 años ($p = 0.001$). Es un tema que inquieta más a las mujeres (72.7% contra un 61.1% en los varones; $p = 0.004$). Además, se observó que es a los grupos de estratos sociales medios y bajos a los que más les intranquiliza el problema (58.5%, 74.2% y 66.85%, respectivamente; $p < 0.0001$).

Análisis comparativo entre las diferentes provincias argentinas analizadas

Se realizó una comparación entre las 5 provincias participantes que tomó en consideración las respuestas positivas de todas las dimensiones de la variable opinión de los adolescentes sobre ser interrogados para la identificación de adolescentes y jóvenes en riesgo de suicidio (Tabla 6).

Se destaca que en la provincia de La Rioja es donde más se interroga por el estado de ánimo de los adolescentes y jóvenes. Los grupos de Córdoba son los que más se animan a expresarse espontáneamente sobre el tema, mientras que en Salta –donde existe un importante número de suicidios– es donde le dan mayor importancia a que se los interrogue, es un tema que les preocupa y lo consideran un problema social.

Motivos de preocupación sobre el problema del suicidio

Se trata de una variable de respuesta abierta, en la cual las respuestas de los adolescentes y jóvenes, por la riqueza expuesta en los contenidos, permitió llevar a cabo un tratamiento cualitativo.

Tabla 6. Comparación por provincias sobre la opinión para identificar adolescentes y jóvenes en riesgo de suicidio.

Provincias (n = 1153)	Buenos Aires (n = 325)	Córdoba (n = 128)	La Rioja (n = 301)	Salta (n = 77)	Santiago del Estero (n = 322)	Valor de p
Si les preguntaron sobre su estado ánimo	29.8% (97)	83.4% (271)	**38.2% (115)**	29.9% (23)	16.5% (53)	< 0.0001
Si les preguntaron sobre hacerse daño a sí mismos	24.6% (80)	5.5% (7)	9.0% (27)	9.1% (7)	16.5% (53)	< 0.0001
Si les parece útil que se les pregunte	76.9% (250)	8.8% (88)	80.4% (242)	**85.7% (66)**	64% (206)	< 0.0001
Sobre la expresión espontánea del problema	23.1% (75)	**35.9% (46)**	25.6% (77)	29.9% (23)	20.2% (65)	0.012
Importancia que otorgan a preguntarles sobre el tema	83.4% (271)	**93.0% (119)**	90.4% (272)	90.9% (70)	84.8% (273)	0.015
Si consideran al suicidio un problema social	67.7% (220)	81.2% (104)	**88.7% (267)**	**88.3% (68)**	83.2% (268)	< 0.0001
Si es un tema que les preocupa	63.1% (205)	76.6% (98)	82.7% (249)	**87.0% (67)**	59.0% (190)	< 0.0001

Se constató que es un tema que les preocupa a un gran grupo de adolescentes y jóvenes debido a la cantidad de familiares, amigos y conocidos que se habían provocado lesiones corporales o habían tenido un intento de suicidio o que llegaron a cometer el acto. También en algunos casos refirieron haber pasado ellos por esta situación. Así lo referían:

"Tengo amigas que se lastimaron..." (Fem. 14, BA).

"Yo intenté varias veces..." (Fem. 16, BA).

"Porque esto está pasando en mi familia y yo dos veces llegué a pensarlo..." (Fem. 11, LR).

Asimismo, los adolescentes y jóvenes de las 5 provincias estudiadas asociaron esta situación con el consumo de alcohol y drogas, entre las cuales mencionaron a la marihuana y la cocaína, entre otras, y así lo relataban las adolescentes:

"Me internaron por estar borracha, hago todo mal..." (Fem. 15, BA).

"Consumo marihuana y cocaína, vivo en una villa" (Fem. 15, BA).

"Me corté, me llevaron al hospital y no me morí" (Fem. 15, BA).

"Es un tema importante, la adolescencia está perdida por la droga, por eso se matan" (Fem. 15, SE).

El tema del *bullying* y *ciberbullying* estuvo presente como motivo, sobre todo el que se lleva a cabo en el colegio, que en algunas circunstancias estuvo asociado con el abandono escolar:

"A mí me hicieron burla en el colegio y ya no tengo amigos, me quiero morir. Ahora no concurrí al cole" (Fem. 13, BA).

"Salgo a trabajar con mi familia (cartoneros) y me hacían *bullying* en el colegio y dejé el colegio" (Fem. 15, BA).

Vincularon, en algunas situaciones, el abuso sexual, el embarazo en la adolescencia y el aborto con la problemática del suicidio, sobre todo en los casos en que son abandonadas por las parejas y no cuentan con ningún tipo de contención:

"Mi amiga se cortó, y pensó matarse porque estaba embarazada, el novio la dejó" (Fem. 15, BA).

"Yo intenté suicidarme, tomé pastillas, no sirvió, me abusó el novio de mi mamá" (Fem. 12, BA).

"Yo tomo alcohol y pastillas, después que aborté mi mamá me echó de mi casa" (Fem. 16, BA).

En relación con la familia, al estar sus padres ocupados y por muchas horas fuera del hogar, les ocasiona soledad y sentimiento de vacío. Reflexionaron acerca de que no son oídos por los adultos y expresaron lo siguiente:

"Los jóvenes de hoy no tienen una familia donde se preocupen por ellos, donde les importe lo que hagan, les dejan hacer cualquier cosa pero no se dan cuenta que el daño es para los chicos, les da lo mismo que estén bien o mal, y los chicos se sienten solos al no tener con quien hablar" (Fem. 17, BA).

"Cada vez hay más chicos que no son escuchados ni aconsejados en relación a los problemas que tienen, y por sentirse solos piensan en el suicidio" (Fem. 17, BA).

Piensan que es un problema que destruye una generación, y que el suicidio, los cortes, las auto-

lesiones, son escapes de la realidad. Es un problema en la sociedad porque, a la vez, la misma sociedad "alienta" a que la persona lo haga sin importarle lo que causa:

"Hay algo que anda mal en la educación desde la infancia, y no le dan a los adolescentes las herramientas para tener buena inserción en la sociedad" (Fem. 19, BA).

"Son muchos hoy en día que se suicidan porque se sienten solos o por miedo de contar algo y sentirse rechazado o discriminado" (Fem. 17, Cba).

Como es un tema que no se trata como debe ser, estimaron que deberían recibir información, capacitación y asistencia constantemente. Consideraron muy importante que un profesional de la salud los interrogue al respecto, porque muchos no se animan a hablar sobre el tema. Refirieron:

"Hay chicos que se sienten solos y buscan a alguien, y si un médico les pregunta, ellos hablan" (Fem. 15, LR).

"Pero me parece muy útil que un médico pregunte sobre este tema. Creo que si no me preguntara dudaría en contarle porque hablar sobre eso no es fácil" (Fem. 19, BA).

"Quizás si se preguntara más a los adolescentes se podrían prevenir muchos suicidios, pero a veces todos están apurados" (Fem. 20, BA).

En el presente, según Lipovetsky, tal cual observamos en la realidad, la sociedad "posmoderna" está marcada por una separación de la esfera pública, una pérdida del sentido de las grandes instituciones colectivas (sociales y políticas) y una cultura "abierta" con base en una regulación *cool* de las relaciones humanas (tolerancia, hedonismo, personalización de los procesos de socialización, educación permisiva, liberación sexual, entre otros).[27]

De esta manera, los estilos de vida, los vínculos, las familias, los valores y las prioridades están cambiando a una velocidad vertiginosa; observamos la emergencia y el desarrollo de una revolución informática y mediática, y una sexualidad que adquiere una relevancia especial en la cotidianidad de nuestros adolescentes, que hoy establecen relaciones entre sí mediadas por la red y generan nuevos vínculos motivados por sus necesidades, que impactan en su subjetividad e identidad.

Además, aunque convivan con sus padres, muchos chicos y chicas viven situaciones de orfandad funcional.[1*,28] Los niños tienen padres hiperocupados, que trabajan, hay mucha soledad entre los niños, y en esa soledad se van haciendo solitos, pegados al televisor o a internet; se observa que se hiperinforman, pero no tienen forma de procesar todo eso que les viene de afuera.[29]

Hoy existe un desencanto generalizado respecto de la sociedad global, producto de las grandes transformaciones económicas, políticas, técnicas y culturales que se desencadenaron a partir de la década del 70 en todo el mundo, cuyas consecuencias negativas conducen a una nueva crisis del lazo social, cuyos efectos apuntan a la radicalización del individualismo. Lo que hoy se percibe en estado crítico es el sentido de los valores, las creencias y las prácticas que fundan el orden social y hasta la posibilidad de reencontrar un significado o una dirección para la vida en común.[30] Así, la cultura como elemento de cohesión social, es el espacio que sirve para estrechar vínculos entre las personas y para combatir la discriminación, y una herramienta para el desarrollo y la integración social. Se constata un proceso de desintegración social, una ruptura progresiva de las relaciones entre el individuo y la sociedad, todo lo cual favorece el suicidio.

DISCUSIÓN

En la Argentina[7] se observó que el suicidio representa la segunda causa de muerte entre los adolescentes y jóvenes y que, durante 2018, el 28.35% se produjo en estos grupos etarios, a diferencia de lo que ocurre a nivel mundial, ya que según datos de 2019 de la OMS,[1] ocupa el tercer lugar entre todos los adolescentes de 15 a 19 años.

Pensamos, como Horowitz y col.[2] que, en nuestra sociedad, la detección de adolescentes y jóvenes en riesgo de suicidio es una gran preocupación, y un primer paso hacia su prevención,[2] como también lo sugiere la OMS en sus últimos estudios.[7, 31]

Así, consideramos necesario saber qué opinaban ellos, tratando de derribar la presencia de mitos en-

* *Orfandad funcional* significa que sus padres y madres están vivos, que conviven con ellos, que incluso los atiborran de bienes materiales, que acuden prestos a todos sus deseos, pero que están ausentes de las funciones parentales cuya responsabilidad es ineludible e indelegable. Sinay, 2019, disponible en: https://www.sophiaonline.com.ar/la-orfandad-funcional-de-los-adolescentes/.

tre los profesionales, sobre todo el de no hablar ni preguntar sobre la problemática y, así, poder llegar a este grupo antes de que cometan el intento.

Estamos de acuerdo con su origen multifactorial (interacción de factores biológicos, genéticos, psicológicos, sociológicos y ambientales) como lo refieren múltiples autores, y que los motivos y las razones que llevan a un adolescente a quitarse la vida son complejos, pero en general están precedidos por signos de alarma que pueden anteceder al desenlace, que es necesario identificar.

En relación con lo mencionado, casi 7 de cada 10 de nuestros adolescentes y jóvenes nunca fueron consultados por su estado de ánimo, y a 8 de cada 10 tampoco se les preguntó si se habían causado algún daño en el cuerpo (autolesiones).

Además, constatamos que a los adolescentes les cuesta muchísimo expresarse sobre estos temas, y entre los que no lo dirían espontáneamente y los que no saben si lo dirían, totalizan 7 de cada 10. Pero un 87% considera importante que los profesionales preguntemos sobre estos temas, que va en aumento con la edad, ya que a mayor edad le otorgan mayor importancia y, sobre todo, en los estratos sociales medios.

También, 8 de cada 10 consideran que es un verdadero problema dentro de la sociedad, y un 70% dijo que le preocupaba, lo que se reveló sobre todo en las provincias de nuestro país, donde el suicidio es más alto.

Concordamos con la OMS y otros autores[31-35] que señalan que la detección precoz, la prevención y el tratamiento adecuado de la depresión, el abuso de alcohol y otras sustancias, así como de quienes han intentado suicidarse, como nos refirieron nuestros adolescentes, permite la reducción de las tasas de suicidio.[6,7]

Según Blaustein[11], "la idea del suicidio está instalada en el relato y es parte de la violencia social en la que vivimos [...] una época de gran exigencia y demasiada comunicación virtual en detrimento de la oral. Esto también lo comprobamos en el discurso de nuestros adolescentes, quienes refirieron que una gran cantidad de sus amigos, familiares y compañeros e incluso ellos intentaron un suicidio o llegaron al acto.

Pero además por las exigencias laborales o sociales, muchas veces las familias han perdido el lugar de contención que tenían, así como también lo perdieron la escuela, el club o la iglesia, y los niños o adolescentes se quedan sin factores protectores o un referente que los contenga".[11] Esto también se constató en nuestros entrevistados cuando respondieron a los motivos de su preocupación por el suicidio; mencionaron que se sienten solos y que no están protegidos por la familia, por el sistema educativo o la sociedad.

Al igual que los resultados obtenidos por las investigaciones de Horowitz y colaboradores,[32,36] nuestros adolescentes y jóvenes están de acuerdo en ser interrogados sobre la problemática de suicidio con motivo de llevar a cabo su prevención.

Preguntar a los jóvenes sobre los pensamientos y comportamientos suicidas puede generar una preocupación en el paciente, los padres y el personal.[37] El *National Strategy for Suicide Prevention*[38] hizo hincapié en la necesidad de que los pacientes se sientan "seguros" al revelar sus pensamientos suicidas. La detección de riesgo de suicidio no está asociado con un riesgo iatrogénico de inducir el comportamiento suicida.[22]

CONCLUSIONES

En la actualidad la detección de adolescentes y jóvenes en riesgo de suicidio es una gran preocupación, y un primer paso importante hacia su prevención.

Los adolescentes y jóvenes, por un lado, no consultan demasiado al sistema de salud; otros, no cuentan con una adecuada cobertura en salud y, muchas veces, asisten a los servicios de urgencia, por lo que no debemos perder la oportunidad, más allá del motivo de consulta, de detectar el riesgo de suicidio.

La mayoría de los integrantes de este grupo está de acuerdo en ser interrogada sobre esta problemática, porque considera que la ayudaría mucho para poder hablar y expresar sus problemas.

Si bien los resultados de esta investigación no pueden ser extrapolados a otros grupos, consideramos que el número de entrevistados fue importante y sus resultados ameritan ser tenidos en cuenta.

No debemos perder la oportunidad de detectar un adolescente en riesgo de suicidio; es más, consideramos que es parte de nuestro trabajo y de nuestra responsabilidad, y tener en cuenta que la adolescencia configura una privilegiada etapa generadora de oportunidades y posibilidades.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Suicidio. Datos y cifras. 2 Sep 2019 (Consultado 3 Ene 2020). Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide.
2. Horowitz LM, Bridge P, Boudreaux E. Screening youth for suicide risk in medical settings time to ask questions. Am J Prev Med 2014; 47(3S2): S170-S175 (Consultado 20 Nov 2015).
3. Tinari MC. El suicidio infantojuvenil en Argentina. ¿Un problema a considerar? Rev Soc Arg Ginecol Inf Juv 2015; 22(1): 6-26.
4. Unicef. El suicidio en la adolescencia. Situación en la Argentina. 2019 (Consultado 2 Ene 2020). Disponible en: https://www.unicef.org/argentina/media/5466/file/suicidio%20adolescente.pdf.
5. OECD. Suicides, OECD factbook: economic, environmental and social statistics. Paris: OECD Publishing; 6 May 2014. pp. 240-241. (Consultado 7 Ene 2016). Disponible en: http://www.oecd-ilibrary.org/economics/oecd-factbook-2014/suicides_factbook-2014-99-en.
6. Instituto Nacional de Estadísticas y Geografía (INEGI). Estadísticas a propósito del día mundial para la prevención del suicidio. 10 Sep 2015 (Consultado 9 Jun 2016).
7. OMS. Prevención del suicidio: un imperativo global. 2014 (Consultado 20 Nov 2019). Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/136083/9789275318508_spa.pdf;jsessionid=254020F01581DDCC75FD35D17C3602B0?sequence=1.
8. Ministerio de Salud de la Nación (MSAL). Dirección de Estadística e Información de Salud (DEIS). Estadísticas vitales. Información básica 2018 (Consultado 25 Ene 2020). Disponible en: http://www.deis.msal.gov.ar/index.php/estadisticas-vitales/.
9. Brandon M, Yip MA. Cultural risk factors of suicide among Asian American, European American, and Hispanic American adolescents. 2018. Dissertation presented to the Faculty of the California School of Professional Psychology Alliant International University Los Angeles. Disponible en: https://search.proquest.com/openview/087ea62c0a7a846abf18f94be88a393d/1?pq-origsite=gscholar&cbl=18750&diss=y.
10. DeVylder JE, Ryan TC, Cwik M, et al. Assessment of selective and universal screening for suicide risk in a pediatric emergency department. JAMA 2019; 2(10): e1914070. Disponible en: https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2753525.
11. Blaustein A. Preocupa que se naturalice el suicidio como una opción en adolescentes y jóvenes para salir de los problemas. UNO 20 Oct 2014 (Consultado 10 Ene 2016). Disponible en: http://www.diariouno.com.ar/afondo/preocupa-que-se-naturalice-el-suicidio-como-una-opcionadolescentes-y-jovenes-salir-los-problemas-20141020-n141604.
12. Mosquera L. Conducta suicida en la infancia: una revisión crítica. Rev. de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes 3(1):9-18, Ene 2016 (Consultado 14 Ene 2016). Disponible en: http://www.revistapcna.com/sites/default/files/mosquera_2016_revision_critica_conducta_suicida.pdf.
13. Bonet C, Palma C, Gimeno-Santos M. Riesgo de suicidio, inteligencia emocional y necesidades psicológicas básicas en adolescentes tutelados en centros residenciales. Rev Psicol Clín con Niños y Adolesc 2020; 7(1): 30-37 (Consultado 22 Ene 2020). Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7202405.
14. World Health Organization (WHO). La salud mental 3 Oct 2019 (Consultado 10 Ene 2020). Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/facts-in-pictures/detail/mental-health.
15. Areco A. La Provincia lanzó un programa para prevenir el suicidio adolescente y ya capacita a docentes y equipos de salud. Pergamino Ciudad 23 Sep 2014 (Consultado 20 Feb 2015). Disponible en: http://www.pergaminociudad.com.ar/nota.asp?id=27752&t=La-Provincia-lanzo-un-programa-para-prevenir-el-suicidio-adolescente.
16. Unicef. Más del 20% de los adolescentes de todo el mundo sufren trastornos mentales. Unicef 5 Nov 2019 (Consultado 4 Ene 2020). Disponible en: https://www.unicef.org/peru/notas-de-prensa/20-adolescentes-todo-mundo-sufren-trastornos-salud-mental-15-considerado-suicidio.
17. Basile H. El suicidio en los adolescentes. InfoMed Adolescencia 2014. Disponible en: http://temas.sld.cu/adolescencia/2014/09/23/elo-suicidio-en-los-adolescentes/.
18. Rhodes AE, Boyle MH, Bridge JA, et al. Antecedents and sex/gender differences in suicidal behavior. World J Psychiatry 2014; 4(4): 120-132 (Consultado 20 Dic 2015). Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4274584/.
19. Rhodes, AE, Khan, S, Boyle, MH. Sex differences in suicides among children and youth: the potential impact of help-seeking behavior. Can J Psychiatry 2019; 64(2): 88-97.
20. Ballard ED, Stanley IH, Horowitz LM, Pao M, Cañón E, Puente JA. Asking youth questions about suicide risk in the pediatric emergency department: results from a qualitative analysis of patient opinions. Clin Pediatr Emerg Med 2013; 14(1): 20-27 (Consultado 3 Ene 2016). Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3725561/.
21. US Department of Health and Human Services (HHS), Office of the Surgeon General and National Action Alliance for Suicide Prevention. 2012 National strategy for suicide prevention: goals and objectives for action. Washington, DC: HHS; Sep 2012 (Consultado 4 Ene 2016). Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK109917/.
22. Ministerio de Educación, Presidencia de la Nación. Acerca de la problemática del suicidio de adolescentes y jóvenes. Un enfoque para su abordaje desde el campo de la educación. 2015 (Consultado 20 Nov 2015). Disponible en: http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/CUADERNILLO%20DE%20SUICIDIO%20(2)_0.pdf.
23. Pérez Barrero SA. Los mitos sobre el suicidio. La importancia de conocerlos. Rev Colomb Psiquiat XXXIV(3), 2005 (Consultado 10 Nov 2015). Disponible en: http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v34n3/v34n3a05.pdf.
24. World Medical Association. Declaración de Helsinki de la AMM - Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. 64a Asamblea General, Fortaleza, Brasil, Oct 2013 (Consultado 4 Sep 2015).
25. Asociación Argentina de Marketing. Comisión de Enlace Institucional NSE 2006. Dic 2006 (Consultado 3 Ago 2016).
26. Azcárate P, Zambelli R. El nivel socioeconómico en la Argentina, 2015. Estratificación y variables. Observatorio Social de SAIMO 1 Jul 2015 (Consultado 2 Ene 2016).
27. Lipovetsky G. La era del vacío. Barcelona: Anagrama; 1986 (Consultado 4 Oct 2019). Disponible en: http://catedradatos.com.ar/media/lipovetsky-La-era-del-vacio.pdf.
28. Sinay S. La orfandad funcional de los adolescentes. Sophia 7 May 2019 (Consultado 2 Sep 2019). Disponible en: https://www.sophiaonline.com.ar/la-orfandad-funcional-de-los-adolescentes/.
29. Ponce Mora, B. "Hay mucha soledad y los chicos se van haciendo solitos, pegados al televisor o a internet", entrevista a Liliana González. El Tribuno (Salta) 8 Ago 2018 (Consultado 10 Dic 2019). Disponible en: https://www.eltribuno.com/salta/nota/2018-8-8-23-54-0--hay-mucha-soledad-y-los-chicos-se-van-haciendo-solitos-pegados-al-televisor-o-a-internet.
30. Alvaro D. La metáfora del lazo social en Jean-Jacques Rousseaux y Émile Durkheim. Papeles del CEIC 2017/1, Mar 2017, papel 173 (Consultado 10 Ene 2020). Disponible en: http://dx.doi.org/10.1387/pceic.15726.
31. World Health Organization. More than 1.2 million adolescents die every year, nearly all preventable. 16 May 2017 (Consultado 6 Jun 2017). Disponible en: http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2017/yearly-adolescent-deaths/en/.
32. Horowitz LM, Bridge JA, Teach SJ, Ballard E, Klima J, Rosenstein DL, et al. Ask Suicide-Screening Questions (ASQ). A brief instrument for the pediatric emergency department. Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine 2012; 166(12): 1170-1176 (Consultado 5 Jun 2015). Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6889955/.
33. DeVylder JE, Ryan TC, Cwik M, et al. Assessment of selective and universal screening for suicide risk in a pediatric emergency department. Jama Network Open 2019; 2(10): e1914070.

34. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Prevención del suicidio: 1. Mitos sobre el suicidio - tarjetas para redes sociales. 2019. (Consultado 4 Ene 2019).
35. Lanzillo EC, Horowitz LM, Wharff EA, Sheftall AH, Pao M, Bridge JA. The importance of screening preteens for suicide risk in the emergency. Department Hospital Pediatrics hpeds.2018-0154, Mar 2019 (Consultado 15 Ene 2020). Disponible en: https://hosppeds.aappublications.org/content/early/2019/03/07/hpeds.2018-0154.
36. Tinari MC, Salvo M, De la Parra I, Katabián L. Opinión de adolescentes y jóvenes argentinos sobre ser interrogados para la identificación del riesgo de suicidio. Rev Prensa Médica Argentina 2017; 103(8): 466-478.
37. Ballard ED, Stanley IH, Horowitz LM, Pao M, Cañón E, y Puente JA. Asking youth questions about suicide risk in the pediatric emergency department: results from a qualitative analysis of patient opinions. Clin Pediatr Emerg Med 2013; 14(1): 20-27 (Consultado 3 Ene 2016). Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3725561/.
38. World Health Organization. National strategy for suicide prevention: progress, examples and indicators. 2018 (Consultado 20 Dic 2019).

Anexo 1

Tasa de mortalidad por suicidio en adolescentes y jóvenes (10 a 24 años) en ambos sexos, por provincias en Argentina, 2018.

Jurisdicciones	Población de 10 a 24 años	Nº suicidios	Tasa por 100 000
Total país	10 598 462	942	8.88
Catamarca	109 692	30	27.34
Salta	386 578	85	21.99
Jujuy	204 800	40	19.53
Tucumán	429 197	75	17.47
Neuquén	156 049	26	16.66
La Rioja	99 149	16	16.13
La Pampa	81 637	12	14.69
Tierra del Fuego	41 647	6	14.40
Corrientes	293 297	36	12.27
Mendoza	462 304	49	10.59
Formosa	170 743	18	10.54
Santiago del Estero	273 733	28	10.22
Entre Ríos	334 818	34	10.15
Chubut	144 296	14	9.70
Chaco	327 709	30	9.15
Misiones	356 903	32	8.96
San Luis	126 010	11	8.73
Santa Cruz	86 862	7	8.05
Santa Fe	776 075	55	7.08
San Juan	198 272	14	7.06
Río Negro	175 652	12	6.83
Buenos Aires	3 926 558	257	6.54
Córdoba	850 001	42	4.94
CABA	586.490	2	0.34

Fuente: Tinari M del C; elaboración propia basada en estadísticas vitales. Información básica. Ministerio de Salud de Nación. Argentina,. 2018. Dic 2019.

Anexo 2

Encuesta de opinión sobre interrogar para la identificación del adolescente en riesgo de suicidio.

Aspectos sociodemográficos			
Edad			
Sexo	**Masculino**	**Femenino**	**Otros**
Estrato social	**Alto**	**Medio**	**Bajo**
Institución			
Nivel de instrucción			
Procedencia			
Identificación del adolescente en riesgo			
	Sí	**No**	**No sé**
1- ¿Alguna vez algún médico te preguntó acerca de tu estado de ánimo?			
2- ¿Alguna vez algún médico te preguntó acerca de hacerte daño a vos mismo?			
3- ¿Te parece útil que el médico les pregunte sobre este tema?			
4- Si no te lo pregunta, ¿vos se lo dirías?			
5- ¿Pensás que es importante preguntar sobre este tema a los adolescentes?			
6- ¿Pensás que el suicidio en la adolescencia es un problema en la sociedad?			
7- ¿Es un tema que te preocupa?			
8- ¿Por qué?			
9- Observaciones			

El intento de suicidio en la adolescencia: el análisis causa-raíz como herramienta para los equipos de salud

Suicide attempts in adolescents: the root cause analysis as a tool for the healthcare team

Lucía Vassallo del Giorgio,[1] Valeria Greif[2], Alejandra Bordato[3]

Resumen

En el mundo, casi un millón de personas mueren por suicidio cada año; esta es una de las causas principales de muerte para los jóvenes. La prevención y el tratamiento adecuado de quienes han intentado suicidarse permite la reducción de las tasas de suicidio. En este estudio se realiza una aproximación al método de análisis causa-raíz (ACR) para abordar la problemática de intento de suicidio en un hospital pediátrico de alta complejidad. Se utiliza el caso clínico de una joven que no continuó el tratamiento terapéutico al momento del alta tras una internación por herida de arma de fuego. El evento centinela sujeto a análisis fue el fracaso en la derivación efectiva a asistencia terapéutica. Se sostuvieron 3 encuentros en los que se implementó el diagrama de los por qué. La identificación de las causas-raíz se construyeron como conclusión de la identificación de los factores que describieron los obstáculos en la derivación efectiva. Este estudio permitió identificar distintos factores cuya persistencia en el tiempo incrementarían el riesgo de reaparición del evento, que podría significar, en este caso, un suicidio consumado. Además, contribuyó a la reflexión del equipo de salud sobre la problemática para ubicar nudos propios de la estrategia terapéutica y la articulación institucional que contribuyen al fracaso analizado.
Palabras clave: suicidio, adolescencia, análisis causa-raíz, salud mental, derivación.

Abstract

Suicide is one of the main causes of death among youngsters. Around the world it carries almost a million victims every year. Nonetheless, effective prevention and treatment of those who have attempted suicide can narrow down those rates. The following study displays an approximation to the method of root cause analysis (RCA) by addressing an event of suicide attempt in a pediatric hospital of high complexity. It analyzes a clinical case of an adolescent who interrupted her therapeutic treatment after being discharged from a gunshot wound. This sentinel event subjected to analysis was named as the failure in the effective referral to therapeutic treatment. Three encounters have been held accordingly to discuss potential reasons. As a result, identifying the factors generating barriers in the effective referral allowed to conclude with the root causes. This study has managed to identify different factors whose persistence in time may increase this event recurrence, which takes form of consumed suicide, in this case. Additionally, it has encouraged the healthcare team to reflect on the struggle for spotting the hub of the therapeutic approach as well as the institutional articulation contributing to the failure assessed.
Keywords: *suicide, adolescence, root cause analysis, mental health, derivation.*

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO

Casi un millón de personas mueren por suicidio cada año, en todo el mundo[1] y es una de las causas principales de muerte en la juventud. El suicidio es un problema de salud pública. En la mayoría de los países, la tasa de suicidio se considera un indicador de la salud mental de su población.[2] La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que la prevención y el tratamiento adecuado de quienes han intentado suicidarse permite la reducción de las tasas de suicidio, aun considerando su origen multifactorial.[3]

Tanto en el mundo como en la Argentina se vislumbra un aumento progresivo de esta problemática en la población infantojuvenil.[4] Según datos del Ministerio de Salud de la Nación,[5] en la Argentina hay 17.4 casos de suicidios de niños y jóvenes por semana y, sobre 3202 casos registrados en 2015, 905 corresponden a niños, niñas, jóvenes y adolescentes entre 5 y 24 años. Esta

1 Licenciada en Psicología, becaria de Salud Mental del Hospital Nacional de Pediatría S.A.M.I.C. Prof. Dr. Juan P. Garrahan, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.
2 Médica psiquiatra infantojuvenil, Servicio de Salud Mental del Hospital Nacional de Pediatría S.A.M.I.C. Prof. Dr. Juan P. Garrahan, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.
3 Médica psiquiatra infantojuvenil, jefa de Clínica del Servicio de Salud Mental del Hospital Nacional de Pediatría S.A.M.I.C. Prof. Dr. Juan P. Garrahan, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

casuística amerita la necesidad de profundizar en ciertas dimensiones sociales y culturales del fenómeno, con la finalidad de recopilar y analizar información para llevar a cabo recomendaciones que resulten útiles al diseño y la evaluación de políticas públicas destinadas a mejorar la asistencia en los casos de los intentos de suicidio adolescente. En los últimos años ha aumentado la consulta por intentos de suicidio en la adolescencia y resulta particularmente compleja la planificación del alta hospitalaria de un adolescente internado tras un episodio en el contexto de intento de suicidio.*

Según los últimos estudios en nuestro país, resulta significativa la cantidad de jóvenes con intento de suicidio que tuvieron contacto con el sistema de salud en el año previo a su muerte. Se caracteriza a la población como jóvenes que "no consultan al sistema de salud con regularidad, o no cuentan con una adecuada cobertura en salud (...) por lo que concurren a los servicios de urgencia para ser atendidos por guardia".[6] Resulta fundamental, en este sentido, no perder la oportunidad de detectar el riesgo de suicidio más allá del motivo de consulta por el que se acercan al sistema de salud.

El objetivo de este estudio fue identificar posibles factores asociados con el intento de suicidio adolescente y describir el rol de la institución en la asistencia y el seguimiento de un adolescente que presenta un intento de suicidio.

MATERIALES Y METODOLOGÍA

Se propone realizar un estudio retrospectivo de análisis de causa-raíz (ACR) de un caso clínico sobre un intento de suicidio en la adolescencia.

El ACR es una herramienta que permite, mediante un procedimiento sistematizado, realizar *el análisis retrospectivo de los incidentes relacionados con la seguridad del usuario que contribuyeron a causar el evento adverso.* Permite identificar factores de riesgo activos o latentes del sistema que provocaron el incidente o contribuyeron a que se produjera, desde un enfoque sistémico. De este modo, se identifican las causas próximas y las causas profundas o raíz, y con esta información se procede a la planificación y la priorización de acciones de mejora para tratar de eliminar los riesgos identificados o, si no es posible, controlarlos y reducir al mínimo su repercusión en el usuario.[7]

Según Unicef, el ACR es un método que puede aplicarse al suicidio adolescente cuando la o el adolescente pasó previamente por el sistema de salud, ya sea en internación o en tratamiento por consultorio externo. También puede aplicarse a las y los adolescentes con intento de suicidio que, luego de ser atendidos en los servicios de salud, interrumpieron el tratamiento, no lo iniciaron a pesar de que se les propuso hacerlo o cuando no se realizó seguimiento.[8]

En este sentido, se propone el análisis de un caso reciente de intento de suicidio en una adolescente de 14 años que permaneció internada durante varios meses e interrumpió el tratamiento psicológico y psiquiátrico indicado al momento del alta clínica. Se propone, entonces, realizar una aproximación al método de ACR, para lo que se convocó al Servicio de Salud Mental en 3 encuentros de discusión durante el primer semestre de 2019.

El ACR se compone de ***4 fases básicas*** en su implementación:[10] en primer lugar, la determinación del "mapa de los hechos", que consiste en la reconstrucción detallada de estos que señala de manera pormenorizada qué intervenciones se realizaron y qué estrategias se implementaron en cada momento durante todo el proceso asistencial y que, en definitiva, han culminado en la aparición de un evento adverso. Es la descripción de la sucesión cronológica de los acontecimientos que ocasionaron el incidente.

En segundo lugar, el análisis de las estrategias utilizadas y la evaluación de por qué aparece así el "evento adverso". En este caso en particular, se analizó el fracaso de la derivación de la adolescente a tratamiento psicológico y psiquiátrico por fuera del hospital. Esta fase constituye el estudio de los "factores contribuyentes" del ACR y consiste en el análisis detallado de todos los factores que rodean al proceso de atención y que pueden desempeñar un papel, mayor o menor, en la aparición del evento adverso.

En tercer lugar, la consideración de "puntos críticos" involucrados en la aparición del evento adverso estudiado, el establecimiento de las barreras físicas, administrativas y organizacionales

* Las políticas públicas nacionales que orientan nuestra práctica cotidiana con la problemática de suicidio son la Ley Nacional de Salud Mental 26657, la Ley de Protección Integral y la Ley Nacional de Prevención del Suicidio sancionada en 2001, entre otras.

más eficaces para evitar los efectos en el futuro. Por último, el desarrollo de las soluciones, el plan de acción y las propuestas de acciones de mejora.

A los fines de este estudio, no se avanzó en las últimas dos fases del método ACR. Este trabajo solo sistematiza las primeras fases de una estrategia de análisis, aplicada a un caso individual.

Para el enfoque sistemático de las causas[9] se ejemplificaron factores proximales y sistémicos, se definió la causa-raíz como "todo factor o situación relacionada con el proceso o sistema que podría potencialmente ser rediseñado para reducir el riesgo de eventos similares".[9] Se mencionaron los ejes más importantes acerca de las respuestas brindadas. Para el análisis de los factores y su jerarquización, se utilizó la herramienta gráfica "espina de pescado" o diagrama de Ishikawa, para ordenar los factores que culminaron en la identificación de la causa-raíz del fracaso de derivación efectiva a tratamiento terapéutico en la adolescente con intento de suicidio. No se expone el diagrama en este escrito; en tanto, se trasladan sus resultados.

RESEÑA DEL CASO

Adolescente cisgénero que se autopercibe mujer, que ingresó a la terapia intensiva derivada por herida de arma de fuego en el rostro, en el contexto de un intento de suicidio, con lesiones de alta morbimortalidad. La familia es oriunda de la provincia de Buenos Aires, conformada por la joven, dos hermanos menores, madre, padre y tía paterna, con un único ingreso económico familiar dependiente del padre.

Se trabajó durante la internación en entrevistas individuales y familiares para la construcción diagnóstica y el tratamiento terapéutico. El equipo evaluó que la inscripción de este intento de suicidio se daba dentro de una dinámica familiar donde la violencia presentaba una trama confusa y los actores circulaban con indiferenciación generacional, con marcada dificultad para esclarecer roles y funciones. Es precisamente en esta dinámica familiar particular en la que estaba la joven cursando su adolescencia, sintiéndose atravesada por apariencias que cuestionaban su propia identidad de género. Fue preciso entender todos estos elementos en relación con el *bullying* escolar, los sentimientos de vacío, los pensamientos autolíticos y el aislamiento social de los que ella misma dio cuenta en su trayectoria adolescente. Se evaluó que la joven presentaba personalidad límite, trastorno del estado de ánimo en tratamiento psiquiátrico y rasgos antisociales.

Considerando la gravedad del acto, el mecanismo utilizado de alta letalidad y las dificultades propias de la joven y de los padres para sostener un relato sin contradicciones y congruente con la situación, se decidió, como primera estrategia, esperar el alta médica para derivar a internación psiquiátrica por su obra social. Durante el proceso de derivación, se abordó la violencia en la trama familiar, lo que generó la expulsión del padre del hogar por parte de la madre. Se trabajó con la familia ampliada el fortalecimiento vincular que permitiría un acompañamiento pertinente en el abordaje terapéutico dentro de la nueva organización familiar. La internación prolongada debido a las graves lesiones físicas y la complejidad de la situación clínica de la joven nos permitió trabajar durante distintos momentos de la internación, llegando a conceptualizar junto con ella que se trataba de una internación por salud mental, además de las indicaciones clínicas. El tratamiento de la violencia en la trama familiar abrió el juego a toda una serie de interrogantes en la familia que debían seguir su curso en la continuidad de un enfoque terapéutico. Durante varios meses se sostuvo el seguimiento de su salud mental desde el hospital, esperando el comienzo efectivo del tratamiento en otra institución. En las consultas de seguimiento se identificaron serias dificultades para alojar a la joven y su familia dentro del dispositivo terapéutico al que fueron derivados, lo que generó su abandono sistemático.

RESULTADOS

Los grupos de discusión lograron ubicar una serie de factores que describen los obstáculos en la derivación efectiva al abordaje terapéutico por parte de la adolescente y su familia.

En primer lugar, la *identificación y la selección del evento.* Se propuso el análisis del caso informado. El evento centinela sujeto a análisis fue el fracaso en la derivación efectiva a tasistencia terapéutica.

En segundo lugar, la r***ecopilación de la información y la descripción del evento y la construcción del mapa de hechos.*** Se trabajó en grupos de dis-

cusión, se comentó la historia clínica del caso; se usaron de ejemplo evoluciones del equipo tratante para dar cuenta del proceso de atención y seguimiento. Se construyeron líneas de tiempo que dieron cuenta del proceso de atención y cuidado y las dificultades en el seguimiento, el proceso diagnóstico de la joven y de la dinámica familiar. Se recuperó la trayectoria sintomática desde la adolescente, graficando la forma en la que ella relató que desencadenó el episodio. Se presentó la estrategia de intervención planteada para cada momento del tratamiento por el equipo tratante.

En tercer lugar, los ***factores contribuyentes:*** las tres preguntas que buscaron cinco "por qué" se particularizaron para este escenario en "¿qué causó el fracaso en la derivación efectiva a abordaje terapéutico?"; "¿por qué el problema no fue detectado antes del alta clínica?"; "¿por qué el sistema falló en poder garantizar la derivación efectiva a tratamiento?". A partir de estas preguntas, se abordaron los factores relacionados con la adolescente y su familia, con la articulación institucional, con la estrategia terapéutica, con la estrategia implementada por el equipo y con las condiciones de trabajo del personal.

En cuarto lugar, el ***nivel de análisis del sistema***: las causas-raíz identificadas para cada tipo de factor fueron:

- Factores relacionados con la ***adolescente y su familia***: falta de conciencia de la gravedad del problema por parte de la joven y su familia; externalización del problema en el padre; situación familiar compleja disfuncional, padres con trastornos psicopatológicos y falta de pautas de alarma; decisión de la familia de interrumpir los tratamientos indicados por este hospital.

- Factores relacionados con la *articulación institucional:* el dispositivo de tratamiento al que fue derivado no contuvo la situación; fallas en la comunicación del equipo tratante con la obra social; falta de confianza de la familia y del equipo tratante en el sistema privado y en el dispositivo de consultorios externos; dificultad en la articulación entre las instituciones asistenciales y la supervisión de los organismos de protección; rigidez de los sistemas y falta de ponderación de los problemas por su gravedad para la articulación; falta de comunicación del personal del hospital con el sistema de salud en la zona de residencia encargado del seguimiento y la programación del cuidado posterior al alta, ante la nula garantía del tratamiento por prestación de la obra social y las dificultades en la comunicación con el sistema de protección.

- Factores relacionados con la ***estrategia terapéutica***: la transferencia institucional; el vínculo de la joven era con el hospital; la joven tenía seguimiento en el hospital por otros servicios e, incluso, antes del intento de suicidio.

- Factores relacionados con la ***estrategia implementada por el equipo:*** falla en la comunicación, falta de capacitación, error en el diagnóstico; falla en el acompañamiento activo en la derivación a abordaje terapéutico por fuera del hospital; discrepancias en la valoración de la gravedad dentro del equipo tratante; falla en la evaluación que no relacionó la falta de integración escolar con la problemática de la joven; la escasa respuesta del organismo de protección, en consonancia con una familia disfuncional; falla en la identificación de la actitud de la madre en manifiesta oposición con el equipo de salud en cuanto a continuar el tratamiento fuera de la institución; falla diagnóstica familiar en tanto se evaluaron rasgos psicopáticos en la figura del padre, sin pensar en la dinámica psicopática de la familia, que habría requerido una estrategia diferente de intervención.

- Factores relacionados con las *condiciones de trabajo del personal:* el equipo tratante se vio condicionado para la evaluación y para la intervención por ser un recurso transitorio, ya que en esta institución no hay dispositivo de internación psiquiátrica ni tratamiento ambulatorio; sobredemanda del Servicio de Salud Mental del hospital, por lo que los profesionales no pueden abocarse a garantizar una derivación efectiva; no pueden intervenir en internaciones breves, necesitan más instituciones para la evaluación.

En cuarto lugar, la *identificación de la causa-raíz.* Finalmente, se ubica como causa-raíz del problema: primero, no haber tomado suficientemente en cuenta la falta de integración escolar, la escasa respuesta del organismo de protección, en consonancia con una familia disfuncional; segundo, falta de comunicación del personal del hospital con el sistema de salud en la zona de residencia de la joven para hacer el seguimiento en la programación del cuidado posterior al alta, ante la nula garantía del tratamiento por parte de la obra social; tercero, falla en la identificación de la

actitud de la madre en manifiesta oposición con el equipo de salud en cuanto a continuar el tratamiento fuera de la institución; cuarto, falla en el diagnóstico familiar por haber focalizado en los rasgos psicopáticos del padre y no en la dinámica psicopatológica de la familia, que habría requerido una estrategia diferente de intervención.

La identificación de estas causas-raíz se construyeron como conclusión de la identificación del conjunto de causas (que responden a los por qué) ante el fracaso en la derivación efectiva a abordaje terapéutico por parte de la adolescente al momento del alta.

DISCUSIÓN

El Hospital Garrahan pertenece al tercer nivel de atención y se constituye como un centro de referencia y contrarreferencia a nivel local y nacional. El Servicio de Salud Mental se ha ido organizando y adaptando a las diferentes demandas surgidas durante los procesos de asistencia y los desafíos que proponen los constantes avances de la medicina, como trasplantes, cirugías complejas y nuevas tecnologías. No cuenta con consultorios externos, en tanto destina a los profesionales para la interconsulta con servicios y equipos de usuarios y usuarias con enfermedades crónicas y complejas.

A partir de la Ley de Salud Mental se produce un cambio de paradigma trascendental y la enfermedad mental se ubica como asunto de la salud y de los derechos humanos y no focaliza en la seguridad o en el sistema penal.[11] La posibilidad de internación en salas generales de niños, niñas o adolescentes que presentan problemáticas de salud mental ha planteado la necesidad de adecuación, no solo del recurso edilicio, sino también del personal asistencial para contar con profesionales entrenados para el tratamiento de personas con "padecimientos mentales".

La dificultad para la efectiva derivación de los jóvenes que presentan intentos de suicidio genera una sobrecarga de seguimiento en un servicio que no cuenta con consultorios externos y, en definitiva, los deja "a la deriva", sin seguimiento. No existe una estadística sobre las situaciones en las que se realizan altas hospitalarias que garanticen la efectiva derivación a abordaje terapéutico y aquellas en las que la internación se prolonga por la dificultad en la derivación efectiva.

Finalmente, durante los encuentros de discusión no apareció cuestionamiento alguno a la derivación a abordaje terapéutico entendido exclusivamente como asistencia psicológica y psiquiátrica. Esta categorización del tratamiento, en un sentido más limitado, desprecia la posibilidad de construir una estrategia de alta que contemple la contención emocional comunitaria, centrando la exclusividad terapéutica en el ámbito de la salud pública. Resultaría pertinente ubicar el enfoque de la problemática en la ampliación en su dimensión social, comunitaria y colectiva, contemplando la construcción de redes como parte necesaria del proceso terapéutico y, en este sentido, garante del seguimiento y la contención en el marco en el que un tratamiento psicológico o psiquiátrico no pueda gestionarse o, incluso, complementando su estrategia.

CONSIDERACIONES FINALES

El análisis del caso de la joven en cuestión y del fracaso en la derivación efectiva a abordaje terapéutico mediante el método de ACR permitió identificar distintos factores estructurales y organizacionales que, de persistir en el tiempo, incrementan el riesgo de reaparición de eventos similares, lo que podría significar, por ejemplo, en este caso, el suicidio consumado. Pero, además, contribuyó a la reflexión del equipo de salud sobre la problemática y a avanzar, así, en ubicar ciertos nudos propios de la estrategia terapéutica que condicionan, no determinan, el fracaso analizado.

Sin embargo, para la aplicación del método ACR en su rigurosidad científica, resulta imprescindible la decisión de destinar espacios y tiempos para que los trabajadores de la salud puedan volver sobre la producción misma, sumar otros actores involucrados en la problemática por fuera del servicio de salud mental y construir alarmas hospitalarias para la evaluación a tiempo en la realización del método.

Agradecimientos: Dra. Zunana, Lic. Ferreas, por el tiempo, la insistencia y el cariño para señalar.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Prevención del suicidio (SUPRE). Ago 2012 (Consultado 4 Dic 2019). Disponible en: https://theactionalliance.org/.
2. OECD. Suicides, OECD factbook: economic, environmental and social statistics. Paris: OECD Publishing; 6 May 2014 (Consultado 4 Dic 2019). pp. 240-241.
3. OMS. Prevención del suicidio: un imperativo global. 2014 (Consultado 20 Nov 19). Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/131056/9789241564779_eng.pdf;jsessionid=1D0828BF5C8051F3B687027139F86FA8?sequence=1.
4. Tinari MC. El suicidio infantojuvenil en Argentina. ¿Un problema a considerar? Rev Soc Arg Ginecol Inf Juv 2015; 22: 6-26 (Consultado 4 Dic 2019). Disponible en: http://www.sagij.org.ar/images/Proyecto_Santiago.pdf
5. Ministerio de Salud de la Nación (MSN). Estadísticas vitales. Información básica 2015. Serie 5(59), Dic 2016.
6. Tinari de Platini MC, Salvo M, de la Parra I, Katabian L. Opinión de adolescentes y jóvenes argentinos sobre ser interrogados para la identificación del riesgo de suicidio. Prensa Med Argent Oct 2017; 103(8): 466-478.
7. Ruiz-López P, González Rodríguez-Salinas C, Alcalde Escribano J. Análisis de causas raíz. Una herramienta útil para la prevención de errores. Rev Calidad Asistencial, 2005.
8. "El Suicidio en la Adolescencia, Situación en la Argentina" presentado por UNICEF Argentina, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Junio 2019.
9. Barrionuevo L, Esandi ME. Epidemiología de eventos adversos en el servicio de neonatología de un hospital público regional en Argentina. Archivos Argentinos de Pediatría, Feb 2009 (enviado para su publicación).
10. Estándares para la acreditación de hospitales de la Joint Commission International, 4a Ed. (vigente 1 En 2011). Joint Commission International; 2010 (Consultado 9 Dic 2019). Disponible en: https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/seguridad_paciente/eu_def/adjuntos/2_Doc_referencia/JCI%204a%20Edicion%20EstandaresHospitales2011.pdf.
11. Ponce C, Treibel M, Greif V, Menéndez C. Ley Nacional de Salud Mental 26.657. Hacia un cambio de paradigma en políticas de salud mental. Disponible en: http://www.medicinainfantil.org.ar/images/stories/volumen/2017/xxiv_2_169.pdf

Coexistencia de trastorno de la conducta alimentaria y enfermedades autoinmunitarias. A propósito de un caso

Coexistence of eating disorder and autoimmune pathologies. A case report

Micaela Peszkin,[1] Paula López,[2] Roberto Mato[3]

Resumen

Se presenta el caso de una adolescente de 14 años que concurre al Hospital Garrahan por presentar mialgias de miembros inferiores asociadas con descenso de peso, amenorrea y actividad física excesiva. Presenta un análisis de laboratorio y radiografía de miembros inferiores dentro de los parámetros normales, y en el examen físico estaba delgada, con dolor a la palpación de muslos y pantorrillas. Se sospecha trastorno de la conducta alimentaria (TCA), se indican medidas dirigidas a dicho diagnóstico y se cita a los 10 días. La adolescente concurre luego de 6 meses, en regular estado general, taquicárdica, con debilidad muscular, mucositis bucal y xerosis. Se decide su internación para estudio y tratamiento. Se plantean los siguientes diagnósticos diferenciales: deterioro clínico asociado con descenso de peso por TCA, enfermedad infecciosa, enfermedad reumatológica, enfermedad oncohematológica. Se realiza un nuevo análisis de laboratorio que detecta anemia, hepatitis, aumento de reactantes de fase aguda y perfil reumatológico compatible con enfermedad reumatológica. Se realiza diagnóstico de síndrome de superposición (lupus eritematoso sistémico/esclerodermia) frente a enfermedad mixta del tejido conectivo. Se inicia tratamiento con corticoides y se logra una franca mejoría clínica. Los trastornos de la conducta alimentaria son una afección de frecuente presentación en la adolescencia. Muchos de sus síntomas pueden imitar otras enfermedades crónicas, incluidos los trastornos reumatológicos, gastrointestinales y endocrinológicos. A su vez, estas enfermedades pueden coexistir dificultando el diagnóstico y el tratamiento. Existe evidencia que muestra la presencia de factores genéticos, inmunológicos y ambientales, tanto en los trastornos de la conducta alimentaria como en las enfermedades autoinmunitarias. El microbioma intestinal parece desempeñar un papel fundamental en la generación de trastornos autoinmunes en la anorexia nerviosa. Por todo ello es fundamental, ante un paciente con sospecha de TCA, pero con sintomatología que plantee dudas diagnósticas, recordar la asociación de estas alteraciones y ampliar el espectro de diagnósticos diferenciales.

Palabras clave: trastorno de la conducta alimentaria, enfermedad autoinmune.

Summary

We present a fourteen years-old female arrived at Hospital Garrahan with lower limbs myalgia, weight loss, amenorrhea and daily vigorous exercise. Blood test and lower limb x-ray showed no signs of pathology. Upon physical examination she was under weight, with pain in thighs and calves during palpation. It was initially diagnosed as an eating disorder. Measures were taken according to such diagnosis and was asked to come back 10 days after. She came back to the hospital 6 months later with a poor general condition, tachycardia, muscular weakness, oral mucositis and xerosis. Hospitalization was decided, with possible diagnosis of 1) poor clinical condition associated to eating disorder 2) infectious disease 3) rheumatologic disease 4) oncohaematological disease. A new blood test was asked, which showed anemia, hepatitis, acute phase reactants increase and a rheumatologic profile compatible with a rheumatologic disease. It was diagnosed as an overlap syndrome between systemic lupus erythematosus (SLE) and juvenile sclerosis vs mixed connected tissue disease. Treatment with corticosteroids was initiated with clinical improvement. Eating disorders are a frequent diagnosis in adolescence. Many if its symptoms can imitate other chronic conditions such as rheumatologic, gastrointestinal and endocrinological disease. Furthermore, these pathologies can coexist, making it more difficult to arrive at the correct diagnosis. There is evidence that shows that there are immunological, genetic and environmental factors that can be present in both eating disorders and autoimmune pathologies. Gut microbiota will play a fundamental role in the generation of autoimmune disease related to anorexia nervosa. In summary, when there are reasons to suspect an eating disorder, but the symptoms raise doubts on the diagnosis, it is recommended to take the association of these pathologies into account for the differential diagnosis.

Keywords: *eating disorder, autoimmune pathology.*

1 Médica pediatra. Becaria de Adolescencia del Hospital de Pediatría S.A.M.I.C. Prof. Dr. J. P. Garrahan, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.
2 Médica pediatra. Especialista en Adolescencia. Médica de planta de Adolescencia del Hospital de Pediatría S.A.M.I.C. Prof. Dr. J. P. Garrahan, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.
3 Médico pediatra. Especialista en Adolescencia. Jefe de Clínica de Adolescencia del Hospital de Pediatría S.A.M.I.C. Prof. Dr. J. P. Garrahan, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

CASO CLÍNICO

Se presenta el caso de una adolescente de 14 años, previamente sana, que consulta por primera vez en el Hospital Garrahan por presentar mialgias en miembros inferiores de 3 meses de evolución que se acentúan con la actividad física y calman con el reposo. Refiere también amenorrea de 4 meses de evolución, menarca a los 13 años y descenso de peso de aproximadamente 3 kg en los últimos 6 meses. Realiza actividad física 2 horas diarias en su casa, subiendo y bajando escaleras y haciendo sentadillas y abdominales. Previamente, hacía gimnasia artística. Con respecto a su alimentación, la adolescente refiere realizar almuerzo, merienda y cena; sin embargo, su mamá solo puede constatar la cena, que es la única comida que comparten. Refiere una alimentación variada, pero menor apetito en los últimos meses. Niega conductas purgativas. Está adecuadamente escolarizada, con excelente rendimiento. Vive con su madre, padre y hermana. No refiere consumo de alcohol, tabaco o drogas. Niega el inicio de relaciones sexuales; su orientación es heterosexual.

En el *examen físico* se constata una adolescente en buen estado general, eucárdica, eupneica, delgada (índice de masa corporal [IMC] de 15.67 kg/m^2), con dolor a la palpación de ambos muslos y pantorrillas y eritema en ambas mejillas, frente y nariz (referida secundario a quemadura solar). No presenta otra sintomatología asociada.

Se le solicita laboratorio con hemograma, función renal, hepatograma, eritrosedimentación, ionograma, creatina fosfoquinasa (CPK) y orina, cuyos resultados se ubican dentro de los límites normales. La subunidad beta de gonadotropina coriónica humana resulta negativa. La radiografía comparativa de miembros inferiores es normal.

Con sospecha de un trastorno de la conducta alimentaria (TCA) se indica realizar 4 comidas supervisadas, discontinuar la actividad física y realizar un control clínico en el Servicio de Adolescencia a los 10 días.

La paciente concurre 6 meses después al Servicio de Adolescencia, por odinofagia y fiebre de 72 horas de evolución. En el examen físico se detecta un estado general regular, taquicardia, actitud alimentaria regular, adelgazamiento (IMC de 14.6 kg/m^2), pelo ralo, xerosis, mucositis bucal y debilidad muscular generalizada.

Se le solicita un análisis de laboratorio en el que se observan, como datos positivos, eritrosedimentación mayor de 120 mm/h, anemia normocítica normocrómica (hemoglobina [Hb] de 9.6 g/dl), hipoalbuminemia (albúmina de 2.93 g/dl), sospecha de pancreatitis (amilasa de 189 UI/l, lipasa de 160 UI/l), hepatitis no colestásica (aspartato aminotransferasa [GOT] de 299 UI/l, alanino aminotransferasa [GPT] de 103 UI/l, bilirrubina total [BT] de 0.02, bilirrubina directa [BD] de 0.01) e hipergammaglobulinemia (inmunoglobulina G de 1720 mg/dl).

Se decide su internación para estudio y tratamiento. Se plantean los siguientes diagnósticos diferenciales: primero, deterioro clínico asociado con descenso de peso por TCA; segundo, enfermedad infecciosa; tercero, enfermedad reumatológica; por último, enfermedad oncohematólogica.

Durante la internación se reevalúa a la paciente y en la anamnesis dirigida surge caída del cabello y síndrome de Raynaud sin aparente fase isquémica, por lo que se amplía el laboratorio, en el que se constata: factor antinúcleo (FAN) positivo homogéneo 1/640, hipocomplementemia (C3: 17 ng/dl, C4: 3 ng/dl), anticuerpos anticardiolipina positivos, proteinuria significativa no nefrótica (6.5 mg/kg) y anemia hemolítica (prueba de Coombs directa [PCD] ++, aumento de lactato deshidrogenasa [LDH]). Se realiza capilaroscopia que informa asas dilatadas.

Ante la sospecha de enfermedad reumatológica, síndrome de superposición (lupus eritematoso juvenil/esclerosis sistémica juvenil) frente a enfermedad mixta del tejido conectivo, se indica tratamiento con corticoides, con los que se observa franca mejoría.

Se realiza interconsulta con el Servicio de Salud Mental, que indica seguimiento ambulatorio para continuar evaluando a la paciente a fin de descartar un TCA asociado con la enfermedad autoinmune.

DISCUSIÓN

Los TCA son afecciones de frecuente presentación en adolescentes y adultos jóvenes. Otros cuadros clínicos crónicos también pueden comenzar durante esta etapa y plantean un desafío diagnóstico al momento de evaluar a un adolescente con síntomas como pérdida de peso, vómi-

tos, decaimiento, mialgias, malestar abdominal, mareos o disfunción del ciclo menstrual.

La evidencia emergente muestra que los trastornos de la alimentación y las enfermedades crónicas pueden coexistir e incluso compartir susceptibilidades genéticas, lo que sugiere vías moleculares comunes.[1]

Los adolescentes con enfermedades crónicas tienen alto riesgo de padecer comportamientos poco saludables en el control de su peso. Es el caso de la utilización de medicamentos como los corticosteroides, para tratar algunos cuadros clínicos crónicos. Su uso puede causar incremento de peso e insatisfacción con la imagen corporal, llevando a alteraciones en la alimentación.

A su vez, algunos medicamentos, como la hormona tiroidea y la insulina, pueden ser mal utilizados por un adolescente que intenta perder peso, haciendo que el tratamiento de la enfermedad crónica sea aún más desafiante.[1] La omisión de la insulina es la forma más frecuente de control de peso en paciente diabéticos con insatisfacción de la imagen corporal.[2]

La diabetes y la enfermedad celíaca requieren atención en la ingesta dietética para su tratamiento adecuado, pero la preocupación al respecto puede llegar a generar una alimentación excesivamente restrictiva.

Más allá de las causas psicosociales ya conocidas en la generación de un TCA, ha surgido evidencia de vínculos entre varias enfermedades autoinmunes y los trastornos de la alimentación, sugiriendo un posible papel de la autoinmunidad en la etiología de estos últimos.

En un estudio realizado en Dinamarca, que evaluó a 930 977 niños y adolescentes (48.7% mujeres), se demostró una asociación notable entre las enfermedades autoinmunitarias e inflamatorias y el riesgo de presentar un TCA. Se asoció mayor riesgo de presentar anorexia nerviosa (AN) en un 36%, bulimia en un 73% y TCA no especificados en un 72% en relación con estas enfermedades inmunitarias. En suma, se demostró mayor asociación en las pacientes que presentaban un antecedente familiar de trastornos autoinflamatorios y autoinmunitarios.[3]

Además, en un estudio realizado en Finlandia[4] se observó que los pacientes con TCA tuvieron mayor riesgo de presentar una o más enfermedades autoinmunes en comparación con un grupo control *(odds ratio:* 1.7; intervalo de confianza del 95%: 1.5-2.0; $p < 0.001$). Dentro de las enfermedades reumatológicas, el grupo con TCA presentó 4 veces más probabilidades de tener lupus eritematoso sistémico o enfermedad mixta del tejido conectivo, ambos diagnósticos posibles en la adolescente presentada en el caso clínico. A su vez, se halló mayor riesgo de diabetes tipo 1 dentro de las enfermedades endocrinológicas y de enfermedad de Crohn en las afecciones gastrointestinales.

Al respecto, Izarbe, Frábega y col.[5] realizaron una revisión sistemática de 14 artículos y verificaron que la enfermedad de Crohn y la AN presentaban la combinación más frecuente de TCA y enfermedad gastrointestinal informada en la bibliografía.

Aún se desconocen los mecanismos por los cuales en los TCA, especialmente la AN, habría predisposición a presentar una enfermedad autoinmunitaria. Aunque todavía está en estudio, hay evidencia creciente de que la microbiota intestinal desempeña un papel notable en la aparición de los trastornos psicopatológicos y somáticos de la AN mediante la secreción de neurotransmisores, como también parece influir en la tendencia a presentar enfermedades autoinmunitarias.

Durante la alimentación, se generarían múltiples interacciones entre la microbiota intestinal y el cerebro. El intestino parece hacerlo a través de la secreción de ácidos grasos de cadena corta, serotonina, citoquinas proinflamatorias y estimulación del nervio vago, que modificarían el estado de ánimo y las funciones cognitivas. A su vez, el cerebro parece interactuar secretando hormona hipotalámica liberadora de corticotropina (CRH), hormona adrenocorticotropa (ACTH) y cortisol, que modifican la microbioma intestinal (Figura 1).

En la AN parece generarse un aumento en la permeabilidad intestinal (por aumento de las bacterias degradadoras de mucina) que aumenta el pasaje de antígenos de la microbiota al sistema nervioso central y potencia la inflamación crónica y las interacciones con el cerebro, influyendo en el estado de ánimo y las funciones cognitivas.[6]

CONSIDERACIONES FINALES

El tratamiento integral del adolescente es fundamental para orientar los diagnósticos diferenciales. Una anamnesis detallada y un examen físi-

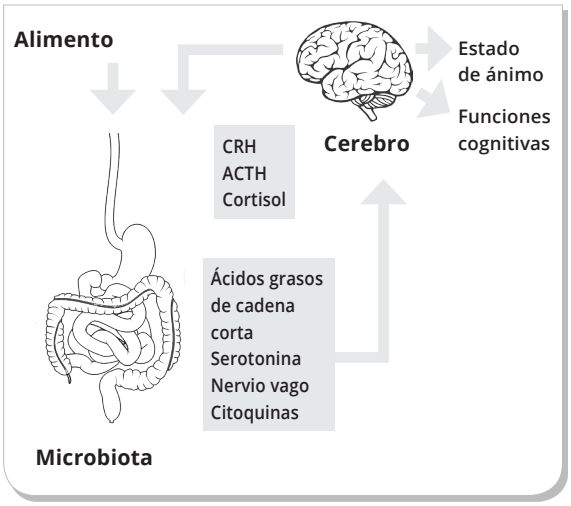


Figura 1. Alimentación: cómo el microbioma y la interacción intestino-cerebro pueden impactar en la aparición y el curso de la anorexia nerviosa.

Traducción de los autores. Adaptada de Herpertz-Dahlmann B, Seitz J, Baines J.[6]

co completo son esenciales ante un adolescente con descenso de peso. Los exámenes complementarios nos ayudarán a arribar al diagnóstico correcto.

Ante un paciente en el que se sospeche un TCA, pero la sintomatología plantee dudas diagnósticas, se debe recordar la asociación de estas afecciones y ampliar el espectro de sospecha clínica. Nunca se debe descartar la posibilidad de coexistencia de distintas enfermedades y es menester solicitar un análisis completo de laboratorio que incluya eritrosedimentación, hemograma, un panel químico completo, pruebas de función tiroidea y función hepática, incluida albúmina y anticuerpos, para detectar celiaquía.

Frente a estos casos, el tratamiento óptimo del adolescente debe ser interdisciplinario, con participación de los profesionales y de la familia para lograr buenos resultados a corto y largo plazo.

El descubrimiento continuo de posibles factores genéticos, inmunológicos y ambientales compartidos por los trastornos alimentarios y las enfermedades autoinmunes probablemente permitirá lograr un correcto tratamiento de estas afecciones.

Referencias

1. Avila J, Park T, Golden N. Análisis de la coexistencia de trastornos alimentarios y ciertas enfermedades intestinales y endocrinológicas en adolescentes. Lancet Child Adolesc Health 2019; 3(3): 181-189.
2. Ongaro L, Mazza C. Trastornos de la conducta alimentaria en púberes y adolescentes de ambos sexos con DBT tipo 1. Medicina Infantil 2009; 16(1): 28-35.
3. Zerwas S, Larsen JT, Petersen L y col. Eating disorders, autoimmune, and autoinflammatory disease. Pediatrics 2017; 140(6): e20162089.
4. Raevuori A, Haukka J, Vaarala O y col. The increased risk for autoimmune diseases in patients with eating disorders. PLoS One 2014; 9(8): e104845.
5. Izarbe L, Fàbrega M, Quintero R y col. Inflammatory bowel disease and eating disorder: a systematized review of comorbidity. J Psychosom Res 2017; 102: 47-53.
6. Herpertz-Dahlmann B, Seitz J, Baines J. Foodmatters: how the microbiome and gut-brain interaction might impact the development and course of anorexia nervosa. Eur Child Adolesc Psyquiatry 2017; 26(9): 1031-1041.

Trastornos mentales en la adolescencia

Mental health disorders in adolescents

Comentario realizado por la **Dra. Leila Cambón Yazigi**[1] y la **Dra. Cecilia Zunana**[2] sobre la base del artículo ***ACOG Committee Opinion. Number 705*** *American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Adolescent Health Care. 2017*

INTRODUCCIÓN

En todo el mundo, se estima que entre el 10% y 20% de los adolescentes experimentan problemas de salud mental. En la Argentina, en 2016, se informaron 6016 altas hospitalarias de adolescentes relacionadas con trastornos mentales y del comportamiento. De estos, 1491 fueron secundarios al consumo de alcohol y otras drogas psicoactivas. La mayor prevalencia de alteraciones de salud mental corresponde a trastornos neuróticos y relacionados con el estrés.[1] Si bien la mitad de los trastornos mentales comienza alrededor de los 14 años, el diagnóstico y el tratamiento se demoran entre 6 y 23 años. Los más frecuentes en la adolescencia son los trastornos de ansiedad, del estado de ánimo y de la atención; los dos primeros predominan en el sexo femenino y el último, en el sexo masculino.

A continuación, se describen los trastornos mentales más frecuentes (Tabla 1):

Tabla 1. Trastornos de salud mental más frecuentes en adolescentes.

Trastorno	Características
Trastorno de ansiedad	Afecta la esfera laboral, escolar y de las relaciones interpersonales.
- Trastorno de ansiedad generalizada	Los pacientes presentan temor y ansiedad sin causa en diversas actividades. La intensidad, la duración y la frecuencia no se relacionan con la importancia del evento.
- Trastorno de ansiedad social	Manifiestan preocupación o temor frente a eventos sociales. Presentan síntomas de ansiedad o evitan exponerse a situaciones estresantes.
- Ataque de pánico	Es la sensación inminente de muerte o temor inmanejable durante unos minutos. Presentan síntomas físicos y cognitivos (palpitaciones, taquicardia, sudoración, temblor, sensación de falta de aire, náuseas, vómitos, parestesias, despersonalización, temor a morir).
Trastorno obsesivo compulsivo (TOC)	Presentan obsesiones y compulsiones con la limpieza, el orden, la simetría, la religión, entre otros.
Trastorno por estrés postraumático (TEPT)	Presentan síntomas que incluyen sensación de temor, ánimo disfórico, pensamientos negativos o combinación de varios, luego de la vivencia de situaciones de riesgo de muerte, lesiones graves o violencia sexual.
Trastorno del estado de ánimo	Presentan mayor riesgo de consumo excesivo de sustancias.
- Trastorno de adaptación con ánimo depresivo	Los síntomas o comportamientos se producen en respuesta a factores estresantes. Se producen en los 3 meses posteriores a la aparición de esos factores. Predomina la angustia, el llanto y el sentimiento de desesperanza.
- Trastorno depresivo mayor	Manifiestan ánimo depresivo o falta de interés o de placer en las actividades durante un período de 2 semanas. En los niños y adolescentes se puede manifestar con irritabilidad.
- Trastorno bipolar	Se distingue un período de irritabilidad, aumento de actividad o energía que persiste durante todo el día por al menos 4 días consecutivos o que requiere hospitalización.
- Síndrome disfórico premenstrual (SDPM)	Cursa con síntomas recurrentes graves, incapacitantes, como labilidad en el estado de ánimo, irritabilidad, disforia o ansiedad que aparecen durante la fase lútea y desaparecen pocos días posteriores al inicio del ciclo menstrual. Pueden estar acompañados por síntomas premenstruales más frecuentes, como mastalgia, dismenorrea.
Trastorno por déficit de atención e hiperactividad	Manifiestan síntomas de impulsividad, falta de atención e hiperactividad, con inmadurez emocional durante los últimos 6 meses, y afecta el desarrollo o comportamiento.

1 Médica tocoginecóloga. Becaria de perfeccionamiento de Ginecología Infantojuvenil, Hospital de Pediatría S.A.M.I.C Prof. Dr. Juan P. Garrahan, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.
2 Médica tocoginecóloga. Certificada en Ginecología Infantojuvenil. Médica de planta, Especialista en Ginecología Endocrinológica y de la Reproducción, Hospital de Pediatría S.A.M.I.C. Prof. Dr. Juan P. Garrahan. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Tabla 1. Continuación.

Trastorno de conducta disruptiva	
- Trastorno de conducta	Caracterizado por comportamientos repetitivos que violan los derechos o las normas sociales básicas acordes con la edad, como ausentismo en el colegio, fuga de hogares e, incluso, agresión a personas o animales.
- Trastorno oposicionista desafiante	Presentan comportamiento desafiante (refutar normas, ser rencoroso, pelearse con adultos).

Adaptado de *Mental Health Disorders in Adolescents. Committee Opinion No. 705. American College of Obstetricians and Gynecologists.* Obstet Gynecol 2017; 130: e32-e41.

La adolescencia es una etapa en donde se producen múltiples cambios físicos, psíquicos y emocionales y se adquieren habilidades en las relaciones interpersonales, herramientas para la resolución de conflictos y hábitos de cuidado personal, como realizar ejercicio regular, incorporar pautas de alimentación saludable, entre otros. Durante este período, es frecuente una mayor exposición a situaciones de riesgo, como consumo de tóxicos, embarazos no intencionales, adquisición de infecciones de transmisión sexual (ITS), etcétera.

Como se ha mencionado previamente, durante la adolescencia suelen aparecer los primeros síntomas de algunos trastornos de salud mental. Por esto, el/la ginecólogo/a en contacto con esta población debería realizar un tratamiento integral que contemple la pesquisa de todas estas situaciones de riesgo.

Asimismo, se debería considerar que, secundario a la afección o al uso de psicofármacos, las adolescentes pueden presentar alteraciones del eje hipotálamo-hipófiso-gonadal, ciclos anovulatorios y alteraciones menstruales. Además, las variaciones en el peso, frecuentemente asociadas con enfermedades mentales, pueden repercutir en la eficacia tanto del tratamiento hormonal anticonceptivo como en el psiquiátrico.

A continuación, se listan algunos aspectos ginecológicos asociados con diferentes trastornos de salud mental.[2]

Tabla 2. Asociación de aspectos ginecológicos con los distintos trastornos de salud mental.

Trastornos de ansiedad	Dismenorrea o dolor pelviano crónico
TOC	Vulvovaginitis por excesiva higiene, preocupación por el volumen de sangrado menstrual.
TEPT	Temor al examen físico/genital. Se recomienda dedicar más tiempo de la consulta para esto e incluso diferirlo para la próxima.
Trastornos del estado de ánimo y depresión - Depresión - SDPM - Trastorno bipolar (etapa maníaca)	Mala adhesión al tratamiento farmacológico, incluso los anticonceptivos, por lo que se recomienda la utilización de métodos reversibles de larga duración (LARC *[long acting reversible contraception]).* Utilidad terapéutica de los esquemas flexibles o de rango extendido. Mayores conductas de riesgos sexuales.
Trastorno por déficit de atención e hiperactividad	Mayores conductas de riesgo, incluidas las sexuales, que aumentan la exposición para adquirir ITS o embarazos no intencionales. Consultas de mayor duración y dedicación debido a la explicación exhaustiva sobre el uso de diferentes métodos anticonceptivos (MAC). La falta de atención y la impulsividad aumentan las barreras para el uso correcto de métodos anticonceptivos de corta duración (SARC *[short-acting reversible contraception]).*
Trastorno de personalidad *borderline*	Atracones, conductas de riesgo sexual, autolesiones, intentos de suicidio y antecedente de abuso sexual infantojuvenil (ASIJ). Se recomienda realizar identificación de ASIJ, autolesiones y evaluar conductas purgativas compensatorias para poder brindar una adecuada consejería en anticoncepción.
Trastorno de somatización	Dolor pelviano crónico, vulvodinia, dismenorrea grave y dispareunia. Pseudociesis o embarazo psicológico por síntomas como amenorrea o distensión abdominal.

Adaptada de *Mental Health Disorders in Adolescents. Committee Opinion No. 705. American College of Obstetricians and Gynecologists.* Obstet Gynecol 2017; 130: e32-e41.

El *suicidio*, definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2010 como "el acto deliberado de quitarse la vida", es la tercera causa de muerte en jóvenes de entre 15 y 19 años. En un estudio descriptivo y exploratorio realizado por Unicef en la Argentina, entre 2017 y 2018 se observó que las tasas de suicidio en la adolescencia se incrementaron notablemente y, más aún, en aquellos con niveles menores de educación. El suicidio es un fenómeno que posee una connotación sexogenérica diferencial: existe una mayor cantidad de muertes de varones que de mujeres, ya que utilizan medios de mayor letalidad (ahorcamiento, uso de arma de fuego). Por su parte, los datos sobre tentativas de suicidio muestran que las mujeres tienen más intentos que los varones (envenenamiento con pastillas, uso de objetos cortantes o saltar desde un lugar elevado).[3]

Los *factores de riesgo* para suicidio descritos con mayor frecuencia en la bibliografía son el sexo, la autoexigencia, la exigencia parental o los fracasos en los logros esperados, o ambos, los estados depresivos, los factores socioeconómicos y culturales, el abuso sexual, la orientación sexual, el consumo de alcohol y otras sustancias, el acoso o la intimidación, ya sea escolar, por redes sociales u otros ámbitos *(bullying)* como acontecimiento vital humillante.[3]

Los adolescentes que tienen *ideación suicida* raras veces lo manifiestan como síntoma. Sin embargo, se sienten aliviados al abordar el tema. Por esto, se recomienda el enfoque sistemático en las consultas con esta población. Las preguntas deben ser directas, sin prejuicios, intentando demostrar que a otras personas también les sucede lo mismo y el equipo de salud puede ayudarlos, enfatizando en la confidencialidad de lo abordado en la consulta y respetando el *secreto médico.* Se debe tener en cuenta que, en caso de identificar a un joven con ideación suicida, si describe el plan para realizarlo, el riesgo es aún mayor. En ese caso, el profesional de la salud debe solicitar la intervención inmediata de profesionales de salud mental para garantizar la seguridad del/la joven. Estas situaciones *no deben denunciarse a la policía,* ya que el Código Penal de la Nación Argentina no califica al intento de quitarse la vida como delito.[3]

Las *autolesiones* son las autoinfligidas en el cuerpo para obtener alivio por sentimientos o pensamientos negativos *con la expectativa de que la lesión solo conlleve un daño físico leve o moderado (es decir, no hay intención suicida).* Se ha demostrado la asociación con otros trastornos mentales y con antecedentes de abuso sexual crónico y maltrato. Se debe sospechar en las personas que presentan golpes o cicatrices frecuentes y en el interrogatorio dudan acerca del origen de estas. En caso de hallar, en el examen físico, cortes o cicatrices en abdomen, muñecas o raíces de muslos, se debe hacer la identificación de depresión y antecedente de intentos de suicidio para brindar un tratamiento apropiado por parte de los pro-

Tabla 3. Psicofármacos más frecuentemente usados en adolescentes.

Drogas	Comentarios y efectos adversos ginecológicos
Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina Sertralina, escitalopram, citalopram venlafaxina, fluoxetina*	Disfunción sexual Disminución de la libido * Sangrado menstrual abundante
Benzodiazepinas Clonazepam, lorazepam y alprazolam	Disminución de la libido
Antidepresivo Bupropión	Disfunción sexual
Neuromodulador Litio	Alteración del ciclo menstrual
Antiepilépticos Carbamazepina, lamotrigina, ácido valproico*	Afectan la eficacia de los anticonceptivos * Asociación con poliquistosis ovárica
Antipsicóticos Haloperidol, risperidona, olanzapina, quetiapina	Disminución de la libido Irregularidad menstrual Aumento de peso Hiperprolactinemia que produce galactorrea
Psicoestimulante Metilfenidato	Alteración hepática

fesionales de salud mental. Las autolesiones en zonas habitualmente no expuestas indican mayor gravedad, ya que el fin de estas no sería el llamado de atención.[3]

Según el *American College of Obstetricians and Gynecologists*, en 2015, el 28% de los adolescentes de entre 12 y 17 años consumían *psicofármacos* prescritos y un 6% lo hacía sin indicación. Es por esta elevada frecuencia de uso que los ginecólogos deberían estar familiarizados con los psicofármacos (ver Tabla 3) que puedan asociarse con alteraciones del ciclo menstrual y disfunción sexual, así como con las potenciales interacciones con anticonceptivos hormonales. Asimismo, se debería informar a las jóvenes sobre el concepto de teratogenicidad de ciertas drogas.

En algunos trastornos puede verse afectada la capacidad de comprensión o la articulación entre los problemas de salud y el tratamiento. Esto debe considerarse como un factor determinante en la elección del MAC, al igual que los criterios clínicos de elegibilidad de los métodos anticonceptivos de organismos como la OMS o los *Centers for Disease Control and Prevention.*

LEGISLACIÓN EN LA ARGENTINA

La *Ley Nacional de Salud Mental 26657,* sancionada en 2010, fue reglamentada en 2013 y es un marco de referencia clave para este tema.[4] Es fundamental que todos los profesionales de la salud en ejercicio dentro de este territorio estén familiarizados con ella.

La *ley Nacional de Prevención del Suicidio 27130*, sancionada en 2015, tiene como objetivo la disminución de la incidencia y la prevalencia del suicidio. La norma declara de interés nacional "la atención biopsicosocial, la investigación científica y epidemiológica, la capacitación profesional en la detección y atención de las personas en riesgo de suicidio y la asistencia a las familias de víctimas del suicidio".[5] Esta política agrega que, en el caso de intento de suicidio de niño, niña o adolescente, "es obligatoria la comunicación y no la denuncia, a la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia o la autoridad administrativa de protección de derechos del niño que corresponda en el ámbito local. Todas las personas que, en el marco de la asistencia, hayan tomado conocimiento de la situación de un paciente que ha intentado suicidarse estarán obligadas a la confidencialidad de la información".[6]

En conclusión, *la consulta ginecológica puede ser el primer eslabón en la detección temprana de algún trastorno de salud mental.* Los/as ginecólogos/as infantojuveniles deberían entrenar en las habilidades de comunicación con los jóvenes para permitir la detección y la derivación oportuna que *contribuya a la reducción de la morbimortalidad asociada con estos trastornos. Una estrategia integral mejora sustancialmente la salud de los adolescentes.*

El *American College of Obstetricians and Gynecologists* formula las siguientes recomendaciones y conclusiones:

- Al menos 1 de cada 5 jóvenes de entre 9 y 17 años presenta algún trastorno de salud mental, posible de diagnosticar, que genera algún grado de discapacidad.
- Los trastornos más frecuentes en la adolescencia son los del estado de ánimo, de ansiedad y de atención.
- El suicidio es la tercera causa de muerte de jóvenes de entre 15 y 24 años.
- Los adolescentes con trastornos mentales a menudo presentan mayores conductas de riesgo sexual.
- Ciertos psicofármacos pueden generar galactorrea y alteraciones del ciclo menstrual.
- Se debe informar siempre sobre los riesgos de teratogenicidad de drogas.
- En cada consulta, los adolescentes deben ser evaluados respetando la confidencialidad del secreto médico.
- Los ginecólogos pueden realizar una detección temprana de un trastorno de salud mental; de este modo, disminuyen la morbilidad y la mortalidad al derivar al joven oportunamente.

Referencias

1. Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia, MSAL- UNICEF. Situación de salud de las y los adolescentes en la Argentina. Ago 2016 (Consultado 12 Dic 2019). 80 p. Disponible en: http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000872cnt-linea-base-adolescencia-2016.pdf
2. Organización Mundial de la Salud (WHO). Salud mental del adolescente. 23 Oct 2019 (Consultado 12 Dic 2019). Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health.
3. El suicidio en la adolescencia. Situación en la Argentina. Unicef. 2019 (Consultado 12 Dic 2019). Disponible en: https://www.unicef.org/argentina/media/6326/file/Suicidio_adolescencia.pdf.
4. Ley Nacional de Salud Mental Argentina 26.657. Boletín Oficial 32041. Buenos Aires; 3 Dic 2010 (Consultado 12 Dic 2019). Disponible en: http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm
5. Art. 1°. Ley Nacional de Prevención del Suicidio 27.130. Boletín Oficial 8 Abr 2015 (Consultado 12 Dic 2019). Buenos Aires; 6 Abr 2015. Disponible en: http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/245000-249999/245618/norma.htm
6. Art. 12. Ley Nacional de Prevención del Suicidio 27.130. Boletín Oficial 8 Abr 2015. Buenos Aires; 6 Abr 2015 (Consultado 12 Dic 19). Disponible en: http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/245000-249999/245618/norma.htm

Lineamientos para la atención del intento de suicidio en adolescentes

Medical care guidelines for suicide attempts in adolescents

Comentario realizado por la **Dra. Maria Zabalza**[1] sobre la base del artículo ***Lineamientos para la atención del intento de suicidio en adolescentes 2018.*** Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia (PNSIA), Programa Nacional de Patologías Mentales Severas y Prevalentes. Ministerio de Salud de la Nación.

El presente artículo es un resumen de los lineamientos para la atención del intento de suicidio en adolescentes confeccionados por el Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia (PNSIA) en conjunto con el Programa Nacional de Patologías Mentales Severas y Prevalentes. Estos fueron publicados por el Ministerio de Salud de la Nación en 2018 y están disponibles en http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000879cnt-2018-lineamientos-atencion-intento-suicidio-adolescentes.pdf.

El suicidio se considera un problema de salud pública grave y creciente en todo el mundo. La Organización Mundial de la Salud (OMS) afirma que las tasas de suicidio han aumentado un 60% en los últimos 50 años y ese incremento ha sido más marcado entre los jóvenes.

En la Argentina, la tasa de mortalidad por suicidio creció considerablemente en los grupos más jóvenes (15 a 24 y 25 a 34 años) y este aumento se da en prácticamente todas las provincias del país. En la actualidad, es la segunda causa de defunción en el grupo de 10 a 19 años.

Se considera ***intento de suicidio*** a una acción autoinfligida con el propósito (o evidencia implícita o explícita) de generarse un daño potencialmente letal, actual o referido.

En lo que respecta al ***marco legal*** se debe tener en cuenta que, en primer lugar, el intento de suicidio o el suicidio no están penalizados en el derecho argentino. No se debe denunciar a la policía por intento de suicidio. Si el paciente porta un elemento de letalidad que implique riesgo para sí o terceros, el profesional debe tomar los recaudos necesarios para el apartamiento de dicho elemento. En el caso de que las medidas o los recaudos no fueran suficientes, podrá solicitar intervención a la fuerza pública.

En segundo lugar, el adolescente que comete un intento de suicidio está en situación de vulneración o amenaza grave de los derechos del niño, niña o adolescente y es obligatoria la comunicación a la autoridad administrativa que corresponda en el ámbito local a los efectos de solicitar medidas de protección integral.

En tercer lugar, los/las adolescentes deben ser informados sobre su estado de salud, los tratamientos propuestos, sus efectos y resultados y deben poder expresar sus opiniones y que estas sean consideradas. Deberá obtenerse el consentimiento informado del propio adolescente (si su estado de conciencia lo permite).

Por último, los trabajadores de la salud deben asegurar la confidencialidad de la información médica referente a los/las adolescentes y que esa información solo puede divulgarse con consentimiento del adolescente o sujeta a los mismos requisitos que se aplican en el caso de la confidencialidad de los adultos (art. 116 de la ley 17132 del Ejercicio de la Medicina).

RECOMENDACIONES PARA UN TRATAMIENTO INTEGRAL DEL INTENTO DE SUICIDIO

Detección del intento de suicidio

La detección de conductas autolesivas es siempre una urgencia. Puede realizarse en servicios

1 Sección Ginecología Infantojuvenil, Hospital Italiano de Buenos Aires, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

de emergencia o en otras instancias de atención (consulta de rutina, espontánea, interconsulta), a través de una línea telefónica de emergencias o en otros ámbitos comunitarios (escuela). Las conductas autolesivas pueden ser manifestadas por el/la adolescente o por terceros, o inferidas por el profesional de la salud. No se debe olvidar que es una conversación, donde urgencia no siempre es sinónimo de prisa. Es recomendable usar un lenguaje sencillo y claro y adoptar una actitud de respeto e imparcialidad.

Toda derivación a un servicio de emergencia deberá efectuarse con un integrante del equipo de salud. No se deberá enviar únicamente a la persona o a su acompañante vincular con una nota de derivación.

La mejor forma de detectar si las personas tienen pensamientos suicidas es preguntándolo. Contrariamente a lo establecido en la creencia popular, hablar del suicidio *no* provoca actos de autolesión. Por el contrario, conversar al respecto les permite a los adolescentes hablar de los problemas y la ambivalencia con la que luchan y percibir que pueden ser ayudados. El riesgo es justamente que estas ideas permanezcan ocultas.

Medidas iniciales de cuidado

La intervención debe darse en un ambiente de privacidad/intimidad y disponiendo del tiempo necesario hasta generar una relación de confianza. La persona no debe permanecer sola en ningún momento, deberá estar acompañada por un adulto responsable o por personal sanitario. Tampoco deben dejarse elementos potencialmente peligrosos al alcance (armas, bisturíes, medicamentos) y se debe evitar la cercanía con puertas y ventanas.

Se debe identificar si entre los acompañantes existe algún referente que pueda resultar tranquilizador y colaborar en la atención, a quien también es recomendable brindar apoyo y contención. No deben desestimarse los relatos, ni emitir juicios morales o de valor.

Evaluación y estabilización de síntomas físicos y psíquicos

La *evaluación* médico clínica completa debe efectuarse en todos los casos, independientemente del motivo específico de consulta (por ejemplo, si la consulta es por cortes superficiales, se debe investigar la presencia de tóxicos; si la consulta es por intoxicación con psicofármacos, se deben buscar lesiones ocultas).

Dentro de los síntomas físicos es importante evaluar: signos vitales y estado de conciencia; examen físico completo: existencia de lesiones físicas no observables a primera vista (recientes o cicatrices y secuelas); signos de abuso sexual, maltrato o ambos; signos físicos de ingestión de alcohol, drogas de abuso u otra sustancia tóxica; embarazo.

Respecto del examen psíquico general (que puede realizar el profesional médico, de salud mental u otro integrante del equipo), debemos evaluar: el estado de conciencia (vigil, obnubilado o *confuso*, inconsciente, hipervigilante); el grado de orientación (autopsíquica y alopsíquica); el estado cognitivo general (atención, concentración y memoria); el aspecto físico (descuidado, vestimenta extravagante, falta de higiene); el estado motriz (inquietud, *desasosiego, hiperactividad motriz*, impulsividad, *excitación*, inhibición, *catatonía);* la actitud (colaboradora, reticente, querellante, agresiva, inhibida, *amenazante, paranoide, desconfiada, temerosa);* el lenguaje (verborrágico, ***mutismo***, habla espontáneamente, neologismos); el pensamiento (taquipsiquia, bradipsiquia, interceptado, fuga de ideas; ideación coherente o delirante); las alteraciones de la sensopercepción *(alucinaciones* visuales, auditivas, olfativas, cenestésicas); la afectividad (manía, depresión *[llanto incoercible),* indiferencia afectiva [esquizofrenia], labilidad); el sueño (insomnio o hipersomnia); la actitud alimentaria (anorexia, negativa a comer, hiperorexia); el juicio (conservado, desviado).

Se debe prestar especial atención y tomar medidas de cuidado necesarias frente a la persona que presente alguno de los términos destacados previamente en bastardillas.

Respecto de la estabilización, se debe brindar tratamiento médico a los síntomas físicos o lesiones si las hubiera y tratamiento de los síntomas psíquicos, priorizando la intervención verbal. Se debe indicar medicación, contención física o ambas en caso de ser necesario.

Evaluación de riesgo

Se debe entrevistar al adolescente, los acompañantes y, si se considera pertinente, a otros referentes (pares, novio/a, amigo/a, maestro).

Siempre se deberá convocar al/los adultos responsables a cargo. En caso de no estar presentes, se convocarán de inmediato y se aguardará su presencia para completar la evaluación. Si no se cuenta con referentes adultos, se debe comunicar a la autoridad administrativa de protección de derechos del niño/niña o adolescente que corresponda en el ámbito local.

La inclusión de la familia o los acompañantes es imprescindible para realizar una evaluación contextual de la situación y forma parte, a su vez, de la estrategia terapéutica.

Los cuidadores también deben ser asistidos y contenidos por el sistema de salud y deben recibir orientación sobre las medidas de protección y cuidado (retirar elementos peligrosos, prestar atención a los primeros meses luego del intento, continuar con el tratamiento en salud mental y las redes de apoyo, entre otros).

Se recomienda evaluar los siguientes factores de riesgo y de protección:

Factores de riesgo. Sexo: el sexo masculino se considera, en sí mismo, un factor de riesgo (el mayor porcentaje de intentos graves y suicidios consumados corresponden a este sexo).

Letalidad del método: alta (ahorcamiento, armas de fuego, arrollamiento [automóviles, tren], lanzamiento de altura, intoxicación con gas u elementos altamente tóxicos en pequeña cantidad [organofosforados, soda cáustica, medicación], electrocución, heridas cortantes profundas o en gran cantidad [cortes profundos en los cuatro miembros o en la cara]). Letalidad moderada y baja: ingestión de sustancias o medicamentos de baja toxicidad y pequeña cantidad, cortes leves, escasos y superficiales (por ejemplo, uno o dos cortes en el antebrazo).

Planificación del acto: existencia de un plan minucioso o de un plan reiterado en el tiempo (fue planificado antes y no concretado o fallido).

Circunstancias en la que se concretó el plan: no amenazó ni presentó una actitud que pudiera advertir a alguien. Estaba solo cuando ejecutó el plan o no avisó a nadie luego. Lo llevó a cabo en circunstancias que hacían difícil la interrupción o el rescate.

Grado de impulsividad: sin la posibilidad de reflexión, de manera tan abrupta que hace imposible o dificulta su interrupción por otros.

Actitud y afecto posterior al intento: no procura asistencia, trata de impedir su rescate, no manifiesta arrepentimiento o alivio por haber fallado, indiferencia o con poca conciencia del riesgo al que se expuso.

Existencia de acciones autolesivas repetidas, intentos previos, presencia de trastorno mental previo, afección orgánica grave, crónica o terminal (diabetes, VIH, afección oncológica, enfermedades neurodegenerativas), un evento estresante desencadenante del acto o ideación autolesiva.

Contexto sociofamiliar: facilitación o inducción explícita/implícita por parte del adulto, actitud desinteresada o negligente del adulto frente al hecho (minimizar el riesgo, no consultar rápidamente, considerar que está solo llamando la atención), antecedentes de suicidios consumados o intentos en pares o familiares, falta de red social de pares *(bullying*, ciberacoso).

Factores de protección. Es imprescindible evaluar y fortalecer los recursos de la persona y su entorno (buena relación con la familia, buenas habilidades sociales, búsqueda de ayuda cuando surgen dificultades, factores de integración social, como participación en deportes, asociaciones religiosas, clubes, buenas relaciones con pares y adultos referentes).

Estrategias terapéuticas inmediatas

Alta institucional y tratamiento de salud mental ambulatorio. Se podrá considerar el alta con seguimiento ambulatorio por el equipo de salud mental cuando se verifique que la acción autolesiva es de bajo grado de agresión, la ideación tiene poca consistencia, el contexto familiar es continente y se compromete a adoptar las medidas de cuidado, el adolescente se muestra de acuerdo con la necesidad de continuar el tratamiento y puede garantizarse el seguimiento.

Se dará de alta a la persona garantizando un turno asignado para salud mental (se debe especificar la fecha y la hora del turno y el nombre del profesional, dentro de los 7 días subsiguientes) y se debe asegurar el acompañamiento permanente por un referente afectivo adulto.

Internación o permanencia en guardia o sala del hospital polivalente para observación. Evaluación por parte de un profesional de salud mental en un

lapso no mayor de 48 h. Si existe acción autolesiva grave o método de alta letalidad, alto grado de impulsividad o planificación; persistencia de la ideación suicida o autolesiva; antecedentes de intentos de suicidio o de autoagresión del adolescente, o intento de suicidio de personas cercanas; consumo perjudicial de alcohol o sustancias psicoactivas (puede provocar desinhibición psicomotriz); ideas de desesperanza u otros síntomas depresivos, ideación delirante, síntomas maníacos, excitación psicomotriz, retraimiento grave al momento de la consulta que no permita la evaluación.

Estrategia terapéutica a mediano plazo

El seguimiento ambulatorio incluye el control del tratamiento psicofarmacológico si lo hubiera y la promoción y el acompañamiento para la construcción de proyectos vitales, lo que implica inclusión socioeducativa o laboral en su territorio. Para ello, se realizarán durante un período no menor de 6 meses (debido al riesgo más inmediato de nuevos intentos): intervenciones individuales (frecuencia semanal), intervenciones familiares (frecuencia mensual) e intervenciones con el grupo de referencia.

Resulta fundamental la difusión y el conocimiento de esta guía por parte de todos los miembros del equipo de salud que trabajan con adolescentes. El trabajo interdisciplinario es clave para el enfoque de estas situaciones y lo es también para llevar adelante medidas de prevención de intentos de suicidio en adolescentes.

Reglamento de Publicaciones

La Revista de la Sociedad Argentina de Ginecología Infanto Juvenil, órgano de difusión de nuestra Sociedad, es una publicación cuatrimestral que brinda un espacio para la publicación de artículos sobre la especialidad, con la intención de aportar información útil y actualizada a la población médica.

1 Se aceptarán para su publicación artículos originales, artículos de revisión de un tema, consideraciones sobre trabajos recomendados, artículos descriptivos (casos clínicos, estudios observacionales, comentarios bibliográficos, comunicaciones especiales, etc.) y artículos presentados en otros ámbitos (congresos, jornadas, reuniones de sociedades científicas).

2 Las comunicaciones recibidas serán sometidas a su evaluación por el Comité Asesor Científico, reservándose el derecho a aceptar, rechazar o sugerir cambios para su publicación. En los archivos se realizarán las modificaciones y correcciones editoriales que se consideren necesarias, previa comunicación a los autores. En caso de aceptación, la Sociedad no avala el contenido del artículo, siendo los autores responsables de las afirmaciones que contenga.

Instrucciones para los autores

• Título
El título del artículo debe ser conciso, específico e informativo. Debe ser escrito en español e inglés.

• Autor/es
Incluir los datos completos del autor principal (nombre completo, dirección postal y electrónica, título académico, la función y el lugar donde se desempeña profesionalmente, etc.).
De contar con coautores, por favor, incluya también los datos completos respectivos. Pueden incluirse hasta diez autores.

• Institución principal
Escribir los datos completos de la institución donde se llevó a cabo el estudio o el principal lugar de trabajo del autor.

• Palabras clave
Incluya de cinco a diez palabras clave (PC) de su trabajo. Las PC se incluirán de acuerdo con su orden de importancia o peso en el artículo. Es decir, la primera que escriba será la principal, la segunda más importante que la tercera, y así sucesivamente.
Una palabra clave es una palabra o combinación de palabras (por ejemplo, diabetes mellitus, hipertensión arterial), que no incluirá artículos (el, la, los) ni conjunciones (y, o, pero), representativa del tema central del artículo. Son fundamentales para las búsquedas precisas. Se escriben siempre con minúsculas.

• Resumen/Abstract
El artículo se acompañará con un resumen escrito en español e inglés, de entre 220 y 250 palabras. No se admiten abreviaturas en el Resumen, excepto aquellas cuyo uso frecuente reemplazó al nombre completo que representan. El Resumen será una breve, pero exacta e informativa, síntesis del artículo.
Si su artículo es un artículo original, divida los párrafos mediante los subtítulos habituales en que estos se organizan (Introducción, Materiales y métodos, Resultados y Conclusiones) e incluya el objetivo de la investigación.
En el caso de una Revisión, el resumen incluirá el objetivo, los subtítulos utilizados por el autor y los resultados y conclusiones del trabajo.

• Tipos de artículos

Artículo Original
Los artículos que describen los resultados de investigaciones originales (por ej., estudios aleatorizados y controlados, estudios de casos y controles, estudios observacionales, series de casos), deben constar de **Resumen, Introducción, Materiales y Métodos, Resultados y Conclusiones.**
La ***Introducción*** es una breve referencia a las generalidades del tema por abordar y a su importancia. La última frase de la Introducción debe estar referida a lo que los autores van a presentar o describir.
Materiales y Métodos describirá la muestra, el origen de los datos analizados, si es retrospectivo o prospectivo, los métodos estadísticos utilizados y la consideración de la significación estadística, en caso de que corresponda.
En **Resultados y Conclusiones** los autores deben comparar sus resultados con los obtenidos por otros colegas y plantear con claridad las conclusiones a las que han arribado.

Artículo de Revisión (Monografía)
Estos artículos reúnen, resumen y revisan la información disponible sobre un tema.
Para la primera y segunda página valen las mismas consideraciones que para el articulo original. Debe presentarse el Objetivo por el cual se realiza la revisión del tema, las fuentes consultadas y el criterio de selección utilizado; una síntesis de los datos hallados y comparados, así como la Discusión y Conclusiones.

Consideraciones sobre trabajos recomendados
En este caso los autores seleccionan artículos relevantes y comentan aspectos valiosos sobre ellos.
Ejemplo:
Título del artículo, Autor ***(Dr. Ricardo Plunkett),*** *Especialidad, Institución.*
Comentario realizado por el **Dr. Ricardo Plunkett** sobre la base del artículo *Case detection in primary aldosteronism: high-diagnostic value of the aldosterone-to-renin ratio when performed under standardized conditions,* de los autores Vorselaars WMCM, Valk GD, Vriens MR, Westerink J, Spiering W, integrantes de Department of Vascular Medicine, University Medical Center Utrecht, Utrecht University, Utrecht, Países Bajos. El artículo original fue editado por Journal of Hypertension 36(7):1585-1591, 2018.

Casos clínicos
Ejemplo:
Título del artículo en español e inglés
Autor/es: ver Instrucciones
Resumen/Abstract: El artículo se acompañará con un resumen escrito en español e inglés de alrededor de 50 palabras.
Los casos clínicos deben constar de **Introducción, Descripción del Caso clínico, Discusión** y **Bibliografía.**

• Abreviaturas
Evite escribir abreviaturas en el título y, en lo posible, evítelas en el resumen. En el texto se utilizará la menor cantidad de abreviaturas posible. La definición completa de la abreviatura y siglas deberá
anteponerse a su primer uso en el texto, con la excepción de las unidades de medida estándar.
Para los casos de abreviaturas en inglés de uso frecuente, traduzca sus nombres completos al español aclarando que las abreviaturas corresponden a sus denominaciones en inglés.

• Figuras y tablas
Puede incluir tablas y hasta 5 (cinco) figuras en color o blanco y negro.
Presente las tablas en archivos Word o Excel.
Presente las figuras, ilustraciones o fotografías en archivos con extensión JPG o TIFF en por lo menos 300 dpi. Se deben enviar vía e-mail.
Epígrafes y leyendas: Enumere los epígrafes de las figuras y tablas de acuerdo a cómo aparecen en el texto. Escriba una síntesis de la imagen o tabla con más de 10 palabras y menos de 30.
Si los datos, figuras o tablas fueron publicados en otro sitio, cite la fuente original y presente una autorización para reproducir el material.

• Referencias bibliográficas
Las citas deben aparecer en el texto en forma consecutiva y con superíndice.
La numeración deberá seguir el orden de aparición en el texto y deberá coincidir con el listado de referencias que se colocará al final del artículo o trabajo de investigación.
Se presentarán de la siguiente forma: apellido e iniciales de cada autor, como máximo tres autores y luego se colocará "y col."; título del artículo; nombre de la publicación; año; volumen, páginas. No se utilizarán comillas, bastardilla ni negritas. Se aceptarán como máximo 50 citas.

Ejemplo referencia bibliográfica:
• Pérez P, López C, Ratti M y col. Tumores de ovario en niñas. SAGIJ 2007; 1(3): 105-120.

Ejemplo Capítulo de un libro:
Autores igual que en el artículo; título del capítulo; En: autores del libro y título; número de capítulo; lugar de edición; editorial; año; número de página.
• López L. Lesiones dérmicas vulvares en niñas. En: García L, López J (eds.). Lesiones dermatológicas, Capítulo IV. Buenos Aires: López Editores. 2006: 110-136.

Ejemplo Citas de Internet:
Deben constar de autor o autores o ente responsable de la emisión de la información, fecha de la publicación y/o su actualización, título, dirección de Internet y fecha de consulta.

Artículo:
• Harnak A, Kleppimger E. Online! A reference guide to using Internet sources (2003) http://www.bedfordstmartins.com/online/index.html (consultado 20/11/06).

Página:
• CDC. HPV information http:/www.cdc.gov/std/hpv (consultado el 2/12/06).

Revista:
• Bhattacharyya S. Esterilización con quinacrina: aspectos éticos. International Journal of Gynecology & Obstetrics 2003; 83 (Supl. 2) http://www.elsevier.com/locate/ijgo (consultado 12/12/06).

Libro:
• The Chicago Manual of Style, actualización 19 de junio de 2003, New questions and answers. http://www.chicagomanualofstyle.org (consultado 23/11/06).

Los artículos deben ser enviados por correo electrónico en formato WORD, y los gráficos, fotos y/o tablas por separado para asegurar la recepción y calidad en la impresión
Secretaria Administrativa: Sra. Liliana Puleo. Comité Editorial de SAGIJ, Paraná 326, Piso 9º. Of. 36. Teléfono: 011-4373-2002.
E-mail: sagij@sagij.org.ar – **www.sagij.org.ar**

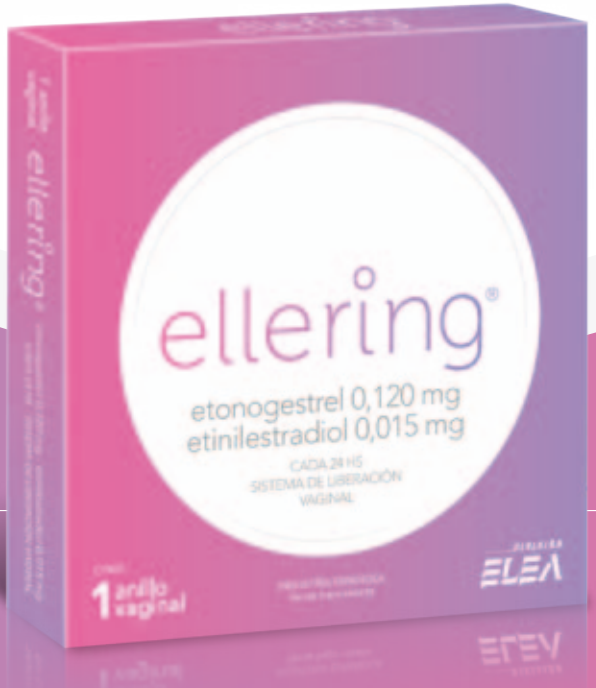
NUEVO anillo vaginal anticonceptivo

ellering

etonogestrel 0,120 mg + etinilestradiol 0,015 mg

Es la alternativa ideal para mujeres que buscan un anticonceptivo sin tener que pensar en una toma diaria.

- Sencillo de administrar y utilizar.
- Con bajo contenido de hormonas.
- Con la más alta eficacia.



BIOEQUIVALENTE

Presentación:
1 anillo vaginal

Laboratorio ELEA PHOENIX | +info 0-800-999-2495

SALUD FEMENINA
Sabemos de salud. Sabemos de mujeres.

MISOPROSTOL
MONODROGA

Llega a las FARMACIAS el primer Misoprostol sin diclofenac de uso ginecológico y obstétrico.

MISOP® 200

Misoprostol

Primer análogo sintético de la Prostaglandina E1 (PGE1) aprobado por la ANMAT para uso ginecológico y obstétrico con la dosis que indica la OMS en el listado de Medicamentos Esenciales.[1]

LABORATORIO DOMINGUEZ S.A.

(1) Disposicion 6726 del 02-07-2018