

CURSO VIRTUAL INTERDISCIPLINARIO A DISTANCIA SALUD MENTAL, PSICOLOGÍA
Y PSICOPATOLOGÍA DEL NIÑO, EL ADOLESCENTE Y SU FAMILIA
DIRECTOR PROF. DR. HÉCTOR S. BASILE

SUICIDIO ADOLESCENTE EN EL ÁMBITO RURAL BONAERENSE

VALMAGGIA, JORGE GERMÁN



El Suicidio - Edouard Manet

*¡Oh daga bienhechora! ¡Esta es tu vaina! ¡Enmohécete aquí y
dame la muerte!* – Julieta Capuleto; La tragedia de Romeo y
Julieta.

SUICIDIO ADOLESCENTE EN EL ÁMBITO RURAL BONAERENSE
AUTOR: VALMAGGIA, JORGE GERMÁN

Sumario

El suicidio de los niños y de los adolescentes es una tragedia que afecta no sólo al individuo, sino a la familia, a los padres, y a la comunidad entera en la cual vivió el joven. El presente trabajo presenta la problemática y analiza los casos de suicidio adolescente en la comunidad de San Miguel del Monte en los últimos tres años, 6 casos en total, todos masculinos, dentro de la cantidad de casos esperados para la población estudiada. También se analizan sus causales y metodología utilizada, tomados de los registros de la policía comunal. Se plantean características de la situación para detectar los potenciales casos suicidas y prevenir nuevas catástrofes y se sugieren lineamientos a seguir frente a la crisis suicida para sostener al paciente.

Palabras clave

Adolescente, Suicidio, suicidio adolescente, Tasas de Suicidio, intervención.

Summary

Among children and adolescents, suicide is a real tragedy that not only affects the individual but also his family, his parents and the community in which he has lived. This paper shows the problem and analyzes the suicidal cases in the San Miguel del Monte community during the last three years, six cases, all of them males, inside the expected statistics for this small community. Also are studied the causes and method applied in each suicide, data was brought from the community police records. Situation characteristics are shown to detect potential suicidal cases and to prevent new catastrophes. Certain suggestions are made to follow on suicidal crisis to manage the patient.

Key words

Adolescent, Suicidal, suicidal adolescent, suicidal rate, intervention.

**CURSO VIRTUAL INTERDISCIPLINARIO A DISTANCIA SALUD MENTAL, PSICOLOGÍA
Y PSICOPATOLOGÍA DEL NIÑO, EL ADOLESCENTE Y SU FAMILIA
DIRECTOR PROF. DR. HÉCTOR S. BASILE**

“*El que se mata por sus propios deseos comete suicidio*”, afirmó el abate François Desfontaines en 1735, creador del término. Del latín *sui*, de si mismo y *caedere*, matar, el suicidio (muerte autoinfligida) ocurre en cualquier parte del mundo y es responsable de alrededor de la mitad de todas las muertes debidas a violencia.

La posición frente al suicidio se ve influenciada por temas existenciales y culturales como la religión, el honor y el significado de la vida. Las religiones Abrahamicas lo consideran una ofensa hacia Dios debido a la santidad de la vida. En el oriente se lo tomaba como un crimen serio. Contrariamente en el Japón feudal, el suicidio ritual de los samurais (seppuku) era respetado como honorable frente al fracaso o como forma de protesta. En el siglo XX el suicidio como autoinmolación fue usado como forma de protesta y los pilotos suicida (Kamikaze) como una táctica militar durante la segunda guerra mundial. En la práctica del funeral Hindú Sati, la viuda debe inmolarsse en la pira de su marido, por voluntad propia o bajo presión de la familia política.

La muerte asistida (eutanasia, derecho a la muerte) es un tema ético controvertido involucrando pacientes terminales, con dolor o con pésima calidad de vida debido a enfermedad. En el año 2006 una corte en Suiza autorizó el suicidio asistido de un paciente (1). El autosacrificio por otros no es tomado como suicidio ya que el objetivo no es morir sino salvar otros (Émile Durkheim lo definió como suicidio altruista).

A menudo el suicidio se comete en estado de emoción o por alguna enfermedad mental subyacente, como depresión, trastorno bipolar, esquizofrenia, alcoholismo o abuso de sustancias (2). En todo el mundo, cada año, alrededor de un millón de personas fallecen como resultado del suicidio, presentando una tasa de mortalidad global de 16 por 100.000, una muerte cada 40 segundos (esto es más que las muertes causadas por homicidios y guerras combinados), se estima que se producen de 10 a 20 millones de intentos de suicidio anualmente en el mundo (3). En los últimos 45 años las tasas de suicidio aumentaron un 60% en todo el mundo, el suicidio esta entre las tres principales causas de muerte entre los 15 y los 44 años de edad y la segunda en el grupo etáreo comprendido entre los 10 y los 24 años de edad; estos números desalentadores no incluyen las tentativas de suicidio, que se estiman en 20 veces las de suicidio consumado. Aunque tradicionalmente las tasas de suicidio eran más altas en la población anciana masculina, las tasas en la población joven han crecido tanto que esta población es la de mayor riesgo en un tercio de los países (apéndice I), tanto desarrollados como en vías de desarrollo. Trastornos mentales (especialmente depresión y alcoholismo) son los mayores factores de riesgo en Europa y América del Norte; por otra parte en Asia la impulsividad juega un rol fundamental. En Estados Unidos el suicidio es la tercera causa de muerte en las personas de 15-24 años de edad, después de los accidentes fortuitos y de los homicidios. En general, los signos de alarma estarán presentes y es preciso tomar en serio a las personas que hablan de quitarse la vida. La mayor parte de las personas que cometen suicidio tienen una enfermedad mental. El tratamiento de estas enfermedades puede contribuir a reducir el número de muertes por esta causa. El problema no sólo afecta a la víctima, sino también a toda su estructura social: familia, amigos y conocidos. El suicidio es un fenómeno complejo con factores psicológicos, sociales, biológicos, culturales y ambientales involucrados.

SUICIDIO ADOLESCENTE EN EL ÁMBITO RURAL BONAERENSE
AUTOR: VALMAGGIA, JORGE GERMÁN

**CURSO VIRTUAL INTERDISCIPLINARIO A DISTANCIA SALUD MENTAL, PSICOLOGÍA
Y PSICOPATOLOGÍA DEL NIÑO, EL ADOLESCENTE Y SU FAMILIA
DIRECTOR PROF. DR. HÉCTOR S. BASILE**

Con frecuencia, el suicidio es prevenible, no todos los suicidios pueden prevenirse, pero si una mayoría. Existen una serie de medidas que se pueden tomar a nivel comunitario o nacional para disminuir el riesgo, incluyendo:

- Disminuir el acceso a métodos suicidas efectivos (armas, medicación, pesticidas) (4).
- Tratar individuos con enfermedades mentales (particularmente aquellos con depresión, alcoholismo o esquizofrenia).
- Seguimiento de pacientes con intentos de suicidio anteriores.
- Manejo mediático responsable.
- Entrenamiento adecuado de los responsables de los cuidados primarios (bomberos, servicios de urgencias, policía).

También es importante saber que solo un pequeño número de suicidios ocurren si aviso. La mayoría da claras advertencias de sus intenciones. Igualmente toda amenaza de suicidio debe tomarse seriamente. Además una gran parte de las personas que intenta suicidarse son ambivalentes y no pretenden morir. Algunos suicidios se producen en un período de mejoría, cuando el sujeto tiene la fortaleza y el deseo de cumplir sus pensamientos autodestructivos que antes no podía. De todas maneras una persona que tuvo intención suicida no permanece en riesgo: pensamientos suicidas pueden reaparecer pero no son permanentes y a veces nunca regresan.

Las estrategias que incluyen restricción al acceso a los métodos comunes de suicidio, como armas (de fuego y cortantes) o sustancias tóxicas (medicamentos y pesticidas), han demostrado ser efectivos reductores de las tasas de suicidio, igualmente son difíciles de implementar por que requieren la participación y el compromiso multisectorial (5).

Estudios realizados luego de implementar legislación para el control de armas evidencian reducciones tanto en homicidios como en suicidios por armas de fuego sin aumentar los suicidios por otras causas.

En relación a los objetos cortantes, son utilizados comúnmente como armas homicidas (47% de los homicidios en Escocia), pero raramente como armas suicidas (máximo 2,5% en Japón, donde existe el suicidio ritual), si en cambio es utilizado por jóvenes para inflingirse autolesiones.

La ingesta de pesticidas produce la muerte de aproximadamente 370.000 suicidas anualmente en el mundo, mas de un tercio del total (esta proporción varía desde el 4% en Europa hasta el 57% en el pacífico), un gran número de suicidios ocurre con pesticidas en países de bajos recursos, especialmente en áreas rurales. La toxicidad de los pesticidas es muy variable del 60% de paraquat hasta menos del 10% de los clorpirifos. La organización Mundial de la Salud recomienda tener control sobre el acceso y uso de los pesticidas (6).

SUICIDIO ADOLESCENTE EN EL ÁMBITO RURAL BONAERENSE
AUTOR: VALMAGGIA, JORGE GERMÁN

**CURSO VIRTUAL INTERDISCIPLINARIO A DISTANCIA SALUD MENTAL, PSICOLOGÍA
Y PSICOPATOLOGÍA DEL NIÑO, EL ADOLESCENTE Y SU FAMILIA
DIRECTOR PROF. DR. HÉCTOR S. BASILE**

En los últimos años, la mayoría de los países que han desarrollado estrategias de prevención del suicidio, incluyeron sugerencias para promover coberturas mediáticas precisas, responsables y éticas. Estas sugerencias provienen de la evidencia que demuestra que la cobertura imprudente tiene el potencial de estimular conductas imitativas entre sujetos vulnerables (fenómeno copycat o efecto Werther) (7). Es un tema complejo por que en algunos casos se malinterpreta como censura. Existe la necesidad de mejorar la colaboración de los profesionales de los medios para obtener consensos y favorecer a la población sin desinformar ni caer en censuras.

DEFINICIONES (8):

1- Ideación suicida:

Manifestación consciente sobre pensar o desear morir.

A veces imaginando un Plan o Método concreto para realizarlo.

2- Amenaza suicida o parasuicidio:

Expresión de la intención, sin pasar al acto, con el propósito más o menos conciente de obtener un beneficio, como protesta, venganza u oposición, imaginando o esperando provocar una respuesta en los demás. Es muy riesgoso creer que lo que se anuncia no será concretado.

3-Plan suicida:

Proyecto concreto, que incluye: cómo (con qué medio), cuándo y dónde realizarlo; es un elemento de enorme peligrosidad.

4- Crisis suicida:

Crisis aguda en la que se vivencia que la muerte, lograda ahora, es la única salida posible. Significa que el suicidio ya está en curso.

5- Intento de suicidio:

Comportamiento autodestructivo que fracasa en el logro de quitarse la vida.

6- Acto suicida:

Comportamiento deliberado de quitarse la vida, con éxito fatal.

7- Conductas autodestructivas: Son equivalentes suicidas, son formas de dejarse morir activa o pasivamente:

A- Tendencias suicidas:

Actos violentos reiterados y sistemáticos, que colocan al adolescente en situaciones de riesgo como accidentes de moto, automóvil, etcétera, delitos que pueden terminar en homicidio, traumatofilia, mutilaciones, etcétera.

Algunos *embarazos en adolescentes* pertenecen a esta categoría.

B- Suicidio crónico:

Descuido autodestructivo, lento pero continuado de la propia persona:

SUICIDIO ADOLESCENTE EN EL ÁMBITO RURAL BONAERENSE
AUTOR: VALMAGGIA, JORGE GERMÁN

**CURSO VIRTUAL INTERDISCIPLINARIO A DISTANCIA SALUD MENTAL, PSICOLOGÍA
Y PSICOPATOLOGÍA DEL NIÑO, EL ADOLESCENTE Y SU FAMILIA
DIRECTOR PROF. DR. HÉCTOR S. BASILE**

* Adolescentes que consumen drogas en forma adictiva (alcohol, tabaco, psicofármacos en combinación con alcohol, marihuana, cocaína, LSD, pegamentos, anfetaminas, alucinógenos sintéticos, etcétera).

* Trastornos de la alimentación (como la Anorexia o la Bulimia).

* Afecciones producidas o agravadas por el descuido de propio cuerpo: Enfermedades de transmisión sexual, Sida, Diabetes, Afecciones Psicosomáticas como asma, obesidad, etcétera.

8- Epidemia de suicidios:

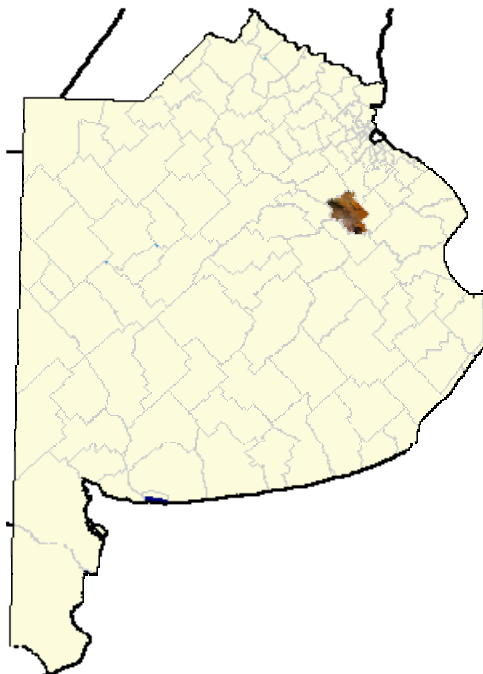
Se observan con frecuencia entre los jóvenes. Un suicidio en la escuela o en el barrio o que recibe la atención de los medios de comunicación, tiende a ser imitado por sus allegados.

9- Suicidio grupal:

Varios integrantes de un grupo o secta cometen suicidio colectivo.

**CURSO VIRTUAL INTERDISCIPLINARIO A DISTANCIA SALUD MENTAL, PSICOLOGÍA
Y PSICOPATOLOGÍA DEL NIÑO, EL ADOLESCENTE Y SU FAMILIA
DIRECTOR PROF. DR. HÉCTOR S. BASILE**

El presente trabajo releva y analiza los casos de suicidio en una localidad rural de la provincia de Buenos Aires, en la República Argentina desde enero del 2007 hasta diciembre de 2010.



San Miguel del Monte es una localidad rural ubicada a 110 km de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, cuenta con 30.000 habitantes, distribuidos 27.000 en la ciudad y los 3.000 restantes en el área rural circundante. Posee un único efector de salud, el Hospital Zenón Videla Dorna sin servicio de salud mental, solo consultorios externos y particulares.

SUICIDIOS

Relevando los datos de los *registros de sumarios y causas* de la Policía Comunal de Monte desde enero del 2007 hasta diciembre de 2010 (apéndice II), se evidencian 20 casos registrados, 14 de suicidio consumado y 6 de tentativa de suicidio. De los cuales 3 son mujeres y 17 son hombres, 14 mayores de edad y solo 6 menores. Se interpreta tentativa solo los hechos demostrados y denunciados a la policía. Se considera menor a todos los individuos que presenten menos de 24 años de edad al momento del hecho. Siendo 3 (2 consumados y uno tentativa) en el año 2007, 1 en el año 2008, ninguno en el 2009 y 2 en el año 2010. Solo se toman casos confirmados, no los que queden registrados como sospecha de accidente. Es importante destacar que la mayoría de las tentativas de suicidio no son registradas por la policía ya que no son denunciadas, como se pudo confirmar al entrevistar pacientes sobrevivientes a la tentativa derivados por consultorios externos del hospital local. Al ser una población pequeña, si bien se toman

SUICIDIO ADOLESCENTE EN EL ÁMBITO RURAL BONAERENSE
AUTOR: VALMAGGIA, JORGE GERMÁN

**CURSO VIRTUAL INTERDISCIPLINARIO A DISTANCIA SALUD MENTAL, PSICOLOGÍA
Y PSICOPATOLOGÍA DEL NIÑO, EL ADOLESCENTE Y SU FAMILIA
DIRECTOR PROF. DR. HÉCTOR S. BASILE**

todos los casos registrados, son pocos casos. La cantidad de casos es similar a la esperada según las tasas para la provincia de Buenos Aires (12,9 por cien mil), siendo la totalidad varones. En relación al método suicida, entre los adolescentes que figuran en el registro, tres no se registró el método, uno se pegó un tiro y dos se ahorcaron. Si bien las formas más frecuentes en la Argentina son los cortes o los fármacos, los casos estudiados en esta localidad usaron métodos más efectivos pero menos frecuentes globalmente, probablemente relacionados con el área rural, donde hay disponibilidad de ambos elementos. Los últimos tres casos tuvieron crisis suicida, donde se vieron agobiados por circunstancias y tomaron decisiones dramáticas. En el año 2008 el joven que se pegó un tiro había recibido diagnóstico de cáncer. En el año 2010 se produjo un fenómeno de copycat ya que dos adolescentes se suicidaron por ahorcamiento, el primero por deudas impagables en relación a abuso de sustancias y el segundo al descubrir la infidelidad de su pareja.

INTERVENCIÓN EN EL SUICIDIO

El suicidio es un continuum (9) o proceso que atraviesa diferentes etapas progresivas:

- Ideación de muerte,
- Deseos de morir,
- Ideación de suicidio,
- Plan Suicida,
- Crisis suicida
- Acto deliberado de morir.

Dada la dinámica que presenta el suicidio considero que presenta tres momentos de intervención: antes, durante y después del hecho.

Intervenir antes del suicidio implica un individuo que se acerca a alguien (allegado o terapeuta) dando señales de su estado y pidiendo ayuda. Hay que estar alerta a la amenaza de suicidio. La tasa de incidencia de los intentos reiterados fue de un 10% en unos 2 años; pero la mayoría de nuevos intentos tuvieron lugar dentro de los primeros 3 meses posteriores al primer intento (10).

Se deben evaluar algunos factores de riesgo suicida en adolescentes, para tomar decisiones acertadas:

- Antecedentes familiares o personales de intentos de suicidio.
- Violencia familiar entre sus miembros, incluyendo el abuso físico y sexual.
- Pobre comunicación entre los integrantes de la familia.
- Frecuentes cambios de domicilio a diferentes áreas.
- Rigidez familiar, con dificultades para intercambiar criterios con las generaciones más jóvenes.
- Autoritarismo, pérdida de la autoridad entre los progenitores, o desautorizaciones mutuas persistentes entre ambos.

SUICIDIO ADOLESCENTE EN EL ÁMBITO RURAL BONAERENSE
AUTOR: VALMAGGIA, JORGE GERMÁN

**CURSO VIRTUAL INTERDISCIPLINARIO A DISTANCIA SALUD MENTAL, PSICOLOGÍA
Y PSICOPATOLOGÍA DEL NIÑO, EL ADOLESCENTE Y SU FAMILIA
DIRECTOR PROF. DR. HÉCTOR S. BASILE**

- Inconsistencia de la autoridad, permitiendo conductas que han sido anteriormente reprobadas.
- Incapacidad de los progenitores para escuchar y contener las inquietudes del adolescente y desconocimiento de sus necesidades.
- Dificultades para demostrar afectos.
- Identificación e idealización de figuras - íconos adolescentes que han cometido suicidio o que se hayan muerto.
- Hacinamiento. Convivencia en espacios pequeños que afectan a la intimidad de los miembros de la familia.

Rasgos de personalidad que aumentan el riesgo suicida en los adolescentes:

- Inestabilidad del ánimo.
- Conducta agresiva.
- Conducta disocial.
- Elevada impulsividad.
- Rigidez de pensamiento.
- Dificultad para resolver problemas.
- Fantasías de grandiosidad alternando con sentimientos de inferioridad.
- Sentimientos de frustración.
- Manifestaciones de angustia ante pequeñas contrariedades.
- Elevada autoexigencia que rebasa los límites razonables.
- Sentimientos de ser rechazado por los demás, incluyendo los padres u otras figuras significativas
- Vaga identificación genérica y orientación sexual deficiente.
- Relación ambivalente con los progenitores, otros adultos y amigos.
- Antecedentes de haber realizado una tentativa de suicidio.
- Frecuentes sentimientos de desamparo y desesperanza.
- Falta de la capacidad de autocrítica.

Factores desencadenantes

- Divorcio de los padres.
 - Muerte de seres queridos.
 - Problemas en las relaciones con los progenitores en los que predomine: el maltrato físico, la negligencia, el abuso emocional y el abuso sexual.
 - Problemas escolares, por dificultades del aprendizaje o disciplinarios.
 - Llamadas de atención de carácter humillante por parte de padres, madres, tutores, maestros o cualquier otra figura significativa sea en público o en privado.
- A partir de los 6 años, se comienza a considerar *la muerte* como un suceso inevitable y universal, llegando el niño o la niña a la conclusión de que todas las personas, incluido él, tienen que morir. Paralelamente con el concepto de muerte se desarrolla el de suicidio.

**CURSO VIRTUAL INTERDISCIPLINARIO A DISTANCIA SALUD MENTAL, PSICOLOGÍA
Y PSICOPATOLOGÍA DEL NIÑO, EL ADOLESCENTE Y SU FAMILIA
DIRECTOR PROF. DR. HÉCTOR S. BASILE**

- Los factores de riesgo suicida detectados en el medio familiar. Los niños que tienen actitudes suicidas provienen de un medio familiar con *progenitores con alteraciones mentales o trastornos tales como alcoholismo, adicciones, psicosis, o trastornos severos de la personalidad o del estado de ánimo*. En estos casos la falta de cuidado, la transmisión de desesperanza, el pesimismo y la falta de motivación favorecen al peligro suicida.

- Otros factores de riesgo suicida de importancia en la niñez son la presencia de *conductas suicidas* en alguno de sus padres y las alteraciones en las relaciones entre los progenitores y sus hijos, especialmente cuando existe maltrato infantil y abuso sexual, físico o psicológico.

- La violencia contra los niños en cualquiera de sus formas es uno de los factores que entorpece el desarrollo de la personalidad, y que contribuye a la aparición de rasgos o a la realización de actos suicidas.

Señales indirectas y predictoras de la conducta suicida

- Cambios en los hábitos de dormir y de comer.
- Retraimiento de sus amigos, de su familia o de sus actividades habituales.
- Comportamientos rebeldes, actitudes violentas
- Escaparse de la casa (actuaciones o acting outs).
- Abandono fuera de lo común en su apariencia personal.
- Cambios pronunciados en su personalidad.
- Aburrimiento persistente, dificultad para concentrarse.
- Deterioro en la calidad de su trabajo escolar.
- Quejas somáticas frecuentes.
- Pérdida de interés en cosas que antes les parecían divertidas.
- Tendencia a la queja permanente.
- Apatía exacerbada, indiferencia.
- Desinterés por el orden y la limpieza, y por objetos por los cuales antes se veían entusiasmados.
- Donación o desprendimiento de objetos estimados.

Durante el suicidio implica la participación de los equipos de emergencias (incluidos la policía y los bomberos que son los primeros en acudir). Es fundamental entrenar y equipar adecuadamente las unidades de emergencias para manejar estos casos (11).

Evaluación de la ideación suicida (12):

- 1- Determinar la urgencia de los pensamientos suicidas actuales.
- 2- Grado en que el paciente formula y lleva a cabo planes definidos.
- 3- La disponibilidad de medios para lograr el suicidio.
- 4- La letalidad del método.
- 5- La urgencia del impulso.
- 6- La presencia de síntomas psicóticos.
- 7- Los antecedentes de ideación y tentativas de suicidio.

SUICIDIO ADOLESCENTE EN EL ÁMBITO RURAL BONAERENSE
AUTOR: VALMAGGIA, JORGE GERMÁN

8- La historia familiar de tentativas de suicidio.

9- Consumo actual o pasado de sustancias.

Conducta a seguir: si el riesgo es elevado el paciente debe ser hospitalizado (incluso contra su voluntad), muchas veces requiere ser cuidado uno a uno (13), si el riesgo es bajo puede permanecer al cuidado de la familia, en forma permanente, hasta nueva evaluación.

Después del suicidio: si el suicidio fue consumado se debe intervenir con el entorno familiar y las consecuencias devastadoras de esa muerte violenta. Tanto la familia como la escuela y el grupo de amigos requieren apoyo. Si no se consumó se trabajara sobre el individuo en la recuperación y la prevención de nuevos intentos (ver intervención antes del suicidio).

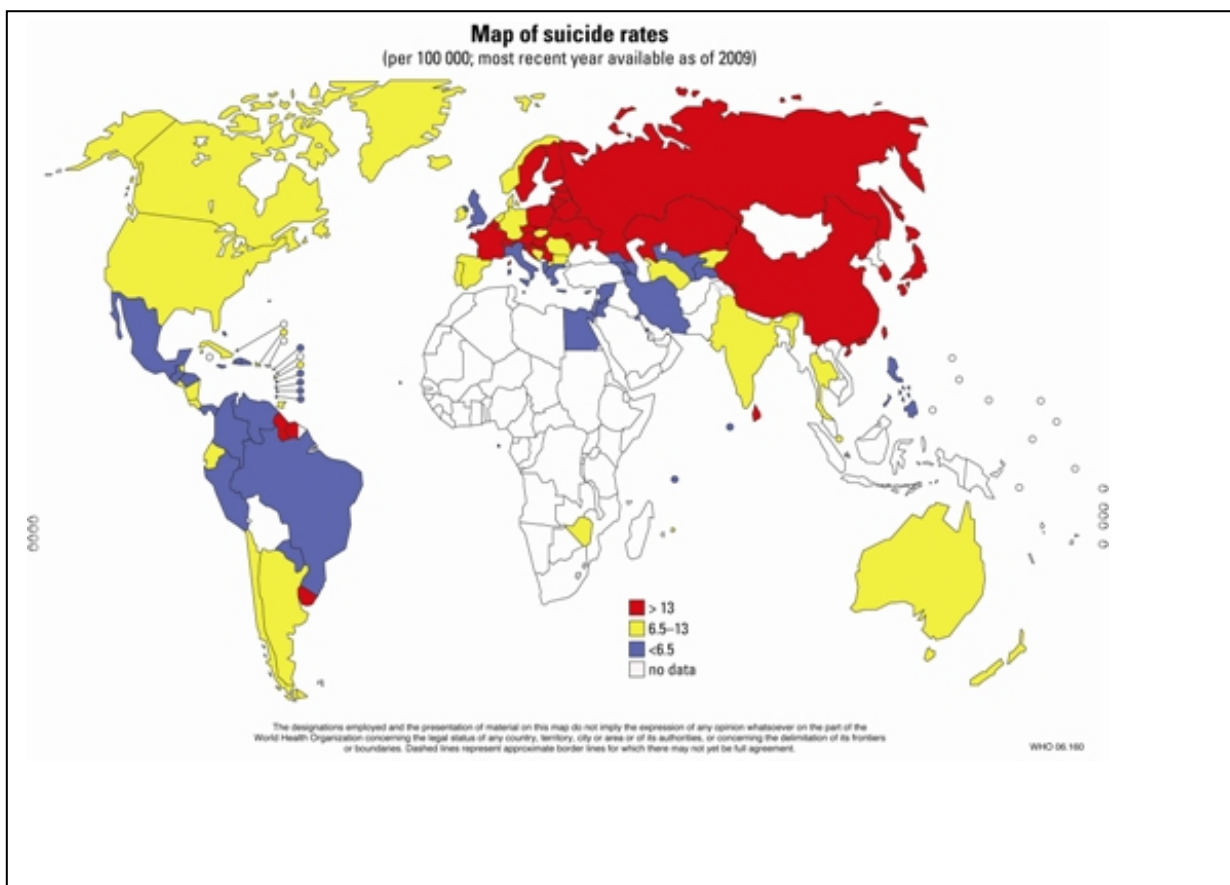
Conclusiones

En la localidad de Monte se producen suicidios adolescentes dentro de las tasas esperadas para hombres, no así mujeres, ya que no se registró ningún caso en el período evaluado, los métodos suicidas utilizados parecen estar más relacionados con el ámbito rural y son de mayor letalidad. Es fundamental generar estrategias para intervenir en relación al suicidio en tanto a su prevención, como al tratamiento de la crisis suicida y los efectos devastadores que deja un suicidio en una comunidad pequeña.

“Existe un solo problema serio: el suicidio. Juzgar que la vida vale o no vale la pena de ser vivida, es responder a la cuestión fundamental de la filosofía” (14).

**CURSO VIRTUAL INTERDISCIPLINARIO A DISTANCIA SALUD MENTAL, PSICOLOGÍA
Y PSICOPATOLOGÍA DEL NIÑO, EL ADOLESCENTE Y SU FAMILIA
DIRECTOR PROF. DR. HÉCTOR S. BASILE**

APENDICE I: mapa de tasas de suicidio según los registros de la OMS (año 2009).



SUICIDIO ADOLESCENTE EN EL ÁMBITO RURAL BONAERENSE
AUTOR: VALMAGGIA, JORGE GERMÁN

**CURSO VIRTUAL INTERDISCIPLINARIO A DISTANCIA SALUD MENTAL, PSICOLOGÍA
Y PSICOPATOLOGÍA DEL NIÑO, EL ADOLESCENTE Y SU FAMILIA
DIRECTOR PROF. DR. HÉCTOR S. BASILE**

**APENDICE II: Tablas de datos. Suicidio en la localidad de San Miguel del Monte
Fuente: Registro de sumarios y causas de la Policía Comunal de Monte.**

Año 2007:

Tipo	Fecha	Genero	Edad	Método
Consumado	3/4	Femenino	Mayor	Desconocido
Consumado	10/4	Masculino	Menor	Desconocido
Consumado	7/6	Masculino	Mayor	Desconocido
Tentativa	29/7	Masculino	Menor	Desconocido
Tentativa	13/8	Femenino	Mayor	Desconocido
Consumado	23/9	Masculino	Mayor	Desconocido
Consumado	25/10	Masculino	Menor	Desconocido
Tentativa	29/10	Masculino	Mayor	Desconocido

Año 2008:

Tipo	Fecha	Genero	Edad	Método
Consumado	19/01	Masculino	70 años	Tiro
Consumado	13/07	Masculino	23 años	Tiro
Consumado	16/09	Masculino	26 años	Ahorcamiento
Consumado	20/09	Masculino	65 años	Tiro
Consumado	02/10	Masculino	35 años	Tiro

Año 2009:

Tipo	Fecha	Genero	Edad	Método
Consumado	04/05	Masculino	25 años	Ahorcamiento
Tentativa	14/07	Masculino	43 años	Puñalada en tórax

Año 2010:

Tipo	Fecha	Genero	Edad	Método
Consumado	14/06	Masculino	17 años	Ahorcamiento
Consumado	26/06	Masculino	21 años	Ahorcamiento
Consumado	21/07	Masculino	46 años	intoxicación
Tentativa	26/07	Femenino	27 años	psicofármacos
Tentativa	17/10	Masculino	29 años	ahorcamiento

BIBLIOGRAFIA

- 1- Appel, JM, "A Suicide Right for the Mentally Ill? A Swiss Case Opens a New Debate" (May 2007).. Hastings Center Report 37 (3): 21–23.
- 2- Hawton K, van Heeringen K, "Suicide". (April 2009). Lancet 373 (9672): 1372–81
- 3- Bertolote JM, Fleischmann A., "Suicide and psychiatric diagnosis: a worldwide perspective". (October 2002). (PDF). World Psychiatry 1 (3): 181–5.
- 4- Ajdacic-Gross V, Weiss MG, Ring M, et al. "Methods of suicide: international suicide patterns derived from the WHO mortality database". (September 2008). Bull. World Health Organ. 86 (9): 726–32.
- 5- World Health Organization, 20 de agosto de 2010, online Q&A.
- 6- "Guns, knives, and pesticides: reducing access to lethal means". World Health Organization, Ginebra, 2009.
- 7- "The Werther effect after television films: new evidence for an old hypothesis", Psychol Med. 1988 Aug;18(3):665-76
- 8, 9, 10, 12 – Basile, H. "El suicidio de los adolescentes en Argentina", ALCMEON 47 Año XV - Vol.12 Nro. 3- octubre de 2005 pag. 211 a 231.
- 11- MANUAL DE PROTOCOLOS Y ACTUACION EN URGENCIAS PARA RESIDENTES, Cap 98, Pág. 674 a 675.
- 13- David Moore, "The little Black book of psychiatry", Blackwell Science, 2000, pag. 282 a 286.
- 14- Albert Camus, "Le mythe de Sisyphe, en Essais", Paris, 1965, Ciado por Gevaert Il problema dell'huomo, p. 11.

Datos del Autor

Valmaggia, Jorge Germán
 Pinazo 1465, Monte, CP 7220
 Tel: (02271) 40-5359
jorgevalmaggia@coopmonte.com.ar

SUICIDIO ADOLESCENTE EN EL ÁMBITO RURAL BONAERENSE
 AUTOR: VALMAGGIA, JORGE GERMÁN