

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE SALUD PÚBLICA

MAESTRIA EN GERENCIA Y

ADMINISTRACIÓN

EN SERVICIOS DE SALUD

2010

"Aprendí que no se puede dar marcha atrás, que la esencia de la vida es ir hacia adelante. La vida, en realidad, es una calle de sentido único".

Arthur Schnitzler (1862-1931)
Dramaturgo austriaco.

“Riesgo suicida adolescente en la ciudad de Recreo”

Valoración de las estadísticas en torno a la problemática del “Suicidio”

Tesista: Barrionuevo Claudio Oscar

Tutor: Dr. Tafani Roberto

Tribunal de Tesis:

Lic. Conetto María Cristina

Dra. Gaspio Nuri

Dr. Tafani Roberto

"Dedicado al sostén e impulso de mi vida, mi esposa

Karina"

Art. 23 – Ordenanza Rectoral 03/77

“La Facultad de Ciencias Medicas no se hace solidaria con las opiniones de esta Tesis”

ÍNDICE:

Resumen.....	9
Abstract.....	10
Introducción.....	11
Objetivos.....	14
Antecedentes y Marco Conceptual.....	15
Metodología y Fuente de Datos.....	21
Resultados y Discusión.....	23
Conclusión.....	30
Referencia Bibliográfica.....	32
Glosario.....	39
Anexo 1 "Consentimiento Informado"	43
Anexo 2 "Casos Clínicos"	44
Anexo 3 "Planilla de Consultas Médica Diaria"	45
Anexo 4 "Planilla de Censo de Estudiantes"	46
Anexo 5 "Inventario ISO 30"	47

RESUMEN:

El trabajo que se presenta a continuación, es un estudio enfocado en la población adolescente de la localidad de Recreo, provincia de Catamarca. El mismo refleja una disparidad entre el relevamiento de la prevalencia de un Riesgo Suicida y el registro de casos diagnosticados en los Centros de Salud local, que demuestra una realidad donde una falla en el diagnóstico de eventos suicidológicos acarrea errores en la confección de registros de esta patología emergente de la actualidad, creando una situación epidemiológica local errónea, por lo cual se pierden los caminos más sustentables de las políticas sanitarias, como la planificación y ejecución de tareas de prevención a partir de datos locales.

ABSTRACT:

The work that is presented below, is a study focused on the adolescent population of the location of Recreation, province of Catamarca. The same reflects a disparity between the survey of the prevalence of a Risk Suicidal and registration of cases diagnosed in the Health Centers, which shows a reality where a flaw in the diagnosis of events suicidelógicos entails errors in the making of records of this pathology, emerging from the present, creating a situation a local epidemiological situation wrong, so you will lose the roads more sustainable health policies, such as the planning and execution of tasks of prevention from local data.

INTRODUCCIÓN:

La adolescencia puede ser una etapa turbulenta. Los adolescentes enfrentan una vasta cantidad de experiencias nuevas durante este período de transición, tales como nuevas relaciones, decisiones acerca del futuro y cambios físicos típicos¹.

Un número considerable de adolescentes enfrentan la depresión, una enfermedad con importantes consecuencias a largo plazo, entre las que se encuentra el Riesgo de Suicidio.

Otros adolescentes están simplemente abrumados debido a las incertidumbres de la adolescencia y sienten que no tienen a nadie en quien confiar. Su búsqueda de respuestas puede llevarlos a la “automedicación” para curar su dolor mediante el abuso de drogas o alcohol, o pueden expresar su furia y frustración al participar en actos de violencia. No quieren hablar acerca de sus emociones o problemas porque tal vez piensan que van a ser una carga o que otros se van a burlar de ellos. Muy a menudo, estos jóvenes problemáticos eligen quitarse sus propias vidas¹.

Los Factores de Riesgo más fuertes con respecto al Intento de Suicidio en los jóvenes son la depresión, el abuso de alcohol o drogas, comportamientos agresivos o perturbadores e intentos previos de suicidio¹.

Los adolescentes que consideran la idea de suicidarse generalmente se sienten solos, sin esperanzas y rechazados. Son especialmente vulnerables a estos sentimientos si han sufrido una pérdida, humillación o trauma de algún tipo: escaso rendimiento en una prueba, ruptura con un novio o novia, padres con problemas de alcohol o drogas o que son abusivos o una vida familiar afectada por la discordia

entre los padres, separación o divorcio. Sin embargo, un adolescente puede ser depresivo o suicida aun sin experimentar ninguna de estas situaciones adversas¹.

En estos últimos años se da al tema suicidio una relevancia significativa, que hasta entonces carecía, quizás, por desconocimiento o temor de hablar sobre el tema y principalmente por la razón de que incursionar en nuevos temas de salud implica la necesidad de hacer frente a esa problemática buscando los caminos más propicios para solucionarlo o para brindarles la importancia que tiene en el contexto sociocultural en el que están inmersos.

Todo es así, que en diciembre de 2007 se lanza el primer Programa Nacional de Prevención del Suicidio, toman eco diversas provincias, entre las que se incluye la provincia de Catamarca, adaptando el Programa Nacional a la Provincia al organizar una campaña de capacitación anual del personal de salud, educación y de justicia¹⁶.

Se destaca así que a los adolescentes no los ayudan las conferencias o escuchar todas las razones por las cuales tienen que vivir. Lo que necesitan es que se les asegure que hay alguien a quien pueden acudir. Debe ser una persona que esté muy dispuesta a escuchar y que sea capaz de asegurarle que la depresión y las tendencias suicidas se pueden tratar¹.

El tratamiento es de suma importancia y puede incluir medicación, terapia verbal o una combinación de ambas.

Del análisis de los realizados estudios retrospectivos de estadísticas locales a fin de poder dar seguimiento a un programa provincial surge un quiebre lógico al quedar demostrado que en la localidad en estudio no se realizaron diagnósticos de Ideación Suicida, Intento de suicidio, Tentativa de Suicidio ó Parasuicidio, ni Suicidio Consumado en el lapso comprendido entre Junio de 2007 y Junio de 2008,

quedando salvada la instancia de suicidio consumado por ser diagnostico exclusivo de medicina legal se plantean los siguientes interrogantes que darán el puntapié inicial al presente estudio, ¿Cómo se distribuyen los niveles de riesgo en esta población? ¿Existe Ideación Suicida en la población problema?, ¿Si existe dicho riesgo, porque no se verifican estadísticamente?

OBJETIVOS:

1. Conocer el Riesgo Suicida en la población adolescente escolarizada del nivel Polimodal de la ciudad de Recreo.
2. Valorar la prevalencia de Riesgo Suicida según sus grados en la población adolescente de la ciudad de Recreo, según edad y sexo.
3. Demostrar el aporte porcentual según sexo en la presencia de Ideación Suicida en la población en estudio.
4. Identificar las variables desesperanza, baja autoestima, soledad y aislamiento social, incapacidad para afrontar emociones e ideación suicida.
5. Estudiar la incidencia de Ideación Suicida en la población en estudio de acuerdo al sexo.
6. Analizar los diagnósticos realizados durante la atención médica diaria en torno a la problemática.
7. Verificar conceptos profesionales acerca de la problemática suicidiológica.
8. Captar la problemática en torno a los diagnósticos suicidiológicos.
9. Comparar los resultados obtenidos de la Escala ISO 30 con aquellos del análisis de las planillas de atención diaria de la muestra en estudio.
10. Cotejar resultados con respuestas de casos clínicos.

ANTECEDENTES Y MARCO CONCEPTUAL:

Algunas estadísticas sobre suicidio informan que mientras la tasa de suicidios de adolescentes ha disminuido casi el 25 % desde el comienzo de los '90, el suicidio es la tercera causa principal de muerte entre los jóvenes de 15 a 24 años. Se calcula que la depresión aumenta el riesgo de un primer intento de suicidio alrededor de 14 veces; más de la mitad de los niños que sufren de depresión intentarían suicidarse eventualmente al menos una vez, y más del 7% morirá como resultado. Los hombres se suicidan 4 veces más que las mujeres, pero las mujeres jóvenes intentan suicidarse 3 veces más frecuentemente que los hombres jóvenes¹.

Argentina se encuentra entre los países con tasas más altas de suicidios de Latinoamérica¹⁷. La provincia de La Pampa ocupa el segundo lugar a nivel nacional, con una Tasa promedio nacional de 10.1 por cien mil habitantes, siendo la tasa de suicidio en jóvenes de 15 a 24 años de 13.84 por cien mil segunda en el ranking nacional, después de Salta con 7.86 y 16.12 respectivamente, mientras San Juan y Santiago del Estero ocupan el último lugar con el 1.96 y 3; y 3 y 1.83 respectivamente para cada una de ellas; sin embargo, en la provincia de Catamarca se calculó una Tasa del 6.44 y 11.47 respectivamente (Elaboración Equis / Cep en base a datos del Programa Nacional de Estadística de Salud -Ministerio de Salud y Acción Social 1996)¹⁷.

El Ministerio de Salud de la Nación, a través de la Unidad Coordinadora de Salud Mental, presenta su proyecto de trabajo para evitar muertes por suicidio en Argentina que provoca el 8,5 de decesos cada 100.000 habitantes al año, que si

bien está por debajo de las tasas mundiales, aumentó casi unos 2 puntos en los últimos 10 años, y se mantiene estable hace dos años; además, se han producido zonas de brotes suicidas en algunos pueblos de La Rioja, Catamarca y Santa Fe, por ejemplo¹⁸.

Paradójicamente, las tasas más altas de suicidio en Europa se registran en los países de mejor estándar de vida como España e Irlanda¹⁸. Hay grupos étnicos en los que las tasas de suicidio son superiores a la media nacional²³ y la causa a la que se atribuye esto, varía según el grupo que se analice.

Si bien es importante disponer de estadísticas sobre suicidios, el registro es vital para armar campañas de prevención. La conciencia sanitaria de la necesidad del registro es relativamente nueva en el país. De estos datos podemos decir que por cada suicidio concreto que se produce, existen entre 10 y 20 intentos, dependiendo de la zona del país; y la mayoría de las personas que se suicidan realizó algún tipo de consulta médica entre los 30 y los 90 días anteriores a concretar el acto.

La Ideación Suicida se asocia positivamente con el género femenino, edad, problemas familiares de alcohol y drogas, exposición a la violencia, Tiempo de vida de depresión y Trastornos de estrés Postraumático (SSPT); mientras, las Tentativas de Suicidio eran además asociadas con el Tiempo de vida de abuso de sustancias o dependencia²⁻²⁶, así también como niveles elevados de dinámica familiar disfuncional y mala adaptación de personalidades⁴⁻¹¹⁻¹²⁻¹³.

En general, los adolescentes que intentaron Suicidio expresaron un nivel de satisfacción de vida significativamente más bajo y copiaron estrategias menos efectivas comparadas con aquellos adolescentes quienes no habían intentado Suicidio. Los 5 factores predictivos de riesgo que aparecieron con significación

estadística fueron: copia de estrategias, crianza de los padres, depresión, relación niño-padres y síntomas psicosomáticos, en ese orden es $p < 0.05$ ⁴.

Debido al uso común de la simulación en los pacientes adolescentes (ASPs), la clarificación del riesgo de los efectos negativos asociados con simulación de estrés elevado no evidenció contagio Suicida en una Simulación de Suicidio; sin embargo, sugirió una Reacción Depresiva Transitoria⁷.

Así también, el sexo femenino, baja autoestima, depresión, abuso a drogas y riesgo de violencia hacen contribuciones independientes para el Riesgo Suicida; sin embargo, el sexo masculino, edad más joven, ansiedad, impulsividad, abuso a drogas y riesgo de suicidio lo hacen para el Riesgo de Violencia³.

El 53% de los jóvenes que se suicida abusa de sustancias adictivas, se utilizan armas de fuego en un poco más de la mitad de todos los suicidio de jóvenes¹.

Se demostró una Tasa más alta para Tentativa de Suicidio adolescente (11.6%) con delincuentes en relación a los estudiantes⁴.

Las Tasa de Suicidio en la Población General Argentina en todas las edades fue en el 2004 del 13,26 por cien mil hombres y de 3,36 por cada cien mil mujeres.¹⁹

Con respecto a la Tasa de Suicidio de los Adolescentes Varones de entre 15 y 19 años fue del 16,65 por cien mil adolescentes varones de la misma edad, en consecuencia la Tasa de Suicidio de Adolescentes Mujeres de entre 15 y 19 años fue de 5,60 por cien mil.¹⁹

La Ideación Suicida entre mujeres que beben fue grandemente predecible desde ideaciones suicida previas, alcoholismo, adversas experiencias de la niñez y estrés domésticos. El comprender la Ideación Suicida de mujeres, como un precursor para acciones suicidas, así también como experiencias combinadas de estrés en la niñez

y el medio ambiente domestico del adulto puede aumentar la desesperación de las mujeres y los pensamientos de suicidio¹¹.

Las Conductas Suicidas en individuos jóvenes representan un importante problema de salud pública; aproximadamente 1 de 500 individuos murió por Suicidio, más del 33% tuvo Ideas Suicidas y el 9.3% hizo al menos un Intento de Suicidio. Por encima de la mitad (4.9%) reportaron por si mismos Tentativas realizando su primer intento antes de los 18 años de edad. Con la excepción de Ideas Suicidas Recurrente, la Conducta Suicida no fatal era más prevalente en mujeres. En general, los auto reportes sectoriales cruzados y familiares subestiman las Tasas de Suicidio. Se sugiere que la Conducta Suicida no fatal en adolescentes y adultos jóvenes es más común¹⁰.

Según la OMS, aproximadamente 10,2 millones de personas en todo el mundo realizan algún tipo de conducta autolítica que requiere atención médica, y cerca de 30 millones estarían en riesgo de tener este tipo de conductas, aunque no reclamen atención médica²¹.

En varios estudios ²⁷⁻²⁸, se ha relacionado a las conductas suicidas con una disfunción del sistema serotoninérgico central que es independiente del diagnóstico psiquiátrico. Se han hallado niveles bajos de serotonina y metabolitos en el líquido cefalorraquídeo de pacientes suicidados, y además se ha establecido una relación directa entre los bajos niveles de serotonina con el escaso control de impulsos, la violencia y letalidad del acto suicida. También se mostró una tendencia estacional del nacimiento para variados Trastornos psiquiátricos y conductas suicidas. El nacimiento durante el otoño puede predisponer a las mujeres para Conductas Automutilantes (SMB) vía serotoninérgica disfuncional u otros sistemas de

neurotransmisores. Estos también pueden estar correlacionados con el ritmo estacional en Trastornos del humor y escaso cuidado primario durante la primavera⁵.

La relación entre el suicidio y las enfermedades médicas es significativa ²²⁻²⁴⁻²⁵.

Las conductas de riesgo y la depresión se presentan a menudo en adolescentes en los Estados Unidos, pero su frecuencia en jóvenes con asma no está bien documentada; de los jóvenes con asma que reportaron Ideas Suicidas, el 40% había fumado cigarrillos, el 67% había fumado marihuana, el 37% había encontrado atracción por la bebida, y el 12% había usado cocaína en los últimos 30 días⁶.

Los trastornos afectivos y sobre todo el trastorno depresivo mayor es el trastorno psiquiátrico que más se relaciona con el suicidio²⁴⁻²⁶⁻²⁹⁻³⁰. Del meta-análisis de Harris y Barraclough²⁴, se obtiene como resultado que la depresión mayor aumenta 20 veces el riesgo de suicidio, el trastorno bipolar 15 y la distimia 12 veces.

Los síntomas depresivos median parcialmente la relación entre los síntomas del Desorden de Hiperactividad/ Déficit de Atención (ADHD) e Ideación Suicida, y también los problemas de conductas debido a síntomas de este síndrome están asociados con Ideas Suicidas, ambos directa e indirectamente guían los síntomas de depresión⁸.

A fin de reducir la carga debida a enfermedad mental es esencial mejorar el acceso de gente joven a profesionales y Servicios de Salud Mental, además de asegurar que profesionales de Salud Mental y gente joven estén mejor equipado para trabajar juntos en el tratamiento y manejo de los trastornos de enfermedad mental⁹.

La evidencia actual sugiere que involucrar gente joven directamente en el desarrollo y entrega de los servicios impacta positivamente en las experiencias individuales y sobrelleva el servicio⁹.

El médico Carlos Di Nanno, Coordinador Nacional de Salud Mental, explica a Télam que “los motivos de suicidio en el país no son diferentes a los de otras partes del mundo: problemas psiquiátricos, trastornos depresivos, psicosis, enfermedad bipolar, o causas no biológicas como la soledad, la distancia, el desarraigo o incluso la escasa luz del día del sur en la época invernal”¹⁸.

METODOLOGÍA Y FUENTE DE DATOS:

El presente es un Estudio exploratorio y descriptivo.

La población de estudio está representada por adolescentes escolarizados del nivel polimodal de entre 15 y 19 años de la localidad de Recreo (541) y la muestra se limita a un total de 317 estudiantes que reúnen los requisitos de inclusión (ser adolescente de entre 15 y 19 años, pertenecer a una escuela como alumno regular del nivel polimodal y presentar al momento de la evaluación consentimiento informado correspondiente firmado por el tutor y/o responsable legal, ISO 30 completada debidamente).

Las variables en estudio son edad, sexo, desesperanza, baja autoestima, incapacidad para afrontar emociones, soledad y aislamiento social, ideación suicida, suicidio, parasuicidio o tentativa de suicidio e intento de suicidio.

En primer lugar se utiliza una encuesta simple por muestreo, que usa como instrumento de recolección la escala ISO 30, validada por la Universidad de Buenos Aires para la valoración de Riesgo Suicida, acompañada por la autorización previa del consentimiento informado, firmado por el tutor responsable del menor encuestado. La valoración se realiza por grupos áulicos supervisados por el autor de la presente tesis. Del análisis de la Escala ISO 30 se obtienen los datos de Ideación Suicida, Desesperanza, Baja Autoestima, Afrontamiento, y datos sociodemográficos, como edad, sexo para ser utilizados en el presente trabajo.

Dado que la escala estudia riesgo de atentar contra la vida propia; los resultados relevantes son comunicados a los directivos de cada establecimiento y/o gabinete psicopedagógico, según corresponde, además de dar el asesoramiento necesario a su tutor.

Paralelamente a la recolección y análisis anterior, se realiza un análisis cuantitativo de las planillas de atención médica diaria, las cuales se obtienen del Servicio de Estadística del Hospital Dr. Liborio Forte de la localidad de Recreo. Entre las mismas solo se considera para el presente estudio las planillas de los Servicios de Guardia y Consultorio Externo de Clínica Medica y Clínica Pediátrica, comprendidas dentro del periodo que abarca el presente estudio (Junio de 2007 y Junio de 2008 inclusive), asimismo solo se tuvo en cuenta cantidad de casos por edad y sexo según los diagnósticos en estudio.

Considerando que el presente estudio parte de la observación de una ausencia de registros de casos suicidiológicos en los análisis de planillas de atención medica y que esa ausencia puede ser secundaria a la falta de capacitación medica para identificar el evento, a la ausencia de consultas por parte de la población con dichas problemáticas, y/o a la falta del registro correspondiente de un evento correctamente identificado, se realiza una encuesta formulada en base de 4 casos clínicos, dirigidas a médicos generalistas, clínicos y pediatras del Hospital Zonal Dr. Liborio Forte, la cual tiene como fundamento poner a la luz la capacidad que tiene el grupo de profesionales de identificar casos suicidológicos en la población que asiste y permitir identificar la responsabilidad de las observaciones anteriores. El mismo se realiza en forma anónima, dentro de la Institución donde se desempeñan laboralmente. Para el análisis de las respuestas se agruparon las mismas en correctas e incorrectas

(codificadas en 1 y 0 respectivamente), determinando que el mejor resultado posible es 4 y el peor es 0, con los intermedios correspondientes.

Para concluir se realiza un análisis comparativo entre los datos obtenidos, los cuales arrojan los resultados que se expresan en el presente trabajo.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN:

Tabla N° 1: “Distribución de la población adolescente en la localidad de Recreo”
(Fuente: Censo Nacional de Población 2003)

Dpto. La Paz (Catamarca)	21.061 habitantes	
	10.347 Mujeres	10.714 Varones
Recreo	14.210 habitantes	
Distribución de adolescentes		
Sexo	10 a 14 años	15 a 19 años
Varones	1.215	1.014
Mujeres	1.223	990
Total	2.438	2.004

La tabla N° 1, indica que el total de adolescentes de entre 15 y 19 años de la localidad de Recreo, Departamento La Paz, Provincia de Catamarca es de 2004 personas de las cuales 50,59% (1014) corresponden al sexo masculino y 49,40% (990) al sexo femenino según el último Censo Nacional de Poblaciones, de estos solo el 26,99% (541) corresponden a adolescentes escolarizados pertenecientes a escuelas locales del nivel polimodal, de los cuales están incluidos en el presente estudio 317 (58,59%), 173 (54,57%) mujeres y 144 (45,42%) varones adolescentes que pasaron los criterios de exclusión. (Tabla 2). Dato de relevancia y a tener en cuenta para la apreciación de los resultados: la población femenina según la bibliografía citada intentara suicidarse 3 veces más que la población masculina¹.

Tabla N° 2: “Distribución de la población escolarizada de entre 15 y 19 años del Nivel Polimodal de la localidad de Recreo”

(Fuente: Encuesta, Escuela ENET N° 1 y Colegio Privado Inmaculada Concepción)

Nivel	Año	Masculino	Femenino	Total
Polimodal	1º	107	95	202
	2º	87	106	193
	3º	61	85	146
Total		255	286	541

Es importante observar que el porcentaje de adolescentes escolarizados en ese rango etario es bajo, y si bien el presente estudio no abarca la población no escolarizada, según los datos bibliográficos⁴, la incidencia de eventos suicidiológicos es significativamente menos marcado en la población escolarizada. De lo cual se podría deducir que el ámbito escolar actuaría como un factor protector en determinadas circunstancias, y teniendo en cuenta, que en presente estudio se extrae como resultado llamativo que un amplio porcentaje de la población adolescente no dispone de este factor protector, sería prioritario estudiar más en profundidad el escenario local al momento de afrontar la situación suicidológica.

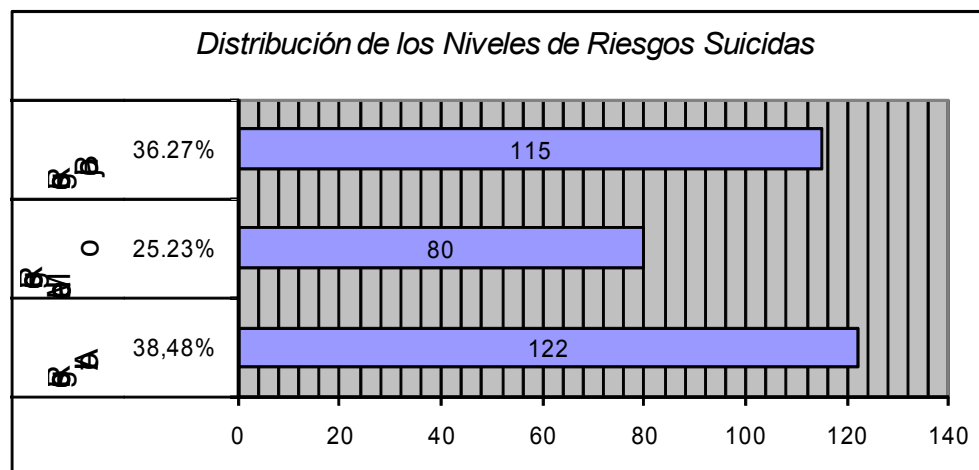
También es pertinente aclarar que la población estudiada, pertenece a una zona industrial de fluctuaciones marcadas en su distribución poblacional, secundaria a las migraciones internas. Situación que también hace su aporte con factores que propician las tendencias suicidas como lo son la distancia y el desarraigo, según Carlos Di Nano¹⁸.

Del análisis del puntaje Brutos del cuestionario ISO 30 se logro determinar que la distribución de los Niveles de Riesgo Suicida en la población en estudio está representada de la siguiente manera, Nivel de Riesgo Alto: 38,48% (122), de los cuales el 25.86% (82) corresponden al sexo femenino y 12.61% (40) al sexo masculino, Nivel de Riesgo Moderado: 25.23% (80) y Nivel de Riesgo Bajo: 36.27% (115). (Gráfico N° 1).

Se destaca la prevalencia en dicha población de un nivel de RIESGO ALTO y dentro de este riesgo, de igual forma que se aprecia en la bibliografía²⁻³⁻¹¹ la prevalencia de un riesgo suicida alto impera sobre la población femenina, y teniendo en cuenta que entre los adolescente se esperara el mayor número de Intentos de Suicidio de una población¹⁰, la presente distribución declara al mismo como un grupo necesitado de contención y apoyo.

Gráfico N° 1: "Representación del Puntaje Bruto obtenido de los cuestionario ISO 30".

(Fuente: Encuesta voluntaria a adolescentes del Nivel Polimodal de la localidad de Recreo).



Asimismo se obtuvo la siguiente distribución porcentual según la variable analizada: Incapacidad para Afrontar Emociones 27,76% (88), Baja Autoestima 21,45% (68), Soledad y Aislamiento Social 17,98% (57), Ideación Suicida 17,35% (55), de los cuales 85,45% (47) corresponden a mujeres y 14,54% (8) corresponden al sexo masculino y Desesperanza 15,45% (49). (Ver Gráfico N° 2 y 3). Es meritorio observar que, a diferencia de los datos bibliográficos expresados⁴⁻¹¹⁻¹²⁻¹³ la variable que acarrea el mayor aporte dentro del riesgo suicida es la Incapacidad para Afrontar Emociones, seguida recién por la Baja Autoestima variable indicada como principal responsable en la bibliografía. Así mismo resulta importante remarcar que

la presencia de Ideación Suicida no supero a la esperada si se tiene como referente el aporte bibliográfico¹¹ que indica que el 33% de los adolescentes presentara dicho patrón, pero resulta interesante remarcar que esta presencia es un precursor de Acciones Suicidas y es sugerente tenerlo presente al considerar que los intentos de suicidios son más comunes en los jóvenes y más aún si se tiene presente que en más de la mitad de los casos de intentos de suicidios se obtuvo como auto-reporte que el primer intento de suicidio aconteció antes de los 18 años¹⁰

Ante las presentes apreciaciones, es meritorio recalcar que las prevalencias de unos u otros factores causales o responsables de la presencia de riesgo suicida, varían según la población que se estudie, la época del año en el que se realice el estudio¹⁸, la situación sociocultural y económica del momento²³.

También es necesario replicar que el presente estudio es una representación estática de una situación actual fluctuante, pese a esto, los autores citados coinciden y esto se sostiene en el tiempo, que la ideación suicida es mas prevalente en la población femenina²⁻³, e indican a la desesperanza, la baja autoestima³⁻⁴, a la soledad y el aislamiento social⁴ como factores que hacen su aporte individual de manera significativa en la valoración global de un riesgo suicida.

Si bien la bibliografía referida no hace referencia específica sobre la incapacidad de los adolescentes para afrontar emociones, de una manera indirecta, hace alusión a esa situación al referirse a la adolescencia como una etapa turbulenta de muchos cambios, de desconfianza e incertidumbre que mantiene al adolescente en estado agobiado, hastiado, llevándolo a actitudes y conductas erróneas, entre las que se destacan la automedicación, las adicciones y las conductas suicidas¹.

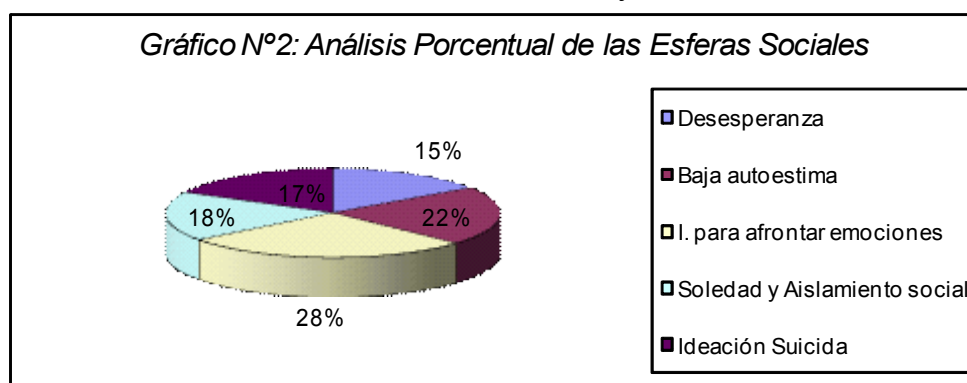
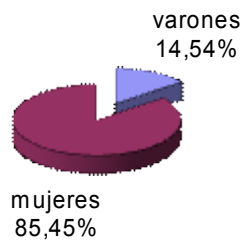
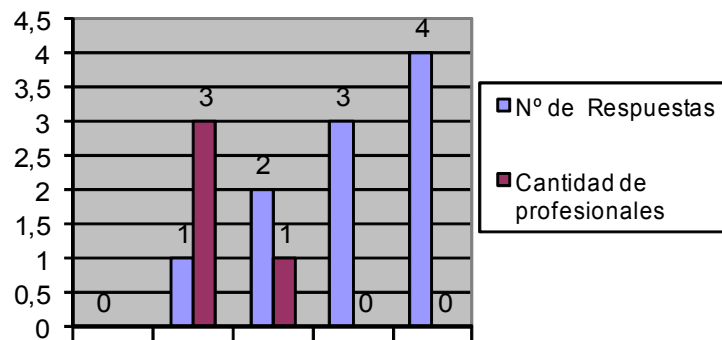


Gráfico N° 3: "Relación de la Ideación Suicida según sexo"



Del total de médicos encuestados (9) ninguno respondió el 100% de los casos clínicos en forma correcta, el 11,11% (2) respondió correctamente el 50% de los casos clínicos, el 33,33% (3) respondió solo el 25 % en forma correcta y el 55,55% (5) no respondió ningún caso clínico correctamente. (Ver gráfico N°4).

Gráfico N° 4: "Distribución de médicos según el número de respuestas correctas en el análisis de casos"



	1	2	3	4	5
Nº de Respuestas	0	1	2	3	4
Cantidad de profesionales		3	1	0	0

Cabe destacar, que si bien, el número muestral de médicos incluidos en el presente estudio es aparentemente bajo, representa el 100% de los profesionales médicos responsables de la inscripción diagnóstica en las planillas de atención médica diaria, principal fuente de datos del presente estudio.

Los resultados obtenidos del análisis de casos clínicos pueden tener su explicación en el presente estudio, donde se expresa, que la introducción de esta temática es relativamente nueva¹⁶ como así también necesaria dada la importancia que representa el tema del suicidio para la salud pública¹⁰⁻¹¹; pero a su vez refleja la necesidad de una capacitación permanente sobre temas emergentes, expresión peyorativa que se justifica al considerar que por cada suicidio, hay entre 10 y 20 intentos y que la víctima realizó por lo menos una consulta médica en los últimos 30-60 días previos al hecho¹⁹, instancia crucial que requiere de cierta capacitación previa para detectar y así tratar adecuadamente¹ la problemática de tal forma de reducir los indicadores de suicidio.

Cuando se realizó la evaluación de las planillas de atención médica diaria se obtuvieron como datos relevantes que del total de consultas médicas clínicas y pediátricas realizadas entre Junio de 2007 y Junio de 2008 inclusive fue de 31.534 de las cuales el 6,60% (2.082), corresponde a atenciones realizadas al grupo etario en estudio. Dentro de los diagnósticos clínicos solo se realizaron 3 casos de intento de suicidio, 2 casos corresponden a sexo femenino y 1 caso corresponde a sexo masculino, lo que equivale a 1 caso cada 694 consultas. (Ver tabla N° 3 y 4). A su vez se ratifica lo expresado en la bibliografía¹ al indicar que la mujer realiza más intentos de suicidios que los hombres. Relación 3/1 para la bibliografía vs 2/1 para el presente estudio.

Tabla N° 3: “Pacientes atendidos en el Hospital Dr. Liborio Forte durante el periodo Junio de 2007 y Junio de 2008 en los Servicios de Clínica Médica y Pediatría”.

(Fuente: Servicio de Estadística, Planillas de atención médica diaria, Hospital Zonal Dr. Liborio Forte)

General	entre 15 y 19 años
31.534	2.082 (6,60%)

Tabla N° 4: “Número de casos según edad y sexo diagnosticados como: Ideación suicida, Suicidio, Parasuicidio (o tentativa de suicidio), Intento de suicidio durante Junio de 2007 y Junio de 2008 en los Servicios de Clínica Médica y Pediatría”.

(Fuente: Servicio de Estadística, Planillas de atención médica diaria, Hospital Zonal Dr. Liborio Forte)

Localidad	Rango etario	Sexo	Diagnóstico	Cantidad
Recreo	15-19 años	M	Intento de suicidio	1
Recreo	15-19 años	F	Intento de suicidio	2

Otros diagnósticos relevantes:

1. Intoxicación medicamentosa
 - 16 casos de mujeres
 - 3 casos de hombres
2. Ingesta de combustible (gas-oíl)
 - 1 caso de hombre

Resultó llamativo que el número de diagnósticos de intoxicación medicamentosa supero ampliamente (19 casos) a los diagnósticos en estudio. Sobre estos diagnósticos cabe aclarar que no se especifica en el mismo, si la causa de la intoxicación fue como consecuencia de una mala indicación del fármaco o por una reacción adversa medicamentosa. Caso contrario la intoxicación correspondería a tentativas o intentos de suicidio dependiendo de las dosis o los fármacos utilizados llevando a la casuística a 1 caso cada 90,52 pacientes, lo cual cambia ampliamente los panoramas desde donde se deben analizar las incidencias de eventos suicidiológicos. Parecido resulta el caso de ingesta de combustible donde sería necesaria la aclaración de lo accidental o no del hecho.

Es ineludible dar a los registros estadísticos la importancia y relevancia que tienen, por ser estos los instrumentos que permiten la correcta apreciación de una realidad local. Catamarca, tiene estadísticas en ascenso¹⁷ y esta afirmación afianza la expresión que indica necesidad de crear estadísticas locales confiables para creación de políticas de salud acorde a una situación social real.

CONCLUSIÓN:

La finalidad de este trabajo fue determinar, si las faltas de diagnósticos de eventos suicidiológicos en el análisis de las planillas de atención médica diaria, se debían a una baja incidencia de los mismos o a una falla en los profesionales médicos al diagnosticar y/o registrar ciertos eventos.

Para dar respuesta a esto y lograr los objetivos planteados, el presente estudio concluyo con los siguientes datos:

1. Mayor prevalencia de un Nivel de Riesgo Alto en la población en estudio.
2. Mayor prevalencia del sexo femenino dentro de este nivel riesgo.
3. Coloca a la incapacidad para afrontar emociones y a la baja autoestima, como los puntos más débiles de la forma de ser, sentir y pensar de un adolescente ante las incertidumbres y encrucijadas típicas de esta edad, por lo cual son esferas a tener en cuenta para la planificación de estrategias de protección.
4. Distingue un mayor porcentaje de intentos de suicidio en el sexo femenino.
5. Atribuye a los medicamentos como principal medio de autoflagelación.
6. Evidencia falta de reconocimiento de los profesionales ante los casos suicidiológicos.

7. Pone de manifiesto la falta de estadísticas correctas por errores en la codificación diagnóstica.

En torno a los resultados obtenidos y teniendo en cuenta que el presente estudio presenta la falencia de no incluir la cantidad de casos de suicidios consumados, dato que fue denegado por la dirección del Registro Civil de la localidad de Recreo y que los diagnósticos obtenidos de planillas de consultas médicas aportaron datos que no resultaron concluyentes para dar afirmaciones exactas, cuando estos no expresan causas ni intencionalidad, sino, medios de agresión dificultando su correcta apreciación (ejemplo: Intoxicación con gas oil, Intoxicación medicamentosa etcétera), se puede inferir que, vista la realidad social actual, confirmada por estudios validados científicamente, la de provincia de Catamarca, está aumentando su incidencia de casos suicidológicos. Y que, localmente, ha sido posible en cierta medida dar un panorama actual de la problemática, se debería reevaluar el compromiso que se tiene y se pone en la confección de registros y replantear el accionar en políticas locales de salud a fin de contribuir en la reducción de eventos suicidológicos._

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1- American Psychiatric Association; Education, Awareness Key to Suicide Prevention; Treatment September 10th is World Suicide Prevention Day; [Online]; [Citado: 20-10-2007]; Formato disponible en: <http://www.healthyminds.org/Home-Page-Feature-3/Copy%20of%20FatherSon-Suicide-Public-Service-Announcement.aspx>
- 2- Dalia M. Adams and Kim L. Lehnert; Prolonged Trauma and Subsequent Suicidal Behavior: Child Abuse and Combat Trauma Reviewed; [Online]; Volume 10, Number 4, 619-634; DOI: 10.1023/A: 1024897803655; Journal of Traumatic Stress, 2008; [Citado: 20-10-2007]; Formato pdf disponible en: <http://www.springerlink.com/content/0894-9867/?k=suicidio>
- 3- DF Becker, CM Grilo; Prediction of suicidality and violence in hospitalized adolescents: comparisons by sex; [Online]; Can J Psychiatry; 52(9):572-80, 2007 Sep; [Citado: 20-10-07]; Formato disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=ADOLEC&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=17953161&indexSearch=ID>

- 4- Pacheco P. Bernardo, Lizana C. Paula Y Celhay S. Isabel; Diferencias clínicas entre adolescentes hospitalizados por intento suicida y adolescentes hospitalizados por otra causa psiquiátrica; Rev. Méd. Chile; [En línea]; 2010, Vol.138, N°2, pp. 160-167; [Citado: 2007-10-20]; Formato disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872010000200003&lng=es&nrm=iso. ISSN 0034-9887. doi: [10.4067/S0034-98872010000200003](https://doi.org/10.4067/S0034-98872010000200003).
- 5- C.H. Kim, K.A. Cheon, M.S. Koo, Y.H. Ryu, J.D. Lee, J.W. Chang, H.S. Lee; Dopamine Transporter Density in the Basal Ganglia in Obsessive-Compulsive Disorder, Measured with [¹²³I] IPT SPECT before and after Treatment with Serotonin Reuptake Inhibitors; [Online]; Neuropsychobiology. 2007, Vol. 55:156-162; DOI: 10.1159/000106474; [Citado: 20-10-07]; Formato disponible en: <http://content.karger.com/ProdukteDB/produkte.asp?Aktion=Ausgabe&Ausgabe=233663&ProduktNr=224082>
- 6- [A. Hublet](#), [D. De Bacquer](#), [W. Boyce](#), [E. Godeau](#), [H. Schmid](#), [C. Vereecken](#), [F. De Baets](#), [L. Maes](#); Smoking in young people with asthma; [Online]; Oxford Journals, Medicine, Journal of Public Health. [Volume29](#), [Issue4](#), Pp. 343-349; DOI: 10.1093/pubmed/fdm047; First published online: August 4, 2007; [Citado: 20-10-2007]; Formato disponible en: <http://jpubhealth.oxfordjournals.org/favicon.ico>
- 7- Hanson Mark D, Niec Anne, Pietrantonio Anna Marie, Johnson Samantha, Young Meredith, High Bradley, MacMillan Harriet, Eva Kevin W; Effects Associated with Adolescent Standardized Patient Simulation of Depression and Suicidal Ideation; [Online]; Academic Medicine. October- 2007, Volume82

- Issue 10 - pp S61-S64; DOI: 10.1097/ACM.0b013e31813ffedd; [Citado: 20-10-2007]; Formato disponible en: http://journals.lww.com/academicmedicine/Fulltext/2007/10001/Effects_Associated_with_Adolescent_Standardized.17.aspx.
- 8- Dr. Juan Manuel Saucedo-García, Dra. Ma. del Carmen Lara-Muñoz, Dra. Mónica Fócil-Márquez; Violencia autodirigida en la adolescencia: el intento de suicidio; [En línea]; México. Departamento de Ediciones Médicas, Hospital Infantil de México Federico Gómez, Instituto Mexicano de Psiquiatría Ramón de la Fuente, Agosto 2006 Vol.63; [Citado: 20-10-2007]; Formato pdf disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/bmhim/hi-2006/hi064b.pdf>
- 9- J. Merrick and G. Zalsman; Suicidal Behavior in Adolescence: An international perspective; [Online]; Freund Publishing House LTD. International Journal of Adolescent Medicine and Health. 2005; [Citado: 20-10-2007]. Formato pdf disponible en: <http://www.freundpublishing.com/Miscellaneous/Catalogue%202009.pdf>
- 10- E. Christiansen, R. D. Goldney, A. L. Beautrais and E. Agerbo; Youth suicide attempts and the dose-response relationship to parental risk factors: a population-based study; [Online]; Psychological Medicine-Cambridge University. 01 Apr 2009; [Citado: 20-06-2009]; DOI: 10.1017/S0033291710000747; Formato disponible en: <http://journals.cambridge.org/action/displayAbstract?fromPage=online&aid=7590504&fulltextType=RA&fileId=S0033291710000747>
- 11- Alessandra Diehl, Ronaldo Laranjeira; Tentativas de suicidio e o uso de substancias em uma amostra de pronto-socorro; [En línea]; J. Bras.

Psiquiatr. Vol.58 N°2 Río de Janeiro 2009. Universidad Federal de São Paulo, Departamento de Psiquiatria; [Citado: 28-06-2009]; DOI: 10.1590/S0047-20852009000200003; Formato disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0047-20852009000200003&script=sci_arttext&tlng=en

- 12- Sharon C. Wilsnack, Nancy D. Vogeltanz, Albert D. Klassen, T. Robert Harris; Childhood Sexual Abuse and Women's Substance Abuse: National Survey Findings; [Online]; [Volume 58, Issue 3.](#) Journal of Studies on Alcohol and Drugs. Mayo 1997; [Citado: 20-10-2007]; Formato disponible en: http://www.jsad.com/jsad/article/Childhood_Sexual_Abuse_and_Womens_Substance_Abuse_National_Survey_Finding/416.html
- 13- Kenney J.W, Reinholtz C, Angelini P.J; Ethnic differences in childhood and adolescent sexual abuse and teenage pregnancy; [Online]; J Adolesc Health. 1997 Jul. 21(1):3-10; [Citado: 20-10-2007]; Formato disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9215504>
- 14- Jorge R. Gori, Antonio Loruso y Cols; Ginecología de Gori. Buenos Aires. El Ateneo, 2003 (2ª Ed.) 21:351-37.
- 15- Francisco Ruiz-Torres, Erich Ruiz Albrecht, Francisco Ruiz Albrecht, Ruiz Torres; Diccionario de Términos Médicos. 1999 (9ª Ed.) 216-603.
- 16- Ministerio de Salud de la Nación; Programa Nacional de Prevención del Suicidio; [En línea]; 27/03/2009; [Citado: 28-06-2009]; Formato pdf disponible en: <http://www.suicidologia.org.ar/?programa-nacional-de-prevencion-del-suicidio.34>

- 17-Dra. Noemí S. Olivera, Dr. Juan J, Jorge Harb; Disempidia: síntoma de final de milenio; [Online]; Alcmeon 27, Vol.7, N° 3. Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiatría; [Citado: 20-10-2007]; Formato disponible en: http://www.alcmeon.com.ar/7/28/alc28_09.htm
- 18- Trastornos depresivos, soledad y desarraigo, entre las causas de suicidio en el país; [Online]; By diarionco_s. 10/09/2007; [citado: 20-10-2007]; Formato disponible en: http://diarionco.com/blog//index.php/2007/09/10/trastornos_depresivos_soledad_y_desarrai?blog=14
- 19-Prof. Dr. Héctor S. Basile; Tasas de Suicidio en la Población General Argentina; [En línea]; 2004; [Citado: 20-10-2007]; Formato disponible en: <http://www.contener.org/boletin/suicidioadol16.doc>
- 20-Bobes García J, González Seijo J, Sáiz Martínez P. A; prevención de las conductas suicidas y parasuicidas; Psiquiatría Médica; Editorial Masson; 1997.
- 21-E. García de Jalón, V. Peralta; Suicidio y riesgo de suicidio; [En línea]; Vol. 25, Suplemento 3, 2002. Pamplona. Sistema Sanitario de Navarra; [Citado: 20-10-2007]; Formato disponible en: <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol25/sup3/suple7a.html#top>
- 22-Karen Bastidas Cid, Karina Hormazabal Manque; Tesis: Descubriendo el perfil de los pacientes con intento de suicidio; [En línea]; Chile. Universidad Austral de Chile, Facultad de Medicina, Escuela de Enfermería. 2007; [Citado: 28-06-2009]; Formato pdf disponible en: <http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2007/fmb326d/doc/fmb326d.pdf>

- 23-Organización Panamericana de la Salud; Suicidio: la violencia autoinfligida; [En línea]; Número 9, Vol.3, 2005; Revista Trimestral Latinoamericana y Caribeña de Desarrollo Sustentable; [Citado: 28-06-2009]; Formato pdf disponible en: http://www.revistafuturos.info/futuros_9/suicidio_2.htm
- 24-Jorge Téllez-Vargas, MD; Suicidio y enfermedad mental; [En línea]; [Citado: 28-06-2009]; Formato pdf disponible en: [http://www.psiquiatriabiologica.org.co/publicaciones/documentos/5-ENFERMEDAD%20MENTAL%20%20%20%20%20%20\(2\).pdf](http://www.psiquiatriabiologica.org.co/publicaciones/documentos/5-ENFERMEDAD%20MENTAL%20%20%20%20%20%20(2).pdf)
- 25-Diana E. Clarke, PhD MSc, Renee D. Goodwin, MPH, PhD, Erick L. Messias M., MD, MPH, PhD, y William W. Eaton, PhD; El asma y la ideación suicida con y sin intentos de suicidio entre los adultos en los Estados Unidos: ¿cuál es el papel del tabaquismo y los trastornos mentales?; [Online]; 1000 (5), 439-446. Department of Mental Health. The Johns Hopkins School of Public Health. 2008; [Citado: 28-06-2009]; Formato pdf disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2761227/>
- 26- Ricardo Sánchez, Heidy Cáceres, Dora Gómez; Ideación suicida en adolescentes Universitarios: Prevención y Factores asociados; [En línea]; 2002. Vol.22, Suplemento 2. Instituto Nacional de Salud de Colombia; [Citado: 20-10-2007]; Formato pdf disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/843/84309609.pdf>
- 27-J. John Mann, MD, Christine Wateriaux, PhD, Gretchen L. Haas, PhD, and Kevin M. Malone, MD; Toward a Clinical Model of Suicidal Behavior in Psychiatric Patients; [Online]; Am J Psychiatry 156:181-189. February 1999.

The American Journal of Psychiatry; [Citado: 28-06-2009]; Formato pdf disponible en: <http://ajp.psychiatryonline.org/cgi/content/abstract/156/2/181>

28- [Roy A](#), [Nielsen D](#), [Rylander G](#), [Sarchiapone M](#), [Segal N](#); La genética del suicidio en la depresión; [Online]; [J Psychiatry Clin](#). 1999; 60 Suppl 2:12-7. debate 18-20, 113-6. Departamento de Psiquiatría de Sistemas de Nueva Jersey Healthcare Inc., EE.UU; [Citado: 20-10-2007]; Formato pdf disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10073383>

29- E. T. Isometsä; Estudios de autopsia psicológica: una revisión; [En línea]; Eur Psychiatry Ed. Esp. (2002). 9: 11-18. Unidad de Investigación de los Trastornos del Estado de Ánimo y el Suicidio, Finlandia; [Citado: 20-10-2007]; Formato pdf disponible en: <http://www.medynet.com/elmedico/publicaciones/europeanpsy2002/1/11-18.pdf>

30- Alejandro Aristizábal Gaviria, Andrea González Morales, Carlos Palacio Acosta, Jenny García Valencia, Carlos López Jaramillo; Factores asociados a letalidad de intentos de suicidio en sujetos con trastorno depresivo mayor. rev.colomb.psiquiatr; [Online]; July/Sept. 2009, Vol.38, N°3; [Citado: 28-06-2009]; Formato disponible en: http://www.scielo.unal.edu.co/scielo.php?pid=S0034-74502009000300005&script=sci_arttext

31- Actitud ante el suicidio y conductas autolesivas; [En línea]; Portal sobre salud y bienestar. 2005; [Citado: 28-06-2009]; Formato disponible en: http://www.saludalia.com/Saludalia/web_saludalia/urgencias/doc/documentos/doc/suicidio.htm

GLOSARIO:

- Acto suicida: hecho por el que un sujeto se causa a sí mismo lesión, independientemente de su intención y del conocimiento de sus motivos.
- Adolescencia: rango etario entre los 10 y 20 años¹⁴. Según la OMS Adolescencia es hasta 19 años.
- ADHD: Desorden o Trastorno de Hiperactividad con Déficit de Atención.
- Automedicación: es la medicación sin consejo médico.
- ASPs: pacientes adolescentes simuladores.
- Coerción: acción de reprimir o refrenar por la fuerza.
- Conducta Suicida: Son las encaminadas a conseguir ese fin, consciente o inconscientemente, o el aniquilamiento de una de sus partes³¹.
- CSA: abuso sexual infantil.
- Depresión: desorden mental temporal o crónico caracterizado por sentimientos de tristeza, soledad, desesperación, baja autoestima y sentimientos de culpa, con síntomas que incluyen retardo psicomotor y menos frecuentemente, agitación, rechazo al contacto social estados vegetativos como pérdida del apetito e insomnio¹⁵.

- A través del término Disempidia, acuñado por el Catedrático Español Dr. Enrique Rojas, considerando las dos vertientes propuestas, la desesperación y la desesperanza, es que se efectúa el análisis de los datos estadísticos sobre suicido en la Argentina¹⁷.
- Desesperación, síntoma de la depresión, que en general es omitido en el análisis de la afectividad, correlacionado con la tristeza, es una búsqueda de salida del laberinto presente, tratando de evitar el fatal desenlace¹⁷. Desesperanza, entrega a lo irremediable, es el fin, pérdida de la expectativa de proyectarse en el futuro, en la esperanza de lograr objetivos que reafirmen la estructura yoica, para un mejor devenir¹⁷.
- Ideación Suicida: el sujeto piensa en cometer suicidio²¹.
- Intento de Suicidio: acto suicida cuyo resultado no fue la muerte²¹. Stengel en 1961, diferenció entre el intento y la tentativa de suicidio. En el intento, hay intención autolítica, pero por impericia o fallos en el método no se ha logrado³¹.
- ISO 30 (Casullo 2000) o Inventario de Orientaciones Suicidas: técnica de evaluación e identificación que al tratarse de un cuestionario autoadministrable posibilita una administración masiva¹⁸.
- El Parasuicidio o lesión deliberada sería el conjunto de conductas donde el sujeto de forma voluntaria e intencional se produce daño físico, cuya consecuencia es el dolor, desfiguración o daño de alguna función y/o parte de su cuerpo, sin la intención aparente de matarse. Incluimos en esta definición las autolaceraciones (como cortes en las muñecas), los autoenvenenamientos (o sobredosis medicamentosas) y las autoquemaduras³¹.

- Riesgo de Suicidio: Es la posibilidad de que un paciente atente deliberadamente contra su vida. Dicho riesgo se incrementa si existe la idea de minusvalía de la vida, deseo de muerte por considerarla un descanso, amenazas y tentativas suicidas previas³¹.
- SMB: conductas automutilantes.
- Simulación suicida: Es la acción de suicidio que no llega a su fin, por no existir auténtica intención de llegar a él³¹.
- Suicidio no es una entidad psicopatológica. La mirada del observador puede asociar este evento de la vida a aspectos fragmentarios de aquellas condiciones que lo generan. Así por ejemplo, existen múltiples estudios, sobre todo de origen psiquiátrico, ratificando la relación depresión-suicidio; pero también se debe considerar que en el mismo contexto pueden intervenir otros factores psicopatológicos como así condiciones contextuales de convivencia intolerables para la dignidad de esa persona. En esta misma línea, es pertinente la pregunta si los considerados suicidios éticos están vinculados a una patología¹⁶ En nuestro país las dos colegas que más han trabajado sistemáticamente sobre el tema son Casullo (1997,1998, 2000, 2002, 2005 y 2006) y Passalacqua (1996, 1997, 1998, 1999 y 2001), desarrollando y adaptando instrumentos de investigación como la ISO30 y la Escala ESPA del Rorschach, que permiten identificar población en riesgo, adolescente y adulta respectivamente¹⁶. La palabra "suicidio" es un latinismo, que proviene de las expresiones latinas sui y occidere, que lo definen como el hecho de matarse a sí mismo¹⁵⁻²⁰.

- Suicidio Consumado: Es el intento que ha tenido éxito, bien como expresión de los auténticos deseos suicidas o como una casualidad no deseada dentro del comportamiento suicida³¹.
- El padre de la disciplina, Edwin Shneidman (1985), sostiene que la Suicidología pertenece a la Psicología; es la ciencia de comportamientos, pensamientos y sentimientos autodestructivos e incluye, no solamente suicidios consumados e intentos suicidas, sino también comportamientos autodestructivos, gestos e ideación suicida y parasuicidios (Kreitman, 1977) y su énfasis predictivo se constituye alrededor del abuso de sustancias (Maris, Berman y Silverman, 2000). En cambio, para el Centro de Investigaciones del Suicidio de la Universidad de Oxford, la atención se centra en autolesiones deliberadas, automutilaciones y un conjunto de comportamientos y actitudes autodestructivas relacionadas (Maris, 1992). Por ahora se puede sintetizar en que la Suicidología es la Psicología de los procesos autodestructivos cuyo icono más representativo y terminal es el suicidio. En la Asociación Argentina de Prevención del Suicidio, la Suicidología queda definida como la articulación interdisciplinaria, cuyo objeto es dar cuenta de los factores biológicos, psicológicos, éticos, sociales y culturales que van construyendo la disposición suicida en sus diferentes estados. Sus acciones están orientadas a la creación y sostenimiento de las condiciones de vida dignas de un sujeto y su entorno significativo¹⁶.
- Suicidio frustrado: Acción de suicidio que no ha conseguido su fin, teniendo el paciente auténtica intención de llegar a él³¹.

- En la Tentativa, Conducta Parasuicida o comúnmente llamado Gesto Autolítico, no existe la voluntad de morir, sino que más bien es una forma de pedir ayuda o un intento de modificar situaciones para lograr un beneficio secundario. No obstante, hay conductas parasuicidas que han acabado en suicidios consumados³¹.
- Violencia: El uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones³¹.

ANEXOS 1: Consentimiento Informado

Autorizo a mi hijo/hija:

DNI N°: a responder cuestionario que tiende a ver con la forma de pensar y de sentir la realidad adolescente que le toca vivir. El mismo será aplicado por personal de salud del Hospital Dr. Liborio Forte, y tendrá por finalidad recabar datos que ayuden a las Instituciones de Salud a crear programas que centren la atención en problemáticas adolescentes actuales como lo son: la baja autoestima, la incapacidad para afrontar problemas, la desesperanza y la ideación suicida.

.....
Firma del padre o Tutor legal

.....
Aclaración

.....
DNI N°:
.....

ANEXO 2: Casos Clínicos

Estimado Colega:

La presente representa una encuesta ANÓNIMA. Consta de 4 casos clínicos, solicito a Ud. lea atentamente y coloque diagnostico según su criterio. Los datos que se obtengan del conjunto de cuestionarios serán utilizados en el desarrollo de un estudio de investigación.

Desde ya muy agradecido.

Dr. Barrionuevo Claudio

Paciente de sexo femenino de 19 años de edad, que ingresa a la guardia en compañía de un familiar, al examen físico presenta múltiples lesiones cortantes superficiales en miembro superior izquierdo las cuales refiere habérselas auto-infligido.

Su impresión diagnóstica es: 1.....
2.....

Paciente de sexo masculino de 17 años de edad, analfabeto, ingresa a la guardia en compañía de una familiar quien refiere que el paciente ingirió una tira de poli-vitamínicos, mas una cantidad que desconoce de antibióticos.

Su impresión diagnóstica es: 1.....
2.....

Paciente de 20 años de edad diagnosticado de insuficiencia renal. Para su mejoría y estabilidad clínica, se precisa comenzar con diálisis 3 veces por semana. El paciente se niega a realizar tratamiento médico a pesar de conocer el desenlace de tal decisión.

Su impresión diagnóstica es: 1.....
2.....

ANEXO 3: Planilla de Consulta Médica Diaria

HOSPITAL ZONAL DR. LIBORIO FORTE

Consultas Ambulatorias

Fecha:

Establecimiento-Código: Área Prog: N° 8 Centro Asistencial:
Servicio-Código: Nombre: Nombre del Profesional:
N° Matricula:

Tipo	N° Documento	Apellido y Nombre	Residencia Habitual	Edad	Sexo	Obra Social	Diagnostico	Código
Tratamiento:								
Tipo	N° Documento	Apellido y Nombre	Residencia Habitual	Edad	Sexo	Obra Social	Diagnostico	Código
Tratamiento:								
Tipo	N° Documento	Apellido y Nombre	Residencia Habitual	Edad	Sexo	Obra Social	Diagnostico	Código
Tratamiento:								
Tipo	N° Documento	Apellido y Nombre	Residencia Habitual	Edad	Sexo	Obra Social	Diagnostico	Código
Tratamiento:								
Tipo	N° Documento	Apellido y Nombre	Residencia Habitual	Edad	Sexo	Obra Social	Diagnostico	Código
Tratamiento:								

Tipo	Nº Documento	Apellido y Nombre	Residencia Habitual	Edad	Sexo	Obra Social	Diagnostico	Código
Tratamiento:								
Tipo	Nº Documento	Apellido y Nombre	Residencia Habitual	Edad	Sexo	Obra Social	Diagnostico	Código
Tratamiento:								

* Codificación según CEPS-AP 2ª. Edición. (Clasificación Estadística de Problemas de Salud en Atención Primaria-Organización Panamericana de la Salud)

ANEXO 4: Planilla de Censo de Estudiantes

Casa de Piedra, Dpto. La Paz, 01 de Abril de 2008

Escuela:

Sr/a. Director/a.....

SU DESPACHO

Por la presente me dirijo a Ud. con motivo de solicitar tenga a bien completar planilla que adjunto a la presente. Los datos obtenidos se utilizaran para cotejar el número total de adolescentes escolarizados del nivel E.G.B 3 y Polimodal de escuelas públicas con la población adolescente total de la localidad de Recreo.

Sin otro particular, a la espera de una pronta y favorable respuesta, saludo a Ud. muy cordialmente.

Nombre de la Institución:

Nivel	Año	Masculinos	Femeninos
E.G.B 3	7mo.		
	8vo.		
	9no.		

Polimodal	1°		
	2°		
	3°		

ANEXO 5: Inventario ISO 30

ISO-30 N°:..... Fecha:...../...../..... Hora:.....

ISO-30 (Adaptación Facultad de Psicología-U.B.A.)

Instrucciones: el propósito de este cuestionario es poder tener una idea aproximada de cómo ves ciertas áreas importantes de tu vida. Trata de contestar con la mayor sinceridad, pensando en cómo te sentiste en estos últimos seis meses. Ahora lee cuidadosamente cada frase y contesta con sinceridad. Usa una birome o lápiz para circular la respuesta, por ejemplo: 0 1 2 3. si decidís cambiar una respuesta, tacha con una cruz la respuesta original circula la nueva respuesta, por ej. 0 1 2 3.

Las opciones de respuestas son: 0: totalmente en desacuerdo 1: en parte en desacuerdo

2: en parte de acuerdo 3: totalmente de acuerdo

	0	1	2	3	
16)					Cuando veo a alguien que logro lo que yo no tengo, siento que es injusto
17)					Aun cuando me siento sin esperanzas, se que las cosas eventualmente pueden mejorar.
18)					Cuando mi vida no transcurre fácilmente estoy dominado por una confusión de sentimientos.
19)					Siento como que no pertenezco a ningún lado.
20)					Pienso en morirme como una forma de resolver todos mis problemas.
21)					Solía pensar que podía ser alguien especial, pero ahora veo que no es verdad
22)					Siento que tengo control sobre mi vida.
23)					Cuando tengo emociones fuertes mi cuerpo se siente fuera de control. Domina mi carácter y no puedo pararlo.
24)					Cuando fracaso quiero esconderme, desaparecer.
25)					Para no sentirme mal o solo/a, pienso que la solución es morirse.
26)					Nadie me amaría si realmente me conociese bien.
27)					Es posible que me convierta en la clase de persona que quiero ser.
28)					Nunca sentí que estuviera a punto de hacerme pedazos (quebrarme)
29)					Los buenos sentimientos que la gente tiene acerca de mi son un error. Es cuestión de tiempo, los voy a defraudar.
30)					Si mis cosas empeorasen, Creo que me mataría.

RESPONDER:

Nombre:.....Sexo:.....Edad:..... Trabaja: **SI – NO** (Tache lo que no corresponde)
Lugar donde vive:..... Ocupación:.....
Lugar donde nació:..... Nivel de Educación adulto a cargo:.....
Estado Civil:..... Ocupación adulto a cargo:.....
Colegio:.....Año que cursa:.....

INVENTARIO DE ORIENTACIÓN SUICIDA ISO-30

Adaptación de María Martina Casullo (1998)

El inventario ISO-30 fue diseñado considerando que los intentos de suicidio se configuran a partir de un sistema de creencias que puede ser evaluado de forma sistemática. Se piensa que el riesgo suicida se conforma partir de determinadas orientaciones vitales, relacionadas con la presencia de sentimientos de infelicidad que progresivamente llevan al sujeto a percibir que el quitarse la vida es la única manera posible de desprenderse de la desesperación y el desanimo. El desarrollo de una orientación suicida supone una progresión continua que transcurre por tres etapas: miedo, crisis y resolución.

Miedo: existen problemas que no se resuelven y frente a los cuales fallan las estrategias de afrontamiento y surgen sentimientos depresivos o actuaciones (actino out).

Crisis: el suicido surge de una justificación de solución adecuada que intenta resolver sentimientos ambivalentes sobre la muerte.

Resolución: Surge el plan suicida o se actúa impulsivamente.

El inventario puede ser administrado en forma individual o grupal y está integrado por 30 Ítems que responden sobre la base de una escala de cuatro opciones: 0 (totalmente en desacuerdo), 1 (en parte en desacuerdo), 2 (en parte de acuerdo) y 3 (totalmente de acuerdo).

Once de los Ítems puntúan en forma inversa. Las respuestas numéricas se suman y se obtiene un puntaje bruto o directo que posibilita la obtención de un índice global de la Orientación Suicida. Las puntuaciones brutas totales tienen un valor mínimo de 0 y uno máximo de 90.

Dado que la Ideación suicida es un buen predictor de la conducta suicida, se otorga especial importancia a las ideaciones suicidas al evaluar las respuestas dadas por un sujeto. Los ítems que evalúan tales ideaciones se denominan críticos y las respuestas a algunos de ellos deben ser analizadas de manera especial, por su posible significación clínica. Los ítems críticos son 6 y llevan los números 5, 10, 15, 20, 25 y 30 en la escala ISO-30. Es importante tenerlos en cuenta cuando la persona evaluada les asigna un valor de 2 o 3.

ESTA PRUEBA PERMITE EVALUAR:

- Baja Autoestima: ítems 1, 6, 11, 16, 21, 26.
- Desesperanza: ítems 2, 7, 12,17, 22, 27.

- Incapacidad para afrontar emociones: ítems 3, 8, 13, 18, 23, 28.
- Soledad y aislamiento social: ítems 4, 9, 14, 24, 29.
- Ideación suicida: ítems críticos: 5, 10, 15, 20, 25, 30.

Estudios realizados permitieron determinar su validez concurrente así como su confiabilidad (consistencia interna y test-retest).

CALIFICACIÓN DEL RIESGO SUICIDA

PUNTAJE BRUTO		ÍTEMS CRÍTICOS	TIPO DE RIESGO
< 30	Y	< 3	Bajo
= o > 30	y	< 3	Moderado
45 o mas	o	= o > 3	Alto

CLAVE DE CORRECCIÓN

Los ítems: 1, 5, 6, 8, 9, 10, 12, 15, 16, 18, 19, 20, 21, 23, 24, 25, 26, 29 y 30 tienen puntuación directa, o sea: 0, 1, 2, y 3.

Los ítems 2, 3, 4, 7, 11, 13, 14, 17, 22, 27, y 28 tienen puntuación inversa, o sea: 3, 2, 1, 0.