

Universidad Nacional del Litoral
Facultad de Ciencias Médicas
Carrera de Especialización en Medicina Legal
Trabajo Final Integrador

Tema: “Análisis de la Mortalidad por Suicidio en Niños y Adolescentes. Santa Fe, Capital 2010-2015”

Directora: MSc Elena Fernández de Carrera

Alumna: Dra. Mariel Andrea Chemes

Año: 2018

INDICE

RESUMEN.....	3
INTRODUCCIÓN	4
MARCO TEORICO	12
OBJETIVOS.....	21
METODOLOGÍA	22
RESULTADOS	23
DISCUSIÓN.....	34
CONCLUSIÓN	36
AGRADECIMIENTO.....	37
BIBLIOGRAFÍA.....	38
ANEXOS.....	41

RESUMEN

Objetivo. Analizar la mortalidad por suicidio en niños y adolescentes de 5 a 24 años, según sexo, mecanismo utilizado, lugar del hecho, día y horario de la semana, barrio, municipalidad o comuna de Santa Fe Capital, en el período de 2010-2015.

Método. Se utilizaron datos de defunciones registrados por la División de Medicina Legal de la URI 1 de Santa Fe. Se calcularon frecuencias y tasas de mortalidad por suicidio específicas por 100.000 habitantes. Se utilizó el CIE 10 para la clasificación de lesiones autoinfligidas. El análisis estadístico se realizó mediante datos categorizados.

Resultados. El total absoluto de muertes por suicidio en el grupo de 5 a 24 años fue de 19 en 2010, 15 en 2011, 15 en 2012, 12 en 2013, 18 en 2014, 18 en 2015. En el quinquenio 2010-2015 no se registraron óbitos por suicidio en menores de 10 años. El análisis de grupo de edad y sexo reveló que la mortalidad aumenta con la edad en varones, mientras que en las mujeres el grupo de 15 a 19 años resultó prevalente. El método utilizado con mayor frecuencia fue el ahorcamiento y el lugar de ocurrencia el domicilio. El día domingo fue el más frecuente, pero los días hábiles y durante la jornada diurna, resultaron prevalentes en suicidios de la población infantojuvenil. La ciudad de Santa Fe resultó ser más frecuente entre los municipios y comunas, prevaleciendo en los distritos Norte.

Conclusión. El suicidio en la población infantojuvenil en Santa Fe Capital, constituye un problema de salud más frecuente en varones y en las zonas norte de la ciudad.

Palabras clave. Mortalidad, suicidio, niños y adolescentes, Santa Fe Capital.

INTRODUCCIÓN

“Quitarse la vida cuando ésta aún comienza”.

El suicidio forma parte de las muertes por causas violentas y ha captado la atención de investigadores por el aumento de sus tasas a nivel mundial.

En la actualidad constituye un problema de salud pública que vincula factores biopsicosociales, afectando a los más jóvenes, con pérdidas significativas tanto económicas como afectivas que provocan un gran impacto social.

Es el suicidio un evento trágico, que para algunos autores constituye una epidemia silenciosa, ya que se propaga con facilidad en determinadas edades y momentos críticos de una sociedad.

Pero las epidemias por suicidio son tan viejas como la humanidad. La imitación de aquellas personas que poseen vulnerabilidades o intereses parecidos al individuo que tomó la decisión letal, los lleva a querer emular el mismo final.

En efecto, William Shakespeare escribió y representó en el año 1597, la historia apasionada de los jóvenes amantes de Verona, y provocó en años siguientes, que muchos adolescentes con dificultad para expresar su amor públicamente, realizaran gran cantidad de suicidios, como lo ocurrido con Romeo y Julieta. (Fig. 1)



Fig. 1.- Romeo y Julieta”, Frederic Leighton (1855)

Así también, la obra de Johann Wolfgang Goethe, llamada “Las desventuras del joven Werther”, generó una ola de suicidios en Europa. Werther, luego de un largo período de ausencia, se entera que

su amada Lotte, contraería casamiento con Albert; como no puede recuperarla piensa como alternativa en matar a Albert para quedarse con Lotte, pero al no poder hacerle daño a éste se quita la vida por no tolerar el dolor y la culpa que le provoca el no poseer a su amada. (Fig. 2)



Fig. 2.- Las desventuras del joven Werther. (W. J. Goethe, 1774)

Los jóvenes de aquella época que no eran correspondidos en sus sentimientos, siguieron el mismo plan de Werther, provocando alrededor de 2000 suicidios en Europa, a lo que se llamó “La fiebre de Werther”.

El autor reconoció el impacto emocional que las desventuras de Werther tenían en los jóvenes enamorados y deprimidos.

Dentro de los factores que pueden llevar a una persona vulnerable al suicidio, es el manejo de la publicidad del tema en los medios de comunicación.

Se llamó Efecto Werther a la “imitación” como consecuencia de la difusión de información de los casos de suicidios en los medios de comunicación, que pueden aumentar hasta 10 días después de transmitida la información en las noticias tendiendo a repetir el mecanismo de autolesión utilizado.

La forma en que los medios informan el suicidio puede influir en nuevos hechos o bien evitarlos con una adecuada orientación hacia la resolución de problemas.

El suicidio es el fracaso de los mecanismos defensivos del yo o de la conciencia que lleva al individuo a su propia autoaniquilación. (Fernández, J. 2017)

El modo de propagación de éste fenómeno, resulta alarmante y debe alertar a toda la sociedad en extremar cuidados de las personas en crisis, de sus familias y de toda la comunidad.

Durkheim (1897) considera que el suicidio puede comprenderse en términos de la fuerza o la debilidad de una sociedad para contener el comportamiento individual.

Este sociólogo del siglo XIX identificó cuatro tipos básicos de comportamiento suicida:

- Egoísta: los sujetos no logran establecer buenos vínculos psicosociales.
- Altruista: las personas concretan identificaciones grupales y elaboran idealizaciones tan fuertes, que no dudan en realizar sacrificios (como quitarse la vida) para poner de manifiesto esas lealtades.
- Anómico: existe en el sujeto una imposibilidad global de afrontar de manera racional, las situaciones de crisis que aparecen de forma repentina y perturbadora.
- Fatalista: Es fruto del control y la regulación social excesivo percibido por el sujeto como inhibidores de su libertad para actuar de forma autónoma.

Cualquiera de estos tipos básicos que describe Durkheim, son representados en los últimos tiempos con una tendencia alarmante hacia el recrudecimiento del problema.

En 1976, el suicidio fue definido por la OMS, como todo acto por el que un individuo se causa a sí mismo una lesión o un daño, con un grado variable de intención de morir, cualquiera sea el grado letal o de conocimiento del verdadero móvil.

Constituye por lo tanto, un acto de violencia contra uno mismo. Muchas veces considerado un “fracaso personal por los familiares, amigos, maestros, médicos, psicólogos que se reprochan a sí mismo el no haber percibido señales de alerta” (Basile, Héctor, 2004)

El suicidio se define como la muerte consecutiva a un daño autoinfligido de manera intencional, considerando 3 componentes: la muerte por daño, la conducta contra sí mismo, y la intencionalidad.

La suicidología es la ciencia que estudia este fenómeno, que constituye un continuo; parte de la ideación suicida en personas vulnerables, pasando luego por la amenaza suicida, plan suicida, crisis suicida, intento de suicidio y finalmente la consumación del mismo. Todos estos episodios pueden ser diagnosticados y abordados desde diversas técnicas.

Edwin Schneidman, padre de la suicidología moderna, y creador de dicha disciplina, definía al suicidio como un malestar pluridimensional en un individuo que percibe este acto como la mejor solución. (Fig. 3)

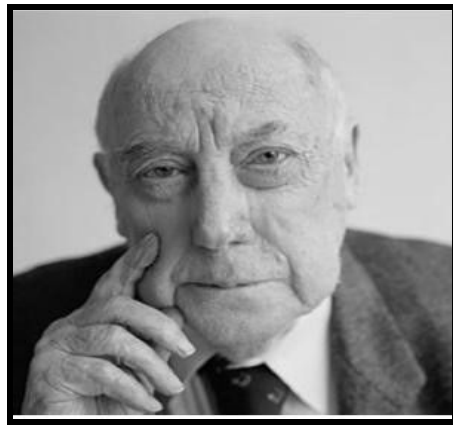


Fig. 3- Edwin Schneidman, 2008.

Pero ésta ciencia, no solo estudia a las personas, sino también a sus causas, a los factores sociales intervinientes, a los sujetos involucrados, al contexto donde está inserto el individuo y a los factores ambientales que participan en el mismo.

Ello resulta importante, dado que la probabilidad de que una persona se suicide se relaciona con la prevalencia de tener ideación suicida a lo largo de su vida.

Uno de cada 3 sujetos con ideación suicida, llega a intentar el suicidio. Por cada suicidio, según diversos autores, se producen entre 10 y 30 intentos de suicidio. Los intentos reiterados son más frecuentes entre los 3 primeros meses subsiguientes al intento inicial.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) identifica el suicidio como un problema de salud de extrema gravedad, recomendando a todos los estados miembros que sea atendido con prioridad.

El Dr. José Bertolote, referente del Departamento de Salud Mental de dicho organismo, puso énfasis en la influencia de los factores socioculturales, por lo que cada lugar debe desarrollar políticas y programas de prevención del suicidio de acuerdo al momento y a las pautas culturales.

La Suicidología plantea el estudio científico del acto suicida y de sus factores intervinientes y dependientes. Rutz, J. (2004); para ello es relevante contar con información precisa de la frecuencia de muertes por suicidio respecto a rangos de edad, sexo, lugares, métodos, entre otros.

Requiere de una 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 estadios.

Resulta importante además, para el presente trabajo, conocer el desarrollo evolutivo del niño desde el punto de vista psicológico por su asociación con el concepto de muerte.

Diferentes autores, en sus exploraciones psicológicas, aseguran que los niños menores de 8 años no poseen una concepción real de la muerte, por lo que es complejo hablar de suicidio en esas edades tempranas. (Pfeffer, C. 1984)

Por otra parte, el Psiquiatra Infantil J. Ajuriaguerra, describe 4 fases en la construcción del concepto de muerte.

Hasta los 7 años los niños consideran la muerte como una separación temporal y reversible. Entre los 7 y los 8 reconocen la muerte como una posibilidad personal e inmediata. Luego entre los 9 y 13 años aparece el concepto de muerte como irreversible, capaz de afectar primero a personas neutras y luego a las próximas. Es a partir de los 13 años, con la adolescencia y la adquisición del pensamiento abstracto que aparece el pleno concepto de muerte: final de la vida, irreversible y biológico.

Otros autores sostienen que a los 6 años el niño comienza a considerar la muerte como un suceso inevitable y universal: todas las personas incluso él deben morir.

Paralelamente al concepto de muerte se desarrolla el de suicidio. A veces por imitación; otras por el deseo de irse junto a un ser querido que falleció y que fuera en vida una persona significativa para el niño, por el afecto recibido, cuidados, protección, etc., más aún si el pequeño se encontraba

inmerso en un contexto atravesado por malos tratos, abuso, y donde la muerte se transforma en la única solución posible al hundimiento de su infausto destino.

Sin embargo, existen además diversos mitos sobre el suicidio, como criterios equivocados pero culturalmente aceptados, con juicios de valor erróneo, que dificultan la prevención de dicha conducta sin ningún sustento científico.

Entre la variada cantidad de mitos que rodean al suicidio, cabe mencionar para el presente trabajo, a dos de ellos:

“Los niños no se suicidan”; constituye un criterio equivocado que intenta negar la triste realidad del suicidio infantil, cuyo soporte científico se basa en que luego de que un niño adquiere el concepto de muerte puede cometer suicidio y por ello ocurre a edades cada vez más tempranas.

“Los adolescentes se matan cuando les ponen límites”; criterio equivocado que refleja el temor a las reacciones de los adolescentes cuando hay que ejercer la debida autoridad. El criterio científico establece que los límites forman parte de la educación y del amor hacia los hijos, y es precisamente la falta de límites razonables lo que genera sentimientos negativos y confusos en los adolescentes.

Todo esto implica la necesidad de revisar profundamente y con claridad el concepto de muerte, especialmente en la infancia, porque bajo la premisa de que “el niño no sabe lo que está haciendo”, pueden trascender como muertes accidentales casos que en realidad se trataban de suicidios.

La Organización Mundial de la Salud define como adolescencia al período de la vida en el cual el individuo adquiere su madurez reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y establece su independencia socioeconómica comprendiendo varones y mujeres entre 10 y 24 años.

Para delimitar las distintas fases evolutivas dentro de la misma, se consideran 3 etapas diferentes:

1. Adolescencia Temprana: entre 10 y 14 años, caracterizada por un rápido crecimiento corporal y desarrollo físico; en aspectos psíquicos esboza la reflexión y la capacidad de aceptación de su propio cuerpo.
2. Adolescencia Media: entre los 15 y 19 años de edad, donde predomina la interacción con pares, y se completa la etapa de crecimiento y desarrollo. Existe además una tendencia a experimentar situaciones de riesgo.
3. Adolescencia tardía o juventud: comprende a jóvenes entre 20 y 24 años, donde realizan planes futuros, mayor inserción social, y se encaminan a la autonomía emocional y económica.

La adolescencia así definida, ha sido motivo de profundización en su estudio durante los últimos años, y se fue observando que son más vulnerables a las causas de mortalidad vinculadas a la violencia: accidentes, suicidios y homicidios.

La Dra. Diana Cohen, en su libro “Por mano Propia”, publicado en el año 2007, describe la problemática del suicidio adolescente como una de las mayores preocupaciones de la Salud Pública en los países occidentales. La asociación entre la depresión, característica de la adolescencia y el suicidio parece ser un cóctel poderoso: los datos epidemiológicos muestran que si bien la tasa de

suicidios es más elevada entre los varones, las tentativas de suicidio son más elevadas entre las mujeres.

En el año 2015, en la Argentina, la mortalidad adolescente por causas violentas (externas) fue del 61,5 %. En la franja etárea de 15 a 19 años, el suicidio ocupó el segundo lugar entre las muertes de varones y el tercer lugar en las mujeres. (Fig. 4)

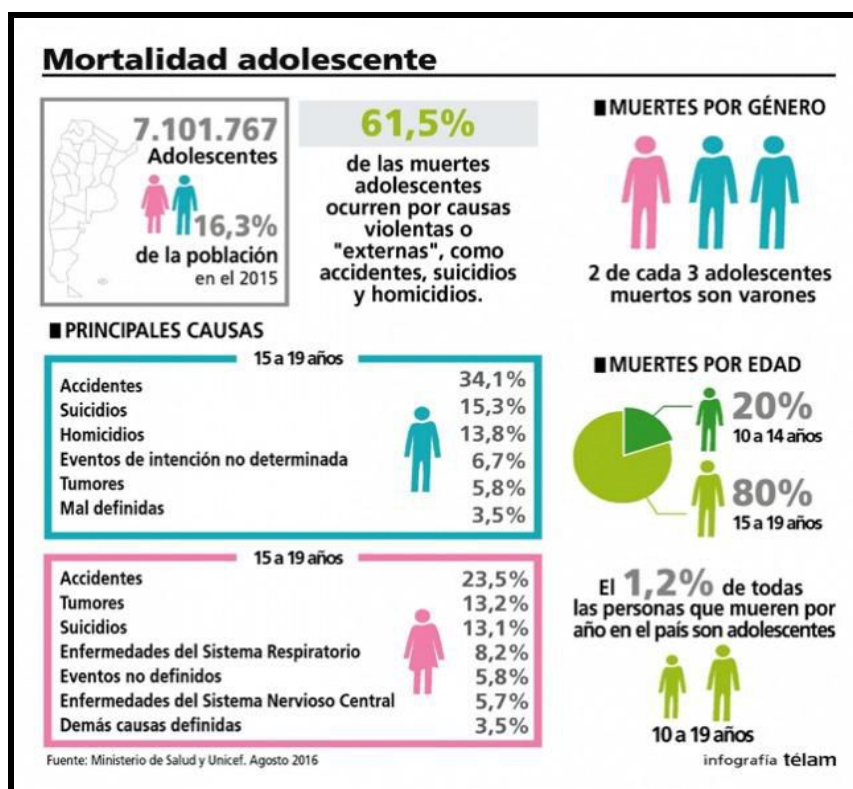


Fig. 4.- Mortalidad adolescente (Ministerio de Salud/ UNICEF, 2016)

Uno de los picos en tasa de suicidios es precisamente entre los 10 y 25 años. Este período propenso para el inicio de muchas enfermedades graves, lo es también para las patologías mentales. Además, la transición de la niñez a la vida adulta genera crisis que en algunos casos determina un mayor estado de vulnerabilidad, que junto a factores biológicos pueden inducir a una conducta suicida.

En la población adolescente, las causas de suicidio se asocian a enfermedades mentales en el 90 % de los casos, asociada a conductas adictivas como el alcohol y el abuso de sustancias, el maltrato y el abuso sexual, el bullying o acoso escolar, el cyberbullying, entre otros que favorecen al fatal desenlace.

Los cuadros psicopatológicos que pueden derivar en la consumación de un suicidio son variados, pero en la población infantojuvenil es importante destacar trastornos del humor, del comportamiento y abuso de sustancias.

La mayoría de los niños y adolescentes víctimas de suicidio presentan un trastorno del humor. La presencia de un trastorno del ánimo puede aumentar el riesgo suicida entre 8 y 13 veces más que la

población en general. El 70 % e los niños con depresión tienen ideas de suicidio y un 30 % intentan suicidarse.

En estos cuadros la sintomatología es muy variada e inespecífica en niños y adolescentes, ya que difiere significativamente de la clínica de un adulto, pero el núcleo emocional común es la tristeza.

El abuso de sustancias, es la segunda causa de suicidios en la población pediátrica y juvenil, sobre todo en varones, en los cuales aumenta significativamente el riesgo suicida. Más frecuentemente asociado a alcohol, marihuana y cocaína.

Pero en la población infantojuvenil además, es de destacar la presencia de acontecimientos estresantes para los menores, ya que dos tercios de los suicidios en estas etapas, se desencadenan por uno de ellos, como ocurre en rupturas sentimentales, peleas con los padres, malas calificaciones escolares, etc.

Los pequeños perciben cierta dificultad para escapar del dolor que les provoca el estresor, por lo cual la relación entre suicidio y situación estresante es doblemente importante, pudiendo incidir directa e indirectamente al comportamiento suicida.

Un pequeño porcentaje, forma parte de los suicidios imprevisibles, que son aquellos donde clínicamente no es posible detectar la peligrosidad suicida grave del paciente, que ocurre en circunstancias en las que es probable que el sujeto muera mediante la utilización eficaz de métodos cuya letalidad es muy elevada, aunque reciba asistencia médica especializada e intensiva de forma inmediata. (Espector Eduardo M. y Pérez Barrero Sergio A., 2015)

Los métodos que el individuo utiliza para el suicidio son más contundentes en varones. Armas de fuego, ahorcamiento, precipitarse de alturas, utilizar armas blancas, arrojarse de automóvil o a la vía del tren, la ingesta de fármacos, alcohol y otras sustancias tóxicas. (Fig. 5)



Fig. 5.- Suicidio por ahorcamiento

Pero es de destacar que también los métodos utilizados en suicidios varían según las zonas o culturas de cada región.

En medios rurales y en el interior del país, por culturas de crianza, los habitantes poseen armas de fuego, armas blancas, sogas, para defensa personal o sustento de vida. Esto fundamenta que los suicidios sean más letales en dichas zonas.

En áreas urbanas, suele prevalecer el salto desde altura de edificios y la ingesta de psicofármacos, siendo ésta última más frecuente en mujeres que usan benzodiacepinas (clonazepan, alprazolam, lorazepan) medicamentos que se encuentran en los hogares por tratamientos propios o de familiares. (Fig. 6)



Fig. 6.- Suicidio por ingesta de fármacos

MARCO TEORICO

El suicidio es un problema de salud pública grave y creciente en todo el mundo.

En una población, la forma de medir el suicidio es a través de las tasas específicas de mortalidad, clasificadas según la OMS en función del número de suicidios/100.000 habitantes. Dicho organismo, considera que la mortalidad es baja, cuando las cifras son inferiores a 5/100.000 habitantes años; medias, entre 5 y 10; altas entre 15 y 30; y muy altas por encima de 30. (Fig. 7)

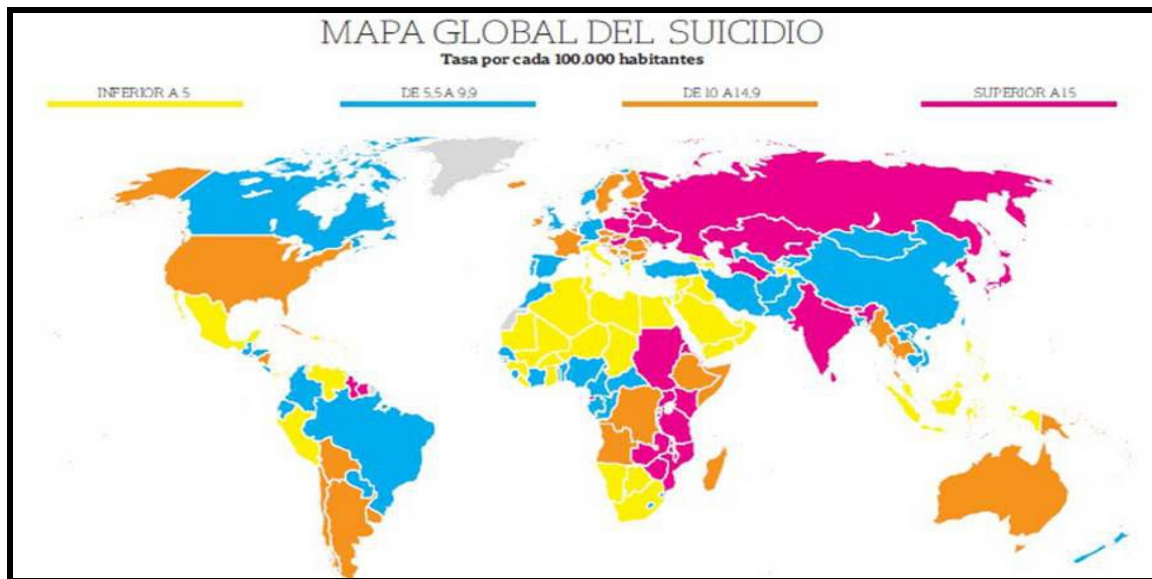


Fig 7.- Tasa Global de Suicidio, OMS 2012.-

La Organización Mundial de la Salud estableció que por cada muerte por suicidio se registran 20 intentos; al mismo tiempo afirma que las tasas de suicidio han aumentado un 60 % en los últimos 50 años, y especialmente en los más jóvenes, siendo en la actualidad el grupo de mayor riesgo.

La tasa de suicidio global en el año 2006 era de 16.0 por 100.000, por lo cual la OMS advertía que en el mundo ocurría un suicidio cada 40 segundos.

Se estima que para el año 2020 podría aumentar la cifra de suicidios a 1.5 millones, lo que implica un incremento del 50%, según la Organización Panamericana de la Salud.

Todas las tasas de suicidio son dinámicas, y responden a cambios sociales más que individuales, que ocurren en un determinado lugar y tiempo. Las crisis en una población afectan sobre todo a aquellos individuos vulnerables, a lo cual no escapa la población infantojuvenil.

En las tasas de suicidio europeas se produjeron cambios en los últimos años. (Fig. 8)

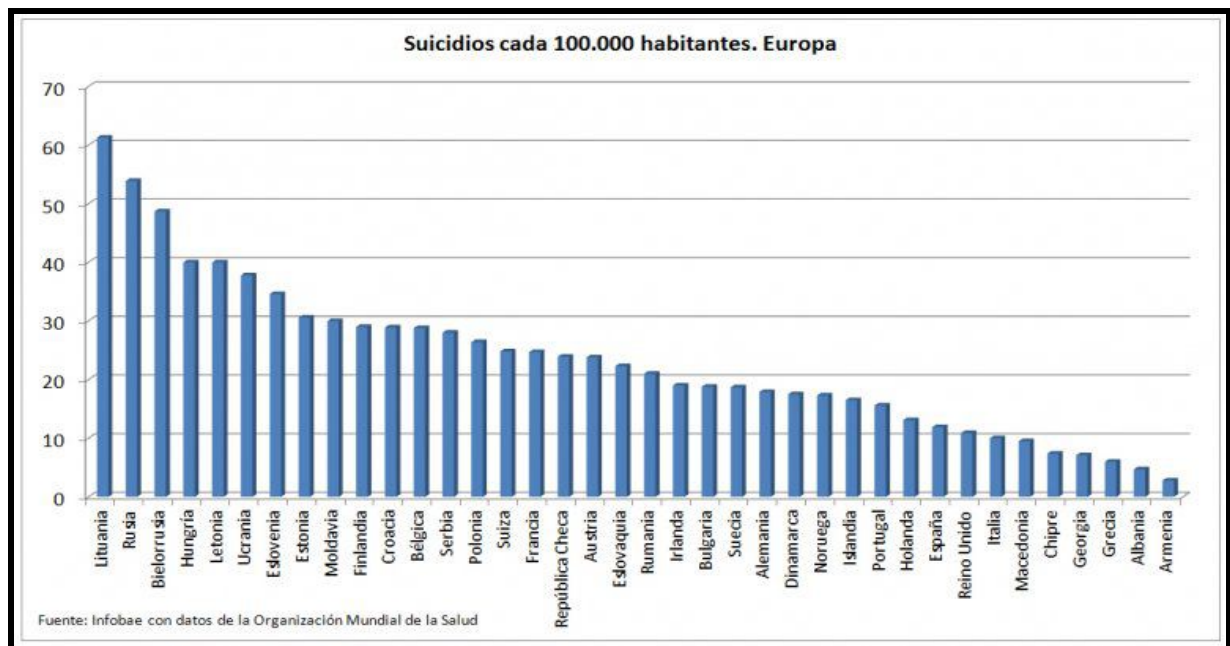


Fig. 8.- Tasa Mortalidad por suicidios en Europa, OMS año 2012.-

En aquellos donde las tasas eran muy altas (Nórdicos) se logró la reducción de las mismas a través de programas de prevención.

En otros, como España y Grecia donde la gran crisis económica provocó migraciones y desarraigos en jóvenes afectados por la soledad y desesperanza ante el fracaso de proyectos personales y familiares, las tasas de suicidio registraron aumentos. (Fig. 9)

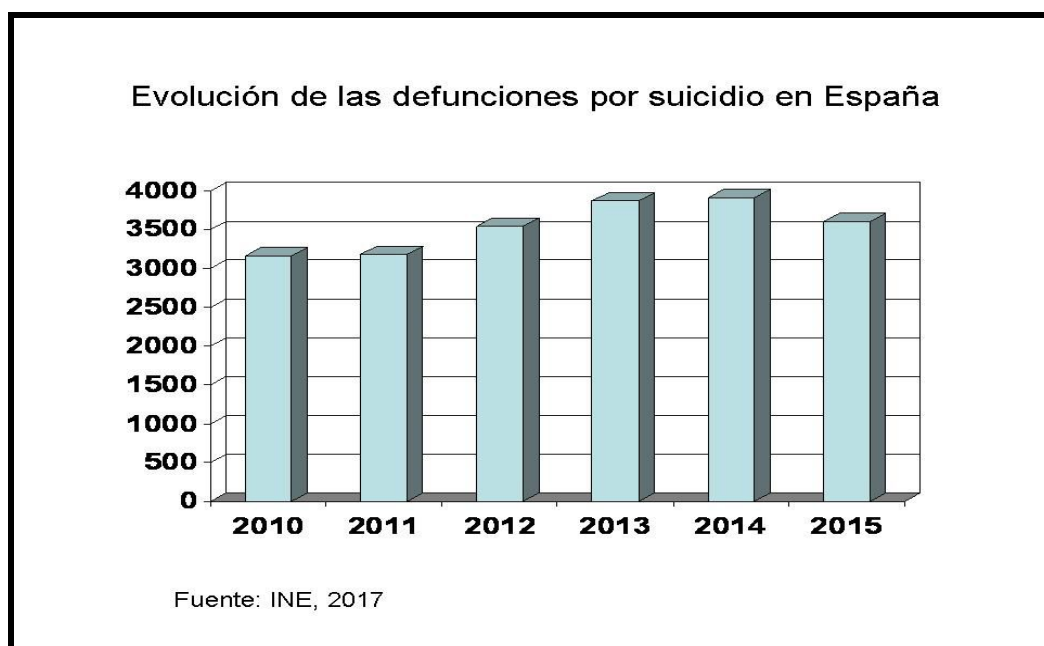


Fig. 9.- Evolución de Defunciones por Suicidios en España, año 2015.-

Los métodos de suicidio varían de acuerdo a los países. Los más utilizados son el ahorcamiento, el envenenamiento por pesticidas, y el disparo de armas de fuego. Estas diferencias se deberían a la disponibilidad. En 56 países el método más utilizado fue el ahorcamiento.

En China el método más común es el envenenamiento por pesticidas, mientras que en Suiza y Japón lo es el ahorcamiento a pesar de que en el último mencionado aún se practica el harakiri.

En Singapur y Hong Kong el salto desde alturas es utilizado en el 80 y 50 % de los suicidios respectivamente.

América Latina posee tasas de suicidios inferiores a las de Europa y Asia. (Fig. 10)

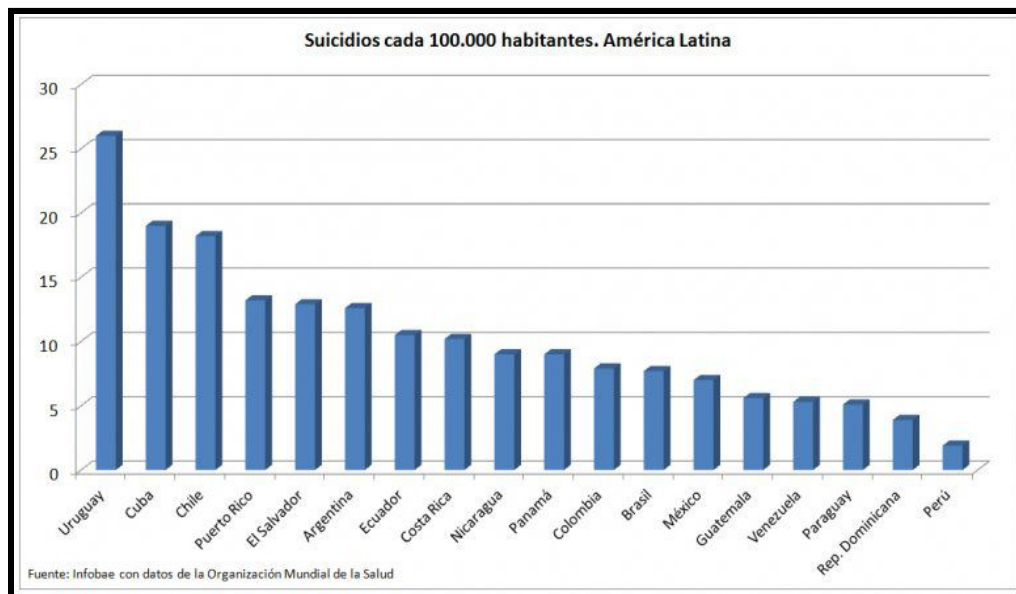


Fig. 10.- Mortalidad por Suicidio en América Latina según OMS en el año 2012.-

En Estados Unidos, entre 1999 y 2014 la tasa de suicidios aumentó un 24 %, pasando de 10,5 a 13,0 por 100.000 habitantes, tanto en hombres como en mujeres de todas las edades. En este país el método más utilizado es el disparo de arma de fuego, que involucra al 57 % de los suicidios. (Fig. 11)

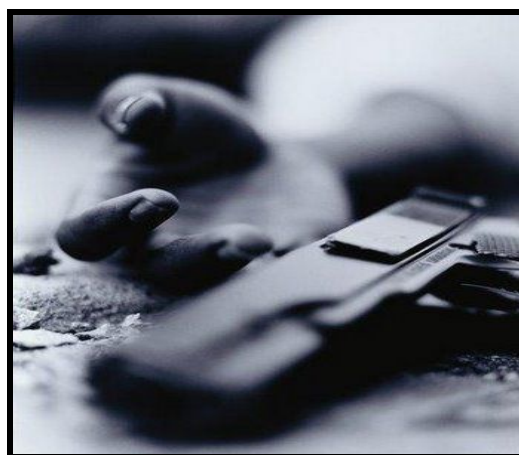


Fig. 11.- Suicidio por arma de fuego.-

En la Argentina la mortalidad por suicidio presentó un importante incremento en las últimas décadas; algunos especialistas lo asocian con la existencia de una crisis de valores.

Si bien las defunciones por suicidio representaron antes de 1980 el 1% del total de muertes entre los jóvenes (15 a 29) años, esta proporción se triplicó pasando al 4% en 1980 y al 14% en el año 2004; junto con el resto de las causas externas (homicidios y accidentes), el suicidio representó para este grupo etáreo uno de los principales motivos de defunción, alcanzando el 60% de las muertes.

Entre 1980 y 2004 se registraron según las estadísticas vitales, 59.000 muertes por suicidios; el 76% correspondió a varones y el 24% a jóvenes entre 15 y 24 años.

En la Argentina, la mortalidad por suicidio en adolescentes y jóvenes se incrementó de 1,5 cada 100.000 habitantes en 1990 a 10,7 cada 100.000 en el año 2007, con mayor incremento en edades entre 20 y 25 años. Existen pocas referencias y estudios relacionados con la temática planteada para niños menores de 10 años. (Fig. 12)

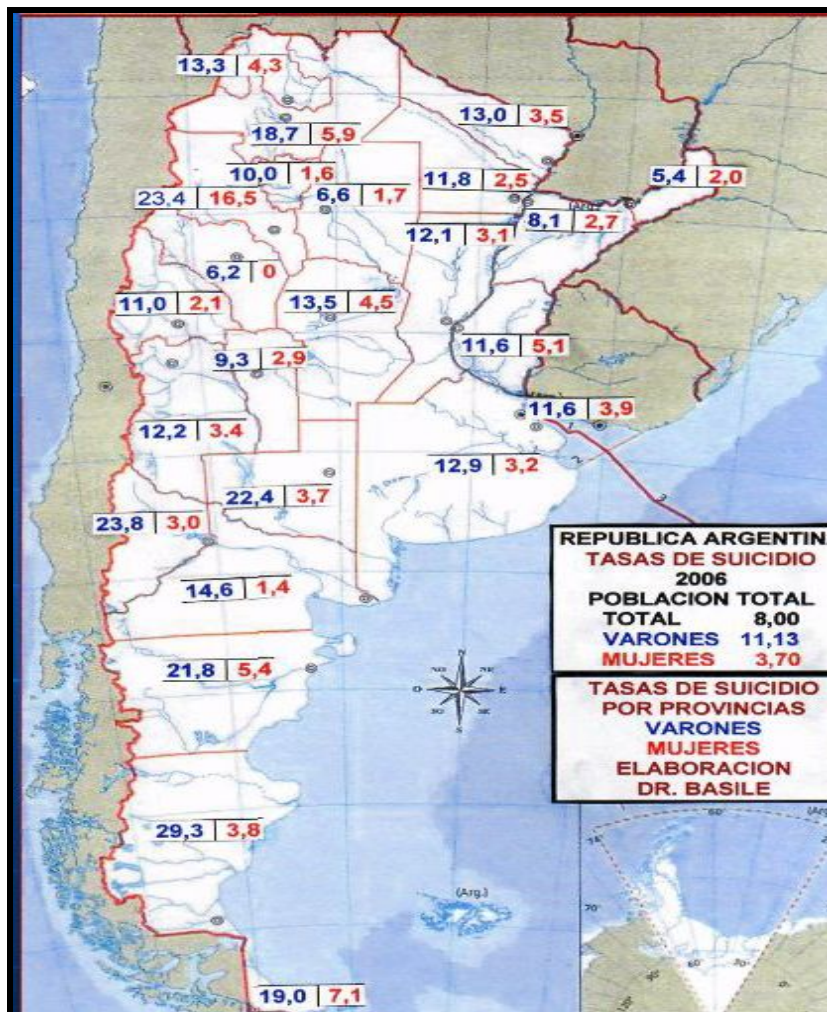


Fig. 12.- Tasa Suicidio en Argentina, 2006. (Dr. Basile)

Las estadísticas muestran que actualmente existe una tasa de suicidios en este país que supera la muerte por homicidios. Constituye la segunda causa de muertes traumáticas después de los accidentes de tránsito, afectando en mayor grado a la población adolescente (12 a 24 años). Se agrega a ello, que el 20% de las personas que intentan suicidarse una vez, vuelven a realizarlo al cabo de un año, y el 50% luego de 5 años.

En la Argentina, la tasa de mortalidad por suicidios creció considerablemente en los grupos más jóvenes (15 y 24 años). El fracaso académico, la rigidez del contexto en las comunicaciones familiares, suele afectar a los adolescentes vulnerables precipitando la conducta suicida.

Por otra parte, un porcentaje importante de jóvenes entre 18 y 24 años, incluso con educación secundaria y terciaria, no ha logrado acceder al campo laboral durante los últimos años, situación que forma parte de una crisis económica que afecta al país, con gran impacto social.

La relación entre sexos sigue siendo 3:1 a favor de los varones ya que utilizan métodos más letales, siendo el ahorcamiento el más frecuente.

En la república Argentina, la distribución de la tasa de suicidios varía entre regiones y provincias, siendo mayor en regiones patagónicas y del noroeste. (Prof. Dr. Héctor Basile, 2008).

Desarraigos y factores socioeconómicos, asociados a migraciones son causal de comportamientos suicidas.

Los suicidios adolescentes siguen aumentando en provincias como Salta, que presenta una suba del 328 % duplicando la media nacional y en porcentaje 5 veces superior a capital Federal, en la franja etárea de 15 a 19 años entre 1997 y 2008. (Fig. 13)

Mientras a nivel nacional la cantidades de muertes por suicidios en los jóvenes de entre 10 y 19 años se triplicaron entre 1990 y 2013, en la provincia de Salta se multiplicaron por siete, un indicador preocupante y que se puede encontrar también en menor medida en otras provincias de la región como Tucumán, Catamarca, La Rioja, además de Jujuy y Formosa.

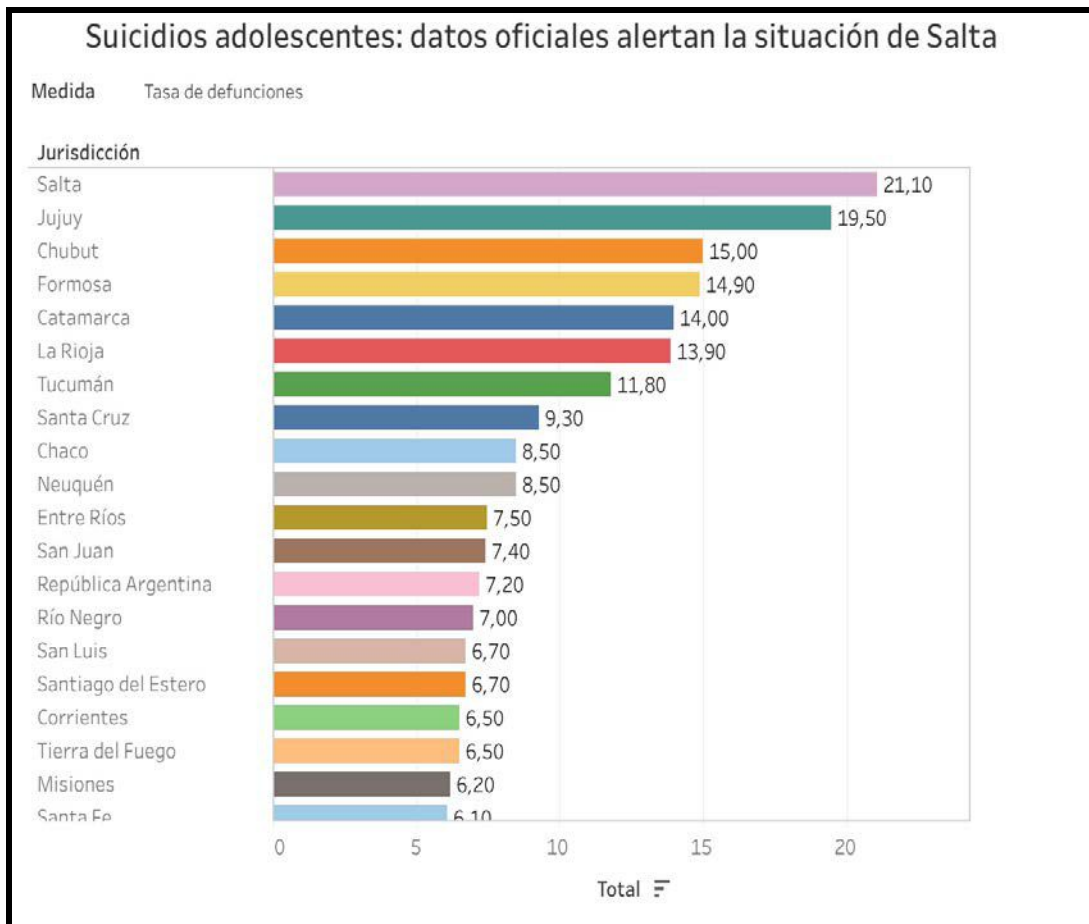


Fig. 13.- Defunciones por suicidio en provincia de Salta, año 2013 (según Ministerio de Salud de la Nación y Unicef)

En la provincia de Buenos Aires, la tasa de suicidios en el año 2006 era de 12,9 en hombres y 3,2 en mujeres, pero habría de 8 a 24 intentos por cada hecho consumado. Estadísticas similares se registraban por entonces en la población de adolescentes de la provincia de Santa Fe. (Fig. 14 y 15)

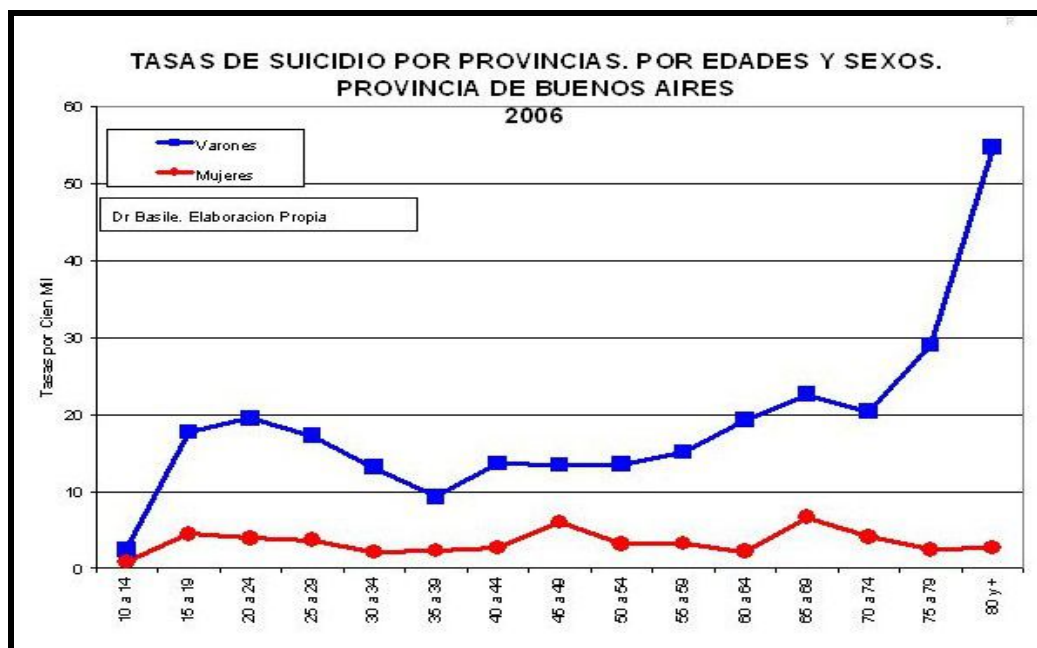


Fig. 14.- Tasa Mortalidad por Suicidio en Provincia de Buenos Aires año 2006. (Dr. Basile)

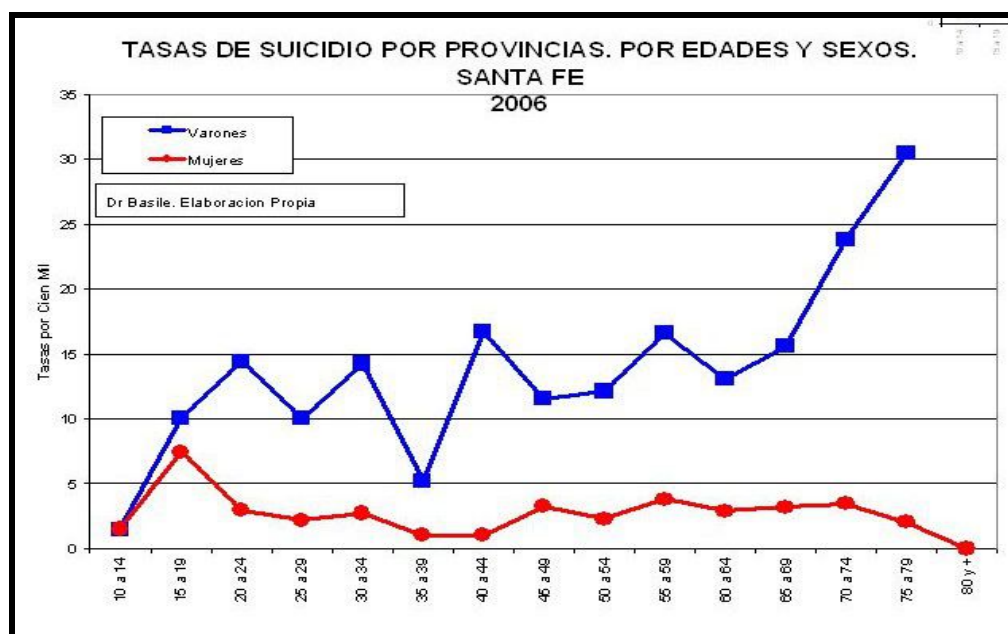


Fig. 15.- Tasa Mortalidad por Suicidio en Provincia de Santa Fe año 2006. (Dr. Basile)

El Lic. Fernando Algaba, elaboró un análisis y un resumen sobre la problemática de suicidios, actualmente preocupante en ciertos sectores de la sociedad como los jóvenes y adolescentes, y en diferentes departamentos, ya que Santa Fe es la segunda provincia con mayor cantidad de ahorcamientos.

Basado en un informe del Ministerio de Salud de Santa Fe, presentado en 2011, respecto a la mortalidad por causas externas, sostuvo que el Departamento Castellanos tuvo en el año 2008 la cantidad de 21 suicidios resultando una tasa de 1,19 suicidios por año por cada 10 mil habitantes.

En la provincia los Departamentos con mayor tasa de suicidio son San Javier (3,75) y San Cristóbal (3,21).

Un dato a tener en cuenta, es que Santa Fe es la segunda provincia con mayor cantidad de ahorcamientos luego de Buenos Aires (inclusive por encima de Capital Federal) para el período 1997-2010.

Según datos brindados por la Unidad Regional V en 2013 hubo 24 suicidios, 4 en Rafaela (1 con arma de fuego y 3 por ahorcamiento) y 20 en el resto del Dpto. Castellanos (5 con arma de fuego y 15 por ahorcamiento).

En el año 2014, la provincia de Santa Fe pasó a ocupar el segundo puesto en el país de muertes por suicidios. De los 3340 casos a nivel nacional, 1045 de ellos se registraron en niños y adolescentes de 5 a 24 años.

No se encontraron datos específicos para éstos grupos etéreos, como tampoco información precisa sobre la mortalidad por suicidios en niños y adolescentes en los distintos municipios o comunas del Departamento La Capital de la provincia de Santa Fe. (Fig. 16)

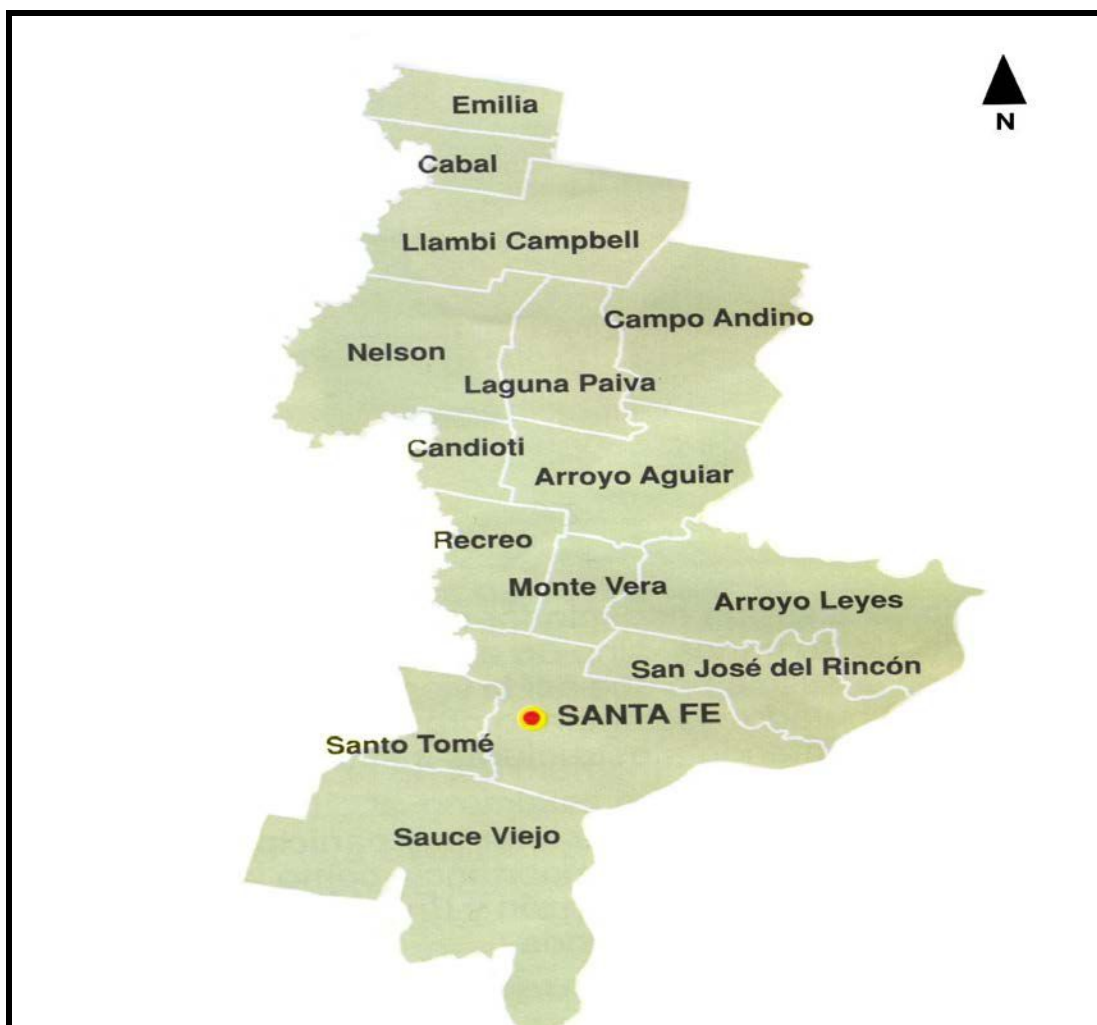


Fig. 16.- Departamento La Capital de Santa Fe.

Teniendo en cuenta el quinquenio 2010-2015, durante dicho período se produjeron un total de 1381 suicidios en la provincia de Santa Fe, de los cuales 391 corresponden a la franja etárea de 5 a 24 años.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) el suicidio es la segunda causa de fallecimiento en el grupo de niños y jóvenes de entre 10 y 24 años.

Al igual que las demás causas de muerte violenta, el suicidio es prevenible en la medida que se cuente con información apropiada que permita la elaboración de programas para su detección y tratamiento oportuno.

Desde el punto de vista legislativo, durante el mes de julio de 2017, el Senado santafesino aprobó el Proyecto de Ley que adhiere a la Ley Nacional de Prevención del Suicidio (Nro. 27.130) promulgada en abril del año 2015.

Dicha norma, declara como objetivos para la salud pública 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 de suicidio.

Establece además, la necesidad de contar con políticas públicas para disminuir la incidencia y prevalencia del suicidio como causa de muerte, como así también lograr una sensibilización de la población, ya que el suicidio constituye una realidad silenciosa en las sociedades modernas, que impide su prevención de forma adecuada.

En base a todo lo expuesto, el objetivo del presente trabajo fue analizar la mortalidad por suicidio en niños, adolescentes y jóvenes, de 5 a 24 años, según sexo, mecanismo utilizado, lugar de ocurrencia, día y hora de la semana, barrio, municipalidad o comuna dentro del departamento La Capital de Santa Fe, en el período 2010-2015.

OBJETIVOS

- **Justificación.**

Que frecuencia en la cantidad de suicidios en niños y adolescentes se registraron en Santa Fe, departamento La capital, entre el 2010-2015?

- **Objetivo General.**

Analizar la mortalidad por suicidio en niños y adolescentes de 5 a 24 años en el departamento La Capital de Santa Fe, durante el período 2010-2015.

- **Objetivos específicos.**

1. Obtener registros locales sobre la cantidad de suicidios en niños y adolescentes
2. Investigar el suicidio por edad cronológica
3. Estudiar la diferencia por sexo de niños y adolescentes que consumaron el suicidio en Santa Fe departamento Capital entre el año 2010 y 2015
4. Conocer las características del acto suicida (método empleado; lugar del hecho; día de la semana; hora del día; barrio; municipalidad/comuna)
5. Comparar resultados obtenidos con estudios nacionales y extranjeros

METODOLOGÍA

Estudio observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo de las defunciones por suicidio registradas en niños y adolescentes de 5 a 24 años de edad, de ambos sexos, en el período de 2010-2015 en el departamento La Capital de Santa Fe.

Los datos se obtuvieron a partir de la División de Medicina Legal de la URI 1 de Santa Fe; se analizaron según grupo de edad, sexo, mecanismo de suicidio utilizado, lugar de ocurrencia, día y hora de la semana, barrio, municipalidad o comuna y distritos.

El análisis estadístico se realizó con base en los fundamentos de la estadística descriptiva. Así, se calcularon frecuencias absolutas y relativas, expresadas en porcentajes, para el análisis de datos correspondientes a niños y adolescentes de 5 a 24 años a través de la frecuencia en el quinquenio 2010-2015, por método de suicidio y grupo de edad.

Para la valoración y análisis de las causas de muerte, las mismas se categorizaron según la “Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y problemas relacionados con la salud”¹⁷ (CIE 10), en el capítulo de Lesiones Externas, que abarca lesiones autoinflingidas (suicidios) en sus diversas formas, desde el código X60 hasta el X84. Se analizaron agrupando las mismas en: intoxicación/envenenamiento (X60-X69), ahorcamiento (X70), disparo arma de fuego (X72-X74).

A los fines de analizar suicidio por edades, se los delimitó según las diferentes fases evolutivas de niñez, adolescencia y juventud, distinguiendo 4 etapas: niñez, de 5 a 9 años; adolescencia temprana, entre 10 y 14 años; adolescencia media, entre 15 y 19 años; y adolescencia tardía o juventud, entre 20 y 24 años.

En el análisis del lugar de ocurrencia, se tuvo en cuenta el sitio preciso de levantamiento del cadáver por personal de la División de Medicina Legal de la URI 1 de Santa Fe.

Los días de ocurrencia, se contemplaron entre hábiles (lunes a sábados) y no hábiles (domingos) que incluyen feriados.

Para el análisis de la hora de ocurrencia se consideró horario diurno de 8 a 20 hs y viceversa para la jornada nocturna.

En la valoración y análisis de las diferentes zonas dentro del Departamento La Capital de Santa Fe, se tuvo en cuenta las municipalidades y comunas que comprende, como así también la ingerencia de la URI 1 en las mismas. Incluye Emilia, Cabal, Llambi Campbell, Nelson, Laguna Paiva, Campo Andino, Candiotti, Arroyo Aguiar, Recreo, Montevera, Arroyo Leyes, San José del Rincón, Santo Tomé, Santa Fe, y Sauce Viejo.

Se consideró además analizar barrios y distritos de la ciudad de Santa Fe; estos últimos se subdividen en Norte, Noreste, Noroeste, Oeste, Este, Suroeste, Centro y Costa.

El software utilizado para el análisis de los datos fue IBM SPSS v23.0; gráficos de barras, sectores e histograma fueron utilizados para visualizar la información obtenida.

RESULTADOS

Análisis de frecuencia de suicidios por grupo de edad y sexo

El total de muertes por suicidio en el grupo de 5 a 24 años fue de 97 casos durante el quinquenio 2010-2015, predominando en varones los mayores valores. (Gráfico 1a). De total de decesos, 19 ocurrieron en 2010, 15 en 2011, 15 en 2012, 12 en 2013, 18 en 2014, 18 en 2015; manteniéndose una baja variabilidad en el tiempo. (Gráfico 1b).

En el grupo de 5 a 9 años no se encontraron muertes por suicidio durante el período 2010-2015.

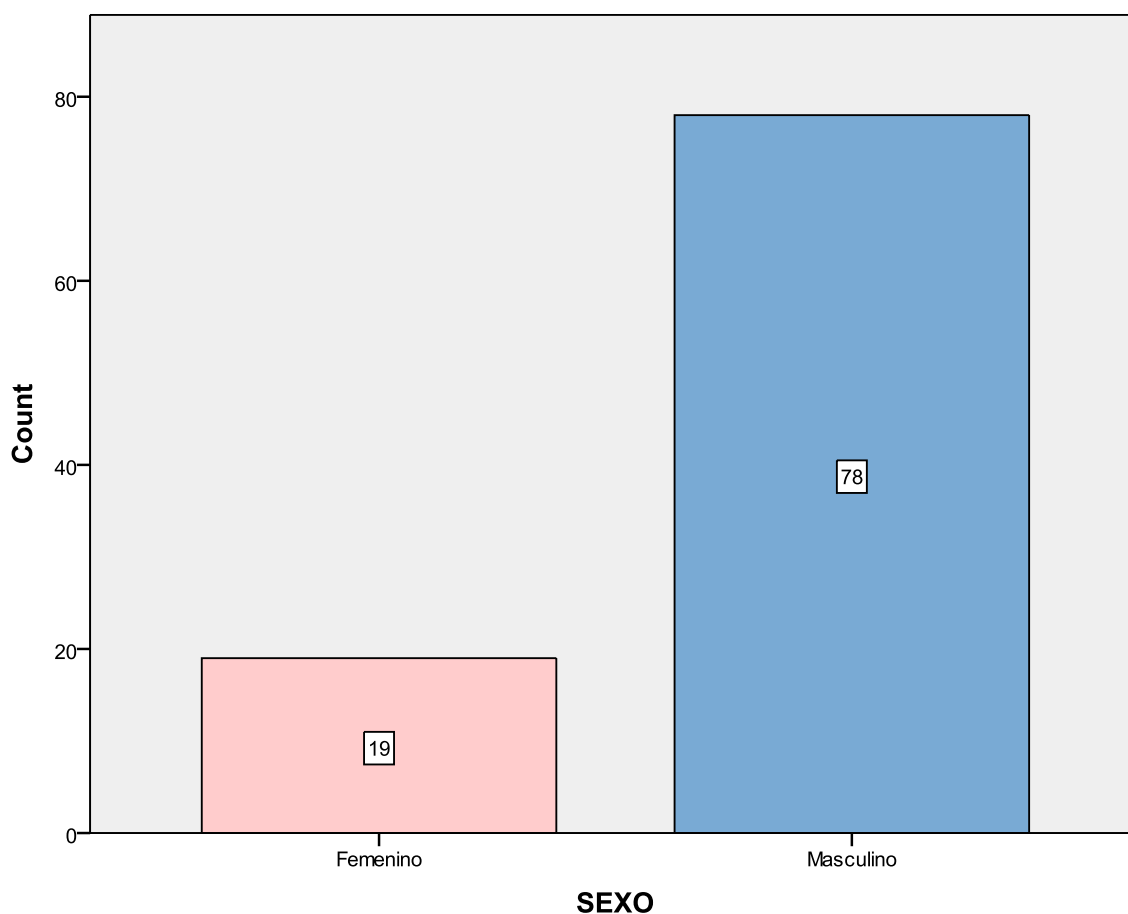


Gráfico 1a.- Total de muertes por Suicidios en mujeres y varones en Santa Fe, departamento La Capital en el período 2010-2015.

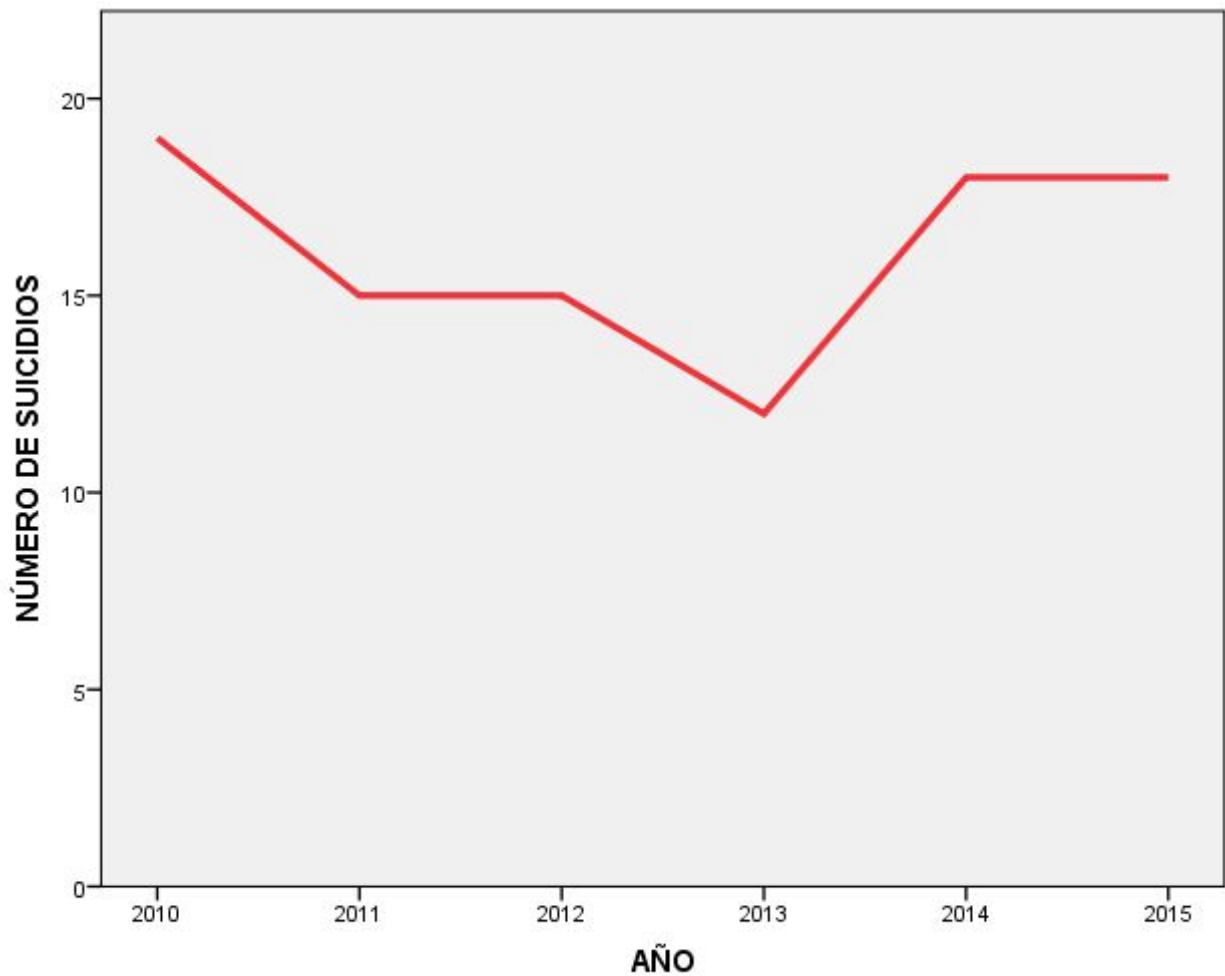


Gráfico 1b.- Cantidad de muertes por Suicidios por año en Santa Fe, departamento La Capital en el período 2010-2015.

La frecuencia de muertes por suicidio y por edad, demuestra en gráfica de histograma, 3 modas específicas y progresivas que determinan un aumento lineal a los 18, 21 y 24 años, seguidos por descensos inmediatos a éstos en sus años consecutivos, 19 y 22 años. (Gráfico 2)

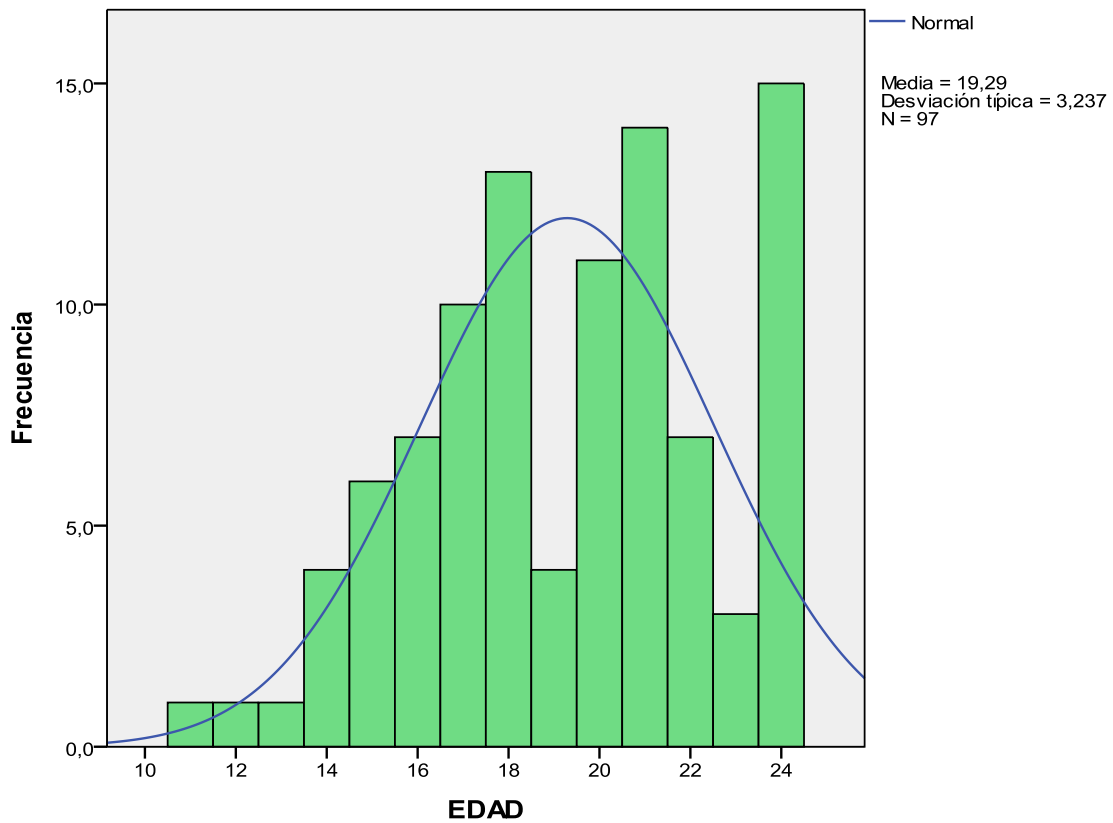


Gráfico 2.- Frecuencia de muertes por Suicidio según la edad, en Santa Fe departamento la Capital en período 2010-2015.

La frecuencia de muertes por suicidio según grupo de edad y sexo, demuestra que en mujeres el grupo de mayor riesgo es el de 15 a 19 años, y que en los varones el riesgo aumenta con la edad. (Tabla 1).

Tabla 1.- Frecuencia de muertes por suicidio según grupo de edad y sexo, en Santa Fe departamento La Capital, en período 2010-2015.

RANGO ETARIO	FEMENINO N(%)	MASCULINO N(%)
10-14	2 (28)	5(72)
15-19	10(25)	30(75)
20-24	7(14)	43(86)

Fuente: Elaborado a partir de datos del Area Medicina Legal de la URI 1, Santa Fe.

Análisis por mecanismo de suicidio según edad

En el grupo de 10 a 24 años se encontró que el método de suicidio más utilizado fue el *ahorcamiento* con un porcentaje de 87,63 %, seguido por disparo de *arma de fuego* en el 7,22 %. (Tabla 2 y Gráfico 3).

Resultaron menos significativos otros mecanismos utilizados como intoxicaciones y quemaduras.

Tabla 2.- Muertes por suicidio según método utilizado en grupo de 10 a 24 años, en Santa Fe departamento La Capital, en período 2010-2015.

METODO	FRECUENCIA (N)
Ahorcamiento	85
HAF	7
Intoxicación	4
Quemadura	1
Total	97

Fuente: Elaborado a partir de datos del Area Medicina Legal de la URI 1, Santa Fe.

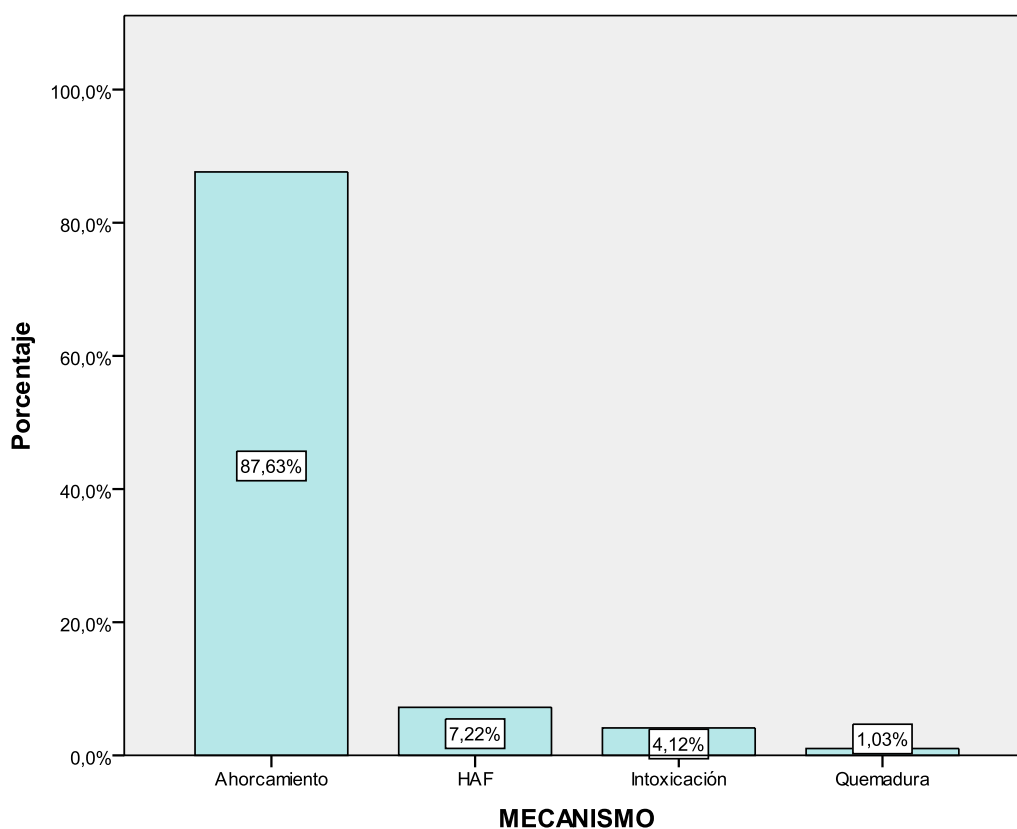


Gráfico 3.- Porcentaje según mecanismo utilizado en muertes por Suicidios en grupo de 10 a 24 años en Santa Fe, departamento La Capital en quinquenio 2010-2015.

Análisis de suicidio por lugar de ocurrencia

Al analizar los suicidios según lugar de ocurrencia, se encontró que en el grupo de 10 a 24 años, el sitio más frecuente fue el *domicilio particular o lugar de residencia* en el 94,85 % de los casos; mientras que la presentación en lugares *públicos* ocurrió en el 5,15 %. (Tabla 3 y Gráfico 4)

Tabla 3.- Frecuencia de lugar de ocurrencia de suicidios en grupo de 10 a 24 años en Santa Fe, departamento La Capital en período 2010-2015.

LUGAR	FRECUENCIA (N)
Domicilio	92
V. Pública	5
Total	97

Fuente: Elaborado a partir de datos del Area Medicina Legal de la URI 1, Santa Fe.

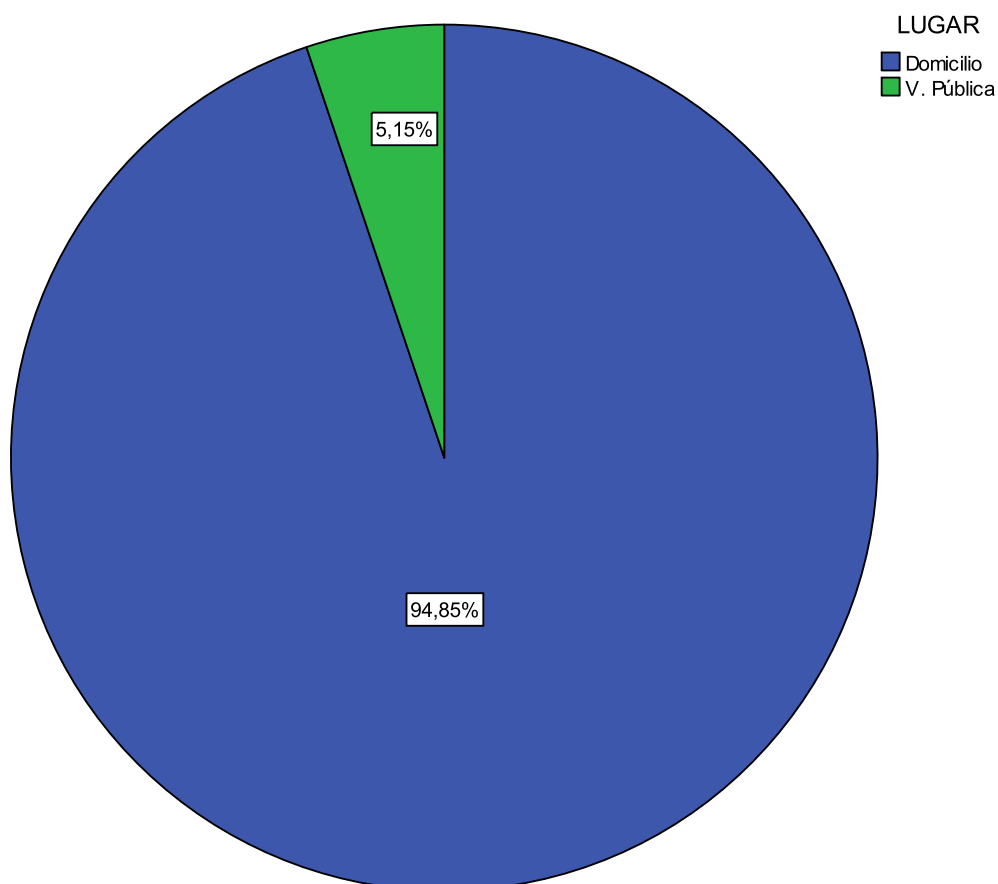


Gráfico 4.- Frecuencia de muertes por Suicidio según lugar de ocurrencia, en grupo de 10 a 24 años en Santa Fe, departamento La Capital en período 2010-2015.

Análisis de suicidio por día y hora

El día de la semana que más suicidios se consumaron en adolescentes y jóvenes en Santa Fe departamento La Capital, ha sido el domingo en el 20,6 por ciento; le siguen el día viernes y miércoles con un 15,5 por ciento. (Tabla 4 y Gráfico 5)

Tabla 4.- Frecuencia de lugar de ocurrencia de suicidios en grupo de 10 a 24 años en Santa Fe, departamento La Capital en período 2010-2015.

DIA	FRECUENCIA (N)
Domingo	20
Jueves	9
Lunes	14
Martes	10
Miércoles	15
Sábado	14
Viernes	15
Total	97

Fuente: Elaborado a partir de datos del Area Medicina Legal de la URI 1, Santa Fe.

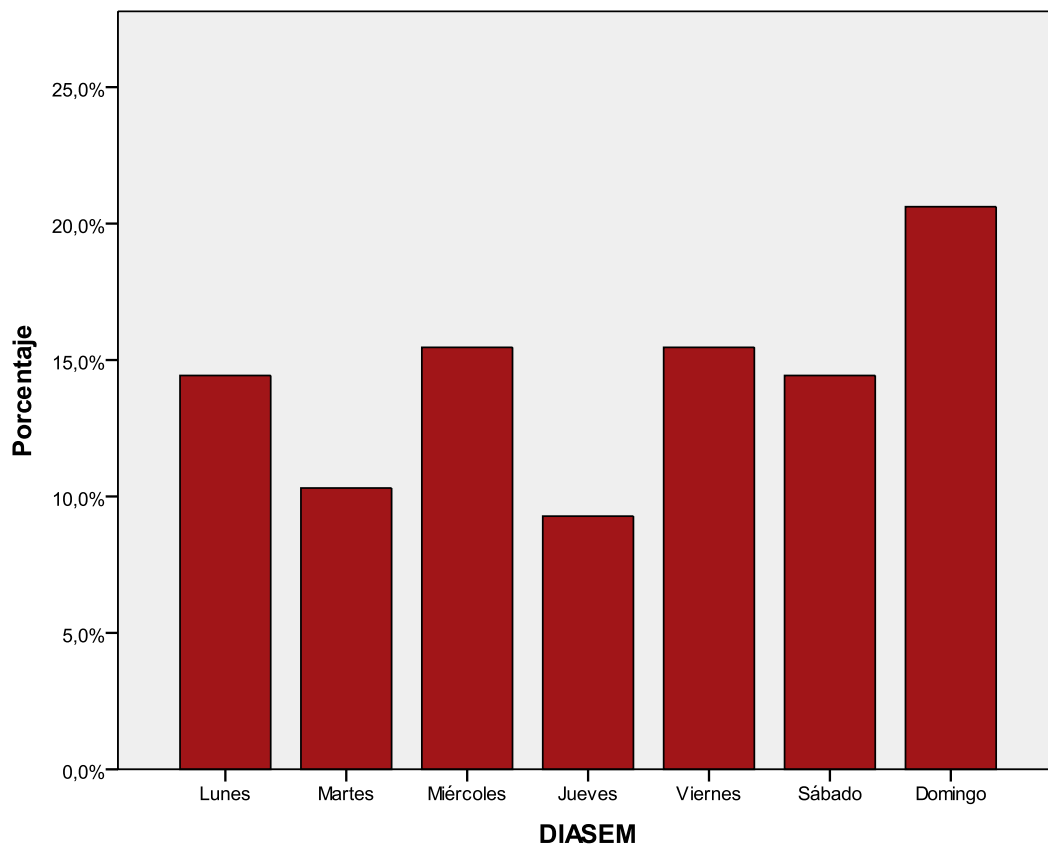


Gráfico 5.- Porcentaje de muertes por suicidio según día de la semana en grupo de 10 a 24 años, en Santa Fe departamento la Capital, en período 2010-2015.

Sin embargo, en el 62,89 % de los casos, estas muertes por suicidios se efectuaron en días hábiles, en contraposición al 37, 11 % observados en día no hábiles que incluyen feriados. (Tabla 5 y Gráfico 6)

Tabla 5.- Muertes por suicidios según días hábiles y no hábiles, en grupo de 10 a 24 años, en Santa Fe departamento La Capital en período 2010-2015.

DIA	FRECUENCIA (N)
Hábil	61
No Hábil	36
Total	97

Fuente: Elaborado a partir de datos del Area Medicina Legal de la URI 1, Santa Fe.

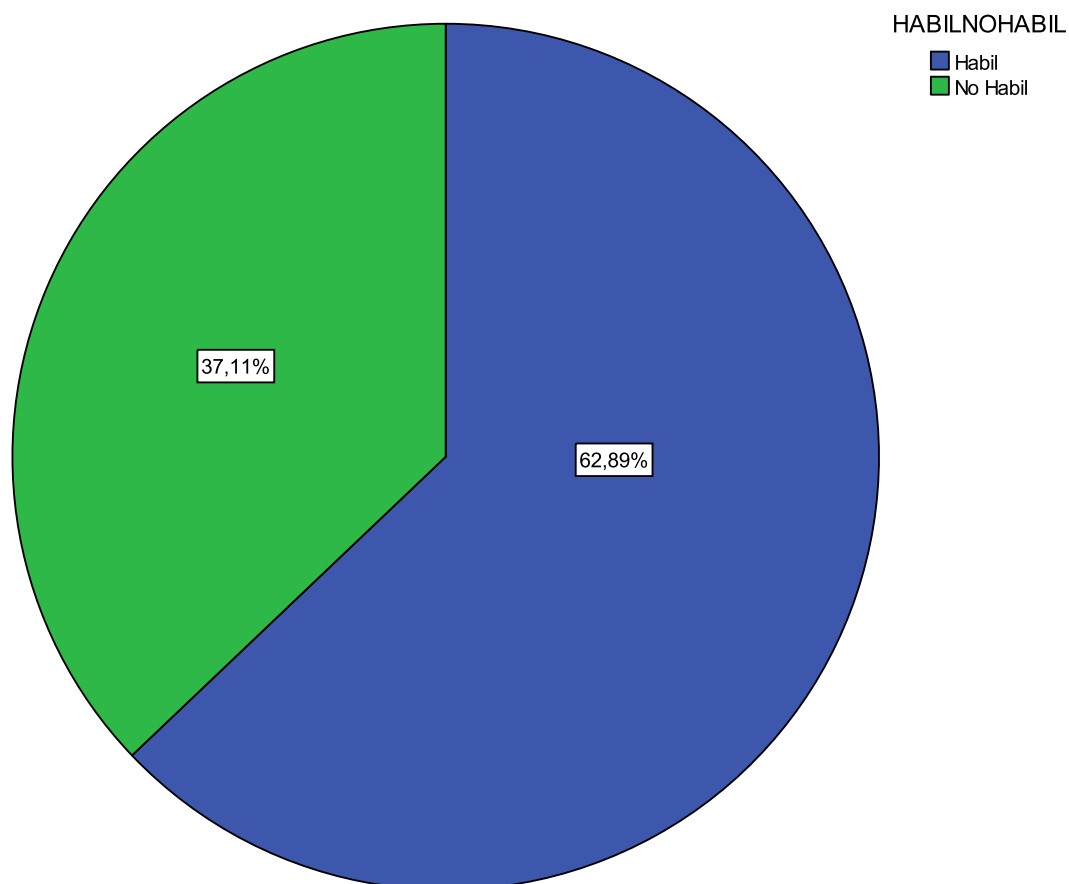


Gráfico 6.- Porcentaje de muertes por Suicidios en días hábiles y no hábiles en el grupo de 10 a 24 años, en Santa Fe, departamento La Capital, quinquenio 2010-2015.

En el análisis de la hora del día en que se sucedieron los suicidios en la población seleccionada, el 68,75 % ocurrió en jornada diurna y el 31,25 % durante la noche. (Tabla 6 y Gráfico 7)

Tabla 6.- Muertes por Suicidios en según ocurrencia en el día o la noche, en grupo de 10 a 24 años, en Santa Fe, departamento La capital, en período 2010-2015.

HORARIO	FRECUENCIA (N)
Día	66
Noche	30
Total	96

Fuente: Elaborado a partir de datos del Area Medicina Legal de la URI 1, Santa Fe.

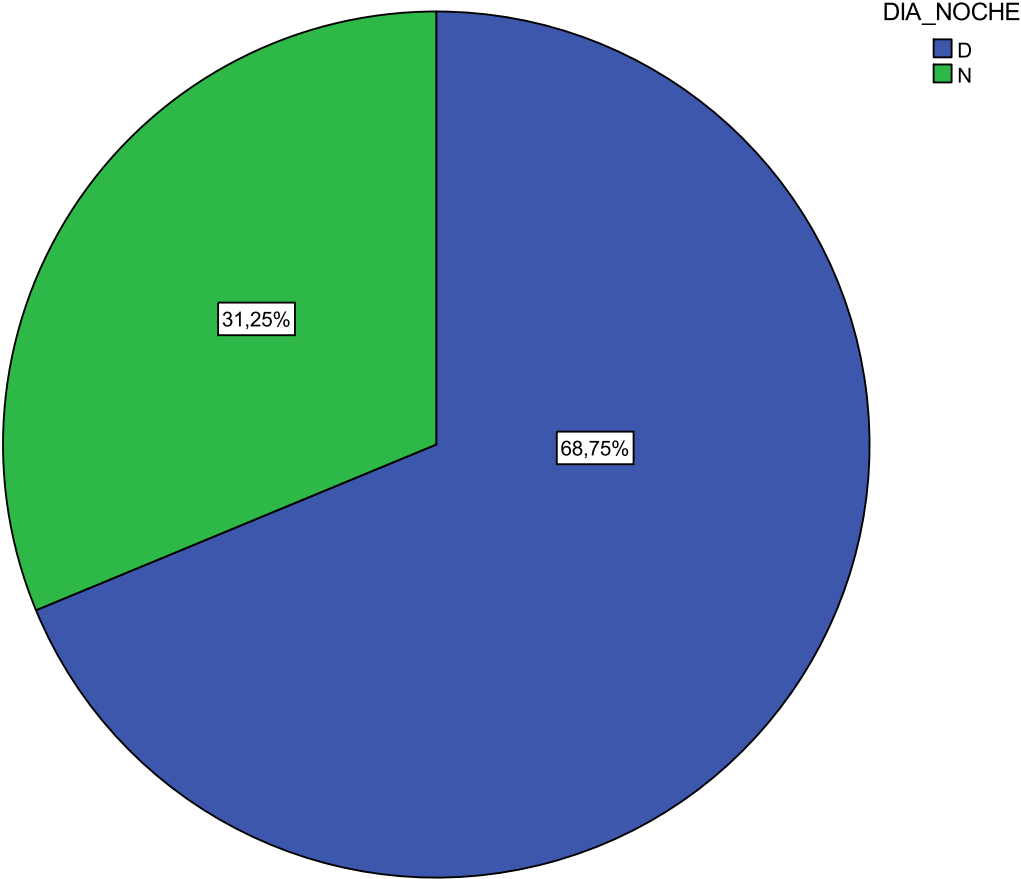


Gráfico 7.- Porcentaje de muertes por suicidios en el día y la noche en grupo de 10 a 24 años, en Santa Fe, departamento La Capital, período 2010-2015.

Análisis de suicidio por localidades del Departamento La Capital Santa Fe

La mayor frecuencia absoluta de suicidios en la población infanto-juvenil, se registró en la ciudad de Santa Fe con 76 decesos; luego Santo Tomé con 8 y Laguna Paiva con 4. El resto de las localidades presentan solo un caso cada una. (Tabla 7)

Tabla 7.- Frecuencia de suicidios según localidades del Departamento La capital de Santa Fe, en grupo de 10 a 24 años, en período 2010-2015.

LOCALIDAD	FRECUENCIA (N)	PORCENTAJE
Arroyo Leyes	1	1,0
Candiotti	1	1,0
Colastiné	1	1,0
La Guardia	1	1,0
Laguna Paiva	4	4,1
Montevera	1	1,0
Recreo	1	1,0
Rincón	1	1,0
San Javier	1	1,0
Santa Fe	76	78,4
Sauce Viejo	1	1,0
Sto. Tomé	8	8,2
Total	97	100,0

Fuente: Elaborado a partir de datos del Area Medicina Legal de la URI 1, Santa Fe.

Análisis de suicidio por distritos de Santa Fe ciudad

Se analizaron suicidios en adolescentes y jóvenes teniendo en cuenta los distritos de la ciudad de Santa Fe (Fig.2). Se encontró que aquellos de la zona Norte (incluyendo Noreste y Noroeste) presentaron mayor frecuencia con un total de 34 muertes, seguidas por el distrito Centro con 17, Suroeste 13, Oeste 6, La Costa 5 y el Este 4. En todos los distritos el rango etario entre 15 y 24 años es el que aportó el mayor número de suicidios. (Tabla 8 y Gráfico 8)

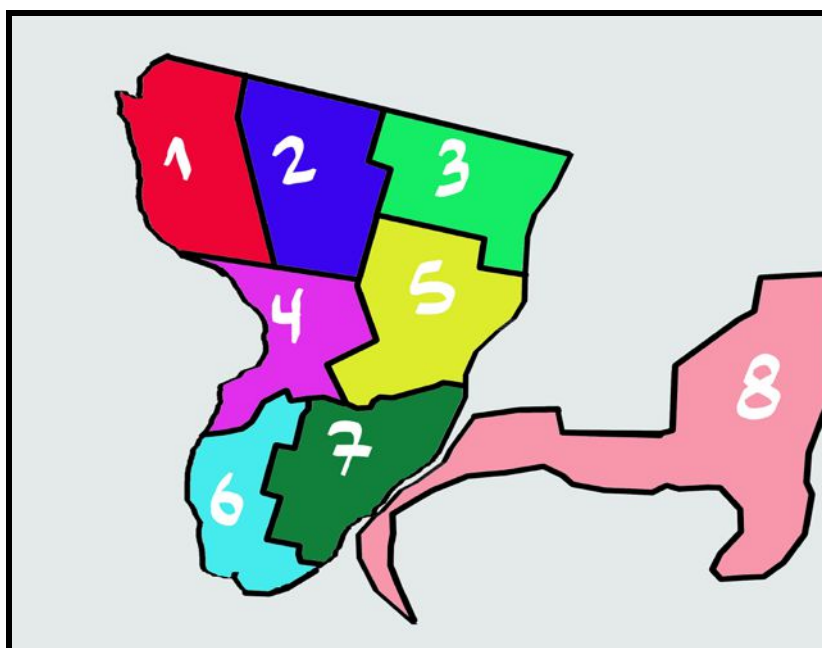


Fig. 17.- Distritos Santa Fe Departamento La Capital. (Referencias: 1) Noroeste; 2) Norte; 3) Noreste; 4) Oeste; 5) Este; 6) Suroeste; 7) Centro; 8) La Costa)

Tabla 8.- Muertes por Suicidio según rango edad y distrito de la ciudad de Santa Fe, en período 2010-2015.

RANGO ETARIO	DISTRITO					
	CENTRO N(%)	COSTA N(%)	ESTE N(%)	NORTE N(%)	OESTE N(%)	SUROESTE N(%)
10-14	3 (18)	0 (0)	1 (0)	1 (3)	0 (0)	2 (15)
15-19	5(29)	2 (40)	2 (50)	17 (50)	2 (33)	4 (31)
20-24	9(53)	3 (60)	2 (50)	16 (47)	4 (67)	7 (54)

Fuente: Elaborado a partir de datos del Area Medicina Legal de la URI 1, Santa Fe.

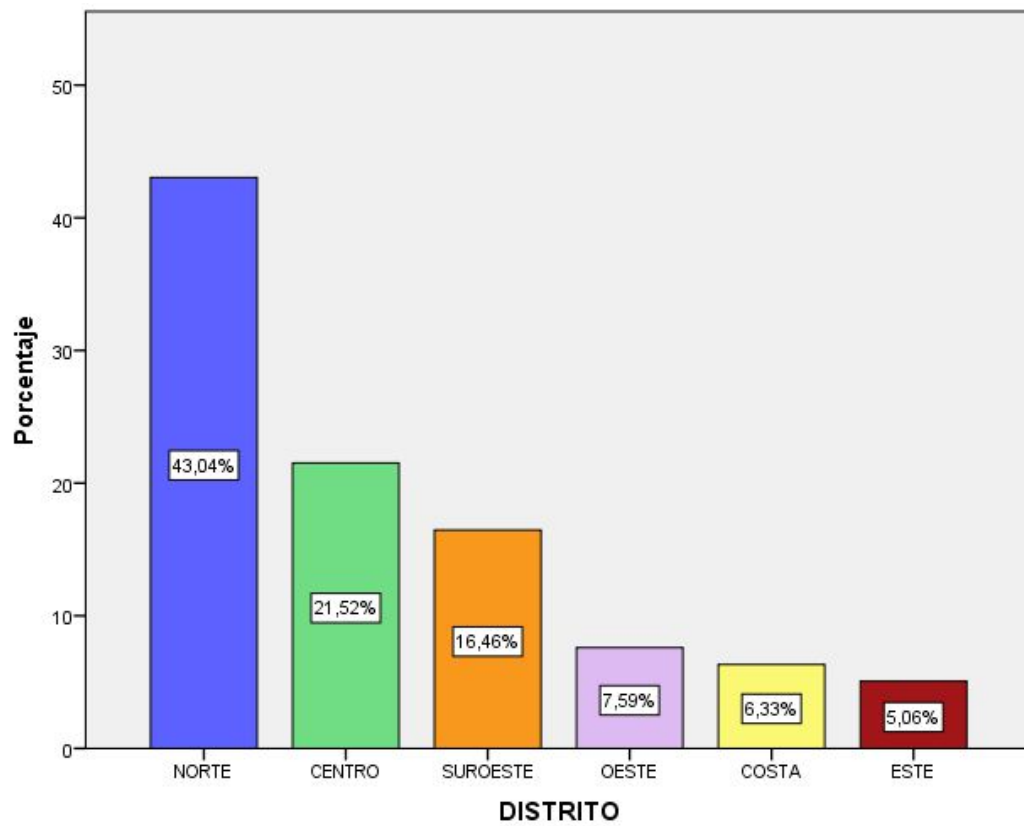


Gráfico 8.- Porcentajes de muertes por Suicidio según distrito de la ciudad de Santa Fe, en período 2010-2015.

DISCUSIÓN

El suicidio de adolescentes y jóvenes es un problema de salud en la Argentina como en otros países, y su aumento progresivo se ha registrado en los últimos años en diversas provincias.

El número de suicidios en el grupo de 10 a 24 años en el departamento La Capital de Santa Fe, determina una tendencia en aumento, en consonancia con las tasas de suicidio a nivel nacional.

Las diversas crisis atravesadas en la adolescencia, la transición de subetapas dentro de la misma y los desafíos que genera cada una de ellas en la sociedad actual, determinan en los más jóvenes condiciones de extrema vulnerabilidad, donde los desajustes afectivos y las reacciones emotivas no escapan a la sintomatología fisiológica tantas veces presente en esta población.

Sin embargo, a pesar de dichos altibajos propios del ciclo vital de referencia, el presente estudio permite observar el progresivo aumento de suicidios consumados a edades cada vez más tempranas que obligan profundizar en aspectos biológicos, psicológicos y socioculturales.

La tendencia de la mortalidad por suicidio en la Argentina fue en aumento a través de los años, a pesar de algunas variantes observadas en el análisis de mortalidad por suicidios en cada provincia, de forma similar a lo observado en el presente estudio dentro del departamento La Capital de Santa Fe.

Sin embargo, y a pesar de la baja variabilidad en el tiempo de muertes por suicidio en la franja etaria estudiada durante el quinquenio 2010-2015, la cantidad de muertes por año marcaba una leve disminución desde el año 2010, que vuelve a incrementarse a partir del año 2013 en Santa Fe departamento La Capital. No se encontraron reportes específicos de factores desencadenantes que pudieran haber incidido en muertes por suicidios en el año 2013 en el departamento de La Capital santafesina.

Por otra parte y en coincidencia con trabajos realizados por autores tanto en el país como en el extranjero, en el análisis de suicidios por sexo en Santa Fe departamento La Capital, se registró que los varones fueron los más afectados.

Esta característica puede fundamentarse en el tipo de método utilizado para cometer el suicidio, con significativo grado de letalidad, siendo habitualmente elegido por este sexo el ahorcamiento y las armas de fuego; inciden además, elementos del desarrollo y diferentes psicopatologías en cada sexo.

El ahorcamiento fue el método utilizado con mayor frecuencia para consumar el suicidio en la población de adolescentes y jóvenes del departamento en estudio, al igual que investigaciones nacionales pero a diferencia de lo observado en otros países como EEUU, donde el uso de armas de fuego resulta el método más elegido.

Por diversos factores culturales en la Argentina, la población tiene el acceso más facilitado a elementos que se utilizan para el ahorcamiento ya que son de uso frecuente.

Sin embargo, cabe mencionar que durante la presente recolección de datos, se detectaron en Santa Fe, cifras significativas de muertes por ahogamiento en la población infantojuvenil, que

ocurrieron en ríos y lagunas de la zona costera, sobre los cuales no se realiza de rutina la autopsia correspondiente y por lo tanto no se descarta la posibilidad de que en algunos casos se trate de muertes por suicidio.

Al respecto, la Organización Mundial de la Salud establece que los ahogamientos constituyen la tercera causa de muerte por traumatismo no intencional, muriendo cada año 360000 personas en el mundo, siendo el riesgo de ahogamiento mayor en niños varones, con facilidad de acceso al agua. “Existe un amplio margen de incertidumbre en torno a la estimación de la mortalidad por ahogamiento en el mundo, ya que los métodos utilizados para clasificar los datos oficiales sobre ahogamientos, hacen que queden excluidas las muertes por ahogamiento intencionado como el suicidio”. (OMS, mayo 2017)

En el análisis de suicidios por barrios y distritos de la ciudad de Santa Fe, lugar donde se registró el mayor número de casos, se observó que los distritos que configuran la zona norte de la ciudad, duplican el número de suicidios del distrito centro, y supera incluso a la suma total de distritos restantes. Esta distribución geográfica posiblemente se vincule con la expansión poblacional y habitacional de los últimos años hacia la región norte.

Cabe mencionar la dificultad de contar con registros confiables de mortalidad por suicidio en las diversas localidades del Departamento La Capital de Santa Fe.

Las variables sociodemográficas consideradas en el presente estudio de muertes por suicidios en la población infantojuvenil, no resultan suficientes para identificar otros elementos que inciden en la serie de acontecimientos que finalizan en una muerte prematura. En tal sentido, el estudio presenta sus limitaciones.

El registro de muertes en niños y adolescentes, debería completarse con autopsias psicológicas, técnica pericial que permite reconstruir la vida de la persona, identificando diversos aspectos que incidieron en la decisión, como sucesos estresantes, estado mental, rasgos de personalidad, etc; ello permitiría profundizar en la detección de factores relacionados con el suicidio, para el desarrollo y aplicación de medidas sanitarias oportunas.

El presente trabajo no registró muertes por suicidio en niños de 5 a 9 años, lo que difiere de otras provincias de la Argentina. Este aspecto debería considerarse y tenerse en cuenta ya que resulta significativo el aumento de decesos accidentales en ésta población.

CONCLUSIÓN

El suicidio de adolescentes y jóvenes en Santa Fe departamento La Capital, constituye un problema de salud en aumento progresivo y que compromete mayoritariamente a los varones. El mecanismo de suicidio más utilizado fue el ahorcamiento y el distrito norte de la ciudad de Santa Fe registró el mayor número de suicidios.

AGRADECIMIENTOS

Al Dr. Pascual Pimpinella, Director del Posgrado de Especialización en Medicina Legal (FCM-UNL).

A la MSc Elena Carrera, Directora de Bioestadística (FCM-UNL) y Tutora del presente TFI; a todo su equipo de trabajo, especialmente a Lucas Costa.

Al Dr. Jorge Montenegro, Jefe de Medicina Legal de la URI 1, y a todo su Equipo de Profesionales, especialmente a las Oficiales Paula Vignolo y Andrea Severino, por el tiempo y la atención dispensada que favorecieron la recolección de datos para el presente trabajo.

A todos los colegas de la Cohorte A y B de la Carrera de Especialización en Medicina Legal, por la generosidad de sus aportes y sugerencias en la presente elaboración.

BIBLIOGRAFÍA

- 1- Baca-García E, Aguilar E. Suicidio. En: Vallejo J, Leal C. Tratado de psiquiatría, Vol. II. Barcelona: Ars Médica, 2004:1446-1457)
- 2- Basile H. El suicidio adolescente en la Argentina. ALCMEON. Rev Argent Clín Neuropsiq 2005;12(3):211-31.
- 3- Basile H. Republica argentina tasas de suicidio por edades y sexos por provincias 2006. Disponible en www.psicoadolescencia.com.ar
- 4- Bella ME, Fernández RA, Willington JM. Intento de suicidio en niños y adolescentes: depresión y trastorno de conducta disocial como patologías más frecuentes. Arch Argent Pediatr 2010;108(2):124-9.
- 5- Bella, Mónica E. y col. Análisis de la Mortalidad por Suicidio en niños, adolescentes y jóvenes. Argentina, 2005-2007; Artículo Original. Arch Argent Pediatr 2013;111(1):16-21.
- 6- Borges G, Orozco R, Benjet C, Medina-Mora M. Suicidio y conductas suicidas en México: retrospectiva y situación actual. Salud Pública Mex 2010;52(4):292-304.
- 7- Cardona D, Peláez E, Aidar T, Ribotta B, Álvarez MF. Mortalidad por causas externas en tres ciudades latinoamericanas: Córdoba (Argentina), Campinas (Brasil) y Medellín (Colombia), 1980-2005. Rev Bras Est Pop São Paul 2008;25(2):335-52.
- 8- Cohen , D. Por mano propia. Estudio sobre las prácticas suicidas. Buenos Aires: Fondo de la Cultura Económica, 2007
- 9- Concha-Eastman A, Krug E. Informe mundial sobre la salud y la violencia. Rev Panam Salud Pública 2002;12(4): 227-9.
- 10- Dehne KL, Riedner G., Adolescence, a dynamic concept. Reprod. Health Matters 2001
- 11- Espinoza-Gómez F, Zepeda-Pamplona V, Bautista Hernández V, Hernández-Suarez CM, et al. Violencia doméstica y riesgo de conducta suicida en universitarios adolescentes. Salud Pública Méx 2010;52(3):213-19.
- 12- Fernández, Juan J., Basile H., Pérez Barrero S. “Suicidio Infanto Juvenil”. Editorial Salerno, 2017.
- 13- Ministerio de Salud de la Nación. Dirección de Estadísticas e Información en Salud. Serie 5 Estadísticas Vitales. Información Básica. Año 2000-2007.
- 14- Ministerio de Salud de la Nación. Dirección de Estadísticas e Información en Salud. Serie 5 Estadísticas Vitales. Información Básica. Año 2014. ISSN 1668-9054 Serie 5 - Número 58
- 15- Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe. Análisis de situación de salud de la población de la provincia de Santa Fe. Año 2011. <http://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/102689>

- 16- Ocampo R, Bojorquez I, Cortés M. Consumo de sustancias y suicidios en México: resultados del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones, 1994-2006. *Salud Pública Mex* 2009;51(4):306-13.
- 17- Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional de las Enfermedades. Décima Edición. Ginebra; 1992.
- 18- Organización Mundial de la Salud. El suicidio, un problema de salud pública enorme y sin embargo prevenible. Comunicado de prensa. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/new/releases/2004/pr61/es/>.
- 19- Puentes-Rosas E, López-Nieto L, Martínez-Monroy T. La mortalidad por suicidios: México 1990–2001. *Rev Panam Salud Pública* 2004;16(2):102-9
- 20- Quitarse la vida cuando ésta aún comienza. Suicidios NNA* en Colombia en el año 2013. Boletín Epidemiológico trimestral. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Volumen 6, nº 8. Diciembre 2013
- 21- Raheb Vidal, Carolina (2001). Conducta suicida en adolescentes. Centre Londres 94. Barcelona, España. Recuperado de <http://77www.centrelondres94.com/documento/conducta-suicida>.
- 22- Serfaty E, Andrade JH, Foglia L, Masautis A, Negri G. Suicidio en adolescentes y jóvenes de 10-24 años. Argentina 1991-2000. *Rev Sinopsis* 2006;22(42):17-21.
- 23- Serfaty E, Foglia L, Masautis A, Negri G. Mortalidad por causas violentas en adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años. *Vértex* 2007;(40):25-30.
- 24- Sola M. Sociodemografía del suicidio en la población adolescente y joven en Argentina, 1999-2007. *Rev Argent Salud Pública* 2011;2(9):18-23.
- 25- Vuegen S. Salud de la población adolescente en la Argentina. *Arch Argent Pediatr* 2003;101(6):491-4.
- 26- Yunes J, Zubarew T. Mortalidad por causas violentas en adolescentes y jóvenes un desafío para la región de las Américas. *Rev Bras Epidemiol* 1999;2(3):102-71.
- 27- Yunes J. Mortalidad por causas violentas en la región de las Américas. *Bol Of Sanit Panam* 114(4), 1993.
- 28- Yunes J., Danuta Rajs. Tendencia de la Mortalidad por Causas Violentas en la Población General y Entre los Adolescentes y Jóvenes de la Región de las Américas. *Cad. Saúde Públ.*, Rio de Janeiro, 10 (supl. 1): 88-125 1994
- 29- Wasserman D, Cheng Q, Jiang GX. Global suicide rates among young people aged. *World Psychiatry* 2005;4(2): 114-20.
- 30- Gould MS, Greenberg T, Velting D, Shaffer D. Youth suicide risk and preventive interventions: a review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2003;42(4): 386-405.

- 31- Pandolfo A, Vazques M, Mas M, Vomero A, et al. Intentos de autoeliminación en menores de 15 años. Experiencia en un Servicio de Urgencias. Arch Argent Pediatr 2011;109(1):18-23.
- 32- Genero, S. y Col. Perfil de la mortalidad por suicidios en la provincia del Chaco en el periodo 1994-2011 Rev. Fac. Med. UNNE XXXV: 1, 6-14, 2015
- 33- Hugo Spinelli, Marcio Alazraqui, Diego Galeano, Sabrina Calandrón. Muertes por violencias en Argentina: dos estudios de caso en los Municipios de Venado Tuerto y San Rafael. Ciência & Saúde Coletiva, 17(12):3259-3268, 201
- 34- María Soledad Burrone y col. Estudio de muertes por causas violentas: un análisis de tendencia en jóvenes, Argentina, 2000–2008. Cad. Saúde Colet., 2012, Rio de Janeiro, 20 (4): 460-5460
- 35- María Soledad Burrone y col. Análisis de situaciones familiares relacionadas a la salud mental de niños escolarizados en una comunidad del interior de la Provincia de Córdoba, Argentina. Cad. Saúde Colet., 2012, Rio de Janeiro, 20 (4): 453-9

ANEXOS

BASE DE DATOS SOBRE SUICIDIOS EN NIÑOS Y ADOLESCENTES EN SANTA FE DEPARTAMENTO LA CAPITAL RECOLECTADOS DE URI 1 EN PERÍODO 2010-2015

ID	EDAD	SEXO	LUGAR	DIA SEM	HABIL / NO HABIL	FERIADO / VISPERA	HORA DIA	MECANISMO	BARRIO	MUNIC/COMUNA	DISTRITO
1	20	Masculino	Domicilio	Viernes	Habil		08:00	Ahorcamiento	Sta Marta	Santa Fe	No
2	24	Masculino	Domicilio	Martes	Habil		21:40	Ahorcamiento	Ciudadela Norte	Santa Fe	O
3	24	Masculino	Domicilio	Lunes	Habil		18:30	Ahorcamiento	Los Troncos	Santa Fe	No
4	14	Masculino	Domicilio	Miércoles	Habil		21:30	Ahorcamiento	Centro	Santa Fe	C
5	11	Masculino	Domicilio	Jueves	Habil		20:35	Ahorcamiento	Candiotti	Candiotti	C
6	18	Femenino	Domicilio	Viernes	Habil		08:00	Ahorcamiento	Sto. Tomé	Sto. Tomé	
7	21	Masculino	Domicilio	Viernes	Habil		16:45	Ahorcamiento	Centro	Santa Fe	C
8	22	Masculino	Domicilio	Martes	Habil		08:30	Ahorcamiento	Los Hornos	Santa Fe	O
9	15	Femenino	Domicilio	Viernes	Habil		03:00	Ahorcamiento	Centro	Santa Fe	C
10	24	Masculino	Domicilio	Domingo	No Habil		20:30	Ahorcamiento	Candiotti Sur	Santa Fe	C
11	18	Masculino	Domicilio	Domingo	No Habil		10:00	Ahorcamiento	Baradero	Santa Fe	So
12	24	Masculino	Domicilio	Miércoles	Habil		11:00	Ahorcamiento	Candiotti Norte	Santa Fe	C
13	24	Masculino	Domicilio	Domingo	No Habil		02:00	Ahorcamiento	Centro	Santa Fe	C
14	24	Femenino	Domicilio	Domingo	No Habil			HAF	Centro	Santa Fe	C
15	18	Femenino	Domicilio	Lunes	Habil		11:00	Ahorcamiento	Sto. Tomé	Sto. Tomé	
16	20	Masculino	Domicilio	Sábado	No Habil		18:20	Quemadura	Centro	Santa Fe	C
17	18	Masculino	Domicilio	Viernes	Habil		12:00	Ahorcamiento	Centro	Santa Fe	C
18	21	Masculino	Domicilio	Miércoles	No Habil	Feriado	12:45	Ahorcamiento	Sauce Viejo	Sauce Viejo	
19	19	Masculino	Domicilio	Lunes	Habil		16:30	Ahorcamiento	Roque S Peña	Santa Fe	So
20	21	Masculino	Domicilio	Sábado	No Habil	Vispera Feriado	11:00	Ahorcamiento	Laguna Paiva	Laguna Paiva	
21	19	Masculino	Domicilio	Domingo	No Habil		12:30	Ahorcamiento	San Jose	Santa Fe	N
22	17	Masculino	Domicilio	Viernes	No Habil	Feriado	18:00	Ahorcamiento	Los Troncos	Santa Fe	No
23	15	Masculino	Domicilio	Viernes	Habil		18:30	HAF	Cabaña Leiva	Santa Fe	N
24	18	Masculino	Domicilio	Jueves	Habil		23:50	Ahorcamiento	Pompeya	Santa Fe	N
25	17	Masculino	Domicilio	Sábado	No Habil	Feriado	09:30	Ahorcamiento	Guadalupe O	Santa Fe	E
26	24	Femenino	Domicilio	Jueves	Habil		23.50	Ahorcamiento	Sto. Tomé	Sto. Tomé	
27	13	Femenino	Domicilio	Viernes	Habil		01:00	HAF	Republica O	Santa Fe	C
28	16	Masculino	Domicilio	Lunes	Habil		02:25	Ahorcamiento	Las Delicias	Santa Fe	Ne

29	21	Masculino	V. Pública	Domingo	No Habil	Vispera Feriado	08:00	Ahorcamiento	La Guardia	La Guardia	Cos
30	18	Masculino	Domicilio	Viernes	Habil		00:25	Ahorcamiento	Sarmiento	Santa Fe	No
31	17	Masculino	Domicilio	Domingo	No Habil		03:30	Ahorcamiento	Alto Verde	Santa Fe	Cos
32	23	Masculino	Domicilio	Domingo	No Habil		23:10	Ahorcamiento	Los Troncos	Santa Fe	No
33	24	Masculino	Domicilio	Martes	Habil		08:10	Ahorcamiento	Loyola Sur	Santa Fe	No
34	22	Masculino	Domicilio	Lunes	Habil		7:45:00	Ahorcamiento	San Lorenzo	Santa Fe	So
35	20	Masculino	Domicilio	Lunes	Habil		09:35	Ahorcamiento	San Jose	Santa Fe	N
36	19	Masculino	Domicilio	Miércoles	Habil		16:15	Ahorcamiento	Tablada	Santa Fe	No
37	16	Femenino	Domicilio	Viernes	Habil		11:00	Intoxicación	San Javier	San Javier	
38	14	Masculino	Domicilio	Sábado	No Habil		23:00	Ahorcamiento	San Lorenzo	Santa Fe	So
39	16	Masculino	Domicilio	Jueves	Habil		11:10	Ahorcamiento	Pompeya	Santa Fe	N
40	24	Masculino	Domicilio	Viernes	Habil		08:00	Intoxicación	Guadalupe O	Santa Fe	E
41	22	Masculino	Domicilio	Miércoles	Habil		11:00	Ahorcamiento	Loyola Norte	Santa Fe	No
42	21	Masculino	Domicilio	Miércoles	Habil		16:30	HAF	La Esmeralda	Santa Fe	Ne
43	23	Femenino	Domicilio	Viernes	Habil		12:00	Ahorcamiento	Siete Jefes	Santa Fe	C
44	22	Masculino	Domicilio	Martes	Habil		07:15	Ahorcamiento	20 de Junio	Santa Fe	No
45	21	Masculino	Domicilio	Lunes	Habil		10:45	Ahorcamiento	Sta Marta	Santa Fe	No
46	20	Masculino	Domicilio	Miércoles	Habil		12:15	Ahorcamiento	Colastiné	Colastiné	Cos
47	24	Femenino	Domicilio	Domingo	No Habil		18:15	Ahorcamiento	Chalet	Santa Fe	So
48	21	Masculino	Domicilio	Domingo	Habil		04:30	Ahorcamiento	San Lorenzo	Santa Fe	So
49	17	Femenino	Domicilio	Sábado	No Habil		21:15	Ahorcamiento	Ceferino N	Santa Fe	No
50	14	Masculino	V. Pública	Martes	Habil		08:00	Ahorcamiento	Montevera	Montevera	
51	18	Masculino	Domicilio	Martes	Habil		17:30	Ahorcamiento	Las Delicias	Santa Fe	Ne
52	21	Masculino	Domicilio	Viernes	Habil		00:09	Ahorcamiento	Alto Verde	Santa Fe	Cos
53	20	Masculino	Domicilio	Sábado	No Habil		09:00	Ahorcamiento	Barranquita	Santa Fe	O
54	18	Femenino	Domicilio	Sábado	No Habil		11:00	Ahorcamiento	San Lorenzo	Santa Fe	So
55	20	Masculino	Domicilio	Jueves	Habil		21:00	Ahorcamiento	Roma	Santa Fe	So
56	19	Masculino	Domicilio	Domingo	No Habil		11:00	Ahorcamiento	Fomento 9 Julio	Santa Fe	E
57	15	Femenino	Domicilio	Domingo	No Habil	Vispera Feriado	05:00	Intoxicación	Candiotti Sur	Santa Fe	C
58	24	Masculino	Domicilio	Sábado	No Habil		20:30	HAF	Tablada	Santa Fe	No

59	12	Femenino	Domicilio	Miércoles	Habil		16:00	Ahorcamiento	Ceferino N	Santa Fe	No
60	21	Femenino	Domicilio	Domingo	No Habil	Vispera Feriado	13:15	Ahorcamiento	San Lorenzo	Santa Fe	So
61	21	Masculino	Domicilio	Sábado	No Habil		11:15	Ahorcamiento	Ceferino N	Santa Fe	No
62	15	Masculino	Domicilio	Domingo	No Habil		08:00	Ahorcamiento	Estanislao Lopez	Santa Fe	No
63	21	Masculino	Domicilio	Miércoles	Habil		18:00	Ahorcamiento	Roque S Peña	Santa Fe	So
64	20	Masculino	Domicilio	Sábado	No Habil		15:00	Ahorcamiento	Sto. Tomé	Sto. Tomé	
65	20	Masculino	Domicilio	Lunes	Habil		06:00	Ahorcamiento	Fomento 9 Julio	Santa Fe	E
66	17	Masculino	Domicilio	Martes	Habil		11:00	Ahorcamiento	Republica O	Santa Fe	C
67	21	Masculino	Domicilio	Domingo	No Habil	Feriado	20:15	Ahorcamiento	Laguna Paiva	Laguna Paiva	
68	15	Femenino	Domicilio	Sábado	No Habil		03:15	Ahorcamiento	Ceferino N	Santa Fe	No
69	17	Masculino	Domicilio	Lunes	Habil		09:15	Ahorcamiento	Recreo	Recreo	
70	17	Masculino	V. Pública	Jueves	Habil		21:15	HAF	Roma	Santa Fe	So
71	18	Masculino	Domicilio	Domingo	No Habil		15:00	Ahorcamiento	Republica O	Santa Fe	C
72	17	Masculino	Domicilio	Sábado	No Habil		19:10	Ahorcamiento	Ceferino N	Santa Fe	No
73	18	Masculino	Domicilio	Sábado	No Habil		21:00	Ahorcamiento	Barranquita	Santa Fe	O
74	24	Masculino	Domicilio	Lunes	Habil		08:30	Ahorcamiento	Centro	Santa Fe	C
75	18	Masculino	V. Pública	Domingo	No Habil		12:30	Ahorcamiento	San Martin	Santa Fe	N
76	20	Femenino	V. Pública	Jueves	Habil		20:00	Ahorcamiento	Candiotti Sur	Santa Fe	C
77	20	Masculino	Domicilio	Lunes	Habil		18:30	Ahorcamiento	Altos del Valle	Santa Fe	Ne
78	16	Masculino	Domicilio	Domingo	No Habil		09:15	Ahorcamiento	Sto. Tomé	Sto. Tomé	
79	22	Masculino	Domicilio	Lunes	Habil		13:00	Ahorcamiento	Arroyo Leyes	Arroyo Leyes	
80	18	Masculino	Domicilio	Miércoles	Habil		20:15	HAF	Alto Verde	Santa Fe	Cos
81	21	Masculino	Domicilio	Viernes	Habil		20:30	Ahorcamiento	Estanislao Lopez	Santa Fe	No
82	21	Masculino	Domicilio	Viernes	Habil		16:30	Ahorcamiento	Parque J Garay	Santa Fe	So
83	23	Masculino	Domicilio	Martes	Habil		07:15	Ahorcamiento	Ceferino N	Santa Fe	No
84	22	Masculino	Domicilio	Jueves	Habil		10:10	Ahorcamiento	Rincón	Rincón	
85	24	Masculino	Domicilio	Martes	Habil		22:30	Ahorcamiento	Barranquita	Santa Fe	O
86	16	Femenino	Domicilio	Sábado	No Habil		17:20	Ahorcamiento	Sto. Tomé	Sto. Tomé	
87	16	Masculino	Domicilio	Miércoles	Habil		23:15	Ahorcamiento	Las Delicias	Santa Fe	Ne
88	24	Masculino	Domicilio	Martes	Habil		06:00	Ahorcamiento	Pompeya	Santa Fe	N

89	18	Masculino	Domicilio	Lunes	Habil		22:30	Ahorcamiento	Barranquita	Santa Fe	O
90	22	Masculino	Domicilio	Domingo	No Habil		16:56	Ahorcamiento	Laguna Paiva	Laguna Paiva	
91	17	Masculino	Domicilio	Miércoles	Habil		10:00	Ahorcamiento	Laguna Paiva	Laguna Paiva	
92	24	Femenino	Domicilio	Miércoles	Habil		10:30	Ahorcamiento	San Martin	Santa Fe	N
93	17	Femenino	Domicilio	Miércoles	Habil		15:00	Ahorcamiento	Sto. Tomé	Sto. Tomé	
94	16	Masculino	Domicilio	Miércoles	Habil		19:30	Ahorcamiento	San Jose	Santa Fe	N
95	14	Masculino	Domicilio	Domingo	No Habil		18:30	Intoxicación	Roma	Santa Fe	So
96	20	Masculino	Domicilio	Lunes	No Habil	Feriado	20:00	Ahorcamiento	Sto. Tomé	Sto. Tomé	
97	15	Masculino	Domicilio	Jueves	Habil		18:45	Ahorcamiento	Guadalupe NE	Santa Fe	Ne

BASE DATOS SUICIDIOS POR GRUPO DE EDAD Y SEXO

ID	EDAD 5-9	EDAD 10-14	EDAD 15-19	EDAD 20-24
1				20
2				24
3				24
4		14		
5		11		
6			18	
7				21
8				22
9			15	
10				24
11			18	
12				24
13				24
14				24
15			18	
16				20
17			18	
18				21
19			19	
20				21
21			19	
22			17	
23			15	
24			18	
25			17	
26				24
27		13		
28			16	
29				21
30			18	
31			17	
32				23
33				24
34				22
35				20
36			19	
37			16	
38		14		
39			16	
40				24
41				22
42				21
43				23
44				22
45				21
46				20
47				24
48				21
49			17	
50		14		
51			18	
52				21

53				20
54			18	
55				20
56			19	
57			15	
58				24
59		12		
60				21
61				21
62			15	
63				21
64				20
65				20
66			17	
67				21
68			15	
69			17	
70			17	
71			18	
72			17	
73			18	
74				24
75			18	
76				20
77				20
78			16	
79				22
80			18	
81				21
82				21
83				23
84				22
85				24
86			16	
87			16	
88				24
89			18	
90				22
91			17	
92				24
93			17	
94			16	
95		14		
96				20
97			15	