

El suicidio en la adolescencia

Situación en la Argentina

unicef 

para cada niño



El suicidio en la adolescencia Situación en la Argentina

DIRECCIÓN EDITORIAL

Fernando Zingman, Especialista de Salud

COORDINACIÓN GENERAL

Luciana Lirman, Oficial de Salud

SUPERVISIÓN Y REVISIÓN DE CONTENIDOS

Diva Janneth Moreno López, Consultora

DIRECTORA DE INVESTIGACIÓN

Ana Lía Kornblit

INVESTIGADORES PRINCIPALES

Sebastián Ezequiel Sustas (Instituto de Investigaciones Gino Germani, FSOC-UBA) y Hernán Manzelli (CENEP)

INSTITUCIÓN COLABORADORA

FUSA PARA LA SALUD INTEGRAL CON PERSPECTIVA DE GÉNERO Y DERECHOS ASOC. CIVIL

EQUIPO DE INVESTIGACIÓN

Carola Arrúe (Facultad de Psicología, UBA); María Colombo (Colectivo de Derechos de Infancia y Adolescencia); Valeria Echeverry (FUSA); Daniela Giacomazzo (FUSA); Mariana Pérez (Colectivo de Derechos de Infancia y Adolescencia); Gabriela Seguezzo (Instituto Gino Germani, UBA); María del Carmen Tamargo (FLACSO); Malena Verardi (Fac. de Filosofía y Letras, Instituto de Artes, UBA).

ENTREVISTADORES

María Laura Albarracín (Dirección de Salud, Municipalidad de Valle Viejo, Catamarca); María del Mar Alegre (Ministerio de Salud, Santa Fe); Nahuel Ayala (Asociación Civil Rehue, Chubut); Beatriz Cerrizuela (Universidad Nac. de Jujuy); María Colombo (Colectivo de Derechos de Infancia y Adolescencia, Buenos Aires); Laura Delarosa (Ministerio de Salud, Santa Fe); Ariel Díaz (Universidad Nac. de Jujuy); María Piedad Gramajo (Dirección de Salud, Municipalidad de Valle Viejo, Catamarca); María Teresa Guerrero (Comisión Nac. de Prevención de Suicidios, San Juan); Karina Mas (Comisión Nac. de Prevención de Suicidios, San Juan); Cecilia Mazal (Hospital Italiano, CABA); María Eugenia Moreno (Comisión Nac. de Prevención de Suicidios, San Juan); Valeria Mülli (Hospital Italiano, CABA); Mariana Pérez (Colectivo de Derechos de Infancia y Adolescencia, Buenos Aires); María de los Ángeles Pérez (Comisión Nac. de Prevención de Suicidios, San Juan); Silvia Pino (Salud Integral Adolescente, Hospital Regional Comodoro Rivadavia, Chubut); Jessica Sabao (Programa Provincial de Salud Integral de Adolescencia, Chaco); María Celeste Uñac

(Comisión Nac. de Prevención de Suicidios, San Juan); Ana Lía Zimmermann (Comisión Nac. de Prevención de Suicidios, San Juan).

©Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, mayo 2019.

El suicidio en la adolescencia. La situación en la Argentina. Mayo 2019, Buenos Aires, Argentina.

Primera edición – 150 ejemplares

Se autoriza la reproducción total o parcial de los textos aquí publicados, siempre y cuando no sean alterados, se asignen los créditos correspondientes y no sean utilizados con fines comerciales.

Se recomienda citar de la siguiente manera:

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2019): El suicidio en la adolescencia. Situación en la Argentina. Buenos Aires, Argentina: UNICEF.

Edición: Diana Rossi y Guadalupe Rodríguez

Diseño y diagramación: Florencia Zamorano

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)

buenosaires@unicef.org

www.unicef.org.ar

AGRADECIMIENTOS EN RELACIÓN CON LA GESTIÓN DEL TRABAJO DE CAMPO

Lucía Cativelli (Programa Provincial de Salud Integral de Adolescencia, Misiones); Adriana Dawidowsky (Hospital Italiano, CABA); Alberto Didia Attas (Hospital Italiano, CABA); Liliana Ensisa (Programa Provincial de Salud Integral de Adolescencia, Chaco); Juan Carlos Escobar (Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia); Mariana Vázquez (Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia); Alexia Nowotny (Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia); José González (Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia); Maia Gosiker (Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia); Adrián Gadano (Hospital Italiano, CABA); José Luis Faccioli (Hospital Italiano, CABA); León Matusevich (Hospital Italiano, CABA); Sandra Merino (Sección Adolescencia, Departamento Materno Infancia, Ministerio de Salud Pública de San Juan); Ernesto Páez (Fundación Manos Unidas por la Paz); Alberto Simone (Dirección de Salud de la Niñez, Adolescencia y Sexual y Reproductiva, Santa Fe); Mónica Schpilberg (Hospital Italiano, CABA).

ÍNDICE

1

Investigación "El suicidio adolescente en la Argentina"7

1.1. Problema de estudio.....7

1.2. Objetivos7

1.3. Metodología.....8

2

Mensajes clave.....9

3

Marcos conceptuales, políticas y legislación de referencia 11

3.1. Antecedentes 11

3.2. Marcos teóricos considerados 12

3.3. Políticas públicas nacionales en suicidio 14

4

Principales resultados obtenidos con métodos cuantitativos 17

4.1. Recolección de datos 17

4.2. Mortalidad por suicidio en la adolescencia 17

5

Principales resultados obtenidos con métodos cualitativos 21

5.1. Muestra de adolescentes con tentativas o suicidios consumados..... 21

5.1.1. Características de la muestra estudiada 24

5.1.2. Análisis de las historias de las y los adolescentes para la construcción de tipologías 25

5.1.3. Marcos interpretativos y análisis de las historias de las y los adolescentes 37

5.2. El análisis causa-raíz como herramienta para los servicios de salud 41

5.3. Procedimientos formales de registro de los casos de suicidio e intento de suicidio 45

6

Instituciones que intervienen: escuela, fuerzas de seguridad, organismos de protección, ámbitos comunitarios y salud..... 47

6.1. Escuela..... 47

6.2. Fuerzas de seguridad 48

6.3. Organismos de protección 50

6.4. Ámbitos comunitarios 51

6.5. Salud 53

7

Cuellos de botella y barreras en el registro y la atención..... 55

8

Buenas prácticas en prevención, atención, posvención, registro y comunicación 57

8.1. Prevención 57

8.1.1. Ejemplo de buenas prácticas desarrolladas o aplicadas en América Latina 58

8.1.2. Ejemplos de buenas prácticas de la Argentina 59

8.2. Atención 61

8.3. Posvención 61

8.4. Registro..... 63

9

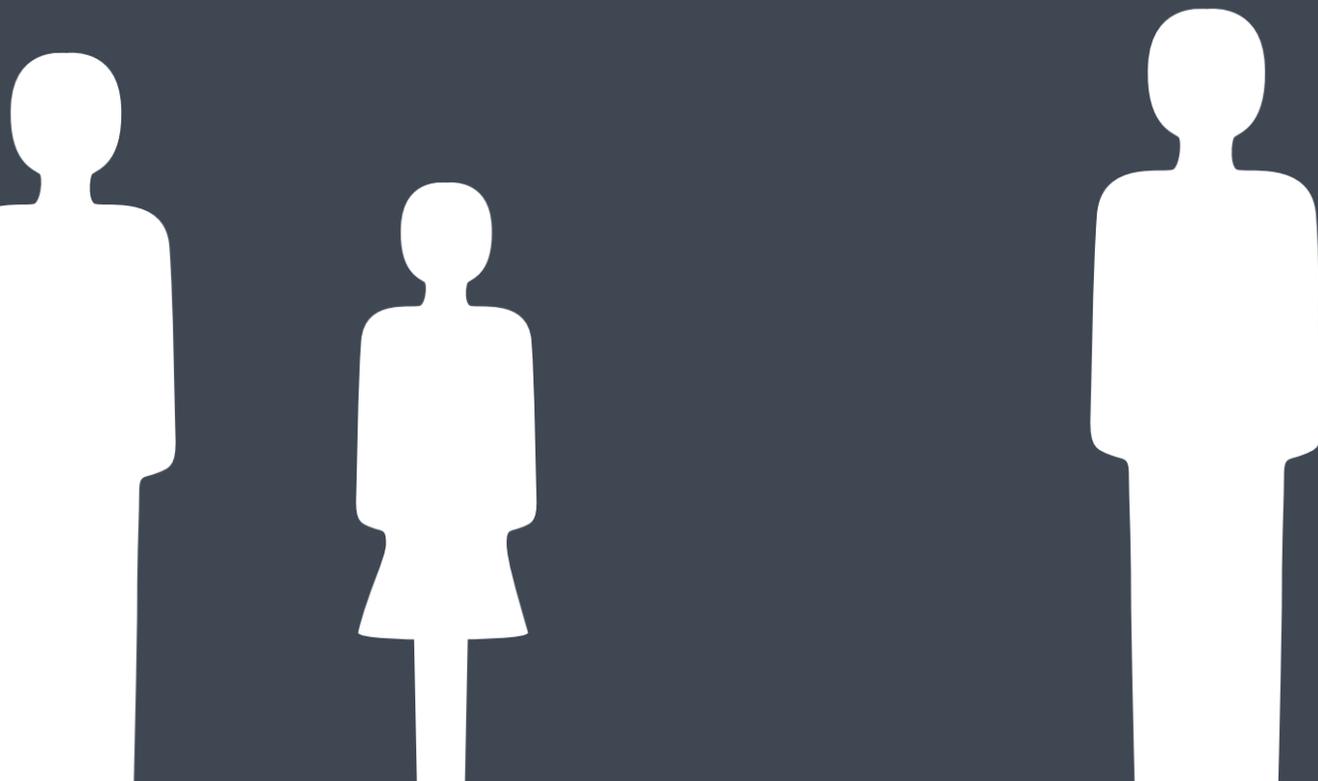
Hallazgos y conclusiones..... 65

10

Recomendaciones y estrategias propuestas..... 67

Referencias bibliográficas..... 71

Anexo..... 89



INVESTIGACIÓN

El suicidio adolescente en la Argentina

1



1.1. Problema de estudio

En la Argentina, el tema del suicidio adolescente muestra una tendencia creciente verificada en las tasas que surgen de los últimos datos estadísticos disponibles. La investigación realizada se propuso profundizar en ciertas dimensiones sociales y culturales del fenómeno, con la finalidad de recopilar y analizar información para llevar a cabo recomendaciones que resulten útiles al diseño y evaluación de políticas públicas destinadas a la prevención y la mejor asistencia en el caso de las tentativas, o a la atención de las redes sociales cercanas en los casos de los suicidios consumados.

1.2. Objetivos

- a) **Análisis de información cuantitativa:** analizar la información cuantitativa sobre los casos de suicidios e intentos de suicidio existentes en el país, incluyendo el nivel subnacional, identificando las provincias, municipios y/o departamentos con mayor incidencia de casos.
- b) **Análisis de registro de casos:** analizar los procedimientos formales de registro de los casos de suicidio e intento de suicidio, e identificar buenas y malas prácticas, indagando posibles cuellos de botella y barreras.
- c) **Identificar determinantes:** identificar posibles determinantes asociados al suicidio e intento de suicidio adolescente.
- d) **Rol de las instituciones:** explorar el papel de las instituciones en la detección temprana y en la atención (escuela, policía, protección, salud y ámbitos comunitarios). Evaluar oportunidades perdidas en registro y atención.
- e) **Cuellos de botella:** realizar análisis de cuellos de botella en relación con el registro y la atención.

f) **Buenas prácticas:** identificar buenas prácticas a nivel nacional e internacional de abordaje del suicidio e intento de suicidio en adolescentes (prevención, atención, registro y posvención).

g) **Recomendaciones:** sintetizar recomendaciones y proponer estrategias en torno a la problemática.

1.3. Metodología

El estudio de tipo descriptivo y exploratorio fue desarrollado durante los años 2017 y 2018, empleando métodos cuantitativos y cualitativos. Las fuentes secundarias permitieron describir la magnitud y ciertas características de las muertes de adolescentes por suicidio en la Argentina.

El estudio cualitativo fue realizado en algunas áreas geográficas del país, por lo que cabe destacar que las conclusiones deben ser tomadas con cautela y en ningún caso pueden ser generalizables al total de la población. El trabajo de campo desarrollado durante los meses de febrero a mayo de 2018 permitió indagar acerca de las características de las y los adolescentes que cometieron suicidio y que realizaron tentativas de suicidio, así como de las instituciones vinculadas con su prevención y asistencia.

Para cumplir con los objetivos propuestos se realizaron:

10

entrevistas a expertos en la temática

6

entrevistas a funcionarios que participan en el proceso de registro y generación de datos estadísticos sobre mortalidad

38

entrevistas a allegados de 27 casos de suicidio consumados (autopsia psicológica)

28

entrevistas a adolescentes con tentativas de suicidio

Se diseñó una propuesta metodológica de aplicación del análisis causa-raíz a casos de suicidio y de tentativa de suicidio, con ejemplos de casos atendidos en servicios de salud: se trabajó con tres grupos de profesionales de servicios de salud que se avinieron a revisar algunos casos de suicidios consumados y de tentativas de suicidio adolescente en los que se habían producido incidentes negativos en el proceso asistencial; se realizaron reuniones de discusión grupal y se desarrolló una propuesta de trabajo para el análisis de los casos y para la identificación de estrategias posibles tendientes a evitar la repetición de incidentes negativos del tipo de los ocurridos.

Se analizaron diversos documentos y protocolos, además de entrevistar a integrantes de cada una de las siguientes instituciones vinculadas con la problemática del suicidio adolescente: escuela, servicios de salud, fuerzas de seguridad, ámbitos comunitarios y servicios de protección.

MENSAJES CLAVE

2

- El crecimiento de las tasas de suicidio adolescente hasta el último trienio analizado (2014-2016) amerita la multiplicación de políticas públicas destinadas a su prevención.
- Es necesario implementar políticas públicas teniendo en cuenta no solo los lugares en los que por su concentración poblacional se dan la mayor cantidad de casos, sino también las pequeñas localidades en las que se ha producido una acumulación de casos.
- Los datos disponibles en los certificados de defunción solo permiten analizar el nivel de educación de las y los adolescentes. En esos datos se observan mayores tasas de suicidio entre las y los adolescentes con menores niveles de educación. Resulta necesario redoblar los esfuerzos para incrementar la retención escolar, especialmente en el nivel medio de la enseñanza.
- El suicidio es un fenómeno que posee una connotación sexo-genérica diferencial: existe una mayor cantidad de decesos de varones que de mujeres. Por su parte, los datos sobre tentativas de suicidio muestran que las mujeres tienen más intentos que los varones.
- La tipología propuesta para este estudio permite señalar que los factores preponderantes identificados para la conducta suicida en adolescentes son: la ausencia o debilidad de otras personas significativas o instituciones que cumplan el rol de apoyos afectivos/instrumentales; las dificultades al atravesar las pruebas estatuidas socialmente en la transición de la adolescencia a la juventud/adulthood; la rigidez normativa como dificultad para flexibilizar las normas morales incorporadas o el padecimiento mental no atendido.
- Las políticas preventivas y de adecuada asistencia de los intentos de suicidio demandan la capacitación continua de los recursos humanos de diferentes instituciones (escuelas, servicios de salud, servicios de protección, fuerzas de seguridad, organizaciones comunitarias) y necesitan propiciar redes de articulación entre estas y los agentes comunitarios involucrados.
- El procedimiento de registro de las muertes requiere de la articulación y el acuerdo de criterios entre los diversos actores institucionales e individuales intervinientes para garantizar la calidad del dato.
- El análisis causa-raíz aplicado en los servicios de salud a los incidentes negativos vinculados con casos de suicidio y de tentativa de suicidio adolescente es una herramienta útil en relación con la prevención de la repetición de tales incidentes.

MARCOS CONCEPTUALES, POLÍTICAS Y LEGISLACIÓN DE REFERENCIA

3

3. 1. Antecedentes

El tema del suicidio adolescente fue analizado en estudios de diferentes disciplinas, cuyos principales antecedentes en la Argentina provienen de las investigaciones realizadas desde la década de 1990 por el equipo de María Martina Casullo, las que realizó Edith Serfaty (1996), Deborah Altieri (2007) y el equipo que dirige Alejandra Pantelides (2013).

Casullo y colegas (1994) administraron una Escala para la Detección de Adolescentes en Riesgo Suicida (ISO 30) en su adaptación local, a un total de 1297 estudiantes adolescentes de ambos sexos residentes en las provincias de Catamarca, Tucumán, Buenos Aires y Ciudad de Buenos Aires, con una edad promedio de 15 años. Detectaron un 11% de sujetos con alto riesgo suicida en los centros urbanos y un 13% en localidades de menor densidad poblacional. Concluyeron que ser mujer, hijo/a único/a, vivir en pequeños centros poblacionales, así como el bajo nivel educativo de los padres resultaron los principales factores de riesgo.

Serfaty y colegas (2004) realizaron un análisis de la mortalidad por suicidio de adolescentes y jóvenes ocurrida en el país entre los años 1991 y 2000. Encontraron que la tasa de mortalidad por esta causa se incrementó desde 1991 a 2000, de 3,09 a 6,1 por cada 100.000 habitantes. Las formas de suicidio más frecuentes fueron el ahorcamiento y el disparo por arma de fuego, seguidas por el envenenamiento. La mortalidad fue más elevada en el sexo masculino y mayor a medida que aumentaba la edad.

Altieri (2007), tomando el rango etario entre 15 y 29 años, llama la atención sobre el aumento de la mortalidad por suicidio. Señala que mientras que en 2000-2004, el 32% de las muertes por suicidio correspondió a adolescentes y jóvenes entre 15-29 años, esta proporción alcanzaba el 19% veinticinco años antes. Esto se debió al incremento del 228% en los suicidios de varones y del 56% en mujeres.

El trabajo de Pantelides y colegas (2013), realizado mediante entrevistas con informantes clave en el área de suicidio, muestra la carencia de profesionales adecuadamente capacitados y la falta de vinculación entre ellos, lo que dificulta el tratamiento y la derivación. Se identificaron factores de riesgo individuales, familiares y sociales. También se remarcó la invisibilidad del problema en los ámbitos familiar, escolar, comunitario y de salud, lo que impide la detección temprana de señales para su prevención.

3.2. Marcos teóricos considerados

El suicidio es definido por la Organización Mundial de la Salud (2010) como “el acto deliberado de quitarse la vida”. El intento de suicidio es toda acción autoinfligida con el propósito de generarse un daño potencialmente letal, sin llegar a la muerte. Según cifras globales, los intentos fallidos son entre 20 y 40 veces más frecuentes que los suicidios consumados (Fernández y otros, 2017).

Las conductas suicidas abarcan desde la ideación suicida, la elaboración de un plan, la obtención de los medios para hacerlo, hasta la consumación del acto (con o sin éxito).

El suicidio es un problema de salud mental que no debe considerarse un delito. El Código Penal de la Nación Argentina no califica al intento de quitarse la vida como delito. Por lo tanto, estas situaciones no deben denunciarse a la policía.

El término **suicidalidad** (Silverman, 2006) refiere a la ideación suicida, las tentativas de suicidio y la muerte por suicidio. Los estudios empíricos publicados en los últimos 20 años dan cuenta de la relación entre los factores sociales y la suicidalidad adolescente, mostrando la importancia de las variables sociales (integración social, percepciones acerca del apoyo familiar y por parte de los pares, maltrato, abuso sexual y descuido infantil, y victimización por parte de pares) tanto en relación a la ideación como a las conductas.

Diversas técnicas, como la **autopsia psicológica**¹ (Shneidman, 1994), se han usado a través de encuestas que contienen preguntas con alternativas de respuestas cerradas, que pueden combinarse con la información que proviene de entrevistas en profundidad, en las que la escucha atenta es el instrumento que permite llegar a niveles comprensivos más amplios. Las razones del suicidio o la cadena causal de motivos y razones que culminaron en él, la reconstrucción de las motivaciones y situaciones vitales que se vinculan con el acto, pueden estudiarse por medio de entrevistas con familiares y amigos de la persona que cometió el suicidio. Se intenta la reconstrucción del entramado vital de la persona fallecida. Estos estudios han mostrado que los suicidios en adolescentes son la consecuencia de una progresiva ruptura de lazos sociales, lo que lleva al aislamiento y la soledad (Nocetti y Eliosoff, 2014).

El modelo explicativo privilegiado en la epidemiología es el que identifica **factores de riesgo** en torno a un daño. La totalidad de los autores acuerda vincular los fenómenos del suicidio en general con un modelo plurifactorial que implica a la vez factores socio-culturales, ambientales y psicopatológicos. Estos diferentes factores interactúan entre sí, pudiendo distinguirlos entre *factores predisponentes o de vulnerabilidad*, *factores precipitantes* y *factores protectores*.

Los **factores precipitantes**, o factores *proximales*, especialmente entre adolescentes y jóvenes, han sido descriptos como vinculados con conflictos interpersonales con personas clave, ligados a sentimientos de rechazo y humillación. Estas situaciones, sin embargo, serían predictivas cuando están presentes

otros determinantes. La epidemiología hace hincapié en los *acontecimientos vitales (life events)*, definidos como cambios que implican una discontinuidad en la vida de una persona, que pueden llevar a situaciones problemáticas.

Los **factores de riesgo** que han sido explorados con mayor frecuencia en la bibliografía consultada son:

- a. El género (Blumenthal, 1996; Gilligan, 2004; Kutler y otros, 1999).
- b. La autoexigencia, exigencia parental y/o fracasos en logros esperados (Casullo y otros, 2000; (Rhoteram-Borus y otros, 1990; Williams y Pollock, 2000).
- c. Los factores intrapsíquicos y de personalidad, particularmente los estados depresivos (Bille-Brahe y Schmidtke, 1995; Martínez, 2017).
- d. Los factores socioeconómicos y culturales, como la falta de expectativas laborales y de estudio (Bonaldi, 2000; Martínez, 2017; UNICEF, 2012).
- e. Las perturbaciones en la vida familiar (Lindqvist et al., 2008; Prinstein et al., 2000).
- f. El abuso sexual (Daray, 2016; Logan, 2009; Pérez Prada et al., 2017; Salzinger y otros, 2007; Ystgaard y otros, 2004).
- g. La orientación sexual (D’Augelli y otros, 2005; Marshall y otros, 2015; Ryan y otros, 2009).
- h. El suicidio imitativo (Biddle y otros, 2008; Dunlop y otros, 2011; Gould, 2001; Guerriero, 2005; Martínez, 2017).
- i. El consumo de alcohol y otras sustancias (Aseltine y otros, 2009; Bailador y otros, 1997; Jiménez y otros, 2005).
- j. El hostigamiento o acoso escolar (*bullying*) como acontecimiento vital humillante y el *ciberbullying* (Arango y otros, 2016; Bottino et al., 2015; Gilligan, 2004; Görzig, 2016; Valadez y otros, 2011).

Los factores que no son asociados al riesgo sino a diferentes formas de cuidado y protección se denominan en la literatura epidemiológica **factores protectores**. Los principales factores protectores mencionados en la bibliografía (Martínez, 2017; Fernández y otros, 2017) son ciertos patrones familiares (buena relación y apoyo familiar); ciertos patrones de estilo cognitivo y personalidad (buenas habilidades sociales; confianza en sí mismo/a, en la propia situación y logros; búsqueda de ayuda cuando surgen dificultades, por ejemplo, en el trabajo escolar; búsqueda de consejo cuando hay que elegir opciones importantes; receptividad hacia las experiencias y soluciones de otras personas; receptividad hacia conocimientos nuevos); ciertos factores culturales y sociodemográficos (integración social, por ejemplo participación en deportes, asociaciones religiosas, clubes y otras actividades; buenas relaciones con los/las compañeros/as; buenas relaciones con los/las profesores/as y otros adultos; apoyo de personas relevantes).

El término **posvención** fue acuñado por Edwin Shneidman en 1971 para referirse al apoyo que necesita quien intenta un suicidio y los familiares de quien se ha suicidado. Incluye las actividades desarrolladas con los “sobrevivientes” de la persona que comete suicidio, para facilitar su recuperación en relación

1. El término “autopsia psicológica” ha sido cuestionado por algunos autores, aduciendo que hace pensar en un procedimiento vinculado con lo biológico, por lo que se propone reemplazarlo por “estudio retrospectivo del caso”, aunque en esta investigación se continuó usando el primer término dada la divulgación que tiene.

con la pérdida sufrida y para prevenir otras conductas suicidas en los allegados (Andriessen, 2006). La revisión de la bibliografía sobre posvención identifica cuatro temas vinculados al concepto: impacto del suicidio en los sobrevivientes; posvención implementada como prevención del suicidio; capacitación de profesionales en posvención del suicidio y programas sobre posvención (Peace, 2016). Dependiendo de cómo los profesionales trabajen el tema y sus secuelas, se podrá acentuar la prevención de otros suicidios, su desestigmatización o la recuperación de los allegados. Además de la tristeza, en el duelo existen sentimientos de incredulidad, rechazo, abandono y el cuestionamiento del porqué (Ryan y otros, 2013).

En lo referente a las **estrategias concretas de intervención**, han mostrado su eficacia como factores protectores aquellas que contemplan la restricción del acceso a métodos comunes de suicidio, como las armas o sustancias tóxicas, también la reducción del tamaño de los envases de analgésicos; el uso de antidepressivos de menor toxicidad; el control de plaguicidas; la reducción de las emisiones de monóxido de carbono de los vehículos y de la toxicidad del gas de uso doméstico; el adecuado tratamiento de la depresión, del consumo problemático de alcohol y de otras sustancias; así como el **seguimiento de aquellos que tienen antecedentes de tentativas**.

A partir de los conceptos desarrollados, las y los investigadores de este estudio consideran que para teorizar adecuadamente el suicidio y su prevención se necesitan metodologías y perspectivas múltiples sobre las vidas de las personas que han cometido suicidio y sus allegados. "En estas perspectivas la evidencia se abre a las metodologías cualitativas y los esfuerzos preventivos a los enfoques comunitarios, en los que las voces de los activistas se privilegian frente a las de los profesionales para construir enfoques comprensivos y protectores orientados al cambio vinculado a la justicia social" (White y otros, 2016, p. 5).

3.3. Políticas públicas nacionales en suicidio

La Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, sancionada en 2010, fue reglamentada en 2013 y es un marco de referencia clave para este tema (<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>).

La Ley N° 27.130 o Ley Nacional de Prevención del Suicidio (<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=245618>), sancionada en 2015, tiene como objetivo la disminución de la incidencia y prevalencia del suicidio, mediante la prevención, la asistencia y la posvención, que son las acciones destinadas a trabajar con el entorno de la persona que se quitó la vida para evitar nuevos eventos. Está pendiente de aprobación su reglamentación.

La norma declara de interés nacional "la atención biopsicosocial, la investigación científica y epidemiológica, la capacitación profesional en la detección y atención de las personas en riesgo de suicidio y la asistencia a las familias de víctimas del suicidio".

Esta norma agrega que en el caso de intento de suicidio de niño, niña o adolescente, "es obligatoria la comunicación, **no denuncia**, a la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia o la autoridad administrativa de protección de derechos del niño que corresponda en el ámbito local; así como también

que todas las personas que, en el marco de la asistencia, hayan tomado conocimiento de la situación de un paciente que ha intentado suicidarse estarán obligadas a la confidencialidad de la información". (UNICEF, 2017: p. 11).

En ese sentido, el Plan Nacional de Salud Mental 2013-2018 (PNSM), aprobado por Resolución Ministerial 2.177/2013, prevé la capacitación continua en el tema de suicidio de profesionales y trabajadores de salud mental, además de otros actores sociales relevantes, entre ellos docentes, educadores y comunicadores populares, así como también el personal de las fuerzas de seguridad.

El PNSM impulsó además la creación y/o fortalecimiento de áreas de Epidemiología en Salud Mental y Adicciones en las provincias. El objetivo era la puesta en marcha de un sistema de información que permita disponer de datos actualizados y permanentes acerca de las principales problemáticas de salud mental y adicciones en todo el país.

La Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (DNSMyA), junto con el Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia (PNSIA), elaboraron los "Lineamientos para la Atención del Intento de Suicidio en Adolescentes" (2012) destinados a equipos de guardia del 2^{do} nivel de atención y la guía "Comunicación responsable: recomendaciones para el tratamiento de temas de salud mental en los medios" (2013), que cuenta con un capítulo dedicado a cómo hablar del suicidio en los medios.

El Programa Nacional de Salud Integral de la Adolescencia, junto a los referentes provinciales de Salud Integral en la Adolescencia y con la cooperación técnica de OPS, elaboró y publicó un paquete de herramientas para la sistematización del circuito de información (detección, registro y análisis), así como los lineamientos generales para el circuito de intervención integral (prevención, atención, seguimiento y posvención) en la morbi-mortalidad adolescente por causas externas, en el que figura incluido el suicidio.

Finalmente, en el marco de la Comisión Nacional Interministerial de Políticas en Salud Mental y Adicciones (CONISMA) se ha conformado una mesa de trabajo intersectorial con eje en el abordaje comunitario de la problemática del suicidio.

PRINCIPALES RESULTADOS OBTENIDOS CON MÉTODOS CUANTITATIVOS

4

4.1. Recolección de datos

Se analizaron datos secundarios existentes relativos a tendencias de las tasas en los últimos 10 años según grupo etario, sexo, provincia y nivel educativo como variable proxy de condición socioeconómica. Se utilizaron como fuentes de datos las estadísticas oficiales: Estadísticas Vitales (Bases de Defunciones) y datos censales (y sus proyecciones) para los denominadores poblacionales. Se utilizaron técnicas estadísticas descriptivas multivariadas y técnicas de análisis demográfico (específicamente razones de mortalidad, Meara y otros, 2008).²

Se realizó también un análisis específico a nivel municipio para las provincias seleccionadas por región: Santa Fe (Centro), Jujuy (NOA), Chubut (Patagónica) y Misiones (NEA).

4.2. Mortalidad por suicidio en la adolescencia

La OMS define a la adolescencia como el período de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años. Se trata de una de las etapas de transición más importantes en la vida del ser humano, que se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento y cambios, superado únicamente por el que experimentan los lactantes. Esta fase de crecimiento y desarrollo viene condicionada por diversos procesos biológicos.³

En la Argentina, los suicidios constituyen la segunda causa de muerte en la franja de 10 a 19 años (MSAL, 2016). En el grupo de 15 a 19 años, la mortalidad es más elevada, alcanzando una tasa de 12,7 suicidios cada 100.000 habitantes, siendo la tasa en los varones 18,2 y en las mujeres 5,9 (MSAL, 2016). Desde principios de la década de 1990 hasta la actualidad la mortalidad por suicidio en adolescentes se triplicó considerando el conjunto del país (MSAL, 2016).

2. Los datos de egresos hospitalarios para el análisis de las tentativas de suicidio en adolescentes fueron solicitados a la dependencia correspondiente, pero no estuvieron disponibles al momento de escribir esta publicación.

3. OMS. https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/



Si bien durante la adolescencia la mortalidad es baja en comparación con la de la infancia y la de la edad adulta, estudios anteriores muestran que no solo el nivel de la mortalidad es diferente entre varones y mujeres adolescentes, sino que las causas por las cuales mueren son disímiles. Aunque en ambos sexos las causas de mortalidad más frecuentes son las externas, estas explican el 68% de las muertes masculinas y solo el 42% de las femeninas (Manzelli y otros, 2017). Entre las causas externas, la más frecuente son los accidentes, seguida por los suicidios (22%). Las muertes por homicidios y agresiones, excluyendo los eventos de intención no determinada, dan cuenta del 14% de las muertes de adolescentes.

El cuadro 1 muestra la distribución de los casos registrados entre el período 2012-2016. Aproximadamente 9 de cada 10 adolescentes que cometieron suicidio en este período lo concretaron por ahorcamiento.

Cuadro 1

Mortalidad adolescente por suicidio según tipo de suicidio y sexo 2012-2016.

Tipo de suicidio	Sexo	
	% de varones	% de mujeres
Envenenamiento	0,6	2,8
Ahorcamiento	87,8	87,8
Disparo de arma de fuego	9,3	4,7
Saltar desde un lugar elevado	1,7	3,5
Otros especificados	0,6	1,2
	100,0	100,0
Total de casos	(1596)	(599)

Fuente: Elaboración propia en base a datos de las Estadísticas Vitales (DEIS)

Se observan importantes diferencias por **sexo** en la mortalidad por suicidio entre adolescentes de 10 a 19 años en el período 2014-2016. Mientras los varones presentan una tasa de mortalidad por suicidio de más de 8 cada 100.000 adolescentes, en el caso de las mujeres la tasa llega a 3,32 muertes cada 100.000 adolescentes. Aunque la mortalidad de las mujeres en estas edades es menor, el peso del suicidio en la mortalidad femenina es importante.

En la población del total del país los varones tienen aproximadamente 3 veces más chances de morir por suicidio que las mujeres (en términos estadísticos razón de probabilidades, odds ratio (OR= 2,7). Resulta interesante observar que se encuentran importantes diferencias **jurisdiccionales** en esta brecha entre los sexos en el período 2014-2016. El caso de la provincia de Córdoba es llamativo por la magnitud de la diferencia (OR= 11,7), aunque hay que considerar que esta provincia tiene en general bajas tasas de suicidio adolescente en comparación con el promedio nacional. También hay provincias en las que los OR entre varones y mujeres son cercanos a 1, indicando la relevancia que tiene este tipo de mortalidad en la población femenina (por ejemplo, los casos de Jujuy, Misiones, Formosa y Corrientes). En los casos de las provincias de Santa Cruz y Tierra del Fuego cabe siempre considerar que la baja cantidad de casos puede afectar este indicador, incluso al utilizar tasas trianuales.

Otro análisis de los datos jurisdiccionales indica que en Jujuy, Catamarca, Salta y Chubut los adolescentes varones tienen dos veces más probabilidades de morir por suicidio que los adolescentes varones de la provincia de Entre Ríos (tomada solo como ejemplo de referencia). Entre la mortalidad femenina también se destacan las provincias de Jujuy y Salta.

En los últimos años, en la jurisdicción de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires no aparecen registros de suicidios, observándose un aumento del número de muertes por causas externas indeterminadas (por ejemplo, se registra ahorcamiento por causa indeterminada, sin especificarse si esta muerte se trata de un suicidio, de un homicidio o de un accidente), lo cual puede afectar la tasa nacional.



Del análisis específico para las provincias seleccionadas por región surge que tanto en Jujuy, Chubut, Santa Fe y Misiones hay departamentos que concentran mayores tasas de suicidio y superan al promedio provincial.

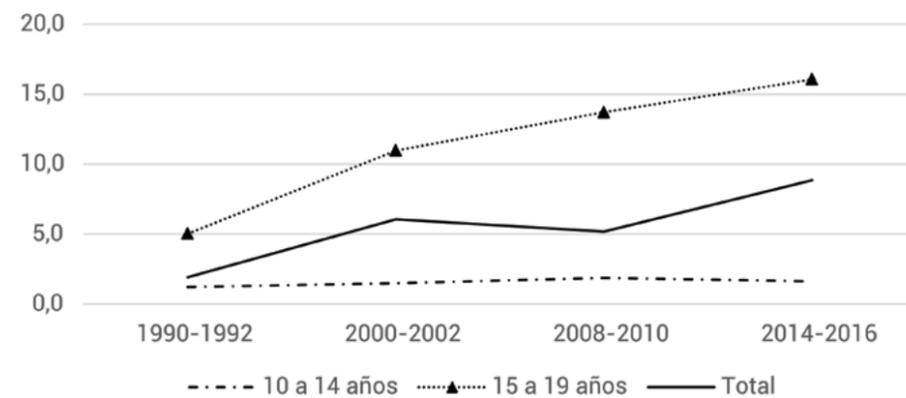
La mortalidad por suicidio en la adolescencia no tiene la misma intensidad en las distintas **edades**. En coincidencia con otros datos antes citados, en todo el país se observa que la mortalidad por suicidio es mucho más significativa en el grupo etario de 15 a 19 años. Esta diferencia se advierte en ambos sexos, aunque es bastante más significativa entre los varones en casi todas las jurisdicciones, con la excepción de Mendoza, donde se observa un OR diferencial por grupo etario algo mayor entre las mujeres que entre los varones.

En los gráficos 1a y 1b se observan las tasas de suicidio de los varones y de las mujeres entre los años 1990 y 2016. La mortalidad tuvo un importante aumento en el período de la crisis del 2001 (Basile, 2015); en el período 2008-2010 aparece en términos relativos un pequeño descenso en relación con el período anterior y un incremento para el último período del que se disponía de datos (2014-2016). Cuando se analiza la tendencia a más largo plazo (comparación del período 1990 con el período 2016) se observa un importante incremento de este tipo de mortalidad⁴.

4. Este patrón también se observa en la mortalidad general, especialmente en la mortalidad adulta (Manzelli, 2014).

Gráfico 1a

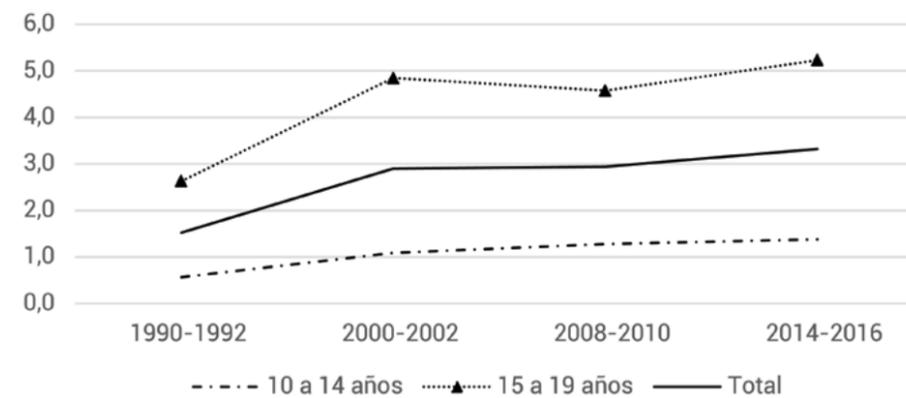
Tasa de suicidio adolescente cada 100.000. Varones. Argentina. 1990-2016



Fuente: Elaboración propia a partir de Estadísticas Vitales y Censos Nacionales.

Gráfico 1b

Tasa de suicidio adolescente cada 100.000. Mujeres. Argentina. 1990-2016



Fuente: Elaboración propia a partir de Estadísticas Vitales y Censos Nacionales.

Los datos en los certificados de defunción en la Argentina únicamente incluyen información acerca del **nivel educativo**, por lo que solo se ha podido indagar esta variable como indicador de nivel socio-económico. Del análisis de esos datos para el período 2009-2011, **surge que los adolescentes varones con menor nivel educativo tienen aproximadamente tres veces más posibilidades de cometer un suicidio que los adolescentes varones con un nivel educativo de secundaria completa o más.** En el caso de las mujeres adolescentes con nivel educativo hasta primario completo, tienen aproximadamente 1.7 más posibilidades de cometer suicidio que sus pares con un mayor nivel educativo.

PRINCIPALES RESULTADOS OBTENIDOS CON MÉTODOS CUALITATIVOS

5

Como ya se mencionó en este documento, el estudio cualitativo fue realizado en algunas áreas geográficas del país, por lo que cabe destacar que las conclusiones deben ser tomadas con cautela y en ningún caso pueden ser generalizables al total de la población.

La metodología cualitativa permitió comprender las características de las y los adolescentes que cometieron suicidio y que realizaron tentativas de suicidio, así como también describir las instituciones vinculadas con la prevención y la asistencia en las situaciones vinculadas con el suicidio adolescente, a fin de identificar los obstáculos y las oportunidades presentes en su funcionamiento.

5.1. Muestra de adolescentes con tentativas o suicidios consumados

Para el relevamiento de datos, realizado durante los meses de febrero a mayo de 2018, se emplearon entrevistas semiestructuradas, orientadas a indagar diferentes aspectos y dimensiones de las vidas de las y los adolescentes.

Se analizaron 55 casos de adolescentes entre 10 y 19 años fallecidos por suicidio, y adolescentes que habían realizado una tentativa entre 6 meses y 5 años previos a la fecha de la entrevista, seleccionados por intermedio de referentes comunitarios o de los servicios de salud que conocían sus historias. Un total de 27 suicidios consumados y 28 tentativas fueron analizados por medio de entrevistas confidenciales.

En las entrevistas a personas allegadas a quienes se suicidaron, se usó la autopsia psicológica para tratar de reconstruir la vida de la persona fallecida, enfatizando aspectos como su estilo de vida, personalidad, estrés reciente, enfermedad mental y comunicación de ideas de muerte. Se realizaron para cada uno de los casos entre 1 y 3 entrevistas. En cuanto a las tentativas, se entrevistaron a las y los adolescentes que las habían cometido.

El trabajo de campo se realizó en provincias del NOA (Jujuy y Catamarca), NEA (Misiones y Chaco), región Centro (Santa Fe y Buenos Aires), Cuyo (San Juan) y Patagónica (Chubut).⁵

5. Se trabajó en las mismas provincias que fueron seleccionadas para el enfoque cuantitativo.

Cuadro 2

Casos de suicidios consumados y tentativas por provincia

Provincias	Suicidios consumados	Tentativas	Total
Buenos Aires	5	8	13
Catamarca	5	5	10
Santa Fe	5	3	8
Jujuy	4	4	8
Chaco	3	3	6
San Juan	2	3	5
Misiones	2	1	3
Chubut	1	1	2
Total	27	28	55

Fuente: Elaboración propia.

Para el relevamiento de datos se estableció el contacto con los equipos provinciales conformados por profesionales del campo de la salud y la educación, con un predominio de formación en el campo psicosocial. En muchas provincias intervinieron las referentes provinciales del área de Adolescencia de los Ministerios de Salud. Asimismo, tanto desde el Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia como desde UNICEF se facilitó el vínculo con referentes para afianzar el trabajo de campo. En algunas provincias, como por ejemplo Santa Fe y Chaco, los contactos se dieron por medio del Ministerio de Salud provincial, ya que parte de los equipos lo integran. En otros casos también participaron universidades nacionales, como la UNJu en Jujuy, y en otros ONG como "Defender la Vida" en Misiones o profesionales que ya habían abordado la temática en investigaciones previas, como en el caso de Catamarca.

Las y los investigadores del estudio confeccionaron y brindaron los instrumentos de relevamiento, dieron asistencia técnica y conceptual sobre los objetivos de los instrumentos y su aplicación en campo, asistieron y monitorearon el trabajo de campo, facilitaron la documentación necesaria para los avales institucionales que se fueron presentando, brindaron información sobre recursos de asistencia sanitaria cuando fue necesario, recopilaron el corpus de datos y sistematizaron la información para su posterior análisis.

En el curso del trabajo de campo se presentaron dificultades de diversa índole: dificultad para realizar las entrevistas de tentativas, sobre todo en varones; dificultades para alcanzar casos de lugares más alejados de los principales centros urbanos. En todos los casos las dificultades fueron salvadas redoblando los esfuerzos de los profesionales que trabajaron en el relevamiento de datos.

Uno de los criterios que se siguieron para la obtención de los casos que integran esta muestra fue la variabilidad en torno al ámbito de residencia. Aunque predomina el ámbito urbano con un 60%, más de un 25% de los casos corresponden a adolescentes residentes en áreas periurbanas⁶.

6. Término que refiere a localidades entre 4000 y 30.000 habitantes, que por sus características productivas y geográficas se encuentran en una frontera poco precisa en relación con el ámbito rural no disperso.

Cuadro 3

Casos de suicidios consumados y tentativas según ámbito de residencia

Ámbito	Suicidios consumados	Tentativas	Total
Urbano	16	17	33
Periurbano	5	10	15
Rural	6	1	7
Total	27	28	55

Fuente: Elaboración propia.

El nivel socio-económico (NSE) de los casos fue obtenido en base a una escala de puntajes que contempló tres dimensiones: tipo de vivienda, máximo nivel educativo de los padres y ocupación de los padres. De tal forma, se obtuvieron tres grupos: bajo, medio-bajo y medio. Cerca de dos tercios de la muestra son casos de NSE bajo o medio bajo, mientras un poco más de un tercio es de NSE medio.

Cuadro 4

Casos de suicidios consumados y tentativas según NSE

NSE	Suicidios consumados	Tentativas	Total
Baja	14	10	24
Media baja	2	8	10
Media	11	10	21
Total	27	28	55

Fuente: Elaboración propia.

Las estadísticas de mortalidad muestran que existe una mayor prevalencia de casos por suicidios en adolescentes varones. Se procuró orientar la selección de la muestra para obtener cantidades similares de casos según el sexo. Este criterio pudo ser logrado para los casos de suicidios consumados, no así para las tentativas, ya que fue difícil obtener registros efectivos de entrevistas con varones (solo 6 casos de tentativas). Esta dificultad coincide con lo mencionado en la bibliografía acerca de la mayor cantidad de mujeres que cometen tentativas.

Cuadro 5

Casos de suicidios consumados y tentativas según sexo

Sexo	Suicidios consumados	Tentativas	Total
Femenino	12	21	33
Masculino	15	6	21
Transexual	-	1	1
Total	27	28	55

Fuente: Elaboración propia

5.1.1. Características de la muestra estudiada

La existencia de suicidios en el entorno de adolescentes suele considerarse una variable asociada al proceso de *suicidalidad*. De los 55 casos estudiados, cerca del 62% no presentaban casos de suicidios o tentativas en su entorno próximo. En los suicidios consumados se destaca que el 25% tuvieron antecedentes de suicidios de familiares directos, mientras que para el caso de tentativas cerca del 42% tuvo algún caso de suicidio o tentativa en sus redes cercanas.

Como muestran las estadísticas de mortalidad antes citadas, existe una mayor cantidad de decesos de varones que de mujeres. Sin embargo, las tentativas muestran el fenómeno inverso. En general, los datos de mortalidad suelen exponer el empleo de métodos más letales por parte de los varones que por parte de las mujeres. Coincidiendo con dichos datos, en la muestra seleccionada para este estudio existe una gran predominancia del ahorcamiento o sofocación como método, tanto en varones como en mujeres (más del 80%).

Cuadro 6

Métodos empleados en los casos de suicidios consumados

Método empleado	Mujeres	Varones	Total
Ahorcamiento	11	11	22
Uso de arma de fuego	1	1	2
Asfixia	-	1	1
Salto de lugares elevados	-	1	1
Ahogamiento voluntario en río	-	1	1
Total	12	15	27

Fuente: Elaboración propia

Los métodos empleados en los intentos de suicidio suelen ser menos letales que en los suicidios consumados, tal como sucede en la muestra seleccionada: el uso de pastillas u otro tipo de sustancias ingeridas alcanza en conjunto cerca del 42% de los casos de tentativas y los cortes con objetos cortopunzantes cerca del 29%.

Cuadro 7

Métodos empleados en los casos de tentativas

Método empleado	Mujeres	Varones	Transexuales	Total
Pastillas/otras sustancias	10	1	1	12
Objeto cortante	6	2	-	8
Ahorcamiento	2	2	-	4
Salto de lugares elevados	3	1	-	4
Total	21	6	1	28

Fuente: Elaboración propia

La presencia de intentos previos es uno de los indicadores usuales que se consideran en cuanto al riesgo de posibilidad de suicidio. Sin embargo, el 81% de los que consumaron un suicidio en la muestra seleccionada no habían pasado por esta circunstancia.

Cuadro 8

Intentos previos en los casos de suicidios consumados

Intentos previos	Mujeres	Varones	Total
No	11	11	22
Sí	1	4	5
Total	12	15	27

Fuente: Elaboración propia

5.1.2. Análisis de las historias de las y los adolescentes para la construcción de tipologías

Los "tipos ideales" o tipologías propuestos por las y los investigadores sintetizan las situaciones vividas por adolescentes que intentaron o consumaron suicidios, a las que tuvieron acceso por medio de los relatos de sus personas allegadas o de ellos/ellas mismos/as. Como ya se mencionó, este análisis en ningún caso podría generalizarse para la población total de adolescentes. No obstante, dado que las

situaciones descriptas se enmarcan en procesos de índole social que se repiten en distintos ámbitos del país, es posible que puedan orientar la comprensión de las experiencias de adolescentes en diferentes localidades.

Las tipologías elaboradas surgieron de un diálogo de los marcos conceptuales con la lectura rigurosa y repetida de los casos estudiados. El marco conceptual proviene de la psicología social en su entrecruzamiento con algunos desarrollos de la sociología de las juventudes. En consecuencia, no incluye conceptos provenientes de las diferentes corrientes psicológicas que se han ocupado de la temática del suicidio.

Aunque estos resultados reflejan a la muestra seleccionada para el estudio, las vivencias descriptas posibilitan el desarrollo de intervenciones preventivas que permitan paliar, al menos en algunos casos, las consecuencias negativas en las vidas de otras/os adolescentes.

Algunos de los siguientes casos de **suicidio consumado** que se transcriben ejemplifican las tipologías construidas:

1.1. Adolescentes sin contención familiar con los que las instituciones intervinientes fracasaron

Ariel tenía 17 años cuando se suicidó. La entrevistada es la madre. Vivía en la provincia de Buenos Aires, en Lanús, en un barrio de casas precarias, en situación de pobreza, junto a su madre y cinco hermanos. Su padre cometía violencia física frecuentemente contra la madre y contra los hijos. Cuando los hijos crecieron lo echaron de la casa. Los hermanos eran violentos también entre ellos. Cursó hasta 4° grado, con dificultades de adaptación a la escuela. Dos de sus hermanos se suicidaron después que él. El mayor está en prisión con condena de 11 años. Otra hermana, de 12 años, está internada en un hogar de abrigo, dado que se había iniciado en la prostitución. La única que permanece en la casa junto a la madre es una hermana de 14 años, embarazada actualmente. Ariel comenzó a consumir drogas a edad temprana; cuando estaba bajo los efectos de las drogas era violento. Nunca trabajó. Para poder consumir robaba. La madre trabajaba como mucama en un hospital y recurrió en diversas oportunidades a los servicios de protección: tribunal de familia, servicio de protección de niñez, policía. Ariel fue derivado a tratamientos psicológicos por su adicción. Estuvo en un neuropsiquiátrico, en un centro abierto e iban psicólogas a la casa a verlo. Siempre rechazó los tratamientos. Hizo varios intentos de suicidio, por ahorcamiento, pero la madre o los vecinos llegaban a tiempo y "lo descolgaban". El desencadenante del suicidio consumado fue una pelea con la madre, a la que, estando bajo los efectos de las drogas, agredió físicamente. La madre se fue de la casa y cuando volvió lo encontró muerto: se había ahorcado.

Guille tenía 16 años cuando cometió suicidio. Los entrevistados son una docente y un voluntario de la parroquia con actuación en el barrio. Vivía en Misiones, en la ciudad de Posadas, en un barrio de clase media baja. Cursaba 2° año del secundario. Era muy participativo, intervenía en todas las actividades extracurriculares que la escuela organizaba. Era muy sociable; jugaba al fútbol y le gustaban las actividades artísticas. Era muy querido por sus docentes y por sus compañeros. Según la docente que informó el caso, "era el alumno ideal". Vivía con su padre y su madre. Tenía tres hermanos menores que vivían en un hogar, dado que el servicio social los había retirado de la

casa, junto con él, por la situación de violencia que se vivía en la familia: la madre consumía drogas y el padre era violento. Guille estuvo un tiempo en el hogar, pero luego pidió volver a su casa para estar cerca de su madre, aunque le dolía estar separado de sus hermanos. Sus compañeros conocían la situación que vivía en su casa y lo comentaron con uno de sus docentes, quien no lo transmitió. No tuvo intentos previos ni antecedentes cercanos de suicidio. No se pudo identificar el desencadenante de su decisión. El día anterior se había querido sacar una foto con cada uno de sus compañeros. Tenía programado un partido de fútbol por la tarde. Cuando sus compañeros lo fueron a buscar lo encontraron muerto: se había ahorcado en su casa.

1.2. Adolescentes que sufrieron la pérdida de una relación afectiva que constituía su principal soporte

Fer tenía 16 años cuando cometió suicidio. Vivía en la provincia de Santa Fe, en la ciudad de Reconquista. Los entrevistados son su madre, la preceptora de su curso y miembros del equipo de salud que se acercaron a la familia posteriormente al suicidio. Cursaba 3° año de la escuela técnica, después de haber repetido 1° y 2° año. No tenía amigos en la escuela. Era muy introvertido. Estaba prácticamente solo. Su madre ejercía la prostitución. Él y sus hermanos vivían con la abuela. Sus padres estaban separados. Cuando vivían juntos, el padre ejercía violencia doméstica contra la madre y los hijos. Fer visitaba a su padre, con quien trabajaba cuidando animales. Tenía con él una relación conflictiva, dado que era violento y descalificador. Prácticamente vivía en la casa de la novia, en la que se sentía atendido. La madre y la abuela de la novia le tenían afecto. Lo veían desprotegido. El día en que rompió la relación con la novia se ahorcó en la casa del padre.

Male tenía 16 años cuando cometió suicidio. Vivía en Jujuy, en la ciudad de San Salvador, con su madre. La entrevistada es una de sus docentes. Cursaba 4° año del secundario. Se había cambiado del Colegio Nacional a un colegio parroquial a comienzos de año. Le resultaba más exigente este último. No se llevaba bien con sus compañeras, aunque había hecho buenas migas con algunos de sus compañeros varones, con los que salía, oportunidades en las que consumía alcohol junto con ellos. Vivía con su madre, que tenía una relación de pareja con un hombre casado, con el que viajaba frecuentemente. En esas oportunidades, Male se quedaba sola en la casa, a partir de la muerte de su abuela, quien la había criado, acaecida un año antes. Después de esta muerte empezó a sentir desinterés por el estudio. Tenía un novio con el que mantenía una relación conflictiva, dado que él flirteaba con otras chicas. El día del suicidio le había mandado un mensaje al novio diciéndole que estaba triste. Se ahorcó en su casa, durante uno de los viajes de la madre.

2.1. Adolescentes que experimentan una aguda sensación de fracaso frente a sus propias expectativas de logro y/o que consideran que no cumplen con las expectativas de sus familias o de otras instancias como los mandatos religiosos

Laura tenía 16 años cuando cometió suicidio. Las entrevistadas son su madre y una amiga. Vivía en la provincia de Buenos Aires, en Gonnet. Cursaba 4° año del secundario. Vivía con su madre, actriz, con la que tenía una relación conflictiva. Veía esporádicamente a su padre. En 3° año tuvo que cambiarse de colegio. Pasó de la Escuela Italiana, institución privada a la que concurría desde jardín de infantes, a una escuela prestigiosa de la capital provincial, porque en la primera consideraron que su rendimiento no alcanzaba el nivel esperado y no le permitieron seguir cursando allí. Ella pensó que era injusto. No se sentía a gusto en el Nacional, aunque tenía algunas amigas. Estaba desanimada, no se aseaba, no quería salir, no quería ver a sus amigas, hacía dibujos terro-ríficos, pasaba muchas horas en la computadora, había adherido a la ideología nazi. Ni su madre ni la escuela intervinieron frente a estas señales. Preparó la escena de su suicidio, que perpetró en el colegio: llevó música de una cantante que se suicidó del mismo modo; les dijo a sus amigas que ese día no fueran a clase. Se pegó un tiro en la cara con un revólver que le sacó al padre.

Belu tenía 19 años cuando cometió suicidio. La entrevistada es una de sus hermanas. Vivía sola, en un barrio de clase baja de la provincia de Chaco, en Resistencia. Su madre y algunos de sus hermanos vivían cerca, en una villa. Ella trabajaba vendiendo ropa. Sus padres se habían separado cinco años antes, a raíz de la conducta violenta del padre. No lo veía. Había terminado el secundario. Formaba parte de un equipo de fútbol femenino, actividad que le gustaba mucho y tuvo que suspender a raíz de un accidente deportivo: se operó la rodilla y no quedó bien. Compensaba esto actuando como referí en los partidos en los que intervenía su equipo. Había intentado entrar al Ejército, para lo que viajó a Buenos Aires a rendir el ingreso, pero no pasó el examen psicológico. Consumía drogas y había estado 19 días presa por portación de drogas. La hermana comenta que "se sentía frustrada porque todo le salía mal". La madre le había conseguido un turno para una consulta psicológica en el hospital, para el día posterior al día en que se ahorcó.

2.2. Adolescentes que experimentan temor al fracaso frente a inminentes pruebas de paso a la juventud/adulthood, por ejemplo, la terminación del secundario y el ingreso a estudios terciarios/universitarios o al mundo laboral

Gusti tenía 17 años cuando cometió suicidio. Vivía en la provincia de Buenos Aires, en Haedo. Los entrevistados son sus padres. Cursaba el 6° año del secundario. Se trata de una familia de clase media, de buen pasar. En el colegio se llevaba materias a examen, pero siempre las daba en diciembre y las aprobaba. Se llevaba bien con los compañeros. Por la tarde iba al gimnasio y se juntaba con amigos. Tenía dos novias que se peleaban por él. Le gustaba estar siempre vestido a la moda, era "fachero". Era introvertido en la casa, no hablaba de lo que le pasaba. Al volver del viaje de egresados "sufrió un bajón porque se terminaba la joda". El día anterior al que tenía programado ir a inscribirse en la universidad, en la carrera de Kinesiología, se pegó un tiro.

Ferchi tenía 17 años cuando cometió suicidio. Vivía en la provincia de Santa Fe, en una localidad de menos de 15.000 habitantes, en un barrio de clase media acomodada. Los entrevistados son el padre y un amigo. Vivía con el padre, en un departamento independiente de la casa. La abuela, quien vivía cerca, se ocupaba de los quehaceres domésticos. El padre es una figura reconocida en la comunidad, se desempeña como concejal. Los padres se habían separado cuando *Ferchi* tenía 12 años. Veía poco a la madre, porque ella vivía a 100 kilómetros. A instancias del padre, quien era profesor de paddle, comenzó a jugar a ese deporte. Cursaba 5° año sin problemas. El padre afirma que se trata de una familia en la que todos sacaban buenas notas. Tenía un grupo de amigos que estaban siempre con él en su departamento, con los que proyectaba mudarse a la ciudad de Reconquista el año próximo para estudiar. Tenía una novia con la que se relacionaba fundamentalmente por e-mail. El día posterior al suicidio debía rendir un examen de inglés, actividad muy valorada por el padre. Se ahorcó en un galpón de la casa.

3. Adolescentes que interiorizaron esquemas valorativos rígidos, que no admiten ser confrontados por situaciones que implican valores contrarios, y por lo tanto son vividas como hechos traumáticos no procesables

El Chino tenía 19 años cuando cometió suicidio. Vivía en la provincia de Jujuy, en Humahuaca, con su pareja. Los entrevistados son sus padres. Cursó hasta el 2° año del secundario. No tenía problemas con los compañeros, con los que se llevaba bien. Le gustaba mucho la música; participaba en una banda de sikuris desde que tenía 11 años; era devoto de la Virgen; participaba con su banda en todas las festividades; trabajó primero como albañil y después como remisero, como el padre; hacía seis meses se había ido a vivir con una mujer mucho mayor que él; "ella no lo atendía, no le hacía la comida, iba a bailar sola y decían que le era infiel"; el novio anterior se había suicidado; los parientes le decían lo que pasaba pero él negaba la situación. El desencadenante del suicidio fue una situación en la que, habiendo ido a un baile con la pareja, le pidió que se retirara junto con él, que debía salir a trabajar. Ella se negó. Cuando el Chino volvió a su casa se desarrolló una escena violenta en la que supuestamente ella tuvo expresiones denigratorias hacia él, probablemente confirmando su infidelidad. Aceptarlo significaba para el Chino ir en contra de sus valores cristianos, de la cultura local y una ofensa a su valoración como hombre. Se ahorcó en su casa, después del episodio de la fiesta.

Luciano tenía 17 años cuando cometió suicidio. La entrevistada es su madre. Vivía con sus padres y 7 hermanos en la provincia de Buenos Aires, en un barrio popular de la ciudad de La Plata. Habían emigrado de la provincia del Chaco. Cursó hasta 1° año del secundario, abandonando los estudios. Trabajaba como albañil y le iba bien. Tenía una banda de rap en idioma toba, etnia a la que pertenecían. Tanto él como toda la familia participaba en la iglesia evangélica. Era muy devoto, leía la Biblia y oraba. Los fines de semana consumía alcohol y drogas de modo problemático. No tenía control sobre su consumo. Se iba de la casa bien vestido y vendía su ropa por ahí para comprar drogas cuando gastaba el dinero que llevaba. La madre dice que "venía destruido, sucio y a veces golpeado". Rechazaba la medicina y la psicología. Solo quería orar. Dejó un mensaje en Facebook en el que pedía a Dios que se lo llevara porque no podía con la droga. Se ahorcó en su casa.



Janina tenía 16 años cuando cometió suicidio. Vivía en la provincia de Jujuy, en San Salvador, en un barrio de clase media baja, junto a su madre, su padrastro y dos hermanos. Cursaba 4° año de la escuela secundaria. Le gustaba mucho la escuela, le iba muy bien. Era muy participativa. Era coordinadora de catequesis de la parroquia. Tenía un novio que era muy celoso, con el que se demostraban cariño mutuamente. Se ahorcó junto con su novio en la casa de él. Se rumoreó que estaba embarazada.

4. Adolescentes en los que existe un componente de enfermedad mental evidente, que no llegaron o no fueron debidamente atendidos por las instituciones de salud mental

Miguel tenía 19 años cuando cometió suicidio. Vivía en Santa Fe, en la ciudad de Reconquista. Los entrevistados son un hermano, una monja operando en el barrio donde vivía y una profesional de la salud del hospital donde estuvo internado. Vivía con su madre, que tiene retardo mental, y un hermano con problemas psiquiátricos, en un contexto social de pobreza extrema. El padre había fallecido cuando él era chico. Cursó la primaria en una escuela de educación especial. Hacía changas. Era sociable. Participaba en las actividades del barrio. El año anterior había comenzado a concurrir a una iglesia evangélica y al mismo tiempo a "hacer cosas raras", como sacar afuera todos los objetos de la casa. Leía todo el tiempo la Biblia. Ante la situación de desprotección de los hermanos interviene la Secretaría de la Niñez, que los ubicó en un hogar. Miguel se escapó de allí y volvió a vivir con la madre. Tuvo una crisis psicótica por la que fue internado en el hospital zonal, pero la madre lo retiró. Ante una nueva crisis fue internado nuevamente en el hospital, donde recibió medicación, permaneciendo tres días. Por la inminencia de un fin de semana largo, en el que no iba a haber en el hospital suficiente personal para brindar seguridad en la internación, le dieron el alta. No se aseguró la contención del paciente tras el alta. Al día siguiente se ahogó entrando al arroyo de espaldas.

Tipología de los casos de suicidios consumados

1. Adolescentes que han atravesado situaciones de inexistencia o pérdida de soportes.
 - 1.1. Adolescentes sin contención familiar con los que las instituciones intervinientes fracasaron.
 - 1.2. Adolescentes que sufrieron la pérdida de una relación afectiva que constituía su principal soporte.
2. Adolescentes que sufrieron o temen sufrir desfasajes entre sus expectativas y sus logros.
 - 2.1. Adolescentes que experimentan una aguda sensación de fracaso frente a sus propias expectativas de logro y/o que consideran que no cumplen con las expectativas de sus familias o de otras instituciones como los mandatos religiosos.
 - 2.2. Adolescentes que experimentan temor al fracaso frente a inminentes pruebas de paso a la juventud/adulthood, por ejemplo, la terminación del secundario y el ingreso a estudios terciarios-universitarios o al mundo laboral.
3. Adolescentes que interiorizaron esquemas valorativos rígidos, que no admiten ser confrontados por situaciones que implican valores contrarios, y por lo tanto son vividas como hechos traumáticos no procesables.
4. Adolescentes en los que existe un componente de enfermedad mental evidente, que no llegaron o no fueron debidamente atendidos por las instituciones de



Cuadro 9

Frecuencia de situaciones en los casos de suicidio consumado

Situaciones	Mujeres	Varones	Total
1. Adolescentes que atravesaron situaciones de inexistencia o pérdida de soportes (1.1. + 1.2)	5	4	9
1.1 Adolescentes sin contención familiar ni institucional	4	2	6
1.2 Adolescentes que sufrieron una pérdida afectiva que significaba su principal soporte	1	2	3
2. Adolescentes que sufrieron o temen sufrir desfasajes entre sus expectativas y sus logros	5	5	10
2.1 Adolescentes que experimentan una sensación de fracaso	1	5	6
2.2 Adolescentes que temen fracasar frente a nuevas pruebas	4	-	4
3. Adolescentes que interiorizaron esquemas valorativos rígidos que les impiden procesar hechos traumáticos	4	2	6
4. Adolescentes con crisis psicótica en curso/otros trastornos psicológicos serios	2	-	2
Total	16	11	27

Algunos de los siguientes casos de **tentativas de suicidio** que se transcriben ejemplifican las tipologías construidas:

1.1 Adolescentes con limitada contención familiar, con los que las instituciones intervinientes cumplieron aunque sea parcialmente sus cometidos como protectoras

Mía cometió su primera tentativa de suicidio a los 15 años. Vivía con su madre y la pareja de esta en la provincia de Buenos Aires, en Campana, en un barrio de clase media. Repitió tres veces primer año. Se define como transexual. Sufría *bullying* en la escuela, los compañeros le tiraban piedras y la escupían. Fue violada a los 5 años y cuatro veces a los 12, "estando drogada"; consume drogas y alcohol, y se prostituye. Tiene una relación conflictiva con la madre (ambas se agreden físicamente y verbalmente). El padre biológico la abandonó a temprana edad. Efectivizó el intento de suicidio tomando pastillas y cortándose, por lo que la llevaron al hospital y la derivaron a Psiquiatría. No se sintió cómoda con el psiquiatra y pidió ayuda en el *gabinete psicopedagógico de la escuela* a la que concurría. La derivaron a la *guardia de Psiquiatría*, donde desarrolló un mejor vínculo, incluyendo además a la *madre*. Actualmente manifiesta que la relación con la madre ha mejorado notablemente, habiendo desaparecido la mutua agresión.

Carla realizó varias tentativas de suicidio, desde los 11 años. Actualmente reside en un hogar de niñas de la provincia de Buenos Aires. Está institucionalizada desde los 7 años, cuando falleció el padre. La madre tiene una discapacidad y está internada. A menudo se escapaba de las instituciones y vivía en situación de calle. Consumía drogas. Para efectivizar las tentativas de suicidio se cortaba con objetos punzantes y tomaba pastillas. El organismo de protección después de que la ingresara en múltiples hogares la vinculó con una familia adoptiva, pero el vínculo fracasó por abuso sexual del padre adoptivo. La familia estaba además inmersa en un circuito delictual de venta de estupefacientes, por el que tenía una causa penal. Finalmente, hace dos años, *Carla* ingresó en el *hogar* donde vive actualmente, en el que siente que la cuidan y la aprecian. Pudo retomar su escolaridad y en la actualidad, a sus 15 años, está cursando 2° año del secundario.

1.2. Adolescentes que sufrieron la pérdida de una relación afectiva que constituía su principal soporte, con los que una figura adulta o las instituciones cumplieron luego un rol protector

Lía tiene 13 años. Vive con la madre y tres hermanos en la provincia de Santa Fe, en la ciudad de Avellaneda, en un barrio carenciado. Se crió con la abuela, que falleció cuando ella tenía 10 años. A partir de ese momento se sintió muy sola y comenzó a cortarse. Posteriormente intentó ahorcarse. Vive en una familia en la que el abuelo cometió abusos sexuales con sus hermanas; lo intentó también con ella, pero ella se lo impidió. Una de sus hermanas se prostituye. No tiene amigas en la escuela. Los compañeros se burlan de ella por sus cortes. La madre la llevó al hospital para que la trataran. La derivaron a la ciudad de Santa Fe donde estuvo internada 15 días. *La madre la acompañaba*. En Avellaneda, donde vive, la ve un *psicólogo* y tiene una *acompañante terapéutica*.

2.1. Adolescentes que experimentan una sensación de fracaso frente a sus propias expectativas de logro y/o que consideran que no cumplen con las expectativas de sus familias o de otras instituciones como los mandatos religiosos, pero con los que las instituciones cumplieron, aunque sea parcialmente un rol protector

Rochi tenía 16 años cuando cometió la tentativa de suicidio. Vive en la provincia de San Juan, en la localidad de Rivadavia, y cursaba 4° año del secundario. Vive con la madre y con el padrastro, en un barrio de clase media baja. Tenía muchos conflictos con el padrastro. En ese momento le iba mal en el colegio, se exigía mucho con el estudio pero no se podía concentrar. Tenía bajas notas y mal rendimiento. Tenía problemas de bulimia y no se cuidaba ni se aseaba. Por la tentativa (tomó pastillas) la llevaron al hospital, donde siente que la atendieron bien; la derivaron a *tratamiento psicológico* y de *nutrición*. Está conforme con ambos. Pudo repuntar en el colegio.

Pali tenía 13 años cuando cometió la tentativa de suicidio. Vive con sus padres en la provincia de San Juan, en la localidad de Rawson, en un barrio de clase media baja. Está cursando 1° año del secundario. Intenta ser "buena alumna". Sus *padres* son muy exigentes con ella en ese sentido y además la "controlan excesivamente en todo". Siente que tiene "baja autoestima"; no tiene muchos amigos, tiene adicción a las redes. Experimenta "sensaciones de tristeza que no sabe cómo

expresar". Se cortó con cuchillos: "no quería morir, quería que me dejaran en paz". La llevaron al centro de salud en el que la derivaron a *tratamiento psicológico*; está conforme con el mismo.

2.2. Adolescentes que experimentan temor al fracaso frente a inminentes pruebas de paso a la juventud/adulthood, por ejemplo, la terminación del secundario y el ingreso a estudios terciarios/universitarios o al mundo laboral, pero en los que una figura o las instituciones cumplieron, aunque sea parcialmente un rol protector

Gigi tenía 19 años cuando cometió la tentativa de suicidio. Vive en la provincia de Buenos Aires, en el partido de Lomas de Zamora, con sus padres y un hermano, en un barrio de clase media baja. Estudiaba Letras en la Universidad de Buenos Aires. Dejó en primer año. No sabe por qué dejó, porque le gustaba mucho. Tiene un alto nivel de autoexigencia. En la escuela, si sacaba 9 lloraba. Trabajó en un *call center* y como mesera, pero siempre sentía que la trataban mal y lloraba. Tiene un novio con el que se pelea mucho. Tenía problemas de alimentación, perdió peso; hizo varios *tratamientos psicológicos*. En la tentativa se encerró en el baño con un cuchillo, pero el *hermano* se dio cuenta y se lo sacó.

3. Adolescentes que interiorizaron esquemas valorativos rígidos, que no admiten ser confrontados por situaciones que implican valores contrarios, y por lo tanto son vividas como hechos traumáticos no procesables, pero en los que las instituciones cumplieron, aunque sea parcialmente un rol protector

Pachi tiene 13 años. La entrevistada es la madre, dado que *Pachi* está internada en el hospital y el *personal de salud* no autorizó la realización de la entrevista. Vive en la provincia de Chubut, en la ciudad de Comodoro Rivadavia, con sus padres y tres hermanos, en un barrio de clase baja. Cursa 2° año de la escuela secundaria. Le va bien en la escuela pero no se relaciona con sus compañeros, por lo que de la *escuela* llamaron a los padres para manifestar preocupación sobre este aspecto. Hace un año había hecho otra tentativa por la que estuvo internada. La familia es muy cerrada, practican la religión evangélica; están muy ligados a la iglesia. En la escuela una *docente* quiso hablar con ella acerca de un probable abuso sexual (la madre no sabe de dónde sacó eso; niega la probable situación). Después de que la *docente* intentó blanquear la situación de abuso (perpetrado supuestamente por un miembro de la familia), *Pachi* se puso muy mal. Se cortaba y decía que se quería morir. La escuela hizo la denuncia sobre la situación, pero la misma no avanzó.

4. Adolescentes en los que existe un componente de enfermedad mental, con los que las instituciones cumplieron, aunque sea parcialmente un rol protector

Victoria tiene 14 años. Vive en la ciudad de La Plata, en un hogar de niñas. El padre cumple condena por secuestro extorsivo. La madre abandonó a sus hijos. Sus hermanos más chicos fueron dados en adopción. *Victoria* también, pero su vinculación con familias adoptivas fracasó. En una oportunidad intentó asesinar a su madre adoptiva con una tijera. También tuvo conductas de

agresión grave hacia sus hermanitos, por lo que estos le tienen miedo y no quieren verla. Tiene un orden de restricción para acercarse a ellos. Intentó suicidarse varias veces cortándose y clavándose objetos punzantes. Desde que está en el *hogar de niñas*, en el que siente que recibe cuidados y cariño, pudo retomar los estudios; está cursando 2° año del secundario y se siente contenida.

Tipología para las tentativas de suicidio adolescente

1. **Adolescentes que atravesaron situaciones de inexistencia o de pérdida de soportes, paliadas por adultos o instituciones que desempeñaron un rol protector.**
 - 1.1. Adolescentes con limitada contención familiar, con los que las instituciones intervinientes cumplieron aunque sea parcialmente sus cometidos como protectoras.
 - 1.2. Adolescentes que sufrieron la pérdida de una relación afectiva que constituía su principal soporte, con los que una figura adulta o las instituciones cumplieron luego un rol protector.
2. **Adolescentes que sufrieron o temen sufrir desfasajes entre sus expectativas y sus logros, pero con los que una figura o las instituciones intervinientes cumplieron, aunque sea parcialmente sus cometidos como protectoras.**
 - 2.1. Adolescentes que experimentan una sensación de fracaso frente a sus propias expectativas de logro y/o que consideran que no cumplen con las expectativas de sus familias o de otras instituciones como los mandatos religiosos, pero con los que las instituciones cumplieron, aunque sea parcialmente un rol protector.
 - 2.2. Adolescentes que experimentan temor al fracaso frente a inminentes pruebas de paso a la juventud/adulthood, por ejemplo, la terminación del secundario y el ingreso a estudios terciarios/universitarios o al mundo laboral, pero con los que una figura o las instituciones cumplieron, aunque sea parcialmente un rol protector.
3. **Adolescentes que interiorizaron esquemas valorativos rígidos, que no admiten ser confrontados por situaciones que implican valores contrarios, y por lo tanto son vividas como hechos traumáticos no procesables, pero con los que las instituciones cumplieron, aunque sea parcialmente un rol protector.**
4. **Adolescentes en los que existe un componente de enfermedad mental, con los que las instituciones cumplieron, aunque sea parcialmente un rol protector.**

Cuadro 10

Frecuencia de situaciones en los casos de tentativas de suicidio

Situaciones	Varones	Mujeres	Transexuales	Total
1. Adolescentes que atravesaron situaciones de inexistencia o pérdida de soportes, paliadas por figuras o instituciones protectoras	5	16		22
1.1 Adolescentes con una contención familiar limitada, con intervención institucional protectora	2	8	1	11
1.2 Adolescentes que sufrieron una pérdida afectiva que significaba su principal soporte, con intervención institucional protectora	3	8	-	11
2. Adolescentes que sufrieron o temen sufrir desfasajes entre sus expectativas y sus logros, pero en los que una figura o las instituciones intervinientes cumplieron aunque sea parcialmente sus cometidos como protectoras		3		3
2.1 Adolescentes que experimentan una sensación de fracaso, con intervención institucional protectora	-	3	-	3
2.2 Adolescentes que temen fracasar frente a nuevas pruebas, con intervención institucional protectora	-	-	-	
3. Adolescentes que interiorizaron esquemas valorativos rígidos que les impiden procesar hechos traumáticos, con intervención institucional protectora	-	1	-	1
4. Adolescentes con componentes de enfermedad mental, con intervención institucional protectora	1	1	-	2
Total	6	21	1	28

Fuente: Elaboración propia

5.1.3. Marcos interpretativos y análisis de las historias de las y los adolescentes

A partir del análisis de los casos que conforman el corpus de datos, y en diálogo con los marcos de interpretación antes descriptos, las y los investigadores han esbozado un esquema de los principales aspectos que en nuestro medio llevan al intento o a la consumación del suicidio adolescente. En vistas de aportar a la construcción de un modelo conceptual que permita el análisis de casos en el que dialoguen los enfoques, retoman el concepto de **proceso de suicidalidad** (Fernández *et al.*, 2017), ya que contempla el despliegue de diferentes instancias en las que intervienen actores en vínculo con las y los adolescentes, y asimismo permite situar al suicidio como un evento previsible, predecible y prevenible (Martínez, 2017). Para su construcción tuvieron en cuenta las ideas de Beck y Beck-Gernsheim (2003), que hablan de los procesos de desinstitucionalización que se dan en las sociedades occidentales actuales y de Dubet (2013), quien también sostiene la idea de la declinación de las instituciones. En estos procesos ocurren dos movimientos simultáneos: por un lado, disminuyen las capacidades que las instituciones como las familias, escuelas y Estado tenían para ofrecer a los individuos, para ser marcos de referencia y de inserción social estables y confiables; por otro lado, se favorece la percepción individual de que cada uno debe ser responsable de sus logros y fracasos.

La angustia y la incertidumbre de las y los adolescentes y jóvenes en relación con sus posibilidades de desarrollo tanto en lo interpersonal afectivo como en lo social (plano de lo educativo y lo laboral) se vinculan con lo que Martuccelli (2007) describe como ciertas "pruebas" o desafíos que las y los adolescentes deben superar en el transcurso de su transición a la juventud/adulthood para cumplir con los estándares sociales aceptados. Estas pruebas se presentan como momentos que marcan discontinuidades en la vida. Su importancia en relación con el suicidio radica en que muchos elementos del orden de la personalidad, aspectos vinculares o circunstancias relativamente fortuitas pueden generar el desencadenante del proceso de suicidalidad, pero lejos están de convertirse en indicadores que permitan prever el evento.

Muchos de los *factores de riesgo* descritos en la literatura temática se basan en análisis clínicos individuales, que al ser extendidos a nivel poblacional caen en generalizaciones apresuradas (Almeida Filho, Castiel y Ayres, 2009). Gran parte de la reconstrucción de las experiencias sociales de los relatos en torno a los procesos de suicidalidad analizados se enmarcan en estas grandes pruebas. Ellas no son solo puntos de quiebre de las trayectorias biográficas, sino instancias donde quedan expuestas las posibilidades de elección y movilización de los recursos y soportes al alcance de las y los adolescentes. Los contextos y hechos analizados en este estudio son producto de la acumulación en el largo o mediano plazo. Otros hechos puntuales son desencadenantes en determinadas circunstancias. En este sentido, acontecimientos significativos pueden generar crisis que se desarrollan en un muy corto plazo, incluso horas, mientras que otros pueden marcar las experiencias vitales de adolescentes condicionando su futuro, hechos traumáticos difíciles de resolver.

Las pruebas no pueden analizarse sin los soportes o recursos que permiten superarlas. Así, las experiencias sociales adolescentes implican esta dimensión como un aspecto central. Los soportes son el material con el cual se construye el tejido social y existencial (Martuccelli, 2007). Algunos soportes adquieren una mayor materialidad (objetos, recursos económicos o de tipo relacional), mientras que otros potencian sus capacidades de "sostener" a las y los adolescentes a partir de aspectos simbólicos

(experiencias, actividades, afectos, aspiraciones, deseos o expectativas). Las condiciones de vida antes descritas se despliegan en forma de rigideces o frustraciones variables para afrontar los desafíos.

El relevamiento de datos realizado con respecto a las institucionales vinculadas con el abordaje del suicidio adolescente (escuela, servicios de salud, fuerzas de seguridad, ámbitos comunitarios, servicios de protección) han evidenciado que su presencia como soportes es limitada. En los casos en que su capacidad de soporte fue más efectiva, esto se debió en general a figuras que asumen y encarnan el compromiso y la responsabilidad institucional.

No todos los contextos ofrecen el mismo punto de partida para afrontar las pruebas, ni un rango amplio de soportes. Los contextos sociales, políticos y culturales se despliegan en forma desigual sobre las poblaciones juveniles, encarnándose en condiciones de vida que pueden ser limitantes en relación con las posibilidades de superar los desafíos que deben enfrentar. Sobre las y los adolescentes de los sectores populares ciertos desafíos impactan más, en la medida en que tienen menos recursos para enfrentarlos. Lo mismo ocurre en relación con las diferencias de género: ciertos desafíos son más difíciles de enfrentar para las adolescentes.

La ausencia o debilidad en el cumplimiento de las funciones paternas⁷, asociadas a la posibilidad de contener, sostener, proteger y acompañar al niño, la niña y al adolescente en su desarrollo, es un aspecto que está presente en gran parte de las y los adolescentes que conformaron la muestra. En estos casos, aunque exista una figura -en general la madre- que está presente físicamente, esta es incapaz de ejercer dichas funciones y de marcar los cauces que posibiliten el desarrollo psicosocial de un o una joven. Las figuras protectoras pueden haber existido en algún momento (se cita frecuentemente a abuelos y parejas) y su pérdida puede haber constituido para las y los adolescentes la pérdida de los sostenes necesarios para atravesar exitosamente los mencionados desafíos. Esta situación se acompaña en muchos de los casos analizados por las limitaciones de las instituciones de salud, educativas y legales intervinientes en diversos momentos de crisis en los que fueron convocadas, llevado entonces a la ausencia de una instancia protectora para las y los adolescentes.

En sintonía con el modelo cognitivo, mediacional y psicodinámico propuesto por Casullo (2005), el corpus de datos de las entrevistas a adolescentes que atravesaron por tentativas, como así también las autopsias retrospectivas realizadas al entorno de quienes cometieron suicidios, permitieron generar indicios de las formas que adquieren los vínculos primarios, los valores y las creencias que podrían guiar las conductas individuales. La reconstrucción integral de las experiencias efectivamente vivenciadas es un obstáculo insalvable en los casos de suicidios consumados, pero aun así es posible dar cuenta de comportamientos concretos que se vinculan con el suicidio como factores concurrentes y precipitantes o desencadenantes.

Estos últimos remiten a la noción de crisis, entendida como un cambio decisivo en el curso de un proceso de factores acumulativos que llevan a una ruptura desintegradora. Es así que los factores específicos mencionados en la descripción del marco teórico pueden constituir tanto un eslabón en una combinación de factores que se acumulan o constituirse en factores desencadenantes. A modo de ejemplo, en

7. Las "funciones paternas" no se limitan a la presencia de padres o madres que las cumplan, sino a la presencia de figuras adultas que las ejerzan, aún sin tener vínculos biológicos o familiares.

un caso de abuso sexual, este puede ser un factor desencadenante que lleva al suicidio y en otro caso un factor que se suma a otros, sin que por sí mismo precipite el acto, siendo otro factor el precipitante.

Asimismo, el análisis de los indicadores sociodemográficos producidos por los datos de mortalidad se presenta como una referencia de umbrales estructurales que enmarcan las acciones individuales y los vínculos intersubjetivos (Martuccelli y De Singly, 2012). En la Argentina, como sucede con otras problemáticas, es posible observar marcadas diferencias sociales y regionales tanto en el acceso a la salud como en la distribución de indicadores epidemiológicos y socio-sanitarios, aspecto que se reitera en el caso del suicidio adolescente.

Las pruebas o desafíos refieren fundamentalmente a dos aspectos: a) la necesidad de construir relaciones interpersonales con adultos a los que se considere referentes, y con pares, tanto en la esfera de la amistad como en el plano de las relaciones de pareja (el mundo de la afectividad); b) la necesidad de cumplir con ciertas expectativas de logro (educacional, laboral o artístico/deportivo), que responden tanto a exigencias externas como a la autoexigencia como corolario de su internalización. Estas expectativas pueden referirse tanto al rendimiento escolar (lo más frecuente en clase media) como a otras exigencias derivadas de modelos a los que consideran que deben asemejarse. A menudo estas situaciones se acompañan de la pérdida de situaciones valoradas y de posibilidades de concretar proyectos anhelados. Incluyendo tanto situaciones de frustración efectivamente vividas, como el temor de algunos/as adolescentes a no ser capaces de transitar nuevos desafíos, por ejemplo, la terminación del ciclo lectivo secundario y el comienzo del terciario. Esta condición se acompaña necesariamente de la ausencia de una figura del orden personal o institucional, que acompañe la transición madurativa prestando el apoyo necesario.

A fin de aportar a la comprensión de los suicidios adolescentes, es necesario considerar también otras circunstancias. La rigidez o falta de flexibilidad con la que algunos/as adolescentes enfrentan los diferentes desafíos que se presentan en sus vidas puede estar presente en los suicidios adolescentes. Se trataría de hechos que no son admitidos para sí en sus universos de vida y frente a los cuales no sienten que cuentan con recursos para enfrentarlos. Retomando el clásico concepto de personalidad autoritaria empleado por Adorno *et al.* (1950), y en trabajos anteriores por Fromm (1941), las y los investigadores lo han denominado **rigidez normativa**.

En los casos en los que hay evidencia de una crisis psicótica en curso que lleva al suicidio o de otros padecimientos mentales que irrumpen y son vividos como críticos e inabordables, se trató de adolescentes a los que los servicios de salud no han podido llegar a tiempo con la atención o no han actuado adecuadamente.

El análisis de las entrevistas realizadas en los casos de tentativas mostró que existen situaciones vitales compartidas con las de los casos de suicidio consumado, tanto en cuanto a la acumulación de factores de largo y mediano plazo, como de la incidencia de factores desencadenantes. Sin embargo, existe una diferencia crucial entre ambas muestras de adolescentes: entre los que cometieron tentativas aparece la presencia de una figura, en general adulta, que representa un soporte o apoyo con función protectora. En ocasiones esta figura está representada por alguien del entorno próximo, en otras por algún miembro de una institución a la que él o la adolescente está vinculado/a (docentes, miembros de comunidades religiosas, vecinos).

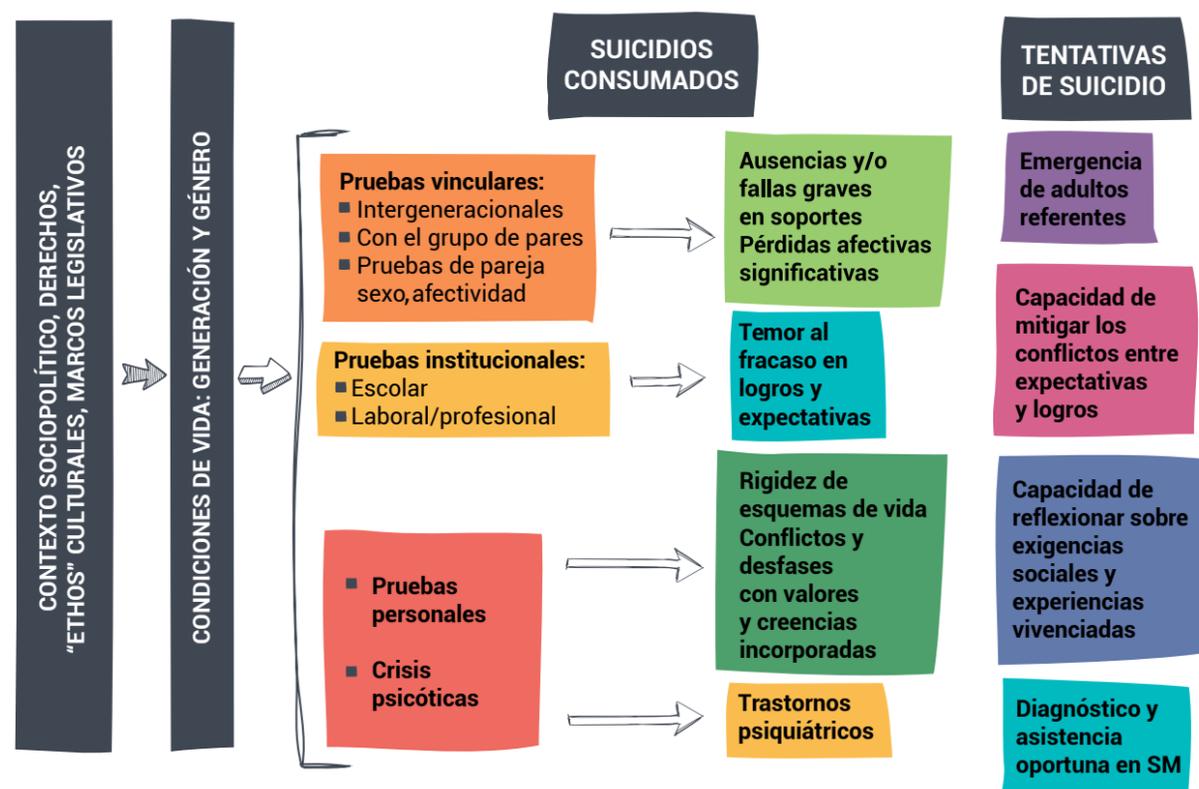
Se ha identificado otra diferencia entre los casos de suicidio consumado y de tentativas: mientras que los primeros han incorporado un discurso moral taxativo y rígido, que no admite matices en cuanto a cuál debe ser su lugar en el mundo, los segundos parecen manejarse con nociones de pertenencia e inclusión más fluidas y movibles, cuestionando las etiquetas impuestas. En la mayor parte de los casos esta capacidad de reflexionar sobre sí mismos y sus circunstancias ha sido incorporada a partir de ayudas psicoterapéuticas.

El gráfico a continuación esquematiza el marco de interpretación propuesto por las y los investigadores en relación con los suicidios consumados y las tentativas de suicidio.

Gráfico 2

Esquema de marco de interpretación de suicidios consumados y tentativas de suicidio

El siguiente gráfico esquematiza las características de lo que las y los investigadores denominaron *proceso de suicidalidad* (la línea punteada que delimita los factores protectores remite a que pueden o no estar presentes).



Fuente: Elaboración propia

Gráfico 3

Características de lo que se denomina proceso de suicidalidad



Fuente: Elaboración propia

5.2. El análisis causa-raíz como herramienta para los servicios de salud

Las y los investigadores diseñaron una propuesta metodológica de aplicación del **análisis causa-raíz** a casos de suicidio y de tentativa de suicidio atendidos en servicios de salud. Se trabajó con tres grupos de profesionales de servicios de salud que se avinieron a revisar algunos casos de suicidios consumados y de tentativas de suicidio adolescente en los que se habían producido incidentes negativos en el proceso asistencial. Se realizaron reuniones de discusión grupal y se desarrolló una propuesta de trabajo para el análisis de los casos y para la identificación de estrategias posibles tendientes a evitar la repetición de incidentes negativos como los ocurridos.

El análisis causa-raíz puede aplicarse al suicidio adolescente cuando la o el adolescente pasó previamente por el sistema de salud, ya sea en internación o en tratamiento por consultorio externo. También puede aplicarse a las y los adolescentes con tentativa de suicidio que luego de ser atendidos en los servicios de salud interrumpieron el tratamiento, no lo iniciaron a pesar de que se les propuso hacerlo o cuando no se realizó su seguimiento.

A continuación, se describe esta propuesta que puede ser empleada como herramienta por los equipos de salud luego de sus intervenciones institucionales.

El **análisis causa-raíz (ACR)** fue desarrollado en el campo de la salud a fines de la década de 1990 como una técnica esencial para prevenir errores en los procedimientos de atención y cuidado de los pacientes y para desarrollar mejores estrategias de prevención. Se vincula con los análisis de "casos centinela", definidos como incidentes o sucesos inexplicados que producen la muerte o serias secuelas físicas o psicológicas, o el riesgo de estas, en el marco de la actuación de un servicio de salud.

¿Qué es? Es un análisis sistemático, reflexivo y crítico del proceso de atención y seguimiento (en caso de morbilidad) o del proceso de muerte (en caso de mortalidad) de algunos casos ocurridos.

¿Para qué? Para recuperar la trayectoria del adolescente (principalmente en el sistema sanitario pero también en otras instituciones del Estado) y así iluminar los errores o ausencias de intervención que pudieron haber ocurrido.

¿Con qué objetivo? Para establecer: ¿qué sucedió?, ¿por qué sucedió? y ¿qué puede hacerse para prevenir que suceda de nuevo?

¿Cuál es el producto que se espera? Un plan de acción con la estrategia que implementará la organización para reducir el riesgo de eventos similares en el futuro.

Especificaciones:

Cuando se analiza un evento adverso que ocurre en un servicio de salud se puede optar por dos aproximaciones contrapuestas: a) centrada en la persona: los eventos adversos son principalmente debidos a las distracciones o lapsus de las personas, que planifican o realizan incorrectamente sus tareas, por ejemplo por incompetencia; b) centrada en el sistema: sostiene que todas las personas cometen errores; estos son consecuencia de una serie de eventos o sucesos encadenados que deben ser buscados en el sistema. Estas condiciones son las que deben mejorarse para evitar los errores o mitigar sus consecuencias; en otras palabras, fortalecer las defensas del sistema.

Pasos del análisis causa-raíz:

- Seleccionar el/los caso/s a analizar.
- Comentar la historia clínica del caso y el proceso de atención/seguimiento (usar gráficos en lo posible).
- Analizar la estrategia usada y por qué se considera que no fue útil.
- Analizar por qué se considera que se usó dicha estrategia.
- Proponer otras estrategias que se podrían haber usado y su factibilidad.
- Diseñar recomendaciones para casos similares.

Identificación de las causas:

¿Qué factores pueden haber contribuido al desenlace? A) factor humano; B) factor comunicación; C) factor capacitación; D) factor asociado a procedimientos pautados en la institución; E) otro/s, ¿cuál/es?

¿Por qué sucedió lo que pasó?

- La primera respuesta es la causa proximal.
- Las siguientes respuestas a este porqué, son las causas subyacentes.
- Entre estas hay que identificar la/s causa/s raíz.

Implementación de las acciones que permitirían evitar, en el futuro, la repetición del evento:

- Barreras que podrían ser utilizadas en el futuro para evitar que se reitere el incidente.
- Barrera: todo control o medida que adopta una institución para: a) prevenir la ocurrencia de errores en el sistema; b) detectar tempranamente la ocurrencia del error y evitar que ocurra un daño al paciente; c) mitigar lo más posible las consecuencias del error cuando este alcanza al paciente y produce un daño.

Aunque hay críticas al enfoque del ACR –por su denominación que se asocia al pensamiento lineal, por la eventual falta de disposición del personal de salud a aplicarlo, por la falta de inclusión de los pacientes y las familias o por las presiones institucionales, entre otras– cuando fue aplicado a casos de suicidio posteriores al alta de internaciones por salud mental en los Estados Unidos de América, se logró identificar que la causa-raíz más frecuente fueron las altas no adecuadamente planificadas (Riblet, 2017).

El procedimiento propuesto pudo aplicarse en tres grupos de trabajo: uno en la provincia de Catamarca (1 caso), uno en el Hospital Italiano de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2 casos) y otro en la provincia de San Juan (2 casos). El modelo de cuestionario a completar por el grupo tras la reflexión sobre el caso está incluido en los anexos de este documento.

En Catamarca el grupo lo conformaron las tres personas que habían intervenido en la asistencia y acompañamiento del caso sobre el que se reflexionó (profesional de salud, docente y religiosa).

En el Hospital Italiano el grupo estuvo compuesto por personal de los consultorios externos y de internación de salud mental adolescente y de la guardia (entre seis y siete personas según la reunión). Se realizaron cuatro reuniones de trabajo en las que se presentaron dos casos de adolescentes con intentos de suicidio reiterados, se reflexionó en cuanto a las dificultades y los obstáculos en la marcha de los tratamientos realizados.

En San Juan el grupo estuvo constituido por la Comisión de Prevención de Suicidios, los Directivos del Hospital de Zonda, el Jefe de Salud Mental, la Jefa de Psicología, un profesional de las guardias del Hospital Rawson y los referentes zonales en Psicología.

Los tres grupos pudieron identificar los factores contribuyentes más importantes a los incidentes adversos en relación con cada caso y pensar en las intervenciones que podrían reducir el riesgo de reiteración.

En el siguiente cuadro se reproducen los incidentes adversos identificados y las intervenciones posibles propuestas.

Cuadro 11

Incidentes adversos y propuestas de intervenciones en relación con los casos

	Incidente adverso	Propuestas de intervenciones posibles
Caso 1 Catamarca	Falta de comunicación del personal del hospital con hermano, con religiosa operadora en el barrio y con centro de salud local en la programación del cuidado postalta.	Armado de red familiar y comunitaria en el cuidado postalta (con familiares, centro de salud local, ONG, escuela, iglesia).
Caso 2 Hospital Italiano	No haber tomado en cuenta suficientemente la actitud de la madre en manifiesta oposición con el equipo de salud y no haber intentado contrarrestarla.	Mayor inclusión familiar (en este caso de la madre) en la programación de la internación. Seguimiento postinternación asiduo.
Caso 3 Hospital Italiano	No haber tomado en cuenta suficientemente la dificultad de ambos padres para hacerse cargo de los cuidados que la adolescente necesitaba.	Instrumentar acompañamiento permanente de la adolescente durante un lapso; administración de la medicación por terceros; trabajar con ella acerca de los riesgos de contactos con personas desconocidas por internet. Realizar reuniones entre los miembros de los equipos tratantes para reflexionar sobre el caso. Eventualmente ver a la adolescente en forma conjunta. Proponer a las autoridades del hospital trabajar sobre la transición entre equipos cuando esta deba ocurrir, como en este caso, debido al pasaje de la adolescencia a la adultez.
Caso 4 San Juan	No haber tomado en cuenta suficientemente la condición del adolescente, que había sufrido un traumatismo encefalo-craneano, que afectó el control de los impulsos y no haber realizado una intervención psicosocial. Intervención institucional inadecuada sin lineamientos y sin soporte técnico en el ámbito asistencial.	Capacitación y orientación a equipos de atención primaria, de segundo y tercer nivel en lineamientos de atención en suicidio y cuidados del adolescente, así como protocolizar la atención. Registrar en la historia clínica su recorrido para prevenir ideación y recaídas. Armado de red familiar y comunitaria en el cuidado postraumatismo (con familiares, centro de salud local, escuela). Conformar dispositivos de contención y orientación familiar en salud mental. Apuntar a intervenciones terapéuticas tendientes a desarrollar proyecto de vida.

	Incidente adverso	Propuestas de intervenciones posibles
Caso 5 San Juan	No haber tomado en cuenta suficientemente la falta de integración escolar, la escasa respuesta de la institución educativa, en consonancia con una familia disfuncional (padre con rasgos psicopáticos, madre sumisa).	Intervención de la escuela y adultos responsables en temas como prevención de suicidios, acoso entre pares, dificultades personales como baja autoestima o escasa integración que suponen conflictos internos a tener en cuenta.

Los incidentes adversos identificados se vinculan con no haber reforzado en lo asistencial la articulación con otras instituciones, con otros servicios asistenciales o con miembros del entorno próximo de los casos de adolescentes analizados. Concomitantemente, las propuestas de intervenciones posibles a fin de limitar los riesgos de repetición de los incidentes negativos se vinculan fundamentalmente con el trabajo en red con otros actores institucionales, familiares o comunitarios que puedan coadyuvar en las estrategias terapéuticas.

5.3. Procedimientos formales de registro de los casos de suicidio e intento de suicidio

Para analizar los procedimientos de registro de los suicidios adolescentes se realizaron seis entrevistas en profundidad con informantes clave de las instituciones públicas intervinientes a fin de reconstruir los procedimientos empleados.

En el caso de la mortalidad por causas externas, el lugar de los diferentes tipos de organización de los poderes judiciales es especialmente relevante: en la mayoría de los casos, dependiendo de las diferentes formas de organización de los registros, son los poderes judiciales los que determinan si una muerte es producto de un suicidio, de un homicidio, de un accidente o queda registrada como de naturaleza indeterminada.

En este sentido, la naturaleza del registro de la mortalidad que parecía en principio un evento demográfico de más simple observación acarrea no pocas complejidades al tiempo que implica el trabajo de tres instituciones gubernamentales que lo hacen en mejor o peor coordinación: sistemas de registro de las estadísticas vitales, sistemas de registro civil y sistemas de administración de justicia.

En el caso de la Argentina, estos tres sistemas se organizan a nivel nacional en la Dirección de Estadísticas e Información de Salud del Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación (DEIS), el Registro Nacional de las Personas del Ministerio del Interior (RENAPER), y los juzgados y otras dependencias del Poder Judicial de la Nación pero, como gran parte de la administración gubernamental está descentralizada, hay que incluir a los actores provinciales que aportan al registro de los tres organismos mencionados.



INSTITUCIONES QUE INTERVIENEN

Escuela, fuerzas de seguridad, organismos de protección, ámbitos comunitarios y salud

Sin embargo, los que completan los datos en los certificados de defunción son las y los médicos, principalmente de sanatorios y hospitales, en colaboración con las direcciones de estadísticas de cada institución de salud, con excepción de las muertes producidas en los domicilios.

Ante un evento de suicidio, homicidio o accidente (comprobado o sospechado), o frente a la aparición del cuerpo de un fallecido del que se desconoce las causas de la muerte, interviene la policía que hace una denuncia a los juzgados locales (municipales o provinciales), quienes toman la "causa". En estos casos, el registro de la muerte no es inmediato. Se habla de registro "tardío" ya que debe esperarse la resolución del juzgado sobre el establecimiento de la causa de muerte (no pocas veces de difícil definición). Mientras tanto esta muerte no se incluye en el registro civil, por lo que tampoco aparece "contada" en las estadísticas vitales. Una vez que el juzgado competente determina la causa de mortalidad (o la deja como indeterminada), el encargado de completar el certificado de defunción es un/a médico/a forense. Este certificado es enviado a la delegación del registro civil con la fecha en que ocurrió el fallecimiento (o fecha estimada), quien a su vez envía el informe estadístico a las oficinas de la dirección de estadísticas en salud, quien carga retroactivamente el dato y se lo envía a la DEIS, que lo incorpora en la base de datos del año que corresponde.

En el caso de la jurisdicción de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires no se registran casos de suicidio adolescente en los últimos años, lo que parece deberse a un cambio en los criterios de codificación. Esta particularidad plantea una importante dificultad para el estudio del fenómeno con fuentes de datos oficiales además de afectar la serie histórica.

Gráfico 4

Esquema del circuito de registro



6.1. Escuela

De las entrevistas en profundidad a informantes clave de diferentes jurisdicciones educativas surge que los actores escolares conocían y aplicaban la *Guía federal de orientaciones para la intervención educativa en situaciones complejas*, o las guías jurisdiccionales, pero no aludieron a los documentos específicos sobre suicidio adolescente producidos por el sistema educativo nacional o provincial. Todos los entrevistados habían tenido experiencia en el trabajo con o desde las escuelas con situaciones de suicidio adolescente. Denotaron un alto grado de movilización e interés por la problemática, relatando búsquedas y/o construcción de recursos y estrategias para afrontarla.

La yuxtaposición de marcos interpretativos (concebir el suicidio como problema individual o como problema social) aparece en los discursos de los/as entrevistados/as y en las formas de intervención que relatan.

La existencia de Equipos de Orientación Escolar (EOE) en algunas escuelas y de Equipos Interdisciplinarios Distritales (EID) brinda a la provincia de Buenos Aires una cobertura mayor a la que hay en otras jurisdicciones del país.

Selección de documentos de referencia

El Ministerio de Educación de la Nación y otras jurisdicciones han elaborado y distribuido materiales específicos para la comprensión y el trabajo con situaciones de autolesiones, intentos de suicidio y suicidio en el ámbito escolar, como la publicación *Acerca de la problemática del suicidio en adolescentes y jóvenes. Un enfoque para su abordaje en el campo de la educación*, elaborada en 2015.

La *Guía federal de orientaciones para la intervención educativa en situaciones complejas del Ministerio de Educación de la Nación* (disponible en: <http://www.bnm.me.gov.ar/giga1/documentos/EL005062.pdf>), aunque no alude específicamente al suicidio, es considerada como el documento marco que orienta las intervenciones en el antes, durante y después. Tanto en ella como en los documentos específicos sobre suicidio adolescente se enfatiza la importancia de darles a las intervenciones un marco pedagógico. Esto significa inscribirlas dentro de la tarea educativa de la escuela, sorteando a la vez la sensación de

desborde (esto nos excede) y la de desvinculación de la problemática en relación con lo escolar (esto no nos corresponde), con su correspondiente derivación y delegación de la responsabilidad.

En las diferentes jurisdicciones también hay publicaciones específicas tales como:

- Gobierno de la Provincia de Buenos Aires y UNICEF (2014): *Guía de orientación para la intervención en situaciones conflictivas y de vulneración de derechos en el escenario escolar*. Disponible en: http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Guia_de_orientacion_WEB_0.pdf
- Dirección General de Cultura y Educación de la Provincia de Buenos Aires y Dirección de Psicología Comunitaria y Pedagogía Social (2016): *La institución escolar y las políticas de cuidado ante el padecimiento subjetivo: suicidio e intento de suicidio*. Documento de trabajo N1/16.
- Dirección General de Cultura y Educación de la Provincia de Buenos Aires y UNICEF (2017): *Políticas de cuidado en la escuela. Aportes para trabajar la problemática del suicidio e intentos de suicidio*.
- Dirección General de Escuelas del Gobierno de Mendoza (2014): *Guía de procedimientos ante situaciones emergentes en las escuelas de nivel secundario*. Resolución N° 0635, N° 0636. Mimeo.
- Consejo Provincial de Educación Santa Cruz (2013): *Protocolo de actuación en el ámbito escolar ante la sospecha fundada o revelación de situaciones de maltrato infantil u otras que atenten contra la integridad psíquica, física, sexual o moral de un niño, niña y adolescente*. Acuerdo N° 257.
- Ministerio de Educación de Tucumán (2017): *Guía de orientación para actores educativos ante situaciones escolares complejas*. Gabinete Pedagógico Interdisciplinario.
- Ministerio de Educación de Tucumán (2017): *Intervenciones del gabinete pedagógico interdisciplinario ante los incidentes críticos educativos* (ICE). Gabinete Pedagógico Interdisciplinario.

6.2. Fuerzas de seguridad

Se realizaron entrevistas a informantes clave además de observaciones no participantes en el Centro de Atención 911 de la Policía de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Aunque la tentativa de suicidio o su consumación no constituyen un delito en la Argentina, la intervención policial es de fundamental importancia en la medida en que cumplen el rol de "primeros mediadores"⁸, ya que suelen ser los primeros en ser llamados para hacer frente a estas situaciones.

Del trabajo de campo resultó evidente que las fuerzas de seguridad, luego de su intervención puntual, no se involucran en el seguimiento del caso, así como tampoco son informados respecto de la evaluación realizada por otros profesionales que intervienen. La concepción del suicidio en la cultura institucional de las fuerzas de seguridad se asocia o bien a una lógica de la emergencia o bien a una lógica moralizante; ambas construyen al suicidio como un problema individual, que implica una dinámica de sospecha que tiende a estigmatizar y en ciertos casos a criminalizar a los sujetos y a sus familias.

Las situaciones de emergencia que solo ameritan intervenciones durante el hecho, con respuestas rápidas y coyunturales, redundan en una escasa capacidad para producir buenas prácticas que involucren tanto "primeros auxilios emocionales", como comentaba una entrevistada, así como sólidas estrategias de posvención.

Los datos recabados indican la escasa institucionalización de la formación que reciben los miembros de las Fuerzas de Seguridad, que redundan en el desconocimiento de los protocolos y las líneas de intervención específicas para casos de suicidio, lo que impacta asimismo en los recursos disponibles por parte de los funcionarios para contener los casos que se presentan. La falta de capacitación se aplica también al Centro de Atención 911 de la Policía de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, que recibe los llamados en esas situaciones.

Selección de documentos de referencia

La Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó *Prevención del suicidio. Un instrumento para policías, bomberos y otros socorristas de primera línea* (2009). Allí se describen los factores asociados al suicidio y las modalidades de intervención de los "primeros mediadores". Asimismo, se detallan las posibles situaciones a enfrentar y las modalidades de intervención tanto frente a un intento suicida, como a situaciones de consumación del suicidio.

La Ley Nacional de Prevención del Suicidio propone estrategias para contribuir, desde las fuerzas de seguridad, a estructurar dispositivos de prevención y posvención ante tentativas o consumación de suicidios.

Las *Pautas para la Intervención de los Cuerpos Policiales y Fuerzas de Seguridad* con el objeto de preservar la seguridad en situaciones que involucran a personas con presunto padecimiento mental o en situación de consumo problemático de sustancias en riesgo inminente para sí o para terceros, fueron elaboradas por el Ministerio de Seguridad de la Nación, en el año 2013. En este instrumento normativo se hace especial mención no solo a la violación de los derechos humanos que supone la violencia de las fuerzas de seguridad, sino que también se destaca el daño que esas prácticas violentas producen a la hora de intervenir en casos como los intentos o consumaciones de suicidios, tanto para las personas afectadas como para los propios funcionarios. Allí se especifica: "El uso de la fuerza provoca efectos adversos a nivel físico y psicológico tanto en las personas inmovilizadas contra su voluntad como en el personal responsable de realizar esta tarea", y por ello "las medidas de fuerza deben ser consideradas como el último recurso". Este protocolo y otros marcos legislativos mencionados deberían orientar las prácticas de las fuerzas de seguridad nacionales, pero no son conocidos por muchos funcionarios e integrantes de dichas fuerzas.

8. "[Los primeros mediadores] juegan un importante rol en la prevención del suicidio basado en la comunidad: garantizando que las personas con trastornos mentales reciban el tratamiento de salud mental apropiado, eliminando el acceso de las personas en alto riesgo de suicidio a medios letales y reconociendo el potencial de suicidio en situaciones que involucran disputas domésticas o donde se ejerce una fuerza potencialmente letal. Los primeros socorristas están en una posición única para determinar el curso y resultado de las crisis suicidas" (OMS, 2009).

6.3. Organismos de protección

Se realizaron entrevistas a informantes clave, además de aplicar una breve encuesta a los coordinadores de los 24 Servicios Zonales de la provincia de Buenos Aires, con el objetivo de explorar el conocimiento sobre el protocolo de salud respecto del suicidio e intento de suicidio adolescente.

El 75% de los Servicios Zonales manifestaron haber tenido intervención en casos de tentativa o de suicidio adolescente. En algunos lugares se realizan acciones de posvención, tendientes a acompañar el proceso traumático con los pares y el acompañamiento a la familia (San Nicolás y La Matanza).



Durante el período de desarrollo de la investigación y la consulta a las fuentes de datos estudiadas no se ha encontrado en ninguna de las 24 provincias de la Argentina referencias en internet respecto de acciones o políticas encaradas por las áreas de Promoción y Protección de Derechos de NNyA, relacionadas con el suicidio adolescente.

No se han identificado protocolos ni legislación específica del área de Protección de Derechos para la intervención en tentativas o suicidios consumados. Existen iniciativas aisladas, construidas comunitariamente, surgidas en el marco de las acciones concretas. Las guías de orientación emanadas del entonces Ministerio de Salud de la Nación indican la intervención de los organismos de protección ante una tentativa de suicidio de un sujeto menor de 18 años. La mayor parte de los operadores consultados no tenía información sobre el tema.

En general, las instituciones de salud requieren la intervención de los organismos de protección cuando el o la joven no está acompañado/a, los adultos a cargo no garantizan medidas de cuidado, o surge que los cuidadores adultos maltratan o son abusadores.

Se han registrado intervenciones por parte del organismo de protección en localidades pequeñas, motivadas por la conmoción generada ante la repetición de suicidios consumados de adolescentes. Por ejemplo, en el barrio San Carlos de la ciudad de La Plata, provincia de Buenos Aires, los vecinos registraban más de 10 casos de adolescentes que se quitaron la vida en el lapso de dos años, y si bien se constituyó una mesa de trabajo, la participación dependía de la voluntad individual de los actores, ya que no contaban con apoyo del Estado municipal. Se trató de una iniciativa comunitaria, apoyada por organizaciones de la sociedad civil a la que acudían como miembros del Estado, efectores de salud y educación. Según lo establecido por el procedimiento, las intervenciones realizadas debían consignarse en los legajos de los Servicios de Protección.

En la provincia de Buenos Aires existe el Registro Estadístico Unificado de Niñez y Adolescencia (REUNA), que es una base de datos con un programa que permite la carga de datos remota por parte de cada operador de servicio local y zonal, en la que se cargan las intervenciones realizadas. Entre los motivos de

intervención del REUNA no se encuentra consignado el intento de suicidio y los casos se registran como problemática de "salud mental", lo que dificulta la posibilidad de realizar estadísticas al respecto. A partir de la interacción de las y los investigadores con los técnicos se han sugerido cambios en relación con el registro en REUNA, habiéndose aprobado la incorporación de la intervención "intento de suicidio", que entrará próximamente en vigencia, generando un resultado directo que redundará en una mejor calidad del registro.

Legislación y organismos de referencia

El Sistema de Promoción y Protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes de la Argentina se estructura a partir de los lineamientos de la Ley Nacional Nº 26.061. Las provincias adhieren a este marco en forma sucesiva y gradual, asumiendo el compromiso de desarrollar políticas públicas para la promoción y protección de los derechos consagrados en la Convención de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes (CDN).

El ámbito de definición de políticas de infancia es el Consejo Federal de Niñez y Adolescencia, espacio en el cual se encuentran representados todos los estados provinciales y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

6.4. Ámbitos comunitarios

Se realizaron entrevistas a informantes clave y se rastreó información de las siguientes instituciones:

Nombre	Provincia	Año inicio	Tipo de institución	Prestaciones
Red Aquí y Ahora a tu Lado http://aquiyahoraatulado.org.ar/	Santa María, Catamarca	2009	Organización sin fines de lucro	Prevención, formación, intervención en la urgencia y posvención.
Fundación Manos Unidas por la Paz https://www.facebook.com/fundacionmanosunidasporlapaz/	San Miguel, Buenos Aires	2003	Fundación	Programa de prevención, atención y posvención del suicidio. Capacitaciones.
Proyecto El Camino https://es-la.facebook.com/pg/elcaminoproyecto/about/?ref=page_internal	Fiambalá, Catamarca	2013	Organización religiosa	Charlas, talleres de liderazgo, retiros espirituales.
Apostando a la Vida (CAS) http://apostandoalavida.blogspot.com/	San Salvador, Jujuy	2005	Asociación Civil	Atención, formación, talleres y charlas.

Nombre	Provincia	Año inicio	Tipo de institución	Prestaciones
Poder Ciudadano (PYN) http://poderciudadano.org/que-hacemos/educacion/	Las Heras, Santa Cruz	2001/ 2002	Fundación	Programa de Resolución de Conflictos, entrenamiento a "adolescentes negociadores"
Defender La Vida http://www.defenderlavida.org.ar/	Posadas, Misiones	Sin dato	Asociación Civil	Jornadas, charlas, talleres y capacitaciones
Centro de Asistencia al suicida https://www.casbuenosaires.com.ar/	CABA	1967	Organización sin fines de lucro	Atención on-line, línea telefónica, programa de voluntariado.
Centro de Asistencia al suicida https://www.facebook.com/cascprevencion/	Córdoba	2003	Organización sin fines de lucro	Atención on-line, línea telefónica, programa de voluntariado.
Un Camino de Esperanza UCADES/Red Sanar https://www.facebook.com/ucadesneuquen	Neuquén	2012	Organización sin fines de lucro/ religiosa	Atención telefónica y capacitación (Red Sanar).
Estaciones del Alma https://www.facebook.com/estacionesdelalma	Bahía Blanca, Buenos Aires	2001	Asociación Civil	Asistencia telefónica y capacitaciones a escuelas.
Red Papis http://www.redpapis.org.ar/blog/	Salta	1998	Fundación	Dentro de sus programas, uno apunta a una red de contención a personas en riesgo de suicidio.

Estas organizaciones comparten una concepción homogénea: definen al "suicidio como un proceso", en el cual influyen diferentes factores asociados: biológicos, psicológicos, sociales, culturales. Insisten en contemplar los factores protectores y hacer foco en su potencia. Los factores protectores se conceptualizan en diferentes dimensiones: en lo social (grupos de pertenencia, solidaridad, ayuda mutua), en lo familiar (generar lazos afectivos, buena comunicación) y en lo individual (autoestima, habilidades emocionales y de negociación de conflictos).

En las experiencias en torno a la prevención desde todas las organizaciones se remarca el trabajo con las instituciones educativas como lugar clave y estratégico.

No todas las organizaciones analizadas poseen espacios de asistencia directa ante tentativas de suicidio. Las organizaciones que cuentan con línea de asistencia telefónica, atendidas por operadores voluntarios, buscan producir una respuesta terapéutica, a partir de la palabra y el manejo comunicacional en situaciones de crisis. Si el llamado lo requiere, se realizan derivaciones teniendo en cuenta la zona del consultante. Es un servicio confidencial y anónimo que no está orientado específicamente a adolescentes, pero hay muchos usuarios de este grupo etario. Los Centros de Asistencia al Suicida de Córdoba, Jujuy y Buenos Aires entrenan las habilidades comunicacionales y de intervención en la emergencia de las y los voluntarios que atienden las líneas telefónicas, a partir de experiencias de simulacro, juegos de roles y prácticas con operadores expertos.

Todos los dispositivos de atención, de posvección y un alto número de los de prevención se realizan a demanda. No hay ofrecimiento por parte de las instituciones, sino pedidos concretos para dar respuesta a problemáticas que otros sectores no pudieron resolver. Se realiza un trabajo sinérgico e intersectorial: educación, seguridad, juzgados, ONG, instituciones religiosas y medios de comunicación. Es común en todas las organizaciones generar convenios con otros sectores de la comunidad, a fin de formalizar el trabajo articulado.

Los registros de las intervenciones que realizan son informales y responden a exigencias de los proyectos en los que participaron.

Algunos de los obstáculos más significativos con los que se enfrentan las organizaciones de la sociedad civil tienen que ver con la dificultad de la articulación entre sectores.

Entre las organizaciones vinculadas al tema del suicidio existen redes para la formación y la capacitación académica. La Red Argentina de Suicidología está integrada por diferentes organizaciones, dependencias estatales y profesionales que intervienen en los procesos suicidas. Las tareas más significativas son de investigación y organización de congresos anuales de formación. También existe la Asociación de Suicidología de Latinoamérica y El Caribe (ASULAC).

6.5. Salud

De las entrevistas a informantes clave surge que los y las psiquiatras y psicólogos/as entrevistados diferenciaron conceptualmente las autolesiones de los intentos de suicidio: "En cuanto a los intentos de suicidio debo decir que llegan pocos, llegan más intentos autolesivos; los intentos de suicidio están vinculados a patologías como depresión mayor o melancolía; en el caso de las autolesiones están más ligadas a estructuras border o trastornos de personalidad (psiquiatra de guardia, Hospital Alvear). Según los entrevistados, los intentos autolesivos en general son cortes superficiales y están vinculados a situaciones de angustia por una mala relación con la familia o la escuela y por replegarse de la vida social. También lo relacionan con una cuestión de época: "En los últimos años aumentaron las autolesiones por la información que circula en las redes sociales, si en la década de 1990 los pacientes se cortaban lo hacían en soledad o a lo sumo le avisaban a un amigo, ahora lo hacen con otros o hasta se avisan para hacerlo juntos" (psiquiatra, Sala de Internación, Hospital Alvear).

Más de la mitad de los entrevistados desconocía los *Lineamientos para la Atención del Intento de Suicidio en Adolescentes* elaborados por la DNSMyA. Algunos de los que los conocían, no los aplicaban porque "es parecido a lo que nosotros hacemos" (psicóloga, Hospital Gutiérrez), o bien porque "no sirve para el primer nivel de atención por tener un enfoque individualista que no refleja la integralidad del paciente y nosotros trabajamos desde esa integralidad" (pediatra, CeSAC, 41). "No tenemos un protocolo formal para nuestras intervenciones, lo hacemos informalmente por la práctica que tenemos. No conozco la Guía de Nación. Nuestra estrategia de trabajo cuando el paciente llega es extremar los cuidados: vigilancia de enfermería, permanencia en sala, no pueden salir al parque, trabajar con el grupo familiar" (psicóloga de guardia, Hospital Alvear).

Los profesionales que trabajan en guardias expresaron que, en los casos de tentativas de suicidio, una vez que la persona está compensada clínicamente es derivada a salud mental y no vuelven a ver al paciente; solo en algunos casos participan de la internación junto con profesionales de salud mental e involucran a la familia del paciente de una manera más activa. El personal administrativo da aviso al juzgado de turno, dado que se trata de una internación involuntaria.

Los profesionales que trabajan en hospitales participan de ateneos y pases, en estos dispositivos se discute de manera general la situación de cada persona que atienden y si bien no es una capacitación formal, ellos lo visualizan como un espacio de aprendizaje. En el caso de la atención primaria, los equipos tienen reuniones semanales donde se plantean desde temas gremiales hasta casos clínicos.

Durante las entrevistas realizadas a profesionales de San Juan y Abra Pampa (Jujuy), donde hubo muchos suicidios y preocupación por lo que está sucediendo, se señaló que existen dificultades para que los profesionales médicos registren los intentos de suicidio como tales.

Los servicios de salud desprotegen a los adolescentes al no registrar los intentos de suicidio. Sin registro el hecho no existe, no se contabiliza, no se reconoce, no se hace lugar al malestar y a la demanda de sostén institucional. No hay evidencia en el momento de la entrevista de la existencia de protocolos de atención formal.

Tal como se desarrolla en el apartado 5.2. de este documento, las y los investigadores diseñaron una propuesta metodológica de aplicación del **análisis causa-raíz** a casos de suicidio y de tentativa de suicidio atendidos en servicios de salud, cuyos ejemplos de aplicación se acompañan en los anexos, así como el modelo del cuestionario a completar por los equipos que usen esta herramienta de reflexión de sus intervenciones.

CUELLOS DE BOTELLA Y BARRERAS EN EL REGISTRO Y LA ATENCIÓN DE LOS INTENTOS DE SUICIDIO Y SUICIDIOS CONSUMADOS

7

Uno de los objetivos específicos del estudio proponía realizar análisis de cuellos de botella en relación al registro y la atención. A continuación, se detallan los que fueron identificados por las y los investigadores en cuanto al **registro** de los casos.

La **calidad de la información** accesible es uno de los principales cuellos de botella en el registro de los casos que afectan directamente los datos estadísticos sobre suicidio adolescente. En particular, el análisis de la mortalidad por causas externas, en la que está englobado el suicidio, se ve afectada por el alto porcentaje de informes estadísticos de defunción incompletos en el registro de la causa de muerte. La categoría "eventos de intención no determinada", como su nombre lo indica, agrupa a las defunciones por causas externas en las cuales no fue consignada la intencionalidad. Esta situación puede obedecer a la imposibilidad de determinarla, aún en estudios forenses, o a errores en el registro y la certificación de las causas de muerte. Otros cuellos de botella identificados son:

Registro de los casos de mortalidad por suicidio

- Multiplicidad de actores con sus diferentes lógicas en las que cada uno tiene una diversidad de prioridades, intereses y tiempos.
- Si bien el circuito general de registro está protocolizado, cada jurisdicción tiene diferentes niveles de autonomía en lo que se refiere al recorrido del circuito (especificidades en el certificado –siempre siguiendo las recomendaciones internacionales– diferentes tiempos en cada estadio, diferentes criterios para completar algunos datos del cuestionario).
- Decisiones administrativas jurisdiccionales que afectan las fuentes de datos oficiales.
- Diferentes niveles de capacitación entre las personas encargadas de la codificación de las causas de muerte en cada jurisdicción. No siempre se completan los campos sobre las otras causas que podrían explicar mejor el evento.
- Diferentes sistemas de registración entre los organismos judiciales, los de registro civil y los servicios de salud.
- El posible estigma a la familia del adolescente fallecido puede inducir la decisión de no registrar el dato.

- Las elevadas tasas de mortalidad adolescente por causas externas que se presentan de manera desigual en cuanto a las condiciones socioeconómicas requieren del achicamiento de esas brechas y del descenso de las tasas de mortalidad por causas externas.
- Duplicación de la carga y consistencia de los datos entre la información proveniente del registro civil y la construcción de las estadísticas vitales (“dos mundos desconectados”).

En cuanto a la atención, según los entrevistados no es habitual que los equipos de salud aprovechen las oportunidades en que las y los adolescentes concurren a los servicios para cumplir con algún requerimiento institucional. Por ejemplo, una visita habitual a los centros de salud o al hospital es para conseguir un apto médico. Muchas veces solo se lo atiende como un trámite, sin indagar acerca de las condiciones de vida o el humor psíquico de los consultantes.

Durante el trabajo de campo realizado en los servicios de salud, las y los investigadores identificaron la resistencia de muchos de las/os psiquiatras entrevistadas/os a consignar una tentativa de suicidio en la historia clínica cuando ingresan por la guardia o por consultorios externos. Fundamentan esa decisión por el temor a juicios de mala praxis; por pensar que tal diagnóstico enmascara lo que realmente le pasa al paciente; por la percepción de “estigmatizar” al adolescente cuando ponen ese diagnóstico.

Atención

- Los servicios de salud por lo general desconocen o carecen de protocolos o de procedimientos que guíen las intervenciones de los profesionales. Más de la mitad de los entrevistados desconocían la existencia de los Lineamientos para la Atención del Intento de Suicidio en Adolescentes.
- La inexistencia de equipos interdisciplinarios con la presencia de psicólogos o psiquiatras en muchos servicios de atención, en especial en las guardias.
- Faltan espacios de reflexión sobre la práctica. Muchas de las capacitaciones solo se dan en el marco de las actividades de pases de sala o en ateneos.
- La escasez de redes institucionales que conozcan y difundan los recursos existentes, como por ejemplo las camas disponibles para internación, también dificulta la tarea en los servicios.

BUENAS PRÁCTICAS EN PREVENCIÓN, ATENCIÓN, POSVENCIÓN Y REGISTRO

8

Uno de los objetivos específicos de esta investigación se proponía analizar las buenas prácticas en prevención, atención, posvencción y registro. A continuación, se detallan las que fueron identificadas por las y los investigadores.

8.1. Prevención

Si se busca intervenir en la franja de edad adolescente y joven, el ámbito escolar aparece como un lugar privilegiado para desarrollar acciones preventivas apropiadas. En términos ideales, las acciones deben darse de manera integral, interviniendo en los aspectos individuales, sociales y estructurales que inciden en la vulnerabilidad ante el suicidio. El mejor enfoque de las actividades de prevención de suicidio en la escuela es un trabajo de equipo que incluya docentes, médicos, enfermeras, psicólogos y trabajadores sociales, en estrecha colaboración con las organizaciones comunitarias (OMS, 2001).

Existen publicaciones nacionales y provinciales que incluyen los procedimientos y las recomendaciones para el tratamiento de las tentativas de suicidios y suicidios consumados en el ámbito escolar (ver selección de documentos de referencia en el apartado “Escuela”).

La recomendación de realizar procedimientos para identificar personas en riesgo, a quienes derivar a tratamientos, se puede realizar en las escuelas con cuestionarios estandarizados como la ISO 30. Sin embargo, este procedimiento ha sido criticado aduciendo que es cuestionable la existencia de indicadores específicos para la detección de la posibilidad suicida. Se trata de indicadores compartidos por un conjunto de problemáticas que están presentes muchas veces en las conductas de las y los adolescentes, y en su subjetividad. Se opina que la aplicación de los cuestionarios mencionados puede generar un contexto estigmatizante, y así provocar lo mismo que pretenden prevenir (Efron y Korinfeld, 2018).

Los talleres destinados a canalizar sentimientos de vulnerabilidad y disminuir las condiciones que podrían llevar a una tentativa suicida se organizan con una metodología participativa que concibe el conocimiento como una construcción colectiva, en la que cada participante genera iniciativas y se responsabiliza de sus ideas y propuestas; es horizontal. El aprendizaje significativo se da usando la experiencia y la cultura local. Según Córdova Moreno y otros (2011:p. 24): “La estrategia que propone esta metodología se resume en tres pasos: 1) Partir de la experiencia, de la práctica de las personas; 2) Reflexionar y teorizar sobre

ella; 3) Volver a una práctica enriquecida con el acompañamiento de un/a coordinador/a que funciona como facilitador. La metodología incluye dinámicas grupales vivenciales asociadas con los temas que se planean reflexionar para enriquecer la experiencia del proceso educativo de los y las participantes”.

8.1.1. Ejemplo de buenas prácticas desarrolladas o aplicadas en América Latina

Título: Estrategia de intervención para la prevención del suicidio en adolescentes: la escuela como contexto. Piedrahita S., Paz, C. y Romero, A. (2012): *Hacia la promoción de la Salud* [online]. Vol.17, N.2, pp.136-148.

Resumen: El objetivo de la intervención fue fomentar conductas protectoras a partir de los factores de riesgo para intentos de suicidio identificados en adolescentes y preadolescentes (9 a 14 años), promover su conocimiento y dotar a educadores y padres de familia de herramientas para el trabajo inicial con dichos factores. Se aplicó con estudiantes, matriculados en una institución educativa de la ciudad de Cali, Colombia, en los primeros años de la escuela secundaria y con adultos educadores y padres. La intervención educativa posibilitó la identificación de los factores de riesgo en adolescentes y mostró una significativa efectividad al aumentar el nivel de conocimientos de los padres y educadores. Una mayor información posibilita la identificación y tratamiento oportuno, lo cual lleva a la disminución del evento en este grupo poblacional. Los hallazgos evidenciaron el desconocimiento de los adultos respecto al suicidio. Después de la intervención educativa se evidenció más precisión respecto a los conceptos básicos sobre suicidio y de las intervenciones a realizar con adolescentes en riesgo.

Lecciones aprendidas: Es importante realizar intervenciones integrales de prevención de la conducta suicida en las escuelas, incluyendo a alumnos, docentes y familiares. Asimismo, es importante desarrollar la evaluación de las experiencias realizadas.

Aplicabilidad: Se resalta el papel de la escuela como contexto apropiado para la realización de las intervenciones preventivas de la conducta suicida tanto durante la preadolescencia como en los primeros años de la adolescencia.

Título: Va a mejorar (It gets better. <https://itgetsbetter.org>)

Resumen: La experiencia tiene como foco la población adolescente lesbiana, gay, bisexual y transexual (LGBT). Los mismos adolescentes producen videos que luego hacen circular con temas que tratan el aislamiento-integración de adolescentes LGBT. Cuentan sus experiencias personales en materia de discriminación y/o de hostigamiento (*bullying*), y cómo pudieron superar tales situaciones. Los videos fueron subidos a las diferentes redes sociales como Facebook, Instagram, Twitter, YouTube o Tumblr. La meta no es específicamente dirigida a las conductas suicidas, pero las incluyen explícitamente en cada uno de sus pasos (contextos de vulnerabilidad, de ideación suicida, de puesta en práctica y de sobrevivencia). Si bien se diseñó en Estados Unidos de América, se aplicó en Chile.

Lecciones aprendidas: Se destacan el recurso de la comunicación virtual y la participación de las y los adolescentes en la producción de los mensajes dirigidos a sus pares en las iniciativas de prevención de la conducta suicida.

Aplicabilidad: El *cyberbullying*, una “nueva forma de violencia”, está en la base de experiencias de baja autoestima e ideaciones suicidas. Por eso la extensión de las redes sociales en todas las regiones del país, especialmente entre adolescentes y en prácticamente todos los estratos socio-económicos, hace de este tipo de iniciativas un modelo para adaptar a las condiciones locales.

8.1.2. Ejemplos de buenas prácticas en la Argentina

Se destacan las siguientes experiencias preventivas de organizaciones gubernamentales y no gubernamentales:

El **Programa de Adolescentes Negociadores** (PYN)⁹ (<http://poderciudadano.org/que-hacemos/educacion/>), en la localidad de Las Heras, en donde el suicidio adolescente era alarmante. En el 2001 se capacitaron siete escuelas y se graduaron 600 adolescentes y jóvenes. Al año siguiente se dio continuidad al trabajo con los graduados y los docentes, y se diseñó un equipo de intervención local. El objetivo del programa consistió en formar a las y los adolescentes para poder sustituir el acto impulsivo de la violencia por la actividad del pensamiento, ser capaz de convivir con lo diferente, trabajar en equipo, resolver situaciones problemáticas y tomar decisiones positivas al respecto.

Proyecto El Camino (https://es-la.facebook.com/pg/elcaminoproyecto/about/?ref=page_internal) en Fiambalá, Catamarca, realiza un trabajo de formación de líderes en retiros espirituales desde el 2013, con la conformación de 120 adolescentes, posicionados como referentes comunitarios. El programa “Prevención, atención y posvención del suicidio” tiene un componente de capacitación y otro de intervención comunitaria. El programa se ha implementado también en las provincias de Mendoza, Santa Cruz y Buenos Aires.

La **Red Comunitaria Aquí y Ahora a tu Lado** (<https://aquiyahoraatulado.org.ar/tag/prevención-de-suicidio>), creada en Santa María, Catamarca, realizó, a partir de talleres en escuelas la formación de líderes y docentes de las diez escuelas del departamento, a partir del Proyecto “Liderar tu vida te hace bien”, que focalizó en adolescentes con habilidades sociales, para sostener a adolescentes en riesgo. Usaron el cuestionario ISO 30, lo que les permitió pensar en los chicos en riesgo medio-alto (300 chicos) y en los de riesgo bajo (1200), así como identificar a las y los adolescentes sin ideación suicida, a los que se propusieron fortalecer para apoyar a los otros, en vez de pensar solo acciones focalizadas en los 300 en riesgo alto o medio. Entre las y los adolescentes se tejió un entramado de cuidado para que aquel que estuviera

9. El PYN surgió de una investigación de la Escuela de Derecho de Harvard, dirigida por Roger Fisher, que es tomada por la Fundación Poder Ciudadano con el apoyo de UNICEF. Durante el 2001/2002 llevan la experiencia a la ciudad de Las Heras, donde acontecieron 22 suicidios de adolescentes a fines de la década de 1990, después de la privatización de Yacimientos Petrolíferos Fiscales, que dejó una situación social grave de desempleo.

en riesgo pudiera ser contenido por sus pares. Implementaron dos líneas de trabajo: los talleres motivacionales en las escuelas y un espacio de consulta abierto a la comunidad atendido por un grupo de profesionales. El trabajo realizado consiguió que los suicidios consumados disminuyeran notoriamente.

La **Fundación Manos Unidas por la Paz** (<https://es-la.facebook.com/fundacionmanosunidasporlapaz/>), localizada en San Miguel, provincia de Buenos Aires, fue convocada por Facebook Argentina en el 2017 para realizar una entrevista de Facebook Live, de donde surge la cartilla "Ayuda a un amigo que lo necesita"¹⁰ para detectar ideación suicida en redes sociales.

El curso **Interventores Comunitarios para el trastorno del comportamiento suicida: entrenadores de vida** (<http://entrenadoresdevida.org.ar>), llevado a cabo por la Fundación Manos Unidas por la Paz, a demanda del Programa Hablemos de Todo, de la Subsecretaría de Juventud del Ministerio de Desarrollo Social, tiene el objetivo de capacitar sobre suicidio en adolescentes a personas en general, profesionales, gente de la comunidad. Los destinatarios fueron empleados de reparticiones públicas, docentes de escuelas, enfermeros, personal de los juzgados, representantes de la Iglesia, entre otros. La experiencia se replicó en las provincias de Tucumán y Catamarca durante el 2017.

La experiencia **Participación juvenil y prevención entre pares** (<https://es-la.facebook.com/consultorioamigable.paraadolescentes/>) se realizó en la ciudad de Allen, provincia de Río Negro. Fue generada en el marco del Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia. El proyecto desarrolla talleres de capacitación de adolescentes preventores y una vez finalizada esta capacitación, esos adolescentes realizan actividades en terreno con otros adolescentes y jóvenes de la ciudad. Las escuelas fueron un aliado relevante, ya que muchas de las actividades se realizaron en ellas y en espacios públicos. Dramatizaciones, juegos y distintos tipos de actividades tocan los temas o asuntos que preocupan a las y los adolescentes, desde un enfoque de "habilidades para la vida". Las actividades realizadas son talleres, consejerías, murales, micros en radios locales, etc., generando y posibilitando el intercambio entre las y los adolescentes de las seis escuelas de Allen.

El mecanismo de articulación logrado entre la escuela y los servicios de salud, a través del Consultorio Amigable del Adolescente, resultó exitoso. Es importante que los programas diseñados sean continuos y no aislados en el tiempo, a la vez que se desarrollen teniendo en cuenta los ámbitos locales. Los resultados de las intervenciones preventivas desarrolladas en los centros de salud y en los ámbitos barriales son de mayor impacto.

El **Programa de Prevención y Atención del Suicidio Adolescente** de Río Gallegos, Santa Cruz¹¹, se fundamentó en el enfoque de la suicidología comunitaria, que descentra la intervención del consultorio, involucrando a los actores relevantes de una comunidad. Usaron el cuestionario ISO 30, evaluando en un día entre 300 y 400 chicos. Luego los datos se vuelcan en una matriz de datos y en el segundo día de trabajo

se obtiene un perfil de la población analizada, clasificándola por niveles de riesgo, identificando cuáles son los chicos con los que habría que trabajar más intensamente. No solo se trabaja con adolescentes sino también con las familias, en reuniones comunitarias mensuales. El trabajo con los docentes y el sistema educativo es permanente. Se realizan talleres y reuniones con fuerzas de seguridad en tanto "agentes de primer contacto", para que tengan un enfoque psicosocial. Desde el punto de vista de la atención se coordina un trabajo articulado entre los servicios de Salud Mental, el de Atención en Crisis y el de Adicciones, para encarar los tratamientos. La clave de este modelo fue la combinación de: a) formación-acompañamiento, supervisión de la tarea y análisis de casos; b) incluir en el trabajo a todos los agentes que trabajan en el primer nivel (docentes, policías, guardiacárceles, cadetes, etc.); c) identificación del riesgo y canalización de la demanda. El programa es aplicable a municipios de pequeño tamaño como Río Gallegos, en los que se logre un compromiso pleno de las autoridades con sus objetivos.

8.2. Atención

En relación con los servicios de salud a los que se recurre en momentos de crisis, la Guía de Intervención mhGAP de la OPS-OMS (2017) ofrece protocolos detallados acerca de cómo se debe actuar en las diferentes situaciones que se pueden presentar en los casos de intentos de suicidio.

El documento *Lineamientos para la atención del intento del suicidio en adolescentes* (MSAL, 2012) contiene, entre otras recomendaciones, una planilla de evaluación de riesgo para el/los profesionales de urgencia.

En relación con la atención de los casos de tentativa y los de suicidios consumados, en Jujuy, una de las provincias en las que se trabajó en la investigación, se ha implementado un Protocolo de Atención al paciente con tentativa de suicidio, que solo indica la obligación de internar al paciente y el deber del profesional de asistirlo, aunque sin ofrecer capacitación específica, ni redes de salud o políticas de salud definidas con ese tema.

El Hospital Psiquiátrico Dr. Sequeiros de Jujuy, hospital polivalente de tercer nivel de complejidad, implementó, a instancias de una profesional¹² de la Residencia de Psicología Clínica y Comunitaria, criterios detallados para la atención de las tentativas de suicidio en el servicio de guardia.

8.3. Posvención

En cuanto a la posvención, las principales acciones que configuran buenas prácticas son las que tienden a fortalecer las redes y los lazos comunitarios, acompañar a los sujetos más afectados, identificar a los grupos más vulnerables y habilitar espacios de escucha respetuosos de sus tiempos, articulando entre las instituciones intervinientes como las escolares, las de salud o las de los ámbitos comunitarios.

10. Disponible en: <https://fbnewsroomus.files.wordpress.com/2017/09/ayuda-a-un-amigo-argentina.pdf>

11. Martínez, Carlos (2016): "Centro hospitalario de intervención en crisis y rehabilitación psicosocial. Una senda hacia la Suicidología Comunitaria. Centro de Intervención en Crisis y Rehabilitación Psicosocial, Hospital Regional de Río Gallegos", en *Integración Académica en Psicología*. Volumen 4. Número 11. Revista científica y profesional de la Asociación Latinoamericana para la Formación y la Enseñanza de la Psicología – ALFEPSI. Página 73.

12. Lic. Cecilia López Steinmetz (2012).

Existen tres ejes conceptuales para considerar al trabajar con los allegados a los casos de suicidio consumado (Altavilla, 2012):

- **El enigma:** la opacidad que envuelve a la mayor parte de los casos.
- **El legado:** qué consecuencias implica para los allegados.
- **La participación:** alude al sentimiento de culpa vinculado especialmente a las posibilidades de haber advertido lo que podía ocurrir y haber podido evitarlo.

En cuanto al duelo de familiares, el apoyo en el proceso debería cumplir tres características: en primer lugar, deben evaluarse las necesidades y preguntas de la/s persona/s en duelo. Esto incluye una evaluación de las relaciones familiares, de los pensamientos suicidas en la familia y de la disponibilidad de una red social. En segundo lugar, debe trabajarse sobre las reacciones frente al dolor. En tercer lugar, el apoyo debe ampliar la comprensión de la persona que cometió el suicidio.

Hablar sobre el proceso del suicidio, sobre los signos de alarma si los hubo y sobre la perspectiva cultural acerca del suicidio, en un clima de apoyo, puede aumentar la comprensión de los mecanismos del suicidio y facilitar la creación de una "historia personal acerca de lo sucedido" (Andriessen y otros, 2017). Lindqvist y otros (2008) señalan que el suicidio de un adolescente es un trauma devastador para la familia en su conjunto y que la ausencia de explicaciones válidas del suicidio es un tema predominante en el proceso de duelo. Debe tratarse de contrarrestar el aislamiento social y psicológico prolongado de las familias en duelo. Hay que prestar atención particularmente a los hermanos, cuyo dolor habitualmente no es tomado en cuenta.

En relación con la posvención en escuelas, en los últimos 20 años se han desarrollado una cantidad de guías vinculadas con el suicidio de un/a estudiante. Estas guías contienen orientaciones acerca de cómo informar a las y los estudiantes, a los padres y a la comunidad más amplia de un suicidio; cómo apoyarlos tanto en el corto plazo como en el largo plazo y cómo afrontar funerales y actos conmemorativos. Estas actividades están pensadas para ayudar a la comunidad escolar a buscar un equilibrio en los meses que siguen al suicidio (Cox y otros, 2016).

Las intervenciones de posvención consisten en pasos destinados a que el personal de la escuela, las y los estudiantes y la comunidad escolar en general reaccionen del mejor modo posible frente a la ocurrencia de un suicidio, faciliten el proceso de duelo y prevengan conductas imitativas entre los pares vulnerables.

Los componentes de los programas de posvención en la escuela comprenden:

- Planes específicos de respuestas frente a la crisis y la formación de un comité de crisis compuesto por docentes y psicólogos que trabajan en la institución.
- Mecanismo para notificar a las autoridades tan pronto como sea posible después de que se produzca una muerte o de que otra crisis haya tenido lugar.
- Propuestas para enfrentar la crisis, hechas por un psicólogo escolar u otro profesional con experiencia en escuelas.
- Detección de alumnos y de personal particularmente afectados.

- Ofrecimiento de contención y seguimiento para estas personas.
- Reunión de padres.
- Mecanismos de control de rumores.

El apoyo social entre pares para adolescentes en duelo por un suicidio tiene efectos beneficiosos en relación con actitudes de ayuda. Sin embargo, hay que tener en cuenta que puede también prolongar el dolor por mecanismos de "rumiación" compartida, definida como una forma de aislamiento que implica discusión prolongada centrada en problemas y emociones, que excluye otras actividades o discursos (Rose, 2002).

Las intervenciones de posvención deben buscar:

- 1) Facilitar la expresión afectiva.
- 2) Reducir tensiones: poder compartir lo que se siente, animarse a escribir o contactarse de otro modo entre los familiares y otros allegados.
- 3) Lograr una mejor comprensión de lo sucedido.
- 4) Analizar distintas formas posibles de recibir ayuda.

8.4. Registro

En cuanto al registro, San Juan ha diseñado una metodología que dio buenos resultados y puede ser aplicable en contextos con un tamaño equivalente al de la población de esta provincia. En el año 2006, se creó la Comisión Provincial de Prevención del Suicidio, que diseñó un programa que incluye actividades de asistencia, registro, capacitación y comunicación. En la Dirección de Maternidad e Infancia, la Comisión cuenta con una persona que realiza llamados diarios a la policía (comisarías y criminalística), a los hospitales provinciales, al registro civil y a la morgue, permitiendo tener el dato de forma inmediata para asentarlos en las planillas correspondientes. Con ese propósito se revisan también los diarios de cada día.

En el año 2016 comenzaron a capacitar operadores de la línea 911, que atienden durante las 24 horas, con un modelo tomado de la provincia de Salta. Estos operadores reciben llamados de personas con intentos o de allegados a personas que cometieron suicidios. Los operadores están preparados para responder los llamados de un modo asertivo. En el 2017, se conformó un grupo llamado "colaboradores", integrado por referentes de hospitales centrales y periféricos, de la línea 911, de la Dirección de la Mujer, la guardia de emergencias y catástrofes del Hospital Rawson y de dos dispositivos de atención en salud mental de hospitales. Este grupo registra semanalmente los casos. El registro es enviado a la Comisión semanalmente. Con esos datos, la Comisión se conecta con el equipo psicosocial (un trabajador social y un psicólogo), que trabajan con referentes de cada una de las cinco zonas sanitarias de la provincia. Estos referentes derivan al Centro de Atención Primaria de la Salud que corresponda al domicilio de la persona para su atención o posvención. Luego de dos semanas se realiza el informe del caso a la Comisión para realizar el seguimiento oportuno.

Gráfico 5

Síntesis de intervenciones en suicidio adolescente

INTERVENCIONES	POLÍTICAS PÚBLICAS	CUIDADOS DE LA SALUD
<ul style="list-style-type: none"> ■ Restricción del acceso a medios letales. ■ Talleres de sensibilización en escuelas. ■ Entrenamiento de líderes adultos y juveniles. ■ Intervenciones basadas en internet. ■ Líneas de ayuda telefónicas. ■ Capacitación de operadores en actividades de posvención. ■ Campañas en medios. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Creación de redes intersectoriales. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Capacitación de profesionales de la salud. ■ Incorporación de profesionales de salud mental en guardias y servicios de adolescencia. ■ Aprovechar las oportunidades de consultas de adolescentes en servicios de salud para crear confianza y establecer vínculos. ■ Creación de protocolos y difusión de los existentes.

Fuente: Elaboración propia

HALLAZGOS Y CONCLUSIONES

9

En la Argentina, el suicidio adolescente es la segunda causa de muerte en la adolescencia después de las lesiones de tránsito. El relevamiento de datos mostró que hubo un aumento de las **tasas** en las últimas décadas en el país entre las y los adolescentes de 15 a 19 años. En términos de magnitud, el fenómeno se presenta con mayor frecuencia en los varones y en aquellos que han alcanzado menor nivel educativo.

El crecimiento de las tasas, especialmente en algunas provincias del país (Catamarca, Chubut, Jujuy y Salta), amerita el desarrollo de políticas públicas destinadas a su prevención. Para su implementación es necesario tener en cuenta no solo los lugares en los que por su concentración poblacional se da la mayor cantidad de casos –como las ciudades capitales o las grandes ciudades–, sino también **las pequeñas localidades en las que se produce una acumulación de casos**. Al analizar las tasas de mortalidad específica, encontramos que son más elevadas en algunos municipios pequeños. El ejemplo de la provincia de Jujuy es representativo: la tasa de suicidio adolescente provincial fue de 14,2 cada 100.000 adolescentes para el período 2001-2010, mientras que el departamento de Humahuaca alcanzó 36,8 y Yavi 33,6. Es decir, no es lo mismo un distrito en el que en diez años se suicidaron 12 adolescentes y viven 6.000 personas, que otro en el que hubo 83 suicidios adolescentes en diez años y viven 160.000 personas. Las poblaciones más grandes muestran la mayor cantidad de suicidios (peso absoluto), pero el peso relativo muestra que hay algunos departamentos con poca población en los que los suicidios adolescentes son una realidad cercana. **Un hallazgo relevante es la importancia de localidades con menos habitantes en el análisis del fenómeno.**

Los datos disponibles en los certificados de defunción solo permiten analizar el nivel de educación. En esos datos se observan mayores tasas de suicidio entre las y los adolescentes con menores niveles de educación. Esta relación es especialmente importante en el caso de los varones adolescentes, entre quienes se observa en mayor proporción este fenómeno. También se observa el mismo patrón en el caso de las mujeres, pero con bastante menor intensidad.

Los **factores que se identificaron como preponderantes en relación con la conducta suicida en adolescentes** fueron la ausencia o debilidad de otros significativos y/o instituciones que cumplan el rol de apoyos afectivos/instrumentales, y las dificultades al atravesar las pruebas estatuidas socialmente en la transición de la adolescencia a la juventud/adulthood (logros educativos, laborales, afectivos). A estos dos aspectos se agrega la rigidez normativa, así denominada por las y los investigadores para referirse a la dificultad de flexibilizar las normas morales incorporadas, de modo de poder tener una actitud de mayor

tolerancia frente a lo que se categoriza como experiencias no aceptables. Otro factor fueron los padecimientos mentales no atendidos.

Las **tipologías** presentadas tanto de suicidios adolescentes consumados como de tentativas de suicidio aportan información para identificar situaciones de riesgo en las que intervenir preventivamente. De todos modos, hay que resaltar que el suicidio adolescente debe encararse desde una perspectiva multidimensional, que la predicción certera no es posible a pesar de la identificación de factores de riesgo puntuales y que es siempre un proceso en cuya dinámica pueden encontrarse espacios para intervenciones preventivas.

La **propuesta del análisis causa-raíz** trabajada con casos de tres localidades del país mostró ser adecuada para promover la reflexión de los actores involucrados en incidentes negativos vinculados con casos consumados de suicidio y con tentativas de suicidio. Respecto de las alternativas posibles para disminuir el riesgo de repetición de incidentes negativos, la principal recomendación que surgió de los análisis fue la de trabajar con una mayor articulación entre los actores institucionales involucrados y con mayor dedicación con el núcleo de personas allegadas a los casos.

El análisis de las **instituciones vinculadas con la prevención y la atención del suicidio adolescente** reveló que en todas ellas existen falencias, ya sea por falta de capacitación de los actores involucrados en relación con el tema o por insuficiencia de los recursos disponibles.

Las políticas preventivas y de adecuada asistencia de los intentos de suicidio requieren la **capacitación continua de los recursos humanos** de diferentes instituciones (escuelas, servicios de salud, servicios de protección, fuerzas de seguridad, actores comunitarios). Se sugiere trabajar sobre las relaciones entre los diferentes factores predisponentes, precipitantes y protectores que han sido identificados en la investigación, coincidiendo con la bibliografía existente. La formación de líderes juveniles como "preventores" en relación con actividades de sensibilización de la comunidad y como apoyo en situaciones críticas de sus pares, con el aporte de adultos capacitados, es una estrategia que ha demostrado buenos resultados en varias experiencias comunitarias.

Los principales **cuellos de botella** identificados con respecto a la asistencia fueron la insuficiencia de recursos humanos capacitados y la falta de redes institucionales que puedan dar respuestas integradas en situaciones críticas atravesadas por las y los adolescentes. Las guías de orientación emanadas del entonces Ministerio de Salud de la Nación indican la intervención de los organismos de protección ante una tentativa de suicidio de un sujeto menor de 18 años; sin embargo, la mayor parte de los operadores consultados no tenía información sobre el tema.

En relación con los **registros** que den pie a estimaciones estadísticas más confiables, el principal cuello de botella se vincula con las dificultades de articulación entre los diferentes actores institucionales que intervienen en los procedimientos de registro, las diferentes lógicas empleadas, los diferentes objetivos en relación a la construcción del dato y la falta de conciencia epidemiológica verificada en algunos profesionales de la salud, que mostraron resistencias a dejar constancia como tales de los casos de suicidio adolescente o de tentativas de suicidio.

RECOMENDACIONES Y ESTRATEGIAS PROPUESTAS

10

Las recomendaciones que se incluyen surgen del análisis de buenas prácticas relevadas, de las exploraciones en las áreas específicas realizadas para esta investigación y de la bibliografía consultada. Pueden dividirse en cinco áreas: recomendaciones generales, recomendaciones en relación con el sistema de salud, recomendaciones con respecto al registro de los casos, recomendaciones en relación con el sistema educativo y recomendaciones para las fuerzas de seguridad.

Recomendaciones generales

1. Sensibilizar a la población en general acerca de la temática del suicidio adolescente, con campañas en medios que busquen informar sin alarmar.
2. Visibilizar la acción de las organizaciones que trabajan en la temática, informando además acerca de los recursos existentes localmente para la prevención, la asistencia y la posvención.
3. Fortalecer las líneas telefónicas de ayuda existentes y crearlas en las provincias en las que no existan.
4. Establecer de manera articulada y consensuada rutas o protocolos sectoriales e institucionales con todos los actores que intervienen en casos de suicidio (consumado o en tentativa), para propender a la mejor atención de las y los adolescentes y sus familias; así como guías de sistematización de programas e intervenciones que permitan su monitoreo y evaluación.
5. Fortalecer en los currículos de formación del personal involucrado en la atención de casos de suicidio y tentativa de suicidio adolescente contenidos actualizados sobre los protocolos de intervención.
6. Reforzar las redes institucionales entre los diferentes actores intervinientes, a los fines de generar dispositivos que garanticen intervenciones conjuntas y eficientes.
7. Incentivar la formación de líderes adolescentes en la temática del suicidio adolescente, a fin de fomentar y fortalecer el trabajo entre pares, la participación social y la organización de adolescentes y jóvenes, para colaborar en la detección temprana de dificultades propias de las adolescencias e identificación de factores de riesgo y protectores en relación con el suicidio adolescente.

8. Propiciar el armado de redes de trabajo y de mesas intersectoriales entre organismos del Estado y entre Estado y ONG.
9. Propiciar el trabajo en redes sociales virtuales del tipo del programa "Ayuda a un amigo que lo necesita" para detectar la ideación suicida en dichas redes.
10. Generar espacios de contención psicológica y apoyo emocional para los profesionales y personal en general que intervienen en estas situaciones, y favorecer los espacios de reflexión conjunta y supervisión en torno a los casos.
11. Incorporar las categorías "suicidio" y "tentativa de suicidio" en los registros estadísticos de intervenciones demandadas y realizadas por los organismos de Niñez y Adolescencia.
12. Propiciar el desarrollo de actividades en espacios públicos tendientes a la sensibilización y concientización de la sociedad sobre el tema (por ejemplo, en relación con el Día Mundial de la Prevención del Suicidio).
13. Propiciar la capacitación de miembros de la comunidad en el trabajo posventivo.
14. Propiciar el desarrollo de talleres de capacitación para comunicadores sobre la temática.
15. Reconocer al suicidio como un problema social y de salud pública en todas las normativas y en el diseño de políticas públicas que garanticen intervenciones de las fuerzas de seguridad que se orienten al cuidado de las personas libres de violencia y discriminación.
16. En la capacitación continua es importante incluir contenidos para identificar situaciones prototípicas de riesgo que pueden llevar al suicidio o a la tentativa, así como considerar los diferentes factores predisponentes, precipitantes y protectores, de modo de desarrollar estrategias preventivas apropiadas para cada localidad.

Recomendaciones en relación con el sistema de salud

1. Desarrollar capacidades para una adecuada atención mediante la implementación de protocolos específicos de atención.
2. Difundir más ampliamente los Lineamientos para la Atención del Intento de Suicidio en Adolescentes desarrollados conjuntamente por la DNSMyA y PNSIA.
3. Capacitar a profesionales de la salud en la temática del suicidio adolescente.
4. Promover el desarrollo de acciones que articulen el trabajo realizado por las organizaciones de la sociedad civil y diferentes agencias estatales con el sector de salud.
5. Trabajar con el personal de salud para vencer la resistencia existente en algunos profesionales a registrar como tales los intentos de suicidio.

6. Incorporar en los servicios de salud una mayor cantidad de profesionales de salud mental especializados en la temática del suicidio en adolescentes.
7. Disminuir los tiempos de espera para conseguir turnos para consultorios externos y mejorar la accesibilidad.
8. Aprovechar los contactos de las y los adolescentes con el sistema de salud (por ejemplo, para gestionar el apto médico o una consulta clínica) para crear lazos de confianza con ellos.
9. Reinstalar las actividades de prevención primaria como parte de las actividades de los Centros de Salud.

Recomendaciones con respecto al registro de los casos

1. Desde el sistema de salud, conectar los certificados de defunción con las historias clínicas, de manera de mejorar los datos sobre causa de muerte.
2. Utilizar sistemas automatizados de codificación y selección de la causa básica de muerte.
3. Articular entre sí a los actores de las diferentes instituciones intervinientes en el proceso de registro.
4. Crear un registro electrónico unificado con distribución de la información para los diferentes organismos (con digitalización de los certificados de defunción), respetando los criterios éticos de confidencialidad, anonimato y fuertes normas de resguardo de la información.

Recomendaciones en relación con el sistema educativo

1. Realizar capacitaciones específicas en establecimientos educativos con el fin de sensibilizar sobre esta problemática (a los directivos, el plantel docente, los preceptores y auxiliares), que incluyan desarrollar capacidades para la detección de "señales" de conductas suicidas en adolescentes con el fin de realizar la derivación a tiempo, y de este modo reducir el número de posibles oportunidades perdidas.
2. Propiciar que en las escuelas exista un dispositivo de emergencia que cuente con un equipo interno y un equipo externo que puedan ser convocados ante situaciones críticas.
3. Contar con un mapeo de las instituciones y organizaciones locales con las que articular.
4. Registrar los "Incidentes Críticos Educativos" y las intervenciones realizadas, elevando informes a las autoridades educativas.
5. Propiciar la participación protagónica de los adolescentes en el diseño y ejecución de materiales y estrategias preventivas.
6. Propiciar espacios de actividades expresivas para los estudiantes.

7. Trabajar con los docentes y la comunidad educativa en torno a los mitos acerca del suicidio y qué significa escuchar y acompañar.

Recomendaciones para las fuerzas de seguridad

1. Establecer una Ruta o Protocolo Institucional para la intervención de las fuerzas de seguridad en casos de suicidio (consumado o en tentativa), para propender a la generación de planes integrales de atención a las personas y sus familias.
2. Fortalecer en las currículas de formación del personal de las fuerzas de seguridad contenidos actualizados sobre los protocolos de intervención frente a tentativas y casos de suicidio, y en particular, del suicidio adolescente.
3. Introducir espacios de capacitación para el personal policial y de otros equipos intervinientes en situaciones de crisis, relativos a las modalidades y estrategias de intervención en casos de suicidio e intentos de suicidio.
4. Entregar material informativo a los funcionarios de las fuerzas de seguridad que incluyan los marcos legales y los procedimientos a seguir, así como también los servicios de atención disponibles para esas situaciones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Marco teórico

- Adorno, T. W., Frenkel-Brunswik, E., Levinson, D. J., Sanford, R. N. (1950): *The Authoritarian Personality*. Norton: New York.
- Almeida Filho, N. y Rouquayrol, M. (2008): *Introducción a la Epidemiología*. Buenos Aires: Lugar; pp. 200-208.
- Almeida Filho, N., Castiel, L. y Ayrres, J. R. (2009): "Riesgo: concepto básico de la epidemiología", *Salud Colectiva* 5 (3): 323-344.
- Altavilla, D. (2012): "Reconstrucción(es) luego de un suicidio: afectación en la familia y el entorno social" en Chávez Hernández, Ana María, Alejandro Klein y Luis Fernando Macías García (comp.): *Salud mental y malestar subjetivo: Debates en Latinoamérica*. Buenos Aires: Manantial.
- Altieri, D. (2007): "Mortalidad por suicidios 1980-2004" en C. Martínez: *Introducción a la suicidología*.
- Amitai, M. y Apter, A. (2012): "Social Aspects of Suicidal Behavior and Prevention", in *Early Life: A Review. Int. J. Environ. Res. Public Health*, 9: 985-994.
- Andriessen, K. (2006): "Can postvention be prevention?". Abstract Book, 11th European Symposium on Suicide and Suicidal Behavior. *Psychiatria Danubina*, 18 (suppl. 1), 125.
- Andriessen, K., Castelli Dransart, A., Cerel, J. y Maple, M. (2017): "Current Postvention Research and Priorities for the Future", *Crisis* 38(3): 202-206.
- Andriessen, K., Krysinska, K. y Grad, O. (eds.) (2017): *Postvention in Action: The International Handbook of Suicide Bereavement Support*. Boston, MA: Hogrefe Publishing.
- Arango, A., Opperman, K., Gipson, P. y King, Ch. (2016): Suicidal ideation and suicide attempts among youth who report bully victimization, bully perpetration and/or low social connectedness". *Journal of Adolescence*, 51: 19-29.
- Argota Matos, N. et al. (2015): "Comportamiento de algunos factores de riesgo del intento suicida en adolescentes", *Rev. Med. Electron.* 37 (1):30-38.
- Aseltine, R. H. y De Martino, R. (2004): "An outcome evaluation of the SOS suicide prevention program", *American Journal of Public Health* 94(3): 446-451.
- Aseltine, R. H., Jr., Schilling, E. A., James, A., Glanovsky, J. L. y Jacobs, D. (2009): "Age variability in the association between heavy episodic drinking and adolescent suicide attempts: Findings from a large-scale, school-based screening program", *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry* 48:262-270.
- Bailador, P., Viscardi, N. y Dujas, F. (1997): "Desesperanza, conducta suicida y consumo de alcohol y drogas en adolescentes de Montevideo", *Rev. Med. Uruguay* 13: 213-223.

- Bearman, P. y Moody, J. (2004): "Suicide and friendships among American adolescents", *American Journal of Public Health* 94(1):89-95.
- Beck, U. y Beck-Gernsheim, E. (2003): *La individualización. El individualismo institucionalizado y sus consecuencias sociales y políticas*. Barcelona: Paidós.
- Bella, M., Acosta, L., Villacé, B., López de Neira, M., Enders, J. y Fernández, R. (2013): "Analysis of mortality from suicide in children, adolescents and youth. Argentina, 2005-2007", *Arch. argent. Pediatr.* 111 (1).
- Barrón, E. y Krmpotic, C. (2016): "La prevención del suicidio juvenil: entre la enunciación y la acción", *Rev. Katálisis*, 19 (1).
- Basile, H. (2015): *Crisis 2001 en Argentina. Desocupación y suicidio adolescente*. Buenos Aires: Edición del autor.
- Bayer, C. (2017): *13 Reasons to Talk About "13 Reasons Why"*. Harvard Graduate School of Education, subido a internet el 12 de mayo de 2017.
- Biddle, L., Donovan, J., Hawton K., Kapur, N. y Gunnell, D. (2008): "Suicide and the Internet", *British Medical Journal* 336:800-802.
- Bille-Brahe, U. y Schmidtke, A. (1995): "Conduites suicidaires des adolescents" en F. Ladame, J. Ottino y C. Pawlak (eds.): *Adolescence et suicide*. París: Masson (pp.18-38).
- Blumenthal, S. (1996): *Suicide and Gender*. American Foundation for Suicide Prevention. www.afsp.org
- Bonaldi, P. (2000): "El estudio del suicidio desde una perspectiva sociológica. De los estadísticos morales a los enfoques interpretativos" en M.M. Casullo et al, op. cit., pp. 49-68.
- Bottino, S., Bottino, C., Gómez Regina, C., Villa Lobo Correa, C. y Ribeiro, W. (2015): "Cyberbullying and adolescent mental health: Systematic review", *Cad. Saúde Pública*, Río de Janeiro 31(3):463-475.
- Bustamante, F. y Florenzano, R. (2013): "Programas de prevención del suicidio adolescente en establecimientos escolares: una revisión de la literatura", *Rev chil neuro-psiquiat.* 51 (2): 126-136.
- Callahan, J. (1996): "Negative Effects of a School Suicide Postvention Program. A Case Example", *Crisis* 17(3): 108-115.
- Canetto, S. (1997): "Meanings of gender and suicidal behavior during adolescence", *Suicide LifeThreat. Behav.* 27(4):339-51.
- Casullo, M. M. (1994): "Comportamiento suicida adolescente. Epidemiología y prevención" en S. Quiroga (comp): *Patologías de la autodestrucción en la adolescencia*. Buenos Aires: Ed. Kargieman.
- Casullo, M. M. (1997): "Riesgo suicida en estudiantes universitarios. Epidemiología y prevención", *Desarrollos en Psiquiatría Argentina* (4): 33-38.
- Casullo, M. M. (1998): *Adolescentes en riesgo*. Buenos Aires: Paidós.
- Casullo, M. M., Bonaldi, P. y Fernández Liporace, M. (2000): *Comportamientos suicidas en la adolescencia. Morir antes de la muerte*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Casullo, M. M. (2005): "Ideaciones y comportamientos suicidas en adolescentes: una urgencia social", *Anuario de Investigaciones*, vol. XII, pp. 173-182. Universidad de Buenos Aires.
- Cohen, S. y Wills, T. A. (1985): "Stress, social support, and the buffering hypothesis", *Psychological Bulletin* 98(2):310-357.
- Cordova Moreno, M. A., Cubillas, M. J., y Román Pérez, R. (2011): "¿Es posible prevenir el suicidio? Evaluación de un programa de prevención en estudiantes de bachillerato", *Pensam. psicol.* 9, 17.
- Cox, G., Bailey, E., Jorm, A. et al. (2016): "Development of suicide postvention guidelines for secondary schools: a Delphi study", *BMC Public Health* 16: 180.
- Christensen, H., Cuijpers, P. y Reynolds, Ch. (2016): "Changing the direction of suicide prevention research", *JAMA Psychiatry* 73(5):435-436.
- Daniel, S. S. y Goldston, D. B. (2009): "Interventions for Suicidal Youth: A Review of the Literature and Developmental Considerations", *Suicide & Life-Threatening Behavior* 39(3): 252-268.
- Daray, F., Rojas, S., Bridges, A., Badour, C., Grendas, L., Rodante, D., Puppo, S., y Rebok, F. (2016): "The independent effects of child sexual abuse and impulsivity on lifetime suicide attempts among female patients", *Child Abuse & Neglect*, 58: 91-98.
- D' Augelli, A. R., Grossman, A. H., Salter N. P., et al. (2005): "Predicting the suicide attempts of lesbian, gay and bisexual youth", *Suicide and Life-Threatening Behavior* 35(6):646-660.
- De Zubiría Samper, M. (2007): "Mil motivos y tres causas del suicidio juvenil", *Tesis Psicológica* N° 2: 11-34.
- Dubet, F. O. (2013): *El trabajo de las sociedades*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Dunlop, S., More, E. y Romer, D. (2011): "Where do youth learn about suicides on the Internet and what influence does it has on suicidal ideation?", *The Journal of Child Psychology and Psychiatry* 52 (10): 1073-1080.
- Durkheim, E. (1965): *El suicidio. Estudio de sociología*. Buenos Aires: Editorial Shapire.
- Efrón, R. y Korinfeld, D. (2017): *Acerca de la problemática del suicidio de adolescentes y jóvenes*. Ministerio de Educación.
- Federación Francesa de Psiquiatría (2001): *La crise suicidaire: reconnaitre et prendre en charge*. París: John LibbeyEurotext.
- Fernández, J. J., Basile, H. y Pérez Barrero, S. (2017): *Suicidio infanto-juvenil*. Buenos Aires: Ed. Salerno.
- Fergusson, D. M., Woodward, L. y Horwood, L. (2000): "Risk factors and life processes associated with the onset of suicidal behaviour during adolescence and early adulthood", *Psychological Medicine* 30(1): 23-39.
- Fleitas, D. (2010): *Los Planes de Recolección de Armas en Latinoamérica*. Informe realizado para publicación del Banco Interamericano de Desarrollo (BID).

- Fleischmann, A., Bertolote, J. M., Wasserman, D., De Leo, D., Bolhari, J., Botega, N. J., De Silva, D., Phillips, M., Vijayakumar, L., Värnik, A., Schlebusch, L., Thanh, H. T. (2008): "Effectiveness of brief intervention and contact for suicide attempters: a randomized controlled trial in five countries", *Bull World Health Organ* 86(9): 703-9.
- Fromm, E. (1941): *El miedo a la libertad*. Buenos Aires: Ed. Paidós.
- Gilligan, C. (2004): "Strengthening healthy resistance and courage in children: A gender-based strategy for preventing youth violence", *Ann. N. Y. Acad. Sci.* 1036: 128-140.
- Gómez, A. (1992): "Dimensiones de la conducta suicida", *Revista Creces*, Sgo. de Chile.
- Görzig, A. (2016): "Adolescents' viewing of suicide-related web content and psychological problems: differentiating the roles of cyberbullying involvement", *Cyberpsychology, Behavior and Social Networking*, 19(8): 502-509.
- Gould, M.S. (2001): "Suicide and the media", *Ann. N. Y. Acad. Sci.* 932:200-221.
- Gould, M. S., Greenberg, T. E. D., Velting, D. M. y Shaffer, D. (2003): "Youth Suicide Risk and Preventive Interventions: A Review of the Past 10 Years", *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42: 386-405.
- Gould, M., Jamieson, P. y Romer, D. (2003): "Media Contagion and Suicide among the Young", *American Behavioral Scientist* 46 (9): 1269-1284.
- Guerriero, L. (2005): *Los suicidas del fin del mundo*. Buenos Aires: Tusquets.
- Halbwachs, M. (1930) : *Les causes du suicide*. París: Alcan.
- Harrod, C. S., Goss, C. W., Stallones, L. y DiGuseppi, C. (2014): *Interventions for primary prevention of suicide in university and other post-secondary educational settings* (Review). Cochrane Database of Systematic Reviews.
- Jaramillo Estrada, J., Escobar Zuloaga, A., Camacho, A. y González Londoño, D. (2015): "Crisis intervention strategy for attempted suicide in children and adolescents: interactionist perspective", *Journal of Psychology CES*, 8 (1): 120.
- Jiménez S., Lozano, N., Rodríguez, L., Vargas, A., Rubio, G. y López, I. (2005): "Consumo de alcohol y drogas como factor de riesgo de intento suicida", *Medicina Interna de México* 3: 183-187.
- Jobes, D. A., Berman, A. L., O' Carroll, P. W., Eastgard, S. y Knickmeyer, S. (1996): "The Kurt Cobain suicide crisis: Perspectives from research, public health, and the news media", *Suicide Life Threat. Behav.* 26: 260-269.
- Joiner, Th., van Orden, K., Witte, T. y Rudd, D. (2009): *The Interpersonal Theory of Suicide: Guidance for Working with Suicidal Clients*. Washington: American Psychological Association.
- Joiner, E. T. (2009): "Suicide prevention in schools as viewed through the interpersonal-psychological theory of suicidal behavior", *School Psychology Review* 38(2): 244-248.
- Kann, L., Kinchen, S., Shanklin, S., Flint, K., Hawkins, J., Harris, W. y Zaza, S. (2014): "Youth risk behavior surveillance-United States, 2013", *Surveillance Summaries-Center for Disease Control* 63 (SS04), 1-168.
- Katz, C., Bolton, S. L., Katz, L. Y., Isaak, C., Tilston-Jones, T. y Sareen J. A. (2013): *A systematic review of school-based suicide prevention programs* 30 (10):1030-45.
- King, Ch. y Merchant, C. (2008): "Social and Interpersonal Factors Relating to Adolescent Suicidality: A Review of the Literature", *Arch Suicide Res.* 12(3): 181-96.
- Kirkpatrick Johnson, M., Beebe, T., Mortimer, J. y Snyder, M. (1998): "Volunteerism in Adolescence: A Process Perspective", *Journal of Research on Adolescence*, 8 (3): 309-332.
- Klomek, A., Sourander, A., Niemelä, S., Kumpulainen, K., Piha, J., Tamminen, T., Almqvist, F. y Gould, M. (2009): "Childhood bullying behaviors as a risk for suicide attempts and completed suicides: a population-based birth cohort study", *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 48(3):254-61.
- Kölves, K. y De Leo, D. (2017): "Suicide methods in children and adolescents", *European Child and Adolescent Psychiatry*, 26 (2): 155-164.
- Kong, L., Sareen, J. y Katz, L. (2013): "A systematic review of school-based suicide prevention programs" en O'Connor, R. y Perkins, J., *The International Handbook of Suicide Prevention*. Chichester, West Sussex: Wiley Blackwell.
- Kornblit, A. L., Mendes Diz, A. M. y Adaszko, D. (2006): *Salud y enfermedad desde la perspectiva de los jóvenes. Un estudio en jóvenes escolarizados en el nivel medio de todo el país*. Buenos Aires: Instituto de Investigaciones Gino Germani Documento de trabajo N° 47.
- Kuttler, A., La Greca, A. y Prinstein, M. (1999): "Friendship qualities and social emotional functioning of adolescents with close, cross-sex friendships", *Journal of Research on Adolescence* 9(3):339-366.
- Lamis, D., Underwood, M. y D'Amore, N. (2017): "Outcomes of a suicide prevention gatekeeper training program among school personnel", *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 38: 88-99.
- Latakienė, J. y Skruibis P. (2015): "Attempted suicide: qualitative study of adolescent females' lived experience", *International Journal of Psychology: Biopsychosocial Approach* 17: 1-18.
- Lindqvist, P., Johansson, L. y Karlsson, U. (2008): "In the aftermath of teenage suicide: A qualitative study of the psychosocial consequences for the surviving family members", *BMC Psychiatry* 8:26.
- Linehan, M. (1993): *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Logan, J. (2009): "Prevention factors for suicide ideation among abused pre/early adolescent youths", *Injury Prevention* 5 (4): 278-80.
- López Steinmetz, L. (2012): "Elaboración de algoritmos de atención psicológica del proceso suicida en un servicio de guardia de Jujuy", *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina* 58 (4): 231-245.
- Mann, J., Apter, A., Bertolote J., et al. (2005): "Suicide Prevention Strategies: A Systematic Review", *JAMA* 294 (16): 2064-2074.
- Marshall, B., Kerr, Th, Sorias, M.E. y Aristegui, I. (2015): "Prevalence and Correlates of Lifetime Suicide Attempts Among Transgender Persons in Argentina", *Journal of Homosexuality* 63 (7).

- Martínez, C. (2007): *Introducción a la suicidología*. Buenos Aires: Ed. Lugar.
- Martínez, C. (2017): *Suicidología comunitaria para América Latina. Teoría y experiencias*. Ed. ALFEPSI (sitio web).
- Marttunen, M. J., Aro, H. M. y Lönnqvist, J. K. (1993): "Precipitant stressors in adolescent suicide", *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 32(6): 1178-83.
- Martuccelli, D. (2007): *Gramáticas del individuo*. Buenos Aires: Losada.
- Martuccelli, D., y De Singly, F. (2012): *Las sociologías del individuo*. Santiago de Chile: Lom
- Mora, N. (2018): *Participación juvenil y prevención entre pares*. Ed. Publifadecs, Facultad de Derecho y Ciencias Sociales, Universidad Nacional del Comahue.
- Morra, A., Elorza, C. y Echenique, H. (2013): "Perfil epidemiológico de los intentos de suicidio atendidos en el hospital Dr. Lucio Molas, Santa Rosa, La Pampa, 2011", *Revista Argentina de Salud Pública* 4 (15): 26-31.
- Navarro-Gómez, N. (2017): "El suicidio en jóvenes en España: cifras y posibles causas. Análisis de los últimos datos disponibles", *Revista Clínica y Salud* 28, (1): 25-31. Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid, España.
- Nocetti, M. y Eliosoff, D. (2014): *La muerte me sienta bien: suicidios e intentos de suicidios entre jóvenes de 15 a 25 años en Bahía Blanca (2008-2013)*. Conferencia presentada en IV Reunión Nacional de Investigadores/as en Juventudes de Argentina, Universidad Nacional de Villa Mercedes.
- O' Carroll, P. W., Berman, A. L., Maris, R. W., Moscicki, E. K., Tanney, B. L. y Silverman, M. M. (1996): "Beyond the Tower of Babel: A nomenclature for suicidology", *Suicide Life Threat Behav.* 26(3): 237-52.
- O' Connor, R. y Perkins, J. (2016): *The International Handbook of Suicide Prevention*. Chichester, West Sussex: Wiley Blackwell.
- Organización Panamericana de la Salud (2003): "La violencia, un problema mundial de salud pública" en *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Washington DC: OPS.
- Organización Mundial de la Salud (2001): *Informe sobre la salud en el mundo. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud (2014): *Injuries and violence. The facts*. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud, Oficina Panamericana de Salud (2017): *Guía de intervención mhGAP*.
- Overholser, J., Hemstreet, A., Spirito A. y Vyse S. (1989): "Suicide awareness programs in the schools: effects of gender and personal experience", *JAm Acad Child Adolesc Psychiatry* 28 (6):925-30.
- Páez, E. (comp.) (2014): *Suicidio en jóvenes. Un encuentro entre Salud y Educación*. Buenos Aires: IRojo.
- Pantelides, E. A., Bruno, Gaudio, M. y Govea, J. (2013): *Mortalidad por homicidio y suicidio en la adolescencia: magnitud, características y circunstancias*. Provincia de Buenos Aires. Informe presentado ante la Comisión Nacional Salud Investiga.
- Peace, J. (2016): "Suicide Postvention: How to Help the Bereaved Move Forward", *Master of Social Work Clinical Research Papers*. Paper 657.
- Pérez Prada, M., Martínez Baquero, L., Vianchá Pinzón, M. y Avendaño Prieto, B. (2017): "Intento e ideación suicida y su asociación con el abuso sexual en adolescentes escolarizados de Boyacá-Colombia", *Diversitas. Perspectiva Psicológica* 13 (1): 91-101.
- Perkins, D. y Hartless, G. (2002): "An ecological risk-factor examination of suicide ideation and behavior of adolescents", *Journal of Adolescent Research* 17 (1): 3-26.
- Prinstein, M., Boergers, J., Spirito, A., Little T. et al. (2000): "Peer functioning, family dysfunction and psychological symptoms in a risk factor model for adolescent inpatients' suicidal ideation severity", *Journal of Clinical Child Psychology*, 29 (3):392-405.
- Reyna, V. y Farley, F. (2006): "Risk and rationality in adolescent decision making: Implications for theory, practice, and public policy", *Psychological Science in the Public Interest* 7: 1-44.
- Rodríguez Almada, H., García Maggi, J. y Ciriacos, C. (2005): "Resultados de la aplicación de la autopsia psicológica al estudio del suicidio de niños y adolescentes en Uruguay", *Rev. Méd. Urug.* vol.21 no.2.
- Rose, A. (2002): "Co-rumination in the friendships of girls and boys", *Child Dev*, 73 (6): 1830-43.
- Rotheram-Borus, M., Tratman, P., Dopkins, S. y Shrout, P. (1990): "Cognitive style and pleasant activities among female adolescent suicide attempters", *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 58: 554-561.
- Ryan, M., Lester, R. y Flynn, L. (2013): "Giving voice to those bereaved by suicide: the 'nothing prepared me for this' project", *Advance in Mental Health* 11 (3): 213-222.
- Ryan, C., Huebner, D., Díaz, R. y Sánchez, J. (2009): "Family rejection as a predictor of negative health outcomes in white and Latino lesbian, gay, and bisexual young adults", *Pediatrics* 123: 346-352.
- Salzinger, S., Ng-Mak, D., Rosario, M. et al. (2007): "Adolescent suicidal behavior: Associations with pre-adolescent physical abuse and selected risk and protective factors", *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 46 (7): 859-866.
- Serfaty, E. (1996): "Suicidio en adolescentes y jóvenes", *Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría* 7(23):20-2.
- Serfaty, E., Andrade, V., Foglia, L., Masautis, A. y Negri, G. (2004): "Suicidio en adolescentes y jóvenes residentes en Argentina", *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*.50 (4): 281-288.
- Shneidman, E. (1969): "Prologue: Fifty-eight years" en E. Shneidman (ed.): *On the nature of suicide* (pp. 1-30). San Francisco: Jossey-Bass.
- Shneidman, E. (1994): "The psychological autopsy", *American Psychologist* 76: 49-53.
- Silverman, M. (2006): "The language of suicidology", *Suicide Life Threat Behav.* 36(5): 519-32.
- Smith, K. (1990): *Treating suicide impulses within a psychotherapy*. Trabajo presentado en la Universidad de Alberta, Canadá.
- Sola, M. (2011): "Sociodemografía del suicidio en la población adolescente y joven en Argentina, 1999-2007", *Rev. Arg. Salud Pública* 2 (9): 18-23.
- UNICEF (2012): *Suicidio adolescente en pueblos indígenas. Tres estudios de casos*. Lima: UNICEF.
- UNICEF (2017): *Comunicación, infancia y adolescencia: Guías para periodistas, Suicidio*.

- Valadez, I., Amezcua, R., González N., Montes, R. y Vargas, V. (2011): "Maltrato entre iguales e intento suicida en sujetos adolescentes escolarizados", *Rev. latinoam. cienc. soc. niñezjuv*, 9 (2).
- Van Orden, K., Witte, T., Cukrowicz K., Braithwaite S., Selby S. y Joiner, T. (2010): "The Interpersonal Theory of Suicide", *Psychol Rev.* 117(2): 575-600.
- White, J., Marsch, I., Kral, M. y Morris, C. (2016): *Critical Suicidology. Transforming Suicide Research and Prevention for the 21st. Century*. Vancouver-Toronto: UBC Press.
- Williams J. y Pollock L. (2000): "The Psychology of Suicidal Behavior" en K. Hawton y K. van Heeringer: *The International Handbook of suicide and attempted Suicide*. Londres: John Wiley & Sons Ltd.
- World Health Organization (2014): *Preventing suicide: A global imperative*. Geneva, Switzerland.
- Yang, B. y Clum, G. (1996): "Effects of early negative life experiences on cognitive functioning and risk for suicide: A Review", *Clinical Psychological Review* 16: 177-185.
- Ystgaard, M., Hestetun, I. y Loeb, M. (2004): "Is there a specific relationship between childhood sexual and physical abuse and repeated suicidal behavior?", *Child Abuse & Neglect* 28 (8):863-875.
- Zalsman, G., Hawton, K., Wasserman, D. y van Heeringen, K. (2016): "Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review", *Lancet Psychiatry* 3 (7): 646-659.
- Zalsman G. et al. (2017): "Evidence-based national suicide prevention taskforce in Europe: A consensus position paper", *European Neuropsychopharmacology* 27(4): 418-421.
- Zang, J. y Li, Z. (2012): "Characteristics of Chinese rural young suicides by pesticides", *International Journal of Social Psychiatry* 59, 7: 655-662.

Métodos cuantitativos

- Backlund, E., P. D. Sorlie, et al. (1996): "The shape of the relationship between income and mortality in the United States: Evidence from the National Longitudinal Mortality Study", *Annals of Epidemiology* 6(1): 12-20.
- Belon, A. P., M. Barros, et al. (2008): *Diferenciais de esperança de vida segundo estratos socioeconómico*. Paper presentado al XVI Encontro Nacional de Estudos Populacionais. Caixambu, Brasil.
- Cerqueira, C. A. y N. PaesAntunes (1998): *Mortalidade por Doenças Crônicas-Degenerativas e Relações com Indicadores Socioeconômicos no Brasil*. Paper presentado al XI Encontro Nacional de Estudos Populacionais da ABEP. Caixambu, Brasil.
- Christenson, B. A. y N. E. Johnson (1995): "Educational Inequality in Adult Mortality: An Assessment with Death Certificate Data from Michigan", *Demography* 32(2): 215-229.
- Diez Roux, A., T. Green Franklin, et al. (2007): "Intraurban Variations in Adult Mortality in a Large Latin American City", *Journal of Urban Health* 84(3): 319-333.

- Duarte, E. C., M. C. Schneider, et al. (2002): «Expectativa de vida ao nascer e mortalidade no Brasil em 1999: análise exploratória dos diferenciais regionais», *Revista Panamericana de Salud Pública* 12(6): 436-444.
- Duncan, G. J., M. C. Daly, et al. (2002): "Optimal Indicators of Socioeconomic Status for Health Research", *Am J Public Health* 92(7): 1151-1157.
- Elo, I. T. y S. H. Preston (1996): "Educational differentials in mortality: United States, 1979-1985", *Social Science & Medicine* 42(1): 47-57.
- Fleitas, D. (2010): *Los Planes de Recolección de Armas en Latinoamérica*. Banco Interamericano de Desarrollo (BID).
- Grushka, C. (1995): "Mortalidad adulta en Argentina. Tendencias recientes, causas y diferenciales", *Notas de Población* 61: 111-145.
- Hummer, R. A., R. G. Rogers, et al. (1998): "Sociodemographic Differentials in Adult Mortality: A Review of Analytic Approaches", *Population and Development Review* 24(3): 553-578.
- Hummer, R. y J. Lariscy (2011): "Educational Attainment and Adult Mortality" en R. G. Rogers, E. M. Crimmins, R. A. Hummer and J. T. Lariscy: *International Handbook of Adult Mortality*., Springer Netherlands: 241-261.
- Ishitani, L. H., G. Franco, et al. (2006): "Desigualdade social e mortalidade precoce por doenças cardiovasculares no Brasil", *Revista de Saúde Pública* 40: 684-691
- Kitagawa, E. M. y P. M. Hauser (1973): *Differential mortality in the United States: a study in socioeconomic epidemiology*. Cambridge, Mass., Harvard University Press.
- Livi-Bacci, M. (1993): *Introducción a la demografía*. Editorial Ariel. Barcelona, España.
- Manzelli, H. (2014): *The Relationship between Adult Mortality and Educational Attainment in Argentina*. Austin, University of Texas at Austin. Ph. D.
- Manzelli, H. (2014): Educational attainment and adult mortality differentials, *Revista Latinoamericana de Población* 8(4): 129-163.
- Manzelli, H., Pantelides, E., Fernández, M. y Santoro, A. (2017): *Mortalidad adolescente por causas externas en Argentina*. Ponencia presentada en XIV Jornadas Argentinas de Estudios de Población – AEPA/ I congreso de Población del Cono Sur, Santa Fe, Argentina, 16-18 de septiembre.
- Martínez, M. L. y Santoro, A. (2016): *Desigualdades en la mortalidad adolescente por causas externas. Argentina, 2010-2014*. XII Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población. Instituto de Investigaciones Gino Germani. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Buenos Aires.
- Messias, E. (2003): "Income Inequality, Illiteracy Rate, and Life Expectancy in Brazil", *American Journal of Public Health* 93(8): 1294-1296.
- Molla, M. T., J. H. Madans, et al. (2004): "Differentials in Adult Mortality and Activity Limitation by Years of Education in the United States at the End of the 1990s", *Population and Development Review* 30(4): 625-646.

Naciones Unidas (2014): *Naciones Unidas. Los datos demográficos. Alcances, limitaciones y métodos de evaluación*. Serie Manuales -CEPAL, Nro 82. Santiago de Chile: Naciones Unidas.

OPS (2017): *Lineamientos básicos para el análisis de la mortalidad*. Buenos Aires: OPS.

Orihuela-Egoavil, E. F. (1993): "Disparites regionales et socio-economiques de la mortalite en Amerique Latine", *Social Science & Medicine* 36(10): 1357-1365.

Pantelides, E., Manzelli, H., Fernández, M. y Santoro, A. (2017): *Desigualdades en salud de la población adolescente en Argentina*. Inédito. Informe de investigación UNICEF/CENEP.

Preston, S. H. y P. Taubman (1994): "Socioeconomic differences in adult mortality and health status" en L. G. Martin y S. H. Preston: *Demography of aging*. Washington, D.C.: National Academy Press: 279-318.

Preston, S., Heuveline, P. y Guillot, M. (2001): *Demography: Measuring and modeling population*. Processes, Blackwell.

Rofman, R. (1994): "Diferenciales de mortalidad adulta en Argentina", *Notas de Población* 59: 73-91.

Rosero-Bixby, L. (1994): "La disminución de la mortalidad de adultos en Costa Rica", *Notas de Población* 22(60): 103-39.

Smith, G. D., C. Hart, et al. (1998): "Education and occupational social class: which is the more important indicator of mortality risk?", *Journal of Epidemiology and Community Health* 52: 153-160.

Spinelli, H., Santoro, A., Guevel, C. y Alazraqui, M. (2015): "Tendencia temporal de la mortalidad por armas de fuego en Argentina, 1980-2012", *Salud colect.* 11(2).

Valkonen, T. (1993): "Problems in the measurement and international comparison of socio-economic differences in mortality", *Social Science & Medicine* 36(4): 409-418.

Análisis causa-raíz

Bowie, P., Skinner, J., y de Wet, C. (2013): "Training health care professionals in root cause analysis: A cross-sectional study of post-training experiences, benefits and attitudes", *BMC Health Services Research* 13, 50.

Card, A. Q. (2016): "The problem with '5 whys'", *BMJ Quality & Safety*. Sept. 2.

Clarke, I. (2008): "Learning from critical incidents", *Advances in Psychiatric Treatment* 14, 460-468.

Dekker, S. (2001): *The Field Guide to Human Error Investigations*. Reino Unido: Cranfield University.

Gillies, D., Chicop D. y O' Halloran, D. (2015): "Root Cause Analyses of Suicides of Mental Health Clients. Identifying Systematic Processes and Service-Level Prevention Strategies", *Crisis*, Vol. 36(5):316-324.

National Patient Safety Foundation (NPSF) (2015): *RCA2: Improving Root Cause Analysis and Actions to Prevent Harm*. Boston: National Patient Safety Foundation.

New York State Office of Mental Health (2009): *Incident reports and root cause analyses 2002-2008: What they reveal about suicides*. Disponible en: https://www.omh.ny.gov/omhweb/statistics/suicide_incident_rpt

Peerally, M. F., Carr, S., Waring, J., Dixon-Woods, M. (2016): "The problem with root analysis", *BMJ Quality & Safety*. Jun. 23.

Percarpio, K. B., Watts, B. V. y Weeks, W. B. (2008): "The effectiveness of root cause analysis: What does the literature tell us?", *Joint Commission Journal on Quality & Patient Safety* 34(7), 391-398.

Pronovost P. et al. (2006): "A Practical Tool to Learn From Defect in Patient Care", *Journal on Quality and Patient Safety*, vol. 32, N° 2: 102-108.

Riblet, N., Shiner, B., Watts, B. V., Mills, P., Rusch, B. y Hemphill, R. R. (2017): "Death by Suicide Within 1 Week of Hospital Discharge: A retrospective Study of Root Cause Analysis Reports", *Journal of Nervous Mental Dis*, Jun 205 (6): 436-442.

UNICEF (2011): *El análisis causa raíz (ACR)*. Buenos Aires: UNICEF.

Valadez-Figueroa, I., Amezcua-Fernández, R., Quintanilla-Montoya, R, González-Gallegos, N. (2005): "Familia e intento suicida en el adolescente de educación media superior", *Archivos de Medicina Familiar*, Vol. 7, 3: 69-78.

Wu, A., Lipshutz, A. K. y Pronovost, P. (2008): "Effectiveness and Efficiency of Root Cause Analysis in Medicine", *JAMA*, 299(6):685-687.

Educación

Documentos del sistema educativo

Ministerio de Educación de la Nación (2014): *Guía federal de orientaciones para la intervención educativa en situaciones complejas*. Disponible en: <http://www.bnm.me.gov.ar/giga1/documentos/EL005062.pdf>

Ministerio de Educación de la Nación (2015): *Acerca de la problemática del suicidio en adolescentes y jóvenes. Un enfoque para su abordaje en el campo de la educación*.

Dirección General de Cultura y Educación de la Provincia de Buenos Aires (2007): Disposición N° 94. Disponible en: <http://servicios.abc.gov.ar/lainstitucion/sistemaeducativo/psicologiaase/normativa/documentosdescarga/disp94.pdf>

Dirección General de Cultura y Educación de la Provincia de Buenos Aires (2010): Comunicación 3/10. Disponible en: http://servicios.abc.gov.ar/lainstitucion/sistemaeducativo/psicologiaase/comunicaciones/documentosdescarga/2010/comunicacion_3_10_prog_prov_prevenccion_e_interven_en_situaciones_de_violencia_en_la_esc_1.pdf

Dirección General de Cultura y Educación de la Provincia de Buenos Aires. Dirección de Psicología Comunitaria y Pedagogía Social (2016): *La institución escolar y las políticas de cuidado ante el padecimiento subjetivo: suicidio e intento de suicidio*. Documento de trabajo n° 1/16.

Dirección General de Cultura y Educación de la Provincia de Buenos Aires – UNICEF (2017): *Políticas de cuidado en la escuela. Aportes para trabajar la problemática del suicidio e intentos de suicidio*. Buenos Aires.

Dirección General de Escuelas del Gobierno de Mendoza (2014): *Guía de procedimientos ante situaciones emergentes en las escuelas de nivel secundario*. Resolución N° 0635, N° 0636. Mimeo.

Consejo Provincial de Educación Santa Cruz (2013): *Protocolo de actuación en el ámbito escolar ante la sospecha fundada o revelación de situaciones de maltrato infantil u otras que atenten contra la integridad psíquica, física, sexual o moral de un niño, niña y adolescente*. Acuerdo N° 257.

Ministerio de Educación de Tucumán (2017): *Guía de orientación para actores educativos ante situaciones escolares complejas*. Gabinete Pedagógico Interdisciplinario.

Ministerio de Educación de Tucumán (2017): *Intervenciones del gabinete pedagógico interdisciplinario ante los incidentes críticos educativos* (ICE). Gabinete Pedagógico Interdisciplinario.

Referencias bibliográficas

Bustamante V., F. y Florenzano, U. R. (2013): "Programas de prevención del suicidio adolescente en establecimientos escolares: una revisión de la literatura", *Revista Chilena de Neuropsiquiatría* 51 (2), 126-136.

Casullo, M. M. (2004): "Actividades de prevención y posvención en contextos educativos" en M. M. Casullo, P. D. Bonaldi y M. Fernández Liporace: *Comportamientos suicidas en la adolescencia*.

Casullo, M. M. (1997): "Investigación sobre riesgo suicida en adolescentes. Prácticas psicológicas en la escuela", *Revista del Instituto de investigaciones de la Facultad de Psicología* 2 (2), 34-41.

Di Rico, E., Paternain, N., Portillo, N., Galarza, A. N. (2016): "Análisis de la relación entre factores interpersonales y riesgo suicida en adolescentes de la ciudad de Necochea", *Perspectivas en Psicología* 13 (2), 95-106.

Fernández Liporace, M. (2004): "Actitudes y riesgo suicida en adolescentes escolarizados de la ciudad de Buenos Aires" en M. M. Casullo, P. D. Bonaldi y M. Fernández Liporace: *Comportamientos suicidas en la adolescencia*.

Fleming- Holland, A. (2008): "Reflexiones sobre la muerte: el duelo infantil y el suicidio juvenil", *Psicología Iberoamericana* 16 (1), 8-14.

Flores Kanter, P. (2017): "El lugar de la psicología en las investigaciones empíricas del suicidio en la Argentina: un estudio bibliométrico", *Interdisciplinaria* 34 (1), 25-37.

Galarza, A. (2009): "Indicadores de riesgo suicida y resiliencia: un estudio comparativo en adolescentes escolarizados", *Anuario de proyectos e informe de becarios de investigación de la Universidad Nacional de Mar del Plata*, 6, 245-249.

Galarza, A. (2011): "Estudio de características cognitivas y emocionales relacionadas con riesgo suicida en adolescentes escolarizados de la ciudad de Mar del Plata", *Anuario de proyectos e informe de becarios de investigación de la Universidad Nacional de Mar del Plata* 7, 295-299.

Matta, S. G. (2011): *Estudio descriptivo y exploratorio acerca de las representaciones y las prácticas de los profesionales del programa de orientación escolar y equipos interdisciplinarios del Ministerio de Educación de la Provincia de Salta*. Informe final académico. Argentina. Comisión Nacional Salud Investiga. Ministerio de Salud.

Piedrahita, S. L.; Paz, K. y Romero, A. (2012): "Estrategia de intervención para la prevención del suicidio en adolescentes: la escuela como contexto", *Revista Hacia la Promoción de la Salud* 17 (2), 136-148.

Fuerzas de seguridad

Almeida, T. (2013): *Quero morrer do meu próprio veneno: representações sociais da polícia e do suicídio entre os alunos dos cursos de formação profissional da academia nacional de polícia*. Tesis de Maestría. Instituto Universitario de Lisboa.

Barron, S. (2010): "Police officer suicide within the New South Wales police force from 1999 to 2008", *Police Practice and Research: an International Journal*, n°11, 371-382.

Ceballos-Espinoza, F., Chávez-Hernández, A. M., Padilla-Gallegos, G. M. y Leenaars, A. A. (2016): "Suicidio en las cárceles de Chile durante la década 2006-2015", *Revista Criminalidad* n°58, 101-118.

Charbonneau, L. (2000): "Le suicide chez les policiers au Québec: enjeux méthodologiques et état de la situation", *Population* 55 année, n°2, 367-378.

Chhabra, M. y Chhabra, B. (2013): "Emotional intelligence and occupational stress: a study of Indian Border Security Force personnel", *Police Practice and Research* n°14, 355-370.

Clark R. D., Hendricks C. S. y Duggan, E. (2014): "Suicide" en Hendricks, J. E. y Hendricks, C. S. (eds.): *Crisis intervention in criminal justice/social service*. Illinois: Charles C. Thomas Publisher.

Cox, J. F. y Morschauer, P. C. (1997): "A solution to the problem of jail suicide", *Crisis* n°18, 178-184.

Da Silva Lorenz, M. y Pugliese, O. (2017): "¿Qué hay de nuevo en las Unidades de Policía de Prevención Local?", *Delito y Sociedad* N°43, Ediciones UNL, Santa Fe, 121-149.

Fowler, W. R. (2003): The Use of a Fantasy Technique as Crisis Intervention with the Suicidal PuerAeternus", *Journal of Police Crisis Negotiations* n°3, 13-19.

Frederic, S. (2017): "Policías locales en el Gran Buenos Aires. Redistribución de la seguridad en tiempos de incertezas" en Alzueta, E., Frederic, S. y Zajac, J. (eds.): *Seguridad: territorios en disputa. Sociales en debate* N°11, Buenos Aires, UBA Sociales.

Greenstone, J. L. (2003): "Teen Suicide: Negotiating with the Young Suicidal Actor", *Journal of Police Crisis Negotiations* n°3, 61-64.

Grimland, M., Apter, A. y Kerkhof, A. (2006): "The phenomenon of suicide bombing", *Crisis* n°27, 107-118.

Hales, H., Edmondson, A., Davison, S., Maughan, B. y Taylor, P. J. (2015): "The impact of contact with suicide-related behavior in prison on young offenders", *Crisis* n°36, 21-30.

Hayes, L. M. (2001): "Jail suicide risk despite denial (or: When actions speak louder than words). 21st column in a series", *Crisis* n°22, 7-9.

Hayes, L. M. y Blaauw, E. (1997): "Prison suicide: a special issue", *Crisis* n°18, 146-169.

Hutson, H. R., Anglin, D., Yarbrough, J., Hardaway, K., Russell, M., Strote, J., Canter, M. y Blum, B. (1998):

- "Suicide by cop", *Annals of Emergency Medicine* n°32, 665-669.
- International Association for Suicide Prevention (2007a): "Preventing suicide in prisons, part I: Recommendations from the International Association for Suicide Prevention Task Force on Suicide in Prisons", *Crisis* n°28, 113-121
- International Association for Suicide Prevention (2007b): "Preventing Suicide in Prisons, part II: International Comparisons of Suicide Prevention Services in Correctional Facilities", *Crisis* n°28, 122-130.
- Kapusta, N. D., Voracek, M., Etzersdorfer, E., Niederkrotenthaler, T., Dervic, K., Plener, P. L., Schneider E., Stein C. y Sonneck, G. (2010): "Characteristics of police officer suicides in the Federal Austrian Police Corps", *Crisis* n°31, 265-271.
- Lankford, A. (2010a): "Do suicide terrorists exhibit clinically suicidal risk factors? A review of initial evidence and call for future research", *Aggression and Violent Behavior* n°15, 334-340.
- Lankford, A. (2010b): "Suicide terrorism as a socially approved form of suicide", *Crisis* n°31, 287-279
- Larrobla, C., Hein, P., Novoa, G., Canetti, A., Heuguerot, C., González, V., Torterolo, M.J. y Rodríguez, L. (2017): *70 años de Suicidio en Uruguay: 7 disciplinas, 7 entrevistas, 7 encuentros*. Montevideo: Ude-laR-CSIC.
- Larrotta Castillo, R., Luzardo Briceño, M., Vargas Cifuentes, S. y Rangel Noriega, K. (2014): "Características del comportamiento suicida en cárceles de Colombia", *Revista Criminalidad* n°56, 83-95.
- Lord, V. B. (2010): "The role of mental health in police-reported suicides", *Journal of Police Crisis Negotiations* n°10, 191-204.
- Magers, J. S. y Spratt, L. D. (2007): "Condescending and Manipulative Yet Suicidal-Negotiating with a Difficult Subject", *Journal of Police Crisis Negotiations* n°7, 123-129.
- Manning, P. K. (2010): "El mandato policial", *Ensayos sobre desempeño y evaluación de la policía I*, 87-109.
- Manning, P. K. (2011): *Contingencias policiales*. Buenos Aires: Prometeo Libros.
- Marzano, L., Hawton, K., Rivlin, A., Smith, E. N., Piper, M. y Fazel, S. (2016): "Prevention of suicidal behavior in prisons", *Crisis* n°37, 323-334.
- McKenzie, I. K. (2006): "Forcing the police to open fire: A cross-cultural/international examination of police-involved, victim-provoked shootings", *Journal of police crisis negotiations* n°6, 5-25.
- Merari, A., Diamant, I., Bibi, A., Broshi, Y., Zakin, G. (2010): "Personality characteristics of self martyrs/ suicide bombers and organizers of suicide attacks" *Terrorism and Political Violence* n°22, 87-101.
- Miller, L. (2006): "Suicide by cop: causes, reactions, and practical intervention strategies", *International journal of emergency mental health* n°8, 165-174.
- Miranda, D. y Guimarães, T. O (s/d): "Suicídio policial: O que sabemos?", *Dilemas-Revista de Estudos de Conflito e Controle Social* n°9, 1-18.
- Mohammad, F. (2012): "Suicide-Bombing: A Unique Threat to Security Agencies in Pakistan", *Pakistan Journal of Criminology*, Vol. 3/4, 81-97.
- Mohandie, K. y Meloy, J. R. (2010): "Hostage and barricade incidents within an officer-involved shooting sample: Suicide by cop, intervention efficacy, and descriptive characteristics", *Journal of Police Crisis Negotiations* n°10, 101-115.
- Monjardet, D. (2010): *Lo que hace la policía: sociología de la fuerza pública*. Buenos Aires: Prometeo Libros.
- Morgan, J. y Hawton, K. (2004): "Self-reported suicidal behavior in juvenile offenders in custody. Prevalence and associated factors", *Crisis* n°25, 8-11.
- Organización Mundial de la Salud (2000): *Preventing suicide: a resource for prison officers*.
- Organización Mundial de la Salud (2009): *Prevención del suicidio. Un instrumento para policías, bomberos y otros socorristas de primera línea*.
- Pérez Lalama, K. G. y Pazmiño Pazmiño, L. E. (2015): *Cuáles son los principales factores de riesgo que inciden en la ideación e intento suicida en los policías pertenecientes al Distrito Eloy Alfaro*. Tesis de Grado. Facultad de Ciencias Psicológicas, Universidad Central de Ecuador.
- Reiner, R. (2006): "La policía y la actividad policiaca" en M. Maguire, R. Morgan y R. Reiner (eds.): *Manual de Criminología* (pp. 461-516). México: Oxford University Press.
- Rivlin, A., Ferris, R., Marzano, L., Fazel, S. y Hawton, K. (2013): "A typology of male prisoners making near-lethal suicide attempts", *Crisis* n°34, 335-347.
- Rogan, R. G. (2008): "Linguistic indicators of suicidality in crisis negotiations", *Journal of police crisis negotiations* n°9, 34-54.
- Rogan, R. G. (2011): "Linguistic style matching in crisis negotiations: A comparative analysis of suicidal and surrender outcomes", *Journal of police crisis negotiations* n°11, 20-39.
- Sain, M. F. (2008): *El leviatán azul. Política y policía en la Argentina*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Silva, M. B. D. y Vieira, S. B. (2008): "O processo de trabalho do militar estadual e a saúde mental", *Saúde e sociedade* n°17, 161-170.
- Slaikue, K. A. (1996): *Intervención en crisis: manual para práctica e investigación*. México: Manual Moderno.
- Spence, W. y Millott, J. (2016): "An exploration of attitudes and support needs of police officer negotiators involved in suicide negotiation", *Police Practice and Research* n°17, 5-21.
- Van de Voorde, C. (2005): "Sri Lankan terrorism: Assessing and responding to the threat of the Liberation Tigers of Tamil Eelam (LTTE)", *Police Practice and Research* n°6, 181-199.
- Violanti, J. M. (1995): "The mystery within: Understanding police suicide", *FBI Law Enforcement Bulletin* n°64, 19.
- Violanti, J. M. y Drylie, J. J. (2008): *Copicide: Concepts, cases and controversies of suicide by cop*. Illinois: Charles C Thomas Publisher.
- Violanti, J. M., Andrew, M. E., Mnatsakanova, A., Hartley, T. A., Fekedulegn, D. y Burchfiel, C. M. (2016): "Correlates of hopelessness in the high suicide risk police occupation", *Police practice and research* n°17, 408-419.

Ámbitos comunitarios

- Alfaro, L. (2017): "Capacitan a docentes en prevención del suicidio", *Diario El Tribuno*. Disponible en: <https://www.tribuno.com/jujuy/nota/2017-10-3-19-21-0-capacitan-a-docentes-en-prevencion-del-suicidio>
- Curhan, J. (2009): *Jóvenes Negociadores: cuadernillo de actividades*. Buenos Aires: Fundación Poder Ciudadano.
- Curhan, J. (2009): *Jóvenes Negociadores: manual del docente*. Buenos Aires: Fundación Poder Ciudadano.
- Dandan, A. (2001): "El pueblo de las sombras largas", *Página 12*. Disponible en: <https://www.pagina12.com.ar/2001/01-11/01-11-25/pag27.htm>
- Dandan, A. (2006): "Las Heras es un lugar donde todo pasa en una situación de encierro". *Página 12*. Disponible en: <https://www.pagina12.com.ar/diario/elpais/1-62886-2006-02-10.html>
- De la Aldea (2004): *La Subjetividad Heroica. Un Obstáculo en las Prácticas Comunitarias en Salud*. Disponible en: https://lacasona.org.ar/media/uploads/la_subjetividad_heroica_escrito_por_elena_de_la_aldea.pdf
- José Lumerman (2017): "Hay que seguir esta experiencia", *La Nación*. Disponible en: <https://www.lanacion.com.ar/1984070-jose-lumerman-hay-que-seguir-esta-experiencia>
- Martínez, C. (2016): "Centro hospitalario de intervención en crisis y rehabilitación psicosocial. Una senda hacia la Suicidología Comunitaria", *Revista Integración Académica en Psicología*. Volumen 4. Número 11.
- Ministerio de Salud (2017): *Abordaje de la morbimortalidad adolescente por causas externas*. Disponible en: http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001078cnt-guia-causas-externas.pdf?mkt_hm=7&utm_source=email_marketing&utm_admin=14052&utm_medium=email&utm_campaign=Novedades_editoriales_Promocin_de_la_Salud
- Organización Mundial de la Salud (2000): *Prevención del suicidio ¿Cómo establecer un grupo de supervivientes?* Disponible en: http://www.who.int/mental_health/media/survivors_spanish.pdf
- Organización Mundial de la Salud (2001): *Prevención del Suicidio. Un instrumento para docentes y demás personal institucional*. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/media/en/63.pdf
- Organización Panamericana de la Salud (2016): *Prevención de la conducta suicida*. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/31167/9789275319192-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Páez, E. (2014): *Suicidio en niños y jóvenes. Un encuentro entre Salud y Educación*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Ediciones Irojo.
- Páez, E., Álvarez, M., Bravo, C., Domínguez, L. (2014): *Prevención de los procesos suicidas en el sistema educativo. Análisis e intervención en alta complejidad*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Ediciones Irojo.
- Paniego, M. (2017): "No estoy solo: a través de retiros con otros adolescentes, les devuelven la esperanza a los chicos", *La Nación*. Disponible en: <https://www.lanacion.com.ar/1984068-no-estoy-solo-a-traves-de-retiros-con-otros-adolescentes-les-devuelven-la-esperanza-a-los-chicos>
- Paniego, M. (2017): "Suicidio en jóvenes: un método para combatirlo con éxito", *La Nación*. Disponible en: <https://www.lanacion.com.ar/1984067-suicidio-en-jovenes-un-metodo-para-combatirlo-con-exito-16>
- Repeto, I. (2016): "Un día con los voluntarios del Centro de Asistencia al Suicida", *Clarín*. Disponible en: https://www.clarin.com/sociedad/trabajo-voluntarios-centro-asistencia-suicida_0_4kRXygcXW.html

ANEXO

Análisis causa raíz

Modelo de cuestionario a completar por el grupo tras la reflexión sobre el caso

Factores contribuyentes	Contribuyentes negativos	Contribuyentes positivos
Factores del paciente (por ej. paciente en crisis, no hispanohablante, c/ rechazo del sistema de salud u otros)		
Factores familiares (por ej. familia no continente, violencia familiar u otros)		
Factores vinculados con la comunicación (por ej. problemas en la comunicación con la familia, con miembros de la comunidad vinculados u otros)		
Factores vinculados con la tarea (por ej. ausencia de protocolo de actuación para la situación, sobrecarga de tareas, insuficiente capacitación u otros)		
Factores vinculados con la relación con otros actores comunitarios (por ej. centros de salud locales, escuela, ONG u otros)		
Otros factores		

Factores contribuyentes más importantes relacionados con el incidente
Negativos
Positivos

¿Cómo reducirían la probabilidad de que este tipo de incidentes vuelvan a ocurrir?

Intervenciones para reducir el riesgo de repetición del incidente

(Para autoridades de salud) ¿Cómo se podría evaluar si las intervenciones propuestas se implementaron y qué resultados tuvieron seis meses después de que fueron propuestas y periódicamente?

Modos de evaluación de las intervenciones propuestas



A series of 20 horizontal lines, evenly spaced, extending across the width of the page. These lines are intended for writing or drawing.



unicef 
para cada niño