

Especialización en Medicina Legal

Trabajo Final de Especialización

Autora: Javier Roller

SUICIDIO

Mito o verdad en Las Heras

2011

Citar como: Roller, J. A. (2011). Suicidio: mito o verdad en Las Heras. [Trabajo Final de Especialización, Universidad ISALUD]. RID ISALUD.

INDICE:

Resumen	3
Abstract	4
Introducción	5
Planteo del problema	7
Objetivo general	7
Objetivos específicos	7
Metodología del Trabajo	7
Desarrollo	8
Marco teórico	8
Análisis del Problema	17
Conclusiones	29
Bibliografía	31
Galería de fotos	32

RESUMEN

El presente trabajo se basa en el estudio del número de **suicidios** acontecidos en la localidad de **Las Heras en la provincia de Santa Cruz**, desde el año **1997 al 2010**, surgiendo como motivación para esta investigación del tipo retrospectivo, estadística, la percepción local, provincial y nacional que es una localidad con índices suicidas muy por arriba de la media.

Se tomaron el numero totales de suicidios de dicho periodo en base a datos de la única morgue local y registro civil, esto se lo comparo con los datos a nivel provincial, regional, nacional y mundial, sabiendo de la dificultad para recoger las cifras por estar muy condicionadas por los métodos y actitudes ante el suicidio.

De los datos recabados, analizados y comparados, con la problemática a nivel **mundial** da una tasa por debajo o igual a la analizada en dicho periodo, excepto los brotes existentes en los años 2003 y 2010, pero si lo comparamos con el cinturón suicida estaría dentro del rango de dichos países. Con los datos totales **nacionales** comparados da cifras superiores a la media nacional, pero si tenemos en cuenta la **región patagónica** esta igual o por debajo de la misma. Comparado con las distintas **localidades de la provincia** esta en el tercer lugar en números brutos y porcentualmente superada por varias localidades.

Como conclusión de lo analizado surge que la percepción que Las Heras presenta los índices más altos como localidad a nivel nacional, es totalmente **erróneo**. Si, se encuentra dentro de la región patagónica, que es la zona del país con índices más elevados, aunque por si sola está por debajo de la media para dicha región, lo que no deja de ser un tema por demás **preocupante** para salud pública, y toda la sociedad.

PALABRAS CLAVES: SUICIDIO- LAS HERAS (S.C)- MITO-
EPIDEMIOLOGIA

ABSTRACT

This work is about the study of the number of suicides occurred in the town of LAS HERAS, SANTA CRUZ, from 1997 to 2010 emerging as motivation for this retrospective research, statistics, local perceptions, provincial and national that is a location with suicides rates well above average.

They took the total number of suicides in that period based on data from the only local morgue and civil registration; it was compared with data at the provincial, regional, national and global levels, knowing the difficulty of figures because of the conditioning of the methods and attitudes towards suicide.

From the data collected, analyzed and compared with the global problems, it gives a rate less than or equal to that analyzed in the same period, excluding existing outbreaks in 2003 and 2010. But If we compared with the suicide belt it would be within the range of the country. With the total national data gives comparative figures were higher than the national overage. But if we consider the Patagonia region is at or below it, compared with the various localities of the province, is in third place in number and percentage gross surpassed by many localities.

To conclude, the review shows that the perception that LAS HERAS has the highest rates as locally at National level, is completely wrong. Yes, It is within the Patagonia region which is the area of the country with the highest rates; Although by itself is below the average for that region, which no longer an issue for the public health concern for others, and all the society.

KEY WORDS: SUICIDE- LAS HERAS (S.C.)- MYTH- EPIDEMIOLOGY

1. INTRODUCCION

El presente trabajo surge por la percepción existente en la comunidad de Las Heras (S.C.) en sus distintos ámbitos, sumado a publicaciones a nivel nacional (película, libro, revistas) que nombran a la misma como la capital nacional del suicidio. Lo que me propongo es realizar un análisis de los últimos 14 años de los suicidios que se produjeron, dividiéndolos por sexo y edades, comparándolo con las tasa existentes a nivel nacional e internacional y de las distintas provincias. Los datos serán recabados del servicio de estadística del hospital distrital de la localidad, dado que funciona la única morgue de la localidad, sumando a este los datos que aporte el registro civil local, para entrecruzar los mismos y poder registrar el 100% de las muertes producidas.

El termino castellano "suicidio" proviene del latín y se compone de los términos "sui", de sí mismo, y "caed ere" que refiere a matar, por lo tanto puede ser definido como el acto voluntario de quitarse la vida. Como se trata de una conducta no natural se ha buscado con frecuencia conocer las causas concomitantes que pueden desencadenarlo. El reconocimiento de las mismas resulta imperativo para realizar la tarea preventiva.

A escala global, según recientes estimaciones de la OMS cada año se suicidan un millón de personas en el mundo, lo que determina que sea la causa más importante de lesiones violentas intencionales, habiendo en el mundo una muerte por suicidio cada 40 segundos y un intento de suicidio cada 3 segundos.

Desde la perspectiva de la medicina legal, las muertes violentas pueden subdividirse en suicidios, homicidios y accidentes. Esta clasificación condicionara la posterior actuación judicial, por lo que resulta importante profundizar en el conocimiento de cada una de ellas. En el presente trabajo se abordara el suicidio, que ha sido causa de numerosas investigaciones porque resulta una conducta contraria al instinto de supervivencia. Tanto el suicidio, como otros tipos de muertes relacionados con lesiones, son causas muy importantes de muerte en el mundo, según podemos descifrar del cuadro a continuación:

Muertes por Lesiones en el Mundo, 1998

Muertes debidas a lesiones	número de muertes	Tasa por 100,000 habitantes	Porcentaje
No intencionales			
Relacionadas con vehículo de motor y transporte	1 170.694	19.9	20.3
Ahogamientos, sumergimiento	495.463	8.4	5.5
Caídas	315.633	5.4	5.4
Fuego/quemaduras	282.178	4.8	4.8
Intoxicaciones, envenenamientos	251.881	4.3	4.3
Otras muertes no intencionales	977.259	16.6	16.9
Relacionadas con la violencia			
Suicidios	947.697	16.1	16.4
Homicidios	735.972	12.5	12.7
Relacionadas con la Guerra	588.050	10.0	10.2
Total	5 764.825	97.9	100.0

FUENTE: Manual de Capacitación en la Vigilancia de las Lesiones, Sección I, Delimitar el marco conceptual para la prevención de las lesiones, CDC

En la actualidad se busca que los estudios de realidades particulares sean insumo básico para el posterior trabajo de cada lugar. Esto posibilita que los aportes teóricos cobren vida a la luz de casos concretos, se nutran y apoyen en ellos, o por el contrario, que sean cuestionados, suspendiendo las certezas y generando miradas alternativas. Esto es lo que se propone en este trabajo, abordando la problemática del suicidio en la localidad de Las Heras, situada en la zona norte de la provincia de Santa Cruz, porque sin lugar a dudas el tener un conocimiento real del suicidio, va crear en la sociedad la percepción real del problema y saber en que lugar nos encontramos como sociedad.

2. PLANTEO DEL PROBLEMA

La percepción de valores elevados de suicidios en la provincia de Santa Cruz y dentro de esta los registrados en la localidad de Las Heras, motivan a encarar este trabajo con el fin de realizar aportes que puedan ser útiles. En primer lugar definir si dicha problemática es de tal magnitud como se cree y si esto fuese así servir para arbitrar distintas medidas de prevención para dar intervención a todos los actores de la sociedad. La impresión de que dichos eventos superan altamente los índices nacionales y regionales fueron expresados por entrevistas realizadas en profesionales de salud, escuelas, distintos entes estatales y privados, lo aportado a través de medios orales, escritos y televisivos.

2.1 Objetivo General

Demostrar que la ciudad de Las Heras tiene un índice de suicidio dentro de los parámetros medio del país, con datos reales de los suicidios que se produjeron en la ciudad de Las Heras desde el año 1997 al año 2010, comparando los mismos con los existentes a nivel nacional.

2.2 Objetivos Específicos

- * Recolectar los datos aportados por distintas fuentes de la ciudad de Las Heras y compararlos con los del nivel nacional y provincial.
- * Determinar los grupos etareos más vulnerables, el sexo y los procedimientos utilizados preferentemente para consumar el hecho.

2.3 Metodología de Trabajo

La metodología utilizada será la estadística descriptiva, retrospectiva, y también se tendrán en cuenta investigación bibliográfica, datos aportados por las instituciones anteriormente descriptas de la localidad para la realización del trabajo.

3. DESARROLLO

3.1 MARCO TEORICO

Según estimaciones de la OMS, cada año se suicidan en el mundo un millón de personas, por lo que el suicidio constituye la primera causa de muerte violenta del tipo intencional en la actualidad, susceptible de prevenirse si se identifican y controlan los factores de riesgo que determinan la conducta suicida.

Esta es una de las conductas humanas asociadas de forma más directa con el sufrimiento, la enfermedad mental severa, y con la limitación de los recursos económicos y humanos. Los prejuicios acerca de la enfermedad mental, los trastornos afectivos, las adicciones y el resto de trastornos mentales que median en la conducta suicida, hacen que esta siga aumentando de forma dramática, sobre todo en varones entre 15 y 24 años. En los países occidentales el suicidio es la segunda causa de muerte en los adolescentes y jóvenes tras los accidentes de tráfico, lo que cuestiona los supuestos logros del estado de bienestar y obliga a reflexionar sobre la crisis de modelos tradicionales de familia y de valores morales, así como sobre el aumento del abuso de sustancias adictivas.

Los profesionales sanitarios juegan un papel esencial en la prevención del suicidio, por lo que es importante identificar los grupos de riesgo, determinar las causas y considerar las medidas prácticas de prevención. En un estudio de Cattell y Jolley (1995), se diagnosticaron cuadros depresivos entre un 60-90% de los suicidios consumados. En los meses previos, una mayoría de su muestra había consultado con su médico generalista, lo que constituye una buena oportunidad para desarrollar estrategias de prevención diseñadas para mejorar el diagnóstico y tratamiento de los trastornos depresivos.

Los intentos o muertes por suicidio no son atendidos habitualmente en el Servicio de Psiquiatría, sino que suelen atenderse en los Servicios de Urgencias, en la Unidad de Cuidados Intensivos y en el Servicio de Medicina Interna, donde son evaluados mayoritariamente estos pacientes. Esta asistencia corresponde aproximadamente al 70% de todos los intentos realizados, por lo que ahí se encuentra una buena herramienta de detección de los mismos. Desde estas unidades pueden ser derivados nuevamente a su domicilio o ser evaluados por Psiquiatría. Esta decisión suele ser tomada por el médico que ha atendido al paciente en función de la severidad del intento y a la presencia o no de patología psiquiátrica asociada. A la hora de tomar esta decisión debe tenerse en cuenta que el mejor predictor de conducta es la conducta previa, y que en concreto el intento de suicidio en un paciente psiquiátrico es el mejor indicador futuro de suicidio consumado.

Es decir, que el paciente que ha hecho un intento de suicidio puede repetirlo o consumarlo. Si bien la gran mayoría de las personas que hacen un intento de suicidio no acaban suicidándose, un 10 % de los intentos de suicidio se consuman después, a razón de un 1% cada año.

Todos los años fallecen por *suicidio* un millón de personas en el mundo, de los que el 17% ocurren en personas mayores de 65 años y el 20 % en adolescentes y adultos jóvenes. En España, en 2003 fueron unas 3.500. Los intentos de suicidio son 10 veces más frecuentes y la mayoría se producen antes de los 35 años. Como causa de muerte, el suicidio se sitúa en la mayoría de países entre las diez primeras, llegando a ser la segunda o tercera causa de muerte violenta en la adolescencia, y la primera en determinados grupos de pacientes psiquiátricos. Alrededor del 1 % de la mortalidad global en los países occidentales es consecuencia de actos suicidas, en clara relación con la existencia de uno o varios trastornos mentales habitualmente no diagnosticados ni tratados de forma adecuada.

Se calcula que por cada persona que fallece por suicidio otras 22 acuden a los servicios de urgencias por conductas suicidas. Estas conductas suponen un enorme impacto sanitario en los servicios asistenciales de los países occidentales; así, en el total de Europa se estima cercano al millón de urgencias hospitalarias. De hecho se ha estimado que la conducta suicida está presente en el 38 % de las urgencias psiquiátricas. La conexión entre las conductas y el suicidio es clara: el 50 % de los suicidas tienen antecedentes de conducta suicida previa, aproximadamente el 1 % de estos pacientes atendidos en el medio hospitalario fallecen por suicidio al año siguiente, y entre un 3-5 % en los siguientes 5-10 años. También se ha comprobado como la mortalidad prematura, tanto por causas naturales, accidente o suicidio, esta elevada en pacientes con conducta suicida.

El coste económico en EEUU es de 111.000 millones de dólares frente a los 48.000 que se le atribuyen a la depresión. En el periodo que va de 1994 a 2000, en este país se produjeron 30.027 suicidios anuales de media, con un total de 1.096.075 años potenciales de vida perdidos, cuyo coste es de 19.000 millones de dólares por año. De acuerdo con el mismo, el suicidio era responsable en 1998 del 1.8 % del total del impacto de las enfermedades en el mundo. En los países desarrollados se incrementaba hasta el 2.3 %. Estas cifras equivalen a la carga que suponen los homicidios y el doble de la diabetes.

Su incidencia es muy variable y está en función de múltiples factores sociales, culturales, religiosos o económicos, y su cifra parece haberse incrementado de manera más o menos sostenida durante los últimos 30 años, y variando su incidencia entre los diversos grupos de riesgo. Así, se ha observado un incremento en la adolescencia, una disminución en la edad adulta y se sospecha igualmente un importante incremento en la vejez, sobre todo en los pacientes de mayor edad. El suicidio en adolescentes y

adultos jóvenes y en la población anciana constituye un verdadero problema de salud pública, ya que entre los primeros es una de las primeras causas de muerte y entre los segundos comienza a ser acuciante debido al elevado número que representan.

El promedio mundial se sitúa alrededor de un 8/100.000 habitantes. Pero en los llamados países del “Cinturón Suicida” alcanza un 25/100.000 (nórdicos, germánicos, Japón). En los EEUU se sitúa en un 12/100.000, y en los países mediterráneos y católicos de Europa está próximo al 10/100.000. En España, según se utilicen cifras oficiales o trabajos de campo, se recogen incidencias del 3,3 o del 9/100.000.Dicha distribución se manifiesta con claridad en el mapa número 1 del año 2002 de la OMS. Parece que en el medio rural estas cifras son uno o dos puntos inferiores a las del medio urbano. Pero en las diferentes poblaciones de riesgo nos podemos encontrar con cifras muy diferentes a las cifras promedio, alcanzando, por ejemplo, en mayores de 64 años, hasta un 24/100.000. Estas **cifras están muy condicionadas por los métodos y actitudes ante la recogida de la información.**

MAPA1



El vocablo suicidio se introdujo en el lenguaje hacia el siglo XVII, antes de introducirse dicha palabra se utilizaba la denominación de "homicidio de sí mismo", este cambio se debió a Francois Guyot (1685-1745), más conocido como el abate de Desfontaines. Rodríguez Pulido define el suicidio como una urgencia vital que se da en un contexto biográfico y situacional de disminución de la salud a la que debe agregarse el descenso de las redes de sostén ya sean afectivas, sociales o institucionales. Según los expertos de la OMS, el suicidio es una conducta que debe reunir las siguientes características: 1) es un acto con una consecuencia final, 2) con un cometido deliberado por el propio difundo, 3) con conocimiento o expectativa de un desenlace final, 4) el difundo pretendía realizar cambios vitales.

Debe agregarse que en el suicidio es imposible predecir la probabilidad de ocurrencia, inminencia y entidad.

PSICOPATOLOGIA

En la descripción fenoménica del suicidio, se mencionan dos aspectos:

Síndrome Presuicida: donde se produce el estrechamiento y la reducción del ámbito de la vida psicológica del sujeto, inhibición de los impulsos agresivos, deseos de muerte y fantasías de autoeliminación.

Episodio Suicida Agudo: se organiza sobre enfermedad preexistente o concurrente (esquizofrenia, depresión y alcoholismo) en cuya precipitación intervendrían factores psicosociales.

El estado psicológico que corresponde es un estado de ánimo depresivo, desesperanza, desesperación, anhedonia e intencionalidad suicida. Esta última es como consecuencia de una lógica suicida, donde prevalece la urgente necesidad de acabar con la vivencia insoportable del dolor psíquico que experimenta el sujeto. Dicho dolor se acompaña de desesperanza, impotencia e indefensión. Todo se produce en un contexto de razonamiento rígido que disminuye la capacidad para ver otras alternativas.

SUS FORMAS. Puede aceptarse que existen dos formas de suicidio:

El que conforma las complicaciones de cualquier entidad psicopatológica, motivo por el cual puede ser como consecuencia de una alteración judicial que le impida una adecuada comprensión de su conducta o como consecuencia de un acto en cortocircuito o impulsivo.

La otra variedad es el denominado suicidio racional, donde existe la planificación, la deliberación y su ejecución, con la integridad de las funciones psíquicas. En esto debe señalarse que todo hombre tiene el derecho a la libertad y a vivir su propia enfermedad y es incuestionable su negativa a realizar algún tratamiento. Aquí existe el conflicto entre el

principio de la beneficencia y el jurídico como el deber de evitar el daño cuando puede preverse que se contrapone al ejercicio de autonomía del paciente.

Este suicidio racional es aceptado por algunas corrientes jurídicas como una conducta de autodeterminación, siempre y cuando se den las siguientes condiciones.

- A. Que el sujeto tenga capacidad de razonar.
- B. Que tenga la información adecuada.
- C. Que posea una visión realista del mundo.

ANTECEDENTES HISTORICOS. La iglesia considero y considera el homicidio como un pecado. En el siglo IV San Agustín consideraba que era un crimen, porque impedía la posibilidad de arrepentirse, y más adelante Santo Tomas de Aquino dijo que el suicidio era un pecado mortal porque usurpaba el poder divino de decisión sobre la vida del hombre. Este concepto aun sostenido por la iglesia católica en que el hombre es una creación divina y el por si solo no puede disponer del mismo bajo ninguna circunstancia. Esta postura es contraria al pensamiento laico, en que el hombre es dueño de su propia existencia. Rousseau transfirió el pecado a la del hombre a la sociedad y afirmo que es la sociedad la que lo vuelve malo. David Hume trato de descriminalizar el suicidio y llego a afirmar que “solo la prudencia y el coraje son los que animan a el hombre a terminar con su existencia cuando esta se transforma en una pesada carga”.

TEORIAS. A principios del siglo XIX, se consideraba el suicidio como una acción antisocial y moralmente despreciable, por lo tanto, los cadáveres de los suicidas eran atravesados por estacas y enterrados – como los de los criminales – en los cruces de caminos. Tanto fue así que, en Inglaterra, mientras se realizaban excavaciones para construir una autopista, se hallaron esqueletos en esas condiciones.

Durkheim, en su obra *Le suicide* (1864), consideraba que el suicidio era una expresión de alteraciones psicopatológicas, resultado –a su vez – de una interacción entre las fuerzas sociales y el propio individuo y señalaba que había tres tipos de suicidio: el egoísta, el altruista y el anómico.

El suicidio *egoísta* se produce cuando la persona tiene muy pocos lazos con la comunidad y es más frecuente en individuos que viven solos, sin familia.

El suicidio *altruista* está literalmente *pedido* por la sociedad; en este caso, son las costumbres o reglas del grupo las que inciden sobre esta determinación, por ejemplo, la costumbre india según la cual las mujeres se inmolan en la tumba del marido y el harakiri. En circunstancias como las señaladas, la persona no tiene opción, ya que quitarse la vida es algo honroso, y vivir, una ignominia. La sociedad dicta la norma, y los individuos no son lo suficientemente fuertes como para oponerse.

En el suicidio *anómico*, la muerte se produce cuando la relación con el medio se rompe de forma abrupta, penosa e inesperada, como cuando sucede la muerte de un familiar, catástrofes, guerras o pérdidas económicas considerables e irrecuperables, como en las grandes depresiones económicas.

Son seguidores de esta teoría del suicidio denominada *sociológica* Halbwachs, Maris y Douglas, quienes refiriéndose a las fuerzas sociales, hablan de influencias *integradoras y reglamentadoras*, que cuando se distorsionan pueden originar los suicidios. Tan así es que, cuando falla el factor *integrador* podrían darse los denominados suicidios *egoístas y altruistas*, mientras que si falla el factor *reglamentador*, aparecería el suicidio anómico-como ya vimos-, así como el llamado suicidio *hipernómico* o *fatalista*. Este último se produce cuando hay un exceso de normas coercitivas, como en las sociedades sometidas a regímenes totalitarios.

Freud postulo la teoría psicológica según el cual el suicidio se halla en la mente y es el resultado de una identificación ambivalente de los objetos amados por lo que cuando esto es frustrado la agresividad se vuelve contra la misma persona. El psicoanálisis sostiene que el suicidio representa la hostilidad inconsciente dirigida hacia el objeto amado.-

Como síntesis de los dicho hasta ahora y para entender la actitud de las personas que deciden poner fin a su vida son significativos los conceptos de la carta que Leandro N. Alem dejo al fin de su vida "He terminado mi carrera, he concluido la misión. Para vivir estéril, inútil y deprimido es preferible morir. Sí, que se rompa pero que no se doble. He luchado de una manera indecible en estos últimos tiempos, pero mis fuerzas, tal vez ya, han sido incapaces para detener la montaña... y la montaña me aplastó".

Además de las teorías sociológicas y psicoanalíticas existe la teoría psiquiátrica, según la cual el suicidio sería la expresión de una enfermedad mental. Esquirol sostenía que el suicidio reviste todas las características de la alienación mental de la cual representa un síntoma. Blondel en 1933 sostenía que se pueden considerar dos situaciones, el suicidio del alienado y el de la persona normal. En el primero la depresión es la principal causa. En el segundo caso el suicidio tendría un origen social, aunque admite que todo suicidio es la primera manifestación de un desequilibrio psíquico latente hasta ese momento.

En un artículo publicado en la Revista de la Sociedad Americana de Suicidiología 1994, David Lester menciona quince teorías sobre el suicidio, tras compararlas con suicidios famosos concluye en que la esbozada por Beck Aaron es la más acorde con los hechos, este autor estudio el suicidio en el marco de la teoría de la depresión, el depresivo sesga sistemáticamente la información de la realidad, maximizando lo negativo y minimizando lo positivo por lo que el futuro pierde su calidez y se

transforma en algo negro. La desesperanza se convierte en el vínculo entre la depresión y el suicidio y el pensamiento gira en torno a la idea en que a autoeliminación es el único modo de resolver los problemas que plantea la vida.

En un artículo aparecido recientemente (marzo 2011) en la revista Molecular Psychiatry, investigadores de la Universidad Johns Hopkins identificaron cuatro genes entre los que se incluye el gen APC1, que se encuentran en el cromosoma 2, en niveles superiores en los cerebros de aquellas personas que se intentaron suicidar, sin lugar a dudas abre un abanico prometedor para aprender mas en la biología del suicidio y los medicamentos que podrían ser útiles para tratar personas en riesgo.

LEGISLACION Y SUICIDIO

Fuero Penal

Siguiendo la concepción clásica, el Estado no solo tiene el monopolio de la autoridad para evitar que los individuos se maten entre si, o tomen la justicia en sus manos, sino también para impedir que utilicen la violencia contra sí mismos. Los códigos penales de casi todo el mundo castigan la participación de terceros en el suicidio.

Nuestro Código establece, en el art. 83:

Art. 83.-sera reprimido con prisión de 1 a 4 años, el que instigare a otro al suicidio o le ayudare a cometerlo, si el suicidio se hubiese tentado o consumado.

En el caso del médico que asista a un paciente en las condiciones mencionadas, hallara la *justa causa* para la denuncia policial en el hecho de que, tratándose de intentos de suicidio, se trata de una lesión grave, ya que habrá peligro de vida (art. 90, CP); por lo tanto, es un delito de acción pública, perseguible de oficio (art. 71, CP). En el caso de que la persona fallezca, se tratara de una muerte violenta, por lo tanto, también deberá hacerse la denuncia policial, atento a que el certificado de defunción se hará previa autopsia medicolegal.

- Código de Procedimientos

El Código Procesal Penal de la Nación o Ley Nº 23.984 establece la obligatoriedad de la denuncia de los casos de suicidio en el art. 177, "Obligación de Denunciar":

Art. 177.-Tendran obligación de denunciar los delitos perseguibles de oficio:[...];2º los médicos, parteras, farmacéuticos y demás personas que ejerzan cualquier rama del arte de curar, en cuanto a los delitos contra la

vida y la integridad física que conozcan al prestar los auxilios de su profesión.[...]

- Ley de Ejercicio de la Medicina y suicidio

La Ley Nº 17.132 de Ejercicio de la Medicina contiene disposiciones aplicables a esta temática en el art. 19 referido a las obligaciones de los médicos, específicamente en los inc. 3º y 5º, que establecen la necesidad de la internación en los siguientes casos:

Art. 19.-Los profesionales que ejerzan la medicina están, sin perjuicio de lo que establezcan las demás disposiciones legales vigentes, obligados a:

[...]3º respetar la voluntad del paciente en cuanto sea negativa a tratarse o internarse, salvo los casos de inconsciencia, alienación mental, lesionados graves por causa de accidentes, tentativas de suicidio o de delitos [...].

5º promover la internación en establecimientos públicos o privados de las personas que por su estado psíquico o por los trastornos de su conducta signifiquen peligro para si mismas o para terceros, [...]

ETICA Y SUICIDIO

Indudablemente, existe una relación estrecha entre suicidio y eutanasia, particularmente en la forma del suicidio asistido. Es necesario señalar que, de acuerdo con la legislación vigente, no está permitida ninguna forma de eutanasia. El art. 560 (Código de Ética) establece concretamente la oposición al suicidio asistido.

Art. 560.- No está permitido al médico bajo ninguna circunstancia por ser contrario a la ética y a la ley, la realización de procedimientos que conformen la figura legal de suicidio asistido.

Esta figura, la del suicidio asistido, es admitida en algunos países como Holanda y Suiza. El primero, se convirtió en el primer país del mundo que reconoce la eutanasia como un acto legal al entrar en vigor la ley de "Prueba de petición de determinación de la vida y ayuda al suicidio". En Suiza, si bien no está admitida la eutanasia, se permite el suicidio asistido en enfermos terminales que voluntariamente solicitan poner fin a su vida mediante la ingesta de barbitúricos. En estos casos, si el paciente decide adoptar esa conducta, un médico es quien le proporciona el fármaco. Luego de comprobar la muerte, se solicita la concurrencia del médico de policía, quien es el que extiende el certificado de defunción. En Suiza, existen varias asociaciones dedicadas a este fin y la más conocida, denominada EXIT, cuenta con alrededor de sesenta mil adherentes.

En los EEUU., la ayuda al suicidio-eutanasia-está prohibida, excepto en el estado de Oregón, que la admite en casos de enfermos terminales.

En algunos países, como Dinamarca, rige el denominado *testamento biológico* o *testamento medico*, conocido también como *directivas anticipadas* o *living will*, por el cual la persona que se encuentra en perfecto estado de salud psicofísica, con capacidad de comprensión y dirección de sus acciones, deja expresamente manifestada su voluntad de rehusar al tratamiento médico en caso de padecer, ya sea por enfermedad o accidente, algún daño irreversible.

3.2 ANALISIS DEL TEMA

Los datos que configuran nuestra realidad son preocupantes. En primer lugar y como contexto macro se observa que Argentina, de acuerdo a lo informado ante la OMS, es uno de los países latinoamericanos con la tasa más alta de suicidios. De acuerdo al informe suministrado por el Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación, en 1996 se suicidaron en nuestro país 385 jóvenes de entre 15 y 24 años, sobre una población de seis millones de personas, lo que equivale a una tasa de más de 5 suicidios cada 100.000 jóvenes, en el último informe que realiza el mismo ministerio del año 2008 se suicidaron en el país 3123 personas, estando en la franja etaria de 15 a 24 años la mayor cantidad ya que fueron 817 jóvenes, y así se repiten iguales datos en otros años, lo que sin lugar a dudas mantiene a nuestro país con las tasa más elevadas a nivel continental. En la mortalidad que afecta a la población infanto-juvenil, es claramente el suicidio la segunda causa (según Tabla 1) a nivel nacional.

Tabla 1 Mortalidad infanto-juvenil. Total de defunciones de 0 a 24 años por causas externas y distribución relativa de las mismas por grupo de edad y sexo, según causa detallada. Total del país. Año 2007

2007							
Edad y sexo	Total de defunciones infanto-juveniles (1)	Defunciones infanto-juveniles por causas externas	Defunciones por causas externas sobre el total de defunciones infanto-juveniles	Distribución de las defunciones según causas			
			Accidentes	Suicidios	Homicidios	Otras violencias y las no especificadas	
				%			
	18.462	5.072	27,5	16,6	4,4	2,9	3,5
	11.274	3.812	33,8	19,9	5,6	3,8	4,5
	7.165	1.256	17,5	11,6	2,6	1,4	2,0
	10.912	789	7,2	6,2	--	0,3	0,7
	6.088	440	7,2	6,3	--	0,2	0,7
	4.808	347	7,2	6,0	--	0,5	0,7
	1.911	747	39,1	29,3	4,2	1,7	3,9
	1.096	476	43,4	33,7	4,3	1,0	4,4
	813	270	33,2	23,4	4,2	2,5	3,2
	5.639	3.536	62,7	32,5	13,0	8,3	8,8
	4.090	2.896	70,8	36,3	14,3	10,0	10,2
	1.544	639	41,4	22,7	9,7	3,6	5,4

(1) El total incluye aquellas defunciones para las que no se especifica el sexo

Fuente: Ministerio de Salud de la Nación. Dirección de Estadísticas e Información de Salud (DEIS)

Mapa 2

Si se analizan los datos del ministerio de salud de Argentina que va del año 1997 al 2008, se puede observar claramente como evolucionaron los suicidios, se observa que estos últimos se **incrementaron un 33% desde 1997 al 2008**, superando a partir del 2003 la cantidad de homicidios, con un notable y preocupante aumento entre los jóvenes, que por ejemplo fue de 101% en el grupo de 15 a 19 años, que podría estar dado en este grupo por el considerable aumento en el consumo de drogas. Dichos datos se pueden evaluar en el grafico numero 1.

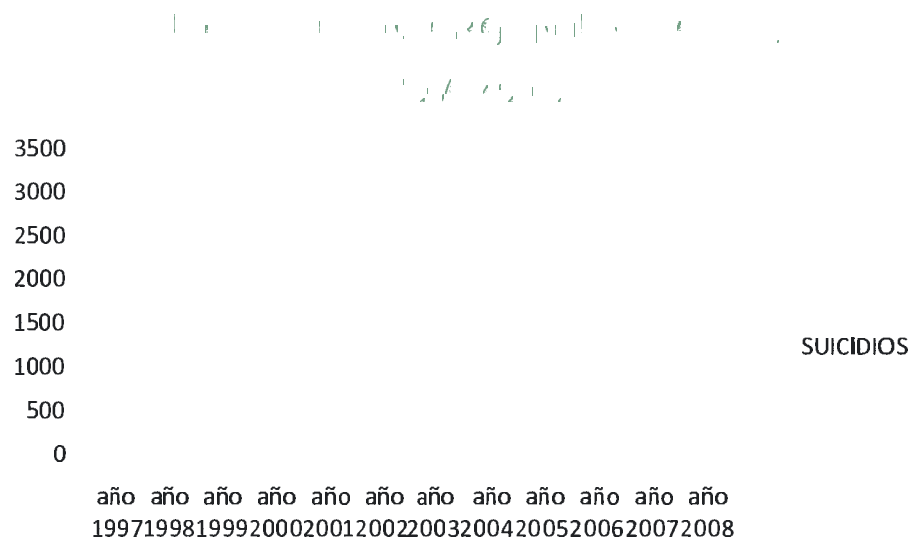


Grafico 1

En nuestra región patagónica, los números también revelan una situación problemática, ya que es la zona proporcionalmente más afectada por el fenómeno. Dentro de dicha región, la provincia de Santa Cruz es la que tiene la tasa más alta como se observa en el mapa numero 2. Desde el año 1997 a el año 2008 (último año del que se tiene estadística) se produjeron en toda la provincia 337 suicidios, que la ubican con la tasa más elevada en nuestro país. La distribución por año y localidad puede observarse en los gráficos número 2 y3.

TOTAL DE SUICIDIOS POR LOCALIDAD
1997-2008 - SANTA CRUZ

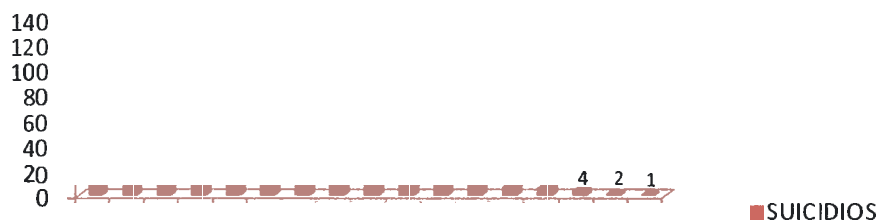


Grafico 2

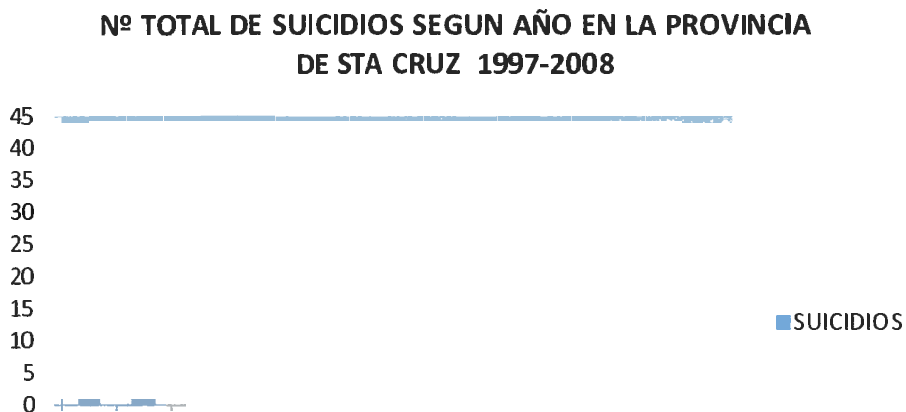


Grafico 3

Con respecto a esta realidad se han señalado algunos factores de riesgo que pueden incidir con mayor fuerza en esta zona. Ellas son:

- Las distancias que las separan de las grandes urbes.
- Causas ambientales, que tienen menos luz solar.
- Las migraciones y cambios de hábitos, el desarraigo.
- Tipo de clima imperante, donde predomina el frio.

A continuación se presentan algunos datos geográficos de la provincia y la localidad patagónica, escenarios de los suicidios que motivan este trabajo.

Santa Cruz

Santa Cruz (mapa 3) es una provincia argentina situada en el extremo sur del país. Sus límites son, al Norte: la provincia de Chubut, al Este con el Océano Atlántico y al Sur con la provincia de Tierra del Fuego y al Oeste con la República de Chile

De acuerdo a los datos suministrados por el Censo 2010, su población total asciende a 272.524 habitantes, teniendo una densidad muy baja: 1.1 hab. / km 2.

El relieve se compone por tres sectores diferentes:

- La cordillera de Los Andes en el Oeste.
- En el Centro predominan las mesetas escalonadas que disminuyen en altura hacia el Este.
- El Este que es bañado en toda su extensión por el Océano Atlántico.

En general, el clima de la región es árido, con temperaturas bajas casi todo el año, constituyendo un rasgo típico los vientos procedentes del Océano Pacífico, muy secos por el efecto producido por la cordillera de Los Andes.

La capital de la provincia es la ciudad de río Gallegos, ubicada en el extremo sur, donde asientan los poderes Ejecutivo, Legislativo y Judicial, la misma se encuentra a 800 km.de la ciudad de Las Heras.

Las Heras

Mapa 3

Esta localidad está situada en el centro norte de la provincia de Santa Cruz, en el Departamento Deseado, que según el último censo, dicho departamento, tiene una población de 107.064 habitantes. Por ser el centro de una gran zona petrolera, constituye una de las poblaciones del interior de la provincia más importante.

De acuerdo al censo realizado en el año 2010, Las Heras cuenta con 19.820 habitantes, pero esta cifra es aproximada, debido a que la población se incrementa notablemente en días hábiles, dependiendo de distintos factores como la actividad petrolera, la época del año, entre otros. El clima presenta marcada diferencia en las cuatro estaciones del año, lo que sí está presente de manera habitual son los fuertes vientos, en invierno se producen temperaturas bajo cero, así como en verano pueden superar varias veces en la estación los 30 grados de temperatura, como en toda la región sur los inviernos poseen escasas horas de luz natural, cosa que se invierte totalmente en el verano.

La principal actividad es la petrolera, lo que produjo en los últimos años gran inmigración, principalmente de la zona norte de nuestro país (Salta, Formosa, Chaco, Corrientes, Jujuy), la actividad ganadera (ovina) en el pasado fue muy importante, hoy es totalmente secundaria, también es de tener en cuenta como fuente laboral el empleo estatal.

Suicidios en Las Heras

En la localidad de Las Heras (flecha mapa 3) sucedieron una serie de suicidios que motivaron la reflexión y el replanteamiento de distintos sectores de la sociedad local, imperando en los distintos actores que era la localidad de la provincia, región y país con los índices más altos. Así a nivel nacional se realizó un film en que el argumento está basado en esta problemática, "Los jóvenes muertos" de Leandro Listorti, que obtuvo premios a nivel internacional. Igualmente en el año 2005, se publicó el libro "Los suicidas del fin del mundo crónica de un pueblo patagónico", de Leila Guerreiro, de editorial Tusquets, a esto se suma abundantes publicaciones en periódicos, semanarios y medios de radioteledifusión hablando del tema, en la mayoría de las veces sin el conocimiento necesario para abordar tan delicado tema, lo que lleva a la sociedad toda a estar convencida de una realidad, que en este trabajo me propongo analizar, con datos de fuentes totalmente confiables si tal problemática es como se percibe.

Este problema que se inicia en el año 1997 ha sido causa de 37 muertes, de acuerdo a los datos suministrados por el Hospital Seccional Las Heras y el registro civil; en el periodo comprendido entre enero del año 1997 a diciembre del 2010. En el gráfico número 4 se presenta la información de la cantidad de suicidios por año.

Nº SUICIDIOS SEGUN GRUPO ETAREO
1997-2010 LAS HERAS - STA CRUZ

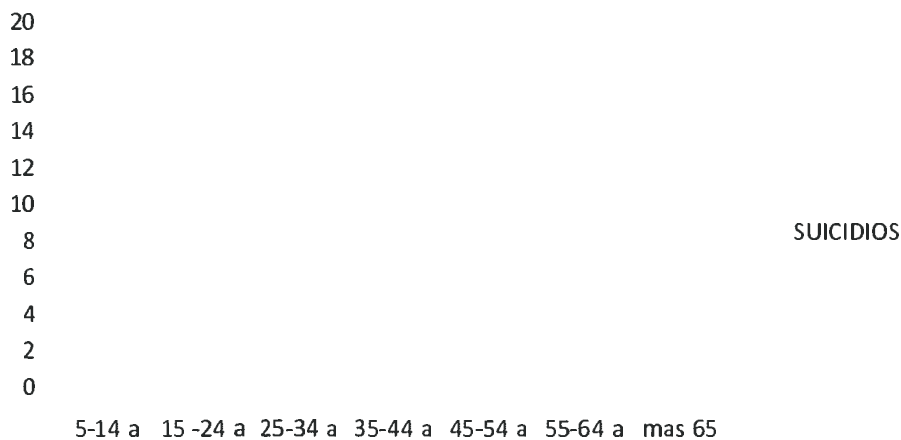


Grafico 4

Los suicidios consumados son predominantemente masculinos, con un porcentaje del 82 % contra el 18 % femenino. Esta estadística puede corresponderse a una realidad más amplia, mundialmente conocida, que asegura que alrededor del 80 % de los suicidios son de varones, conllevando una mortalidad dos o tres veces superior a la de las mujeres. Esta información sin duda debe ser un indicador importante al intentar revertir esta realidad, con la puesta en marcha de distintos programas a lo que sin lugar a dudas debe agregarse el grupo etario más sensible, que también fue analizado en el cuadro precedente.

Al analizar el número de suicidios por edades como se expresa en las siguientes Tablas Nº 2 y 3, se puede observar que el grupo etareo más afectado es el de 15-24 años en ambos sexos.

TABLANº 2 SUICIDIOS MASCULINOS 1997-2010-LAS HERAS

GRUPO ETAREO	Nº SUICIDIOS
05- 14	2
15 – 24	15
25 – 34	10
35 – 44	0
45-54	1
55- 64	3
Más de 65	1

TABLANº 3 SUICIDIOS FEMENINOS 1997-2010-LAS HERAS

GRUPO ETAREO	Nº SUICIDIOS
15-24	3
35-44	1
45- 54	1

Esto muestra que el peligro fundamental aparece entre los adolescentes y jóvenes, cuyas edades oscilan entre los 15 y 34 años, abarcando el 76.9 % del total de muertes por suicidios, y dentro de esta franja el grupo entre 15 y 24 años es el que predomina ya que representa un 46.1% del total de suicidios, estos datos están en concordancia con lo que ocurre a nivel nacional e internacional con el grupo más afectado, como asimismo el que solo el 10%, son mujeres, en el grupo entre 15 y 34 años.

Un dato también muy visible y específico de esta localidad es la reiteración de la modalidad del suicidio, provocándose en un 91.89 % de los casos por ahorcamiento, estrangulación o sofocación, y en el 8.11 % restante mediante disparo con armas de fuego, observable en el grafico numero 5.

METODOLOGIA DEL SUICIDIO 1997-2010 LAS HERAS N= 37

8.11%
(3)

Ahorcamiento
Herida de arma de fuego

Grafico 5

Si bien el ahorcamiento está entre las formas más usadas de suicidios, especialmente en el sexo masculino, se nota aquí una predominancia absoluta de la modalidad, que puede revelar la vinculación de esta serie de suicidios entre si, en el interior de una comunidad que vivió el fenómeno con mucha conmoción.

Ante la problemática los interrogantes que surgen son:

¿Se trata de un fenómeno local o tiene relación con otras realidades?

¿Por qué estas edades presentan mayor riesgo?

¿Sabiendo que el suicidio es multicausal, existen algunas razones más visibles en nuestra realidad particular?

Ante la primera pregunta, tenemos una clara respuesta, el índice de suicidios a nivel mundial ha aumentado en la franja etaria a la que hacemos referencia. Esto constituye un verdadero problema para salud pública, ya que es una de las principales causas de muerte en la población joven. Pero, volviendo a los interrogantes: ¿Por qué estas edades resultan tan afectadas? De acuerdo a lo mencionado por Rubinstein y Terraza de la Universidad de Harvard, la depresión es una enfermedad que predomina en la adolescencia. Por ello los jóvenes que presentan mayor riesgo de suicidio son aquellos que tienen entre 15 y 24 años, varones, con antecedentes familiares de suicidio, abuso de alcohol o droga; con problemas afectivos o siquiátricos. Sostienen también que el suicidio junto con los homicidios, son la segunda causa de muerte en adolescentes.

Para Olivera y Harb, desde una perspectiva siquiátrica, la adolescencia y la juventud constituyen una paradoja, ya que son etapas de vitalidad que a su vez, también lo son de destrucción. Ellos sostienen que esto se debe a que en este periodo la pérdida del ideal sostenedor les significa sentimientos de depresión, desesperación y desesperanza, que puede derivar en la paralización o en el acto suicida.

Ahora bien, ¿Hay condicionamientos predominantes en nuestra realidad local? En una primera aproximación se podría decir que este problema está vinculado a la realidad de la familia, que constituye una de las claves para profundizar en los suicidios de adolescentes y juveniles. Sin embargo es difícil que esta se dé a conocer determinados datos porque les genera un sentimiento de vergüenza y generalmente ocultaran o negaran la evidencia ya que esta pondría de manifiesto falta de continencia, y en el peor de los casos dejaría a la luz patologías de otros miembros familiares.

La perspectiva social constituye una de las miradas que necesariamente aporta cuando se estudia el fenómeno, ya por muchos autores sería una de las causales del suicidio. Desde la antigüedad el suicidio se ha considerado una acción que va en contra de la sociedad.

Durkheim, en su libro "El suicidio", que data de 1864 y fue mencionado con anterioridad, consideraba que si bien esta acción era expresión de una alteración psicológica, dicha expresión proveía de la vinculación que el individuo establecía con la sociedad. Este autor manifiesta que existen desde la dimensión social, tres tipos de suicidios:

- El suicidio egoísta: persona con pocos lazos sociales.
- El suicidio altruista: literalmente pedido por la sociedad.
- El suicidio anómico: cuando la relación con el medio se rompe en forma abrupta.

Se puede vincular esta mirada con la realidad de esta localidad sureña sobre suicidios. Aparentemente, de acuerdo a los datos consultados, el problema en Las Heras se relaciona con la falta de integración tanto familiar como social. Como ejemplo de lo dicho, se cita a continuación fragmentos de un trabajo desarrollado por la UNPA (Universidad Nacional de la Patagonia Austral) sobre la localidad.

Algunas de las cuestiones que, según este equipo, más afectan a los niños y adolescentes de nuestra localidad son las siguientes:

"Las excesivas horas de los padres en horarios laborales fuera del hogar, la transitoriedad en la localidad como auto percepción y la inexistencia de una especialidad urbana y familiar (para niños y adolescentes) condiciona la vida de los mismos"³

Otro aporte de esta investigación que estuvo destinada particularmente a realizar una construcción sobre cultura, economía y trabajo, se refería a las actividades laborales de los padres, vistas desde los docentes.

"Al respecto los padres de la escuela Nº 64, dicen: son padres analfabetos o semianalfabetos y eso indica una cultura muy particular...es difícil que en esas casas se cultive el habito de la lectura, (...) a veces la cantidad no tiene que ver con la calidad, porque por allí(...) hay papas que tienen sueldos bastante(...) considerables y justamente están ausentes mucho tiempo, entonces vemos alumnos que, a pesar de que van vestidos con buena ropa, o con ropa cara, no tienen un buen nivel de cultura".

En la serie de suicidios que tuvo lugar en la localidad lasherense, hubo momentos críticos. Si se observa el grafico, sobresalen los años 2003 en que se produjeron 7 suicidios y el año 2010 en que se produjeron 5 como aquellos en los que ocurrieron una mayor cantidad de muertes violentas de este tipo.

En el año 2003, se registra también una alta tasa de suicidios a nivel nacional y provincial, encontrándose una correspondencia con el problema local que se agudiza, no se puede analizar el incremento del año 2010, ya que los datos de dicho año tanto nacional como provincial no están disponibles en los distintos entes investigados.

Es de tener en cuenta que si se analizan el resto de los años tomados para este estudio, desde 1997 hasta 2010, salvo los dos brotes descriptos en el párrafo precedente, las tasa de suicidio siempre se mantuvieron dentro de la media para lo que la literatura llama el **cinturón suicida** que es de **2.5** cada 10.000 habitantes y aun en muchos años muy por debajo de esta y de la media nacional y patagónica.

Por esta razón, en Las Heras, se encaran varios proyectos sociales cuya intención es fortalecer los vínculos del individuo con la comunidad, trabajar sobre aquellos aspectos que han sido descuidados, valores éticos y metas, y reconstruir los lazos perdidos, especialmente apuntando a adolescentes y jóvenes. Muchos de los actores de estas iniciativas, posteriormente formaron parte de una red de prevención del suicidio, que aun funciona, en la que se encuentran representadas distintas instituciones, como el hospital, las escuelas, las iglesias, la policía y distintas ONG.

Algunos ejemplos de las medidas que fueron implementadas en ese momento son:

- El trabajo de "Jóvenes Negociadores". De acuerdo a los datos extraídos de una publicación que se adjunta como Anexo 7, la organización mundial UNICEF, se enteró de la situación, y realizó un diagnóstico del lugar. La consultora de dicha organización manifestó que había problemas graves de deserción escolar, repitencia, alcoholismo, drogadicción, violencia familiar y embarazo adolescente, además de los conflictos suscitados por la falta del padre en el hogar, debido a los extensos horarios de trabajo que requieren las empresas petroleras. A partir de esta apreciación se inició una tarea conjunta con Poder Ciudadano, para implementar el "Programa de Jóvenes Negociadores", destinado a capacitar 500 chicos a lo largo del año, que se prepararían para participar en la comunidad y enfrentar problemas sin recurrir a la violencia. Este proyecto sigue vigente en la actualidad.
- La conformación de una red para tratar las urgencias de este tipo: al enfrentar la realidad se observó la necesidad de configurar un diagrama para mantener comunicado a los distintos miembros de la comunidad con aquellos que pueden realizar tareas concretas de auxilio ante los intentos de suicidios, o sea médicos y psicólogos. Esta medida que también permanece actualmente, facilita el trabajo entre los distintos actores comunitarios.
- Las Jornadas de Capacitación a cargo de un equipo de profesionales: Durante el año 2003, se desarrollaron jornadas destinadas a explicar la problemática del suicidio, y a concientizar a los actores sociales sobre la importancia de su rol en la dinámica de prevenir suicidios.

Esta labor no ha concluido, por el contrario, continua y en algunos casos se refuerza con nuevos proyectos, como "Vientos de Cambio", iniciativa que desarrollara un grupo de adolescentes, quienes se proponen realizar tareas destinadas a revertir la idea de que el alcohol y la droga se asocian a la

diversión; preparándose y posteriormente, realizando convocatorias a los jóvenes para encuentros que puedan disfrutar en un ambiente sano.

4. CONCLUSIONES

El suicidio en Las Heras ha sido desde 1997 un problema relevante para la comunidad lasherense y distintos ámbitos a nivel nacional, según lo que se desprende del presente trabajo. Esta percepción sin duda se ha visto marcadamente sesgada por la falta de información y el tratamiento del tema sin la debida información y formación por los distintos actores, lo que produjo en la opinión pública estigmas que no se condicen con la realidad de dicha patología a nivel regional, nacional e internacional. Este análisis meramente estadístico, nos debe llevar a continuar trabajando firmemente en tan compleja y delicada problemática, dada que si fuese un solo suicidio al año, no deja de ser sumamente grave, dado que para el grupo familiar que vive dicha tragedia no es una tasa aislada, sino es el 100%.

El suicidio a nivel **mundial** provoca la mitad de todas las muertes lesionales intencionales, según el informe de la OMS sobre la violencia y la salud en el año 2000, murieron 815.000 personas a causa del suicidio, lo que es una tasa del 14.5% cada 100.000 habitantes y para el año 2006 una tasa del 16% cada 100.000 habitantes y su proyección para el año 2020 es un incremento del 50%, lo que llevaría las cifras a 1.500.000 de suicidios en el mundo. Todo este análisis hecho a nivel mundial si lo comparamos con la ciudad de Las Heras en el periodo analizado da una tasa por debajo o igual a la media mundial, excepto en los brotes producidos en el año 2003 (7 suicidios), y 2010 (5 suicidios) que supera los datos de la OMS. Pero si analizamos con lo que se llama cinturón suicida (países nórdicos, germanos y Japón), nos encontraríamos en los países con dicha tasa.

Realizando la comparación con lo que sucede en la **República Argentina**, si bien las estadísticas son difíciles de elaborar, en parte por lo que significa el suicidio desde lo social, y parte por falta de estadísticas propias de nuestro país, podemos como primera conclusión que la tasa de la localidad de Las Heras esta por encima de la nacional, que por ejemplo en el año 2005 fue del 15.75% y ese año en nuestra localidad fue del 20%, sobre 100.000 habitantes, y en la proyección de los 14 años del estudio, se mantiene dicha tendencia.

Ahora si se tienen los números de **la región patagónica** veremos que estos coinciden o están algo elevado respecto a lo que sucede en la ciudad de las Heras, ya que la Patagonia tiene los índices más elevados dentro del país, la tasa en el año 2005 de la región fue de 21.22% cada 100.000, con índices muy parecidos de los distintos años. Es destacable el hecho que las provincias patagónicas ocupan alternativamente y en todas las franjas etarias del primero al cuarto lugar de los primeros cinco del rating nacional.

En la provincia de **Santa Cruz**, la localidad de Las Heras, ocupa en el periodo 1997-2008 el tercer lugar por localidad en números brutos de suicidios y porcentualmente es superada por otras localidades. Así por

ejemplo en el año 2005 se suicidaron en toda la provincia 37 personas y en Las Heras 4 lo que representa el 14.4%, el último dato que se dispone es del 2008 y en toda la provincia se suicidaron 29 personas y 1 en Las Heras, que representa el 4.54%.

En cuanto a **edad** y **sexo** los suicidios coinciden plenamente con los acontecidos a nivel provincial, patagónico y nacional.

A la luz de todos estos datos surge que la percepción que Las Heras presenta los índices mas altos como localidad a nivel nacional, es totalmente **erróneo**. Si, se encuentra dentro de la región patagónica, que es la zona del país con índices más elevados, aunque por si sola está por debajo de la media para dicha región, lo que no deja de ser un tema por demás **preocupante** para salud pública, y toda la sociedad.

Vale aclarar que presento su **brote** más importante en el **año 2003** (7 suicidios), no volviendo a repetirse estas cifras en los otros 13 años analizados.

Si bien escapa a el objetivo del presente estudio, analizar las causas de porque dicha percepción generalizada, me permito opinar que es lo que tantas veces sucede en numerosos temas, hablar, opinar y aseverar verdades sin que sean tales, por la falta no solo de información, sino sobre todo de **formación**, principalmente en quienes tienen la responsabilidad de crear opinión y en la mayoría de las veces sin saberlo pueden estigmatizar a la sociedad, con determinadas eventos que no son tales.

Todo lo vertido en este trabajo y sobre su conclusión, es que aunque el número de suicidios sea **1**, **es grave** y se debe trabajar y continuar en dicha problemática, pero sabiendo donde estamos como sociedad. Sin dudas la prevención es el mejor tratamiento, mas en los momentos de crisis sociales, una política de profunda transformación moral y cultural evitara la desesperanza, configurado este por valores éticos, proyectos e ideales.

BIBLIOGRAFIA

- Informes del Instituto Nacional d Estadísticas y Censos
- Informes Estadísticos de Defunciones Dirección Estadística Sanitaria y Social, Ministerio de Asuntos Sociales.
- Informes Estadísticos de la Policía Criminalística de la Nación Argentina.
- MIRANDA, AGUIRRE, SONOWSKI, MARTI, Intentos de Suicidios.
- OLIVERA, HARBY, Disempidia: Síntoma de fin de Milenio, en "ALCMEON 27", Año IX, Vol. 7, Argentina, Noviembre de 1998.
- PALMA GODOY, Mario, Diagnostico participativo sobre los materiales curriculares del Segundo Ciclo de Ciencias Sociales, Economía y trabajo en la Sociedad de Las Heras. UNPA UACO, 2003.
- PATITO, LOSETTI Y OTROS, Tratado de Medicina Legal y Elementos de la Patología Forense, Ed. Quórum, Argentina, 2003.
- Programa Nacional de Estadísticas de Salud, Ministerio de Salud y Acción Social 1996.
- RUBINSTEIN, TERRAZA Y OTROS, Medicina Familiar y Practica Ambulatoria, Ed. Medica Panamericana, España, 2003.
- MINGOTE ADAN, GIMENEZ ARRIERO, OSORIO SUAREZ, PALOMO, Suicidio, asistencia clínica, Ed. Díaz Santos, año 2004.
- COVELLI JOSE LUIS, Manual de psiquiatriaforense, Ed. Dosy una, año 2007.
- LLORET FERNANDO RODES, Enfermedad mental, aspectos médicos forenses, Ed. Díaz de Santos, año 2006.
- Ministerio de salud de la Nación Argentina, Dirección de Estadísticas e Información de Salud, República Argentina, Año 2008.
- ZAZZALI JULIO, Introducción a la psiquiatría forense, Ed. La Rocca, Año 2009.
- KAPLAN Y SADOCK, Psiquiatría clínica, Ed. Wolters Kluwer, Año 2007.
- JULIO VALLEJO RUILOBA, Introducción a la psicopatología y la psiquiatría, Ed. Masson, Año 2006.

LAS HERAS EN INVIERNO

ESCUDO MUNICIPAL

POZO PETROLERO

PLAZA CENTRAL EN VERANO