

Factores asociados a la ideación del suicidio en adolescentes. Algunas evidencias en Argentina

Factors associated with the ideation of suicide in adolescents. Some evidence in Argentina

María Marta Santillán Pizarro

<https://orcid.org/0000-0001-5191-9234>

Centro de Investigaciones y Estudios sobre Cultura y Sociedad,
Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas
y Universidad Nacional de Córdoba
mm_santillan@yahoo.com.ar

Eduardo Javier Pereyra

<https://orcid.org/0000-0003-4778-7288>

Centro de Investigaciones y Estudios sobre Cultura y Sociedad,
Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas
y Universidad Nacional de Córdoba
eduardopereyra_24@hotmail.com

Fecha de envío: 12 de febrero de 2020. Fecha de dictamen: 3 de abril de 2020. Fecha de aceptación: 14 de abril de 2020.

Resumen

El suicidio se ha convertido en una acuciante problemática social y de salud pública a nivel mundial. Particularmente en Argentina, en los últimos 25 años la mortalidad por suicidio se triplicó en la población joven y este tipo de defunciones se ha constituido en la segunda causa de muerte en la franja de 10 a 19 años. A partir de los datos que brinda la Encuesta Mundial de Salud Escolar, proyecto de la OMS, implementada en Argentina en 2012, se realiza un abordaje respecto a la ideación y planificación de suicidio, así como a factores asociados al fenómeno en estudiantes entre 13 y 15

años. A partir de modelos de regresión logística, se analiza el efecto de factores de riesgo y factores protectores. Se observa que la exposición a factores de riesgo o a factores protectores efectivamente aumenta, en el caso de los primeros, o disminuye —en el caso de los segundos— el riesgo de experimentar un intento de suicidio. Además, cuando se analiza el término de relación condicional, se observa que el impacto de cada uno de ellos es diferente entre los varones y mujeres, siendo estas últimas, en general, las más vulnerables. Asimismo, que el efecto combinado de distintos factores puede potenciar el riesgo de experimentar un intento de suicidio.

Abstract

Suicide has become a pressing social and public health problem worldwide. Particularly in Argentina in the last 25 years, suicide mortality tripled in the young population and this type of death has become the second cause of death in the range of 10 to 19 years old. Based on the Global school-based student health survey (GSHS), a WHO project implemented in Argentina in 2012, this article analyzes the relationship between the suicide attempt and different factors in students between 13 and 15-year-old. It applies logistic regression models to show that some factors increase and others decrease the risk of suicide attempt. In addition, when the term of conditional relationship is analyzed, it is observed that the impact of each of them is different between gender, being girls, in general, the most vulnerable. Likewise, the combined effect of different factors may increase the risk of a suicide attempt.

Palabras clave: Ideación suicida; Suicidio; Adolescentes; Factores de riesgos; Género.

Keywords: Suicidal Ideation; Suicide; Adolescents; Risk Factors; Gender.

Introducción

El suicidio se ha convertido en una acuciante problemática social y de salud pública a nivel mundial, que ha llevado a focalizar la atención de especialistas y organismos nacionales e internacionales. El creciente interés en el estudio y abordaje del suicidio se debe a que se lo considera como un tipo de muerte de causa externa y por ende de

carácter prevenible, con lo cual podría evitarse y reducirse con el diseño e implementación de políticas sociales (Altieri, 2007). No obstante, el suicidio ha tenido escasa prioridad para los gobiernos y existen aún importantes limitaciones en la puesta en marcha de adecuados e innovadores instrumentos públicos de carácter integral y multisectorial para la prevención y abordaje de la temática.

A nivel mundial, en las últimas cinco décadas, las tasas de suicidio han aumentado en un 60 por ciento. En 2012, ocurría un suicidio cada 40 segundos, es decir más de 800.000 anuales, convirtiéndose, en algunos países, en una de las tres primeras causas de defunción entre las personas de 15 a 44 años, y la segunda en el grupo de 10 a 29 años. Para 2030, la Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que la depresión será la principal causa de morbilidad a nivel mundial. De acuerdo a las estadísticas de este organismo, en los países ricos se suicidan tres veces más varones que mujeres, pero en los de ingresos bajos y medianos la proporción disminuye a 1,5 varones por cada mujer. En términos globales, los suicidios representan un 50 por ciento de todas las muertes violentas registradas entre varones y un 71 por ciento entre mujeres (OMS, 2014).

Los diversos estudios acuerdan que la edad es un factor de riesgo, ya que el riesgo aumenta conforme aumenta la edad. Sin embargo, en los últimos años se observa un proceso inverso en la región. Las tasas de suicidio se redujeron en las edades más avanzadas y aumentaron entre los más jóvenes del continente (OMS, 2004; OPS, 2014) y, en Argentina en particular, en los últimos 25 años la mortalidad por suicidio se triplicó en la población joven (UNICEF, 2019; Repetto y Florito 2018; MSAL, 2016; Sola, 2011; Altieri, 2007; Apter 2001).

Este tipo de defunciones se ha constituido en la segunda causa de muerte en la franja de 10 a 19 años. 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 18,2 la tasa en los varones y 5,9 en las mujeres (MSAL, 2016 y 2018). Se ha constatado que, en promedio, las mujeres cometen más intentos de suicidio, pero los varones son quienes lo consuman en mayor medida. Aunque la mortalidad de las mujeres es menor en este grupo etario, el peso del suicidio en la mortalidad femenina es relevante (UNICEF, 2019).

Los antecedentes también demuestran que, anterior al suicidio, existen etapas previas como la ideación suicida, que es la idea de quitarse la vida, la planificación, los intentos, que no siempre terminan en una defunción. Dada la complejidad del

fenómeno, existe un amplio consenso en torno a su multicausalidad. De acuerdo a UNICEF (2019), se han identificado algunos factores predominantes para la conducta suicida en población de niños, niñas y adolescentes, como 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.

Para el abordaje del suicidio, el estudio y avance del conocimiento de los factores de riesgo y factores protectores es fundamental. La evidencia proporcionada en materia de ideación suicida proviene en su mayoría de análisis cualitativos sobre entrevistas a familiares que se suicidaron o personas que intentaron realizarlo. En este sentido, la novedad del presente trabajo radica en que avanza en la evidencia empírica de corte cuantitativo, a partir del análisis de las relaciones e interrelaciones de los factores sobre la conducta suicida.

Una de las evidencias la brinda la Encuesta Mundial de Salud Escolar, proyecto de la OMS que en Argentina implementa el Ministerio de Salud. Esta encuesta, realizada a estudiantes entre 13 y 15 años en 2007 y 2012, contiene preguntas respecto a la ideación y planificación del suicidio, así como a factores asociados. Los resultados del informe confirman la tendencia de que las mujeres presentan más intentos de suicidio. Además, que situaciones tales como experimentar sentimientos de soledad, falta de amigos, insomnio, haber atravesado situaciones de violencia y consumo de drogas actúan como factores de riesgo, ya que se relacionan de manera positiva con la declaración de haber intentado suicidarse (MSAL, 2013).

El informe mencionado analiza la relación de cada uno de los factores con el intento de suicidio de manera aislada. Dada la multidimensionalidad y la interdependencia de los factores que influyen en el problema, es posible pensar que se potencian o se neutralizan en ciertas condiciones. Por ejemplo, el impacto del *bullying* sobre el riesgo de experimentar un intento de suicidio ¿es el mismo para mujeres que para varones?, ¿es el mismo si el niño o la niña cuenta con factores de protección, como tener una buena relación con sus padres? El objetivo del presente trabajo intenta avanzar en el análisis de estas relaciones en base a la misma encuesta.

El artículo se organiza en cuatro apartados. El primero desarrolla

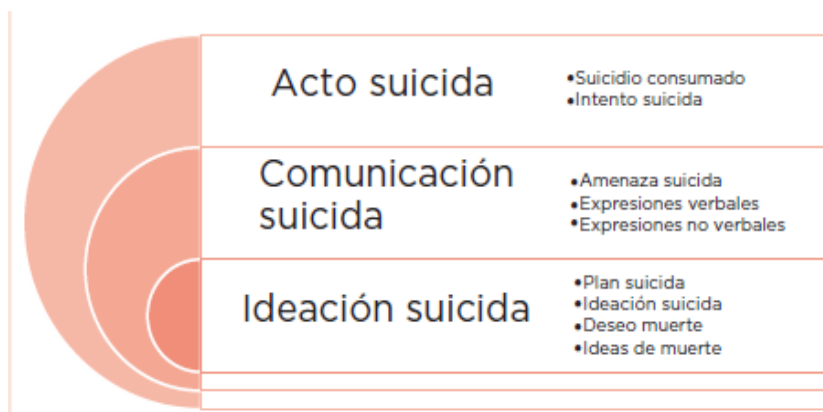
conceptualmente la conducta suicida a los fines de delimitar los principales aspectos sobre los que el análisis se enfoca. El segundo describe la fuente de información y las características de los modelos de regresión elaborados como principal herramienta metodológica para el análisis de los datos. El tercero presenta los principales resultados, estableciendo si los factores de riesgo se “potencian” o si los factores de protección neutralizan el efecto de los factores de riesgo sobre la conducta suicida en estudiantes de 13 a 15 años de Argentina, prestando especial consideración al coeficiente de la relación condicional entre cada factor y el género. Finalmente, en el cuarto se realizan algunas sugerencias en materia de política pública a la luz de la complejidad del fenómeno analizado.

Delimitaciones conceptuales

Por suicidio se entiende el acto deliberado de quitarse la vida y por intento de suicidio, toda acción autoinfligida con el propósito de generarse un daño potencialmente letal, sin llegar a la muerte (OMS, 2012). Dicha distinción es relevante puesto que se calcula que por cada suicidio consumado ocurren entre 20 y 40 veces más intentos fallidos (OMS, 2014).

Se considera entonces que el comportamiento suicida es un fenómeno que contiene múltiples facetas que van desde la ideación suicida, pasando por los intentos de suicidios, hasta el suicidio consumado. Fonseca-Pedrero y Díez Gómez del Casal (2018) recopilan, a partir del análisis de diversos trabajos, el conjunto de expresiones que contiene, según su naturaleza, la conducta suicida (ver figura 1).

Figura 1. Expresiones, según su naturaleza, de la conducta suicida



Fuente: Fonseca Pedrero y Díez Gómez del Casal (2018)

La multidimensionalidad y complejidad de la conducta suicida implica que no existe una única explicación del fenómeno. Desde el ámbito académico se afirma que, a pesar de que el suicidio se define como un acto individual, las causas que llevan a tomar la decisión son múltiples. Cuando están asociadas con el incremento de la probabilidad de una conducta suicida, se las define como factores de riesgo, mientras que si están relacionados con una disminución de la probabilidad son conocidas como factores protectores. Además, cuando los factores identificados están relacionados al acto previo que provoca el fenómeno (el suicidio consumado) se los define como precipitantes (OMS, 2014; Fonseca Pedrero y Díez Gómez del casal, 2018).

Los estudios, más allá de priorizar algún tipo de entrada analítica específica, coinciden en que existen distintos tipos de factores, siendo estos de índole sociocultural (como accesibilidad a medios, falta de expectativas laborales y de estudio); factores comunitarios (entornos violentos); factores relacionales (familias, noviazgos); y factores individuales-biológicos (personalidades, enfermedades mentales). Todos interactúan de manera dinámica y compleja entre sí (Ansean, 2014; Ayuso-Mateos, Baca-García, Bobes, Giner, Giner y Pérez, 2012; OMS, 2014; Turecki y Brent, 2016). A continuación, en la tabla 1, se resumen los principales factores de riesgo, protectores y precipitantes identificados por la literatura especializada en la temática.

En este marco, es posible afirmar que existe un amplio consenso en señalar que estudiar los determinantes del suicidio es central para diseñar una adecuada estrategia de prevención, y analizar la faceta de la ideación suicida se ha convertido en un tema de especial interés (Forero, Siabato y Salamanca, 2017).

En relación a esto, en Argentina se desarrollaron importantes estudios que hallaron 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 (Casullo, 1994); que las formas de suicidio más frecuentes fueron el ahorcamiento y el disparo por arma de fuego, seguidas por el envenenamiento (Serfaty, Andrade, Foglia, Masautis y Negri, 2004); que existen relevantes diferencias en las tasas de suicidio según la región geográfica del país (Sola, 2011); y que existe una importante carencia de profesionales capacitados en el sistema de salud como una fuerte invisibilidad del problema en los ámbitos familiar, escolar y comunitario, complejizando la tarea de prevención y detección temprana de conductas suicidas (Pantelides, Govea, Gaudio y

Bruno, 2014). También se logró demostrar que uno de cada tres jóvenes con ideación suicida puede llegar a desarrollar un plan suicida durante su juventud y que un 60 por ciento de los que desarrollan un plan, lo ejecutan y mayoritariamente dentro del primer año de la aparición de la ideación (Tinari de Platini, Salvo, de la Parra y Katabián, 2017).

Tabla 1. Principales factores de riesgo, precipitantes y protectores de la conducta suicida

FACTORES DE RIESGO	INDIVIDUALES	Trastornos mentales	Depresión mayor, abuso de drogas, trastornos de: ansiedad, bipolar, psicóticos, personalidad, conducta alimentaria
		Factores psicológicos	Desesperanza, rigidez cognitiva, déficit de resolución de problemas, baja autoestima
		Género	Varones: más suicidios consumados Mujeres: más tentativas de suicidio
		Otros	Enfermedades físicas, discapacidad o dolor crónico, intentos previos de suicidio
	FAMILIARES CONTEXTUALES	<ul style="list-style-type: none"> - Historia familiar de suicidio - Eventos familiares estresantes - Exposición al suicidio - Factores sociofamiliares: falta de apoyo en la familia, rigidez en creencias, nivel socioeconómico, situación laboral y bajo nivel educativo 	
OTROS	<ul style="list-style-type: none"> - Historia de maltrato físico y abuso sexual - Acoso por parte de iguales (<i>bullying</i> o <i>ciberbullying</i>) - Fácil acceso a medios de suicidio 		
FACTORES PRECIPITANTES	<ul style="list-style-type: none"> - Problemas con el grupo de iguales (peleas, rupturas amorosas, cambio de grupo, primeras relaciones, etc.) - Acontecimientos vitales estresantes - Dificultades escolares - Preocupaciones o rumiaciones sobre suicidio - Factores psicológicos o personales - Conflictos familiares 		
FACTORES PROTECTORES	<ul style="list-style-type: none"> - Habilidades de resolución de problemas - Estrategias de afrontamiento positivas - Actitudes y valores positivos hacia la vida - <i>Locus</i> de control interno - Relaciones personales cercanas y satisfactorias (con la familia, amigos, etc.) - Buen nivel educativo - Creencias religiosas 		

Fuente: Fonseca Pedrero y Díez Gómez del Casal (2018)

En función de lo expuesto y la fuente de información seleccionada, el presente trabajo se acota al análisis de factores de riesgo y protectores en la faceta de la ideación

suicida en población adolescente escolarizada, entre 13 y 15 años de edad, en Argentina. A continuación, se profundiza sobre estos aspectos.

Fuente de información y metodología

El trabajo utiliza como fuente de información la Encuesta Mundial de Salud Escolar de 2012 en Argentina. Esta encuesta, desarrollada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), revela datos sobre los comportamientos y factores de riesgo y de protección en alumnos y alumnas de nivel secundario, relacionados con las principales causas de enfermedad y muerte entre los jóvenes y adultos. En Argentina, la muestra es representativa de alumnos y alumnas de 1º a 3º año de educación media a nivel nacional (8º EGB a 1º polimodal en el caso de Provincia de Buenos Aires) y provincial. Se seleccionaron 25 escuelas por provincia y se encuestaron 20.712 estudiantes entre 13 y 15 años, con una tasa de respuesta global de 74 por ciento. El cuestionario de la encuesta fue autoadministrado y anónimo (MSAL, 2013).

Tabla 2. Distribución por edad y sexo de la muestra

Edad	Mujer	Varón	Total
13	26,9	27,9	27,4
14	40,8	37	39
15	32,3	35,1	33,6
Total	100	100	100
n=	10.884	9.828	20.712

Fuente: Elaboración propia en base a Encuesta Mundial de Salud Escolar. Argentina, 2012

Como métodos de análisis, se aplicaron modelos de regresión logística con variable dependiente si *tuvo 1 o más intentos de suicidio* (1. Tuvo uno o más intentos; 0. No tuvo intentos). Se interpretan los coeficientes $\exp(b)$, que corresponden a los *odds ratios* y que pueden leerse como “cuántas más chances tiene una o un adolescente de 13 a 15 años de experimentar un intento de suicidio cuando presenta cierta característica (haber sido víctima de *bullying*, por ejemplo) respecto de quien no la presenta”.

Como factores de riesgo se consideraron el género y el haber sufrido alguna de las siguientes situaciones en los últimos 12 meses: víctima de agresión física; haber participado en pelea; haber sufrido lesión grave; ser víctima de *bullying*; se sintió solo;

sin amigos cercanos; sintió hambre en el último mes; insomnio por preocupación; haber fumado cigarrillo antes de los 14; fumar actualmente; consumido alcohol antes de los 14; estar alcoholizado en el último mes; consumo de drogas antes de los 14; haber fumado marihuana en el último mes. Cabe aclarar que el nivel socio económico (medido en la encuesta a partir del nivel educativo de los padres) no fue incorporado debido a que los datos de esta variable no fueron publicados en los microdatos.

Como factores protectores: realizar actividad física, por más de 60 minutos, al menos un día en la semana; si los padres revisan las tareas; si los padres comprenden los problemas; si los padres conocen la actividad en el tiempo libre.

Para indagar respecto de si los factores de riesgo se “potencian” o si los factores de protección neutralizan el efecto de los factores de riesgo, en los modelos de regresión se incorporan los términos de relación condicional o interacción. Se recuerda que se dice que existe interacción cuando la asociación entre dos variables (una dependiente y una independiente) varía según los diferentes niveles de otra u otras variables. A modo de ejemplo, si se plantea que el haber sido víctima de agresión física (considerado “el factor” en el ejemplo) influye sobre la ideación suicida y no se plantea un término de interacción en el modelo, se da por supuesto que el efecto de este factor sobre la ideación suicida es el mismo para todas las personas, independientemente del comportamiento de otras variables.

Por el contrario, si se sospecha que el efecto de dicho factor es diferente para varones que para mujeres (sexo es la segunda variable independiente), se debe introducir en el modelo un término que plantee la interacción entre el factor y sexo. La lectura de los resultados se realiza de la siguiente manera: si el coeficiente de dicho término de interacción es significativo, implica que efectivamente el efecto es diferente para varones y mujeres. Para el grupo de la categoría de referencia (varones en nuestro caso), el efecto, en términos de *odds ratios*, será el que corresponde al coeficiente del factor. Para el grupo de mujeres, el efecto del factor se calcula multiplicando el coeficiente del factor por el coeficiente del término de interacción. Se consideran significativos los resultados con $p < 0.05$.

Es importante mencionar, dada la sensibilidad del tema, que la asociación entre variables no implica que una sea la causa o el factor determinante del suicidio, sino que debe ser interpretado como que ante la presencia de dicho factor es posible que aumente el riesgo de suicidio.

Asimismo, cabe recordar que la fuente de datos es una encuesta en la que el/la

joven “reporta” haber pensado o planificado un suicidio. De manera que es posible que los niveles se encuentren sobre o subestimados.

Otra de las advertencias refiere a que la muestra fue realizada en 2012 y constituye la fuente más actualizada al momento y que si bien no representa a toda la población adolescente de 13 a 15 años, sino que refiere solamente a la escolarizada, sí es representativa a nivel nacional.

Resultados y discusiones

La encuesta incorpora tres preguntas relacionadas a la ideación suicida y al suicidio en los últimos 12 meses: si consideró la posibilidad de suicidarse, si hizo un plan de suicidio y si tuvo uno o más intentos de suicidio. Los resultados muestran que alrededor de un 16 por ciento de las y los alumnos respondieron positivamente a alguna de estas preguntas. Se observan diferencias importantes según sexo, ya que la proporción de mujeres que declara haber experimentado alguna de estas situaciones representa casi el doble que en los varones (ver Tabla 3).

Respecto de los factores de riesgo, puede afirmarse, a grandes rasgos, que los varones están más expuestos que las mujeres a situaciones de violencia física (como víctima de agresión física, 30 por ciento de varones y 20 por ciento de mujeres; participación en pelea, 44,6 por ciento varones y 24 por ciento de mujeres) y a consumo de alcohol y drogas, aunque con diferencias menos marcadas. Las situaciones de soledad o insomnio son más frecuentes entre las mujeres. Se observa que alrededor de un 23 por ciento ha sufrido situaciones de *bullying* en el último mes, sin diferencias significativas entre varones y mujeres (Tabla 3).

En cuanto a los factores que pueden considerarse como protectores, se observa una mayor proporción de varones que realizan actividad física. No existen grandes diferencias entre varones y mujeres en la proporción que recibe alguna contención de los padres (Tabla 3).

Tabla 3. Prevalencia de ideación suicida, de factores de riesgo y factores protectores. Estudiantes escolarizados de 13 a 15 años. En porcentajes sobre varones, mujeres y total

Ideación e intento suicida	Varón	Mujer	Total
Consideró la posibilidad de suicidarse	11,3	21,7	16,7
Hizo un plan de suicidio	11,6	19,2	15,6
Tuvo uno o más intentos de suicidio	13,4	18,0	15,8
Factores de riesgo			
Víctima de agresión física último año	30,0	19,5	24,6
Participó en pelea último año	44,6	24,0	33,9
Lesión grave último año	37,0	22,0	29,3
Víctima de <i>bullying</i> último mes	23,2	22,2	22,7
Se sintió solo último año	5,7	12,8	9,4
Insomnio por preocupación	5,7	11,8	8,8
Sin amigos cercanos	6,4	4,6	5,5
Sintió hambre en el mes	4,6	3,0	3,8
Cigarrillo antes de los 14	26,8	25,0	25,9
Alcohol antes de los 14	49,9	43,0	46,3
Alguna vez alcoholizado	31,7	28,9	30,2
El alcohol le generó problemas (enfermedad, faltar a la escuela, pelea con familiares)	21,2	20,9	21,0
Drogas antes de los 14	7,5	4,6	6,0
Alguna vez marihuana	12,1	7,7	9,8
Marihuana último mes	8,7	5,4	7,0
Alguna vez anfetaminas	3,6	1,8	2,7
Faltar a clases sin permiso	32,5	29,6	31,0
Factores protectores			
Actividad física	34,5	20,9	27,5
Padres entienden problemas	44,7	47,7	46,3
Padres conocen actividad tiempo libre	47,1	55,5	51,4
Padres chequean tarea	31,1	27,7	29,3
Total	100,0	100,0	100,0
n=	9.828	10.884	20.712

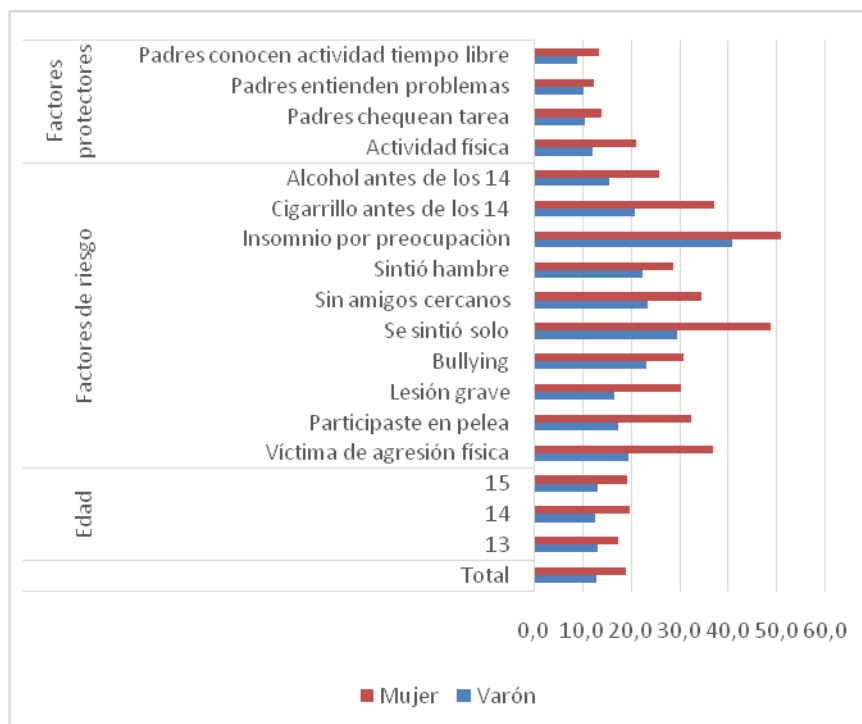
Fuente: Elaboración propia en base a Encuesta Mundial de Salud Escolar. Argentina, 2012.

Un primer acercamiento a la relación entre estos factores y la realidad de haber tenido al menos un intento de suicidio se presenta en el gráfico 1. Allí se observa cómo las mujeres tienen mayor predisposición que los varones (19 por ciento vs. 13 por ciento)

y cómo, en general, ante la presencia de otros factores, también considerados de riesgo, aumenta la proporción de varones y mujeres que intentaron un suicidio. Mientras que, conforme también a lo esperado, ante la presencia de factores considerados protectores, efectivamente, las proporciones disminuyen. Estas evidencias ya habían sido presentadas, en cierta medida, en el informe oficial de esta encuesta (MSAL, 2013).

Se observa en el mismo gráfico que la edad no es un factor asociado, ya que las proporciones de jóvenes que tuvieron uno o más intentos de suicidio no varía con la edad.

Gráfico 1. Argentina. Porcentaje de estudiantes de 13 a 15 años que tuvieron uno o más intentos de suicidio en el último año. Por sexo y características seleccionadas



Fuente: Elaboración propia en base a Encuesta Mundial de Salud Escolar. Argentina, 2012.

Ahora bien, el efecto de cada uno de los factores de riesgo, ¿es el mismo para los varones que para las mujeres? Es decir, si ser víctima de agresión física incrementa el riesgo, ¿lo hace de igual manera para los niños y las niñas? Para responder a esta pregunta se analizan los modelos de regresión logística, prestando especial consideración al coeficiente de la relación condicional entre cada factor y el género.

En los modelos de la Tabla 4 se observa lo siguiente:

* En general, a lo largo de los modelos, se observa que las mujeres tienen alrededor de 1,5 veces más de chances de tener un intento de suicidio que los varones, independientemente de otros factores (M1 A M13).

* Más allá de ese riesgo, el hecho de haber participado en pelea o haber sido víctima de agresión física tiene un impacto mayor en las mujeres que en los varones. Como se observa en los modelos, un joven que ha sido víctima de agresión física tiene 2,2 veces más chances de tener un intento de suicidio que quien no ha sido víctima. En el caso de las mujeres, las chances por haber sufrido agresión física son 3,5¹ veces mayores a quienes no fueron víctimas, es decir, casi un 60 por ciento más que en los varones (M2).

* En el mismo sentido, un joven que ha participado en pelea tiene 2 veces más posibilidades de tener un intento de suicidio que quien no participó. En el caso de las mujeres, es de 2,8 veces, es decir un 30 por ciento más alto (M3).

* En el caso del *bullying*, es el único factor que tiene mayor impacto para los varones. Las chances en este grupo se incrementan en 3 veces, mientras que entre las mujeres se incrementa en 2,5 veces (M4).

* El impacto de sentimientos de soledad también es diferente para varones que para mujeres: mientras que para los varones triplica las chances, para las mujeres es de 5,6 veces superior (M5).

* El haber tenido problemas para dormir por preocupaciones y no tener amigos cercanos afecta de igual manera a los varones y a las mujeres, cada uno con sus niveles: el insomnio lleva a 5,4 las chances de experimentar un suicidio; no tener amigos las duplica (M6 y M7).

* Las experiencias de alcohol o cigarrillo antes de los 14 tienen efectos similares: aumentan las chances en un 80 por ciento tanto a varones como a mujeres (M8 y M10).

* La experiencia de drogas antes de los 14 tiene mayor impacto para las mujeres (M12).

* Fumar cigarrillo casi triplica el riesgo (2,84) para varones. Para las mujeres las cuadruplica (M9).

* Haberse alcoholizado casi duplica el riesgo en varones (1,9). Para las mujeres las triplica (M11).

* El consumo de marihuana cuadruplica las chances, tanto a varones como a

mujeres (M13).

Tabla 4.

Modelos de regresión logística con variable dependiente tuvo uno o más intentos de suicidio.

Variables independientes: factores de riesgo. Coeficientes exp(b). Modelos en columnas.

VARIABLES	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	M8	M9	M10	M11	M12	M13
Mujer	1,57**	1,53**	1,67**	1,74**	1,25**	1,36**	1,66**	1,98**	1,41**	1,88**	1,34**	1,75**	1,82**
Víctima de agresión física último año		2,21**											
Participaste en pelea último año			2,08**										
Bullying último mes				3,07**									
Soledad					3,11**								
Insomnio						5,43*							
No tiene amigos cercanos							2,33**						
Cigarrillo antes de los 14 años								1,79**					
Fuma cigarrillo									2,84**				
Alcohol antes de los 14										1,81**			
Alcoholizado											1,90**		
Drogas antes de los 14												1,72**	
Marihuana último mes													4,06**
Mujer*Factor		1,57**	1,35**	0,85*	1,82**	1,10	1,03	1,13	1,40**	1,00	1,68**	1,54*	1,04

** p<0.01; *p<0.05

Fuente: Elaboración propia en base a Encuesta Mundial de Salud Escolar. Argentina, 2012.

En la Tabla 5 se analiza el efecto de los factores considerados como protectores. Se observa que:

- * Realizar actividad física no modifica el riesgo ni para varones ni para mujeres.
- * La contención de los padres, que tiene un impacto positivo ya que reduce el riesgo, tiene mayor impacto en las mujeres que en los varones.
- * En el caso de los estudiantes cuyos padres les revisan las tareas, las chances se reducen a un 74 por ciento. En el caso de las mujeres, a un 59 por ciento².
- * Si los padres comprenden los problemas, a los alumnos las chances se les reducen a 63 por ciento. En las mujeres, a un 40 por ciento.
- * Cuando los padres conocen las actividades en el tiempo libre, para los varones, las chances se reducen a un 50 por ciento.

Tabla 5.

Modelos de regresión logística con variable dependiente tuvo uno o más intentos de suicidio. Variables independientes: factores protectores. Coeficientes exp(b). Modelos en columnas.

Variabes	M1	M2	M3	M4
Mujer	1,48**	1,69**	1,97**	1,89**
Realizar actividad física	0,99			
Padres revisan las tareas		0,74**		
Padres comprenden problemas			0,63**	
Padres conocen actividad tiempo libre				0,5**
Mujer*Factor	1,00	0,8*	0,63**	0,82**

**p<0.01; *p<0.05

Fuente: Elaboración propia en base a Encuesta Mundial de Salud Escolar. Argentina, 2012

Siguiendo en la línea de que el efecto de los factores no debe considerarse de manera aislada, en la Tabla 6 se avanza un poco más en las interrelaciones y se muestra un ejemplo de cómo los factores de riesgo se potencian cuando ocurren simultáneamente. Es decir que no solo cada uno aporta su impacto (o “se suman”, como se plantea en la introducción), sino que juntos potencian el riesgo. Para ilustrar, se analiza el caso del insomnio y el consumo de cigarrillo. En el modelo 1, se observa que cada variable incrementa las chances (haber sufrido insomnio incrementa en 4,4 veces el riesgo, fumar cigarrillo incrementa en 2,4 veces), pero el hecho de experimentar ambas situaciones simultáneamente aumenta estas chances en un 50 por ciento más. En el mismo modelo se observa que esa situación, para las mujeres, además, les incrementa un 30 por ciento el riesgo (M1).

En el siguiente modelo (M2) se agrega un factor protector. Se observa que, ante la situación descrita, si el joven declara tener un padre que conoce sus actividades de tiempo libre, el riesgo se reduce a un 60 por ciento y opera de igual manera en varones que en mujeres.

Tabla 6.

Modelos de regresión logística con variable dependiente tuvo uno o más intentos de suicidio. Variables independientes seleccionadas. Coeficientes $\exp(b)$. Modelos en columnas.

Variabes	M1	M2
mujer	1,27**	1,44**
QN23_Insomnio	4,40**	4,11**
QN29_cigarrillo	2,39**	2,2**
Padres conocen actividad tiempo libre		0,58**
QN23_Insomnio by QN29_cigarrillo	1,52**	1,6**
mujer by QN29_cigarrillo	1,32**	1,21**
Padres tiempo libre*Mujer		0,960

** $p < 0.01$; * $p < 0.05$

Fuente: Elaboración propia en base a Encuesta Mundial de Salud Escolar. Argentina, 2012

Reflexiones finales

Los resultados obtenidos han permitido establecer que todos los factores considerados tienen un fuerte impacto en el riesgo de experimentar un intento de suicidio. Además, cuando se analiza el término de relación condicional, se observa que el impacto de cada uno de ellos es diferente entre los varones y las mujeres, siendo estas últimas, en general, las más vulnerables. Asimismo, que el efecto combinado de distintos factores puede potenciar el riesgo de experimentar un intento de suicidio. Como se sostuvo desde el inicio, el suicidio se ha constituido en un grave problema de salud pública por lo cual los gobiernos son actores claves en el diseño e implementación de políticas públicas que aborden la temática. No obstante, políticas integrales, transversales y multisectoriales continúan siendo una materia pendiente.

Los especialistas coinciden en que las acciones de prevención son centrales para la detección temprana y posterior manejo eficaz para que las personas reciban una atención adecuada (Ansean, 2014). En este sentido, para una correcta prevención las claves son:

a) la detección e identificación del caso, por lo que es preciso disponer de herramientas que permitan una evaluación fiable y válida de la conducta suicida;

b) implementar tratamientos profilácticos eficaces empíricamente validados. Tanto en la evaluación como en la intervención, cuanto antes mejor (Fonseca-Pedrero y Díez Gómez del Casal, 2018).

Los resultados aquí expuestos colaboran en el primer aspecto, en cuanto permiten establecer en qué medida algunos factores de riesgo y protectores actúan potenciando o neutralizando la conducta suicida, distinguiendo las diferencias de su impacto entre varones y mujeres.

Para prevenir es igualmente importante la formación del conjunto de la sociedad en la temática, dando a conocer los diferentes factores de riesgo y protección, promoviendo la desconstrucción de los mitos, tabúes y estigmas en torno al tema, principalmente en instituciones públicas y privadas, particularmente las que trabajan con niños, niñas y adolescentes.

Diversos trabajos han logrado aportar evidencia empírica alrededor de los cinco principales mitos sobre el suicidio (Fonseca-Pedrero y Díez Gómez del Casal, 2018; Tinari de Platini *et al.*, 2017; UNICEF, 2019; MSAL, 2018; y OMS, 2000).

* *¿Preguntar a una persona si está pensando en suicidarse puede incitarla a hacerlo?* Se ha comprobado que hablar con ella disminuye el riesgo de consumar el acto.

* *“Las personas que manifiestan su deseo de acabar con su vida nunca lo harán”*: se ha demostrado estadísticamente que quienes han intentado suicidarse lo expresaron con antelación.

* *“Quien quiere suicidarse, no lo dice”*: por el contrario, nueve de cada diez personas que se suicidan lo expresan con claridad y la otra lo deja entrever.

* *“El suicidio es un acto impulsivo y por ende no se da aviso”*: sea planificado o no, se ha comprobado que las personas con conducta suicida siempre dan avisos directos o indirectos de sus intenciones.

* *“Sólo las personas con graves problemas se suicidan”*: como se ha expuesto más arriba, el fenómeno es multicausal, con lo cual los factores de riesgo no se corresponden únicamente a situaciones de extrema gravedad.

En este marco, la OMS (2014) sostiene que para dar una respuesta nacional al suicidio debe establecerse una estrategia de carácter nacional para su prevención. En Argentina, la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 reconoce a la salud mental

como un derecho humano y particularmente el “Plan Nacional de Salud Mental (PNSM) 2013-2018” contiene objetivos que apuntan a la promoción y prevención de la salud mental de las y los niños y adolescentes a través de la generación de dispositivos, programas y recursos para la detección temprana de problemas de salud mental y padecimiento psicosocial, y fortaleciendo la articulación entre los actores de los sectores educación, desarrollo social, organismo de protección de derechos, organizaciones de la sociedad civil y fuerzas de seguridad, entre otros, en el diseño e implementación de programas y abordajes del consumo problemático de sustancias en la infancia y la adolescencia (MSAL, 2013).

Además, desde 2012 atento al aumento de la tasa de suicidio en la población joven, el Ministerio de Salud de la Nación publica y actualiza los “Lineamientos para la atención del intento de suicidio en adolescentes”, dirigidos a profesionales y equipos de salud, a fin de ofrecer una atención adecuada (MSAL, 2012 y 2018).

No obstante, especialistas en el país coinciden en diagnosticar las falencias políticas a nivel nacional y subnacional para la construcción de una estrategia integral en el abordaje del suicidio, como así también en el sistema de salud al momento de elaborar las estadísticas, ya que persisten dificultades para discriminar correctamente las muertes accidentales de las intencionales, lo que provoca una subestimación importante de las tasas de suicidios (Altieri, 2007).

Finalmente, desde la OMS (2011) se sugiere la puesta en marcha de dispositivos de prevención del suicidio para adolescentes escolarizados que contemplen las diferencias de género y socioculturales del territorio con el objeto de promocionar el bienestar psicológico en las escuelas, mejorar el clima escolar y el aprendizaje emocional en los jóvenes y en el personal que trabaja en las instituciones, construir comunidades educativas basadas en la salud mental que cuenten con servicios de asesoramiento y consejo psicológico, lograr identificar personas de alto riesgo y la realización de análisis de las percepciones de las y los jóvenes en relación con el suicidio, como así también trabajar de manera integral la educación sexual, la reducción de riesgo en el consumo problemático de sustancias y la reducción del acoso escolar y la discriminación.

Referencias bibliográficas

ALTIERI, Deborah (2007). "Mortalidad por suicidios en Argentina Nivel, tendencia y diferenciales". Ponencia presentada en las *IX Jornadas Argentinas de Estudios de Población*. Huerta Grande, Córdoba, 1 y 2 de noviembre. Recuperado en: <https://www.aacademica.org/000-028/25> [consulta: enero de 2020].

ANSEAN, Andoni. (2014). *Suicidios: manual de prevención, intervención y postvención de la conducta suicida*. Madrid: Fundación Salud Mental.

APTER, Alan. (2001). Adolescent suicide and attempted suicide. En D. Wasserman (ed.), *Suicide, an unnecessary death*, pp. 181-195. London: Martin Dunitz.

AYUSO-MATEOS, José; BACA-GARCÍA, Enrique; BOBES, Julio; GINER, José; GINER, Lucas; y PÉREZ, Víctor. (2012). "Recomendaciones preventivas y manejo del comportamiento suicida en España". *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 5, 8-23.

CASULLO, María Martina. (1994): Comportamiento suicida adolescente. Epidemiología y prevención. En S. Quiroga (comp.), *Patologías de la autodestrucción en la adolescencia*, pp. 121-143. Buenos Aires: Kargieman.

FONSECA-PEDRERO, Eduardo y Díez Gómez del Casal, Adriana. (2018). "Conducta suicida y juventud: pautas de prevención para familias y centros educativos". *Revista de Estudios de Juventud*, 120, 35-46. Recuperado en: http://www.injuve.es/sites/default/files/2018/47/publicaciones/2._conducta_suicid_y_juventud._pautas_de_prevencion_pra_familias_y_centros_educativos.pdf [consulta: enero de 2020].

FORERO, Ingrid; SIABATO, Elsa y SALAMANCA, Yenny. (2017). "Ideación suicida, funcionalidad familiar y consumo de alcohol en adolescentes de Colombia". *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 15-1, 431-442. <http://revistaumanizales.cinde.org.co/rllcsnj/index.php/Revista-Latinoamericana/article/view%20/2974> [consulta: enero de 2020].

MSAL (MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN). (2012). *Lineamientos para la atención del intento de suicidios en adolescentes*. Buenos Aires: Autor.

MSAL (MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN). (2013). *2ª Encuesta mundial de salud escolar. Argentina 2012*. Buenos Aires: Autor. Recuperado en: http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000001599cnt-2014-09_encuesta-mundial-salud-escolar-2012.pdf [consulta: julio de 2019].

MSAL (MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN). (2016). "Estadísticas vitales. Información básica 2016". *Serie 5 - Número 60*. Buenos Aires: Autor.

MSAL (MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN). (2018). *Lineamientos para la atención del intento de suicidios en adolescentes*. Buenos Aires: Autor. Recuperado en: <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000879cnt-2018-lineamientos-atencion-intento-suicidio-adolescentes.pdf> [consulta: enero de 2020].

OMS (ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD). (2000). *Prevención del suicidio. Un instrumento para trabajadores de la atención primaria de salud*. Ginebra: Autor. https://www.who.int/mental_health/media/primaryhealthcare_workers_spanish.pdf [consulta: enero de 2020].

OMS (ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD). (2004). *Invertir en salud mental*. Ginebra: Autor.

OMS (ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD). (2011). *Riesgos para la salud de los jóvenes*. Ginebra: Autor.

OMS (ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD). (2012). *Public health action for the prevention of suicide: a framework*. Ginebra: Autor. Recuperado en: https://www.who.int/mental_health/publications/prevention_suicide_2012/en/ [consulta: enero de 2020].

OMS (ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD). (2014). *Prevención del suicidio: un imperativo global*. Ginebra: Autor. Recuperado en: https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/es/ [consulta: enero de 2020].

OPS (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD). (2014). *Mortalidad por suicidio en las Américas. Informe regional*. Washington D. C.: Autor. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/PAHO-Mortalidad-por-suicidio-final.pdf> [consulta: enero de 2020].

PANTELIDES, Edith; GOVEA, Julián; GAUDIO, Magalí; y BRUNO Matías. (2014). "Mortalidad adolescente por homicidio. Argentina y Provincia de Buenos Aires". Ponencia presentada en el VI Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población. Lima, Perú, 12-15 de agosto. Recuperado en: http://www.alapop.org/Congreso2014/DOCSFINAIS_PDF/ALAP_2014_FINAL97.pdf [consulta: enero de 2020].

REPETTO, Fabián y FLORITO, José. (2018). *Hacia un abordaje del suicidio en la adolescencia en la Provincia de Chaco*. Buenos Aires: CIPPEC – UNICEF. Recuperado en: <https://www.cippec.org/wp-content/uploads/2019/03/176-DT-PS-Hacia-un-abordaje-del-suicidio-en-la-adolescencia-en-la-Provincia-de-Chaco-Repetto->

[y-Florito-febrero-2018.pdf](#) [consulta: enero de 2020].

SERFATY, Edith; ANDRADE, Jorge; FOGLIA, Luis; MASAUTIS, Alicia; y NEGRI, Griselda. (2004): "Suicidio en adolescentes y jóvenes residentes en Argentina". *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 50-4, 281-288.

SOLA, Miriam. (2011). "Sociodemografía del suicidio en la población adolescente y joven en Argentina, 1999-2007". *Revista Argentina de Salud Pública*, 2-9, 18-23. Recuperado en: <http://rasp.msal.gov.ar/indice-msal.asp?id=30> [consulta: enero de 2020].

TINARI DE PLATINI, María del Carmen; SALVO, Miriam; DE LA PARRA, Inés; y KATABIÁN, Lucía. (2017). "Opinión de adolescentes y jóvenes argentinos sobre ser interrogados para la identificación del riesgo de suicidio". *La Prensa Médica Argentina*, 103-8, 466-478.

TURECKI, Gustavo y BRENT, David. (2016). "Suicide and suicidal behaviour". *The Lancet*, 387-10024, 1227-1239. Recuperado en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0140673615002342> [consulta: enero de 2020].

UNICEF (FONDO DE NACIONES UNIDAS PARA LA INFANCIA). (2019) *El suicidio en la adolescencia. La situación en la Argentina*. Buenos Aires: Autor. Recuperado en: <https://www.unicef.org/argentina/informes/el-suicidio-en-la-adolescencia> [consulta: enero de 2020].

Notas

¹ Este valor se obtiene multiplicando el coeficiente 2,21 del término "víctima de agresión física" y 1,57 del término de la relación condicional de dicha variable y sexo. Se realiza el mismo procedimiento a lo largo de la lectura de todos los modelos.

² De igual manera que en el caso de los factores de riesgo, este valor se obtiene multiplicando el coeficiente 0,74 de la variable "padres revisan las tareas" y 0,8 del término de la relación condicional de dicha variable y sexo.