

Opinión de adolescentes y jóvenes argentinos sobre ser interrogados para la identificación del riesgo de suicidio

Autores:

María del Carmen Tinari de Platini

Miriam Salvo

Inés de la Parra

Lucía Katabián

Colaboradores: Profesionales a cargo de Delegaciones de la Sociedad Argentina de Ginecología Infanto Juvenil de las Provincias de Buenos Aires y Capital Federal, Córdoba, La Rioja, Salta y Santiago del Estero. Dra. Alejandra Giurgiovich, Patricia Villabrille, María Laura Lovisolo, Clara Di Nuncio, Mariela Orti, Paula Califano, Miriam Salvo, Silvia Bonsergent, Margarita Fuster, Carolina Vera, Andrea Davico, María de los Ángeles Gómez.

Contacto: tinariplatini@arnet.com.ar
Dra. María del Carmen Tinari de Platini
Delegada Provincial Stgo Estero de SAGIJ
Docente Universidad Nacional Santiago del Estero. Argentina.

Resumen

En Argentina hay 17,4 casos de suicidios de niños y jóvenes por semana, y sobre 3.202 casos registrados en el año 2015, 905 fueron en niños, adolescentes y jóvenes. Un alto % de ellos tuvieron contacto con el sistema de salud en el año previo de su muerte, por ello la detección es un primer paso hacia su prevención. El objetivo general: *analizar la opinión que tienen los adolescentes y jóvenes de cinco provincias argentinas acerca de ser interrogados en el marco de los sistemas de salud con el objeto de identificar los que presentan riesgo de suicidio.*

El estudio es *observacional, descriptivo y de corte transversal.* La *población* fue de 1.153 adolescentes y jóvenes (10-24 años) asistentes a establecimientos educativos públicos y privados, y usuarios servicios de salud pública o privada de las provincias argentinas de Buenos Aires (325), Santiago del Estero (322), La Rioja (301), Córdoba (128) y Salta (77). Se utilizó un muestreo intencional, y se aplicó un cuestionario semi-estructurado. Se utilizó un abordaje cuantitativo y tratamiento cualitativo de algunas variables.

El promedio de edad fue 17.2 años, con respecto al *sexo* predominaron las mujeres, y al *estrato social* el medio. Un 68,7% nunca fueron consultados por su estado de ánimo, y a 8 de cada 10 tampoco se les preguntó por autolesiones. Les cuesta muchísimo expresarse sobre estos temas. Pero un 87% considera importante que los profesionales les preguntemos sobre estos temas, y lo perciben como un problema dentro de la sociedad, sobre todo en las provincias donde el suicidio es más alto. Nuestros adolescentes y jóvenes están de acuerdo en ser interrogados sobre la problemática de suicidio, por ello no debemos perder la oportunidad, más allá del motivo de consulta, considerando es parte de nuestro trabajo y responsabilidad.

Palabras Claves: suicidio, adolescentes, intento de suicidio, conducta suicida, prevención del suicidio.

Abstract

In Argentina there are 17.4 cases of suicides of children and young people per week, and of 3,202 cases registered in 2015, 905 were in children, adolescents and young people. A high percentage of them had contact with the health system in the year before their death, so detection is a first step towards prevention. The general objective is to analyze the opinion of adolescents and young people in five Argentine provinces about being questioned within the framework of health systems in order to identify those at risk of suicide.

The study is observational, descriptive and cross-sectional. The population was 1,153 adolescents and young people (10-24 years old) attending public and private educational institutions, and users of public or private health services in the Argentine provinces of Buenos Aires (325), Santiago del Estero (322), La Rioja (301), Córdoba (128) and Salta (77). Intentional sampling was used, and a semi-structured questionnaire was applied. We used a quantitative approach and qualitative treatment of some variables.

The average age was 17.2 years, with respect to the sex predominated the women, and to the social layer the means. 68.7% were never consulted for their state of mind, and 8 out of 10 were also not asked about self-harm. They have a hard time expressing themselves on these issues. But 87% consider it important for professionals to ask about these issues, and perceive it as a problem within society, especially in the provinces where suicide is highest. Our adolescents and young people agree to be questioned about the problem of suicide, so we should not miss the opportunity, beyond the reason for consultation, considering it is part of our work and responsibility.

Keywords: suicide, adolescents, attempted suicide, suicidal behavior, suicide prevention.

1. Introducción

A nivel global, casi un millón de personas mueren por suicidio cada año¹, siendo ésta una causa principal de muerte para los jóvenes². Se advierte además tanto en el mundo como en Argentina un aumento del problema en la población infanto juvenil^{1,3}.

El suicidio es una cuestión de salud pública, por ello, en la mayoría de los países, la tasa de suicidio es considerada como un indicador de la salud mental de su población⁴. A pesar de su origen multifactorial, la OMS señala que la prevención y el tratamiento adecuado de la depresión, abuso de alcohol y otras sustancias, así como de quienes han intentado suicidarse, permite la reducción de las tasas de suicidio^{5,6}.

Según datos del Ministerio de Salud de la Nación⁷, en Argentina hay 17,4 casos de suicidios de niños y jóvenes por semana, y sobre 3.202 casos registrados en el año 2015, 905 correspondieron a jóvenes y adolescentes entre 5 y 24 años. De ellos, 1 pertenecía al grupo de 5-9 años, 438 casos eran adolescentes (60 en el grupo de 10-14 y 378 en el de 15-19, totalizando un 25%) y 466 eran jóvenes de 20-24 años (20%), representando el 28,26% del total de los suicidios, siendo la segunda causa de muerte entre los adolescentes y jóvenes hasta la actualidad.

En relación a las diferentes provincias argentinas se calculó en base a datos del Ministerio de Salud de Nación⁷ las tasas de suicidio infanto juvenil (5-24 años), ocupando el primer lugar Salta con una tasa de 17,46 por cien mil, en segundo lugar Catamarca con el 14,46 por cien mil, seguidas por Tucumán con el 13,49 por cien mil, Jujuy con 12,88 por cien mil y La Rioja con una tasa de 12,08 por cien mil (ver Tabla en Anexo 1).

Las razones que llevan a un adolescente a quitarse la vida son complejas, pero en general siempre están precedidas por signos de alarma que es necesario identificar. Existe una larga lista de factores de riesgo, y se observa una alta comorbilidad con los trastornos depresivos, trastorno bipolar y esquizofrenia^{8,9,10,11,12,13}. Aunque se han presentado casos en niños menores de 10 años, sin embargo, 50% de las enfermedades mentales comienzan en la infancia, por lo que es un período crítico para aprovechar y poder intervenir².

Según Rhodes¹⁴ un 80% de los sujetos tuvieron contacto con el sistema de salud en el año previo de su muerte, por lo general con un médico ambulatorio y (o) el servicio de urgencias. Estas personas no entran en el consultorio médico y dicen: "Quiero matarme"; sino que con frecuencia se presentan con quejas somáticas (por ejemplo, dolores de cabeza, de estómago), y no podrán hablar de sus pensamientos suicidas a menos que se les pregunte directamente².

Preguntar a los jóvenes sobre los pensamientos y comportamientos suicidas, sobre todo cuando el niño o adolescente no se presentó al servicio de urgencias por una razón de salud mental, pueden generar una preocupación en el paciente, los padres y el personal¹⁵. Si bien la detección de riesgo de suicidio no está asociado con un riesgo iatrogénico de inducir el comportamiento suicida¹⁶, la pregunta importante surge de cómo niños y adolescentes responderán al ser preguntados sobre el tema durante una visita¹⁵ por otra causa.

Para Horowitz² existe la preocupación acerca de cómo manejar a los pacientes en los cuales se los interroga y el *test da positivo*. El paciente tiene el síntoma, pero si el profesional de la salud no lo investiga pierde la oportunidad de detectarlo y el joven no obtendrá la ayuda que necesita. Otro obstáculo sobre el suicidio es el *mito iatrogénico*. Muchos, (incluyendo los profesionales de la salud), todavía creen en el favorecimiento del suicidio al investigarlo.^{2,17,18}.

Hoy en nuestra sociedad la detección de adolescentes y jóvenes en riesgo de suicidio es una gran preocupación, y es un primer paso hacia su prevención², como sugiere la OMS en sus últimos estudios del 2014⁶. Es necesario avanzar en el tema, por ello surge el planteo de saber qué opinan ellos, tratando de derribar mitos entre los profesionales, sobre todo el de no hablar ni preguntar sobre la problemática, y así poder llegar a este grupo antes de que cometan el intento.

Así el objetivo general de este estudio se relaciona con: *Analizar la opinión que tienen los adolescentes y jóvenes de cinco provincias argentinas acerca de ser interrogados en el marco de los sistemas de salud con el objeto de identificar los que presentan riesgo de suicidio.*

Para el logro del objetivo propuesto se plantearon objetivos específicos como:

- 1) Identificar si consideran al suicidio infanto-juvenil como un problema dentro de la sociedad.
- 2) Determinar si alguna vez algún profesional de la salud les preguntó acerca de su estado de ánimo o de hacerse daño a sí mismo.
- 3) Determinar si les parece útil que se les interroge sobre este tema.
- 4) Establecer si no se le pregunta, si el/la adolescente lo contaría espontáneamente.
- 5) Analizar si la problemática planteada les preocupa y saber los motivos y razones de tal preocupación.
- 6) Establecer comparaciones en relación a las opiniones de los adolescentes y jóvenes con respecto al sexo, edad, procedencia y nivel socioeconómico.

1. Material y Métodos

El presente estudio es de tipo *observacional, descriptivo y de corte transversal*, siendo las fuentes de información primarias.

La *población* estuvo conformada por los adolescentes y jóvenes (10-24 años) asistentes a 9 establecimientos educativos pertenecientes al nivel público y privado, y usuarios de servicios de salud pública o privada de las provincias argentinas de Buenos Aires, Córdoba, La Rioja, Salta y Santiago del Estero.

Criterios de elegibilidad: se incluyeron a los adolescentes y jóvenes (10-24 años) concurrentes a los servicios de salud -para adolescentes, jóvenes y de ginecología infantojuvenil-, y al sistema educativo –nivel secundario, terciario o universitario-, y que además desearan participar.

Técnicas de muestreo: se seleccionaron adolescentes y jóvenes de ambos sexos con edades comprendidas entre los 10 y 24, y se utilizó un muestreo intencional, ya que por dificultades en la implementación en las distintas provincias, el mismo no pudo ser probabilístico.

Consideraciones éticas: se llevó a cabo un Consentimiento Informado para la realización de la investigación y el protocolo fue evaluado por el Comité de Bioética de los diferentes hospitales o centros de salud donde se llevó a cabo la investigación. En caso de instituciones educativas se solicitó a los directivos la autorización de los padres a participar de la encuesta en los casos que fuera necesario, y el asentimiento informado firmado por todos los participantes.

El presente trabajo de investigación cumple con las guías éticas internacionales vigentes para la realización de estudios con seres humanos, redactadas en la Declaración de Helsinki¹⁹. Se ajustó a la Ley Nacional de Protección de Datos Personales 25.326 (Habeas Data) para proteger la identidad y los datos del paciente, garantizando el absoluto anonimato y confidencialidad de toda la información producto de la presente investigación. Se garantizó que la participación fuera voluntaria y libre de influencia indebida, incentivo indebido o coerción.

Variables en estudio: dentro de las variables sociodemográficos se determinó:

Edad: se expresa en años, y corresponde al tiempo que ha vivido el/la adolescente contando desde su nacimiento.

Sexo: característica fenotípica que diferencia al varón de la mujer. Se considerará el que refiere el/la adolescente, ya sea masculino o femenino u otro.

Nivel de instrucción: se tomará el grado más alto completado, dentro del nivel más avanzado que ha cursado el entrevistado, de acuerdo a las características del sistema educacional del país, considerando tanto los niveles secundario, terciario y universitario del sistema educativo.

Estrato social: se clasifican en tres grupos en relación a la ocupación de los padres: ABC1, C2C3, y DE. La clasificación socioeconómica se estructuró sobre el cálculo de la Asociación Argentina de Marketing en ABC1 (Empresarios, Profesionales), C2C3 (Técnico Profesional y Técnicos) y DE (Operarios y Sin Calificación), en donde ABC1 representa al grupo de mayores recursos (clase alta y media alta); el C2C3, a la clase media y media baja; y el DE, a la clase baja^(20,21).

Lugar de residencia: es la localización geográfica o dirección o lugar donde el alumno vive al momento de la encuesta. Se considerará en esta investigación la provincia de origen.

Con respecto a la variable *Opinión sobre interrogar para la identificación de adolescentes y jóvenes en riesgo de suicidio:* tiene que ver con las ideas, juicios o conceptos que un adolescente o joven tiene o se forma acerca de que un profesional de la salud los interroge acerca de identificar en estos grupos los que presenten riesgo de suicidio. La misma incluyó dimensiones como:

- Ser consultados por los médicos acerca de su estado de ánimo y hacerse daño a sí mismo (autolesiones).
- La utilidad de que un profesional de la salud los interroge sobre este tema.
- Expresión en forma espontánea del problema del suicidio.
- Importancia que ellos otorgan acerca de ser interrogados sobre la temática.
- El considerar al suicidio en la adolescencia como un problema dentro de la sociedad.
- Si es un tema que les preocupa y cuáles son los motivos.

Instrumentos de recolección de datos: se utilizó un cuestionario semi-estructurado diseñado ad-hoc (ver anexo), el cual contaba con preguntas cerradas y abiertas. El mismo fue respondido en forma anónima.

Procesamiento y análisis de datos: se llevó a cabo un abordaje de tipo cuantitativo y tratamiento cualitativo de algunas de las variables. El análisis cuantitativo se efectuó mediante el software estadístico InfoStat. En relación a los procedimientos estadísticos se utilizaron medidas de tendencia central. Se complementó con tablas de contingencia. Se realizó test hipótesis con nivel de significación del 5% ($p < 0,05$).

Se utilizaron para la investigación: recursos *institucionales* que incluyen centros de salud y educacionales, *humanos* conformados por todos los profesionales intervinientes en las encuestas y *materiales* los que incluyen papelería para encuestas y recursos tecnológicos (computadoras) para procesamiento y análisis de los datos.

2. Resultados

2.1. Aspectos sociodemográficos

Se encuestó un total de 1.153 adolescentes y jóvenes, pertenecientes a cinco provincias de la República Argentina, entre las cuales se encuentran: Buenos Aires, Santiago del Estero, La Rioja, Córdoba y Salta, como se observa en la Tabla 1.

Procedencia	Frecuencia	Porcentaje
Buenos Aires	325	28,2
Santiago del Estero	322	27,9
La Rioja	301	26,1
Córdoba	128	11,1
Salta	77	6,7
Total	1153	100,0

En las provincias de Buenos Aires, Santiago del Estero y La Rioja se llevó a cabo una cantidad similar de encuestas, a diferencia de Córdoba y Salta en las cuales la proporción fue menor.

En lo referente a la *edad* el promedio de la misma fue de 17.2 años, la mediana de 17 años, con un mínimo y un máximo entre 10 y 24 años. Con respecto al *sexo* predominaron las mujeres sobre los varones en una relación de casi 8 a 2 -(77,1% de mujeres y 22,3% de varones y 0,6% que refirió otro sexo)-, lo que se relacionó con que la atención en ginecología infanto-juvenil es sobre todo en mujeres, excepto aquellos casos en que las adolescentes son acompañadas por sus parejas. Los varones fueron fundamentalmente encuestados en el sistema educativo.

En cuanto al *estrato social* un 13.9% pertenecía al estrato alto, un 61.4% al medio y un 24,8% al bajo. En Santiago del Estero predominó el estrato social bajo con un 37% (119); en las otras provincias el estrato social de pertenencia más frecuente es el medio, cuyos valores oscilaron entre un 66% (214) en Buenos Aires a un 80% (62) en Salta. Se puede decir que existe evidencia para asegurar que Santiago del Estero se diferencia del resto de las provincias estudiadas en cuanto al estrato social ($p < 0.0001$).

A continuación se presentan los resultados de las variables utilizadas con el objetivo de evaluar la opinión de los adolescentes en relación a interrogar desde el sistema de salud, con el propósito de identificar a los adolescentes en riesgo de suicidio.

2.2. Indagación por parte de los profesionales de la salud sobre el estado de ánimo y autolesiones en los adolescentes.

Los adolescentes y jóvenes refirieron que son pocos los profesionales de la salud que les preguntaron sobre estos temas en el marco de una consulta (Tabla 2), pero se observó que fueron más interrogados por su estado de ánimo que por el hacerse daño a sí mismo (autolesiones).

Se constata al analizar sobre el *consultar por el estado de ánimo* que, a mayor edad de sus pacientes los profesionales indagaron más, siendo de 24% para el grupo de 10-14 años, de 27,1% en los de 15-19 años, hasta un 35,8% en los mayores de 20 años ($p < 0.0001$).

Tabla 2: Preguntarles por el estado de ánimo y autolesiones

n=1153	No		Si		No se	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%
Estado ánimo	792	68,7	328	28,4	33	2,9
Autolesiones	947	82,1	174	15,1	32	2,8

Además se interrogó más por el estado de ánimo a las mujeres (31,2%) que a los varones (18,7%) ($p < 0,0001$), y con respecto al estrato social se comprobó que

el medio es el más indagado, con una frecuencia de 31,6%, disminuyendo en el bajo a un 26,9% y más aún en el alto con un 17% ($p = 0,003$).

La pregunta por *hacerse daño a sí mismo (autolesiones)* la realizó una menor cantidad de profesionales, siendo la frecuencia del 15%, no existiendo diferencias en los distintos grupos etarios (13,4% (20) en el grupo de 10 a 14 años, 16,5% (121) en el grupo de 15 a 19 años y 13,9% (33) para los de 20 a 24 años, $p = 0,468$).

Al considerar el sexo se les preguntó a un 8,2% de varones y al 17,2 de las mujeres, siendo estas diferencias significativas ($p < 0.0001$). En cuanto al estrato social, no se detectaron diferencias significativas (11,3% estrato alto, 15,6% en el medio y 16,1% en el bajo; $p = 0,265$).

2.3. Sobre la utilidad de que un profesional los interroge acerca de esta problemática

Para los adolescentes y jóvenes investigados es importante que se los interroge acerca del tema, ya que el 73,9% consideró *útil que se le pregunte*, un 14,8% no sabía y el 11,3% pensó que no era útil.

Aquí también existe correspondencia con la edad, ya que los porcentajes van desde el 64,8% en el grupo de 10-14 años a 71,5% en el de 15-19 años y 87,5% en los de 20-24 años ($p < 0,0001$).

No hubo diferencias según el sexo (masculino 71,6% (184), femenino 74,6% (663); $p=0,501$), pero sí en lo referente al estrato social, ya que quienes lo consideran más útil son los del estrato medio con un 79,8%, 67,5% en el bajo y 59,1% en el estrato alto.

2.4. Acerca de la expresión espontánea del problema del suicidio

Los adolescentes no se expresan abiertamente sobre el tema del suicidio ya que los incomoda, los atemoriza y hasta los avergüenza, excepto que el profesional de la salud los interroge sobre esta situación (Tabla 3).

Tabla 3: Expresión espontánea del problema del suicidio en adolescentes		
n=1153	Frecuencia	Porcentaje
No	554	48,0
Si	286	24,8
No sé	313	27,1
Total	1153	100,0

Casi la mitad de adolescentes y jóvenes no hablan de este tema espontáneamente, del resto casi un cuarto no sabe qué hacer y otro grupo

sí se lo diría al profesional, no existiendo diferencias por un lado en relación a la edad (27,7% (44) para los de 10 a 14 años, 24% (181) en los de 15 a 19 años y 25,4% (61) en los de 20 a 24 años; $p=0,392$) y por otro en el sexo (22,6% (58) masculino y 25,5% (227) femenino; $p=0,710$).

Sí se encontraron diferencias al considerar el estrato social ya que le dirían a su médico el 15% (24) de los adolescentes y jóvenes de los estratos altos, el 25,8% (183) de los del medio y el 27,6% (79) dentro de los del estrato social bajo ($p=0,042$).

2.5. La importancia que ellos otorgan a ser interrogados sobre el tema del suicidio

Los adolescentes a pesar de no hablar sobre el suicidio, consideraron muy importante que los profesionales de la salud les pregunten acerca de esta problemática (Tabla 4).

Tabla 4: Importancia de ser interrogados sobre el tema del suicidio		
n=1153	Frecuencia	Porcentaje
No	63	5,5
Si	1005	87,2
No se	85	7,4
Total	1153	100,0

Casi 9 de cada 10 de los entrevistados piensan que es importante hablar sobre estos temas y que los profesionales de la salud los consulten.

También sostuvieron que era conveniente preguntar el 77,4% (123) del grupo de 10 a 14 años, el 86,6% (653) del de 15-19 años y el 95,4% (229) del grupo mayor de 20 años, siendo estas proporciones significativamente diferentes ($p<0,0001$).

Con respecto al sexo no se encontraron diferencias significativas (mujeres 88,3% vs varones 82,9%, $p=0,075$).

En cuanto al estrato social el 90,8% (643) del estrato medio, seguido por el bajo con un 82,2% (235) y finalmente el alto con un 79,9% (127) consideran importante hablar sobre estos temas y que los profesionales los consulten. Existe evidencia suficiente para asegurar que estas proporciones son significativamente diferentes ($p < 0,0001$).

2.6. Si consideran al suicidio un problema dentro de la sociedad y si les preocupa

Se destaca que el 80,4% de adolescentes y jóvenes consideran esta temática como un *problema dentro de la sociedad*, existiendo relación con la edad, ya que la percepción es del 67,1% en el grupo de 10-14 años, del 80,9% en el de 15-19 años y del 87,5% en el mayor de 20 años ($p < 0,0001$), no existiendo diferencias en relación al sexo ($p = 0,788$).

Los adolescentes de clase media son los que lo califican en mayor porcentaje como un problema social en un 83,8% (593), el 78% (124) de los de clase alta y el 73,4% (210) de los de clase baja, siendo estas diferencias significativas ($p < 0,0001$).

También se los consultó sobre si era un *tema que a ellos les preocupaba*, constatando que siete de cada diez dijeron que sí, un 6,2% que no sabía y el 23,7% que no (Tabla 5).

n=1153	Frecuencia	Porcentaje
No	273	23,7
Si	809	70,2
No se	71	6,2
Total	1153	100,0

La preocupación va aumentando con la edad, desde un 65,4% en el grupo de 10-14 años, un 67,6% en el medio, hasta un 81,3% en los mayores de 20 años

($p = 0,001$).

Es un tema que inquieta más a las mujeres 72,7% contra un 61,1% en los varones ($p = 0,004$). Además se observó que es a los grupos de estratos sociales medios y bajos a quien más les intranquiliza el problema (58,5%, 74,2% y 66,85% respectivamente $p < 0,0001$).

2.7. Análisis comparativo entre las diferentes provincias argentinas analizadas

Se realizó una comparación entre las cinco provincias participantes tomando en consideración las respuestas positivas de todas las dimensiones de la variable opinión de los adolescentes sobre ser interrogados para la identificación de adolescentes y jóvenes en riesgo de suicidio (Tabla 6).

Al llevar a cabo el estudio comparativo resultó estadísticamente significativo que en la provincia de la Rioja es donde más se indaga a los adolescentes sobre su estado de ánimo. En Buenos Aires es el lugar en que más se los interroga sobre hacerse daño a sí mismos (autolesiones). Los adolescentes y jóvenes de Córdoba son los que más hablarían

espontáneamente contando su problema y si bien a todos les parece útil que se les pregunte ellos son quienes tienen la frecuencia más alta.

Salta es la provincia en la cual les parece útil preguntarles sobre este tema, pero también son los que lo consideran un mayor problema social y a quienes más les preocupa esta situación, dado que es el lugar de Argentina con el mayor número de suicidios en adolescentes y jóvenes según las estadísticas publicadas por el Ministerio de Salud de Nación en el año 2016.

Tabla 6: Comparación por provincias sobre opinión para identificar adolescentes y jóvenes en riesgo de suicidio.

Provincias n: 1153	Bs. Aires (n=325)	Córdoba (n=128)	La Rioja (n=301)	Salta (n=77)	Stgo. Est. (n=322)	P value
Si les preguntaron sobre su estado ánimo	29,8% (97)	31,3% (40)	38,2% (115)	29,9% (23)	16,5% (53)	<0,0001
Si les preguntaron sobre hacerse daño a sí mismo	24,6% (80)	5,5% (7)	9,0% (27)	9,1% (7)	16,5% (53)	<0,0001
Si les parece útil que se les pregunte	76,9% (250)	68,8% (88)	80,4% (242)	85,7% (66)	64% (206)	<0,0001
Sobre la expresión espontánea del problema	23,1% (75)	35,9% (46)	25,6% (77)	29,9% (23)	20,2% (65)	0,012
Importancia que otorgan a preguntarles del tema	83,4% (271)	93,0% (119)	90,4% (272)	90,9% (70)	84,8% (273)	0,015
Si consideran al suicidio un problema social	67,7% (220)	81,2% (104)	88,7% (267)	88,3% (68)	83,2% (268)	<0,0001
Si es un tema que les preocupa	63,1% (205)	76,6% (98)	82,7% (249)	87,0% (67)	59,0% (190)	<0,0001

2.8. Finalmente se indagó acerca de los motivos de la preocupación sobre el problema del suicidio.

Esta es una variable de respuesta abierta, en la que se llevó a cabo un tratamiento cualitativo, cuyos resultados ameritan otra publicación por la riqueza de las respuestas brindadas y amplitud del análisis, no obstante se mencionan los ejes más importantes acerca de las respuestas brindadas.

Se observó que es un tema que les preocupa a un gran grupo de adolescentes y jóvenes por la cantidad de amigos y conocidos que se han lastimado o han tenido un intento de suicidio o han cometido el acto, al igual que algunos comentaron haber pasado por esta situación ellos mismos.

También los adolescentes y jóvenes de las cinco provincias asociaron esta situación con el consumo de alcohol y drogas, entre las cuales mencionaron a la marihuana y cocaína entre otras, y así lo refería una adolescente:

Es un tema importante, la adolescencia esta pérdida por la droga por eso se matan. Fem. 15, SE

El tema del bullying y cyberbullying estuvo presente como motivo, sobre todo el que se lleva a cabo en el colegio, el que en algunas circunstancias estuvo asociado al abandono escolar:

A mí me hicieron burla en el colegio y ya no tengo amigos, me quiero morir. Ahora no concurrí al cole. Fem. 13, BA. Salgo a trabajar con mi familia (cartoneros) y me hacían bullying en el colegio y deje el colegio. Fem. 15, BA

Vincularon en algunas situaciones el abuso sexual, el embarazo en la adolescencia y el aborto con la problemática del suicidio, sobre todo en los casos en que son abandonadas por las parejas y no cuentan con ningún tipo de contención.

Mi amiga se cortó, y pensó matarse porque estaba embarazada, el novio la dejó. Fem. 15, BA

En relación a la familia, el tener a sus padres ocupados y con muchas horas fuera del hogar, les ocasiona soledad y sentimiento de vacío. Reflexionaban acerca de que no son oídos por los adultos y expresaban lo siguiente:

Cada vez hay más chicos que no son escuchados ni aconsejados en relación a los problemas que tienen, y por sentirse solos piensan en el suicidio. Fem. 17, BA

Piensan que es un problema que destruye una generación, y que el suicidio, los cortes, el autodaño son escapes de la realidad. Es un problema en la sociedad porque a la vez la misma sociedad "alienta" a que la persona lo haga sin importarle lo que causa.

Hay algo que anda mal en la educación desde la infancia, y no le dan a los adolescentes las herramientas para tener buena inserción en la sociedad. Fem. 19, BA

Son muchos hoy en día que se suicidan porque se sienten solos o por miedo de contar algo y sentirse rechazado o discriminado. Fem. 17, Cba

Por ser un tema que no es tratado como debe ser, estimaban que deberían recibir información, capacitación y asistencia constantemente. Consideraron muy importante que un profesional de la salud los interrogue al respecto, porque muchos no se animan hablar sobre el tema.

“Hay chicos que se sienten solos y buscan a alguien, y si un médico le pregunta ellos hablan”. Fem. 15, LR

Pero me parece muy útil que un médico pregunte sobre este tema. Creo que si no me preguntara dudaría en contarle porque hablar sobre eso no es fácil. Fem. 19, BA.

Quizás si se preguntara más a los adolescentes se podrían prevenir muchos suicidios, pero a veces todos están apurados... Fem. 20, BA.

3. Discusión

En Argentina⁷, se observó que el suicidio representa la segunda causa de muerte entre los adolescentes y jóvenes, y que durante el año 2015, 28,26% % de los mismos se produjo en estos grupos etarios, a diferencia de lo que ocurre a nivel mundial, ya que según WHO (2017)²⁵ ocupa el tercer lugar entre todos los adolescentes.

Pensamos como Horowitz, Bridge and Boudreaux² que, en nuestra sociedad la detección de adolescentes y jóvenes en riesgo de suicidio es una gran preocupación, y es un primer paso hacia su prevención², como también lo sugiere la OMS en sus últimos estudios⁶.

Así consideramos necesario saber qué opinaban ellos, tratando de derribar la presencia de mitos entre los profesionales, sobre todo el de no hablar ni preguntar sobre la problemática, y así poder llegar a este grupo antes de que cometan el intento.

Estamos de acuerdo con su origen multifactorial (interacción compleja de factores biológicos, genéticos, psicológicos, sociológicos y ambientales) como lo refieren múltiples autores, y que los motivos y razones que llevan a un adolescente a quitarse la vida son complejos, pero en general siempre están precedidos por signos de alarma que pueden anteceder al desenlace pero que es necesario identificar.

En relación a lo mencionado, casi 7 de cada 10 de nuestros adolescentes y jóvenes no fueron nunca consultados por su estado de ánimo, y a 8 de cada 10 tampoco se les preguntó si se habían causado algún daño en su cuerpo (autolesiones).

Además constatamos que les cuesta muchísimo a los adolescentes expresarse sobre estos temas, y entre los que no lo dirían espontáneamente y los que no saben si lo dirían totalizan 7 de cada 10 adolescentes. Pero un 87% considera importante que los profesionales preguntemos sobre estos temas a ellos, la que va en aumento con la edad, ya que a mayor edad le otorgan mayor importancia, y sobre todo en los estratos sociales medios.

También 8 de cada 10 lo considera un verdadero problema dentro de la sociedad, y en un 70% dijeron que les preocupaba, lo que se reveló sobre todo en las provincias de nuestro país donde el suicidio es más alto.

Concordamos con la OMS²², quien señala que la prevención y el tratamiento adecuado de la depresión, abuso de alcohol y otras sustancias, así como de quienes han intentado suicidarse como nos refirieron nuestros adolescentes, permite la reducción de las tasas de suicidio^{5,6}.

Según Blaustein⁸, “La idea del suicidio está instalada en el relato y es parte de la violencia social en la que vivimos [...] una época de gran exigencia y demasiada comunicación virtual en detrimento de la oral. Esto también lo comprobamos en el discurso de nuestros adolescentes, quienes refirieron que una gran cantidad de sus amigos, familiares y compañeros e incluso ellos intentaron un suicidio o llegaron al acto.

Pero además por las exigencias laborales o sociales, muchas veces las familias han perdido el lugar de contención que tenían, así como también lo perdieron la escuela, el club o la iglesia, y los niños o adolescentes se quedan sin factores protectores o un referente que los contenga⁷⁸. Esto también fue constatado en nuestros entrevistados cuando respondieron a los motivos de su preocupación por el suicidio, mencionando que se sienten solos, que no están protegidos ni por la familia, ni por el sistema educativo o la sociedad.

Al igual que los resultados obtenidos por las investigaciones de Horowitz et. al.²³ nuestros adolescentes y jóvenes están de acuerdo en ser interrogados sobre la problemática de suicidio con motivo de llevar a cabo su prevención.

4. Conclusiones

- En la actualidad la detección de adolescentes y jóvenes en riesgo de suicidio es una gran preocupación, y es un primer paso importante hacia su prevención.
- Los adolescentes y jóvenes por un lado no consultan demasiado al sistema de salud, otros no cuentan con una adecuada cobertura en salud, y muchas veces asisten a los servicios de urgencia, por lo que no debemos perder la oportunidad, más allá del motivo de consulta, de detectar el riesgo de suicidio.
- La mayoría de los integrantes de este grupo está de acuerdo en ser interrogados sobre esta problemática, porque consideran que los ayudaría mucho para poder hablar y expresar sus problemas.
- Si bien los resultados de esta investigación no pueden ser extrapolados a otros grupos, consideramos que el número de entrevistados fue importante y sus resultados ameritan ser tenidos en cuenta.
- No debemos perder la oportunidad de detectar un adolescente en riesgo de suicidio, es más consideramos es parte de nuestro trabajo y de nuestra responsabilidad.

5. Referencias Bibliográficas:

1. Organización Mundial de la Salud (OMS): Prevención del suicidio (SUPRE). Agosto 2012. Recuperado el 3 de Octubre de 2015 de: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/es/
2. Horowitz LM, Bridge P, Boudreaux E. Screening Youth for Suicide Risk in Medical Settings Time to Ask Questions. (Am J Prev Med 2014;47(3S2):S170–S175). Recuperado el 20/11/2015 de: <http://actionallianceforsuicideprevention.org/sites/actionallianceforsuicideprevention.org/files/Screening%20Youth%20for%20Suicide%20Risk%20in.pdf>
3. Tinari MC. El Suicidio Infantojuvenil en Argentina ¿Un problema a considerar?. Rev Soc Argentina Ginecología Infanto Juvenil. 2015; 22 (1), 6-26. Editorial Ascune.
4. OECD (2014), Suicides, OECD Factbook: Economic, Environmental and Social Statistics, OECD Publishing, Paris, 06 May 2014; 240-241. Recuperado el 7/1/2016 de: http://www.oecd-ilibrary.org/economics/oecd-factbook-2014/suicides_factbook-2014-99-en y en <http://www.oecd-ilibrary.org/docserver/download/3013081e.pdf?expires=1453376213&id=id&acname=guest&checksum=77696AE9D3A962F77BA33F76C75C6546>
5. INEGI: Instituto Nacional de Estadísticas y Geografía. “Estadísticas a propósito del día mundial para la prevención del suicidio (10 de septiembre 2015). Recuperado el 9 de Junio de 2016 de: <http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2015/suicidio0.pdf>
6. OMS: Prevención del suicidio: un imperativo global (2014) Recuperado el 20 de Noviembre 2015 de: http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/es/ World Health Organization. Preventing Suicide. A Global Imperative. Recuperado el 4/12/2015 de: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131056/1/9789241564779_eng.pdf?ua=1&ua=1
7. Ministerio de Salud de la Nación (MSN). Estadísticas Vitales. Información Básica 2015. ISSN 1668-9054 Serie 5 - Número 59 Publicado en Diciembre de 2016. Recuperado el 18 de Enero de 2017 de: <http://www.deis.msal.gov.ar/wp-content/uploads/2016/12/Serie5Numero59.pdf>
8. Blaustein A. Preocupa que se naturalice el suicidio como una opción en adolescentes y jóvenes para salir de los problemas. UNO, 20 de Octubre de 2014. Recuperado el 10 de enero de 2016 de <http://www.diariouno.com.ar/afondo/preocupa-que-se-naturalice-el-suicidio-como-una-opcion-adolescentes-y-jovenes-salir-los-problemas-20141020-n141604>
9. Mosquera L. Conducta suicida en la infancia: Una revisión crítica. Rev. de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes. Enero 2016; 3 (1):9-18. Recuperado el 14/1/2016 de: http://www.revistapcna.com/sites/default/files/mosquera_2016_revision_critica_conducta_suicida.pdf
10. Areco A. La Provincia lanzó un programa para prevenir el suicidio adolescente y ya capacita a docentes y equipos de salud. (2014). Recuperado el 20 de febrero 2015 de: <http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/prensa/la-provincia-lanzo-un-programa-para-prevenir-el-suicidio-adolescente-y-ya-capacita-a-docentes-y-equipos-de-salud/>
11. World Health Organization (WHO). La OMS pide prestar mayor atención a la salud del adolescente. (2014). Recuperado el 20 de Febrero 2015 de: http://www.paho.org/arg/index.php?option=com_content&view=article&id=1319:la-oms-pide-prestar-mayor-atencion-a-la-salud-del-adolescente&Itemid=289
12. Basile H. El suicidio en los adolescentes. InfoMed. Adolescencia. (2014). Recuperado el 4 de Enero 2015 de: <http://temas.sld.cu/adolescencia/2014/09/23/elo-suicidio-en-los-adolescentes/>
13. Román Ru C. Suicidio adolescente: estadísticas muestran suba de un 328% en Salta. Tres Líneas digital. Salta (2014). Recuperado el 6 de Enero 2015 de: <http://www.treslineas.com.ar/suicidio-adolescente-estadisticas-muestran-suba-salta-n-1124647.html>
14. Rhodes AE, Khan S, Boyle MH, et al. Sex differences in suicides among children and youth: the potential impact of help-seeking behaviour. Can J Psychiatry. 2013;58(5):274–82. Recuperado el 20 de diciembre de 2015 de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23756287>
15. Ballard ED, Stanley IH, Horowitz LM, Pao M, Cañón E, y Puente JA. Asking Youth Questions About Suicide Risk in the Pediatric Emergency Department: Results From a Qualitative Analysis of Patient

- Opinions. Clin Pediatr Emerg Med. 2013 Mar; 14(1): 20–27. doi: 10.1016/j.cpem.2013.01.001
PMCID: PMC3725561. NIHMSID: NIHMS446842. Recuperado el 3/01/2016 de:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3725561/>
16. US Department of Health and Human Services (HHS) Office of the Surgeon General and National Action Alliance For Suicide Prevention. 2012 national strategy for suicide prevention: goals and objectives for action. Washington, DC: HHS; 2012. Sep. Recuperado el 4 de Enero de 2016 de:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK109917/>
 17. Presidencia de la Nación. Ministerio de Educación. Acerca de la problemática del suicidio de adolescentes y jóvenes. Un enfoque para su abordaje desde el campo de la educación. 2015. Recuperado el 20/11/2015 de: [http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/CUADERNILLO%20DE%-20SUICIDIO%20\(2\)_0.pdf](http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/CUADERNILLO%20DE%-20SUICIDIO%20(2)_0.pdf)
 18. Barroso Fernández T. Mitos y verdades científicas sobre el suicidio. Recuperado el 10 de Noviembre 2015 de <http://www.redaipsis.org/wp-content/uploads/2015/02/Mitos-y-verdades-cientificas-sobre-el-suicidio.pdf>
 19. World Medical Association. Declaración de Helsinki de la AMM - Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. 64ª Asamblea General, Fortaleza, Brasil, octubre 2013. Recuperado el 4 de Septiembre de 2015 de: <http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/>
 20. Asociación Argentina de Marketing: Comisión de Enlace Institucional NSE 2006, Diciembre de 2006 Recuperado 3 de Agosto 2016 de: http://copadesvr02.copade.neuquen.gov.ar/intranet/files/NSE2006-23nov2006-Informe_final.pdf
 21. Azcárate P, Zambelli R. El nivel socioeconómico en la argentina, 2015. Estratificación y variables. Observatorio Social de SAIMO. 1 de Julio 2015. Recuperado el 2/01/ 2016 de:
<http://www.saimo.org.ar/archivos/observatorio-social/El-NSE-en-la-Argentina-2015-Estratificacion-y-Variables.pdf>
 22. World Health Organization. More than 1.2 million adolescents die every year, nearly all preventable (2017). Recuperado el 6 de Junio de 2017 de:
<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2017/yearly-adolescent-deaths/en/>
 23. Horowitz LM, Bridge JA, Teach SJ, Ballard E, Klima J, Rosenstein DL, et al. Ask Suicide-Screening Questions (ASQ). A Brief Instrument for the Pediatric Emergency Department. Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine. December 2012. 166(12):1170–1176. Recuperado 5 de Junio 2015 de:
http://www.nlm.nih.gov/science-news/2013/emergency-department-suicide-screening-tool-accurately-predicts-at-risk-youth.shtml?utm_source=govdelivery&utm_medium=email&utm_campaign=govdelivery

Anexo 1

Tasa de Mortalidad por Suicidio Infantojuvenil en Ambos Sexos, por Provincias en Argentina. Año 2015			
Jurisdicciones	Población 5-24 años	N° Suicidios	Tasa x cien mil
Total País	14.173.057	905	6.38
Salta	515.296	90	17.46
Catamarca	145.269	21	14.46
Tucumán	570.479	77	13.49
Jujuy	271.672	35	12.88
La Rioja	132.469	16	12.08
Neuquén	210.005	23	10.95
Tierra del Fuego	52.518	5	9.52
Formosa	229.202	20	8.73
San Luis	165.239	13	7.87
La Pampa	109.183	8	7.33
Río Negro	233.302	17	7.29
Santa Fe	1.045.487	74	7.07
Chubut	189.360	13	6.86
Santiago Estero	360.863	24	6.65
Misiones	474.051	31	6.54
Entre Ríos	444.041	29	6.53
Mendoza	623.050	40	6.42
San Juan	264.226	15	5.68
Chaco	439.809	24	5.46
Buenos Aires	5.267.317	253	4.80
Santa Cruz	111.397	5	4.48
Córdoba	1.127.981	45	3.99
Corrientes	396.103	15	3.79
C. Autónoma Bs As	794.738	9	1.13

Tinari María del Carmen. Fuente: elaboración propia basada en Estadísticas Vitales. Información Básica. Ministerio de Salud de Nación. Argentina. Año 2015 publicado en Dic. 2016

Anexo 2

ENCUESTA DE OPINIÓN SOBRE INTERROGAR PARA LA IDENTIFICACIÓN DEL ADOLESCENTE EN RIESGO DE SUICIDIO

ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS			
Edad			
Sexo	Masc	Femen	Otros
Estrato Social	Alto	Medio	Bajo
Institución			
Nivel de Instrucción			
Procedencia			
IDENTIFICACIÓN DEL ADOLESCENTE EN RIESGO			
	SI	NO	NO SE
1- ¿Alguna vez algún médico te preguntó acerca de tu estado de ánimo?			
2- ¿Alguna vez algún médico te preguntó acerca de hacerte daño a ti mismo?			
3- ¿Te parece útil que el médico les pregunte sobre este tema?			
4- ¿Si no te lo pregunta tú se lo dirías?			
5- ¿Pensás que es importante preguntar sobre este tema a los adolescentes?			
6- ¿Pensás que el suicidio en la adolescencia es un problema en la sociedad?			
7- ¿A vos es un tema que te preocupa?			
8- ¿Por qué?			
9- Observaciones			