

# ESTUDIANTES ADOLESCENTES ARGENTINOS EN RIESGO SUICIDA: UNA INVESTIGACIÓN COMPARATIVA (1)

## ARGENTINE ADOLESCENT STUDENTS AT SUICIDAL RISK: A COMPARATIVE RESEARCH

*María Martina Casullo*

*Mercedes Fernández Liporace*

*Universidad de Buenos Aires (Argentina)*

**Resumen:** Se presentan resultados sobre riesgo suicida en una muestra de 1567 estudiantes adolescentes de ambos sexos, con una media de edad de 15 años, residentes en distintas regiones de la Argentina: las provincias de Catamarca, Tucumán, y Buenos Aires (ciudad de Mar del Plata) y la Ciudad de Buenos Aires, capital de este país. Los datos fueron recogidos mediante la Escala para la Detección de Adolescentes en Riesgo Suicida (ISO-30) en su adaptación local. Se ha detectado entre un 11.5% y 12.8% de sujetos en alto riesgo suicida en los centros urbanos correspondientes a la metrópoli argentina y a la ciudad de San Miguel de Tucumán (capital de esa provincia), y un 5.9 % en la ciudad de Mar del Plata, que no es una capital provincial; por otra parte, se ha verificado un 15% de alumnos en riesgo en distintas localidades catamarqueñas con menor densidad poblacional. Ser mujer y vivir en pequeños centros poblacionales aparecen como factores de riesgo.

**Palabras clave:** *suicidio. Adolescentes. Riesgo*

**Abstract:** Results on suicidal risk assessed in a sample composed of 1567 adolescent students (both sexes, mean age= 15) are presented. Participants lived in different regions of Argentina: Catamarca, Tucumán and Buenos Aires (Mar del Plata City and Buenos Aires City). Data were gathered by the Argentinian version of the Inventory for Suicidal Orientations (ISO – 30). 11.5% of students in high suicidal risk was detected in Buenos Aires City, while 12.8% was verified in San Miguel de Tucumán City. 5.9 % of high risk was assessed in Mar del Plata City, and 15% in different small towns of Catamarca. Being female and living in small towns appear as risk factors.

**Key words:** *suicide. Adolescents. Risk.*

### INTRODUCCIÓN

La adecuada comprensión de las ideaciones y de los comportamientos suicidas exige un análisis desde diferentes perspectivas, fundamentalmente desde la histórica y la cultural, puesto que se está frente a un fenómeno multidimensional, que ha adquirido distintos sig-

nificados a lo largo del tiempo y a través de las culturas (Fremouw, Perczel & Ellis, 1990).

Las referencias históricas apuntan a indicar que el término *suicidio* fue acuñado por Browne (1642) en su tratado *Religio medici*. Etimológicamente, este vocablo proviene de las voces latinas *caedere* y *sui*, que significan, respectivamente, *matar* y *uno mismo* (Seaver,

(1) Este estudio ha sido subsidiado por la Universidad de Buenos Aires como proyecto de Urgencia Social. Facultad de Psicología.

La recolección de datos de las provincias de Catamarca y Tucumán estuvo a cargo de los psicólogos Diego Molina y Bettina Lacunza. En el procesamiento estadístico ha participado la técnica de CONICET Silvia Mele. Los datos correspondientes a la ciudad de Mar del Plata fueron recogidos por las psicólogas María C. Posada y Claudia Castañeira. Correspondencia: Prof. Mercedes Fernández Liporace. Facultad de Psicología UBA - Avda. Independencia 3065, 3er. Piso, Instituto de Investigaciones (1225). Buenos Aires, Argentina. TE: 011-49575887 – Email: [mliporac@psi.uba.ar](mailto:mliporac@psi.uba.ar)

2002). Pese a la simplicidad de esta definición, la complejidad de este fenómeno se manifiesta claramente al momento de intentar caracterizarlo desde el punto de vista psíquico; no parece completamente adecuado describirlo como una mera reacción a circunstancias o agentes generadores de angustia o malestar, así como tampoco es posible identificarlo con un cuadro psicopatológico determinado. Al analizarlo, deben tenerse en cuenta factores de naturaleza biológica, psíquica, sociológica, cultural y aún filosófica. El tratamiento de este tema involucra, a la vez, determinado tabúes, existentes aún en la esfera de acción de los profesionales de la salud mental (Casullo, Bonaldi & Fernández Liporace, 2000).

Existen testimonios históricos sobre comportamientos suicidas que datan de tiempos anteriores a nuestra era; para los antiguos egipcios el intento suicida era una forma de captar la atención y de ser tomado en cuenta; dado que en ese contexto la muerte era concebida como un paso hacia otra forma de vida, la valoración de tales comportamientos no era desfavorable. En pleno esplendor de las culturas griega y romana se lo consideraba como una muerte de características honorables. Sin embargo, en otras antiguas culturas, como la judaica, existía una estricta prohibición referida a la comisión de tales actos. A pesar de que los escritos bíblicos no condenan explícitamente el suicidio, el judaísmo lo prohíbe firmemente y en la actualidad otras religiones monoteístas adscriben a esta postura, como por ejemplo el islamismo y el cristianismo (Hankoff, 1979). De todas maneras, hoy en día, suicidarse en ciertos contextos culturales ajenos a la cultura occidental judeocristiana puede ser considerado como un acto aceptable y hasta digno de reconocimiento.

En la Argentina, las tasas de muerte por suicidios aumentaron de 1,5 cada 100.000 habitantes en 1991 al 6,1 en 2000 (Serfaty, 2005). Según los distintos censos realizados - 1980, 1991 y 2001 - es posible apreciar que la evolución de las tasas de suicidio asume distinto recorrido según el grupo considerado; por caso, en el Conurbano y el resto de la Provincia de Buenos Aires las mujeres jóvenes y de mediana edad exhiben tasas estables, comparables a las de la Ciudad de Buenos Aires, metrópoli argentina (Abadie, 2004).

Investigaciones epidemiológicas diversas sugieren que el suicidio es una de las diez prime-

ras causas de mortalidad en los países industrializados, especialmente entre las personas más jóvenes, entre los 15 y los 24 años (Casullo, Bonaldi & Fernández Liporace, 2000). Así, ubicando ahora el foco de atención en la adolescencia, debe tenerse en cuenta que esta etapa evolutiva permite al individuo el acceso a las operaciones formales de pensamiento; de esta manera, el sujeto se vuelve capaz de hipotetizar y de concebir posibilidades, saliendo de las realidades concretas que hasta ese momento manejaba. En virtud de todo esto comenzará a ejercitar la habilidad de elaborar sistemas de razonamiento complejos, que le permitirán reconstruir su universo infantil. La posibilidad de reconocer la factibilidad de *no ser* implica la de incorporar las nociones de permanencia y de transitoriedad; morir se vuelve, en esta fase del ciclo de vida, una metáfora sumamente potente en situaciones transicionales: ya el lenguaje cotidiano alude de esta forma a sentimientos de soledad, frustración o tristeza (me muero de aburrimiento, me muero de tristeza) o sensaciones afectivas intensas (me muero de ganas). La validez de la expresión *muero, luego existo* en esta fase del desarrollo se vincula con la reconstrucción de la identidad, incorporando las posibilidades de pérdidas, fracasos, catástrofes y muertes (Kastenbaum, 1986).

Evaluar lo que se denomina *orientación suicida* del sujeto facilita la detección precoz de comportamientos e ideaciones que indican la presencia de riesgo suicida. Esta línea de pensamiento distingue tres momentos en el proceso de un suicidio: la *amenaza*, que se vincula con problemas no resueltos, fallas en las estrategias de afrontamiento, aislamiento emocional e incluso depresión o *acting*; la *crisis*, que es el segundo momento, se relaciona con una situación de descontrol emocional, de desesperanza y/o de puesta en acto de afrontamientos *heroicos*, donde el suicidio se justifica como *la solución adecuada*. Frecuentemente se pueden observar intentos de resolver sentimientos ambivalentes referidos a la muerte. La última fase, de *resolución*, incluye la consideración de medios y oportunidades para la concreción del acto suicida, tanto como la preparación para la muerte: el plan suicida se lleva a cabo o bien aparece una oportunidad para concretar la propia muerte y se actúa impulsivamente persiguiendo tal objetivo. Este enfoque distingue seis dimensiones a ser tenidas en cuenta a la hora de evaluar la orientación suicida de un indivi-

duo, es decir, la presencia de posible riesgo: *Desesperanza, Baja Autoestima, Incapacidad para afrontar emociones, Aislamiento Social e Ideación Suicida* (King & Kowalchuk, 1994). Investigaciones realizadas con adolescentes de Buenos Aires, Argentina, siguiendo la línea de trabajo de los autores antes nombrados, han aislado cinco factores que, si bien no respetan el ordenamiento original ni el número de variables latentes diferenciadas por los estudios precedentes, tienen sentido a la luz de los contenidos denotados y connotados por cada indicador de riesgo incluido en la evaluación, a la vez que tienen en cuenta, de alguna manera, las dimensiones originales. Ellas son: *Ideación Suicida, Desesperanza - Desmoralización (o Sentimientos Negativos) Esperanza, Relación con los Otros y Sentimientos Positivos* (Fernández Liporace & Casullo, 2005, en prensa).

Estudios desarrollados en el país (Casullo, Bonaldi & Fernández Liporace, 2000) verificaron que el 14% de los adolescentes escolarizados residentes en la Ciudad de Buenos Aires y el Conurbano se ubicaban en la categoría de alto riesgo suicida; por esta razón parece impostergable profundizar el estudio de esos factores de riesgo, con el fin último de propiciar la detección precoz de los casos que deben recibir atención psicológica y concretar la prevención de las consecuencias posibles mediante el diseño de intervenciones adecuadas.

Para la planificación de acciones estratégicas orientadas hacia la prevención y promoción de la salud mental, el desarrollo de investigaciones epidemiológicas es condición necesaria, aunque no suficiente. Pueden tener como unidades de análisis distintos tipos de colectivos sociales: barrios, partidos, instituciones, comunidades con características o necesidades especiales.

La epidemiología trabaja con datos que provienen de distintas fuentes: las prácticas clínicas, los estudios de laboratorio, las comunidades humanas. Estudia las enfermedades en su dimensión social. Los estudios epidemiológicos no tienen un fin en sí mismo, o no deberían tenerlo, sino que están al servicio de la toma de decisiones básicas relativas a las políticas de salud: detección de sujetos que padecen un determinado trastorno, grupos en situaciones de riesgo, sujetos vulnerables, formulación de planes de asistencia, rehabilitación y educación para la salud, capacitación de recursos humanos.

Sin duda alguna, en el campo de la salud psíquica y de las enfermedades psiquiátricas,

uno de los problemas mayores que deben enfrentar o afrontar quienes están interesados por estos tipos de estudios, lo constituye la definición de " caso ", pues la misma pone en juego una combinación de elementos teóricos e ideológicos referidos a prácticas concretas que no siempre son definidos con claridad.

Los problemas relacionados con el proceso salud/ enfermedad pueden ser estudiados en distintos niveles de análisis y por disciplinas diversas. Desde miradas que denominamos MACRO y que se preocupan por la organización político-social, encontramos estudios concretados en los ámbitos de las Ciencias Políticas, la Economía, la Ecología, la Sociología, la Antropología.

Cuando el nivel de los estudios psicológicos y/o psiquiátricos se vincula con grupos, instituciones de salud o sujetos individuales, las estrategias tanto de relevamiento como de análisis de los datos son diferentes y complementan los obtenidos en otros niveles.

Corresponde hacer referencia a distintos tipos de estudios epidemiológicos. Clásicamente se alude a los siguientes:

Los **descriptivos** se ocupan de elaborar o adaptar técnicas que posibiliten la obtención de información válida y confiable, información que se traduce en términos de tasas de prevalencia e incidencia. También dentro de este tipo de estudios interesa ocuparse de obtener información acerca del uso que la comunidad o institución hace de los recursos de salud disponibles.

Los denominados **exploratorios** intentan identificar y analizar las variables asociadas con la aparición de determinadas patologías (factores de riesgo) o las que son consideradas causas de las mismas (factores de vulnerabilidad). Una vez aislados los factores de riesgo y vulnerabilidad, importa ubicar los sectores sociales donde se presentan con mayor frecuencia.

Un estudio **explicativo** intenta seleccionar medios naturales y socioculturales en donde las variables (de riesgo y vulnerabilidad) queden bien identificadas. A la vez, se preocupa por el logro de una mayor participación de los sectores afectados en la elaboración de propuestas en búsqueda de soluciones posibles de los problemas encontrados. Corresponde a esta modalidad de estudio sugerir una planificación adecuada de servicios de salud que sea acorde a las necesidades reales de la población.

Se considera necesario incluir en este tipo de investigaciones explicativas el estudio de las

relaciones existentes entre variables culturales (creencias, normas, valores) y riesgos asociados al desarrollo o conformación de patologías específicas.

Se denomina factor o situación de riesgo a la que actúa en términos de favorecer un aumento, con probabilidad superior al promedio, de provocar morbilidad o mortalidad en poblaciones determinadas.

#### OBJETIVOS

- Determinar la prevalencia de casos de alto riesgo suicida en cuatro grupos de adolescentes escolarizados (Ciudad de Buenos Aires, Ciudad de San Miguel de Tucumán, localidades de la provincia de Catamarca y Ciudad de Mar del Plata, provincia de Buenos Aires) sobre la base de dos criterios de evaluación no excluyentes: puntuación cuantitativa de la Escala ISO – 30 y presencia de ideación suicida activa, relevada por medio del mismo instrumento.

- Identificar posibles diferencias estadísticamente significativas en el nivel de riesgo según región, sexo, edad y curso al que asiste el alumno.

#### MÉTODO

*Tipo de estudio:* descriptivo-comparativo.

*Universo de análisis:* estudiantes adolescentes.

*Muestra:* intencional simple, con participación voluntaria.

*Participantes:*

Los datos provienen de una muestra total compuesta por 1567 adolescentes escolarizados, divididos en cuatro grupos de comparación: Ciudad de Buenos Aires, Ciudad de San Miguel de Tucumán, distintas localidades de la provincia de Catamarca y Mar del Plata, Provincia de Buenos Aires.

Como puede advertirse, el grupo de Mar del Plata posee la mayor proporción de mujeres (58.1%), seguido por Buenos Aires (57.8%). Catamarca ostenta un mayor porcentual de varones (53.3%), seguido por Tucumán (49.2%); (Tabla 1).

Con respecto a las edades, el grupo Buenos Aires estuvo compuesto por participantes entre 13 y 20 años, correspondiendo la mayoría de ellos a la edad de 15 años (21.3%). Tucumán contó con un rango de edades que se mueve entre los 12 y los 18 años, abundando también los alumnos de 15 (24.3%); en Catamarca, en cambio, la mayor parte de los estudiantes tenía 13 años (20.3%), con un rango que variaba entre los 12 y los 19. Finalmente, Mar del Plata contó con una mayoría de 14 años (20.9%) con edades entre los 13 y los 18. Las medias para esta variable resultaron muy parejas en los cuatro grupos de comparación, rondando los 15 años, en tanto que las desviaciones asumieron valores entre 1 y 2 puntos (Tabla 1).

Tabla 1.  
Distribución según región, sexo y edad.

	<i>Ciudad de Buenos Aires</i>		<i>Tucumán Capital</i>		<i>Catamarca Localidades</i>		<i>Mar del Plata (Pcia. Bs. As.)</i>	
<b>Sexo</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Varones</b>	271	42.2	150	49.2	160	53.3	134	41.9
<b>Mujeres</b>	371	57.8	155	50.8	140	46.7	186	58.1
<b>Total</b>	642	100	305	100	300	100	320	100
<b>Edad</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>12</b>	---	---	3	1.0	27	9.0	---	---
<b>13</b>	80	12.5	44	14.4	61	20.3	53	16.6
<b>14</b>	122	19.0	50	16.4	51	17.1	67	20.9
<b>15</b>	137	21.3	74	24.3	57	19.0	65	20.3
<b>16</b>	115	17.9	63	20.7	37	12.3	47	14.7
<b>17</b>	116	18.1	58	19.0	30	10.0	51	15.9
<b>18</b>	57	8.9	1	.3	27	9.0	37	11.6
<b>19</b>	12	1.9	---	---	5	1.7	---	---
<b>20</b>	3	.5	---	---	---	---	---	---
<b>21</b>	---	---	---	---	3	1.0	---	---
<b>Sin resp</b>	---	---	12	3.9	2	.7	---	---
<b>Total</b>	642	100%	305	100%	300	100%	320	100%
<b>Media</b>	15.47		15.10		14.87		15.27	
<b>D.T.</b>	1.61		1.38		1.94		1.62	

Tabla 2.  
Distribución según región y lugar de nacimiento.

	<b>Ciudad de Bs. Aires</b>		<b>Tucumán Capital</b>		<b>Catamarca Localidades</b>		<b>Mar del Plata (Pcia. Bs. As.)</b>	
<b>Lugar Nac</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Residencia</b>	530	82.6	268	87.9	299	99.7	272	85.0
<b>Otro</b>	112	17.4	37	12.1	1	.3	48	15.0

Se observa que todos los grupos presentan una amplia mayoría de sujetos que ha nacido en el lugar donde reside (82.6% en Buenos Aires, 87.9% en Tucumán, 99.7% en Catamarca y 85% en Mar del Plata); (Tabla 2).

En relación con la distribución según curso, cabe aclarar que en la Ciudad de Buenos Aires se conserva el sistema anterior a la Ley Federal de Educación que prevé cinco años en el nivel medio, que se cursa tras siete grados del nivel primario. En el resto de las regiones rige actualmente el sistema de Educación General Básica (nueve grados) más tres cursos del Nivel Polimodal. La Tabla 3 se presenta ambas denominaciones con el objeto de consignar la equivalencia de los dos sistemas.

En Buenos Aires, Tucumán y Mar del Plata sólo se ha examinado a alumnos del nivel medio (8º año EGB en adelante): Buenos Aires exhibe una mayor proporción de casos de 1er año del ciclo medio ú 8º EGB (26%), Tucumán muestra mayor porcentaje de sujetos que cursan el 3er año del nivel medio ó 1º del Polimodal

(24.6%). Catamarca posee más proporción de estudiantes de 8º de EGB (23%) y Mar del Plata, de 9º de la EGB ó 2º curso del nivel medio (20.6%). En todos los grupos predominan los estudiantes que no trabajan – entre el 90.6 y el 97.8% - (Tabla 3).

#### **Instrumento**

Se administró una encuesta para datos sociodemográficos y el Inventario de Orientaciones Suicidas - ISO – 30 (King & Kowalchuk, 1994), adaptación UBA (Fernandez Liporace & Casullo, 2006.). Se trata de una escala autoadminstrable que interroga sobre la presencia de factores de riesgo relacionados con ideación y comportamientos suicidas (vinculados con las dimensiones de desesperanza, baja autoestima, incapacidad para afrontar emociones, soledad, abatimiento, aislamiento y deterioro en los vínculos sociales; tal como se mencionó en párrafos anteriores, en estudios efectuados con este instrumento en adolescentes de Buenos Aires, las variables latentes aisla-

Tabla 3.  
Distribución según región, curso e inserción laboral.

	<b>Ciudad de Bs. Aires</b>		<b>Tucumán Capital</b>		<b>Catamarca Localidades</b>		<b>Mar de Plata (Pcia. Bs. As.)</b>	
<b>Curso</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>7ºEGB(primaria)</b>	---	---	---	---	59	19.7	---	---
<b>8º EGB (1º)</b>	167	26.0	49	16.1	69	23.0	42	13.1
<b>9ª EGB (2º)</b>	160	24.9	53	17.4	65	21.7	66	20.6
<b>1º Polim (3º)</b>	130	20.2	75	24.6	31	10.3	63	19.7
<b>2º Polim (4º)</b>	109	17.0	66	21.6	32	10.7	53	16.6
<b>3º Polim (5º)</b>	76	11.8	62	20.3	44	14.7	58	18.1
<b>6º año técnico</b>	---	---	---	---	---	---	38	11.9
<b>Trabaja</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Si</b>	60	9.4	18	5.9	14	4.7	7	2.2
<b>No</b>	582	90.6	287	94.1	286	95.3	313	97.8

das fueron diferentes a las originalmente identificadas: ideación suicida, desesperanza-desmoralización o sentimientos negativos, esperanza, relación con los otros y sentimientos positivos). Su valor como instrumento epidemiológico reside en que insume tiempos de aplicación muy breves y, a la vez, resulta sensible a la detección de los nombrados factores. Una vez realizada la identificación de los casos en posible riesgo, el diagnóstico debe complementarse con una entrevista focalizada destinada a confirmar o descartar los hallazgos.

Es importante tener en cuenta que esta escala plantea dos criterios para establecer la presencia de riesgo: por un lado debe considerarse la puntuación total y por el otro, el hecho de que el examinado marque tres o más *ítemes críticos*, que son aquellos que aluden a la presencia de ideación suicida. Tomando en cuenta el primer criterio de detección de riesgo, una puntuación inferior a 31 se considera indicador de *bajo riesgo suicida*, en tanto que un resultado comprendido entre 31 y 44 corresponde a un *riesgo moderado*; un puntaje igual o superior a 45 es denotativo de *alto riesgo*. Finalmente, independientemente de la puntuación total obtenida, haber marcado afirmativamente tres o más ítemes críticos, indicadores de ideación suicida activa, supone también la existencia de *alto riesgo*.

La validez concurrente de este instrumento fue analizada por medio del uso de entrevistas focalizadas que corroboraron los resultados hallados por la escala ( $r = .94^{**}$ ) (Casullo, Bonadi & Fernández Liporace, 2000; Casullo & Fernández Liporace, 1997).

### **Procedimiento**

Los instrumentos fueron administrados colectivamente en el ámbito escolar durante el horario habitual de clases. Estos datos se complementaron con una entrevista focalizada utilizada también como criterio externo, y destinada a confirmar o descartar el diagnóstico presuntivo que no se informaba al entrevistador, que trabajaba a *ciegas*. Este proceder se respetó en la totalidad de los casos evaluados, independientemente de que se verificara o no la presencia de riesgo.

### **RESULTADOS**

Una vez evaluados todos los protocolos y analizadas todas las entrevistas, se comprobó una coincidencia del 92% entre los resultados

arrojados por unos y por otras, por lo que se corrobora una vez más la sensibilidad de la escala ISO – 30 para detectar la presencia de riesgo suicida.

En relación con la detección del riesgo mediante la puntuación total se determinó un 13.3% de casos de alto riesgo en el grupo de Catamarca, seguido por Buenos Aires y Tucumán que alcanzaron porcentajes idénticos (11.1%), mientras que Mar del Plata verificó sólo un 4.1% de casos de alto riesgo.

Con respecto al riesgo establecido en base a la presencia de ideación suicida (ítemes críticos), se advierte que Catamarca ocupa el primer puesto con un 7.3%, seguida por Mar del Plata (4.4% de casos con ideación activa); Tucumán y Buenos Aires ocupan los últimos lugares con 3.6% y 3.1%, respectivamente (Tabla 4).

Al combinar ambos criterios (puntuación elevada y/o cantidad suficiente de ítemes críticos), se aprecia que Catamarca registra un 15%, Tucumán un 12.8%, Buenos Aires un 11.5% y Mar del Plata un 5.9% de casos con presencia de alto riesgo (Tabla 4).

Teniendo presente el segundo objetivo planteado, que estaba dirigido a analizar las posibles diferencias en el riesgo suicida según las distintas variables sociodemográficas incluidas en el diseño (región, sexo, edad y curso), se han realizado los siguientes análisis de datos:

- Para establecer la existencia de diferencias significativas en la variable *riesgo por ideación* (categorías ausente/presente: variable dependiente nominal dicotómica) se utilizó la prueba  $X^2$  de Pearson, que es la adecuada para tales circunstancias.
- Con el fin de verificar si estas diferencias existían en la variable *riesgo por puntuación* (variable dependiente cuantitativa) se utilizaron, alternativamente, pruebas t de Student para grupos independientes, en los casos en los que la variable independiente era dicotómica y ANOVA One Way para aquellas situaciones en los que esa variable era politómica. En este último caso se empleó el contraste a posteriori Tukey – b que permitió separar subsets homogéneos cuando se presentaron diferencias.
- Estimación del tamaño del efecto de las muestras: esta medida es útil de ser tenida en cuenta cuando se conocen los valores reales (parámetros) de la variable estudiada en un universo específico (estudiantes adolescentes argentinos). La de-

Tabla 4.  
Riesgo suicida según puntuación total e ideación suicida (ítems críticos):  
distribución según región.

	<i>Ciudad de Bs. Aires</i>		<i>Tucumán Capital</i>		<i>Catamarca Localidades</i>		<i>Mar del Plata (Pcia. Bs. As.)</i>	
<b>Riesgo por Puntuación</b>	<b>Casos</b>	<b>%</b>	<b>Casos</b>	<b>%</b>	<b>Casos</b>	<b>%</b>	<b>Casos</b>	<b>%</b>
<b>Bajo</b>	410	63.9	181	59.3	138	46.0	258	80.6
<b>Moderado</b>	161	25.1	90	29.5	122	40.7	49	15.3
<b>Alto</b>	<b>71</b>	<b>11.1</b>	<b>34</b>	<b>11.1</b>	<b>40</b>	<b>13.3</b>	<b>13</b>	<b>4.1</b>
<b>Total</b>	642	100	305	100	300	100	320	100
<b>Riesgo por Ideación Suicida</b>	<b>Casos</b>	<b>%</b>	<b>Casos</b>	<b>%</b>	<b>Casos</b>	<b>%</b>	<b>Casos</b>	<b>%</b>
<b>Ausente</b>	622	96.9	294	96.4	278	92.7	306	95.6
<b>Presente</b>	<b>20</b>	<b>3.1</b>	<b>11</b>	<b>3.6</b>	<b>22</b>	<b>7.3</b>	<b>14</b>	<b>4.4</b>
<b>Total</b>	642	100	305	100	300	100	320	100
<b>Riesgo por Ambos Criterios</b>	<b>Casos</b>	<b>%</b>	<b>Casos</b>	<b>%</b>	<b>Casos</b>	<b>%</b>	<b>Casos</b>	<b>%</b>
<b>Ausente</b>	568	88.5	266	87.2	255	85.0	301	94.1
<b>Presente</b>	<b>74</b>	<b>11.5</b>	<b>39</b>	<b>12.8</b>	<b>45</b>	<b>15.0</b>	<b>19</b>	<b>5.9</b>
<b>Total</b>	642	100	305	100	300	100	320	100

cisión de tenerla en cuenta es un objetivo que se fija el investigador y no una simple imposición estadística. (Minuim, King, Bear, 1993). Cohen (1988) ubica los valores de (discrepancia) en tres categorías: 0,2 (pequeño); 0.5 (mediano); 0.8 (alto).

En base a los análisis anteriores se han obtenido los siguientes resultados:

*Diferencias en el riesgo según región:*

- *Riesgo por ideación:*  $X^2= 9.306$ , 3 gl; sig= .025. **No se verifican diferencias.**
- *Riesgo por puntuación:*  $F= 40.038$ , 3/1563 gl; sig= .000 (**los cuatro grupos comparados guardan diferencias significativas entre sí**; en orden decreciente de riesgo: Catamarca, Tucumán, Buenos Aires, Mar del Plata; medias: 32.89 vs. 30.03 vs. 27.56 vs. 22.89).

El tamaño del efecto de las muestras es mediano para cada región y la muestra total.

*Diferencias en el riesgo según sexo (muestra global):*

- *Riesgo por ideación:* ( $X^2= 8.415$ , 1 gl; sig= .004). **Se verifican diferencias a favor de**

**las mujeres** (48 mujeres en riesgo vs. 19 varones en riesgo; 804 mujeres sin riesgo vs. 696 varones sin riesgo).

- *Riesgo por puntuación:* ( $t= -2.485$ , 1560 gl; sig= .014). **No se verifican diferencias**

El tamaño del efecto de las muestras es pequeño para la variable sexo en las cuatro submuestras y la total.

*Diferencias en el riesgo según edad (muestra global):*

- *Riesgo por ideación:* ( $X^2= 11.003$ , 9 gl; sig= .275). **No se verifican diferencias.**
- *Riesgo por puntuación:* ( $F= 3.181$ , 9/1543 gl; sig= .158). **No se verifican diferencias**

El tamaño del efecto de las muestras es mediano para las tres regiones y la muestra total.

*Diferencias en el riesgo según curso (muestra global):*

- *Riesgo por ideación:* ( $X^2= 1.746$ , 6 gl; sig= .942). **No se verifican diferencias**
- *Riesgo por puntuación:* ( $F= 1.900$ , 6/1560 gl; sig= .078). **No se verifican diferencias**

El tamaño del efecto es alto para las submuestras y la muestra total.

*Diferencias en el riesgo por puntuación según edad, sexo y curso (contrastos realizados intragrupo por separado según región comparada):*

Buenos Aires:

- **Edad: no se verifican diferencias** ( $F=1.163$ , 2/641 gl; sig= .313).
- **Sexo: no se verifican diferencias** ( $t=.616$ , 640 gl; sig= .538).
- **Curso: no se verifican diferencias** ( $F=.688$ , 4/641 gl; sig= .601).

Tucumán:

- **Edad: no se verifican diferencias** ( $F=1.358$ , 2/292 gl; sig= .259).
- **Sexo: se verifican diferencias estadísticamente significativas** ( $t=-3.909$ , 292 gl; sig= .000). **Las mujeres exhiben puntuaciones totales significativamente mayores que los varones en cuanto a riesgo suicida** (Media fem= 32.54; dt= 12.58 vs. Media masc= 27.44; dt= 10.08).
- **Curso: no se verifican diferencias** ( $F=.1008$ , 4/304 gl; sig= .403).

Catamarca:

- **Edad: no se verifican diferencias** ( $F=2.657$ , 2/297; sig= .072).
- **Sexo: se verifican diferencias estadísticamente significativas** ( $t=-4.114$ , 258 gl; sig= .000). **Las mujeres obtienen puntuaciones más elevadas en relación al riesgo** (Media fem= 35.64; dt= 12.05 vs. Media masc= 30.49; dt= 9.24).
- **Curso: no se verifican diferencias** ( $F=1.624$ , 5/299 gl; sig= .154).

Mar del Plata:

- **Edad: no se verifican diferencias** ( $F=3.524$ , 9/1593 gl; sig= .161).
- **Sexo: no se verifican diferencias** ( $t=-2.504$ , 1610 gl; sig= .013).
- **Curso: no se verifican diferencias** ( $F=1.759$ , 7/1609 gl; sig= .092).

## COMENTARIOS Y DISCUSIÓN

Los resultados expuestos han mostrado, teniendo en cuenta la combinación de los dos criterios para detectar riesgo suicida (puntuacio-

nes totales arrojadas por la ISO > a 30 y/o presencia de ítems críticos indicadores de ideación suicida), alrededor de un 12% de adolescentes escolarizados en situación de riesgo suicida en centros urbanos (Buenos Aires y Tucumán) y un 15% en localidades de menor densidad poblacional (Catamarca). Mar del Plata exhibe el porcentual de riesgo más bajo, con 5.9%. Para poder apreciar las diferencias en cuanto a la densidad poblacional, baste destacar que Buenos Aires registra 13.679,6 hab/km<sup>2</sup>, Mar del Plata, 386,3 hab/km<sup>2</sup>, Tucumán, 56,4 hab/km<sup>2</sup>, y Catamarca 3,3 hab/km<sup>2</sup> (INDEC, 2001; Secretaría de Turismo de la Nación Argentina, 2006). Otro factor que debe ser tenido en cuenta es que los alumnos examinados en la muestra de Mar del Plata provienen de una escuela dependiente de la Universidad, a la que se accede por concurso y, por ende, seguramente expuestos a una alta estimulación no sistemática – externa al ambiente escolar - a nivel intelectual desde pequeños; este dato puede solamente inferirse en virtud de que si los padres de estos adolescentes se han interesado en una escuela de alta exigencia, posiblemente hayan brindado a sus hijos abundantes oportunidades de desarrollo en el nivel intelectual/académico desde su temprana infancia. En cambio, el resto de los grupos comparados se compone de sujetos que asisten a institutos medios comunes. Si es cierto que estos factores relacionados con las oportunidades educativas no formales se comportan como factores protectores contra el riesgo suicida, estos resultados parecerían ir en la misma dirección que estudios anteriores, que mostraron diferencias en las medias de riesgo en función de la variable educación del adulto a cargo del adolescente; ella son menores cuando el nivel educativo del adulto corresponde a algún nivel de instrucción formal: los hijos de padres que no asistieron a la escuela poseen un riesgo incrementado (Casullo, Fernández Liporace & Contini de González, 2005).

Desde el punto de vista de la puntuación cuantitativa, la diferencia verificada entre las medias de riesgo es estadísticamente significativa, ubicándose las mismas en el siguiente orden decreciente: Catamarca a la cabeza, seguida por Tucumán y Buenos Aires, estando Mar del Plata otra vez en último término. En la ciudad de Tucumán y en las localidades de Catamarca se han constatado diferencias según sexo, siendo la media de riesgo más elevada entre las mujeres que entre los varones. Considerando ahora



la muestra total (los cuatro grupos de comparación sin segmentar) no se encuentra esta diferencia en las puntuaciones según sexo, aunque sí aparece si se considera la ideación suicida: más allá de las puntuaciones totales obtenidas en la escala, las mujeres de toda la muestra presentan una frecuencia de aparición de ideación suicida significativamente mayor que los varones.

No se registran, en cambio, diferencias en el nivel de riesgo según cualquiera de los dos criterios tenidos en cuenta según la edad ni según el curso al que asiste el alumno.

Puede decirse, en líneas generales, que el hecho de ser mujer parece ser un factor de riesgo suicida, aunque no debe perderse de vista que esto no se verifica en todos los grupos. El sexo de los examinados surge como una variable de importancia en dos de los grupos comparados (Tucumán y Catamarca), así como en la muestra total.

No debe perderse de vista la necesidad de replicar y profundizar estos estudios en otras poblaciones a fin de evaluar el influjo de variables tales como valores, pautas de crianza e incluso, calidad de vida en la aparición de riesgo. En este sentido, parecería existir una diferencia en la manera en que una niña o un niño transcurren el proceso de socialización primaria; quizá la forma en que se establecen los circuitos comunicacionales, los comportamientos esperados de varones y niñas, puedan ser elementos a ser valorados en investigaciones ulteriores. Tampoco debe olvidarse que ser socializado en centros urbanos o en localidades más pequeñas parece también introducir variaciones en la prevalencia de sujetos en riesgo.

Es fundamental tener presente que estas especulaciones son meros intentos explicativos de los resultados aquí referidos los que deben examinarse a la luz de otras variables que no han sido incluidas en este diseño, como por ejemplo los antecedentes familiares, las estrategias de afrontamiento, los recursos disponibles, la psicopatología del individuo, por mencionar sólo algunas.

Resulta claro que estos resultados plantean un fenómeno de urgencia social que merece ser abordado desde un enfoque preventivo y participativo: trabajar con los propios adolescentes y sus padres, sin descuidar la capacitación de los docentes como detectores primarios de casos en riesgo, puesto que las instituciones educativas son ámbitos propicios para la puesta en práctica de las acciones preventivas nombradas.

## REFERENCIAS

- Abadie, J. P. (2004). Datos y observaciones sobre el problema del suicidio. *Fundación para la Investigación Interdisciplinaria de la Comunicación. Section on Massmedia and Mental Health, World Psychiatric Association*, 1(3): 7 - 10. Recuperado el 3 de Julio de 2006 de <http://www.elistas.net/lista/finteco/ficheros/>
- Browne, T. (1642). *Religio Medici. Hydriotaphia, and the Letter to a Friend*. New York: Scribner, Welford and Co (Edición de 1869).
- Casullo, M. M., Bonaldi, P. & Fernández Liporace, M. (2000). *Comportamientos suicidas en la adolescencia. Morir antes de la muerte*. Buenos Aires: Lugar.
- Casullo, M. M. & Fernández Liporace, M. (1997). Investigación sobre riesgo suicida en adolescentes. *Prácticas psicológicas en la escuela. Investigaciones en Psicología*, 2(2): 33 - 41.
- Casullo, M. M., Fernández Liporace, M. & Contini de González, N. (2005). Estudio comparativo sobre adolescentes en riesgo suicida. *Investigaciones en Psicología*, 10(3): 21 - 36.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the Behavioral Sciences*. New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- Fernández Liporace, M. & Casullo, M. M. (2006) Validación factorial de una escala para evaluar riesgo suicida. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica* 21 (1), 9-22.
- Fremouw, W. J., Perczel, M. & Ellis, T. E. (1990). *Suicide Risk. Assessment and Response Guidelines*. Boston: Allyn and Bacon.
- Hankoff, L. (1979). Judaic origins of suicide prohibition. En L. Hankoff & B. Einsidler (eds.) *Suicide: Theory, and clinical aspects* (pp. 3 - 20). Massachusetts: PSG.
- Kastenbaum, R. (1986). Death in the World of Adolescent. En C. Coor & C. Mc Neil, *Adolescence and Death* (pp. 118 - 140). New York: Springer.
- INDEC (2001). Censo Poblacional Nacional 2001. Recuperado el 3 de Julio de 2006 de <http://www.indec.gov.ar>.
- King, J. D. & Kowalchuk, B. (1994). *ISO - 30. Adolescent Inventory of Suicide Orientation - 30*. Minneapolis: National Computer Systems.
- Minium, E., King, B.M. & Bear, G. (1993). *Statistical Reasoning in Psychology and Education*. New York: J. Wiley & Sons.
- Secretaría de Turismo de la Nación Argentina (2006). Provincia de Tucumán. Recuperado el 3 de julio de 2006 de <http://www.turismo.gov.ar/esp/atra/tour/MAPAS/tuc.htm>
- Seaver, P. (2002). History of suicide: voluntary death in Western culture (review). *Perspectives in Biology and Medicine*, 45(2): 311-315.
- Serfaty, E. (2005). Suicidio en adolescentes: aspectos epidemiológicos y genéticos. *Revista Argentina de Psiquiatría Biológica*, 12(92): 5-6.