

Artículo de investigación

# Mitos y conocimiento sobre el suicidio adolescente

Elizabeth Ormart<sup>1,2\*</sup>, Valentina Stagno<sup>1</sup> y  
Laura Díaz Cano<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidad de Buenos Aires (UBA, Argentina)

<sup>2</sup>Universidad Nacional de La Matanza (UNLaM, Argentina)

\*Correspondencia: eormart@gmail.com

Recibido: 13 jul. 2023 | 1ra decisión: 12 dic. 2023 | Aceptado: 4 dic. 2024 | Publicado: 27 dic. 2024



## Resumen

El artículo presenta un estudio descriptivo de corte transversal sobre las creencias con respecto al suicidio, considerado por la OMS (2021) como una de las principales causas de muerte entre los 15 y 29 años. Con el objetivo de identificar el conocimiento sobre ciertos mitos que circulan acerca del suicidio, se difundió una encuesta para medir su presencia. La muestra es de 205 personas, entre los 13 y los 59 años, residentes en Argentina; un 27,8% autopercebidos con el género masculino, 69,3%, femenino, y 2.9%, no binario. En general, el conocimiento de los mitos en torno al suicidio corresponde al “nivel bueno”; el género femenino demuestra mayor nivel de conocimiento, y los grupos etarios “jóvenes” y “adultos jóvenes” puntuaron mejor que los demás. Se concluye que es fundamental implementar talleres educativos y de divulgación al respecto para atender la problemática e idear tácticas de prevención, intervención y postvención del suicidio.

**Palabras clave:** adolescencia, suicidio, mitos, educación.

## Mitos e conhecimento acerca do suicídio na adolescência

**Resumo:** O artigo apresenta um estudo transversal descritivo das crenças das pessoas sobre o suicídio, considerado pela OMS (2021) como uma das principais causas de morte entre pessoas entre 15 e 29 anos. A amostra alcançada é de 205 pessoas, entre os 13 e os 59 anos; todos os sujeitos residem na Argentina. Em relação à autopercepção de gênero, 27,8% foram identificados como masculino, 69,3%, feminino, e 2,9%, não binário. Observa-se de forma geral que o conhecimento dos mitos em torno do suicídio é bom. Quanto à diferença segundo o gênero, foi o gênero feminino que apresentou o maior nível de conhecimento. As faixas etárias “jovens” e “adultos jovens” pontuaram melhor do que as outras faixas etárias. Conclui-se que é essencial, promover a realização de oficinas educacionais que divulguem sobre esse fenômeno, a fim de abordar o problema e elaborar táticas de prevenção, intervenção e pós-venção a o suicídio.

**Palavras-chave:** adolescência, suicídio, mitos, educação.

## Myths and knowledge about adolescent suicide

**Abstract:** The article presents a descriptive cross-sectional study on beliefs regarding suicide, considered by the WHO (2021) as one of the leading causes of death among individuals aged 15 to 29. To identify knowledge about certain myths surrounding suicide, a survey was disseminated to measure their prevalence. The sample consists of 205 individuals aged 13 to 59, residing in Argentina; 27.8% self-identified as male, 69.3% as female, and 2.9% as non-binary. Overall, knowledge of myths about suicide corresponds to a “good level”; women demonstrated a higher level of knowledge, and the “youth” and “young adult” age groups scored better than others. The study concludes that it is essential to implement educational and outreach workshops to address the issue and develop strategies for the prevention, intervention, and postvention of suicide.

**Keywords:** adolescence, suicide, myths, education.

## Aspectos destacados del trabajo

- En la actualidad, el suicidio adolescente se ha vuelto un problema de salud pública.
- El género femenino demuestra mayor nivel de conocimiento que los otros géneros.
- Los grupos etarios jóvenes y adultos jóvenes evidencian mayor nivel de conocimiento que el resto.
- La mayoría de la muestra considera que el suicidio no difiere entre las clases sociales.

En la actualidad, el suicidio representa un problema de salud pública grave y creciente. La Organización Mundial de la Salud ([OMS], 2021) afirma que es una de las cinco causas principales de muerte a nivel mundial entre adolescentes y jóvenes, entre 15 y 29 años. Desde el punto de vista epidemiológico, la mortalidad por suicidio se enmarca dentro de las denominadas causas externas (junto a siniestros viales, homicidios y eventos de intención no determinada), y se configura como la segunda causa entre estas.

La Organización Panamericana de la Salud ([OPS], 2021, como se citó en OPS, 2023), informa que entre 2000 y 2019 la situación en Argentina ha estado en línea con la tendencia mundial. Según el ranking de las Américas, la tasa de mortalidad por suicidio cada 100 mil habitantes de Argentina es del 8,1%, noveno puesto de país con mayor nivel de suicidio. Con relación al género, los resultados señalan que el género masculino presenta más del doble de suicidios, en comparación con el femenino. No obstante, los resultados mencionados por la OMS (2021) pertenecen al año 2019 y lo mismo sucede con el informe de la OPS (2023). Por ello, ha de preguntarse acerca de la validez de los datos que se presentan para construir propuestas públicas actuales a nivel internacional.

En el 2021, según los datos demográficos oficiales de la Dirección de Estadísticas e Información en Salud ([DEIS], 2023), en Argentina se registró un total de 2865 suicidios, incluyendo secuelas. El grupo etario más afectado fue el comprendido entre los 20 y los 24 años, un 14,3%. Respecto al género se registró superior el porcentaje de suicidios de varones, con un 79,58%.

El *Informe del Sistema Nacional de Información Criminal, de la Dirección Nacional de Estadística Criminal* ([DNEC], 2022), indica el valor absoluto de tasas, cada 100 mil habitantes, de víctimas de suicidios (consumados) por jurisdicción en Argentina. Se informa que en el 2021 las provincias con mayor porcentaje fueron: Entre Ríos con un 16,8%, Santa Cruz con un 14,6%, La Rioja con un 13,7% y San Luis con un 13,6%.

## Abordaje en las escuelas

La problemática del suicidio impacta tanto en las familias, como en toda la comunidad escolar, por lo que se vuelve fundamental profundizar en el conocimiento acerca de la temática para formar a las personas y agentes educativos

en la prevención. Los y las adolescentes no suelen pedir ayuda, por lo que reconocer indicadores, factores de riesgo y estrategias de intervención se vuelve necesario (Monge Holguín et al., 2007).

La educación sexual integral es una ley que fue promulgada en Argentina en 2006 (Programa Nacional de Educación Sexual Integral [PNEI], 2006) y da un marco legislativo y disciplinar para abordar estas temáticas en todos los grupos poblacionales que están implicados: adolescentes, padres/madres y personal docente y no docente de la comunidad educativa (Del-Campo et al., 2013).

Santillán Pizarro y Pereyra (2021) refieren sobre la importancia de políticas sanitarias enfocadas en la prevención y plantean la necesidad de formación del conjunto de la sociedad, así como también el acercamiento de profesionales de la salud a instituciones públicas y privadas, para promover una mirada crítica y reflexiva sobre los mitos, tabúes y estigmas. Por su parte, Guibert Reyes (2002) resalta la importancia del papel que pueden cumplir los medios de comunicación y las instituciones educativas, y señala que las escuelas deberían estar preparadas para la prevención del suicidio, ya que como institución debe enseñar educación para la salud y es responsable moralmente en la intervención de la vida de las comunidades de las que forman parte, pues su función es educar a las personas. Además, plantea que los programas escolares de prevención del suicidio deberían incluir prevención, intervención y posvención, desde un aporte científico aplicado a la temática (Guibert Reyes, 2002).

## El concepto del suicidio como constructo complejo

La Real Academia Española (s.f.) define al suicidio como “acción o efecto de suicidarse” o como “acción o conducta que perjudica o puede perjudicar muy gravemente a quién la realiza”. Desde ya, esta segunda definición es muy problemática, ya que la autolesión, también es una conducta que puede llegar a perjudicar gravemente a quien lo realiza. Sin embargo, hay investigaciones que insisten en conceptualizar las “autolesiones” como “autolesiones no suicidas”, porque sus prevalencias y motivaciones hacen que sea necesario considerarlas como una categoría independiente (Mayer Villa et al., 2016).

Existen diferentes factores de riesgo que pueden favorecer los actos suicidas. Sin embargo, se presenta un acuerdo científico que vincula los fenómenos del suicidio con un modelo plurifactorial, que implica a la vez cuestiones socio-culturales, ambientales y psicopatológicos. El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia ([UNICEF], 2019) establece diferentes factores que interactúan entre sí, y se los distingue entre predisponentes o de vulnerabilidad, precipitantes y protectores. Los factores precipitantes, o proximales, especialmente entre adolescentes y jóvenes, han sido descritos como vinculados con conflictos interpersonales con personas clave, ligados a sentimientos de rechazo y humillación (UNICEF, 2019).

Es por esto que, investigaciones que trabajan el tema del suicidio adolescente desde una perspectiva de salud mental, lo definen como la preocupación o la acción orientada a causar la propia muerte de manera involuntaria. Dado que la prevalencia del suicidio ha aumentado al punto de volverse una problemática de salud pública, se han incrementado las exploraciones sobre las causas desde

muchas disciplinas. Es así que se han encontrado variables relevantes para dar explicaciones a los suicidios. Estos pueden ser factores biológicos, como el malfuncionamiento del sistema serotoninérgico, psiquiátricos, como los trastornos de ansiedad, depresión o de conducta alimentaria, factores sociales, como el bullying o ciberbullying, el desempleo, el embarazo, o, incluso, emocionales, como la impulsividad o la desesperanza (Del-Campo et al., 2013).

## Creencia de mitos entorno al suicidio

Los mitos son criterios culturalmente aceptados que no necesariamente se corresponden con datos científicos (Cervantes y Melo Hernández, 2008). Muchos de ellos cambian entre culturas, ya que la interpretación que se le da al suicidio está atravesado por variables sociales, económicas, religiosas, entre otras (Guibert Reyes, 2002).

Pérez Barrero (2005) se refiere a los mitos sobre el suicidio como criterios equivocados, los cuales obstaculizan su prevención. A su vez, detalla en su argumentación los criterios científicos. A continuación, se presentan veintitrés mitos que Pérez Barrero (2005) desarrolló de la siguiente manera:

1. *La gente que habla de suicidarse, en realidad no lo hace.* Es un criterio equivocado debido a que conduce a minimizar las amenazas suicidas, las cuales a su vez pueden considerarse erróneamente como manipulaciones, y el autor menciona como criterio científico que quien comete suicidio, o lo intenta, ha avisado tanto con palabras, amenazas, como también con gestos o cambios de conducta.
2. *Las personas que dicen que se quieren suicidar lo hacen para llamar la atención.* Lo define así porque genera una actitud de rechazo hacia quienes cometen intento de suicidio. En referencia al criterio científico, el autor explica la importancia de reconocer a las personas como sujeto de derecho y reflexiona sobre aquellas que intentan el suicidio, que es considerado debido al fracaso de sus anteriores mecanismos útiles de adaptación.
3. *Las personas que dicen querer suicidarse están pidiendo ayuda.* En relación con los ítems anteriores, el autor destaca como criterio científico la importancia de prestar atención a las personas que manifiestan sus ideas suicidas o amenazan con el acto del suicidio mismo. Además, reconoce como de gran valor tanto a la labor de profesionales, como de las personas con vínculos significativos para el sujeto, para el acompañamiento y resolución de la situación crítica.
4. *Cualquiera que intenta matarse está loco o padece alguna enfermedad mental.* Si bien es verdad que las personas con padecimiento mental tienden a ser más proclives a intentar suicidarse, el dolor extremo que puede llevar a alguien a querer quitarse la vida no es indicador de enfermedad mental. El autor refiere como criterio científico a que las personas con padecimientos en su salud mental presentan una mayor frecuencia que la población en general, pero no necesariamente hay que padecer un trastorno mental para hacerlo.

5. *Si una persona toma la decisión de matarse nadie puede impedirlo.* Lo describe como criterio equivocado ya que refleja la agresividad de aquellos sujetos que no están capacitados para abordar la problemática. El criterio científico es que todo suicida se encuentra en una situación ambivalente, es decir, con deseos de morir y de vivir, pero el método elegido no refleja los deseos de morir.
6. *Si se reta a un suicida, no lo realiza.* Según el autor, esta afirmación pretende que el sujeto pruebe sus fuerzas en momentos críticos. Como criterio científico explica que sería irresponsable retar al suicida pues se está frente a una persona vulnerable, en situación de crisis, cuyos mecanismos de adaptación han fracasado, predominando precisamente los deseos de autodestruirse.
7. *La mejoría, después de la crisis suicida, significa que ya no existe riesgo de suicidio.* Esto es falso, ya que, a pesar de empezar a sentirse mejor, los pensamientos suicidas pueden persistir durante un tiempo, o reaparecer. El autor lo categoriza como criterio equivocado y, a su vez, refiere al criterio científico como aquel que sostiene las medidas de observación estricta del sujeto y la evolución sistematizada del riesgo de suicidio.
8. *Una vez superada la crisis suicida, no recaerá en el futuro.* El autor reflexiona en sintonía con el ítem anterior y plantea que con este criterio se desestima el riesgo de suicidio y conlleva a disminuir las correspondientes medidas de observación como recuperación de la persona.
9. *Los medios de comunicación no pueden contribuir a la prevención del suicidio.* Como criterio científico el autor refiere que los medios de comunicación pueden convertirse en un valioso aliado en la prevención del suicidio si enfocan correctamente la noticia sobre el tema y cumplen con las sugerencias de la difusión. Sería un criterio equivocado continuar emitiendo noticias sensacionalistas, sin considerar el mensaje emitido desde una perspectiva de la prevención y la promoción de la salud.
10. *Si de verdad se hubiera querido matar, se hubiera tirado delante de un tren.* Como se mencionaba anteriormente, el método elegido y su agresividad no pueden interpretarse como indicadores del grado de deseo de morir de una persona. Este tipo de comentarios sólo agravan el padecimiento de quien tiene las ideas suicidas, por lo que esta información es criterio equivocado.
11. *Todo el que intenta el suicidio estará en ese peligro toda la vida.* El autor lo menciona como criterio equivocado ya que es utilizado como argumento para justificar la sobreprotección hacia el individuo y el estigma, o rechazo, por temor a que se repita. Como criterio científico refiere la importancia de reconocer la crisis suicida para su prevención, así como también contemplar que el punto crítico tiene un tiempo determinado de duración en horas.
12. *Todo el que se suicida está deprimido.* Aunque toda persona deprimida tiene posibilidades de realizar un intento de suicidio o un suicidio, el autor refiere como criterio científico a que los sujetos que padecen otros trastornos



mentales, tienen posibilidad de intentarlo, así como también, no todos los que cumplen los criterios diagnósticos de depresión intentan suicidarse o se suicidan.

13. *El suicidio se hereda.* No está demostrado que esto ocurra, aunque se puedan encontrar varios miembros de una misma familia que hayan terminado sus vidas por suicidio. Es considerado un criterio equivocado debido a la creencia errónea de que aquello que se hereda resulta imposible de modificar. En estos casos el autor refiere como criterio científico a que lo heredado es la predisposición a padecer determinado trastorno de salud mental, donde el suicidio es un síntoma principal, como por ejemplo, los trastornos afectivos y las esquizofrenias.
14. *Las ideas suicidas o el suicidio pueden generar un efecto de contagio.* En relación con el ítem anterior, el autor lo categoriza como criterio equivocado, ya que genera aversión hacia quienes cometen intento de suicidio, como causa de limitaciones en investigación, abordaje y prevención del mismo. El autor desarrolla como criterio científico, con el fin de evitar las noticias sensacionalistas y aquellos manejos que provoquen la imitación de esa conducta, la importancia de desarrollar la temática de suicidio de manera científica, como otras causas de muerte.
15. *El suicidio no puede ser prevenido, pues ocurre por impulso.* Si sucediera de esta manera sería imposible pronosticar y prevenir. Como criterio científico el autor indica que toda persona, antes de cometer un suicidio evidencia una serie de síntomas definidos como síndrome pre-suicida. Uno de los síntomas principales consiste en la inhibición de la agresividad, que ya no es dirigida hacia otras personas sino hacia sí mismo, e incluso la persona puede decir abiertamente que está pensando en suicidarse.
16. *Al hablar sobre el suicidio con una persona en este riesgo, se le puede incitar a que lo realice.* El autor refiere que este mito infunde temor en aquellas personas que se encuentran en riesgo de cometerlo y que consideran dialogar sobre la temática con otras personas. Está demostrado, como criterio científico, que hablar sobre el suicidio con una persona en riesgo, en vez de incitar, provocar o introducir en su cabeza esa idea, reduce el peligro de cometerlo y puede ser la única posibilidad que ofrezca el sujeto para el análisis de sus propósitos autodestructivos.
17. *El acercarse a una persona en crisis suicida sin la debida preparación para ello, sólo mediante el sentido común, es perjudicial y se pierde el tiempo para su abordaje adecuado.* Esto es un criterio equivocado, ya que intenta limitar la participación de voluntarios en la prevención. Para el autor el criterio científico es aquella prevención en donde el sentido común va acompañado de empatía (paciente y atenta escucha), y de reales deseos de ayudar al sujeto en crisis a encontrar otras soluciones que no sean el suicidio.
18. *Sólo los psiquiatras pueden prevenir el suicidio.* Según el autor es un criterio equivocado que asocia al profesional psiquiatra como el único capacitado para

responder a la problemática. Como criterio científico plantea que cualquier persona interesada en auxiliar a este tipo de personas, puede ser un valioso colaborador en su prevención, ya que como se dijo anteriormente, sólo es necesaria una escucha atenta y empática.

19. *Los niños no se suicidan.* Criterio equivocado que podría buscar negar la realidad. El autor refiere, como criterio científico, que después de adquirir el concepto de muerte las infancias pueden cometer suicidio.
20. *Sólo los viejos se suicidan.* El autor describe como criterio equivocado, el cual evade que en las etapas de la infancia, adolescencia, juventud se presenta el suicidio como causa de muerte. A su vez, describe como criterio científico que las personas jóvenes utilizan, en mayor medida, métodos autodestructivos y que las personas en la etapa de senectud utilizan métodos más efectivos al intentar el suicidio.
21. *Los que intentan suicidarse y los que se suicidan son individuos peligrosos, pues igual que atentan contra sí mismo, pueden hacerlo contra los demás.* Para el autor es criterio equivocado que tiende a generar temor. Como criterio científico enuncia que el suicidio es un acto agresivo cometido contra sí mismo, pero que no está asociado a conductas peligrosas hacia terceros.
22. *El suicida desea morir.* Como se dijo anteriormente, las personas que dicen querer suicidarse, lo que quieren es aliviar su dolor dado que no cuentan con los recursos psíquicos para afrontarlo. Su actitud suele ser ambivalente hacia la muerte. El autor expone, como criterio científico, sobre la importancia del diagnóstico para prevenir el intento de suicidio, o suicidio mismo.
23. *Sólo los pobres se suicidan o sólo los ricos se suicidan.* El criterio científico que define el autor es que los intentos de suicidio se dan en todas las clases sociales, ya que es una problemática de la sociedad a nivel mundial y de todos los extractos económicos.

En este sentido, el presente trabajo busca identificar la presencia de mitos en torno al suicidio en la población argentina, en función del género, según corresponda, femenino, masculino, no binario, y en función de la edad, adolescentes tempranos, adolescentes tardíos, jóvenes, jóvenes adultos y adultos. Específicamente, se propone comparar, en relación con el grupo etario y con el género, la prevalencia de creencia en los mitos sobre el suicidio y el nivel de conocimiento acerca de la creencia de mitos.

## Método

Estudio descriptivo, de corte transversal (Montero y León, 2002), cuyo instrumento es un cuestionario programado a partir de un formulario de *Google*, que fue compartido previo al presente análisis mediante redes sociales -*Facebook* y *Whatsapp*-, en forma de muestreo de bola de nieve.

Para la confección de la encuesta se consideraron 23 mitos erróneos entorno al suicidio. Los mismos se presentaron a través de afirmaciones en las que los



participantes seleccionaron, a partir de una Escala Likert, el grado de acuerdo o desacuerdo: 1-totalmente en desacuerdo, 2-en desacuerdo, 3-indeciso, 4-de acuerdo y 5-totalmente de acuerdo. Algunos mitos se presentaron de manera inversa, es decir a modo de negaciones, en su función como distractores.

Al diferenciar la prevalencia de mitos según género y grupo etario, se realiza una diferenciación según mayor porcentaje seleccionado; cabe aclarar que se incluyeron las respuestas “3-indeciso” únicamente cuando el porcentaje era mayor que en las otras respuestas.

Previo al conocimiento de los resultados finales, se elaboró una diferenciación de puntaje según la totalidad de las respuestas seleccionadas acerca de los mitos, lo que permitió distinguir el nivel de conocimiento de la población sobre los mismos. Se formularon cinco categorías: si el puntaje total de las respuestas diera un número entre 23-46, el nivel de conocimiento sería “muy bueno”; si diera entre 47-69, “bueno”; si el diera entre 70-92, “regular”; y si diera entre 93-115, “muy bajo”.

Los datos recabados fueron estudiados mediante la herramienta *IBM SPSS Statistics 25* y se realizaron análisis descriptivos de la muestra: tabla de frecuencias y porcentajes para variables cualitativas.

## Aspectos éticos

El consentimiento para participar en la encuesta remitía a la Ley Nacional N° 25.326 (Ley Nacional Protección de Datos Personales [LNPDS], 2000) y se aclaró a todas las personas participantes que los datos personales serían recolectados electrónicamente, así como también que se respetaría la confidencialidad de su información.

## Población

La muestra inicial estuvo conformada por 275 personas; diecinueve sujetos fueron excluidos por no cumplir el criterio de inclusión de marcar su edad, uno fue excluido por ser menor de 13 años, y 50 se clasificaron como datos perdidos, por no cumplir el criterio de inclusión de responder a todos los enunciados que se requerían. Finalmente, la muestra quedó conformada por 205 sujetos.

El 27,8% de la muestra se identificó con el género masculino, el 69,3%, con el femenino, y el 2,9%, con el no binario. Respecto a la edad, la media se registró en 20,29, la mediana, en 17, y la moda, en 16; es menester mencionar que las personas con 16 años representaban el 18,5% del total de la población.

A partir del marco normativo nacional presentado por la Ley N° 26.994 (Código Civil y Comercial de la Nación [LCCN], 2014, § Cap. 2, Cap. 5) y de la Resolución 65/2015 (2015), de la Secretaría de Salud Comunitaria, se diferenció la muestra en cinco grupos etarios.

El primer grupo etario, comprendido entre los 13 y los 15 años, inclusive, son denominados “primera adolescencia” y se encuentran reconocidos como sujetos con capacidad autónoma para decidir sobre prácticas de salud, que no impliquen riesgo grave para su salud integral o su vida; en la muestra definitiva se corresponde con un 24,4% de las personas participantes.

El segundo, son adolescentes entre 16 y 17 años, inclusive, reconocidos como “segunda adolescencia”, que corresponden a un 30,7% de participantes y son sujetos con capacidad plena para la toma de decisiones sobre el cuidado del propio cuerpo en materia de salud, tal como sujetos adultos, pero aún no gozan de derechos civiles plenos.

El tercero, entre 18 y 20 años, inclusive, se denomina “jóvenes” y tienen legitimidad de percibir la manutención por parte de sus progenitores, que son los gastos a realizar en su vida diaria, como educación, salud, vestimenta, esparcimiento, etc. Estos representan un 14,6% de la muestra.

El cuarto, entre los 21 y los 24 años, inclusive, denominado “jóvenes adultos”, en cambio, tiene la legitimidad de exigir a sus progenitores proveerlos de recursos para sus estudios, preparación profesional de un arte u oficio, en caso de imposibilidad de proveerse de medios necesarios para su sostenimiento independiente. El grupo conforma un 13,2% de la muestra.

Por último, el grupo etario que corresponde a los participantes de 25 años en adelante, se denomina “adultos”. En esta edad ya no hay una exigencia legal de los progenitores a proveerlos de recursos. Equivale a un 17,1% de la muestra. Cabe aclarar que las categorías descriptas no diferencian entre personas con o sin discapacidad. Al momento de realizar la encuesta, todos los sujetos participantes residían en la república Argentina.

## Resultados

### Variables sociodemográficas

En la Tabla 1 (ver Anexo) es posible observar que hay una mayoría del porcentaje compuesto por residentes de la provincia de Buenos Aires, específicamente un 84,9 %. Al momento de realizar la encuesta, la mayor parte de las personas se encontraban en el nivel educativo secundario, un 60% de la muestra, mientras que el restante de la población se encontraba en el nivel terciario o universitario. El 97,1% se encontraban cursando en zonas urbanas. En cuanto a la gestión de las instituciones escolares, fue en mayor porcentaje privada, con un 67,8%. Y, por último, puede observarse “secundaria completa”, con un 36,6%, y “universidad completa”, con un 34,1%, son los dos porcentajes más altos en respuesta a la pregunta “máximo nivel educativo de alguno/a de tus padres/madres”.

### Prevalencia de creencias en los mitos sobre el suicidio en relación con el género

Al diferenciar el género, se registran los siguientes catorce mitos como aquellos que prevalecen en mayor porcentaje, según la evidencia presente en Tabla 2 (ver Anexo). A continuación se describe la selección por cada grupo según género.

- **Las personas que dicen querer suicidarse no lo hacen.** Tanto los masculinos, en un 13,7%, como las femeninas, en un 31,7 %, marcaron mayormente la opción “indeciso”; el género no binario se contuvo mayormente a la opción indeciso, con 2,0%.

- **Los medios masivos de comunicación pueden prevenir los intentos de suicidio.** Se observa en los tres grupos que existe desconocimiento sobre la presente afirmación, ya que, predominantemente, se seleccionó la opción “indeciso” en un 10,7% de los masculinos, género no binario en un 2,4% y femenino en un 26,3%, luego le sigue la opción “de acuerdo”.
- **Si alguien intenta suicidarse una vez, estará en peligro de querer volver a hacerlo toda la vida.** El género no binario eligió más veces “de acuerdo”, con 1,5%, y el femenino, casi en igual proporción “indeciso”, con 22,0%. Las personas identificadas con el género masculino, en su mayoría, seleccionaron “indeciso”, en un 11,2%.
- **Los adolescentes son más propensos a suicidarse.** Aquellos de los géneros masculino, en un 10,2%, y femenino, en un 24,9%, seleccionaron la opción “indeciso” mayormente, no así el género no binario que aseguró, en su mayoría, estar “de acuerdo”, en un 1,5%.
- **Todo el que se quiere suicidar o lo intenta, está deprimido.** Los grupos femenino, en un 21,5%, y no binario, en un 1,5%, eligieron, predominantemente, la opción “indeciso”, no así el grupo masculino que en un 10,2%, refirió estar “de acuerdo”.
- **La tendencia al suicidio es heredable.** La gran mayoría del grupo femenino eligió “totalmente en desacuerdo”; el no binario “en desacuerdo” y el masculino escogió, predominantemente, la opción “indeciso”, en un 9,8%.
- **Al hablar de suicidio con una persona que esté en riesgo se la puede incitar a que lo realice.** Las elecciones de los tres grupos etarios se mantuvieron mayormente en la opción “indeciso”: masculino en 10,2%, no binario en 1,5% y femenino en 23,9%.
- **Si una persona es capaz de lastimarse a sí misma, también es capaz de lastimar a otros, por lo que es peligroso.** Los del género masculino seleccionaron las opciones “indeciso”, un 7,8%, y “de acuerdo”, un 8,3%, casi en la misma proporción; el grupo femenino seleccionó, mayormente, y en igual proporción, a saber 19%, entre sí las opciones “en desacuerdo” e “indeciso”. La opción “en desacuerdo”, en un 2%, fue la más escogida por el género no binario.
- **El suicida quiere morir.** Las opiniones sobre esta afirmación estuvieron muy divididas entre los tres grupos. La más elegida por el masculino, con un 9,3%, “de acuerdo”, y la más escogida por el grupo femenino, con un 18,5%, “indeciso”. El no binario votó en las tres opciones “totalmente en desacuerdo”, “en desacuerdo”, y “de acuerdo”, con un 1,0% cada una.
- **Al hablar de suicidio con una persona que esté en riesgo, se la puede incitar a que lo realice.** Las elecciones de los tres grupos etarios se mantuvieron, mayormente, en la opción “indeciso”: el grupo masculino

10,2%, el femenino 23,9% y el no binario 1,5%.

- **Se puede ayudar a una persona que se encuentra en una crisis suicida, razonando con el sentido común.** Los géneros no binario, en un 1,5%, y femenino, en un 21%, predominantemente, sostuvieron estar “indecisos”, mientras que el masculino votó más veces “totalmente de acuerdo”, en un 10,7%.
- **El suicidio no puede ser prevenido porque es un impulso.** El grupo no binario seleccionó, mayormente, la opción “indeciso”, en un 1,5%, el masculino, “en desacuerdo” en un 11,7%, y el femenino, “totalmente en desacuerdo” en un 32,7%.
- **Sólo los psiquiatras pueden prevenir un suicidio.** El género no binario seleccionó más las opciones “en desacuerdo” e “indeciso”, ambas en un 1%; el femenino “en desacuerdo”, en un 22,4%; y el masculino, en su mayoría, “totalmente en desacuerdo”, con un 12,2%.
- **Los niños no se suicidan.** Los grupos femenino, en un 37,1%, y masculino, en un 12,7%, eligieron la opción “totalmente en desacuerdo”, mayormente; no así el no binario, que escogió, con la misma frecuencia, las opciones “totalmente en desacuerdo”, “en desacuerdo”, e “indeciso”, todas en un 1%.

### Prevalencia de creencias en los mitos sobre el suicidio en relación al grupo etario

Al diferenciar el grupo etario según porcentajes, se registra la prevalencia de creencia en diez mitos, como indica la Tabla 2 (ver Anexo). A continuación se describe este aspecto.

- **Las personas que dicen querer suicidarse, no lo hacen.** Todos los grupos marcaron, mayormente, la opción “indeciso”; cabe resaltar que, dentro del grupo segunda adolescencia, la segunda opción más votada fue “de acuerdo”, con un 4,4%; Primera adolescencia, con un 13,7%; segunda adolescencia, con un 16,6%; adultos jóvenes, con un 6,3%; y adultos, con un 7,3%.
- **Los medios masivos de comunicación pueden prevenir los intentos de suicidio.** Los grupos primera adolescencia y jóvenes escogieron, en su amplia mayoría, la opción “indeciso”, 12,2% y 6,8%, respectivamente. Segunda adolescencia seleccionó más la opción “de acuerdo”, pero la diferencia no fue tan amplia con “indeciso”, un 8,8%. Los grupos adultos jóvenes y adultos seleccionaron, en mayor porcentaje, “indeciso”, ambos en un 5,9 %.
- **Si alguien intenta suicidarse una vez, estará en peligro de querer volver a hacerlo toda la vida.** Los grupos primera adolescencia, jóvenes y adultos votaron más “de acuerdo”: 8,8%, 5,4% y 5,4%, respectivamente. Mientras que segunda adolescencia y adultos jóvenes escogieron la opción “indeciso”: 13,7% y 4,9%, respectivamente.

- **Los adolescentes son más propensos a suicidarse.** El grupo jóvenes escogió la opción “de acuerdo”, un 4,4%, mientras que los demás grupos tildaron más veces “indeciso”: primera adolescencia con un 9,8%, segunda adolescencia con un 11,7%, adultos jóvenes con un 5,4% y adultos con un 5,9%.
- **Todo el que se quiere suicidar o lo intenta, está deprimido.** En cuanto a los grupos etarios primera adolescencia y jóvenes seleccionó, mayormente, “de acuerdo”, 8,8% y 5,4%, respectivamente. Segunda adolescencia y adultos jóvenes tildaron “indeciso”, 9,3% y 6,3%, respectivamente. Y el grupo adultos, a diferencia de los demás, sostuvo mayormente estar “totalmente de acuerdo”, en un 6,3%.
- **Al hablar de suicidio con una persona que esté en riesgo se la puede incitar a que lo realice.** Los grupos etarios primera adolescencia, segunda adolescencia y jóvenes adultos seleccionaron la opción “indeciso”, 9,8%, 10,7% y 6,3%, respectivamente. Si bien el grupo jóvenes también sostuvo esa opción, en un 4,9%, en el mismo porcentaje escogió también la opción “totalmente en desacuerdo”. Por último, adultos tildó más veces la opción “totalmente en desacuerdo”, un 5,4%.
- **Se puede ayudar a una persona que se encuentra en una crisis suicida, razonando con el sentido común.** Primera adolescencia eligió más veces la opción “totalmente de acuerdo”, un 8,3%; segunda adolescencia, jóvenes y jóvenes adultos, en cambio eligieron “de acuerdo”, con 10,7%, 5,4% y 3,9% respectivamente. En el grupo adultos predominó la opción “indeciso”, con un 5,4%.
- **Solo los psiquiatras pueden prevenir un suicidio.** Los grupos etarios primera adolescencia y segunda adolescencia escogieron más veces “totalmente en desacuerdo”, 10,2% y 11,7% respectivamente. Jóvenes y jóvenes adultos tildó la opción “indeciso”, 4,9% y 4,4%, respectivamente. Y adultos sostuvo, en igual medida, 5,9%, las opciones “totalmente en desacuerdo” y “en desacuerdo”.
- **Si una persona es capaz de lastimarse a sí misma, también es capaz de lastimar a otros, por lo que es peligroso.** El grupo primera adolescencia seleccionó la opción “en desacuerdo” un 6,8%, mientras que los demás grupos eligieron “indeciso”: segunda adolescencia 9,8%, jóvenes 4,4%, jóvenes adultos 3,9% y adultos 5,4%.
- **El suicida quiere morir.** Primera adolescencia y segunda adolescencia, mayormente, eligieron “de acuerdo”, 7,8% y 10,2%, respectivamente, mientras que jóvenes y adultos jóvenes se mantuvieron en “indeciso”, 4,4% y 4,9%. Adultos escogió en igual medida, 4,9%, “en desacuerdo” y “totalmente en desacuerdo”.

## Nivel de conocimiento sobre mitos entorno al suicidio, según género y grupo etario

A partir del registro presentado en la Tabla 3, el grupo masculino registra nivel “bueno” en mayor porcentaje, con un 18,0%, y, luego, en nivel “regular”, con un 9,8%. El grupo femenino registra, mayormente, en nivel “bueno”, con un 52,2%, luego, nivel “regular”, con un 16,1%, y, finalmente, nivel “muy bueno”, con un 1%. Las personas pertenecientes al género no binario puntúan, únicamente, en el nivel de conocimiento “bueno”, con un 2,9%. Ninguno de los grupos puntúan en nivel “bajo” de conocimiento sobre mitos entorno al suicidio.

Al continuar con el análisis de los resultados, el grupo primera adolescencia puntúa en mayor porcentaje nivel “bueno”, con un 17,6%, seguido por el nivel “regular”, con un 6,8%. Segunda adolescencia coincide con el grupo anterior, ya que alcanza, en mayor porcentaje, el nivel “bueno”, con un 24,9%, seguido por el nivel “regular”, con un 5,9%. El grupo de jóvenes puntúa en nivel “muy bueno” con un 0,5% y luego el nivel “bueno” con un 9,8%. Adultos jóvenes puntúa en coincidencia con el grupo jóvenes: en nivel “muy bueno” un 0,5% y después en nivel “bueno” con un 9,3%. Finalmente, el grupo de adultos alcanza, mayormente, nivel de conocimiento “bueno”, con un 11,7%, seguido de nivel “regular”, con un 5,4%. Tanto en grupos según la edad, como en grupos según género, no hubo puntuación que registrara nivel de conocimiento “muy bajo”, que es del 0%.

## Discusión

Se han encontrado gran cantidad de estudios centrados en los factores de riesgo sobre los intentos de suicidio y el suicidio en sí. Según el UNICEF (2019), los factores de riesgo que han sido explorados con mayor frecuencia son:

1. El género.
2. La autoexigencia, exigencia parental y/o fracasos en logros esperados.
3. Los factores intrapsíquicos y de personalidad, particularmente los estados depresivos.
4. Los factores socioeconómicos y culturales, como la falta de expectativas laborales y de estudio.
5. Las perturbaciones en la vida familiar.
6. El abuso sexual.
7. La orientación sexual.
8. El suicidio imitativo.
9. El consumo de alcohol y otras sustancias.
10. El hostigamiento o acoso escolar (bullying) como acontecimiento vital humillante y el ciberbullying.



Diferentes investigaciones han demostrado que las mujeres poseen mayor tendencia a presentar ideaciones suicidas, mientras que los hombres logran consumar el suicidio, cuestión que se refleja en la casuística de Argentina (OPS, 2017). Por una parte, las hipótesis que explicarían estos datos radican en los métodos elegidos por cada género para llevar adelante esta práctica. Los de los masculinos parecieran ser más violentos, como el ahorcamiento o el uso de armas de fuego, mientras que las mujeres suelen elegir formas como el envenenamiento (Del-Campo et al., 2013).

Por otra parte, los estudios registrados sobre el conocimiento de mitos de la población, según variables sociodemográficas, de género y de grupo etario (Pérez Barrero, 2005 como se citó en Cervantes y Melo Hernández, 2008; Pérez Barrero, 2005; Guzón de Arcos, 2023), se enfocan principalmente en la adolescencia, sin realizar una diferenciación pormenorizada entre los géneros correspondientes: masculino, femenino y no binario. Al analizar el segundo resultado de la presente investigación se demuestra la prevalencia de seis mitos en los grupos separados por géneros. Estos son: *las personas que dicen querer suicidarse no lo hacen; los medios masivos de comunicación pueden prevenir los intentos de suicidio; los adolescentes son más propensos a suicidarse; todo el que se quiere suicidar o lo intenta, está deprimido; al hablar de suicidio con una persona que esté en riesgo, se la puede incitar a que lo realice; el suicida quiere morir.*

Según Jerónimo et al. (2021), se ha producido un aumento del 43,2% en la incidencia mensual de ideas e intentos de suicidio durante la pandemia, en comparación con el período 2018-2019, y en mayo de 2021 se incrementó en un 573.8% en menores de edad. Para arribar a este resultado, el equipo investigador retomó valores estadísticos del Código Riesgo Suicidio (CRS), que pertenecen a la ciudad de Barcelona, y consideraron las fechas entre el 1 de enero de 2018 hasta el 30 de junio de 2021. De esta manera, señalan que el contexto de pandemia ha provocado un aumento de la presencia de autolesiones e ideación suicida en la población adolescente (Jerónimo et al., 2021).

Como lo indica el tercer resultado de la presente investigación, respecto de la prevalencia de creencia en mitos sobre el suicidio en relación con el grupo etario, se observa la presencia de creencias erróneas en torno al suicidio en los cinco grupos: adolescentes tempranos, adolescentes tardíos, jóvenes, jóvenes adultos y adultos. En los cinco grupos se presentó prevalencia de creencias en cinco mitos, específicamente, que son: *las personas que dicen querer suicidarse no lo hacen; los medios masivos de comunicación pueden prevenir los intentos de suicidio; los adolescentes son más propensos a suicidarse; todo el que se quiere suicidar o lo intenta, está deprimido; si alguien intenta suicidarse una vez, estará en peligro de querer volver a hacerlo toda la vida.*

Al reflexionar acerca de la prevalencia de creencia en mitos según género, es posible relacionarlo con el nivel de conocimiento según el género, registrado en el cuarto resultado. A partir de los tres grupos según género, es posible señalar, en primera instancia, que el masculino registró en mayor porcentaje el nivel de conocimiento “bueno”, seguido por el “regular”; en segunda instancia que, si bien el grupo femenino fue el único que presentó puntuación en nivel de conocimiento “muy bueno”, su mayor porcentaje se registró en nivel “bueno”, seguido por el

“regular”; y en tercera instancia, se señala que la totalidad del no binario ha puntuado en nivel de conocimiento “bueno”.

Los grupos primera adolescencia, segunda adolescencia, jóvenes, adultos jóvenes y adultos, puntuaron mayormente en nivel de conocimiento “bueno”. Es importante destacar que de los cinco, sólo los grupos jóvenes y adultos jóvenes puntuaron el equivalente a una persona en nivel de conocimiento “muy bueno”. Tanto en grupos etarios, como en grupos según género, no hubo puntuación en nivel de conocimiento “muy bajo”.

El desarrollo de la investigación de Guzón de Arcos (2023) contrasta con el tercer y el cuarto resultado, ya que una de sus propuestas fue pensar lo arraigado que podían estar los mitos en la muestra poblacional, e intentando establecer si existía alguna variable sociodemográfica respecto a las demás, así como también una variable predictora. En relación con esto, se destaca el Cuestionario Ad-Hoc (Parada, 2008, como se citó en Guzón de Arcos, 2023), de respuesta verdadero/falso, utilizado como instrumento. El autor llevó a cabo la investigación con un grupo aleatorio de personas, identificadas al género femenino o masculino, de entre 18-29 años y residentes en España. Entre los resultados señalaron correlaciones sociodemográficas respecto de la diferencia de resultado, según el área y nivel de estudios, específicamente en aquellos sujetos vinculados con el área de salud; además, existe una correlación negativa entre la edad y los mitos, donde las personas más jóvenes tenían mayor puntaje de respuestas verdaderas.

La problemática del suicidio es siempre motivada por múltiples causas y su abordaje debe ser multifactorial. Reducir el intento suicida, o el suicidio consumado, a una causa única invisibiliza la multiplicidad de factores intervinientes y puede dificultar la necesidad de realizar un abordaje integral de perspectiva comunitaria. Por esto, detectar cuáles son los grupos más afectados y conocer sus características, tanto como conocer la evolución y variación de las tasas de mortalidad por suicidio en el tiempo, permite focalizar, de forma eficiente, planes de prevención y políticas sanitarias que apunten a la reducción de la mortalidad (Altieri, 2007). De esta manera, se convoca a pensar en la falta de información estadística actual de los informes de salud nacionales e internacionales y, en consecuencia, los organismos internacionales abocados a las problemáticas de salud, y en particular en las Américas, que se contemple la situación actual, a posteriori, de post pandemia atravesada por el COVID-19 (DEIS, 2023; DNEC, 2022; OPS, 2023; OMS, 2021).

## Conclusiones

Al indagar acerca del nivel de conocimiento de la población participante respecto a las creencias sobre las personas que intentan suicidarse, y quienes consuman el acto, se ha arribado a las siguientes conclusiones. Como evidencia del trabajo de prevención realizado desde 2012 en esta temática, en la Argentina, es posible destacar que los grupos etarios, jóvenes y adultos jóvenes, fueron los que probaron mayor nivel de conocimiento en comparación con primera adolescencia, segunda adolescencia y adultos, lo que demuestra la gran importancia que tiene el rol educativo en la prevención del suicidio. Este ha sido uno de los ejes del presente trabajo ya que, según la Ley 26.150 (PNESI, 2006) y sus lineamientos curriculares,

el suicidio en la juventud es un tema central a tratar a través de la difusión de conocimiento científico. Esto se debe a que el suicidio adolescente es un fenómeno multifactorial, en extremo complejo, y cuyos números demuestran por sí solos la necesidad de abordarlo.

Llama la atención que, si bien es el género masculino el que mayormente comete el suicidio -en comparación con el femenino-, este haya participado en la encuesta del presente estudio en un porcentaje tan pequeño (27,8%), en contraste con el género femenino (69,3%). Este hecho expone una limitación de la presente investigación, ya que la muestra obtenida podría no representar exactamente a la población Argentina. A su vez, otra limitación hallada fue el método de difusión de la encuesta, que derivó en sujetos cuyas respuestas debieron descartarse por estar mal escritas o por no haber comprendido alguno de los interrogantes.

En función de lo anterior, como futuras líneas de investigación se propone, entonces, buscar que más personas del género masculino y no binario respondan a cuestiones similares a las estudiadas en el presente escrito, con la finalidad de registrar de manera más fiable su conocimiento sobre el suicidio. Además, sería importante difundir la encuesta de manera presencial en escuelas, universidades y clubes, ya que esto permitiría un mayor alcance y poder de explicación acerca de algunos de los interrogantes en los que sí existieran dudas.

Se señala la importancia de continuar y sostener la Ley 26.150 (PNESI, 2006). En el caso de la problemática asociada al suicidio, la divulgación de medidas le permite a la población saber qué hacer en caso de detectar un sujeto con riesgo de suicidio, así como evitar el acceso a cualquier método que pueda dañarlo, dar aviso a personas significativas para el sujeto, acercarlo a centros de salud donde se encuentren profesionales interiorizados en la temática, y también identificar y reflexionar sobre aquellos prejuicios vinculados al suicidio. Por esta misma razón, se propone finalmente la planificación y concreción de talleres escolares sobre el suicidio que generen reflexión y abordaje por parte del estudiantado, a partir de los lineamientos de la ley (PNESI, 2006). De esta manera, proyectar bajar los números de intentos de suicidio y de suicidios consumados, a través de la prevención, a su vez idear un acompañamiento integral ante casos no consumados y, también, tratamiento posterior al hecho, no sólo para quien intenta hacerlo, sino para los miembros de su contexto, como familiares y compañeros de escuela.

La escuela puede volverse un factor protector o uno de riesgo, depende de cómo se aborde la temática (Monge Holguín et al., 2007). En este punto es que resulta de central importancia en la educación sexual integral (PNESI, 2006). Situaciones de violencia en el entorno familiar y escolar pueden ser, luego, abordadas en el pasaje al acto suicida de personas que atraviesan la etapa de la adolescencia, o juventud, que no encuentran contención, acompañamiento y escucha en su contexto familiar o escolar.

En Argentina, la Ley 27.130 (Ley Nacional Prevención del Suicidio [LNPS], 2015), tiene como objetivo “la disminución de la incidencia y prevalencia del suicidio, mediante la prevención, la asistencia y la posvención, que son las acciones destinadas a trabajar con el entorno de la persona que se quitó la vida para evitar nuevos eventos”. La norma declara de interés nacional “la atención biopsicosocial, la investigación científica y epidemiológica, la capacitación profesional en la

detección y atención de las personas en riesgo de suicidio y la asistencia a las familias de víctimas del suicidio”.

Esta norma agrega que en el caso de intento de suicidio de niño, niña o adolescente:

Es obligatoria la comunicación, no denuncia, a la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia o la autoridad administrativa de protección de derechos del niño que corresponda en el ámbito local; así como también que todas las personas que, en el marco de la asistencia, hayan tomado conocimiento de la situación de un paciente que ha intentado suicidarse estarán obligadas a la confidencialidad de la información. (UNICEF, 2019, p. 11)

## Referencias

- Altieri, D. (1-2 de noviembre de 2007). *Mortalidad por suicidios en Argentina Nivel, tendencia y diferenciales* [Ponencia]. IX Jornadas Argentinas de Estudios de Población. Asociación de Estudios de Población de la Argentina. Huerta Grande (Argentina). [HTTPS://N2T.NET/ARK:/13683/EQA4/8FU](https://n2t.net/ark:/13683/EQA4/8FU)
- Cervantes P. W. y Melo Hernández, E. M. (2008). El suicidio en los Adolescentes: Un problema en Crecimiento. *Duazary*, 5(2), 148-154. <https://doi.org/10.21676/2389783X.669>
- Del-Campo, A. M., González Salas, M. I. C. y Bustamante Rojano, J. J. (2013). El suicidio en adolescentes. *Revista Médica del Hospital General de México*, 76(4), 200-209.
- Dirección de Estadísticas e Información en Salud. (2023). Estadísticas vitales. Información básica. Argentina - Año 2021. *Serie 5 Estadísticas Vitales*, 65.
- Dirección Nacional de Estadística Criminal. (2022). *Informe del Sistema Nacional de Información Criminal. Año 2021*. Ministerio de Seguridad de la Nación.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2019). *El suicidio en la adolescencia. Situación en la Argentina*. UNICEF.
- Guibert Reyes, W. (2002). Prevención de la conducta suicida en APS. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 18(2), 149-154.
- Guzón de Arcos, A. (2023). *El suicidio a prueba: ideación, mitos y factores de riesgo*. Tesis de maestría inédita. Universitaria Psicología General Sanitaria, Universidad Europea de Madrid. [HTTPS://HDL.HANDLE.NET/20.500.12880/4914](https://hdl.handle.net/20.500.12880/4914)
- Jerónimo, M. A., Piñar, S., Samos, P., Gonzalez, A. M., Bellsolà, M., Sabaté, A., León, J., Aliart, X., Martín, L. M., Aceña, R., Pérez, V. y Córcoles, D. (2021). Intentos e ideas de suicidio durante la pandemia por COVID-19 en comparación con los años previos. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*. [HTTPS://DOI.ORG/10.1016/J.RPSM.2021.11.004](https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2021.11.004)
- Mayer Villa, P. A., Morales Gordillo, N., Victoria Figueroa, G. y Ulloa Flores, R. E. (2016). Adolescentes con autolesiones e ideación suicida: un grupo con mayor comorbilidad y adversidad psicosocial. *Salud Pública de México*, 58(3), 335-336. [HTTP://DX.DOI.ORG/10.21149/SPM.V58I3.7893](http://dx.doi.org/10.21149/SPM.V58I3.7893)
- Ley 25.326 (2000). *Protección de los datos personales*. Honorable Congreso de la Nación Argentina. B. O. 4 de octubre de 2000. [HTTPS://SERVICIOS.INFOLEG.GOB.AR/INFOLEGINTERNET/ANEXOS/60000-64999/64790/TEXACT.HTM](https://servicios.infoleg.gob.ar/infoleginternet/ANEXOS/60000-64999/64790/TEXACT.HTM)
- Ley 26.150 (2006). *Programa nacional de educación sexual integral*. Honorable Congreso de la Nación Argentina. B. O. 24 de octubre de 2006. [HTTPS://WWW.ARGENTINA.GOB.AR/NORMATIVA/NACIONAL/LEY-26150-121222/TEXTO](https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26150-121222/texto)
- Ley 26.994 (2014). *Código civil y comercial de la nación*. Honorable Congreso de la Nación Argentina. B. O. 8 de octubre de 2014. [HTTPS://WWW.ARGENTINA.GOB.AR/NORMATIVA/NACIONAL/LEY-26994-235975/TEXTO](https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26994-235975/texto)
- Ley 27.130 (2015). *Ley nacional de prevención del suicidio*. Honorable Congreso de

- la Nación Argentina. B. O. 11 de marzo de 2015. <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-27130-245618/texto>
- Monge Holguín, J. A., Cubillas Rodríguez, M. J., Román Pérez, R. y Valdez, E. A. (2007). Intento de suicidio en adolescentes de educación media superior y su relación con la familia. *Psicología y Salud*, 17(1), 45-51.
- Montero, I. y León, O. (2002). Clasificación y descripción de las metodologías de investigación en Psicología. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2(3), 503-508.
- Organización Mundial de la Salud. (17 de junio de 2021). *Una de cada 100 muertes es por suicidio*. WHO. [HTTPS://WWW.WHO.INT/ES/NEWS/ITEM/17-06-2021-ONE-IN-100-DEATHS-IS-BY-SUICIDE](https://www.who.int/es/news/item/17-06-2021-one-in-100-deaths-is-by-suicide)
- Organización Panamericana de la Salud. (2017). *Salud en las Américas+. Resumen: panorama regional y perfiles de país*. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud-Oficina Regional para las Américas. [HTTPS://IRIS.PAHO.ORG/HANDLE/10665.2/34322](https://iris.paho.org/handle/10665.2/34322)
- Organización Panamericana de la Salud. (2023). *Una nueva agenda para la salud mental en las Américas*. Informe de la Comisión de Alto Nivel sobre Salud Mental y COVID-19 de la Organización Panamericana de la Salud. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud-Oficina Regional para las Américas. [HTTPS://DOI.ORG/10.37774/9789275327265](https://doi.org/10.37774/9789275327265)
- Pérez Barrero, S. A. (2005). Los mitos sobre el suicidio. La importancia de conocerlos. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, XXXIV(3), 386-394.
- Real Academia Española. (s.f.). *Suicidio*. En Diccionario de la Lengua Española (23ª ed.). Recuperado el 18 de junio de 2023 de [HTTPS://DLE.RAE.ES/SUICIDIO](https://dle.rae.es/suicidio)
- Resolución 65/2015 (2015). *Código civil y comercial de la nación*. Secretaria de Salud Comunitaria del Ministerio de Salud. B. O. 8 de enero de 2016. [HTTPS://WWW.ARGENTINA.GOB.AR/NORMATIVA/NACIONAL/RESOLUCI%C3%B3N-65-2015-257649/TEXTO](https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/resoluci%C3%B3n-65-2015-257649/texto)
- Santillán Pizarro, M. M. y Pereyra, E. J. (2021). Factores asociados a la ideación del suicidio en adolescentes. Algunas evidencias en Argentina. *Astrolabio*, 26, 160-181. [HTTPS://DOI.ORG/10.55441/1668.7515.N26.27659](https://doi.org/10.55441/1668.7515.N26.27659)