

CIPPEC



políticas públicas  
public policies

Programa de Protección Social  
Área de Desarrollo Social

DOCUMENTO DE TRABAJO N° 176

FEBRERO DE 2018

## Hacia un abordaje del suicidio en la adolescencia en la Provincia de Chaco

FABIÁN REPETTO | JOSÉ FLORITO

Este documento fue elaborado en el marco del proyecto  
"Fortalecimiento de capacidades para la gestión subnacional de  
políticas sociales de adolescencia" dirigido por Gala Díaz Langou.

## Índice

Agradecimientos .....	3
Presentación .....	3
Introducción.....	4
Diagnóstico provincial: El suicidio adolescente en la Provincia de Chaco.....	6
Líneas de acción exploratorias para abordar el suicidio adolescente.....	14
Bibliografía .....	17
Acerca de los autores .....	18

## Índice de gráficos y tablas

Gráfico 1 Evolución de las tasas trienales de mortalidad en adolescentes por suicidios (por cada 100.000 habitantes adolescentes). Chaco y Argentina. 1990-2016.....	6
Gráfico 2 Tasa trienal de mortalidad adolescente por suicidio por jurisdicción (cada 100.000 habitantes adolescentes). Argentina. 2014-2016 .....	7
Gráfico 3 Evolución de las tasas de mortalidad adolescente por suicidio por cada 100.000 habitantes adolescentes. Provincias seleccionadas. 1990-2016 .....	8
Gráfico 4 Defunciones totales de adolescentes por suicidios en períodos trienales. Chaco. 1990-2016 .....	9
Gráfico 5 Proporción de defunciones por causas externas como consecuencia del suicidio entre la población adolescente (10 a 19 años) de la Provincia de Chaco. 1990-2016.....	10
Gráfico 6 Número de suicidios adolescentes por sexo y subgrupo de edad. Provincia de Chaco. 2014-2016 .....	11
Gráfico 7 Muerte por causa externa. Población 10-19 años. Provincia de Chaco. 2014-2016.....	12
Gráfico 8 Suicidio adolescente por mecanismo, sexo y subgrupo de edad. Provincia de Chaco. 2014-2016. ....	12

## **Agradecimientos**

Los autores agradecen a los funcionarios y agentes de los Ministerios de Desarrollo Social, Salud Pública y Educación de la Provincia de Chaco. También a Fernando Zingman, Julián Govea Basch, Oliver Toop y Máximo Sasso por sus revisiones y contribuciones a este documento.

## **Presentación**

Este documento fue elaborado en el marco del proyecto del Programa de Protección Social de CIPPEC “Desarrollo de capacidades para la gestión subnacional de políticas sociales dirigidas a niños, niñas y adolescentes”, dirigido por Gala Díaz Langou. El proyecto contó con el apoyo de UNICEF Argentina.

## Introducción

La adolescencia como etapa específica de la vida de una persona es un concepto relativamente moderno. El concepto de adolescencia recién ingresa en el campo médico a principios de siglo XX y se populariza en la cultura occidental luego de la segunda guerra mundial (1939-1945). La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera a la adolescencia como aquel período de la vida de una persona comprendido entre los 10 y los 19 años. La delimitación etaria es, sin embargo, un recurso heurístico: sirve para describir un gran grupo de población que, en la realidad, es muy heterogéneo. El ser adolescente no se define únicamente por la edad, sino que se conforma alrededor de diferentes modos de integración. La percepción de sí mismo se constituye como la interacción de identidades parciales, fragmentarias y menos estables a lo largo del tiempo (Svampa, 2005). Es preciso hablar, entonces, de *adolescencias* más que de adolescencia

A pesar de esta heterogeneidad, es posible identificar ciertos elementos aglutinantes que permiten conceptualizar a los adolescentes como un conjunto específico para el abordaje desde las políticas públicas. Desde la sociología de las transiciones, la adolescencia constituye una primera etapa de un proceso en el que las personas van experimentando hitos que constituyen su carácter como adultos y condicionan el acceso a umbrales de bienestar en la adultez (Filgueira & Rossel, 2015). Estos hitos pueden subsumirse en el egreso (o no) de la escolaridad obligatoria; en el inicio de la vida sexual y reproductiva; en el acceso al mercado de trabajo; y en algunos casos, en la conformación del hogar propio. Claro que los adolescentes no necesariamente atraviesan todos estos hitos, sino que algunos de ellos son más propios de la juventud. Sin embargo, la temporalidad (es decir, a qué edad lo experimentan), la secuencia (la interacción entre los diferentes eventos) y la calidad de estos pasajes van configurando trayectorias de inclusión o exclusión que tienden a reforzarse a medida que pasa el tiempo (Filgueira & Rossel, 2015). Estas situaciones sociales, en conjunto con los desarrollos físicos, neurológicos y emocionales, son fuente de estrés y de generación de resiliencia entre los adolescentes. En algunas oportunidades, este estrés, combinado con el producido por situaciones particulares de gran gravedad (como abuso sexual, enfermedades mentales, etc.), puede desembocar en lo que se denomina “conductas suicidas”.

Las conductas suicidas abarcan un amplio espectro de actividades: desde la ideación suicida, la elaboración de un plan, la obtención de los medios para hacerlo, hasta la posible consumación del acto (Ministerio de Salud de la Nación, 2011). Argentina ha experimentado en los últimos años una modificación de sus patrones de suicidio: la tasa ha aumentado significativamente para la población joven comprendida entre los 15 y los 24 años, mientras que ha disminuido entre los mayores de 55 (que históricamente ha sido la franja etaria más propensa).

Actualmente, el suicidio se encuentra entre las principales causas de muerte entre la población joven argentina. Se ha convertido en la segunda causa de defunción en

adolescentes de 10 a 19 años a nivel nacional, y en el grupo entre 15 a 19 años se observa una mortalidad más elevada, incluso superior a la registrada en la población total (UNICEF/PNSIA, 2016). Mientras que las diferencias de género no son tan marcadas entre los 10 y los 14, a partir de los 15 los varones triplican la cantidad de casos en relación con las mujeres.

En términos de tasa de mortalidad, Chaco está por encima de la media nacional, pero muy por debajo de provincias como Salta, Jujuy o Formosa, que superan tasas de dos dígitos. Dicho esto, es necesario tener en cuenta que los suicidios consumados son una fracción relativamente menor de los intentos totales. A pesar de que no es posible calcular precisamente la cantidad de intentos de suicidio, fundamentalmente porque se subreportan o no llegan a la atención médica, se calcula que la relación entre intento y consumación es de 20 a 1. Esto quiere decir que por cada defunción por suicidio, hay 20 intentos (Ministerio de Salud, 2011).

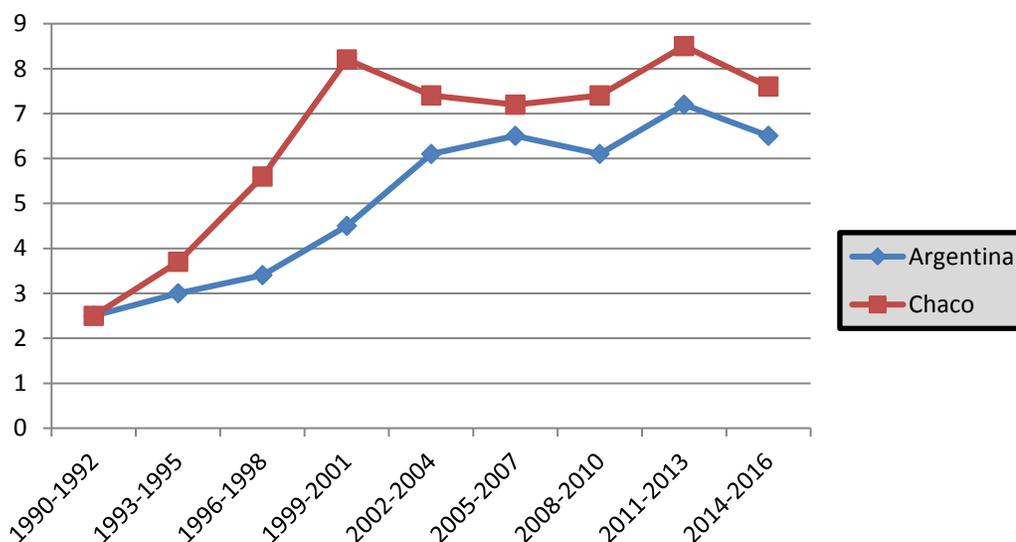
Debido a su característica compleja y multicausal, es preciso abordar el fenómeno desde la identificación de los factores asociados a su ocurrencia. Un gran espectro de factores de riesgo asociados al suicidio han sido identificados, es decir, características que hacen más probable que una persona piense sobre el suicidio o se involucre en acciones suicidas. Entre estos factores se puede mencionar algunos relacionados con el sistema de salud, particularmente el de atención a la salud mental; otros en el nivel societal (como accesibilidad a medios); factores comunitarios (entornos violentos), factores relacionales (familias, noviazgos) y factores individuales (enfermedades mentales). Por lo tanto, es necesario considerar estas múltiples dimensiones a la hora de diseñar e implementar intervenciones que protejan a los adolescentes de las conductas suicidas.

Esta nota técnica presenta un breve diagnóstico sobre la situación de la Provincia de Chaco respecto del suicidio en la adolescencia y luego establece algunas recomendaciones de política pública basadas en un abordaje de promoción comunitaria de la salud y articulación a nivel de los efectores sectoriales.

## Diagnóstico provincial: El suicidio adolescente en la Provincia de Chaco

Históricamente, la Provincia de Chaco ha demostrado tener una mayor incidencia de suicidio adolescente respecto de la media nacional. La tasa trienal de mortalidad por suicidio adolescente, que captura la cantidad de hechos consumados por cada 100.000 habitantes adolescentes, permite distinguir las tendencias de largo plazo de la ocurrencia de este fenómeno. La tasa trienal es el cociente entre la suma de los actos consumados de tres años consecutivos y la población adolescente total. En el **gráfico 1** se puede observar que para los trienios comprendidos entre 1990 y 2016, las tasas de Chaco y Argentina tienen un punto convergente de inicio y luego la de la Provincia supera, en todos los puntos del gráfico, la nacional. De esa forma, si a principios de la década de 1990 las tasas de mortalidad adolescente de Argentina y Chaco estaban alrededor de 2,5 por cada 100.000 adolescentes, a fin del período ilustrado la diferencia se eleva a 1,1 puntos (6,5 por cada 100.000 adolescentes para Argentina y 7,5 en Chaco). La mayor diferencia entre ambas tendencias fue en el trienio entre 1999 y 2001 (casi cuatro puntos). Luego, la brecha entre ambas tasas se mantiene constante alrededor de 1,2 puntos.

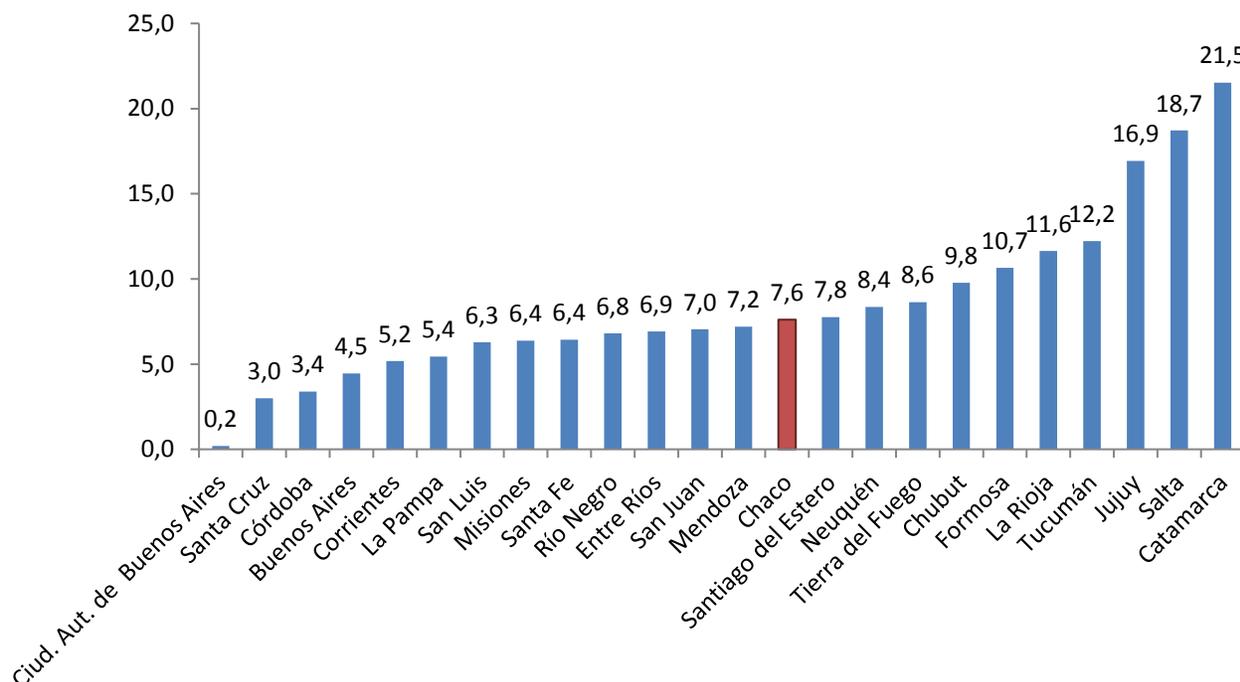
**Gráfico 1 Evolución de las tasas trienales de mortalidad en adolescentes por suicidios (por cada 100.000 habitantes adolescentes). Chaco y Argentina. 1990-2016**



Fuente: Dirección de Estadísticas e Información de Salud (DEIS)

La Provincia de Chaco se encuentra, entonces, por encima de la media nacional en lo que hace al suicidio adolescente. Cuando la comparación se hace entre las demás jurisdicciones subnacionales, Chaco se ubica en la mitad del ranking según los datos para el último trienio (2014-2016). De esta forma, supera a la Ciudad de Buenos Aires, a Corrientes, a Santa Fe y Misiones, pero se encuentra muy por debajo de Provincias como Salta, Formosa y Jujuy, cuyas tasas son superiores a 10 casos por cada 100.000 habitantes adolescentes. El **gráfico 2** permite observar la ubicación de cada provincia.

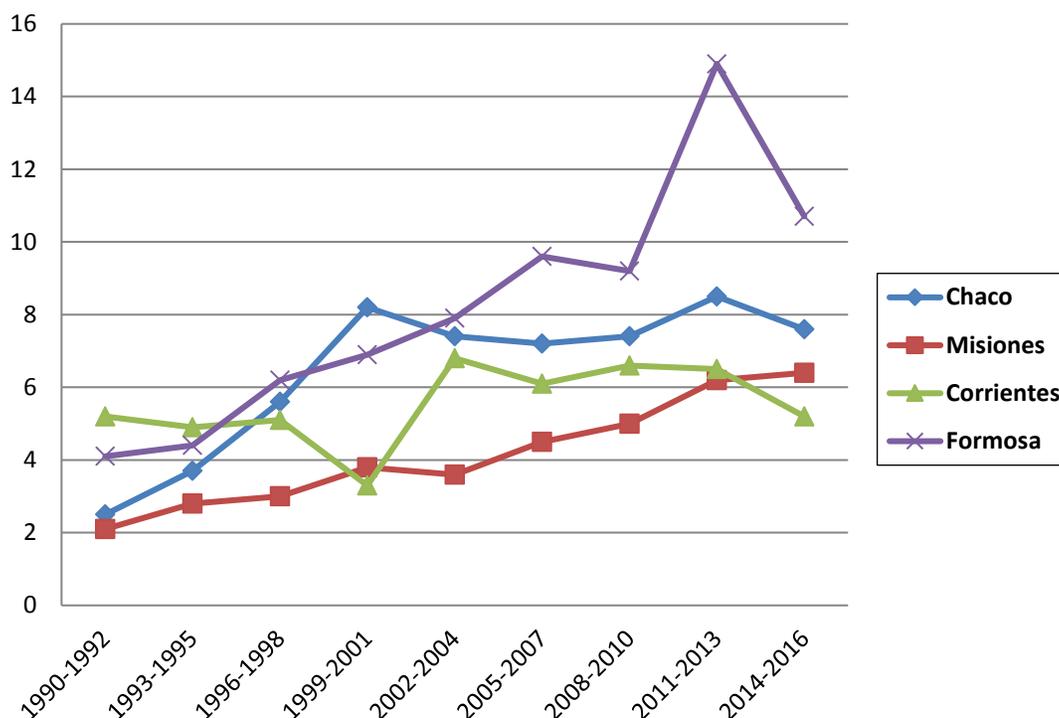
**Gráfico 2 Tasa trienal de mortalidad adolescente por suicidio por jurisdicción (cada 100.000 habitantes adolescentes). Argentina. 2014-2016**



Fuente: Dirección de Estadísticas e Información de Salud (DEIS)

Otra posibilidad es comparar la incidencia del suicidio adolescente, usando el ya mencionado indicador de tasas de mortalidad adolescente por suicidio por cada 100.000 habitantes adolescentes, de Chaco con la del resto de las provincias de la región noreste, comprendida por Misiones, Corrientes y Formosa. El **Gráfico 3** permite dar cuenta de que, a pesar de que al inicio del período estudiado (1990) Chaco mostraba una incidencia menor o igual de suicidio adolescente que Corrientes y Misiones, a partir del trienio 1996-1998 supera a ambas, quedando solo por debajo de la Provincia de Formosa.

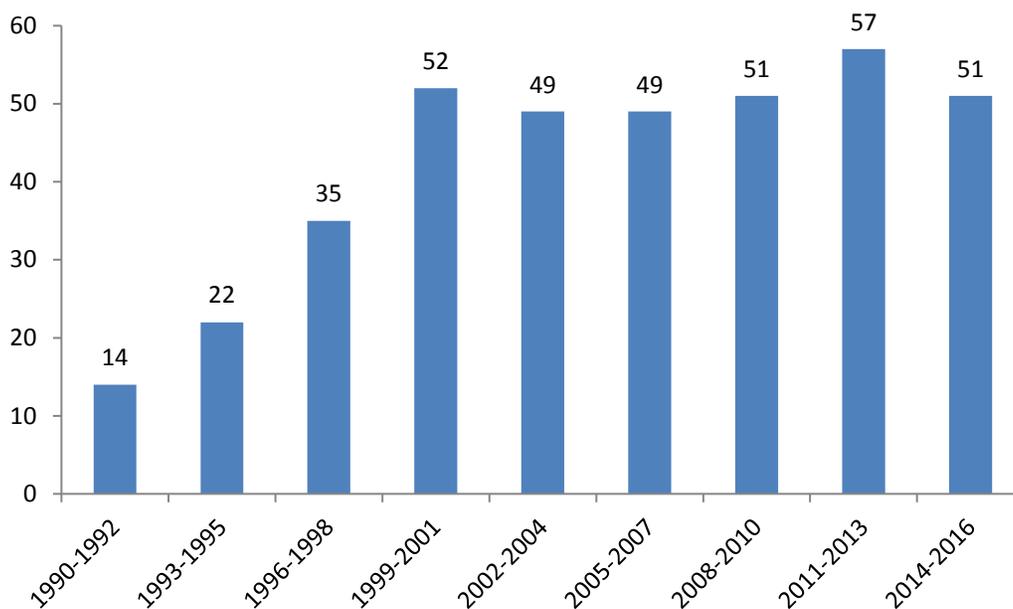
**Gráfico 3 Evolución de las tasas de mortalidad adolescente por suicidio por cada 100.000 habitantes adolescentes. Provincias seleccionadas. 1990-2016**



Fuente: Dirección de Estadísticas e Información de Salud (DEIS)

Si bien la tasa de mortalidad adolescente por suicidio nos permite observar la magnitud del fenómeno en referencia al total de la población entre 10 y 19 años, otra forma de ver los datos es mediante la contabilización de casos concretos de actos suicidas consumados por adolescentes en cada trienio. De esta forma, podemos ver los números absolutos de casos en el período comprendido entre 1990 y 2016, ordenados en subperíodos de tres años cada uno. El **gráfico 4** permite la representación de esta información.

**Gráfico 4 Defunciones totales de adolescentes por suicidios en períodos trienales. Chaco. 1990-2016**

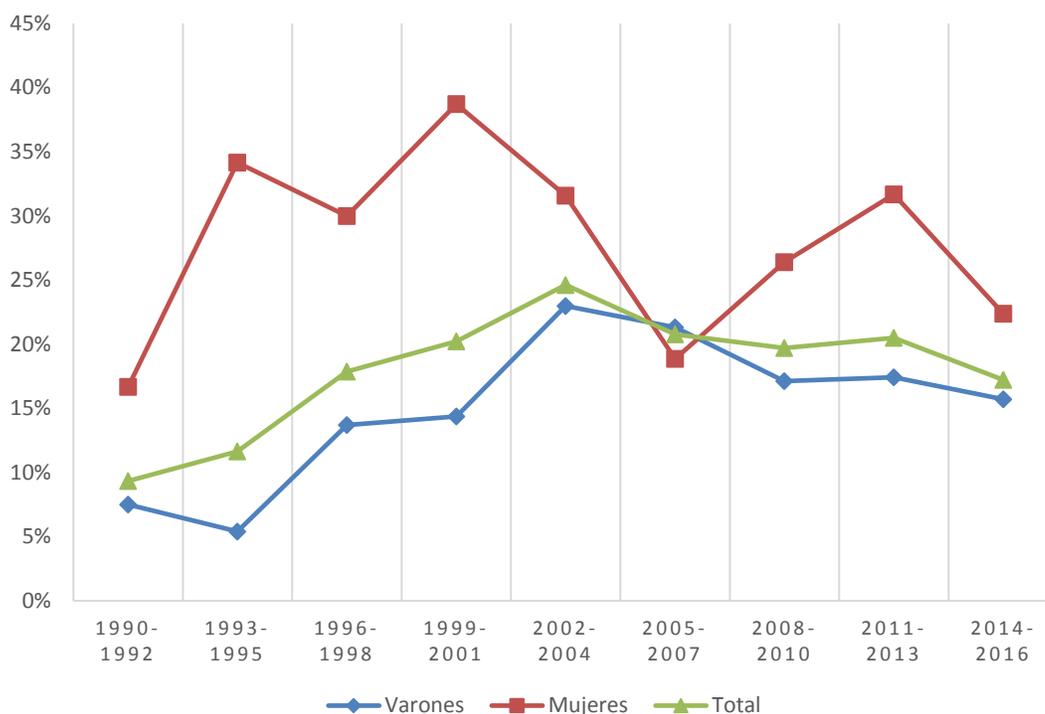


Fuente: Dirección de Estadísticas e Información de Salud (DEIS)

Los períodos que concentran la mayor cantidad de casos en términos absolutos son el de 1999-2001 y el de 2011-2013. Sin embargo, si uno considera todo el período (1990-2016), se observa que los datos del último trienio disponibles más que triplican los del primer trienio considerado. Hay que tener en cuenta, no obstante, que esta tendencia se da en un contexto de aumento de la población adolescente en la provincia de Chaco, por lo que si consideramos las tasas en vez de los números absolutos observamos un aumento menos pronunciado. La tasa de mortalidad adolescente por suicidio cada 100.000 adolescentes en el trienio 2014-2016 fue 2,6 veces la observada en entre 1990 y 1992 (Ver **Gráfico 1**).

Resulta pertinente observar qué proporción de las defunciones por causas externas son producto del suicidio y sus secuelas, así como la evolución en el tiempo de esta proporción. Por causas externas de mortalidad se entienden a las ocurridas por accidentes y violencias. Estas últimas, según la Organización Mundial de la Salud, comprenden las agresiones (homicidios), las lesiones autoinfligidas (suicidios), y las lesiones producidas por grupos grandes como los Estados, los grupos políticos organizados, milicias, agrupaciones terroristas y organizaciones bélicas. Las violencias denotan una intencionalidad mientras que los accidentes se definen como no intencionales. Entre los adolescentes de Chaco, las principales causas de defunción externa son los accidentes de tránsito, otros accidentes, los suicidios y las agresiones de terceros. Para el período comprendido entre 1990 y 2016, el suicidio fue aumentando su participación dentro del grupo de muertes por causas externas. En el trienio 1990-1992 representó el 9% mientras que en el comprendido entre 2014-2016 llegó a representar el 17% de todas las defunciones por causas externas.

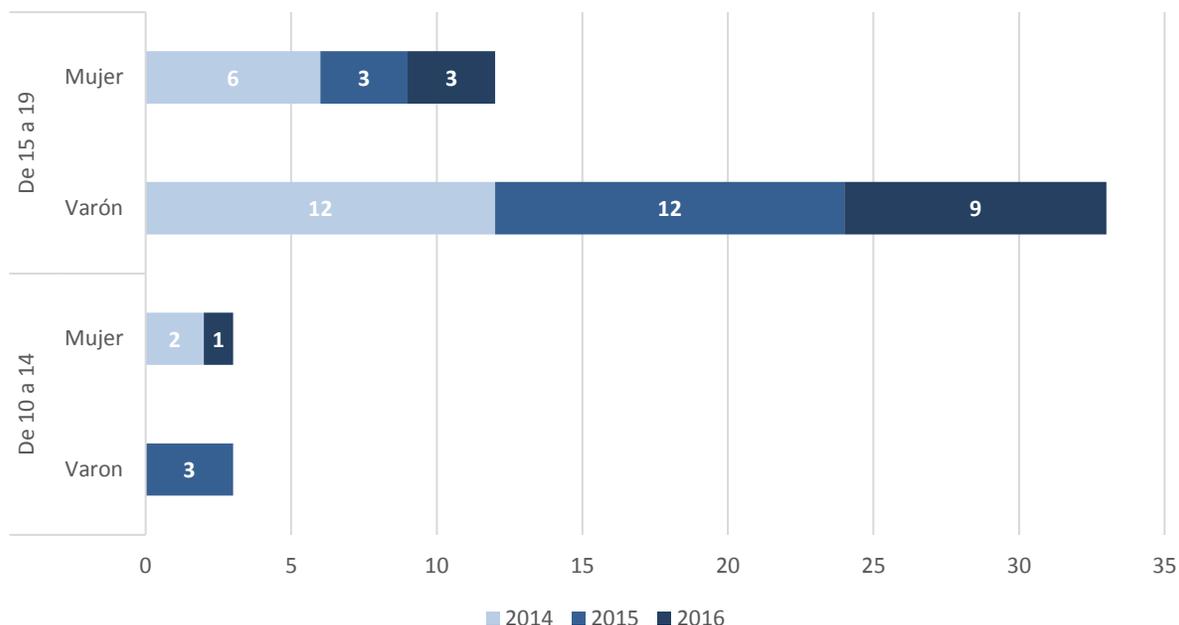
**Gráfico 5 Proporción de defunciones por causas externas como consecuencia del suicidio entre la población adolescente (10 a 19 años) de la Provincia de Chaco. 1990-2016**



Fuente: Dirección de Estadística e Información de Salud (DEIS).

El **Gráfico 5** permite observar las tendencias para ambos sexos. A pesar de que los varones cometen suicidio en mayor proporción que las mujeres, el hecho de que también son víctimas de otras defunciones por causas externas en mayor proporción hace que la cantidad de suicidios de adolescentes mujeres en relación a las defunciones por causas externas totales sea mayor que las de sus pares varones. Por ejemplo, si hacemos foco en el último trienio con datos disponibles: hubo 15 suicidios de adolescentes mujeres chaqueñas y 36 de adolescentes varones, como se puede observar en el **Gráfico 6**.

**Gráfico 6 Número de suicidios adolescentes por sexo y subgrupo de edad. Provincia de Chaco. 2014-2016**

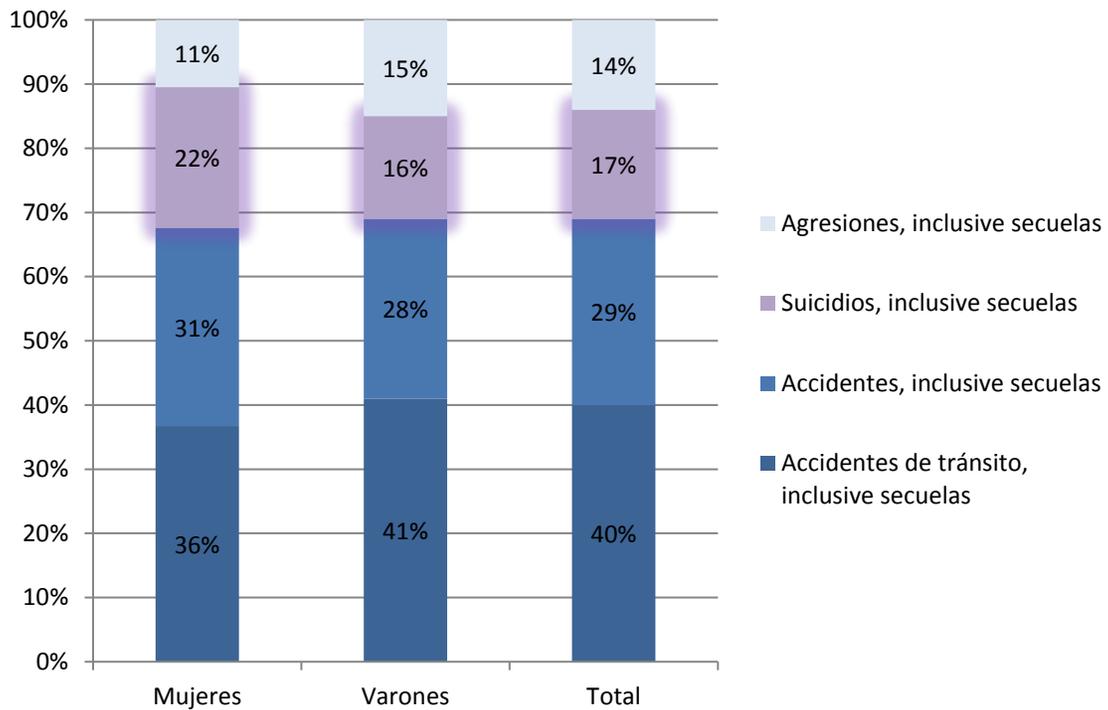


Fuente: Dirección de Estadística e Información de Salud (DEIS)

Sin embargo, estos episodios se dieron en un contexto en donde fallecieron 269 varones por causas externas y 67 mujeres. La menor cantidad relativa de eventos fatales entre las mujeres de esta edad explica la mayor variación de la proporción de suicidios en relación a las muertes por causas externas entre ellas, como se observa en el **Gráfico 5**. Para el caso de los varones, en cambio, la pendiente es menos pronunciada y más parecida a la tendencia para ambos sexos, dado que por la cantidad de casos que representan, ponderan más en el agregado.

Actualmente, el suicidio es la tercera causa de muerte entre las defunciones por causa externa, tanto para varones como para mujeres. Para los varones, representa el 16% de todas las muertes por causas externas. Para las mujeres, aumenta a 22%. En total, el 17% de las muertes por causas externas del grupo etario entre 10 y 19 en la Provincia se debieron al suicidio. La principal causa son los accidentes de tránsito seguida por “Otros accidentes”. Las agresiones (inclusive secuelas) dan cuenta del 14% de las muertes por causa externa entre los adolescentes chaqueños, siendo los guarismos de 15% para los varones y de 11% para las mujeres. Es interesante que en el caso de los varones, los suicidios y los homicidios explican casi la misma proporción de defunciones, mientras que para las mujeres la proporción de suicidios duplica la de homicidios.

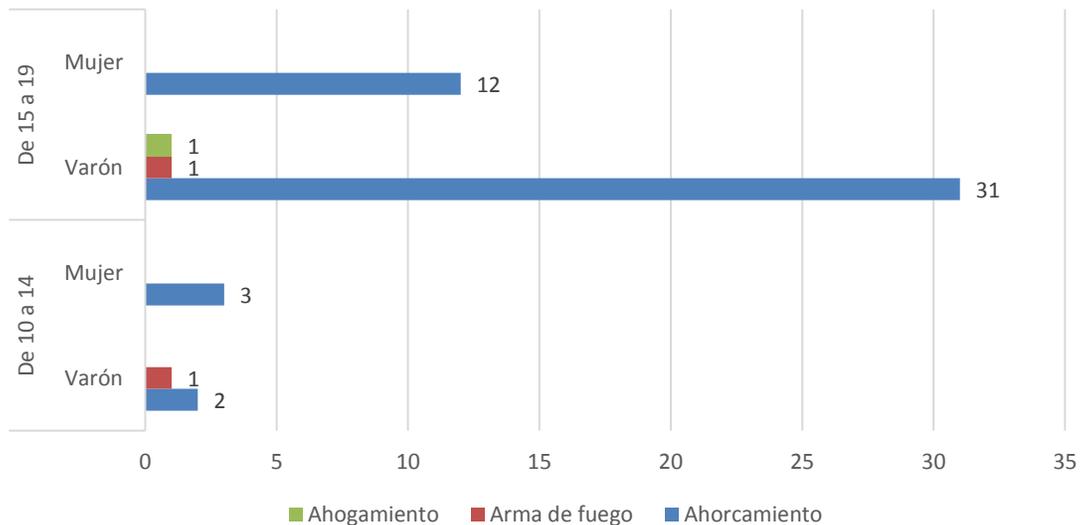
**Gráfico 7 Muerte por causa externa. Población 10-19 años. Provincia de Chaco. 2014-2016**



Fuente: Departamento de Estadística Sanitaria, Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Chaco.

Finalmente, es importante dar cuenta de los mecanismos más frecuentes para consumar el suicidio entre los adolescentes chaqueños. La enorme mayoría de los casos es producto del ahorcamiento, quedando atrás el uso de armas de fuego y el ahogamiento. No se reconoce una diferencia importante de género, como se puede observar en el gráfico siguiente.

**Gráfico 8 Suicidio adolescente por mecanismo, sexo y subgrupo de edad. Provincia de Chaco. 2014-2016.**



Fuente: Dirección de Estadística e Información de Salud (DEIS)

Esto representa un desafío importante en lo que hace a las políticas de prevención. El fácil acceso a los materiales necesarios para el ahorcamiento hace imprescindible contar con medidas integrales que superen las propuestas de dificultar la accesibilidad de los medios para la consumación del hecho suicida.

## **Líneas de acción exploratorias para abordar el suicidio adolescente**

### **1) Sistema de vigilancia de personas y factores de riesgo**

Es recomendable mejorar la vigilancia de la población que presenta factores de riesgo. Optimizar la calidad y la temporalidad de los datos recopilados sobre el suicidio y los intentos de suicidio es fundamental para poder actuar a través de sistemas de alertas tempranas. Además de la recopilación de datos esto implica, necesariamente, la articulación hacia dentro del sistema de salud y con organizaciones de la sociedad civil que aborden estos temas y trabajen con adolescentes en situación de vulnerabilidad.

### **2) Intervenir sobre la disponibilidad de medios**

La evidencia sugiere que la restricción de los medios utilizables para suicidarse es una intervención que ha logrado éxito en otros entornos. Reducir la disponibilidad, la accesibilidad y la fuerza atractiva de los medios utilizables para suicidarse (por ejemplo, armas de fuego, plaguicidas) y la toxicidad y/o poder letal de estos es fundamental. Contar con datos sobre el medio utilizado es fundamental para poder regular su acceso y garantizar la seguridad de todos. En el caso de Chaco, sin embargo, la frecuencia del mecanismo de ahorcamiento hace que esta propuesta deba ser complementada, necesariamente, con otras más integrales y preventivas.

### **3) Lineamientos de comunicación en prensa**

Es deseable contar con una política de comunicación que sea compartida por los medios (independientemente de si son radios, programas de televisión, sitios web, portales de noticia, etc.) para alinearlos con directrices acerca de cómo comunicar responsablemente los temas vinculados en la prensa. De esta forma, se puede limitar el efecto contagio entre otros adolescentes. UNICEF Argentina ha publicado recientemente, en conjunto con la Red Argentina de Periodismo Científico, [una guía para periodistas](#) que cubran casos de suicidio (UNICEF, 2017).

### **4) Derribar barreras de acceso al servicio de salud a través de capacitaciones y sensibilización de equipos médicos y no médicos**

A partir de las prácticas de vigilancia, es necesario establecer protocolos para una atención integral prioritaria a los adolescentes que muestren presencia de factores de riesgo. En ese sentido, resulta vital eliminar las barreras de acceso de personas adolescentes o personas con enfermedades mentales a los servicios de salud. Al mismo tiempo, es preciso que el Programa de Salud Integral en la Adolescencia sea fortalecido para realizar capacitaciones a los efectores de salud, con particular énfasis en el fortalecimiento de los casos de conductas suicidas a fin de que no se mine la autonomía del adolescente a la par que se lo atiende. La modalidad de formación de formadores, esto es, de selección de determinados representantes y su posterior sensibilización, es fundamental por la eficiencia que conlleva el proceso. Pero es una condición necesaria que el programa cuente con los recursos necesarios para poder llevar adelante esta tarea. Esto implica tener folletería y materiales didácticos suficientes, profesionales que puedan llevar a cabo las capacitaciones,

cierto grado de movilidad dentro de la Provincia, y recursos para hacer seguimiento de las acciones posteriores a la capacitación. El acceso a los servicios que aquí se menciona se debe completar con el fortalecimiento de otra dimensión: el tratamiento.

#### **5) Rigurosidad en el diagnóstico y en el tratamiento y amigabilidad del espacio**

Mejorar la calidad de la atención clínica y las intervenciones clínicas basadas en evidencia es clave. Esto implica rigurosidad a la hora de decidir diagnósticos y tratamientos, sobre todo luego de un intento de suicidio, pero también refiere a la amigabilidad del espacio y a lo diseñado específicamente para un adolescente que está. Dado que algunas características del adolescente van en contra de la modalidad tradicional de atención de un centro de salud, es necesaria una reestructuración organizacional para incorporarlo, particularmente ante una situación de enfermedad mental.

#### **6) Intervención en crisis e intervención posterior**

Un desafío fundamental en este sentido es el de garantizar la ocurrencia y la calidad de la intervención en crisis: es preciso velar porque las comunidades tengan la capacidad de responder a las crisis con intervenciones apropiadas y porque las personas en situación de crisis tengan una atención de salud mental de emergencia, incluso a través de la línea telefónica o de internet. Al mismo tiempo, es preciso mejorar la respuesta y el cuidado a los afectados por suicidio o intentos de suicidio.

#### **7) Concientización social y eliminación del estigma**

Una séptima propuesta es avanzar determinadamente con una campaña de concientización con información pública certera y concreta que ayude a entender que el suicidio es prevenible. Mejorar el acceso del público y de los profesionales acerca de todos los aspectos de la prevención del comportamiento suicida (OMS, 2012)

#### **Acciones transversales para potenciar una estrategia articulada**

Finalmente, se puede cerrar con unas condiciones de factibilidad que la Organización Mundial de la Salud identifica como facilitadoras del proceso de abordaje integral al tema del suicidio en la adolescencia.

- 1) Hacer de la prevención del suicidio una prioridad multisectorial, independientemente de sus recursos. El objeto central es promover, coordinar y apoyar planes de acción y programa intersectoriales apropiados a la prevención de comportamientos suicidas a nivel nacional, regional y local. Claro queda que las negociaciones deben ser múltiples, e incluir organismos de gobierno, de cooperación internacional y empresas privadas
- 2) Tener en cuenta la diversidad. Dada la complejidad y multicausalidad del fenómeno del suicidio, es necesario mirar a quienes se encuentran expuestos a factores de riesgo. Específicamente si ese riesgo está asociado a cuestiones de discriminación racial, étnica, xenofóbica, homofóbica, etc. A pesar de que los factores de riesgo son generales, toda intervención coordinada debe necesariamente

atender a los detalles específicos de poblaciones particularmente vulnerables. El abuso sexual durante la infancia es uno de los predictores que más frecuentemente señala la evidencia, por lo que contar con los recursos necesarios para atender y prevenir estas situaciones es clave. El acompañamiento al niño o adolescente víctima de abuso debe continuar más allá del uso de medidas de protección administrativas y/o legales para terminar con el hecho abusivo y juzgar al responsable. La atención médica, psicológica y emocional y el fortalecimiento de lazos afectivos familiares y comunitarios es esencial.

- 3) Asignar recursos (fondos, tiempo, personal): Aunque parezca obvio, una estrategia que necesariamente debe ser multisectorial porque opera en el marco del sistema de protección de derechos necesita de recursos para la coordinación. Estos deben tener especificidad financiera y de recursos humanos, un cronograma de ejecución y objetivos a corto, mediano y largo plazo. A modo de ejemplo, Chile se propuso reducir 10% la incidencia del suicidio en jóvenes para 2019.
- 4) Planificar, colaborar y evaluar: La creación de un espacio técnico-político de colaboración y articulación interministerial es fundamental para llevar adelante el seguimiento de la implementación de una estrategia compuesta por las recomendaciones de política antes mencionadas. Los aprendizajes realizados deben valorarse como lecciones valiosas que permitan la identificación de desafíos durante la implementación de la estrategia.

## Bibliografía

- Dirección de Estadísticas e Información de Salud (2017). Base de datos de mortalidad adolescente por causas externas. Ministerio de Salud de la Nación.
- Departamento de Estadística Sanitaria (2017). Base de datos sobre suicidio adolescente. Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Chaco.
- Filgueira, F., & Rossel, C. (2015). Adolescencia y Juventud. En S. Cecchini, F. Filgueira, R. Martínez, & C. Rossel, *Instrumentos de protección social*. Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe.
- Maceira, D. (2009). Crisis económica, política pública y gasto en salud. La experiencia argentina. En *Documento de Trabajo N°23*. CIPPEC.
- Ministerio de Salud & UNICEF. (2012). *Guía de recomendaciones para la Atención integral de adolescentes en espacios de salud amigables y de calidad*. Buenos Aires: UNICEF.
- Ministerio de Salud. (2011). *Lineamientos para la atención del suicidio adolescente*. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación Argentina.
- Ministerio de Salud de la Nación. (2011). *Programa Nacional de Prevención y lucha frente al consumo excesivo de alcohol*. Buenos Aires: Normativa Nacional en Políticas Sanitarias.
- Organización Mundial de la Salud, 2012. *Public Health Action for the Prevention of Suicide*. Ginebra: OMS.
- Repetto, F., Díaz Langou, G., & Florito, J. (2016). *Políticas provinciales para la adolescencia: ¿Dónde estamos y hacia dónde vamos?* Buenos Aires: Centro de Implementación de Políticas Públicas para la Equidad y el Crecimiento (CIPPEC).
- Svampa, M. (2005). *La sociedad excluyente. Argentina bajo el signo del neoliberalismo*. Buenos Aires.: Taurus.
- UNICEF Argentina (2017). Comunicación, infancia y adolescencia. Guía para periodistas sobre Suicidio. Buenos Aires: UNICEF.

## **Acerca de los autores**

**Fabián Repetto:** Doctor de Investigación en Ciencias Sociales (FLACSO México). Magíster en Gobiernos y Asuntos Públicos (FLACSO México). Magíster en Administración Pública (Universidad de Buenos Aires). Licenciado en Ciencia Política (Universidad de Buenos Aires). Fue director del Programa de Protección Social de CIPPEC.

**José Florito:** coordinador del programa de Protección Social de CIPPEC. Licenciado en Ciencia Política de la Universidad de San Andrés. En 2012 fue seleccionado por el Departamento de Estado de Estados Unidos y la Comisión Fulbright para participar del Study of the US Institutes in Wheelock College, Massachusetts.

El **Programa de Protección Social** busca contribuir para que, desde un enfoque de derechos, el Estado, en los niveles nacional, provincial y municipal, pueda diseñar, gestionar y evaluar políticas integrales de protección social que mejoren la calidad de vida de los habitantes de la República Argentina.

**Para citar este documento:** Repetto, F. y Florito, J. (febrero de 2018). Hacia un abordaje del suicidio en la adolescencia en la Provincia de Chaco. *Documento de Trabajo N°176*. Buenos Aires: CIPPEC.

CIPPEC alienta el uso y divulgación de sus producciones sin fines comerciales. Las publicaciones de CIPPEC son gratuitas y se pueden descargar en [www.cippec.org](http://www.cippec.org)

***La opinión de los autores no refleja necesariamente la posición institucional de CIPPEC en el tema analizado.***

## DOCUMENTOS DE TRABAJO

Con los **Documentos de Trabajo**, CIPPEC acerca a expertos, funcionarios, legisladores, periodistas, miembros de organizaciones de la sociedad civil y a la ciudadanía en general investigaciones propias sobre una o varias temáticas específicas de política pública.

Estas piezas de investigación aplicada buscan convertirse en una herramienta capaz de acortar la brecha entre la producción académica y las decisiones de política pública, así como en fuente de consulta de investigadores y especialistas.

Por medio de sus publicaciones, CIPPEC aspira a enriquecer el debate público en la Argentina con el objetivo de mejorar el diseño, la implementación y el impacto de las políticas públicas, promover el diálogo democrático y fortalecer las instituciones.

**CIPPEC** (Centro de Implementación de Políticas Públicas para la Equidad y el Crecimiento) es una organización independiente, apartidaria y sin fines de lucro que trabaja por un Estado justo, democrático y eficiente que mejore la vida de las personas. Para ello concentra sus esfuerzos en analizar y promover políticas públicas que fomenten la equidad y el crecimiento en la Argentina. Su desafío es traducir en acciones concretas las mejores ideas que surjan en las áreas de **Desarrollo Social, Desarrollo Económico, e Instituciones y Gestión Pública** a través de los programas de Educación, Protección Social, Desarrollo Económico, Instituciones Políticas, Gestión Pública, Monitoreo y Evaluación, y Ciudades.

Av. Callao 25, 1° C1022AAA, Buenos Aires, Argentina  
T (54 11) 4384-9009 F (54 11) 4384-9009 interno 1213  
info@cippec.org www.cippec.org