

Intentos de suicidio de jóvenes estudiantes secundarios y factores asociados. Un análisis en Argentina y Bolivia

High school students suicide attempts and factors associated. A comparative analysis in Argentina and Bolivia

Eduardo Javier Pereyra*


María Marta Santillán Pizarro**

* Doctor en Política y Gobierno y Licenciado en Ciencia Política de la Facultad de Ciencia Política y Relaciones Internacionales de la Universidad Católica de Córdoba (UCC). Magister en Diseño y Gestión de Programas Sociales de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO - Argentina). Docente de grado de la Facultad de Ciencia Política y Relaciones Internacionales de la Universidad Católica de Córdoba (UCC). eduardojpereyra82@gmail.com

** Doctora en Demografía y Magister en Demografía por la Universidad Nacional de Córdoba (UNC) e Ingeniera de Sistemas por la Universidad Católica de Córdoba (UCC). Investigadora Independiente del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET), radicada en el CIECS (CONICET y UNC). Docente de grado y doctorado de la Facultad de Ciencia Política y Relaciones Internacionales de la Universidad Católica de Córdoba (UCC). mm_santillan@yahoo.com.ar

Código de referato: SP.310.LVIII/22
<http://dx.doi.org/10.22529/sp.2022.58.01>



STUDIA POLITICÆ  Número 58 primavera-verano 2022 pág. 5-32

Recibido: 13/04/2022 | Aceptado: 22/09/2022

Publicada por la Facultad de Ciencia Política y Relaciones Internacionales
de la Universidad Católica de Córdoba, Córdoba, República Argentina.

Resumen

El estudio del suicidio y los factores que intervienen es clave ya que, a nivel mundial, en las juventudes de 15 a 19 años, el suicidio es la segunda causa de muerte entre las mujeres y la tercera entre los varones. Además, se observa una tendencia al aumento de casos en este grupo etario. En este trabajo, a partir de la aplicación de modelos de regresión logística y tomando como fuente de información la *Encuesta mundial de salud a escolares* (2012) en Argentina y Bolivia, se buscan similitudes y diferencias en el comportamiento de estudiantes de secundaria entre 13 y 15 años en Argentina y Bolivia, en relación con los intentos de suicidio y los factores asociados (tanto de riesgo como protectores). Entre los principales hallazgos, se observa que el comportamiento en ambos países sigue patrones similares y que el impacto de cada uno de los factores es mayor entre las mujeres.

Palabras clave: suicidio - estudiantes de secundaria - factores psicológicos – Argentina - Bolivia

Abstract

The study of suicide and the factors that intervene are key since, worldwide, for youth the ages of 15 and 19, suicide is the second cause of death in women and the third in men, and there was an increasing tendency noticed in this age group. In this paper, from the application of logistic regression models using the Global school-based student health survey (2012) as a source of information, we looked for similarities and differences in student behavior in ages 13 to 15 in Argentina and Bolivia in relation to the suicide attempts and associated factors (risk factors and protective factors). Among the main findings, it is observed that the behavior in both countries follow similar patterns and the impact of each of the factors is greater in women.

Keywords: suicide - secondary school students - psychological factors – Argentina - Bolivia

Introducción

El suicidio constituye un tipo de muerte por causa externa y, en consecuencia, es prevenible. Las estadísticas son contundentes. Se ha calculado que, a nivel global, en los últimos 50 años, las tasas de suicidio crecieron un 60 % y llegaron a representar un 50 % de todas las muertes violentas registradas en varones y un 71 % en mujeres (Organización Mundial de la Salud - OMS, 2014).

En el campo de la salud pública existe un importante consenso sobre la gravedad de la situación. Se reconoce que la relevancia en las agendas gubernamentales es insuficiente y que la eficacia de las políticas públicas para abordar integralmente la problemática es aún muy limitada (Altieri, 2007). Por este motivo, los Objetivos de Desarrollo Sostenible (Organización de las Naciones Unidas, 2018), alientan a los países, para el 2030, a “reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante su prevención y tratamiento, y promover la salud mental y el bienestar” (meta 3.4). En este marco, propone como indicador la tasa de mortalidad por suicidio.

En la población joven, el estudio del suicidio y los factores que intervienen es clave, al menos, por las siguientes razones: en primer lugar, por la magnitud y relevancia relativa del fenómeno. A nivel mundial, para las y los jóvenes de 15 a 19 años, el suicidio es la segunda causa de muerte entre las niñas (después de las condiciones maternas) y la tercera causa de muerte en los niños (después de los accidentes de tránsito y la violencia interpersonal) (OMS, 2018). En algunos países, se ubica entre las tres primeras causas de defunción entre las personas de 15 a 44 años, y la segunda en el grupo de 10 a 29 años. En segundo lugar, la tendencia de aumento para este grupo etario. Si bien la edad se considera un factor de riesgo, en el que a mayor edad existe un mayor riesgo, las estadísticas muestran que, con el tiempo, se ha producido un incremento en la incidencia entre los jóvenes y una disminución entre las personas mayores (Organización Panamericana de la Salud, 2014). En tercer lugar, el actual contexto de pandemia por COVID-19. Si bien las infancias y adolescencias no representan el principal grupo de riesgo de contagio, ni son los que mayormente ven afectados de manera grave su salud, algunos estudios demuestran que “los niños y niñas son más vulnerables que las personas adultas al impacto emocional referido a situaciones o eventos traumáticos que invaden su cotidianeidad” (UNICEF, 2020, p. 49). El mismo estudio afirma que el cambio de rutinas puede desencadenar dificultades emocionales que se manifiestan en alteraciones en el sueño, en la alimentación, en los estados anímicos, entre otros.

En este mismo sentido, el distanciamiento social ha tenido consecuencias sobre la educación, la relación con pares, el ocio y la recreación, los ingresos familiares, que repercuten negativamente en los bienes y servicios esenciales para satisfacer las principales necesidades de las infancias y las juventudes (UNICEF, 2020). Frente a estas situaciones, a lo que se suma el miedo al contagio, los niños, niñas y jóvenes se encuentran aún más expuestos a desarrollar problemas significativos como estrés, ansiedad o depresión.

Todas estas manifestaciones han sido identificadas como factores de riesgo que pueden impactar potenciando la conducta suicida (Organización Panamericana de la Salud, 2020). A la fecha, no se han publicado, en Argentina y Bolivia, estadísticas o estudios oficiales respecto al impacto de la pandemia por COVID-19 sobre la conducta suicida y las tasas de suicidios. Es por ello que, en este contexto, el estudio de los factores vinculados al suicidio en la adolescencia se torna fundamental.

En un artículo anterior (Santillán Pizarro y Pereyra, 2021), se presentó evidencia empírica de corte cuantitativo, a partir del análisis de las relaciones e interrelaciones de los factores sobre la conducta suicida en las y los jóvenes escolarizados de 13 a 15 años para el caso argentino. En base a datos de la Encuesta mundial de salud escolar, proyecto de la OMS, implementada en Argentina en 2012, se observó cómo la exposición a ciertos factores (por ejemplo, experimentar sentimientos de soledad, falta de amigos, insomnio, haber atravesado situaciones de violencia y consumo de drogas) aumenta el riesgo de experimentar un intento de suicidio, a la vez que factores como una buena relación con los padres disminuye el riesgo. Además, mostró que el impacto de cada uno de estos riesgos es diferente en varones y mujeres, e indica que son estas últimas las de mayor vulnerabilidad. Asimismo, se expuso que la combinación de diferentes factores potencia el riesgo de experimentar un intento de suicidio.

En esta oportunidad, con la misma clave analítica, la pregunta es hasta qué punto los resultados encontrados en Argentina responden a la situación particular de los y las jóvenes del país o trasciende las cuestiones culturales y pueden ser generalizados a otros contextos. Por este motivo, realizamos un análisis comparativo entre Argentina y Bolivia, con el objetivo de buscar similitudes y diferencias que permitan conocer mejor la problemática en dos países geográficamente cercanos, pero con significativas diferencias socio-demográficas y culturales. En ambos, se utiliza la Encuesta mundial de salud escolar aplicada durante el mismo año (2012).

En Arce Cardozo y Alvarez Antezana (2017) se ha analizado para Bolivia, usando los datos de dicha encuesta, la relación de factores de riesgo y protectores en la conducta suicida. Se indicó que el consumo de bebidas alcohólicas o tabaco, ser víctima de *bullying* o la violencia física son predictores negativos, y la participación de los padres es un predictor positivo para el intento de suicidio, ideación suicida con o sin plan suicida, aunque no analiza la interrelación de los factores, cuestión que aquí se desarrollará para ambos países y en clave comparada.

Precisiones conceptuales

De acuerdo con la OMS (2012), se entiende por suicidio al acto deliberado de quitarse la vida y por intento de suicidio, toda acción autoinfligida con el propósito de generarse un daño potencialmente letal, pero que no llega a la muerte. La relevancia de esta distinción proviene de que se ha calculado que por cada suicidio consumado ocurren entre 20 y 40 veces más intentos fallidos (OMS, 2014). Además, una tentativa de suicidio previa es el factor de riesgo más importante de suicidio consumado y, por ende, uno de los principales predictores (OMS, 2014; Cárdenas, 2021). En este sentido, una persona con historia previa de conductas autolesivas tiene casi 25 veces más probabilidades de morir por suicidio que la población general (Ayuso-Mateos et al., 2012).

Cabe aclarar que, frente a la complejidad del comportamiento suicida, se ha sistematizado su comprensión, de acuerdo a su naturaleza, en tres facetas que oscilan desde la ideación suicida (que contempla las ideas y deseos de muerte, la ideación y el plan suicida) y la comunicación suicida (son expresiones verbales, no verbales y amenazas suicidas), hasta alcanzar el acto suicida (el intento suicida y el suicidio consumado)¹ (Fonseca-Pedrero y Gómez del Casal, 2018).

Si bien el suicidio se define como un acto individual, las causas que llevan a tomar la decisión son múltiples. En este sentido, se han identificado factores de riesgo (asociados con el incremento de la probabilidad de una conducta suicida) y factores protectores (relacionados con una disminución de la probabilidad) que influyen en la conducta suicida. Se ha detectado que los intentos de suicidio están asociados principalmente a factores de riesgo como la depresión, la disfunción familiar y los antecedentes de intentos previos (Cárdenas, 2021). Entre los principales factores que impactan en las y los jóvenes se encuentran: la ausencia o debilidad de otras personas significativas o instituciones que cumplan el rol de apoyos afectivos/instrumentales; las dificultades al atravesar las pruebas estatuidas socialmente en la transición de la infancia a la juventud/adulthood; la rigidez normativa como dificultad para flexibilizar las normas morales incorporadas; o el padecimiento mental no atendido (UNICEF, 2019). Además, se identifican como factores precipitantes aquellos que están relacionados con el acto previo que provoca el suicidio consumado (OMS, 2014).

Las y los especialistas en la materia coinciden en que todos estos factores pueden, a su vez, distinguirse entre aquellos de carácter individual-biológi-

¹ Como sostiene Ansean (2014), cuanto más se asciende en estas expresiones, mayor es el riesgo de una conducta suicida.

cos (p. ej. personalidades, enfermedades mentales); relacionales (p. ej. dinámicas familiares y relaciones de pareja); comunitarios (p. ej. entornos violentos) y factores de índole socio cultural (como la accesibilidad a medio o la falta de expectativas laborales y de estudio) (Ansean, 2014; Ayuso-Mateos et al., 2012; OMS, 2014). Todos interactúan de manera dinámica y compleja entre sí, por lo que el estudio de los determinantes del suicidio es central para diseñar una adecuada estrategia de prevención (Forero et al., 2017).

A partir de lo expuesto y la fuente de información seleccionada, el presente trabajo se acota al análisis de la relación de los factores de riesgo y protectores con los intentos de suicidio en la población joven escolarizada de Argentina y Bolivia.

Los suicidios en cifras

En el continente americano, son aproximadamente 100 000 las defunciones anuales por suicidio. Para las y los jóvenes de entre 20 y 24 años de edad, es la tercera causa de muerte y para las personas entre 10 y 19 años y de 25 a 44 años, es la cuarta causa de muerte (OPS, 2014).

De acuerdo a la OMS (2018), en el año 2016, el 36 % de los suicidios en América Latina y el Caribe se produjeron en edades comprendidas entre los 25 y los 44 años y un 26 %, entre los 45 y los 59 años; y, si bien la tasa de suicidio en hombres es superior a la de mujeres, en los países de ingresos bajos y medios la razón fue mucho menor, de 1,5 hombres por cada mujer. Los diez países de la región con el mayor número estimado de muertes por suicidio son: Estados Unidos (49 394), Brasil (13 467), México (6 537), Canadá (4 525), Argentina (4 030), Colombia (3 486), Chile (1 893), Cuba (1 596), Perú (1 567) y Bolivia (1 326).

Respecto a los casos seleccionados para este trabajo, conviene realizar algunos señalamientos.

En Argentina, la tasa a nivel nacional se ubica en torno a 9,2 por cada 100 000 habitantes (OMS, 2018). En dicho país, se observa que la mortalidad por suicidios en población joven se triplicó (UNICEF, 2019; Repetto y Florito, 2018; Ministerio de Salud de la Nación - MSAL, 2016; Sola, 2011; Altieri, 2007) y se producen alrededor de 19 suicidios infantojuveniles por semana (10 a 24 años), es decir, unos 942 casos anuales, representando el 28,35% del total (Tinari de Platini et. al, 2020). Este tipo de defunciones se ha constituido en la segunda causa de muerte en la franja de 10 a 19 años. En el grupo de 15 a 19 años, la mortalidad es más elevada y alcanza una tasa de 12,7 suicidios por cada 100 000 habitantes: 18,2 la tasa en los varones y 5,9 en las

mujeres (MSAL, 2016 y 2018). Del mismo modo, a nivel regional y mundial se ha constatado que, en promedio, las mujeres cometen más intentos de suicidio y los varones son quienes lo consuman en mayor medida.

Bolivia, por su parte, es el segundo país con mayor tasa de suicidios de mujeres en América Latina luego de Guyana (Choque Zenteno, 2019), a pesar de que la tasa de mortalidad ha bajado de 16,4 cada 100 000 habitantes en el año 2000 a 12,2 en el 2016 (OMS, 2018). Las diferencias son marcadas de acuerdo al género: se suicidan 24,01 hombres por cada 100 000 y 12,96 mujeres por cada 100 000. No obstante, es uno de los países con mayor tasa de suicidios femeninos del mundo. A su vez, Bolivia es el tercer país del mundo con el índice de suicidio más alto en niños de 5 a 14 años. En cuanto al suicidio en población juvenil, los casos entre las edades de 15 a 29 años (a partir de 2015) han aumentado y se ha convertido en la segunda causa principal de defunción en ese grupo de edad.

1. Método

El trabajo utiliza como fuente de información la Encuesta mundial de salud a escolares (GSHS por sus siglas en inglés), realizada por la OMS. Esta encuesta utiliza un cuestionario autoadministrado para obtener datos sobre la salud de los jóvenes escolarizados y el comportamiento de los factores de protección en relación con las causas principales de morbilidad y mortalidad en niños y adultos en todo el mundo. En Argentina, la encuesta se realizó en tres oportunidades (2007, 2012 y 2018²), mientras que en Bolivia se realizó una única edición en el 2012. A su vez, de las diversas encuestas aplicadas en el Cono Sur, las de Argentina y Bolivia son las únicas que coinciden metodológicamente y realizaron las mismas preguntas sobre suicidio, permitiendo la comparabilidad de ambos países en dicha edición.

En Argentina, la encuesta fue realizada por el Ministerio de Salud de la Nación en colaboración con el Ministerio de Educación. Su muestra es representativa de alumnos y alumnas de 1° a 3° año de educación media a nivel nacional (8° EGB a 1° polimodal, en el caso de la provincia de Buenos Aires) y provincial. Se seleccionaron 25 escuelas por provincia y se encuestaron 20 712 estudiantes entre 13 y 15 años, con una tasa de respuesta global de 74 % (MSAL, 2013).

En el caso de la encuesta de Bolivia, fue realizada de manera coordinada por el Ministerio de Salud y Deportes y el Ministerio de Educación. Con una

² Los microdatos de la ronda 2018 aún no están disponibles.

muestra representativa de alumnos de 13 a 15 años, se seleccionó un total de 77 escuelas urbanas y rurales y fue respondida por 3 696 alumnos³, con una tasa de respuesta global de 88 %. Los datos GSHS representan a todos los alumnos y alumnas que van a las aulas de 2°, 3° y 4° curso de educación secundaria de Bolivia (OPS/OMS, 2012).

Cabe recordar que la muestra fue realizada en el año 2012, constituye la fuente más actualizada al momento y, si bien no representa a toda la población joven de 13 a 15 años, sí es representativa de la población escolarizada, tanto en Argentina como en Bolivia.

Tabla 1

Distribución por edad y género de la muestra

Edad	<i>Argentina</i>			<i>Bolivia</i>		
	Mujer	Varón	Total	Mujer	Varón	Total
13	26,9	27,9	27,4	26,3	25,9	26,1
14	40,8	37	39	37,8	36,7	37,2
15	32,3	35,1	33,6	36,0	37,3	36,6
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
n=	10884	9828	20712	1340	1299	2639

Fuente: Elaboración propia en base a *Encuesta mundial de salud escolar* (Argentina, 2012; Bolivia, 2012).

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

Como factores de riesgo, se consideraron el género, las relaciones con pares –que incluyen el haber sufrido alguna situación violenta en los últimos 12

³ Esta cantidad es la que se menciona en el informe oficial. Sin embargo, la base de datos publicada corresponde a un total de 3 469 niños y niñas, de los cuales 2 639 tienen entre 13 y 15 años.

meses (víctima de agresión física, haber participado en pelea, ser víctima de *bullying*)– y no tener amigos cercanos. Cuestiones psíquicas (sentimientos de soledad e insomnio por preocupación); iniciación temprana y consumo (de alcohol, tabaco, marihuana y otros); haber sufrido hambre en el último mes; y obesidad. Cabe aclarar que el nivel socioeconómico (medido en la encuesta a partir del nivel educativo de los padres) no fue incorporado debido a que los datos de esta variable no fueron publicados en los microdatos.

Como factores protectores, encontramos realizar actividad física durante más de 60 minutos al menos un día en la semana y el tipo de vinculación que mantienen con madres y padres (que proviene de preguntas sobre si los padres revisan las tareas, si los padres comprenden los problemas, si los padres conocen la actividad en el tiempo libre).

Para indagar respecto a si factores de riesgo se “potencian” o si factores de protección “neutralizan” el efecto de ciertos factores, en los modelos de regresión se incorporan los términos de relación condicional o interacción. A modo de ejemplo, si se plantea que el haber sido víctima de agresión física (considerado “el factor” en el ejemplo) es un factor que influye sobre el haber tenido intento/s de suicidio y se sospecha que su efecto es diferente para varones que para mujeres (mujer es la segunda variable independiente, que en los modelos tiene valor 1 para mujeres y 0 para varones), se introduce en el modelo un término que plantea la interacción entre el factor y mujer. Si el coeficiente de dicho término de interacción es significativo, implica que, efectivamente, el efecto es diferente para varones y mujeres. Para el grupo de varones, en nuestro caso el efecto, en términos de odds ratio, será el que corresponde al coeficiente del factor. Para el grupo de mujeres, el efecto del factor se calcula multiplicando el coeficiente del factor por el coeficiente del término de interacción. Se consideran significativos los resultados con $p < 0,05$.

Es importante mencionar que la fuente de datos es una encuesta en la que el/ la joven “reporta” haber pensado o planificado un suicidio, de manera que es posible que los niveles se encuentren sobre o subestimados.

2. Resultados y discusiones

2.1. Prevalencia de ideación suicida, de factores de riesgo y factores protectores

La Tabla 2 muestra la distribución por género de las principales variables involucradas en el análisis en ambos países, tanto las que refieren a suici-

dio, como a los factores de riesgo y a los factores protectores. Respecto al suicidio, son tres las preguntas relacionadas con la ideación suicida y con el intento de suicidio en los últimos 12 meses: si consideró la posibilidad de suicidarse, si elaboró un plan de suicidio y si tuvo uno o más intentos de suicidio. Las dos primeras variables tienen niveles similares en ambos países, ya que de un 16 % a un 17 % de jóvenes de ambos géneros declararon haber considerado la posibilidad de suicidarse o haber hecho un plan suicida, con niveles muy diferentes para varones y mujeres. Mientras que para varones oscila alrededor del 11 %, para mujeres se sitúa entre un 20 y un 23 %.

Respecto a haber tenido al menos un intento de suicidio, los niveles son superiores en Bolivia, ya que, mientras que en Argentina afecta al 16 % de jóvenes (13 % de varones, 19 % de mujeres) en Bolivia llega hasta casi un 20 % de ambos géneros (15,5 % de varones y 24 % de mujeres).

En relación con los factores de riesgo, sintéticamente puede afirmarse que quienes refieren a relaciones conflictivas o de violencia con pares son los que afectan a las mayores proporciones de jóvenes y está más difundido entre los varones (a excepción del *bullying* en Argentina, que afecta a ambos géneros por igual). En efecto, un 45 % de varones en ambos países ha participado en peleas, mientras que en las mujeres, la proporción disminuye al 24 % en Argentina y al 20 % en Bolivia. Por su parte, la proporción de los jóvenes que ha sido víctima de agresión física o de *bullying* es mayor en Bolivia (30 %) que en Argentina (24 %).

Tabla 2

Argentina y Bolivia. Estudiantes escolarizados de 13 a 15 años. Prevalencia de ideación e intento de suicidio, de factores de riesgo y factores protectores. En porcentajes sobre varones, mujeres y total

Variables	Argentina			Bolivia		
	Varón	Mujer	Total	Varón	Mujer	Total
Ideación e intento suicida						
Consideró la posibilidad de suicidarse	11,0	22,3	16,9	11,9	23,0	17,5
Hizo un plan de suicidio	11,5	20,1	16,1	10,9	21,0	16,0
Tuvo uno o más intentos de suicidio	12,9	18,9	16,2	15,5	24,2	19,9
Factores de riesgo						

Víctima de agresión física último año	30,0	20,0	24,8	38,8	30,3	34,7
Participó en pelea último año	44,2	24,7	34,1	45,3	20,8	33,0
Víctima de <i>bullying</i> último mes	24,8	24,2	24,5	31,7	28,2	30,2
Sin amigos cercanos	6,1	4,3	5,2	8,2	7,9	8,0
Se sintió solo último año	5,3	12,9	9,3	6,5	14,4	10,5
Insomnio por preocupación	5,2	11,7	8,6	5,2	9,1	7,3
Tabaco antes de los 14	27,4	26,1	26,7	25,3	14,5	19,8
Fuma tabaco	16,7	20,2	18,5	15,4	8,8	12,1
Alcohol antes de los 14	51,8	46,6	49,1	19,1	13,0	16,0
Alguna vez alcoholizado	28,1	26,2	27,2	12,4	9,0	10,7
Drogas antes de los 14	7,1	4,7	5,9	3,6	2,7	3,1
Marihuana último mes	7,4	4,5	5,9	2,9	2,2	2,6
Sintió hambre en el último mes	4,0	3,2	3,6	9,2	6,2	7,8
Obesidad	6,7	3,7	5,1	5,3	3,9	4,6
Factores protectores						
Actividad física	1,8	1,9	1,8	1,8	1,9	1,9
Padres entienden problemas	46,2	49,9	48,2	31,3	32,5	32,0
Padres conocen actividad tiempo libre	49,4	58,3	54,0	35,8	39,8	37,7
Padres chequean tarea	32,8	29,5	31,1	39,6	41,9	40,6
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
n=	9828	10884	20712	1290	1315	2644

Fuente: Elaboración propia en base a *Encuesta mundial de salud escolar* (Argentina y Bolivia, 2012).

Le siguen en importancia la proporción de estudiantes que presenta alguno de los factores vinculados al consumo, con niveles más altos también en varones, pero algo superiores en Argentina. En este sentido, llama la atención que en dicho país cerca del 50 % de las y los jóvenes ha consumido alcohol antes

de los 14 años. Luego la proporción de jóvenes con problemas relacionados con sentimientos de soledad o insomnio por preocupación. Estos factores se destacan por ser los únicos que afecta más a mujeres que a varones en ambos países. Por último, haber sufrido hambre afecta a un 7,8 % de adolescentes en Bolivia y a un 3,6 % en Argentina, mientras que la obesidad presenta niveles similares en ambos países (5,1 % en Argentina y 4,6 % en Bolivia).

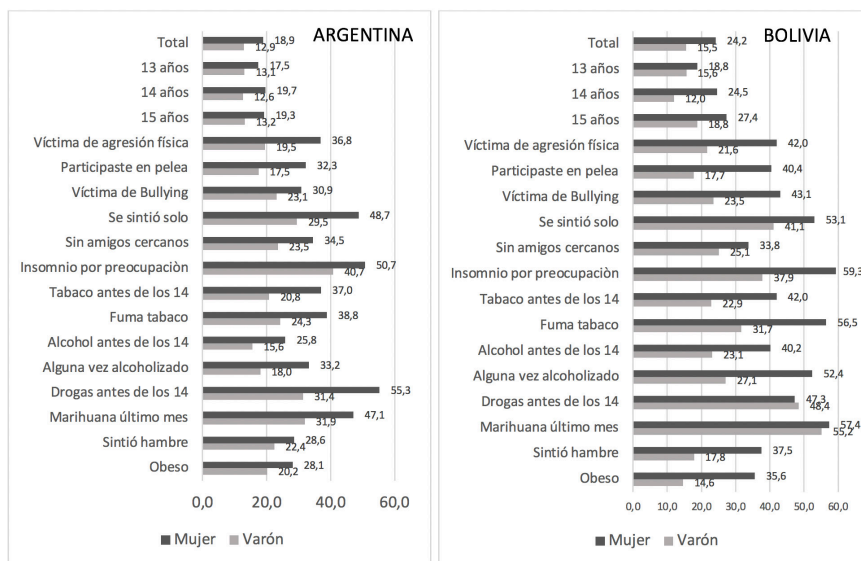
Respecto a los factores protectores, entre un 30 % y un 50 % de jóvenes de ambos géneros declaran contar con algunas de las condiciones que pueden indicar una “positiva” relación con los padres. En Argentina es algo superior la proporción de jóvenes cuyos padres entienden sus problemas y/o conocen sus actividades de tiempo libre, mientras que en Bolivia es mayor la proporción cuyos padres controlan las tareas escolares. Se observan bajas proporciones de jóvenes que realizan actividad física en ambos países (no llegan al 2 %).

2.2. Intento/s de suicidio, género y factores de riesgo

Para analizar la relación entre suicidio y los factores de riesgo, se decidió trabajar con la variable “intentos de suicidio”, debido a que se considera la expresión de mayor riesgo de la conducta suicida. Las dos primeras variables –si consideró la posibilidad de suicidarse y si elaboró un plan de suicidio– se ubican en el plano de la ideación, mientras que la tercera —si tuvo uno o más intentos de suicidio– es una expresión del acto suicida (Fonseca Pedrero y Del Casal, 2018). En la Figura 1 se observa la proporción de estudiantes que tuvieron uno o más intentos de suicidio en el último año, según la presencia de diferentes factores de riesgo y desagregada por género. Se destaca que siempre la proporción de mujeres con intentos de suicidio es mayor a la de los varones y que, ante la presencia de ciertos factores, las diferencias entre ambos géneros se incrementan.

Figura 1

Argentina y Bolivia. Porcentaje de estudiantes de 13 a 15 años que tuvieron uno o más intentos de suicidio en el último año. Por género y factores de riesgo



Fuente: Elaboración propia en base a *Encuesta mundial de salud escolar* (Argentina 2012 y Bolivia 2012).

Dentro de estos factores, llama la atención la elevada proporción de jóvenes con intentos de suicidio entre los que sufren insomnio por preocupaciones. Dentro de este grupo, casi un 60 % de mujeres en Bolivia y un 50 % en Argentina han tenido, al menos, un intento de suicidio. También factores como padecer sentimientos de soledad, consumir drogas o marihuana, entre otros que se detallan más adelante, incrementan el riesgo considerablemente en ambos países, aunque con algunas diferencias entre ellos (Figura 1).

Las tablas 3 a y b presentan los exp(b) de los modelos de regresión logística con variable dependiente “al menos un intento de suicidio” y variable independiente género, más otros factores considerados de riesgo. A modo de resumen, se observa que, si se considera como factor de riesgo solo el género (modelos 1 de cada tabla), las chances de experimentar un intento de suicidio son mayores para las mujeres que para los varones: un 57 % más altas en Argentina y un 73 % en Bolivia. Estas tablas también muestran, en

una primera lectura general, que las mujeres mantienen las mayores chances de experimentar intento/s de suicidio, independientemente de qué factor de riesgo se incorpore. Además, si se analiza el término de interacción de cada modelo, se observa que los distintos factores de riesgo afectan en mayor medida a las mujeres que a los varones, especialmente en Argentina (a excepción de ser víctima de *bullying*, ya que en este país incrementa más el riesgo a los varones).

Una lectura más detallada de las Tablas 2 y 3 y que se resume en las Figuras 2 y 3, permiten concluir lo siguiente:

- Los factores relacionados con situaciones de violencia con pares (como ser víctima de agresión física o *bullying*) duplican las chances de experimentar intento/s de suicidio en ambos países (Tablas 3 a y b, Modelos 2 y 4). La participación en peleas, por su parte, tiene mayor impacto en Argentina que en Bolivia (Tablas 3 a y b, Modelos 3). Estos factores, si bien no son los que mayormente aumentan el riesgo de experimentar un intento de suicidio, preocupan por ser los más difundidos entre los jóvenes (Tabla 2). También se observa que el riesgo es mayor para las mujeres, especialmente en Bolivia, aunque, como se mencionara, la realidad de ser víctima de *bullying* en Argentina incrementa más el riesgo en varones que en mujeres.
- La experiencia de no tener amigos cercanos duplica el riesgo tanto para varones como para mujeres en ambos países (Modelos 5). Este factor afecta al 5,5 % de jóvenes en Argentina y a un 8 % en Bolivia, con valores algo superiores en los varones en ambos países (Tabla 2).
- Factores relacionados con cuestiones psicológicas, como padecer sentimientos de soledad e insomnio por preocupaciones, tienen comportamientos muy similares en ambos países: son los de mayor impacto en las chances de experimentar intentos de suicidio, ya que incrementan el riesgo entre 3 y 5,5 veces. Afectan de manera similar a varones y mujeres, a excepción de sentimientos de soledad en Argentina, donde las chances son mayores entre las mujeres (Tablas 3 a y b, Modelos 6 y 7). Estos factores afectan a cerca de un 10 % de los jóvenes y las proporciones son mayores entre las mujeres (Tabla 2). Llama la atención que, cuando se incorporan estas variables, las diferencias entre varones y mujeres se reducen, de manera que podrían ser variables que explican las diferencias entre ambos géneros.
- En cuanto a consumo de sustancias psicoactivas, las preguntas tuvieron altas tasas de no respuesta, llegando en algunos casos al 90 %. Si se

consideran como casos positivos solo a los que declararon “sí” (es decir que quienes no declararon se considera que no consumen), los resultados muestran que siempre el efecto es mayor en las mujeres, al menos en Argentina. En Bolivia, los coeficientes indicarían que se mantiene esta tendencia, aunque los resultados no son significativos. En cuanto al efecto de cada uno de estos factores en particular, puede decirse lo siguiente:

- El consumo de alcohol sería la práctica más difundida, especialmente en Argentina (iniciaron antes de los 14 años: un 50 % en Argentina y un 16 % en Bolivia; alguna vez alcoholizado: 27 % en Argentina y 11 % en Bolivia) (Tabla 2), pero es la de menor impacto en el riesgo: eleva hasta 2 veces las chances de experimentar intento/s de suicidio (Modelos 10 y 11).
- El consumo de tabaco tendría niveles levemente superiores en Argentina (18 %) que en Bolivia (12 %) (Tabla 2). Eleva hasta 3 veces las chances de experimentar intento/s de suicidio, un nivel algo superior que el consumo de alcohol (Modelos 8 y 9).
- El consumo de marihuana y otras sustancias aparece más difundido en Argentina (6 %) que en Bolivia (3 %) (Tabla 2). Es el factor de mayor impacto en los intentos de suicidio, especialmente en Bolivia. Eleva las chances hasta 7 veces en Bolivia y 3,5 veces en Argentina (Modelos 12 y 13).
- La obesidad, si bien es un factor de baja prevalencia (alrededor de un 5 % de los y las jóvenes) (Tabla 2), duplica el riesgo: en Argentina, tanto a varones como a mujeres; en Bolivia, solo a mujeres (Modelos 14).
- El haber sufrido hambre tiene un comportamiento similar a la obesidad. Es un factor que afecta a un 3,6 % de los jóvenes en Argentina y un 7,8 % en Bolivia (Tabla 2). También es un factor que duplica el riesgo en los y las estudiantes en Argentina, mientras que en Bolivia solo en las mujeres (Modelos 15).

Tabla 3a

ARGENTINA. Modelos de regresión logística de autodeclaración de intentos de suicidio según factores de riesgo en estudiantes 13 a 15 años. Coeficientes exp(b)

Variables	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	M8	M9	M10	M11	M12	M13	M14	M15
Mujer	1,57**	1,29**	1,25**	1,36**	1,29**	1,25**	1,36**	1,29**	1,34**	1,32**	1,31**	1,58**	1,58**	1,69**	1,45**
Víctima de agresión física último año		2,21**	2,08**												
Participó en pelea último año				3,07**											
Bullying último mes					2,33**										
No tiene amigos cercanos						3,11**									
Se sintió solo último año							5,43*								
Insomnio por preocupación															
Tabaco antes de los 14 años								2,38**							
Fuma tabaco									2,67**						
Alcohol antes de los 14										1,64**					
Alguna vez alcoholizado											1,79**				
Drogas antes de los 14												3,51**			
Marihuana último mes													3,51**		
Obesidad														-1,90**	2,17**
Sintió hambre último mes														0,91	0,87
Mujer Factor		1,57**	1,35**	0,85*	1,03	1,82**	1,1	1,72**	1,47**	1,43**	1,72**	1,70**	1,70**		

** p<0.01; * p<0.05.

Fuente: Elaboración propia en base a la *Encuesta mundial de salud escolar* en Argentina, 2012.

Tabla 3b

BOLIVIA. Modelos de regresión logística de autodeclaración de intentos de suicidio según factores de riesgo en estudiantes 13 a 15 años. Coeficientes exp(b)

Variables	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	M8	M9	M10	M11	M12	M13	M14	M15
Mujer	1,73**	1,52**	1,59**	1,43**	1,77**	1,49**	1,56**	1,79**	1,86**	1,75**	1,69**	1,83**	1,81**	1,71**	1,65**
Víctima de agresión física último año		2,11**													
Participó en pelea último año			1,38*												
Bullying último mes				2,38**											
No tiene amigos cercanos					1,95**										
Se sintió solo último año						4,38**									
Insomnio por preocupación							3,73**								
Tabaco antes de los 14 años								1,97**							
Fuma tabaco									3,23**						
Alcohol antes de los 14										1,89**					
Alguna vez alcoholizado											2,13**				
Drogas antes de los 14												5,59**			
Marihuana último mes													7,30**		
Obesidad														0,94	
Sintió hambre último mes															1,11
Mujer*Factor		1,7**	2,0**	1,72**	0,86	1,09	1,53	1,35	1,5	1,27	1,75*	0,52	0,6	1,89	1,97**

** p<0.01; * p<0.05.

Fuente: Elaboración propia en base a la *Encuesta mundial de salud escolar* en Bolivia, 2012.

Figura 2

Factores de riesgo en Argentina. Relación entre proporción jóvenes que los experimentan y mayores chances (odds ratio) de intento de suicidio. Varones y mujeres

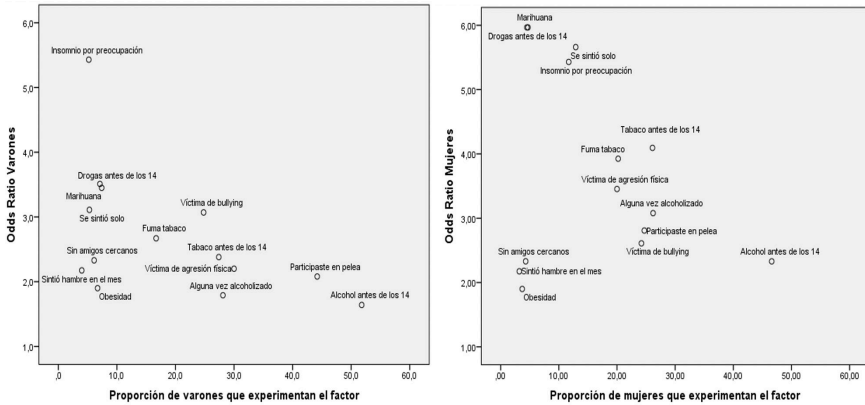
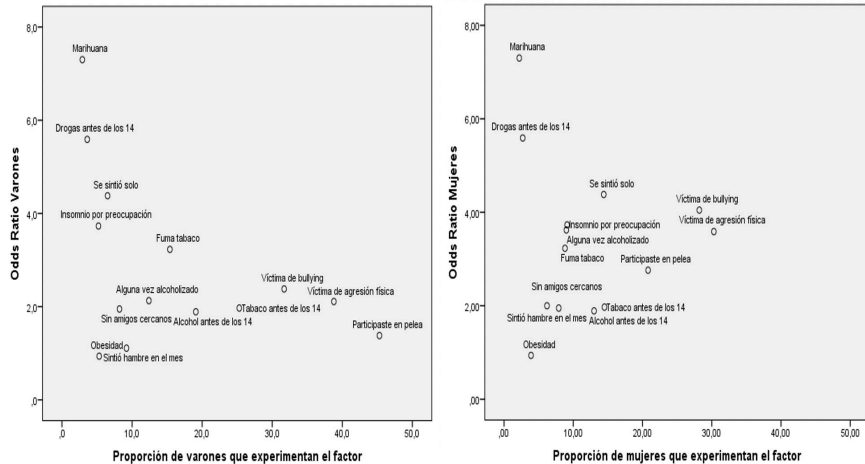


Figura 3

Factores de riesgo en Bolivia. Relación entre proporción jóvenes que los experimentan y mayores chances (odds ratio) de intento de suicidio. Varones y mujeres

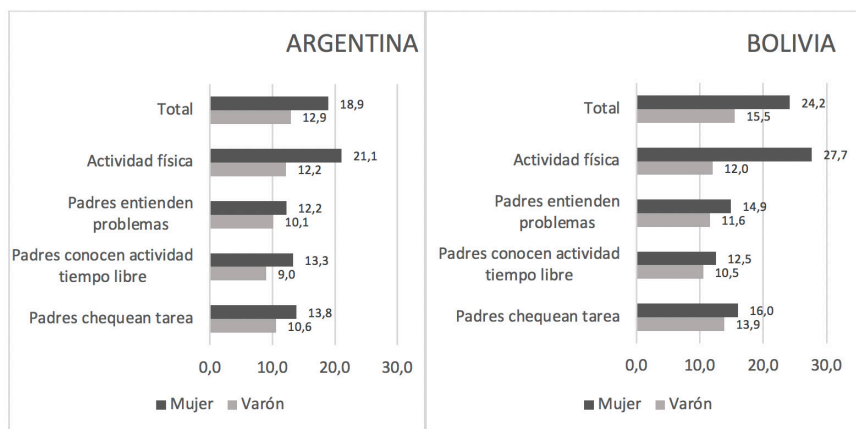


2.3. Intento/s de suicidio, género y factores protectores

La Figura 4 muestra cómo ante la presencia de padres involucrados en el comportamiento de sus hijos/as, el riesgo disminuye y, especialmente, se reducen las brechas entre varones y mujeres. También se observa que la actividad física en Argentina no influye en el riesgo y en Bolivia tiene un comportamiento extraño: entre los varones disminuye el riesgo, pero en las mujeres lo aumenta. Sin embargo, vale recordar que la proporción de jóvenes con actividad física no alcanza el 2 %, por lo que las conclusiones pueden estar relacionadas con un tamaño de muestra reducido.

Figura 4

Argentina y Bolivia. Porcentaje de estudiantes de 13 a 15 años que tuvieron uno o más intentos de suicidio en el último año. Por género y factores protectores



Fuente: Elaboración propia en base a Encuesta mundial de salud escolar (Argentina 2012 y Bolivia 2012).

Cuando el análisis se complementa con la Tabla 4, el modelo que resume el efecto de la actividad física (M1) complementa lo encontrado en la Figura 4. En el caso de las variables que refieren a relaciones parentales, todas muestran situaciones similares entre ellas en ambos países: se observa que el coeficiente de la variable “mujer” aumenta (M3, M4, M5 en comparación con M1 de cada país); que los coeficientes de los factores son menores a 1 (M3,

M4, M5 de ambos países) y que el coeficiente de la interacción es menor a 1. Esto permite avanzar un poco más en la interpretación, que sería la siguiente: en el grupo de jóvenes que no cuentan con una relación parental fluida y padres involucrados, las diferencias entre varones y mujeres en las chances de experimentar un intento de suicidio son mayores a las observadas en el total de varones y mujeres. Pero ante la positiva presencia de los padres, se reduce el riesgo y esta reducción es mayor para las mujeres, por lo tanto, se reducen las brechas en el riesgo entre varones y mujeres⁴.

Tabla 4

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

Variables	Argentina					Bolivia				
	M1	M2	M3	M4	M5	M1	M2	M3	M4	M5
Mujer	1,57**	1,48**	1,69**	1,97**	1,89**	1,73**	1,48**	2,20**	1,96**	2,10**
Realizar actividad física		0,99					0,67*			
Padres revisan las tareas			0,74**					0,82		
Padres comprenden problemas				0,63**					0,64**	
Padres conocen actividad tiempo libre					0,5**					0,53**
Mujer* Factor		1,00	0,80*	0,63**	0,82**		1,88**	0,54*	0,684	0,58*

**p<0.01; *p<0.05.

Fuente: Elaboración propia en base a *Encuesta mundial de salud escolar* (Argentina 2012 y Bolivia 2012).

⁴ A excepción de “padres comprenden problemas” en Bolivia, en donde el coeficiente tiene la misma tendencia, pero no es significativo (Tabla 5, M4 Bolivia).

2.4. Intento/s de suicidio, interacción de factores

En los modelos anteriores, se muestra la relación de cada factor de riesgo o protector con los intentos de suicidio, tanto de manera aislada como en relación con el género. Pero, además, es importante destacar que pueden presentarse de manera conjunta, incrementando (en el caso de los factores de riesgo) o amortiguando (en el caso de factores protectores) el riesgo de cometer un intento de suicidio. Pero este incremento (si nos referimos a los factores de riesgo) puede tener una magnitud que responde a la suma del efecto de cada factor individual, simplemente porque se presentan varios factores simultáneamente, o puede “potenciarse” el riesgo.

Como ejemplo, se analiza el caso del insomnio y consumo de tabaco. En la Tabla 5 se observa que cada variable incrementa las chances (haber sufrido insomnio incrementa alrededor de 4 veces el riesgo en ambos países, mientras que consumir tabaco incrementa en 2,4 veces en Argentina y 3 veces en Bolivia (Modelo 1 de ambos países), pero el hecho de experimentar ambas situaciones simultáneamente aumenta estas chances en un 50 % más, aunque solo en Argentina este incremento es significativo. En el mismo Modelo 1 de cada país, se observa que esa situación, para las mujeres, además, se incrementa un 30 % más el riesgo (de nuevo, solo en Argentina el coeficiente es significativo).

En los Modelos 2 de cada país, se mantienen las mismas variables del Modelo 1, pero se agrega como factor protector si los padres conocen las actividades del tiempo libre. Se observa que, ante la situación descrita, si el joven declara tener un padre que conoce sus actividades de tiempo libre, el riesgo se reduce en un 60 % y opera de igual manera en varones que en mujeres.

Tabla 5

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

Variables	Argentina		Bolivia	
	M1	M2	M1	M2
mujer	1,27**	1,44**	1,75**	2,049**
QN23_Insomnio	4,40**	4,11**	3,96**	3,65**

QN29_tabaco	2,39**	2,2**	3,16**	3,05**
Padres conocen actividad tiempo libre		0,58**		0,55**
QN23_Insomnio by QN29_tabaco	1,52**	1,6**	1,4597	1,41
mujer by QN29_tabaco	1,32**	1,21**	1,37	1,12
Padres tiempo libre*Mujer		0,96		0,72

**p<0.01; *p<0.05

Fuente: Elaboración propia en base a la Encuesta mundial de salud escolar (Argentina 2012 y Bolivia 2012).

Conclusiones

Los resultados del presente trabajo han permitido establecer que, tanto en Argentina como en Bolivia, los factores considerados tienen un importante impacto en el riesgo de experimentar un intento de suicidio. A su vez, tras analizar el término de relación condicional, se observa que el impacto de cada uno de ellos es diferente entre las mujeres y los varones: las mujeres, en general, son las más vulnerables frente a los factores que aumentan los riesgos de la conducta suicida. Es importante resaltar que la asociación entre variables no implica que una sea la causa o el factor determinante del suicidio, sino que debe ser interpretado como que, ante la presencia de dicho factor, es posible que aumente el riesgo de intento de suicidio.

En cuanto a los factores protectores, es principalmente la presencia de madres y padres involucrados en el comportamiento de sus hijos/as lo que hace que el riesgo disminuya, y permite, a su vez, reducir las brechas entre varones y mujeres. Finalmente, se ha probado que el efecto combinado de distintos factores puede potenciar o reducir el riesgo de experimentar un intento de suicidio. Tanto para Argentina como para Bolivia, los factores tienen comportamientos similares, más allá de las diferencias puntuales señaladas oportunamente.

La OMS proyectaba⁵ en 2014 que para el año 2030 la depresión sería la principal causa de morbilidad a nivel mundial (OMS, 2014). En consecuencia, existe un amplio consenso en que las acciones de prevención son centrales para la detección temprana y el posterior manejo eficaz para que las personas

⁵ Esta proyección se realizó sin conocer la aparición de la pandemia por COVID-19.

reciban una atención adecuada frente a la conducta suicida (Ansean, 2014). Es por ello que es indispensable disponer de herramientas que permitan una evaluación fiable y válida de la conducta suicida (Fonseca Pedrero y Del casal, 2018).

Se considera que los resultados presentados en este trabajo, aun cuando refiere a una encuesta del año 2012, colaboran en este sentido, ya que permiten establecer en qué medida algunos factores de riesgo y protectores actúan potenciando o neutralizando la conducta suicida, distinguiendo las diferencias de su impacto entre varones y mujeres.

De allí la relevancia de contar con información precisa, confiable y oportuna como la que brinda la *Encuesta mundial de salud escolar*. No obstante, la información debe ser actualizada y contemplar las nuevas dinámicas sociales y culturales que atraviesan las juventudes. En el caso de Argentina, la última encuesta realizada fue en el año 2018, aunque aún no se han publicado los microdatos. En el caso de Bolivia la encuesta no se ha repetido. Otro aspecto importante de este tipo de relevamientos, a los fines de realizar un análisis a nivel regional, es que los aspectos metodológicos y cuestionarios utilizados permitan la comparabilidad de los casos.

Asimismo, entre algunas limitaciones del análisis, cabe recordar que la fuente de datos es una encuesta en la que el/la joven “reporta” haber atravesado uno o más intentos de suicidio, de manera que es posible que los niveles se encuentren sobre o subestimados. Otra de las advertencias refiere a que la muestra fue realizada en año 2012 y constituye la fuente más actualizada al momento. Asimismo, si bien no representa a toda la población adolescente de 13 a 15 años, sino que refiere solamente a la escolarizada, sí es representativa a nivel nacional.

Según el informe de la encuesta 2018 de Argentina, la proporción total de jóvenes que intentaron suicidarse se mantiene respecto a la de 2012, pero aumentó la de aquellos que consideraron la posibilidad de suicidarse: de un 16,9 % sube a un 21,6 % para el total de jóvenes, pero para las mujeres el cambio es aún mayor: de un 22,3 % pasa a un 29,3 % (EMSE, 2018). Además, se incorporaron nuevas dinámicas en los factores de riesgo, como el cyberbullying.

Sin embargo, en relación con la fuente de datos utilizada, un interrogante que aparece es ¿qué sucede con las y los jóvenes no escolarizados? Hace referencia a los instrumentos mediante los que se podría obtener información sobre este sector poblacional que, en función de los casos analizados, es mayor

en Bolivia. De acuerdo a indicadores del Banco Mundial⁶, en Argentina la inscripción escolar en el nivel primario (% neto) es del 99,18 % y en Bolivia del 92,85 %; la tasa de alfabetización de personas de 15 años o más alcanza un 99 % en Argentina y un 92,45 % en Bolivia; la tasa de finalización de la educación de nivel primario total en Argentina es del 99,96 % y en Bolivia 94,84 %; la inscripción escolar en el nivel secundario (% neto) es de un 90,79 % y en Bolivia 76,55 % y la tasa de finalización del ciclo inferior de la educación secundaria total en Argentina es del 89,81 %, mientras que en Bolivia alcanza un 83,1 %.

En este sentido, se puede considerar que la escolarización podría actuar como factor de protección por su incidencia en la socialización, potenciando espacios de contención o la construcción de vínculos que permitirían disminuir los sentimientos de soledad. De allí, la importancia de promover la inclusión educativa a nivel primario y secundario de la población. Cabe destacar que las instituciones educativas pueden, además, desplegar estrategias propias que promuevan la salud integral de las y los estudiantes, acordes al contexto particular de la comunidad en la que está inserta la escuela, para lograr la detección temprana de conductas suicidas y el abordaje de esta compleja problemática.

Un ejemplo de este tipo intervenciones es el programa Consejerías para adolescentes que ha diseñado e implementa desde el 2003 el Ministerio de Educación de la provincia de Córdoba, Argentina. La propuesta se aplica, por el momento, en diez escuelas secundarias de la ciudad de Córdoba, parte de reconocer a las y los jóvenes “como sujetos de derechos, responsables de su propio proyecto de vida” y tiene como principal objetivo construir espacios

en los cuales los jóvenes puedan expresar sus necesidades, inquietudes y problemáticas, recibiendo orientación, contención y apoyo personalizado (...) para mejorar las habilidades para la vida de los jóvenes, necesarias para elegir y actuar conductas saludables [además] detectar situaciones de riesgo en los jóvenes que acuden a consejería para acompañarlos desde la labor específica o las derivaciones pertinentes. (Subsecretaría de Promoción de Igualdad y Calidad Educativa, 2014, p. 4)

Entre las principales temáticas por las que las y los adolescentes acuden a las consejerías se encuentran la sexualidad, los vínculos afectivos, las vivencias

⁶ Información disponible, con datos actualizados hasta 2019, en: datos.bancomundial.org/

en la escuela, la orientación vocacional, las situaciones de riesgo (drogadicción, problemas alimentarios), las situaciones de violencia escolar y familiar y la salud mental. Las evaluaciones realizadas sobre la experiencia muestran que el espacio “es un lugar de escucha, de alivio y desahogo, de aprendizaje, de reflexión para la toma de decisiones, de apoyo emocional” (Pellegrino et al., 2019, p. 3).

Otro gran interrogante es comprender si se produce una nueva dinámica del suicidio y de los factores relacionados a partir del COVID-19. Como se planteó al inicio del trabajo, la pandemia y el consecuente cierre prolongado de la presencialidad en las escuelas, junto con cuarentenas y medidas de aislamiento que se vienen aplicando en América Latina desde marzo del 2020, puede haber afectado negativamente a las juventudes, aumentado la incidencia de factores de riesgo como los sentimientos de soledad o el insomnio por preocupación (precisamente, los que más incrementan los intentos de suicidio).

Diversos estudios han comprobado que sobrevivientes de COVID-19 padecen trastorno de estrés postraumático, insomnio, depresión, ansiedad y síntomas obsesivo-compulsivos, situaciones que deben ser observadas y analizadas, ya que se encuentra bien establecida la relación de estos trastornos, en cuanto factores de riesgo, con el comportamiento suicida. Es decir, la COVID-19 produjo mayor riesgo de estrés, traumas y trastornos, lo que podría aumentar el comportamiento suicida y las tendencias suicidas (Nascimento y Maia, 2021). En Argentina, el trabajo de Bonanno et al. (2022), ha logrado registrar un aumento en las tasas de consultas en servicios de urgencias por lesiones autoinfligidas durante el período de pandemia en el año 2020 respecto el período prepandemia (2019) en seis instituciones de salud pública de cuatro provincias del país⁷.

Es por ello que se hace necesario la actualización de relevamientos que permitan analizar en profundidad si la conducta suicida en jóvenes ha adquirido una nueva dinámica a partir de las características y consecuencias de la pandemia que se ha atravesado. ❧

⁷ El objetivo del trabajo fue describir y analizar las consultas por conducta suicida, comparando los períodos de pandemia y prepandemia mediante el análisis de 411 casos de consultas por lesión autoinfligida en tres hospitales neuropsiquiátricos y tres hospitales ubicados en Buenos Aires, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Córdoba y Entre Ríos.

Bibliografía

- ALTIERI, D. (31 de octubre - 02 de noviembre de 2007). *Mortalidad por suicidios en Argentina. Nivel, tendencia y diferenciales*. IX Jornadas Argentinas de Estudios de Población. Asociación de Estudios de Población de la Argentina, Huerta Grande, Córdoba. <https://www.academica.org/000-028/25>
- ANSEAN, D. (2014). *Suicidios: manual de prevención, intervención y postvención de la conducta suicida*. Fundación Salud Mental.
- ARCE CARDOZO, R. K. Y ALVAREZ ANTEZANA, A. (2017). Consumo de alcohol, participación de los padres, y otros predictores de suicidio en la juventud boliviana. *Gaceta Médica Boliviana*, 40(1), 29-34.
- AYUSO-MATEO, J., BACA-GARCÍA, E., BOBES, J; GINER, J., GINER, L. Y PÉREZ, V. (2012). Recomendaciones preventivas y manejo del comportamiento suicida en España. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 5, 8-23. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2012.01.001>
- BONANNO, D. E., OCHOA, L. J., ORZUZA, N. J., FERNÁNDEZ, M., MORRA, A. P., CASTRO VALDEZ, J. Y ARDILA-GÓMEZ, S. (2022). Consultas por intentos de suicidio durante el primer año de pandemia por COVID-19: estudio en cuatro provincias de Argentina. *Revista Argentina de Salud Pública*, 14, 50-58.
- CÁRDENAS, R. (2021). La mortalidad por suicidio en las poblaciones masculinas joven, adulta y adulta mayor en ocho países de Latinoamérica y el Caribe. *Revista Latinoamericana de Población*, 15(29), 5-33. <https://doi.org/10.31406/relap2021.v15.i2.n29.1>
- CHOQUE ZENTENO, G. M. (2019). *Identificación de los métodos de suicidio reportados en los certificados de defunción del Instituto de Investigaciones Forenses de la ciudad de Oruro, gestión 2018 y propuesta de guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida en los servicios de urgencia* [Tesis de Maestría, Universidad Mayor de San Andrés]. Repositorio institucional de la Universidad Mayor de San Andrés.
- FONSECA PEDRERO, E. Y DEL CASAL, A. (2018). Conducta suicida y juventud: pautas de prevención para familias y centros educativos. *Revista de Estudios de Juventud*, (120), 35-46.
- FORERO, I., SIABATO, E. Y SALAMANCA, Y. (2017). Ideación suicida, funcionalidad familiar y consumo de alcohol en adolescentes de Colombia. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 15(1), 431-442. <http://dx.doi.org/10.11600/1692715x.1512729042016>
- MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN. (2013). *Encuesta mundial de salud escolar en Argentina*. https://extranet.who.int/ncdccc/Data/arg_C7_2014-09_informe-EMSE-2012.pdf
- MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN. (2016). *Estadísticas vitales. Información básica 2016* (Serie 5, número 60). <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/serie5nro60.pdf>
- MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN. (2018). *Lineamientos para la atención del intento de suicidios en adolescentes*. <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/lineamientos-para-la-atencion-del-intento-de-suicidio-en-adolescentes>

- NASCIMENTO, A. B. Y MAIA, J. L. F. (2021). Comportamiento suicida en la pandemia por COVID-19: Panorama general. *Investigación, Sociedad y Desarrollo*, 10(5). <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i5.15923>
- ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. (2018). *La Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible: una oportunidad para América Latina y el Caribe*. https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/40155/24/S1801141_es.pdf
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (2012). *Public health action for the prevention of suicide: a framework*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/75166>
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (2014). *Prevención del suicidio: un imperativo global*. World Health Organization. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/54141>
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (2018). *Global Health Estimates 2016: Deaths by cause, age, sex, by country and by region, 2000-2016*.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. (2014). *Mortalidad por suicidio en las Américas: Informe regional*. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/PAHO-Mortalidad-por-suicidio-final.pdf>
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. (2020). Pandemia por COVID-19 exacerba los factores de riesgo de suicidio. <https://www.paho.org/es/noticias/10-9-2020-pandemia-por-covid-19-exacerba-factores-riesgo-suicidio>
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD/ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (2012). *Encuesta global de salud escolar (GSHS) – Bolivia 2012*. Organización Panamericana de la Salud. <https://extranet.who.int/ncdsmicrodata/index.php/catalog/84/download/882>
- PELLEGRINO, N., WORTLEY, C., CAPELLO, Z., SABAT, D., GUERRERO, C. Y CONTRERAS, F. (2019). La consejería escolar: un espacio de escucha para la promoción de comportamientos saludables. Única experiencia en Córdoba. *Anuario Digital de Investigación Educativa*, (19).
- REPETTO, F. Y FLORITO, J. (2018). *Hacia un abordaje del suicidio en la adolescencia en la Provincia de Chaco* (Documento de trabajo N° 176). CIPPEC – UNICEF. <https://www.cippec.org/wp-content/uploads/2019/03/176-DT-PS-Hacia-un-abordaje-del-suicidio-en-la-adolescencia-en-la-Provincia-de-Chaco-Repetto-y-Florito-febrero-2018.pdf>
- 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>
- SOLA, M. (2011). Sociodemografía del suicidio en la población adolescente y joven en Argentina, 1999-2007. *Revista Argentina de Salud Pública*, 2(9), 18-23.
- SUBSECRETARÍA DE PROMOCIÓN DE IGUALDAD Y CALIDAD EDUCATIVA. (2014). *Consejería para adolescentes*. Gobierno de la provincia de Córdoba.
- TINARI DE PLATINI, M. C., SALVO, M., DE LA PARRA, I. Y KATABIAN, L. (2020). Las voces de adolescentes y jóvenes argentinos sobre la problemática del suicidio. *Revista de la So-*

ciudad Argentina de Ginecología Infanto Juvenil (1) 27, pp. 21-31. http://www.sagij.org.ar/images/revista_sagij_27.1_50420.pdf

UNICEF. (2019). *El suicidio en la adolescencia. La situación en la Argentina*. <https://www.unicef.org/argentina/informes/el-suicidio-en-la-adolescencia>

UNICEF. (2020). *Encuesta de percepción y actitudes de la población. Impacto de la pandemia COVID-19 y las medidas adoptadas por el gobierno sobre la vida cotidiana*. https://www.unicef.org/argentina/sites/unicef.org.argentina/files/202006/EncuestaCOVID_GENERAL.pdf