

ARTÍCULO ORIGINAL / ARTICLE ORIGINAL

Intentos de suicidio en adolescentes escolarizados de Argentina, Bolivia y Uruguay: factores asociados y diferencias por género

Suicide Attempts Among School-Attending Adolescents in Argentina, Bolivia, and Uruguay: Associated Factors and Gender Differences

María Marta Santillán Pizarro¹ , Laura Débora Acosta¹ , Leandro M González¹ , Eduardo J. Pereyra¹ 

¹Universidad Nacional de Córdoba, Córdoba. Argentina.

Autor Correspondiente: Eduardo J. Pereyra, eduardojpereyra82@gmail.com

Editor responsable: Lic. José Miguel Palacios González , Universidad Nacional de Asunción, Asunción, Paraguay.

Cómo citar este artículo: Santillán Pizarro MM, Acosta LD, González LM, Pereyra EJ. Intentos de suicidio en adolescentes escolarizados de Argentina, Bolivia y Uruguay: factores asociados y diferencias por género. Rev. salud pública Parag. 2025;15(1):3-11-20.

Recibido: 16/10/2024. **Aceptado:** 16/12/2024.

RESUMEN

Introducción: El suicidio se encuentra entre las principales causas de muerte en adolescentes y posee una tendencia en aumento. El intento de suicidio constituye el factor de riesgo más importante de suicidio.

Objetivo: analizar las similitudes y diferencias en factores de riesgo y protección asociados al intento de suicidio en adolescentes escolarizados de 13 y 17 años en Argentina (2018), Bolivia (2018) y Uruguay (2019) según género.

Materiales y métodos: Se utilizó la Encuesta Mundial de Salud Escolar (GSHS) desarrollada por la OMS. Se analizaron diversos factores de riesgo y protección y su interacción con el género. Se aplicaron modelos de regresión logística.

Resultados: Se observa en los tres países patrones similares; la exposición a ciertos factores (como experimentar sentimientos de soledad, falta de amigos, insomnio, haber atravesado situaciones de estrés y violencia) aumenta el riesgo de experimentar un intento de suicidio, a la vez que una buena relación con los padres, por ejemplo, se asocia a un menor riesgo. Además, se muestra que el impacto de cada uno de estos es diferente en varones y mujeres.

Conclusión: Los resultados muestran la necesidad de implementar políticas para el abordaje de la problemática desde una perspectiva de género, generacional y territorial.

Palabras clave: intento de suicidio, juventud, estudiantes, factores de riesgo.

INTRODUCCIÓN

Se entiende por suicidio como “aquellas conductas o acciones que una persona emprende con el objetivo de atentar contra su propia vida, como respuesta o motivadas ante múltiples factores psicosociales, biológicos, económicos y culturales, los cuales pueden desempeñar un papel determinante en la consumación o no del acto” (1).

El suicidio es una manifestación de la ausencia de atención en salud mental (2) y representa un problema importante de salud pública. Se estima que cada año más

ABSTRACT

Introduction: Suicide is among the leading causes of death in adolescents and shows an increasing trend. Suicide attempts are the most important risk factor for suicide.

Objective: To analyze the similarities and differences in risk and protective factors associated with suicide attempts among school-attending adolescents aged 13 to 17 in Argentina (2018), Bolivia (2018), and Uruguay (2019), according to gender.

Materials and methods: Data were obtained from the Global School-based Student Health Survey (GSHS) developed by the WHO. Various risk and protective factors and their interaction with gender were analyzed. Logistic regression models were applied.

Results: Similar patterns were observed across the three countries; exposure to certain factors—such as feelings of loneliness, lack of friends, insomnia, experiences of stress and violence—increased the likelihood of suicide attempts. In contrast, positive relationships with parents, for instance, were associated with a lower risk. Moreover, the impact of each factor differed between boys and girls.

Conclusion: The findings highlight the need to implement policies to address this issue from gender, generational, and territorial perspectives.

Key words: suicide attempt, youth, students, risk factors.

de 800.000 personas se suicidan en el mundo y por cada suicidio existen aún más intentos de suicidios, los cuales afectan no solo a los individuos, sino a sus familias, amistades y comunidades (3). Un 79% de los suicidios en la Región ocurren en hombres y la tasa de suicidio ajustada por edad, establece que entre los varones es más de tres veces superior a la de las mujeres (4). Dada la relevancia del fenómeno, la prevención del suicidio forma parte del plan de acción sobre salud mental, adoptado en la 66ª Asamblea Mundial de Salud, el cual propone reducir en un 10% la tasa de suicidio hacia el año 2020. Asimismo, los Objetivos de Desarrollo Sostenible

(ODS), proponen “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) (5).

En la población juvenil, el estudio del suicidio es fundamental. No solo porque se encuentra entre las principales causas de muerte en este grupo etario, sino que además, se observa una tendencia en aumento (5), situación que ocurre en simultáneo con una reducción en las edades más avanzadas. Acorde a las estadísticas internacionales, para las juventudes entre 15 y 19 años, el suicidio constituye la segunda causa de muerte entre jóvenes mujeres (6) (después de las condiciones maternas) y la tercera causa de muerte en varones (después de los accidentes de tránsito y la violencia interpersonal). 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.

Existe un amplio consenso entre especialistas que el suicidio es un fenómeno complejo y multicausal. En ese sentido, se identifican factores predominantes para la conducta suicida en las infancias y juventudes como: la ausencia de personas o instituciones que cumplan el rol de apoyos afectivos/instrumentales; las dificultades al atravesar las pruebas estatuidas socialmente en la transición de la niñez a la juventud/adulthood; el consumo problemático de sustancias legales e ilegales, la rigidez normativa como dificultad para flexibilizar las normas morales incorporadas o el padecimiento mental no atendido. Por esta razón es necesario avanzar en el conocimiento de los factores de riesgo y de protección, con la finalidad de construir estrategias de intervención y abordajes que posibiliten su prevención.

En este trabajo se analizan los intentos de suicidio y factores asociados de la población escolar de tres países: Argentina, Bolivia y Uruguay, países geográficamente cercanos, pero con significativas diferencias sociodemográficas y culturales. Se toma como fuente de información la Encuesta Mundial de Salud a Escolares llevada a cabo por la Organización Mundial de la Salud (OMS). A partir de la aplicación de modelos de regresión logística, se analiza cómo la exposición a ciertos factores (como experimentar sentimientos de soledad, falta de amigos, inseguridad alimentaria, haber atravesado situaciones de violencia y consumo de sustancias) se relacionan con un mayor riesgo de experimentar un intento de suicidio, a la vez que otros factores, como una buena relación con los padres, por ejemplo, se relacionan con un menor riesgo. Se indaga, además, en el riesgo diferencial de varones y mujeres frente a ciertos factores y si la combinación de estos potenciaría el riesgo de experimentar un intento de suicidio.

Prevalencia de intentos de suicidio

La OMS en su informe “Prevención del suicidio: un imperativo global”, estima que cada año se suicidan más de 800.000 personas en el mundo, lo cual representa una tasa de mortalidad ajustada por edad de 11,4 muertes por 100.000 habitantes (15 en varones y 8 en mujeres). Sin

embargo, en el mismo informe se destaca que puede existir un importante subregistro, ya que la recopilación de los datos de suicidio es un proceso complejo y en ocasiones es mal clasificado, en particular en los países con mala calidad de estadísticas vitales. Adicionalmente, en muchos países el suicidio es estigmatizado o incluso ilegal (5).

Entre 2015 y 2019 (7), en la región de América Latina y el Caribe se produjeron más de 93.000 muertes por suicidio, que se tradujo en una tasa de 6,9 muertes cada 100.000 habitantes (10,9 en varones y 2,8 en mujeres). de esta manera, se ubicó como la 25° causa de muerte. Sin embargo, para el grupo de 10 a 24 años, en particular, esta causa se ubica en tercer lugar.

Por cada suicidio consumado, existen múltiples intentos de suicidio. Se estima que se producen alrededor de 10 millones de intentos de suicidio a nivel global por año (5). La prevalencia de intentos de suicidio constituye el factor de riesgo más importante de suicidio en la población general (6).

En Argentina, la tasa a nivel nacional se ubica en torno a los 8.4 por cada 100.000 habitantes. Respecto a la población joven, los casos de suicidio se triplicaron (8, 9). Este tipo de defunciones se ha constituido en la segunda causa de muerte en la franja de 10 a 19 años y para el grupo de 15 a 19 años, la mortalidad alcanzó una tasa de 12,7 suicidios cada 100.000 habitantes, (18,2 en los varones y 5,9 en las mujeres (10, 11).

En Bolivia, la tasa de suicidios se mantiene estable en los últimos veinte años y se ubica en torno al 6,4 cada 100 mil habitantes. Sin embargo, se ubica como el tercer país del mundo con el índice de suicidio más alto entre niños de 5 a 14 años. En cuanto al suicidio en población juvenil, los casos entre las edades de 15 a 29 años han aumentado desde 2015, realidad que la posiciona como la segunda causa de defunción en ese grupo etario.

En el caso de Uruguay, se produce una alarmante situación. De una tasa en torno a 16 cada 100.000 habitantes, en el año 2021 alcanzó la tasa más alta de suicidios de la que se tenía registro: 21.6 cada 100.000 habitantes, con un aumento del número de suicidios en las franjas etarias de 25 a 29, 35 a 39 y 85 a 89 años (12). La tendencia sigue en alza y en 2022 se registró una tasa de suicidios de 23,3 muertes por cada 100.000 personas, siendo 23.5 en jóvenes entre 15 y 19 años al igual que de 20 a 29 (13).

Intentos de suicidio. Factores de riesgo y protección

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su quinta edición (14) define que el intento de suicidio es un comportamiento que el individuo ha llevado a cabo con, al menos, cierta intención de morir. El comportamiento puede dar lugar, o no, a lesiones o consecuencias médicas graves. Se diferencia de la ideación suicida, pensamientos sobre autolesiones, deseo de muerte, con la consideración deliberada o la planificación de las posibles técnicas para causar la propia muerte. En este sentido, se identifican tres facetas

en la conducta suicida, que va desde la ideación suicida, atravesando por la comunicación suicida (expresiones verbales, no verbales y amenazas suicidas), hasta alcanzar el acto suicida (el intento suicida y el suicidio consumado) (15).

Si bien el suicidio se define como un acto individual, las causas que llevan a tomar la decisión son múltiples. 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.

Dentro de los factores de riesgo de los intentos de suicidio, la literatura los clasifica en factores personales o del individuo, factores asociados a las relaciones interpersonales, factores comunitarios, y factores relacionados al sistema de salud y la sociedad en general (16).

Dentro de los factores individuales, se encuentran, factores genéticos y biológicos, trastornos mentales, antecedentes familiares de suicidio, dolor crónico, desesperanza, suicidio anterior, consumo de sustancias (16). Otros factores identificados son: el afrontamiento individual ineficaz, lo que incluye bajas habilidades de afrontamiento y resolución de problemas; el uso excesivo de smartphones; el desequilibrio nutricional, lo que incluye una dieta poco saludable, inseguridad alimentaria, trastornos alimentarios, sobrepeso y obesidad; la menarca temprana y el ciclo menstrual irregular; pobre calidad de vida, lo cual incluye el uso del tiempo libre y los patrones de sueño (16).

Dentro de los patrones relacionados con las relaciones interpersonales, se encuentran las relaciones interpersonales y con la familia, la disfunción familiar (límites rígidos o tensiones en las relaciones entre sus miembros), desconfianza en los padres, problemas de pareja, baja escolaridad de los padres, castigo físico, entre otros. También se ha asociado el aislamiento o poca relación con el grupo de pares, carencia de relaciones sociales de apoyo, bullying y cyberbullying (1, 16). De los factores relacionados con la comunidad se encuentra el trauma o abuso, la discriminación, estrés por desplazamiento y aculturación, desastres, guerras y conflictos.

Por último, los factores relacionados con el sistema de salud y la sociedad en general, incluye las dificultades para acceder al sistema de salud y recibir la atención adecuada, la disponibilidad de medios para suicidarse (por ejemplo, fácil acceso a armas de fuego), el sensacionalismo de los medios de difusión para el tratamiento de las noticias sobre suicidios que produce un aumento del riesgo de conductas suicidas; la estigmatización de las personas con comportamientos suicidas o quienes tienen problemas de salud mental o de consumo de sustancias.

Dentro de los factores protectores para el intento de suicidio, particularmente en jóvenes se encuentran, la presencia de una red social fuerte, dinámicas familiares

que posibilitan una autoestima favorable, apoyo percibido de los padres, las creencias y las prácticas religiosas, aceptación de defectos propios en el caso de los hombres y la ausencia de percepción de rechazo en las mujeres, entre otros factores. Otros factores son, la identificación del sentido de la vida; una nutrición adecuada (mayor consumo de frutas y verduras), la comunicación familiar, el uso de smartphones como propósitos nobles como leer libros o ver películas (15,16).

MATERIALES Y MÉTODOS

Este estudio utiliza como fuente de datos la Encuesta Mundial de Salud Escolar (Global School-based Student Health Survey, GSHS), desarrollada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y aplicada periódicamente en diferentes países. En Argentina, la GSHS fue implementada en los años 2007, 2012 y 2018 por el Ministerio de Salud de la Nación, con la colaboración del Ministerio de Educación. En Bolivia, la encuesta se aplicó en 2012 y 2018 por el Ministerio de Salud y Deportes junto con el Ministerio de Educación. En Uruguay, se realizó en 2006, 2012 y 2019, bajo la coordinación del Ministerio de Salud Pública. Para el presente análisis se utilizaron los relevamientos más recientes disponibles en cada país.

En todos los casos, el diseño muestral consistió en un procedimiento bietápico. En la primera etapa, las escuelas fueron seleccionadas con probabilidad proporcional al tamaño del alumnado. En la segunda etapa, se seleccionaron aleatoriamente los grados escolares que teóricamente corresponden a estudiantes de entre 13 y 17 años, y se incluyó a la totalidad de alumnos presentes en los cursos seleccionados. Cada estudiante completó una encuesta anónima y autoadministrada. La tasa de respuesta de escuelas fue del 86 % en Argentina, del 94 % en Bolivia y Uruguay. La tasa de respuesta de estudiantes alcanzó el 74 % en Argentina, 84 % en Bolivia y 69 % en Uruguay, conformando un total de 56.981 estudiantes en Argentina, 6.915 en Bolivia y 3.162 en Uruguay.

Aunque los grados escolares fueron seleccionados en función de la edad esperada de los estudiantes, el rango etario efectivo varía entre los países. Para asegurar la comparabilidad entre muestras, se incluyeron únicamente adolescentes de entre 13 y 17 años, rango que estuvo disponible en las tres encuestas. Esta decisión responde a que el porcentaje de estudiantes fuera de este rango etario fue desigual: 1 % en Argentina y Bolivia, y 10 % en Uruguay. **La Tabla 1** presenta un resumen del tamaño muestral por país, desagregado por edad y sexo.

El cuestionario incluye tres preguntas relacionadas con la ideación suicida y el intento de suicidio: 1) "Durante los últimos 12 meses, ¿alguna vez consideraste seriamente la posibilidad de quitarte la vida?" (respuesta: sí/no); 2) "Durante los últimos 12 meses, ¿has hecho algún plan de cómo intentarías quitarte la vida?" (sí/no); y 3) "Durante los últimos 12 meses, ¿cuántas veces intentaste realmente quitarte la vida?" (respuesta numérica). La variable principal de análisis, el intento de suicidio se construyó a partir de las respuestas a la tercera pregunta.

Cabe señalar que en Uruguay la pregunta utiliza la expresión “quitarte la vida”, mientras que en Argentina y Bolivia se emplea el término “suicidarte”.

Además, se incluyeron como variables independientes diversos factores de riesgo asociados al intento de suicidio. Entre los factores vinculados a las relaciones interpersonales con pares se consideraron: haber sido físicamente atacado en el último año, haber participado en peleas en el último año, haber sido víctima de intimidación (bullying) o de intimidación en línea (cyberbullying) en el mismo período, y reportar que los compañeros rara vez o nunca fueron amables o prestaron ayuda durante los últimos 30 días. En cuanto a los factores relacionados con sentimientos de soledad, se incluyeron: sentirse solo siempre o casi siempre en el último año, haber estado tan preocupado que no pudo dormir por la noche en el último año, y no contar con amigos cercanos. También se incorporó un indicador de inseguridad alimentaria, definido como haber pasado hambre siempre o casi siempre durante los últimos 30 días por falta de comida en el hogar.

Con relación al consumo de sustancias, se analizaron las siguientes variables: haber probado un cigarrillo antes de los 14 años, haber fumado al menos un día en los últimos 30 días, haber consumido alcohol antes de los 14 años, haberse embriagado alguna vez en la vida, haber utilizado drogas antes de los 14 años (entre quienes declararon consumo), haber consumido marihuana alguna vez en la vida, y haber consumido marihuana al menos una vez en los últimos 30 días.

Como factores protectores, se incluyeron variables relacionadas con la relación con los padres o cuidadores: que los padres o cuidadores siempre o casi siempre

comprendieran los problemas y preocupaciones del adolescente, que supieran qué hacían en su tiempo libre, y que verificaran si hacían las tareas escolares, todas ellas referidas a los últimos 30 días.

Para el análisis de los datos se utilizaron modelos de regresión logística, considerando como variable dependiente si el adolescente tuvo uno o más intentos de suicidio (1 = sí; 0 = no). Cada modelo incluyó como variables independientes el género, uno de los factores de riesgo o protección mencionados, y su interacción con el género. Se interpretaron los coeficientes $\exp(b)$, correspondientes a los *odds ratios*, los cuales permiten estimar cuántas veces más probable es que un estudiante de entre 13 y 17 años haya experimentado un intento de suicidio al presentar una determinada característica (por ejemplo, sentimientos de soledad), en comparación con quienes no la presentan. Se observó que el coeficiente asociado al género no se modifica sustancialmente al incorporar otras variables. Se prestó especial atención al término de interacción entre género y cada factor analizado, con el fin de identificar si la relación entre dicho factor y el intento de suicidio varía entre varones y mujeres. Por ejemplo, si el valor del término de interacción es de 1,5 y resulta estadísticamente significativo, se interpreta que el efecto del factor considerado es un 50 % mayor en mujeres que en varones.

RESULTADOS

La muestra estuvo conformada por 56.981 en Argentina, 6.915 en Bolivia y 3.162 en Uruguay, totalizando 67.058 estudiantes. La distribución de la muestra por edad y sexo muestra una mayor participación de estudiantes de 13 y 14 años, con predominio del sexo femenino en la mayoría de las edades. (Tabla 1).

Tabla 1. Argentina. Bolivia y Uruguay. Estructura de la muestra, por edad y sexo.

Edades	Argentina 2018			Bolivia 2018			Uruguay 2019		
	Varón (n=26.803)	Mujer (n=29.098)	Total (n=56.372)	Varón (n=3.384)	Mujer (n=3.390)	Total (n=6.834)	Varón (n=1.263)	Mujer (n=1.536)	Total (n=2.825)
13	20,3	21,4	20,9	11,2	13,3	12,2	11,6	12,1	11,9
14	25,5	24,9	25,2	21,6	20,9	21,1	21,7	22,0	21,7
15	22,5	22,1	22,2	23,0	23,6	23,4	24,5	24,4	24,5
16	18,6	18,4	18,5	22,9	22,5	22,8	22,7	21,8	22,3
17	13,2	13,2	13,2	21,3	19,7	20,5	19,4	19,8	19,7

La prevalencia de intento de suicidio y los factores de riesgo se presenta en el gráfico 1 mostrando la prevalencia de intento de suicidio para jóvenes escolarizados en los tres países. En la totalidad de jóvenes de cada país, se observa, tal como se adelantó, que las mujeres tienen más intentos de suicidio que los varones. Comparando por país, en Bolivia se registran los mayores valores: casi 26% de mujeres jóvenes y casi 17% de varones han experimentado al menos un intento de suicidio. En Argentina, las proporciones son levemente inferiores (19% en mujeres y casi 12% de varones) y, en

Uruguay, los menores valores (14% de mujeres y 9% de varones).

El mismo gráfico muestra, además, cómo las proporciones de estudiantes secundarios con intentos de suicidio se acrecientan ante la presencia de todos los factores incorporados en el análisis, considerados de riesgo. Entre ellos se destacan aquellos relacionados con situaciones de violencia, especialmente el haber sufrido un ataque o haber participado en alguna pelea. En ellos se observa que las proporciones de jóvenes con intento de suicidio llegan casi a duplicarse. Situación similar se observa si se consideran factores relacionados a la

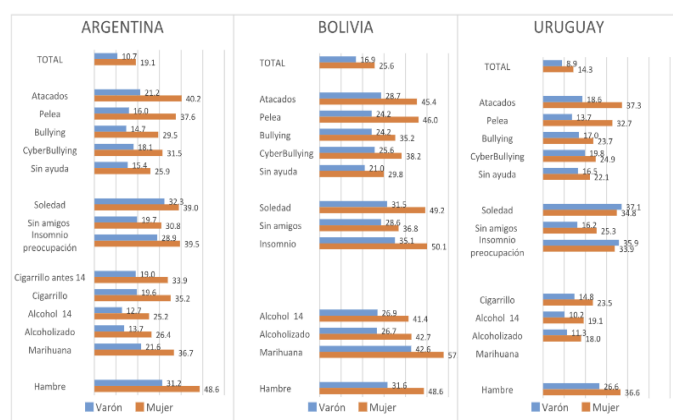
pobreza/falta de recursos (medido a partir de la situación de haber sentido hambre por falta de alimentos en el hogar) y los sentimientos de soledad, preocupación. Respecto a los factores relacionados con el consumo, si bien se observan incrementos en los tres países, se destacan algunas diferencias entre ellos. Por ejemplo, Bolivia sería el país con mayor incremento en el riesgo de experimentar un intento de suicidio (58% de mujeres y 43% de varones).

Una cuestión que se había revelado en trabajos anteriores realizados en Argentina y Bolivia (17) es el efecto diferencial de los factores considerados entre varones y mujeres. Concretamente, se observaba que, ante la presencia de los factores considerados de riesgo, las chances de experimentar un intento de suicidio aumentaban entre las mujeres en mayor medida que entre los varones. Coherentemente, en este trabajo se observa que el efecto diferencial se mantiene en niveles significativos en Argentina. En este sentido, las chances de experimentar un intento de suicidio son mayores entre las mujeres ante la presencia de los factores de riesgo, a excepción de aquellos relacionados con la soledad (sentimiento de soledad y falta de amigos). En estos casos, los varones son más propensos a experimentar un intento de suicidio que las mujeres.

A modo de ejemplo, como se observa en la Tabla 1 del Anexo, el haber participado en una pelea, a los varones les duplica las chances de riesgo. A las mujeres, el efecto es un 50% mayor, es decir, sus chances se triplican. El sentimiento de soledad, que aumenta las probabilidades más de 5 veces, entre las mujeres es algo menor que entre los varones.

En Bolivia y Uruguay se mantiene la misma tendencia de interacción, aunque los niveles no son significativos. Se debe tener en cuenta que esta situación puede ser consecuencia de los tamaños de muestra reducidos en ambos países.

Gráfico 1. Argentina. Bolivia y Uruguay. Prevalencia de intentos de suicidio según factores seleccionados.



Al considerar intervenciones dirigidas a mitigar los factores de riesgo asociados a los intentos de suicidio en adolescentes, resulta esencial dimensionar qué proporción de la población juvenil se ve afectada por cada

uno de estos factores. En **Gráfico 2**, **Gráfico 3** y **Gráfico 4** se presentan, desagregados por sexo y por país, los valores de las *odds ratios* ($\exp(b)$) correspondientes a la probabilidad de experimentar al menos un intento de suicidio según la presencia de cada factor, en relación con la prevalencia de dicho factor en la población estudiada. Estos valores están detallados en **Tabla 1**, **Tabla 2** y **Tabla 3** del Anexo. A partir de estos análisis, se observan patrones de comportamiento comunes entre los tres países.

Entre el 30 % y el 40 % de los adolescentes escolarizados reportan haber sido víctimas de bullying, y en todos los casos, este factor duplica la probabilidad de experimentar al menos un intento de suicidio. La participación en peleas es más frecuente entre varones que entre mujeres en los tres países; Bolivia presenta la mayor prevalencia (35 % en varones y 20 % en mujeres), mientras que Uruguay registra las cifras más bajas (28 % y 15 % respectivamente). En cuanto al impacto de este factor, las mujeres que participaron en peleas presentan un riesgo triplicado de intento de suicidio, mientras que en los varones dicho riesgo se duplica.

Los adolescentes que fueron víctimas de agresiones físicas representan aproximadamente el 20 % en Argentina, el 30 % en Bolivia y el 15 % en Uruguay. Para este grupo, el riesgo de intento de suicidio se triplica tanto en varones como en mujeres, excepto en el caso de las mujeres argentinas, en quienes dicho riesgo se cuadruplica. Por otro lado, los sentimientos de soledad afectan a entre un 10 % y un 20 % de los adolescentes. Quienes reportan esta vivencia tienen entre tres y cuatro veces más probabilidades de haber intentado suicidarse en Argentina y Bolivia, y cerca de nueve veces más en Uruguay, en comparación con quienes no reportan tales sentimientos.

Una tendencia similar se observa entre quienes manifiestan dificultades para dormir debido a preocupaciones personales, con una prevalencia comparable a la del sentimiento de soledad y *odds ratios* también elevadas, aunque levemente inferiores. La proporción de adolescentes que declara no tener amigos cercanos ronda el 10 % en los tres países, y en este grupo el riesgo de intento de suicidio se duplica en comparación con quienes sí tienen vínculos amistosos significativos.

En cuanto a los factores de riesgo relacionados con el consumo de sustancias, el alcohol y el tabaco destacan por su alta prevalencia en la población adolescente, y ambos muestran valores de *odds ratios* cercanos a 2. Finalmente, haber pasado hambre por falta de alimentos en el hogar en los últimos 30 días afecta a aproximadamente el 5 % de los jóvenes. Este factor se encuentra entre los que mayor incremento del riesgo presenta, con una *odds ratio* de 2 en Bolivia y de 4 tanto en Argentina como en Uruguay.

Gráfico 2. Argentina 2018. Relación entre proporción de jóvenes que experimentan los factores de riesgo y mayores chances (*odds ratio*) de intento de suicidio. Varones y mujeres

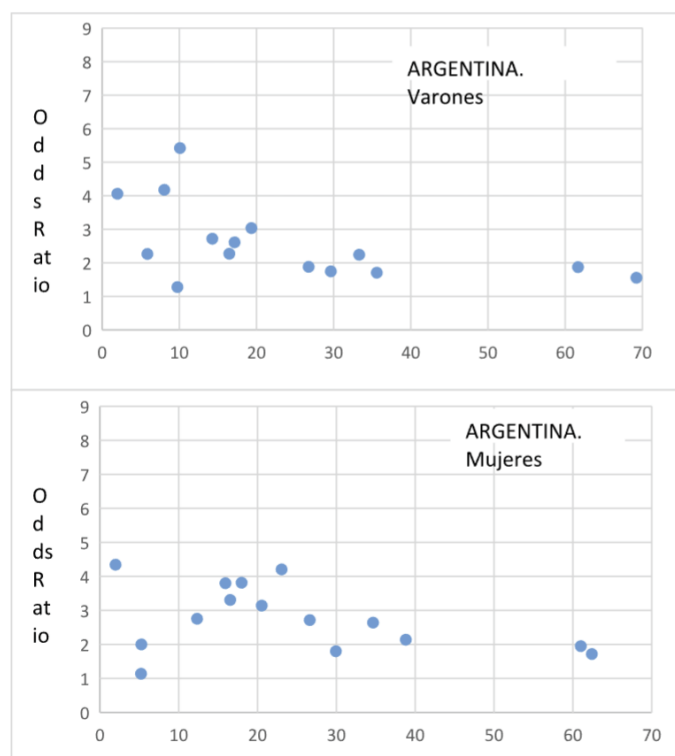


Gráfico 3. Bolivia 2018. Relación entre proporción jóvenes que experimentan los factores de riesgo y mayores chances (odds ratio) de intento de suicidio. Varones y mujeres.

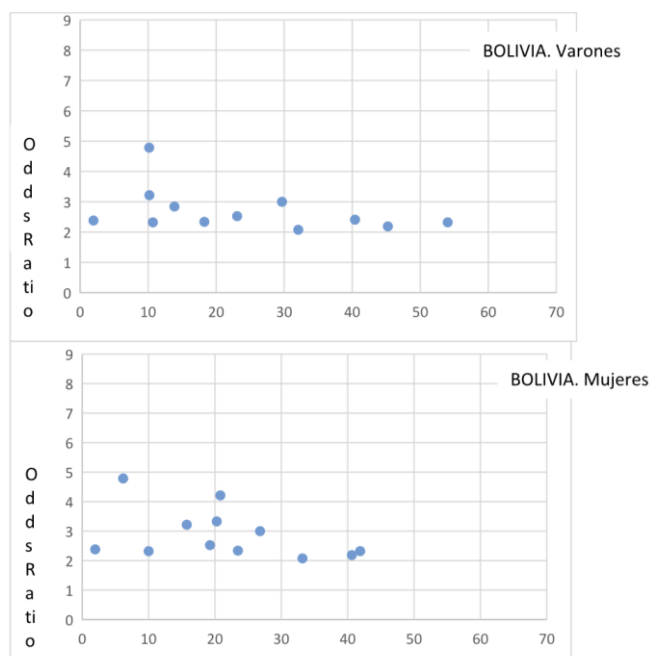
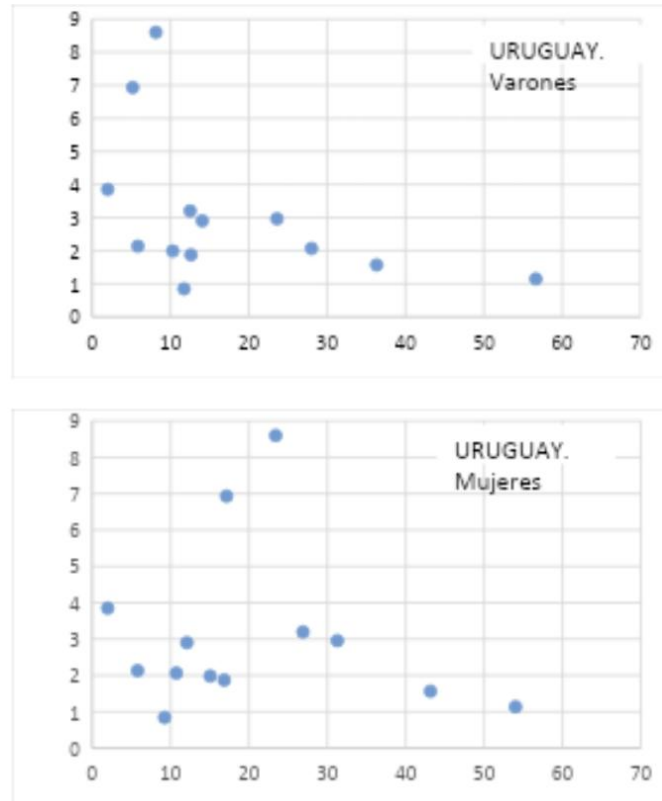


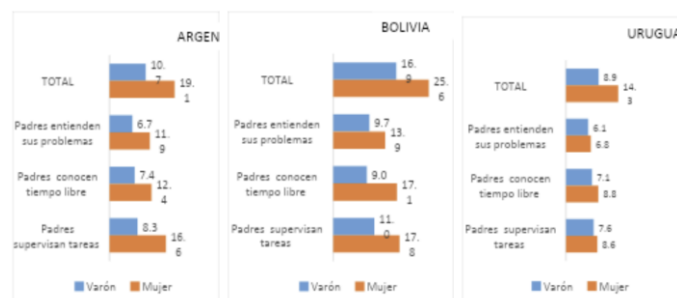
Gráfico 4. Uruguay 2019. Relación entre proporción jóvenes que experimentan los factores de riesgo y mayores chances (odds ratio) de intento de suicidio. Varones y mujeres.



Factores protectores

En el **Gráfico 5** se observa que en aquellos jóvenes que manifiestan tener una relación positiva con sus padres, el riesgo de experimentar un intento de suicidio es menor. En este sentido, en los tres países la encuesta pregunta sobre si los padres comprenden sus problemas, si conocen sus actividades en el tiempo libre y si revisan las tareas. Cuando las respuestas son positivas, se observa una disminución en el riesgo en los tres países, tanto en varones como en mujeres.

Gráfico 5. Argentina, Bolivia y Uruguay. Prevalencia de intento de suicidio según actitud de los padres



DISCUSIÓN

El presente estudio tuvo como objetivo analizar las similitudes y diferencias en el comportamiento de estudiantes de secundaria entre 13 y 17 años en relación con los intentos de suicidio y su asociación a factores de riesgo y protección en Argentina, Bolivia y Uruguay. En primer lugar, cabe destacar que la prevalencia de intentos de suicidio fue mayor en Bolivia y menor en Uruguay. Estos datos no se corresponden con las prevalencias de intentos de suicidios consumados en la población adolescente, las cuales muestran que las mayores tasas de mortalidad por suicidios en Uruguay en comparación con Argentina (7). No se cuenta con datos consolidados de mortalidad por suicidio en la población adolescente de Bolivia. Para el año 2019, en Bolivia, se estima una tasa de mortalidad por suicidios estandarizada para todas las edades de 6,8 muertes por 100.000 habitantes (18), menor con la observada en Argentina (8,1 muertes por 100.000) y Uruguay (18,8 muertes por 100.000 hab.). Sin embargo, es posible que los valores de Bolivia estén subestimados por la baja calidad de los registros de mortalidad por suicidio.

Conforme a la bibliografía, se observó en los países analizados que los intentos de suicidios ocurrieron en mayor proporción en mujeres que en varones (4, 7, 19) a pesar de que las tasas de mortalidad por suicidio suelen ser más altas en varones que en mujeres. Esto podría estar explicado por el hecho que los varones utilizan métodos de autolesión más letales que las mujeres (3, 20). Desde un enfoque de género, las diferencias podrían estar relacionadas con el significado social de lo masculino y la dificultad de los varones de expresar sus emociones y pedir ayuda (21).

En todos los países analizados, los adolescentes que indicaron tener sentimientos de soledad, no tener amigos, tuvieron mayores chances de experimentar un intento de suicidio. Esto coincide con los resultados de la revisión sistemática elaborada por otros autores, en que los sentimientos de soledad fue el factor de riesgo cognitivo y psicológico más importante identificado en la literatura (1, 19, 22). Ahora bien, el mayor riesgo en Uruguay que en Argentina y Bolivia podría explicarse porque, en el primero, la vida social y las actividades con amigos podrían estar altamente valoradas, por lo que el sentimiento de soledad sería considerado un fracaso personal y social, lo que intensifica el dolor emocional. Otro factor que mostró una fuerte asociación en los países analizados fueron los problemas de insomnio. La alteración del sueño ha demostrado tener efectos directos e indirectos (por ejemplo, debido a depresión) sobre la ideación suicida y los intentos de suicidio (23).

Al igual que otros estudios, ser atacados físicamente, participar en peleas, sufrir de *bullying* y *ciberbullying*, estuvo relacionado con un mayor riesgo de intentos de suicidios (1, 19, 22, 24).

Respecto al haber experimentado hambre en los últimos 30 días, mostró asociación en todos los países, con una mayor fuerza de asociación en Argentina y Uruguay.

En los antecedentes se destaca que el haber padecido hambre puede estar relacionado con la pobreza e inseguridad alimentaria o bien con los trastornos alimentarios. El hambre y la inseguridad alimentaria se relaciona con las dificultades socioeconómicas en el hogar, lo cual a su vez se asocia a los intentos de suicidio (1, 22, 16). Por otra parte, el desequilibrio nutricional, una dieta basada en alimentos no saludables, los trastornos de la alimentación y el sobrepeso en mujeres y la pérdida del apetito, han mostrado estar relacionados con los intentos de suicidio (16).

Al igual que otros estudios, el consumo de sustancias mostró asociación en los tres países, con una mayor fuerza de asociación en Bolivia, lo que coincide con estudios previos (17).

Los factores protectores analizados se enfocaron la relación positiva con los padres y mostraron relacionarse negativamente con los intentos de suicidio. La familia constituye el primer grupo de referencia para los adolescentes, y constituyen un recurso para afrontar las diferentes situaciones que se producen en esta etapa de la vida (1).

Según género y país, se observaron diferencias en los riesgos que presentaron mayor fuerza de asociación. En el caso de Argentina las causas con mayor fuerza de asociación estuvieron relacionadas en varones con haber experimentado sentimientos de soledad, insomnio, preocupación y haber padecido hambre en los últimos 30 días. En el caso de las adolescentes escolarizadas argentinas, se observa con mayor fuerza de asociación el haber experimentado hambre y luego sentimientos de soledad. En Uruguay, la mayor fuerza de asociación se observó para los sentimientos de soledad y de insomnio, preocupación, valores que fueron similares en varones y mujeres y muy superiores a los de Argentina y Bolivia. En el caso de Bolivia, los factores que mostraron mayor fuerza de asociación fueron el consumo de marihuana en varones y el consumo de marihuana y los sentimientos de soledad en mujeres. Estos resultados dan cuenta de la influencia de factores del contexto social y cultural en el riesgo del suicidio (25).

Como limitación del estudio, se debe mencionar que es probable que el número de casos de las muestras haya tenido relevancia en las asociaciones encontradas, específicamente en las interacciones entre cada factor y género. Como se mencionó, en Argentina, país con un tamaño de muestra grande, estos factores fueron significativos, mientras que, en Uruguay y Bolivia con muestras de tamaño reducido, es posible que sea necesario contar con muestras de tamaño superior para evaluar las interacciones.

CONCLUSIONES

Estos resultados son consistentes a los obtenidos en un trabajo previo realizado con la misma encuesta, pero en un periodo anterior (2012). La relevancia radica en que, si las relaciones observadas en 2012 y 2018-2019 entre intentos de suicidios y factores asociados se mantienen

en el tiempo, se puede esperar un aumento de los intentos de suicidio en periodo post pandemia, aun cuando todavía no se dispone de información. El crecimiento del riesgo del aumento de la tasa de suicidio se justifica en que el distanciamiento y aislamiento social por la pandemia por COVID-19 ha tenido consecuencias en los y las jóvenes sobre la educación, sobre la relación con pares, los sentimientos de soledad, de preocupación, la falta de apoyo emocional, todos elementos identificados como factores de riesgo en los intentos de suicidio (20).

A pesar de esta inminente repercusión de los factores asociados al Covid-19 con el comportamiento suicida, algunos estudios han estimado que previo a la pandemia más del 60% de las y los jóvenes que requieren atención en salud mental no la reciben (26). Además, la ideación y riesgo suicida se potencia de manera severa cuando estudiantes poseen redes débiles de apoyo social o familiar (27).

A partir de los resultados obtenidos para los tres casos analizados conviene señalar, en términos generales, que es de suma relevancia que los diseños de políticas públicas para el abordaje de la situación tengan un carácter interdisciplinario y se incorpore una perspectiva generacional, de género y territorialmente situada.

La multiplicidad de factores (individuales, sociales, psicológicos, relacionales e institucionales) que intervienen en la conducta suicida requieren abordajes integrales, donde la óptica desde la salud mental es fundamental, pero que suponen además de un trabajo conjunto con aportes desde distintas disciplinas y enfoques de estudio.

En cuanto a la perspectiva generacional, se observa que las edades promedio de las tasas de suicidio han disminuido abruptamente y se ubican entre las principales causas de muerte entre las juventudes. Se señala que este sector atraviesa un momento clave de su ciclo vital. A su vez, las experiencias y situaciones particulares que vivencian, tanto en sus trayectorias interpersonales, socio educativas y socio laborales como institucionales, requieren de una comprensión situada y contextualizada en el marco de las relaciones que operan y se (re)producen, en tanto generación joven en un momento determinado. En definitiva, no es posible pensar respuestas y abordajes de manera indistinta según se está propiciando un abordaje con infancias, juventudes o mundo adulto.

Respecto al enfoque de género, se torna innegable su adopción. No solo por lo que las propias estadísticas reflejan (a nivel general y las que particularmente detallan el presente estudio) en cuanto a las diferencias en torno a los intentos de suicidios y los suicidios efectivamente consumados, sino porque las pautas de socialización heteronormativas y de masculinidad tradicional, hegemónicas en las sociedades occidentales, impactan sobre los determinantes en las muertes por suicidio (13). En este sentido la división sociocultural de roles y funciones según el sexo y género impactan sobre el

desarrollo de factores de riesgo y protección entre hombres y mujeres, como por ejemplo las distintas prácticas de violencias que ejercen los varones sobre las mujeres.

Por último, en cuanto a lo territorial, deben realizarse dos distinciones. Por un lado, la necesidad de realizar un adecuado diagnóstico acorde a la lectura de las estadísticas según las diferencias geográficas, que en este caso se traducen en diferencias entre países. Este estudio señala que, si bien los intentos de suicidios son mayores en mujeres que en varones, es en Bolivia donde existe una mayor magnitud. Asimismo, es en este país donde se produce mayor injerencia de factores de riesgo como consumo de sustancias, participar en peleas o ser víctimas de ataque. Mientras que, si bien entre 10% y 20% de jóvenes experimentan sensación de soledad, esta opera 9 veces más en tanto factor de riesgo, en Uruguay que Argentina y Bolivia. En consecuencia, estas diferencias se vuelven relevantes al momento de establecer acciones prioritarias y diseñar tipos de intervenciones. Por otro lado, las diferencias territoriales deben ser consignadas al interior de cada país, ya que las tasas de suicidios entre provincias o departamentos no necesariamente son homogéneas y se distribuyen y comportan diferenciadamente. Si bien eso no fue analizado en el trabajo y es materia pendiente de futuros estudios, un ejemplo concreto de ello es que en departamentos de Uruguay la tasa se ubica por encima de 33 cada 100.00 habitantes, mientras que la tasa nacional es del 23,3 (13). A su vez, esta dimensión multinivel es fundamental en términos de agenda pública y diseño-ejecución de políticas y articulación interestatal, ya que en cada país existen ámbitos diferenciados de injerencias y autonomías entre el Estado Nacional y los subnacionales. Por lo que esta dimensión se convierte en una variable fundamental que interviene sobre el factible abordaje del suicidio en un país.

Finalmente, cabe realizar una recomendación, acorde al ámbito específico sobre el cual este estudio se inserta: los intentos de suicidio en jóvenes estudiantes secundarios. Las infancias y juventudes pasan gran parte de su tiempo en una institución educativa, por lo que este espacio institucional es uno de los más propicios para indagar y abordar el comportamiento suicida e implementar acciones preventivas integrales, producir evidencia empírica y análisis científicos-académicos (28). Para ello es relevante la participación de profesionales de la salud, educativos y el involucramiento activo de toda la comunidad educativa a los fines de implementar estrategias de sensibilización, dirigidas a fomentar actitudes positivas hacia la prevención del suicidio; de información, para derribar mitos en torno a la conducta suicida; de entrenamiento, orientado a actores de instituciones educativas para identificación y canalización de casos; de evaluación a personas consideradas en riesgo para su posterior derivada a los servicios especializados en salud mental; intervenciones terapéuticas e intervenciones multimodales, entre otras (28).

Conflicto de interés: No se identifican conflictos de intereses.

Contribución de los autores: MMS: contribuyó al diseño, análisis de datos; MMS, LA, LG, EP: contribuyeron a la interpretación y redacción del primer borrador y posteriores versiones del artículo y aprobación del manuscrito final.

Declaración: Las opiniones expresadas en este manuscrito son responsabilidad del autor y no reflejan necesariamente los criterios ni la política de la RSPP y/o del INS.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- González-Sancho R, Picado Cortés M. Revisión sistemática de literatura sobre suicidio: factores de riesgo y protectores en jóvenes latinoamericanos 1995-2017. *Actual Psicol.* 2020; 34 (129): 47-69. <https://dx.doi.org/10.15517/ap.v34i129.34298>
- Cárdenas R. La mortalidad por suicidio en las poblaciones masculinas joven, adulta y adulta mayor en ocho países de Latinoamérica y el Caribe. *Relap.* 2021; 15(29): 5-33. <https://doi.org/10.31406/relap2021.v15.i2.n29.1>
- World Health Organization, et al. Suicide prevention: A global imperative. Geneva: WHO, 2014.
- Organización Panamericana de la Salud. Prevención de la conducta suicida. Washington, DC: OPS; 2016.
- Organización Mundial de la Salud. Prevención del suicidio: un imperativo global. Ginebra: OMS; 2014. [citado 3 de junio de 2024]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/54141>
- Organización Mundial de la Salud. National suicide prevention strategies: progress, examples and indicators. Ginebra: OMS; 2018.
- Organización Panamericana de la Salud. Mortalidad por suicidio en la Región de las Américas. Informe regional 2015-2019. Washington, DC: OPS; 2022. <https://doi.org/10.37774/9789275324769>
- UNICEF, et al. El suicidio en la adolescencia. Situación en la Argentina. Buenos Aires: UNICEF, 2019. <https://www.unicef.org/argentina/informes/el-suicidio-en-la-adolescencia>
- Repetto, F. y Florito, J. Hacia un abordaje del suicidio en la adolescencia en la Provincia de Chaco. Documento de trabajo N° 176. Buenos Aires: CIPPEC – UNICEF, 2018. <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>
- Ministerio de Salud de la Nación – MSAL - DiAJu. Situación de salud en adolescentes y jóvenes en la Argentina Buenos Aires: MSAL, 2023. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/bancos/2023-12/situacion_salud_adolescentes_jovenes_en_la_argentina_6122023.pdf
- Ministerio de Salud de la Nación – MSAL (2018). Lineamientos para la atención del intento de suicidios en adolescentes. Buenos Aires: Autor. <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000879cnt-2018-lineamientos-atencion-intento-suicidio-adolescentes.pdf>
- Ministerio de Salud Pública [MSP]. Estrategia de abordaje multisectorial de prevención del suicidio en Uruguay. Montevideo: MSP, 2022a. <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/noticias/estrategia-abordaje-multisectorial-prevencion-del-suicidio-uruguay>
- Monza A, Gracco C. Suicidio en Uruguay: revisión de políticas públicas e iniciativas para su prevención. Montevideo: Organización Panamericana de la Salud (OPS)-Coordinadora de Psicólogos del Uruguay (CPU); 2023. [citado 3 de junio de 2024]. Disponible en: <file:///C:/Users/Usuario/OneDrive/Escritorio/trabajo/alap%20suicidios/informe-final-salud-mental.pdf>
- Asociación Americana de Psiquiatría (AAP). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5®), 5a Ed. Arlington, VA: Asociación Americana de Psiquiatría, 2014.
- Pedrero, E. F., & Del Casal, A. D. G. Conducta suicida y juventud: pautas de prevención para familias y centros educativos. *Revista de Estudios de Juventud*, 2018. (120), 35-46.
- Ati NA, Paraswati MD, Windarwati HD. What are the risk factors and protective factors of suicidal behavior in adolescents? A systematic review. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs.* 2021; 34(1): 7-18. DOI: 10.1111/jcap.12295
- Pereyra EJ, Santillán Pizarro MM. Intentos de suicidio de jóvenes estudiantes secundarios y factores asociados. Un análisis en Argentina y Bolivia. *Studia Politicæ.* 2023; (58): 5-32. <https://doi.org/10.22529/sp.2022.58.01>
- World Health Organization. Suicide worldwide in 2019: global health estimates. Geneva: WHO; 2021.
- Cuesta I, Montesó-Curto P, Metzler Sawin E, Jiménez-Herrera M, Puig-Llobet M, Seabra P, Toussaint L. Risk factors for teen suicide and bullying: An international integrative review. *Int J Nurs Pract.* 2021; 27(3): e12930. <https://doi.org/10.1111/ijn.12930>
- Wasserman D, Carli V, Iosue M, Javed A, Herrman H. Suicide prevention in childhood and adolescence: a narrative review of current knowledge on risk and protective factors and effectiveness of interventions. *Asia Pac Psychiatry.* 2021; 13(3): e12452. <https://doi.org/10.1111/appy.12452>
- Rosado MJ, García F, Alfeo J, Rodríguez J. El suicidio masculino: una cuestión de género. *Prisma Social.* 2014; (13):433-491.
- Hernández-Bello L, Hueso-Montoro C, Gómez-Urquiza JL, Cogollo-Milanés Z. Prevalencia y factores asociados a la ideación e intento de suicidio en adolescentes: revisión sistemática. *Rev Esp Salud Pública.* 2020; 94: e20200909
- Park WS, Yang KI, Kim H. Insufficient sleep and suicidal ideation: a survey of 12,046 female adolescents. *Sleep Med.* 2019; 53: 65–69. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2018.08.025>
- Serafini G, Aguglia A, Amerio A, Canepa G, Adavastro G, Conigliaro C, et al. The Relationship Between Bullying Victimization and Perpetration and Non-suicidal Self-injury: A Systematic Review. *Child Psychiatry Hum Dev.* 2023; 54: 154–175. <https://doi.org/10.1007/s10578-021-01231-5>
- García-Haro J, García-Pascual H, Blanco de Tena-Dávila E, Aranguren Rico P, Martínez Sallent M, Barrio-Martínez S, et al. Suicidio más allá del diagnóstico: un enfoque centrado en la persona y su circunstancia. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* 2023; 43 (144): 47-71. <https://dx.doi.org/10.4321/s0211-57352023000200003>

26. Villalobos-Galvis FH, Ceballos-Mora AK, Luna-Tascón EG, Araujo-Rosero L, Muñoz-Muñoz DF, Solarte-Tobar MC. Prevención de la conducta suicida en contextos escolares. Una revisión de los tipos de intervención. *Rev Asoc Esp Neuropsiq.* 2023; 43(143): 217-236.<https://dx.doi.org/10.4321/s0211-57352023000100012>
27. Gonçalves, A., Sequeira, C., Duarte, J. y Freitas, P. Suicide ideation in higher education students: influence of social support. *Atención Primaria.* 2014. 46, 88- 91. [https://doi.org/10.1016/S0212-6567\(14\)70072-1](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(14)70072-1)
28. Val A & Míguez MC. La prevención de la conducta suicida en adolescentes en el ámbito escolar: una revisión sistemática. *Ter Psicol.* 2021; 39(1): 145-162. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082021000100145>