

Universidad de Buenos Aires (UBA).

Facultad de Psicología.

**COYUNTURAS DESENCADENANTES DE URGENCIAS
SUICIDAS: UN ENFOQUE PSICOANALÍTICO Y
EPIDEMIOLÓGICO.**

Tesis Doctoral.

Doctoranda:

Lorena Cecilia López Steinmetz.

Directora de Tesis y Consejera de Estudios:

Prof. Dra. Lucía A. Rossi.

San Salvador de Jujuy, marzo de 2016.

Modificaciones: 04 de abril de 2017.

Esta investigación se realizó en el marco de una Beca del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET) en la categoría Interna Doctoral, otorgada por Resolución D N° 4352 de fecha 07 de diciembre de 2012, para desarrollar tareas de investigación sobre el tema: “Estudio clínico-psicológico retrospectivo (períodos 2007/2008 - 2011/2012) para la teorización de la coyuntura desencadenante de intentos suicida. Aportes para discutir la capitulación teórico-cognitiva acerca de la prevención del suicidio. Jujuy”, bajo la **Dirección** de la **Dra. Lucía Rossi** y la **Co-Dirección** de la **Psic. María Estela Giardina**.

ÍNDICE.

Resumen.	9
Abstract.	10
1. Introducción.	11
1.1. Introducción y formulación del problema de investigación.	12
1.2. Hipótesis.	15
1.3. Objetivos.	16
2. Antecedentes.	17
2.1. Antecedentes en la historia.	18
2.1.1. El suicidio en las civilizaciones antiguas.	18
2.1.2. El suicidio en la concepción religiosa.	19
2.1.3. El saber del suicidio en el surgimiento de la medicina y la psiquiatría.	20
2.1.4. Teoría sociológica del suicidio.	21
2.1.5. Delimitaciones conceptuales y terminológicas del suicidio desde diferentes enfoques teóricos.	23
2.2. Epidemiología de la problemática suicida.	28
2.2.1. Epidemiología del suicidio:	28
2.2.1.1. En el mundo.	28
2.2.1.2. En la Región de las Américas.	29
2.2.1.3. En Argentina.	30
2.2.1.4. Factores demográficos importantes de riesgo suicida: edad y sexo.	31
2.2.2. Epidemiología de los intentos de suicidio.	33
2.2.3. Estimación de la presencia de ideación suicida.	35
2.2.4. Perfil epidemiológico del suicidio en Jujuy:	36
2.2.4.1. Mortalidad por suicidio.	36
2.2.4.2. Mortalidad por suicidio según Departamentos.	36
2.2.4.3. Mortalidad por suicidio según sexo y edad.	37
2.2.4.4. Mortalidad por suicidio según meses.	38
2.2.4.5. Mortalidad por suicidio según método.	38

3. Marco teórico.	40
3.1. Enfoque epidemiológico de factores de riesgo suicida.	41
3.1.1. Delimitaciones conceptuales.	42
3.1.2. Factores socio-demográficos de riesgo suicida.	47
3.1.2.1. Sexo.	47
3.1.2.1.1. Sexo: femenino y masculino.	47
3.1.2.1.2. Sexo y otros factores de riesgo suicida.	48
3.1.2.2. Edad.	48
3.1.2.2.1. Adolescencia y adultez joven.	48
3.1.2.2.2. Edad joven y otros factores de riesgo suicida.	49
3.1.2.2.3. Ancianidad.	51
3.1.2.2.4. Ancianidad y otros factores de riesgo suicida.	51
3.1.2.3. Situación laboral, económica y tipo de ocupación.	51
3.1.2.4. Estado civil.	52
3.1.2.5. Creencias religiosas.	53
3.1.3. Factores clínicos de riesgo suicida.	55
3.1.3.1. Conducta suicida previa.	55
3.1.3.2. Trastornos mentales.	56
3.1.3.2.1. Generalidades.	56
3.1.3.2.2. Trastornos del estado de ánimo.	57
3.1.3.2.3. Trastornos de ansiedad.	57
3.1.3.2.4. Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.	57
3.1.3.2.5. Trastornos relacionados con sustancias: trastornos por consumo de sustancias.	58
3.1.3.2.6. Trastornos de la conducta alimentaria.	59
3.1.3.2.7. Trastornos de la personalidad.	59
3.1.3.3. Dimensiones psicológicas.	59
3.1.3.4. Enfermedades somáticas y estado de salud física.	60
3.1.3.5. Heredabilidad, biología de la conducta suicida y ambiente.	61
3.1.3.6. Factores ambientales: disponibilidad de métodos autolíticos.	62
3.1.3.7. Factores temporales de riesgo suicida.	63

3.2. Enfoque psicoanalítico del suicidio.	66
3.2.1. Principales desarrollos psicoanalíticos sobre el suicidio.	67
3.2.1.1. Concepción freudiana.	67
3.2.1.2. Categorías conceptuales del suicidio.	69
3.2.1.2.1. <i>Acting out</i> .	70
3.2.1.2.2. Pasaje al acto.	71
3.2.1.2.3. Acto y acto fallido.	73
3.2.1.2.4. Acto.	74
3.2.2. La urgencia subjetiva como clínica.	76
3.2.2.1. La urgencia subjetiva.	76
3.2.2.2. Fenómenos clínicos en la urgencia subjetiva.	78
3.2.2.3. Forma de la interpelación de la urgencia.	79
3.2.2.4. Delimitación del límite: definir una zona de riesgo.	80
3.2.2.5. Coyunturas de emergencia y desencadenantes.	81
4. Metodología.	85
4.1. Ámbito de estudio.	86
4.2. Fuentes e instrumentos de recolección de datos.	87
4.3. Enfoques de la investigación.	88
4.3.1. Enfoque epidemiológico: Estudio epidemiológico de factores de riesgo suicida.	88
4.3.1.1. Objetivos específicos correspondientes al estudio de enfoque epidemiológico.	88
4.3.1.2. Diseño y tipo de estudio.	89
4.3.1.3. Muestras.	91
4.3.1.4. Factores de riesgo que se analizan.	93
4.3.1.5. Tratamiento y análisis de los datos.	95
4.3.2. Enfoque psicoanalítico: Estudio de coyunturas desencadenantes de urgencias suicidas.	97
4.3.2.1. Objetivos específicos correspondientes al estudio de enfoque psicoanalítico.	97
4.3.2.2. Diseño.	97
4.3.2.3. Muestra.	98

4.3.2.4. Variables que se analizan.	98
4.3.2.5. Tratamiento y análisis de los datos.	99
4.3.2.6. Pasaje del Análisis de contenido al Análisis epidemiológico en el Estudio de coyunturas desencadenantes de urgencias suicidas.	103
4.4. Programas utilizados en el procesamiento de datos.	104
4.5. Consideraciones éticas de la investigación.	104
5. Resultados.	105
5.1. Estudio epidemiológico de factores de riesgo suicida.	106
5.1.1. Análisis por grupos de motivo de consulta: intento de suicidio vs otro motivo.	107
5.1.1.1. Distribución según factores temporales.	107
5.1.1.1.1. Periodo total de estudio.	107
5.1.1.1.2. Bienio de atención.	107
5.1.1.1.3. Año de atención.	108
5.1.1.1.4. Estación de atención.	108
5.1.1.1.5. Mes de atención.	109
5.1.1.1.6. Día de atención.	109
5.1.1.2. Distribución según factores demográficos principales: sexo y edad.	109
5.1.1.2.1. Sexo.	109
5.1.1.2.2. Franja etaria.	110
5.1.1.2.3. Sexo y franja etaria.	111
5.1.2. Análisis de los intentos suicidas.	113
5.1.2.1. Aspectos ocupacionales, socio-familiares y ambientales.	113
5.1.2.1.1. Situación ocupacional: general y específica.	113
a. Sexo.	113
b. Franja etaria y sexo.	113
5.1.2.1.2. Estado civil: general y específico.	114
a. Sexo.	114
b. Franja etaria y sexo.	115
5.1.2.1.3. Redes de contención socio-familiar.	116
a. Sexo.	116

b. Franja etaria y sexo.	116
5.1.2.1.4. Acompañamiento durante la asistencia.	116
a. Sexo.	116
b. Franja etaria y sexo.	117
5.1.2.1.5. Métodos empleados en el intento de suicidio.	117
5.1.2.1.5.1. Uso simple o combinado de métodos autolíticos.	117
a. Sexo.	117
b. Franja etaria y sexo.	118
5.1.2.1.5.2. Tipos de métodos autolíticos.	118
a. Sexo.	118
b. Franja etaria y sexo.	119
5.1.2.2. Aspectos clínicos.	120
5.1.2.2.1. Antecedente de intento suicida.	120
a. Sexo.	120
b. Franja etaria y sexo.	120
5.1.2.2.2. Antecedente de conducta suicida en el entorno afectivo significativo.	120
a. Sexo.	120
b. Franja etaria y sexo.	121
5.1.2.2.3. Diagnóstico de trastorno mental.	121
a. Sexo.	121
b. Franja etaria y sexo.	122
5.1.2.2.4. Categorías y Tipos diagnósticos en casos con trastorno mental.	122
a. Sexo.	122
b. Franja etaria y sexo.	123
5.1.2.2.5. Tratamiento específico en casos con diagnóstico de trastorno mental.	125
a. Sexo.	125
b. Franja etaria y sexo.	125
5.1.2.2.6. Utilización de servicio telefónico de asistencia en la urgencia suicida.	126
5.1.2.2.7. Enfermedad orgánica.	126
a. Sexo.	126
b. Franja etaria y sexo.	126

5.1.2.2.8. Tipos diagnósticos en pacientes con enfermedad orgánica.	127
a. Sexo.	127
b. Franja etaria y sexo.	127
5.2. Estudio de coyunturas desencadenantes de urgencias suicidas.	128
Presentación general.	129
5.2.1. Análisis de contenido de los registros de casos. Detección de la presencia de las variables Sentimiento de soledad y Ausencia de respuesta subjetiva acerca del sentido de la vida en la muestra.	130
5.2.1.1. Acerca de la organización de la exposición.	130
a. Localización de contenidos.	130
b. Modalidades de surgimiento.	132
5.2.1.2. Aspectos formales de la presentación de fragmentos clínicos.	132
5.2.1.3. Sentimiento de soledad:	133
a. Localización de contenidos.	133
b. Modalidades de surgimiento.	141
5.2.1.4. Ausencia de respuesta subjetiva acerca del sentido de la vida:	146
a. Localización de contenidos.	146
b. Modalidades de surgimiento.	150
5.2.2. Análisis epidemiológico de coyunturas desencadenantes de urgencias suicidas.	157
5.2.2.1. Presencia-ausencia de contenidos categorizados en variables desencadenantes de urgencias suicidas en estudio:	157
a. Grupo ambos sexos.	157
b. Sexo.	157
c. Franja etaria (grupo ambos sexos).	158
d. Franja etaria y sexo.	158
5.2.2.2. Coyunturas desencadenantes de urgencias suicidas:	158
a. Grupo ambos sexos.	158
b. Sexo.	159
c. Franja etaria (grupo ambos sexos).	159
d. Franja etaria y sexo.	160

5.2.2.3. Coyuntura desencadenante de urgencia suicida SS-AR:	160
a. Sexo.	160
b. Franja etaria y sexo.	160
5.2.2.4. Coyuntura desencadenante de urgencia suicida SS:	161
a. Sexo.	161
b. Franja etaria y sexo.	161
5.2.2.5. Coyuntura desencadenante de urgencia suicida AR:	162
a. Sexo.	162
b. Franja etaria y sexo.	162
5.2.2.6. Sin clasificación en coyunturas desencadenantes en estudio:	163
a. Sexo.	163
b. Franja etaria y sexo.	163
6. Discusión.	164
6.1. Estudio epidemiológico de factores de riesgo suicida.	165
6.2. Estudio de coyunturas desencadenantes de urgencias suicidas.	176
7. Conclusiones.	197
8. Referencias.	202
9. Anexos.	244
9.1. Anexo: Factores de riesgo suicida analizados.	245
9.2. Anexo: Guías de decisión.	249
9.3. Anexo: Aval del Comité Provincial de Bioética de Jujuy.	251
9.4. Anexo: Tablas y Gráficos.	253

Resumen.

Basado en análisis de registros de casos asistidos psicológicamente por intento suicida en Servicio de Guardia del Hospital Pablo Soria, Jujuy, durante 2007-2008/2011-2012, se realizó una investigación de doble enfoque: 1) epidemiológico y 2) psicoanalítico. El primero, estudió la prevalencia de factores usualmente reseñados como de riesgo suicida. El segundo, estudió coyunturas desencadenantes de urgencias suicidas, analizando las variables Sentimiento de soledad (SS) y Ausencia de respuesta subjetiva acerca del sentido de la vida (AR), y permitió discutir el tópico de la prevención desde el psicoanálisis. Los resultados brindaron una primera aproximación al conocimiento local de la frecuencia de esos casos, de su caracterización y distribución según factores de riesgo, y de los contenidos referidos a desencadenantes de intentos suicidas. Las variables SS y AR registraron mayores frecuencias que cualquiera de los factores de riesgo analizados. La coyuntura desencadenante SS-AR ofreció una caracterización que podría ser específica de urgencias suicidas. No obstante, son necesarias más investigaciones para verificar si, por comparación con cualquiera de los tradicionales factores de riesgo destacados por la bibliografía, las variables SS y AR son efectivamente más específicas y relevantes para la comprensión del desencadenamiento de intentos suicidas a nivel individual. En la contemporaneidad, las urgencias subjetivas, y las urgencias suicidas como parte de ellas, permiten verificar la eficacia del encuentro con un psicoanalista para el tratamiento de estas.

Abstract.

Based on analysis of case records psychologically assisted by suicide attempt in the Emergency Service of Pablo Soria Hospital, Jujuy, during 2007-2008/2011-2012, a double-focus research was carried out: 1) epidemiological and 2) psychoanalytical. The first, studied the prevalence of factors usually referred as suicidal risk. The second, studied triggers conjunctures of suicidal emergencies, analyzing the variables Feeling of loneliness (SS) and Absence of subjective response about life's meaning (AR), and made it possible to discuss the topic of prevention from psychoanalysis. The results provided a first approximation to the local knowledge of the frequency of these cases, of their characterization and distribution according to risk factors, and of the contents related to triggers of suicidal attempts. The variables SS and AR had higher frequencies than any of the risk factors analyzed. The SS-AR trigger conjuncture offered a characterization that could be specific of suicidal emergencies. However, more research is needed to verify whether, by comparison with any of the traditional risk factors highlighted by the literature, the SS and AR variables are indeed more specific and relevant for the understanding of the triggering of suicide attempts at the individual level. In contemporary times, subjective urgencies, and suicidal urgencies as part of them, allow to verify the effectiveness of the encounter with a psychoanalyst for the treatment of these.

1. INTRODUCCIÓN.

1.1. Introducción y formulación del problema de investigación.

Con el transcurrir de las épocas, todos los campos de lo humano se ocuparon directa o indirectamente del suicidio y de la muerte. Lejos de hacerla obsoleta, su antigüedad y su permanencia a través del tiempo implican un presente de suma actualidad para esta problemática que también atraviesa la época, y lo hace de modo tal que es imposible ser indiferente a ella. Muestra de ello son la multiplicidad de materiales – teóricos, clínicos, científicos, literarios y artísticos, entre otros tantos – que la abordan desde diversos enfoques y con variados objetivos.

La valoración del suicidio no fue unívoca ni estática a lo largo del tiempo, de lo cual dan cuenta los antecedentes históricos que se presentan en esta investigación. Los senderos por los que discurren la multiplicidad de materiales que conforman los antecedentes y el marco teórico reflejan la pluralidad de enfoques con los que se viene abordando la problemática suicida. En el seno de esa pluralidad, lo que en algunos desarrollos son subrayables como posibles convergencias, en otros, en cambio, requieren ser indicadas como sustanciales discrepancias.

En la actualidad, el modelo preponderante de abordaje preventivo y de estudio de la problemática suicida en el campo de la Salud Pública – que incluye a la Salud Mental – y de la Epidemiología es el que centra en el análisis de factores de riesgo suicida. Dado que la prevalencia y características del comportamiento suicida varían mucho entre diferentes comunidades, grupos demográficos y en el tiempo, actualmente se admite que la vigilancia epidemiológica actualizada de suicidios e intentos suicidas es un componente esencial de los esfuerzos nacionales y locales destinados a su prevención. Teniendo en cuenta el reconocimiento de dichas variaciones, todo esfuerzo de prevención que se precie de tal debe partir del conocimiento de las características del comportamiento suicida propias de la casuística en la que busca intervenir. A este respecto cabe señalar que la problemática suicida en la provincia de Jujuy – extremo noroeste de Argentina – revela elevadas cifras, pero la escasez de conocimiento científico localmente producido sobre dicha problemática es inversamente proporcional a la prolífica casuística que de ella se deriva. De allí que parte del problema de investigación a abordar en esta tesis será el de indagar si los factores usualmente señalados como de riesgo suicida por la bibliografía internacional reflejan

también las características de la población local que realiza intentos suicidas o si, en cambio, se pueden hallar características que sean propias de esta población y que la distancien respecto de caracterizaciones de factores de riesgo basadas en datos de poblaciones foráneas. Habiendo planteado lo anterior cabe mencionar que, sin embargo, el límite geográfico de referencia no es el fin de los problemas, sino apenas el comienzo.

Cuando se intenta profundizar en la dilucidación de la problemática suicida más allá de las fronteras provinciales, entonces, los límites que se imponen son los que instaura la captura imaginaria de interminables enumeraciones de factores de riesgo, las que no parecen alcanzar a indicar lo que de ellos sería específico del suicidio y del intento de suicidio. De hecho, en la literatura especializada se reconoce que el resultado más grave del seguimiento mecánico del modelo de la caja negra – actualmente predominante en epidemiología – derivó en estudios epidemiológicos que parecen colecciones infinitas de factores de riesgo que, en última instancia, explican muy poco los orígenes de las enfermedades – o de los actos suicidas en este particular –. Junto con ello, en la literatura epidemiológica especializada se reconoce la dificultad inherente al modelo de la caja negra para distinguir entre los determinantes individuales y poblacionales de los mismos. Frente a ello, el planteamiento del problema de investigación a abordar en esta tesis se continúa en la indagación de si, por comparación con los factores usualmente señalados como de riesgo suicida, acaso la presencia de variables indicativas de aspectos subjetivos tales como las seleccionadas en este estudio – a saber, Sentimiento de soledad y Ausencia de respuesta subjetiva cerca del sentido de la vida –, se registrarían con mayores frecuencias, y si del análisis cualitativo de estas variables podría resultar una incipiente caracterización de las urgencias suicidas que pudiera ser utilizada para explicar algo del surgimiento de dichas urgencias a nivel individual.

Si bien se reconoce la validez de los dispositivos preventivos que se elaboran desde el campo de la Salud Pública y de la Salud Mental para accionar sobre determinados factores de riesgo, no obstante, con fundamento en el corpus teórico psicoanalítico en esta investigación se plantea que la subjetividad puesta en acto en la urgencia suicida puede ser excéntrica a inventarios del riesgo portadores de caracterizaciones universalizadoras y de propósitos de salud. La teoría psicoanalítica reconoce que la pulsión de muerte es

ineliminable en todo sujeto y que ella no es privativa de los sujetos que realizan intentos suicidas o suicidios consumados. De acuerdo a lo expuesto, se puede concebir que muchas de las intervenciones tendientes a la prevención encuentren en los actos suicidas un obstáculo para alcanzar sus objetivos de salud. Cuando la problemática de la violencia irrumpe, desde el campo de la Salud Pública se planifican e implementan intervenciones tendientes a su prevención. Por el contrario, desde la episteme del psicoanálisis y desde que Lacan estableciera al pasaje al acto como uno de los estatutos de suicidios y de algunos intentos suicidas, la orientación lacaniana del psicoanálisis afirma que su prevención no es posible. No obstante, a partir de la labor que realizan los analistas que trabajan con las urgencias subjetivas en Servicios de Guardia hospitalarias, el psicoanálisis encuentra modos de incluirse, o cuanto menos de participar, en el campo de la Salud Mental, por lo que es necesario despejar orientaciones clínicas y éticas para la intervención y alojamiento de las urgencias suicidas que son propias de aquél. De allí que surja de interés para esta investigación abordar la discusión del tópico de la prevención del suicidio, pero no desde una perspectiva excéntrica, sino desde el interior de la teoría psicoanalítica misma.

En virtud de la signatura que señala el rigor necesario de acotar el universo discursivo sobre la problemática suicida, se presentará lo más destacado de investigaciones existentes referentes al dominio preciso de esta investigación, el cual está preanunciado por el doble enfoque propuesto para los análisis, a saber, psicoanalítico y epidemiológico. Conforme a ello, este estudio recortará partes significativas de ese universo que interesen a los fines de que en la casuística local asistida psicológicamente por intento suicida en Servicio de Guardia hospitalaria se pueda describir y analizar factores usualmente reseñados como de riesgo suicida por la bibliografía especializada internacional, avanzar en la teorización de coyunturas desencadenantes de urgencias suicidas a partir de análisis cualitativos y cuantitativos de las variables establecidas en esta investigación, y discutir el tópico de la prevención del suicidio desde el psicoanálisis. Ubicada en las coordenadas limitantes de este contexto, la presente investigación toma cuerpo en el abordaje de dos aspectos centrales: 1) un estudio de enfoque epidemiológico, de prevalencia de factores usualmente reseñados como de riesgo suicida; 2) un estudio de enfoque psicoanalítico, de coyunturas desencadenantes de urgencias suicidas, en relación al cual se discutirá el tópico de la prevención del suicidio.

1.2. Hipótesis.

Dado que la prevalencia y características del comportamiento suicida varían mucho entre diferentes comunidades, grupos demográficos y en el tiempo, las características de la casuística local que realiza intento suicida podrían no estar cabalmente representadas por algunos de los factores que se señalan como de riesgo suicida en investigaciones cuyos resultados se basan en análisis de poblaciones foráneas.

VARIABLES INDICATIVAS DE ASPECTOS SUBJETIVOS, tales como las variables Sentimiento de soledad y Ausencia de respuesta subjetiva acerca del sentido de la vida, pueden constituir elementos importantes en el surgimiento de urgencias suicidas a nivel individual, los que podrían ser incluso más prevalentes y específicos que muchos de los factores usualmente reseñados como de riesgo suicida por la bibliografía. A través del análisis de esas variables se pueden elaborar y teorizar coyunturas desencadenantes que podrían resultar en que un sujeto realice un intento suicida.

En la teoría psicoanalítica se postula que la pulsión de muerte que habita a los sujetos es del orden de lo ineliminable, por lo que frente a la problemática suicida el psicoanálisis se distingue respecto de las intervenciones tendientes a la prevención que son propias del campo de la Salud Pública y de la Salud Mental. No obstante ello, los psicoanalistas trabajan con las urgencias subjetivas, por lo que se pueden despejar orientaciones clínicas y éticas para la intervención y alojamiento de las urgencias suicidas que son propias del psicoanálisis.

1.3. Objetivos.

Objetivo general.

- Analizar los registros de casos asistidos psicológicamente por intento suicida en Servicio de Guardia del Hospital “Pablo Soria” (Jujuy) durante 2007-2008/2011-2012, a fin de estudiar la frecuencia de esos casos, su caracterización según factores de riesgo, y su caracterización según la presencia de las variables Sentimiento de soledad y Ausencia de respuesta subjetiva acerca del sentido de la vida entre los contenidos referidos a desencadenantes de intentos suicidas para elaborar y teorizar coyunturas desencadenantes de urgencias suicidas, posibilitando discutir el tópico de la prevención desde la teoría psicoanalítica.

Objetivos específicos.

- Estudiar la frecuencia de intento suicida en la casuística asistida psicológicamente por todos los motivos de consulta referidos a urgencias subjetivas, teniendo en cuenta la distribución de los casos según factores temporales y según factores demográficos principales (sexo y edad).
- Estudiar los casos asistidos psicológicamente por intento de suicidio como motivo de consulta en urgencias según la presencia o ausencia de factores comúnmente reseñados como de riesgo suicida por la bibliografía, teniendo en cuenta su frecuencia y distribución según sexo y edad, y testeando posibles asociaciones entre ellos.
- Analizar cualitativa y cuantitativamente la presencia de las variables Sentimiento de soledad y Ausencia de respuesta subjetiva acerca del sentido de la vida entre los contenidos referidos a desencadenantes de intentos suicidas en los casos asistidos psicológicamente por este motivo de consulta.
- Analizar las coyunturas desencadenantes de urgencias suicidas desde el marco teórico del psicoanálisis.
- Discutir el tópico de la prevención del suicidio desde la teoría psicoanalítica.

2. ANTECEDENTES.

2.1. Antecedentes en la historia.

2.1.1. El suicidio en las civilizaciones antiguas.

En civilizaciones Antiguas el suicidio fue considerado de forma dual. En la Antigua Grecia las actitudes variables frente al suicidio fueron desde la oposición manifiesta de los pitagóricos hasta la aceptación de sofistas y estoicos (Cohen Agrest, 2012).

El suicidio más citado de esa época es el de Sócrates, quien siendo condenado a muerte por el tribunal de Atenas, rechazó cierta oportunidad que se le ofreció para huir y eligió morir (Cohen Agrest, 2012; Minois, trad. 2001). El legado socrático se hizo presente en la obra platónica, aunque en ella su autor no desarrolló una concepción unívoca hacia la muerte por mano propia, a la que primero condenó (Platón, trad. 1971) y luego propuso como aceptable si se debía a una gran vergüenza o a un mandato legal (Platón, trad. 1999).

En concordancia con los pitagóricos que se oponían al suicidio por considerarlo una ofensa contra Dios (Polaino, 1988), Aristóteles además lo juzgó como un acto de cobardía. Sirviéndose de las leyes atenienses consideró la muerte por mano propia como un acto de agravio dirigido en contra de la sociedad y contra el Estado (Aristóteles, trad. 2007).

En algunas Polis de la Antigua Grecia y Roma, el suicidio fue un acto regulado por ley, que para su consumación requería autorización de tribunales de instancia destinados a tal fin (López García et al., 1993; Rodríguez y Ros-Montalbán, 1997).

Con la influencia del estoicismo antiguo, en el mundo grecorromano se consideraba que la vida no poseía valor intrínseco *per se*, ya que la vida y la muerte eran *adiáphoras* (Cohen Agrest, 2012). Las reflexiones estoicas sobre la muerte voluntaria se centraron en la intención (Rist, 1995) y en el carácter deliberado y reflexivo de ese acto situado en la médula de la problemática de la libertad humana (Minois, trad. 2001). Séneca, en tanto principal representante de la *stoa* en su último período en el imperio romano (Sánchez Ortiz de Urbina, 1968), concibió al suicidio como un acto libre que comportaba una elección moral y de índole racional (Séneca, 63-65 d.C./1989).

La influencia del estoicismo en la sociedad romana fue disminuyendo en el siglo II d.C. Antes del triunfo de la cristiandad en el imperio romano, la *Lex Romana* acabó

condenando todas las formas de muerte voluntaria, salvo aquellas en las que el suicida era considerado *furiosus* o *insanus*, siguiendo con ello la tradición platónica que admitía que era el resultado de un trastorno mental pasajero o permanente (Minois, trad. 2001; Rodríguez y Ros-Montalbán, 1997).

2.1.2. El suicidio en la concepción religiosa.

Con el desarrollo de las religiones, nuevas y renovadas censuras recayeron sobre el suicidio y fueron haciéndose predominantes. Los presupuestos inherentes a la filosofía moral Cristiana fueron los que sesgaron con mayor fuerza la historiografía occidental del suicidio. La descalificación condenatoria de la muerte voluntaria que sostuvo trasvasó las implicaciones teológicas, impregnando las predisposiciones socioculturales dirigidas hacia los individuos suicidas, pero también hacia su entorno de familiares y de amigos. Uno de los argumentos en contra de la muerte voluntaria fue el de la Doctrina de Santidad de la vida humana, instalado tempranamente por Flavio Josefo quien retomó el argumento platónico de la vida como propiedad divina (Cohen Agrest, 2012).

La creciente expansión de la filosofía moral Cristiana dio paso a la fundación de la Iglesia de Roma que condenó oficialmente el suicidio en todos los casos y sin ningún tipo de excepción. Durante los sucesivos Concilios convirtió esta actitud en ley, sentando las bases de las prácticas relacionadas con la muerte voluntaria en el Occidente Cristiano (Blázquez Fernández, 2010; Bonaldi, 2000a, 2006; Durkheim, 1897/2006; López García et al., 1993).

La actitud Cristiana intransigente hacia el suicidio descolló en el siglo IV con San Agustín, quien inauguró la condena radical que recayó sobre ese acto (Cohen Agrest, 2012) por constituir un quebrantamiento del Quinto Mandamiento bíblico que ordena “No matarás” (Éxodo, Libro Segundo de Moisés 20:13, Versión Revisada Reina Valera). El argumento agustiniano por antonomasia estableció que el suicidio era una forma de homicidio y quien se quitaba la vida, un homicida (Cohen Agrest, 2012).

Siglos más tarde, el contexto en que surgió el planteamiento tomista, el de un sistema de economía feudal junto a la concepción de la vida como don divino sujeto a la

divina potestad, posibilitaron que a la visión del suicidio como asesinato de sí se le adicionara la equivalencia del suicidio al pecado de robar (Cohen Agrest, 2012).

La Antigüedad Tardía fue una gran etapa de transición en todos los ámbitos, que en lo ideológico y cultural se caracterizó por la absorción y sustitución de la cultura Clásica por las culturas teocéntricas Cristiana e Islámica, cada una en su contexto (Anderson, 1974). Asimismo y en la esfera religiosa, la Edad Media se distinguió por el claro predominio de esos dos cultos que signaron la concepción de la muerte voluntaria. El dominio del Islamismo en Oriente sostuvo una doctrina decididamente contraria al suicidio por estar considerado en *El Sagrado Corán* como un delito más grave que el homicidio (López García et al., 1993). En Occidente, todo el Medioevo se caracterizó por el dominio del Cristianismo, cuya visión teocrática sostuvo una posición condenatoria del suicidio (Bonaldi, 2006; López García et al., 1993). En la mayor parte de los territorios que luego ocuparían las modernas naciones europeas, llegó a haber convergencia entre la ley eclesiástica y la ley civil, que mandaba imponer una serie de sanciones y privaciones al suicida (Cohen Agrest, 2012; Minois, trad. 2001). El suicidio era un acto que hacía evocación al paganismo (Contreras, 2007), y que según se concebía, era cometido por instigación del diablo o fuerzas sobrenaturales semejantes, las que podían valerse de una enfermedad – principalmente de la melancolía – como medio para producir que una persona cometiera el acto de darse muerte (McDonald, 1989; Minois, trad. 2001; Schmitt, 1976; Watt, 2004).

2.1.3. El saber del suicidio en el surgimiento de la medicina y la psiquiatría.

En la cristiandad occidental europea posterior al siglo XI, la medicina se fue alejando del control religioso que determinaban las órdenes monásticas (monje sanador) y desarrolló un creciente proceso de secularización pasando por las escuelas catedráticas hasta llegar a su destino final, las universidades (Conti, 2007). Historiográficamente se acepta que la concepción del suicidio siguió un paulatino proceso de secularización, descriminalización, patologización y medicalización (McDonald, 1989; McDonald & Murphy, 1990; Watt, 2004).

Desde los primeros esbozos de una ideología médica occidental, plasmados en el *Corpus Hipocraticum*, el suicidio se asoció a enfermedades de la cabeza (Conti, 2007). Principalmente se describían ideas suicidas y riesgo de suicidio asociados a la melancolía (Jackson, 1986), entidad patológica que correspondería a lo que actualmente se designa como depresión (Cobo Gómez, 2005).

Con el pensamiento moderno y el desarrollo de la ciencia moderna la locura entró plenamente en escena hasta llegar a ser invocada siempre como instigadora de los pasajes al acto (Stagnaro, 2006) y la muerte voluntaria se inscribió en el campo de las ciencias médicas como una enfermedad, se patologizó (Cohen Agrest, 2012). Durante la Ilustración y más especialmente durante el denominado Siglo de las Luces en Europa, el suicidio se relacionó cada vez más con la locura, con la melancolía y posteriormente con la depresión (Watt, 2004). La instauración de esas relaciones aventajó a la individuación de la psiquiatría moderna como especialidad, que al haberse establecido como tal en el siglo XIX se desarrolló con medio siglo de retraso respecto de la evolución de la medicina (Bercherie, 1980/1986). Desde entonces sinfín de propuestas nosográficas puntuaron la historia de las clasificaciones de las variadas maneras de la tristeza patológica, con y sin delirios, en cuyo marco también se fue arraigando la tradición de ubicar a los comportamientos suicidas.

La concepción de la enfermedad mental como afección de localización cerebral, al igual que la definición del suicidio como conducta patológica, se acabó desarrollando plenamente en la segunda mitad del siglo XIX (McDonald, 1989; McDonald & Murphy, 1990; Plumed Domingo y Rojo Moreno, 2012). El proceso de patologización dio paso a la medicalización del suicidio. A su vez, el arribo a una concepción del suicidio fundada en un modelo científico-médico desarrolló el interés inicial de los médicos mentalistas por los aspectos sociales del suicidio (McDonald, 1989). Desde la segunda parte del siglo XIX, la conducta suicida fue considerada desde la psiquiatría como una conducta patológica, con sustrato orgánico, susceptible de tratamiento por parte de la medicina mental.

2.1.4. Teoría sociológica del suicidio.

Desde inicios del siglo XVIII se produjo un amplio movimiento en torno de la muerte voluntaria que culminaría en un período de agudas controversias. Las discusiones

revelaban que incluso en las cuestiones de la vida y de la muerte se mantenían las jerarquías sociales. Kant (trad. 1988) observó que el medio elegido para el suicidio solía indicar la categoría y clase social de quien lo cometía.

En las postrimerías del siglo XIX surgió la cuestión de si lo apropiado era hablar de suicidio en singular o de suicidios en términos de clases. Ese interrogante dividió las teorizaciones de la muerte voluntaria, la que de allí en más fue calificada como un fenómeno individual o como un fenómeno social.

Desde la corriente individualista, Morselli (1882) sostuvo la tesis de que el suicidio era el desenlace fatal de una agresión interna. Fue precursor de una tesis retomada años más tarde por Sigmund Freud, al declarar que el suicidio y el homicidio eran dos caras de un fenómeno único, los cuales estadísticamente eran inversamente proporcionales: a mayor tasa de suicidios, menor tasa de homicidios.

La corriente sociológica, en cambio, que consideró al suicidio como un fenómeno social surgió como resultado de las formulaciones durkheimnianas (Cohen Agrest, 2012). Durkheim (1897/2006) se refirió a los desarrollos de Morselli pero cuestionó la tesis de la proporcionalidad inversa entre suicidio y homicidio. En su análisis, Durkheim sostuvo que el suicidio era un hecho social, cuya causa fundamental se encontraba en la anomia social. Como señalaron varios autores (Clinard, 1967 citado en Rodríguez y Galetta de Rodríguez 2001; Dahrendorf, 1988/1990; Lamnek, 1977/202; Merton, 1957 citado en Marchiori, 1999), el concepto de anomia tenía acepciones diferentes a las que le imprimiera este sociólogo. Durkheim (1897/2006) recuperó el concepto de anomia dotándolo de una connotación que lo aplicaba a la excesiva división del trabajo y al suicidio. Acuñó el término sociedades suicidógenas para indicar que la probabilidad de que un individuo dado fuera expuesto a situaciones que condujeran al suicidio estaba sobredeterminada por la estructura social en la que él existía. Clasificó al suicidio según el grado de integración social del individuo y el grado de reglamentación social de los deseos individuales. Los tres tipos principales de suicidio que constituyeron su clasificación fueron: egoísta, altruista y anómico; mientras que la introducción del suicidio fatalista, como cuarto tipo, le sirvió para completar su clasificación. El modo en que conceptualizó a cada uno de ellos hizo que esta clasificación fuera no sólo morfológica sino también etiológica. Atribuyó la causa

generadora del suicidio egoísta a un excesivo individualismo, cuya condición determinante consistía en la distensión del nexo que debía unir al individuo con la sociedad, debido a la disgregación de esta en ciertos puntos, o incluso en su conjunto. Estableció como contrapunto de aquél al suicidio altruista, cuya causa era una excesiva integración social, ya que si bien “una individuación excesiva conduce al suicidio, una individuación insuficiente produce los mismos efectos” (p. 319). Postuló una relación entre la manera en que la sociedad ejerce su acción reguladora y la tasa social de suicidios. La anomia era para Durkheim el estado de debilitamiento de la reglamentación que constituye el poder moral exterior que es el orden social. Entendió que en las sociedades modernas occidentales la anomia era un factor regular y específico de suicidios. Al compararlo con los tipos anteriores, explicitó en qué difería el suicidio anómico:

Difiere de ellos en lo que depende, no de la manera en que los individuos están ligados a la sociedad, sino del modo en que esta los reglamenta. El suicidio egoísta procede de que los hombres no perciben más razón de estar en la vida; el suicidio altruista de que esta razón les parece estar fuera de la vida misma; el tercer tipo de suicidio, (...) tiene como causa el hecho de que su actividad está desorganizada y de que por esta razón sufren (p. 368).

Finalmente, el cuarto tipo de suicidio “es el que resulta de un exceso de reglamentación: el que cometen los sujetos cuyo porvenir está despiadadamente cerrado, cuyas pasiones están violentamente comprimidas por una disciplina opresiva” (p. 389). Por oposición al término anomia, le adjudicó la calificación de suicidio fatalista, cuya denominación le sirvió “para mostrar claramente el carácter inevitable e inflexible de la regla contra la que nada se puede” (p. 390), que halló como causante de este tipo de suicidio.

2.1.5. Delimitaciones conceptuales y terminológicas del suicidio desde diferentes enfoques teóricos.

La existencia de prácticas suicidas data desde los remotos inicios de las civilizaciones humanas. Paradójicamente, durante largos siglos dichas prácticas preexistieron a su propia nominación en varias lenguas. La inexistencia de vocablos que designasen al acto de darse muerte fue corroborada tanto en lenguas antiguas como en lenguas modernas (Cohen Agrest, 2012; Daube, 1972; Morin, 2008). El mayor consenso

indica que las primeras menciones al vocablo suicida o a vocablos análogos se habrían producido recién hacia mediados del siglo XVII (Barraclough & Shepherd, 1994; Shneidman, 1985/2004; Corominas y Pascual, 1986; Daube, 1972; Grisé, 1982; Van Hooff, 1990), aunque también se divulgó el hallazgo de una mención anterior que habría sido plasmada en tiempos medievales (Murray, 1998). Sea como fuere, la fecha exacta del primer uso de la palabra suicidio es aún una pregunta abierta (Leenaars, 1995).

La polisemia del concepto de suicidio demuestra su condicionamiento socio-histórico (Cohen Agrest, 2012; Contreras, 2007; De Bedout Hoyos, 2008), ya que se trata de una práctica compleja que se halla en las fronteras entre lo religioso y lo secular, lo público y lo privado, lo moral y lo social, lo filosófico y lo médico (Weaver & Wright, 2009). Ese concepto denomina muy diversas categorías de comportamiento, cuyas expresiones más utilizadas suelen ser las de suicidio e intento de suicidio. No obstante, en su derredor existen múltiples definiciones diferenciadas unas de otras sólo en pequeños detalles.

Entre las definiciones clásicas, Durkheim (1897/2006) distinguió al suicidio de su tentativa. Denominó suicidio a “*todo caso de muerte que resulte, directa o indirectamente, de un acto, positivo o negativo, realizado por la propia víctima, a sabiendas de que debía producir ese resultado*”, mientras que la tentativa de suicidio “es el acto así definido, pero interrumpido antes de que sobrevenga la muerte” (p. 103, destacado en el original).

Freud (1917 [1915]/1992) recondujo los propósitos suicidas neuróticos al impulso de matar a otro. Aunque esa perspectiva fue resultado de su análisis de la melancolía y del duelo, resultó ser la concepción del suicidio más difundida entre los autores psicoanalíticos. Lacan (1970-1974/1993b) dijo del suicidio que este era el único acto logrado. El *Diccionario de psicoanálisis* (Laplanche y Pontalis, s.f.) no plasmó al suicidio como un término específico a ser significado. En ese texto, las referencias al suicidio se hallan en el marco de conceptos como el de *acting out* y en relación a observaciones acerca del verbo inglés *to act out*.

Desde una orientación psicodinámica, con Menninger (1938/1952) la condición *sine qua non* del suicidio es la muerte, en la que el mismo sujeto es a la vez agente activo y pasivo, es el asesino y el asesinado.

Stengel (trad. 1965) definió al suicidio como el acto deliberado de auto-perjuicio en el cual la persona que lo efectúa no puede estar segura de sobrevivir, y diferenció al intento suicida de la tentativa suicida. El intento suicida era cualquier acto de auto-perjuicio infligido con intención autolítica, aunque esta fuese vaga o ambigua, en el que por impericia o fallos en el método no se logra el fin buscado. En la tentativa suicida, en cambio, no estaría presente la voluntad de morir, sino que sería una forma de pedir ayuda o un intento de modificar situaciones para lograr un beneficio secundario. Consideró que las personas que consuman suicidio y las que intentan suicidarse constituyen dos grupos diferentes, aunque sólo fuese porque la distribución por edad y sexo difiere entre ambos.

Para Kreitman et al. (1969) las diferencias entre los que se suicidan y los que lo intentan no era sólo una cuestión del resultado del acto autodestructivo. Propusieron el término parasuicidio para reemplazar etiquetas tales como intento de suicidio y subrayar que esos dos grupos también difieren en la intención y en los motivos.

La definición de Beauchamp (1978 citado en Shneidman, 1985/2004) pretendió incluir en el suicidio tanto los actos heroicos de auto-sacrificio como las muertes obstinadas que implicaban el rechazo de un tratamiento médico que podía salvar sus vidas.

Para Shneidman (1985/2004), la designación intento de suicidio utilizada en el sentido de Stengel constituía una contradicción terminológica. Según Shneidman ella debería ser usada para designar sólo aquellos eventos en los que hubo un fracaso de un esfuerzo consciente de poner fin a la vida. Para este autor, eventos tales como auto-mutilaciones, dosis excesivas de fármacos y otros de ese tipo, eran intentos cuasi-suicidas o intentos no-suicidas, por lo que para designarlos utilizó el término inglés parasuicidio. Además, acuñó el término suicidología con el que forjó una nueva disciplina perteneciente a la psicología, puesto que estableció que el suicidio se debía a una crisis psicológica. Con Shneidman (1973), el suicidio era el acto humano autoinfligido, con intención de causar la cesación de la propia vida. Propuso que todo estudio acerca de ese acto humano de auto-

aniquilación consciente debía diferenciar a los suicidios consumados de aquellos que se hubieran quedado solamente en tentativas. Sostuvo una perspectiva más abarcadora que la que quedaba en el mero recuento estadístico, entendiendo al suicidio como un malestar pluridimensional en un individuo que percibe este acto como la mejor solución (Shneidman, 1985/2004).

Haenel & Pöldinger (1986) acuñaron el término suicidalidad, en un intento de abarcar todas las formas de conducta cuyo resultado fuese el daño autoprovocado por el individuo. Con ese término designaron el potencial de todas las fuerzas y funciones psíquicas tendientes a la autodestrucción.

Sirviéndose del constructo suicidalidad, en la perspectiva cognitivo-comportamental y también desde la orientación psiquiátrica predominante, la conducta suicida se conceptuó en referencia a un *continuum* de conductas que constituyen un proceso (American Psychiatric Association [APA], 2003; Mansilla Izquierdo, 2010; Soler Insa y Gascón Barrachina, s.f.; Stagnaro, 2006) de diferente naturaleza y gravedad, que va desde la ideación (idea de la muerte como descanso, deseos de muerte e ideación suicida) hasta la gradación conductual creciente (amenazas, gestos, tentativas y suicidio consumado) (Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida, 2012). En base a ese proceso, se postuló un recorrido del suicida de tres fases: pre-suicida, suicida y post-suicida, en un esquema que permite articular los factores de riesgo que favorecen el pasaje de cada fase a la siguiente y las medidas que pueden oponerse a esa evolución (Benoit, 2002).

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2003) adscribió a la conceptualización del suicidio como *continuum*. Expuso que el comportamiento suicida varía en cuanto a grados, que van desde el sólo pensar en quitarse la vida hasta elaborar un plan para suicidarse, obtener los medios para hacerlo, intentar suicidarse y, finalmente, consumir el acto suicida. En función de las consecuencias, propuso la distinción entre comportamiento suicida mortal y no mortal. Frecuentemente, este último también se designó como intento de suicidio (término común en Estados Unidos), parasuicidio y daño autoinfligido deliberado (términos comunes en Europa). Recientemente, la OMS (2014) retomó en su terminología la distinción básica entre suicidio, entendido como el acto deliberado de

matarse a sí mismo, e intento de suicidio, entendido como cualquier conducta suicida no fatal y que incluye la autolesión. Aunque esta última, también denominada automutilación, para Favazza (1999) consiste en la destrucción o alteración directa y deliberada de partes del cuerpo sin una intención suicida consciente.

El término ideación suicida fue referido a pensamientos acerca de suicidarse y a planes de cómo efectuarlo, con diversos grados de intensidad y elaboración. En la bibliografía técnica, el término se refiere también al sentimiento de estar cansado de la vida, a la creencia de que no vale la pena vivir, al deseo de no despertar del sueño y al deseo de estar muerto (Paykel et al., 1974; Scocco & de Leo, 2002). Cada uno de esos sentimientos o ideaciones expresan distintos grados de gravedad, pero no existe necesariamente una continuidad entre ellos (OMS, 2003).

El uso de definiciones contradictorias e inadecuadas del suicidio y de conductas suicidas es a menudo una importante limitación de las investigaciones sobre la temática y de su comunicación (Silverman et al., 2007). Atento a ello, O'Carroll et al. (1996) desarrollaron una nomenclatura que posteriormente recomendó el National Institute of Mental Health (1998 citado en García-Resa et al., 2002) de Estados Unidos en su programa de investigación en suicidología. Esa nomenclatura utiliza para sus definiciones los criterios de resultado, autoprovocación e intencionalidad. Así, el suicidio o suicidio consumado es la muerte por lesión, envenenamiento o asfixia en la que hay evidencia, explícita o implícita, de que la lesión fue autoinfligida y que existía la intención de autoprovocarse la muerte. En tanto que el intento de suicidio es la conducta potencialmente autolesiva – ya que puede provocar o no lesiones – con resultado no mortal, para la cual hay evidencia, explícita o implícita, de que la persona intentaba de algún modo autoprovocarse la muerte.

2.2. Epidemiología de la problemática suicida.

2.2.1. Epidemiología del suicidio:

2.2.1.1. En el mundo.

Como señala la OMS (2014), la prevalencia y características del comportamiento suicida varían mucho entre diferentes comunidades, grupos demográficos y en el tiempo, por lo que la vigilancia actualizada de suicidios e intentos suicidas es un componente esencial de los esfuerzos nacionales y locales de prevención del suicidio. Sin embargo, al informar sobre la epidemiología del suicidio se debe advertir también sobre las dificultades inherentes a la elaboración de esas estadísticas. Problemas tales como la sub-notificación y la clasificación errónea de los casos son mayores para el suicidio que para la mayoría de las otras causas de muerte. A ello se suma el hecho de que el suicidio es estigmatizado o ilegal en muchos países. Como resultado, es difícil obtener datos procesables de alta calidad sobre la conducta suicida, sobre todo en los países que no cuentan con buenos sistemas de estadísticas vitales (que registran muertes por suicidio) o que no cuentan con buenos sistemas de registros de datos sobre prestaciones médicas de servicios hospitalarios (registros de intentos suicidas). Por todo ello, al leer los datos epidemiológicos que se presentan a continuación, conviene tener en mente las consideraciones y advertencias mencionadas.

Entre 1960 y 1990 al menos 28 países o territorios registraron tasas ascendentes de suicidio, entre ellos, Bulgaria, China (provincia de Taiwán) y Costa Rica. Mientras que otros ocho tuvieron tasas decrecientes, entre los que se contaron Australia e Inglaterra y Gales (datos combinados) (Lester & Yang, 1998).

Entre los años 1990 a 2000, las tasas¹ más altas de suicidio correspondieron al norte de Europa, Europa Oriental y Asia (OMS, 2003), mientras que se contó con poca información de países de África (Lester, 1996). Las tasas de suicidio más altas se informaron específicamente en Lituania con 51.6, Federación de Rusia con 43.1 y Bielorrusia con 41.5. Las tasas más bajas se encontraron en Azerbaiyán con 1.1, Kuwait

¹ En ese informe de OMS (2003) los datos correspondieron a tasas de suicidio (x 100000 habitantes) por país en el año más reciente disponible entre 1990 y 2000 para países con ≥ 1000000 de habitantes.

con 2.0 y Filipinas con 2.1. Entre esos valores extremos se ubicaron países como Finlandia con 28.4, Japón con 19.5, Australia con 17.9 y Canadá con 15.0, entre otros (OMS, 2003).

A pesar del aumento de la población entre los años 2000 y 2012, el número absoluto de suicidios se redujo en alrededor de un 9%, pasando de 883000 a 804000 suicidios. Sin embargo, se observaron muy diferentes patrones por Región. Así, en países de bajos y medianos ingresos, el cambio porcentual en el número total de suicidios varió de un aumento del 38% en los de la Región de África, a una disminución del 47% en los de la Región del Pacífico Occidental (OMS, 2014).

Como se aludió en el párrafo anterior, la estimación de la OMS (2014) es que en el año 2012 se produjeron un total de 804000 muertes por suicidio en el mundo. Ello representó una tasa (x 100000 habitantes) anual mundial ajustada según edad de 11.4 (15.0 en hombres y 8.0 en mujeres). Ese total de suicidios correspondió en un 23.9% a países de altos ingresos y en un 75.5% a países de bajos y medianos ingresos. Entre estos últimos, las tasas de suicidios presentaron una gama que fue desde un mínimo de 6.1 en la Región de las Américas, a un máximo de 17.7 en la Región de Asia Sudoriental.

2.2.1.2. En la Región de las Américas.

Recientemente la Organización Panamericana de la Salud (OPS) junto con la OMS presentaron las tasas de mortalidad por suicidio en base a datos informados por países de la Región de las Américas para el año 2011². Para el total de las Américas³ la tasa fue de 8.3. Por subcontinentes, la tasa más alta fue la del Caribe No-Latino⁴ con 14.0, seguida por la de América del Norte⁵ con 12.2, mientras que la más baja fue la de América Latina⁶ con 5.7.

² Las tasas (x 100000 habitantes) que informaron OPS y OMS (2013) por países correspondieron a datos del año 2011. En países que no disponían de datos para ese año las tasas correspondieron al año más reciente disponible entre 2010 y 2008, por lo que en estos casos se indica entre paréntesis el año correspondiente a los datos informados.

³ Territorio de las Américas constituido por: América del Norte, América Latina y el Caribe, y el Caribe (No-Latino) (OPS y OMS, 2013).

⁴ Caribe No-Latino constituido por: Anguila, Antigua y Barbuda, Aruba, Bahamas, Barbados, Curazao, Dominica, Granada, Guyana, Islas Caimán, Islas Turcas y Caicos, Islas Vírgenes (de Estados Unidos de América), Islas Vírgenes (del Reino Unido), Jamaica, Montserrat, San Cristóbal y Nieves, San Vicente y las Granadinas, Santa Lucía, Isla de San Martín (Neerlandés), Surinam, y Trinidad y Tobago (OPS y OMS, 2013).

⁵ América del Norte constituida por: Bermuda, Canadá y Estados Unidos de América (OPS y OMS, 2013).

En la comparación por países del Área Andina⁷, Cono Sur⁸ y Brasil⁹, las tasas de mortalidad por suicidio más altas correspondieron a Uruguay con 16.2 (valor año 2010) y Chile con 11.7. Las más bajas correspondieron a Venezuela con 2.7 (valor 2009) y Brasil con 5.0. Entre esos extremos se ubicaron Ecuador con 7.9, Argentina con 7.2, Paraguay con 7.1 y Colombia con 6.0 (valor 2010). Bolivia y Perú no informaron sus datos (OPS y OMS, 2013).

2.2.1.3. En Argentina.

De acuerdo a lo informado por la Dirección de Estadísticas e Información en Salud (DEIS) junto con el Ministerio de Salud de la Nación, las tasas de mortalidad por suicidios en Argentina se mantuvieron relativamente estables en su evolución entre los años 1988 y 2008, con rangos que oscilaron entre un mínimo de 6.0 en el año 1991 y un máximo de 8.7 en 2003 (DEIS y Ministerio de Salud de la Nación, 2011). Si se considera el período 1997-2012, la tasa de mortalidad por suicidio presentó un aumento progresivo desde un mínimo de 6.3 en el año 1997 hasta alcanzar su valor máximo de 8.7 en 2003. En los siguientes años de este período hubo una disminución progresiva respecto de ese valor hasta llegar a una tasa de 7.3 en el año 2011, pero en 2012 se produjo un nuevo aumento de la tasa de mortalidad por suicidio, llegando a un valor de 8.0 (Ministerio de Salud de la Nación, 2014).

El análisis de las tasas de suicidio del período 1988-2008 desagregadas por regiones, mostró que históricamente la Patagonia tuvo valores superiores a los del resto del país, en un rango que osciló entre 8.5 en 1997 y 13.5 en 2003. Durante la última década de ese período se destacó el marcado crecimiento de la tasa de suicidios en la región Noroeste, la que pasó de 4.0 en 1998 a 10.5 en 2008. Esta región, que durante varios años tuvo la tasa de suicidio más baja del país, progresivamente pasó a ocupar el segundo lugar detrás de la Patagónica. La región de Cuyo también sufrió un crecimiento importante, ya que casi duplicó sus tasas a lo largo del período, pasando de 4.5 en 1988 a 8.5 en 2008. Mientras

⁶ América Latina está constituida por México, el Istmo Centroamericano, el Caribe Latino, el área Andina, Brasil y el Cono Sur, pero debido al tamaño poblacional de México y Brasil, los datos de estos países se informan por separado (OPS y OMS, 2013).

⁷ Área Andina constituida por: Bolivia, Colombia, Ecuador, Perú, Venezuela (OPS y OMS, 2013).

⁸ Cono Sur constituido por: Argentina, Chile, Paraguay, Uruguay (OPS y OMS, 2013).

⁹ México y Brasil se informan por separado debido al tamaño poblacional de estos países (OPS y OMS, 2013).

que la región Centro fue la única cuya tasa de suicidio se redujo de 8.0 en 1988 a 6.5 en 2008 (DEIS y Ministerio de Salud de la Nación, 2011).

2.2.1.4. Factores demográficos importantes de riesgo suicida: edad y sexo.

A causa de la distribución poblacional desigual de las tasas de suicidio, los estudios epidemiológicos suelen reconocer determinados factores demográficos importantes del riesgo suicida. Entre los más destacados se mencionan la edad y el sexo.

En cuanto al factor demográfico edad, décadas atrás la generalización más aceptada consistía en afirmar que las tasas de suicidio tendían a aumentar con la edad, llegando al máximo en personas de edad avanzada (OMS, 1969). Paulatinamente, se fue observando un punto máximo secundario de mortalidad por suicidio entre población joven de 15 a 24 años de edad. Esos datos revelaron un fenómeno que parecía existir en todos los continentes y que no se correlacionaba con los niveles de industrialización o riqueza (OMS, 2003). Al presente, la tendencia al aumento de las tasas de suicidio corresponde a adolescentes y adultos jóvenes, al punto de convertirlos en el grupo de mayor riesgo en un tercio de los países del mundo (OMS, 2012). Según datos del año 2004, a nivel mundial el suicidio se encontraba entre las tres primeras causas de muerte entre personas de 15 a 44 años (Patton et al., 2009). Luego, datos del año 2012 revelaron que el suicidio era la segunda causa principal de muerte en el grupo de 15 a 29 años, y la quinta en el grupo de 30 a 49 años de edad (OMS, 2014).

En Argentina se observaron cambios en las tasas de suicidio relacionadas con el factor demográfico edad que se produjeron en el mismo sentido que los cambios mencionados en otros países de la Región y del mundo. Así, la aparente estabilidad en la tasa de suicidio del total del país durante el período 1988-2008 encubría una importante transformación en el perfil etario, ya que con los años fue cambiando sustantivamente la contribución de cada grupo de edad al total de esa tasa. Los datos de 1988 en Argentina mostraban que la tasa de suicidio aumentaba regularmente a medida que se consideraban grupos de mayor edad. En cambio, los datos correspondientes al año 2008 mostraron que mientras los grupos de más edad (mayores de 55 años) registraron una reducción muy significativa en sus tasas, los grupos más jóvenes (15 a 24 y 25 a 34 años) experimentaron

un crecimiento considerable (DEIS y Ministerio de Salud de la Nación, 2011). Ese crecimiento también se informó en menores de 15 años de edad (Ministerio de Salud de la Nación, 2008). En el año 2012, suicidios y sus secuelas se encontraron entre las diez principales causas de defunción en ambos sexos en los grupos etarios de 5 a 14, 15 a 24, 25 a 34 y 35 a 44 años. Entre ellos se destacó el grupo de 15 a 24 años en el que el suicidio se ubicó como segunda causa de defunción detrás de muertes por accidentes (DEIS y Ministerio de Salud de la Nación, diciembre 2013). En términos de territorios provinciales en Argentina, entre las provincias más afectadas por el aumento de defunciones por suicidios en los grupos de 15 a 24 y 25 a 34 años de edad se encontraron: Neuquén, Chubut, Santa Cruz, Tierra del Fuego, Salta y Jujuy (Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones [DNSMyA], 2012).

En cuanto al factor demográfico sexo, mundialmente se reconoce que los suicidios tienden a distribuirse en forma desigual entre los sexos. De acuerdo a la OMS, mundialmente las tasas de suicidio entre hombres son superiores a las observadas entre mujeres, con excepción de ciertas zonas rurales y urbanas de Hong Kong donde la situación es inversa. Datos de 1995 mostraron que la razón entre la tasa mundial de suicidio de hombres y mujeres varió a lo largo de diferentes países, desde un mínimo de 1:1 en China, a un máximo de 10.4:1 en Puerto Rico. No obstante, se estimó que a nivel mundial, en promedio, la relación de proporción entre suicidios masculinos y femeninos es de 3:1, y que esta se mantiene más o menos constante en diferentes grupos de edad, con excepción de la vejez avanzada, en la que los hombres tienden a presentar tasas aun más altas (OMS, 2003). La preponderancia masculina en suicidios consumados también es una regularidad que se encontró en Argentina, donde la tasa de suicidio en hombres fue prácticamente cuatro veces mayor que en las mujeres (12.8 y 3.06, respectivamente) según datos del año 2008 (DEIS y Ministerio de Salud de la Nación, 2011; DNSMyA, 2011).

También es observable una distribución desigual de los suicidios cuando se analizan los casos combinando los factores demográficos edad y sexo. De acuerdo a la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), según datos del año 2003 para América Latina y el Caribe en su conjunto, el suicidio juvenil representó el 4.6% de las causas de muerte en el sexo masculino y el 5.7% en el sexo femenino. No obstante, informó

que en algunos países latinoamericanos, tales como Brasil, Chile, Costa Rica, México, Panamá, Uruguay y Venezuela, la proporción de muertes masculinas por suicidio en población juvenil fue muy alta, casi cuadruplicando a la de las mujeres. En tanto que para América Latina y el Caribe en su conjunto, la población juvenil del sexo masculino registró 4016 suicidios comparados con los 1707 del sexo femenino (CEPAL, 2004/2007). En la comparación de suicidios por edad y sexo en Argentina del año 2011, a los hombres también correspondieron tasas más altas en cada uno de los grupos etarios, destacándose los de 65 y más años con una tasa de 27.9 y los de 15 a 24 años con 19.1. Entre las mujeres, las tasas más altas correspondieron al grupo etario de 15 a 24 años con 5.6, seguido del grupo de 45 a 64 años con 4.5 (DNSMyA, 2011). Datos del año 2012 también mostraron que en todos los grupos etarios que registraron defunciones por suicidio la mayor cantidad fueron efectuados por masculinos, principalmente en los grupos de 15 a 24 y de 25 a 34 años de edad. En el sexo femenino, los puntos más altos también correspondieron a esos dos grupos de edad (DEIS y Ministerio de Salud de la Nación, diciembre 2013).

Cabe mencionar también que en Argentina, la contribución de cada sexo al crecimiento de las tasas de suicidios registradas en los grupos de 15 a 24 y 25 a 34 años, se debió al incremento en el sexo masculino, que fue más marcado entre fines de la década del '90 y comienzos de la década siguiente. Mientras que en 1988 los suicidios de varones representaban el 67% del total de suicidios de 15 a 24 años, en 2008 llegaron al 78%. En cambio, las tasas de suicidio de las mujeres se mantuvieron estables (DEIS y Ministerio de Salud de la Nación, 2011).

2.2.2. Epidemiología de los intentos de suicidio.

La perspectiva contemporánea no mide la salud de la población sólo en términos de mortalidad, sino que también reconoce el papel fundamental de la discapacidad en la determinación del estatus de salud poblacional (Puente García et al., 2008). En ese sentido, estimar la magnitud de los intentos suicidas resulta de importancia porque estos pueden acarrear consecuencias físicas y psíquicas de gravedad (OMS, 2014). Sin embargo, las dificultades oportunamente mencionadas para la elaboración de estadísticas sobre suicidio son aún más acentuadas en lo relativo a intentos suicidas, ya que los casos que no requieren

atención hospitalaria son generalmente ocultados por las familias e incluso por los médicos, lo que hace de todo punto imposible contabilizarlos (Aranda, 1984).

Mientras que en 1969 se calculaba que en el mundo por cada suicidio se producían 8 intentos suicidas, décadas después la ocurrencia de estos últimos se calculó que era entre 10 a 20 veces más alta que la de suicidios consumados (OMS, 1999a). La estimación mundial del año 2012 ratificó que por cada persona que murió por suicidio, otras 20 realizaron uno o más intentos suicidas (OMS, 2014). Estimaciones mundiales para el año 2020 indican las mismas cifras (Bertolote & Fleischmann, 2002).

Sin embargo, como en el caso de las tasas de suicidio, en intento de suicidio también hay una amplia variación según región, sexo, edad y método, entre otros factores (OMS, 2014). Así, por ejemplo, estudios de casos de intentos suicidas versus suicidios consumados señalaron que la letalidad está fuertemente asociada con el método utilizado (Jansen et al., 2009; Miller et al., 2004), aunque también reportaron más casos fatales entre hombres y personas de edad avanzada con independencia del método (Jansen et al., 2009). En función de la edad, diferentes revisiones y estudios coinciden en señalar que la prevalencia de intentos suicidas entre jóvenes es elevada, superando a la prevalencia de suicidios consumados en esos grupos etarios (Cash & Bridge, 2009; Crosby et al., 2011; Nock et al., 2008; Reddy, 2010). En función del sexo y a nivel mundial, las tasas de intento suicida tienden a ser de 2 a 3 veces más frecuentes en mujeres que en hombres (OMS, 2003). Excepciones a esa pauta se reportaron en zonas de Europa tales como Helsinki, Tallin e Innsbruck, donde se hallaron relaciones de proporción entre los sexos inversas a aquéllas. En tanto que en Limerick y Cork, la razón entre los sexos en intentos suicidas fue cercana a uno (OMS, 1999b).

En Argentina, entre los años 2007 y 2009 se registraron 123000 lesiones por causas externas (CE), de las cuales 1179 fueron lesiones autoinfligidas. De estas últimas, sólo el 2% fueron suicidios consumados mientras que el 98% fueron propias de intentos de suicidio. La distribución entre los sexos fue pareja, con 51% femenino y 49% masculino. Más de la mitad de los intentos de suicidio (54%) fueron protagonizados por jóvenes de entre 15 a 29 años de edad (15 a 19 años 19%, 20 a 29 años 35%). También se destacó la

población de 30 a 39 años con el 21% del total de intentos suicidas (DEIS y Ministerio de Salud de la Nación, 2011).

2.2.3. Estimación de la presencia de ideación suicida.

La ideación suicida es más frecuente que los planes suicidas y, a su vez, que el suicidio, tanto intentado como consumado (Kessler et al., 1999; OMS, 2014; Scocco, et al., 2008). De acuerdo a los datos de la *National Comorbidity Survey* – la primera encuesta de salud mental a gran escala y representativa a nivel nacional en los Estados Unidos –, el primer intento suicida ocurre dentro de un año desde la aparición de la ideación suicida en alrededor del 90% de casos de intentos suicidas no planificados y en el 60% de los planificados (Kessler et al., 1999). Sin embargo, su importancia todavía es poco clara, ya que en comparación con otras formas de comportamiento suicida, como el intento de suicidio, la ideación suicida tal vez no sea un indicador útil de cuáles adolescentes o adultos necesitan más los servicios preventivos (OMS, 2003). Además de ello, los porcentajes de presencia de ideación suicida que se informan varían grandemente, ya que su registro es aún más dificultoso que en suicidios e intentos suicidas. Una revisión de bancos de datos internacionales y de estudios publicados después de 1985 sobre grupos de adolescentes indicó que entre 3.5% y 52.1% de ellos informaron tener pensamientos suicidas (Diekstra & Garnefski, 1995). Esas grandes diferencias porcentuales posiblemente se expliquen por los diferentes periodos a los cuales se refirieron los estudios y también por el empleo de distintas definiciones de la ideación suicida (OMS, 2003).

Datos estimativos sobre la presencia de ideación suicida en escolares de Argentina se obtuvieron a partir de la administración de la primer *Encuesta Mundial de Salud Escolar* en el año 2007 (Ministerio de Salud de la Nación, 2007) y la segunda en 2012 (Ministerio de Salud de la Nación, 2013). Ambas se administraron a alumnos de escuelas secundarias de todo el país, con edades comprendidas entre 13 a 15 años, indagando en ellos determinados indicadores de salud mental referidos a los últimos doce meses. Se informó que el 16.9% de los encuestados consideró seriamente la posibilidad de suicidarse, mientras que el 16.2% de la segunda encuesta intentó suicidarse. Por lo demás, de acuerdo a los resultados de la primera y de la segunda encuesta, respectivamente, se informó que del total encuestado en los últimos doce meses: el 13.5% y el 16.1% realizó un plan suicida; el

10.1% y el 9.3% se sintió solo la mayor parte del tiempo; el 10.7% y el 8.6% casi siempre o siempre estuvo tan preocupado por algo que no pudo dormir por la noche; el 31% y el 27% se sintió tan triste o sin esperanza casi todos los días de dos semanas seguidas o más que tuvo que suspender sus actividades habituales; mientras que el 4.3% y el 5.2% no tenía amigos muy cercanos. En todos esos ítems hubo predominancia femenina, con excepción del ítem que identificaba a quienes no tenían amigos íntimos en los resultados de la primera encuesta. En la segunda encuesta, entre quienes se sintieron solos un 43.8% intentó suicidarse, mientras que entre quienes no se sintieron solos únicamente el 13% intentó suicidarse. Entre los que efectivamente intentaron suicidarse, el 60% afirmó haber ideado un plan. Se evidenció un incremento de este indicador respecto de la encuesta realizada en 2007.

2.2.4. Perfil epidemiológico del suicidio en Jujuy.

2.2.4.1. Mortalidad por suicidio.

De acuerdo a los datos publicados por la Dirección Provincial de Estadísticas y Censos (DIPEC) de Jujuy, en el decenio 2003-2012 se registraron 779 suicidios acaecidos en esta provincia, de los cuales 762 correspondieron a habitantes locales, 9 a personas residentes en otras provincias y los 8 restantes a residentes en otros países (DIPEC, 2012a). En tanto que en el año 2013 se registraron 78 suicidios en Jujuy, de los cuales 74 casos correspondieron a habitantes locales y los 4 restantes a personas residentes en otras provincias (DIPEC, s.f.). Las defunciones totales por suicidio en esos periodos muestran una tendencia al aumento. Anualmente, la menor frecuencia de suicidios se registró en el año 2004 con 61 defunciones por esta causa, mientras que las mayores frecuencias correspondieron a los años 2010 y 2012 con 90 suicidios cada año (DIPEC, 2012a).

2.2.4.2. Mortalidad por suicidio según Departamentos.

En la distribución geográfica departamental, las mayores frecuencias de defunciones por suicidio se registraron en el Departamento Dr. Manuel Belgrano para cada año del periodo 2003-2012 (DIPEC, 2012a) y también para el año 2013 (DIPEC, s.f.), con un rango de casos que varió desde un mínimo de 25 suicidios en 2004 a un máximo de 37 suicidios en el año 2010 (DIPEC, 2012a). Este Departamento, capital de la provincia, es además el

de mayor población, con 265249 habitantes según datos del más reciente censo (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos [INDEC], 2012). En cambio, en Departamentos con poblaciones muy pequeñas, uno o pocos casos de suicidio elevaron las tasas en forma exponencial. Por ello es que en cuanto a las tasas de suicidio (x 100000 habitantes), en el año 2012 por ejemplo, la mayor correspondió al Departamento de Susques con 79.13, seguida por Tumbaya con 64.40, y luego Cochinoca con 55.30 (Dirección General de Epidemiología de la Provincia de Jujuy [DGEJ], 25 de julio 2014). A esas tasas correspondieron 3 casos de suicidio en Susques, 3 en Tumbaya y 7 en Cochinoca (DIPEC, 2012a), de acuerdo a sus poblaciones de 3791, 4658 y 12656 habitantes respectivamente (INDEC, 2012).

2.2.4.3. Mortalidad por suicidio según sexo y edad.

La distribución de suicidios según el factor demográfico sexo evidencia que en la provincia de Jujuy la mayoría de los casos corresponden a sujetos masculinos. Durante todo el período 2001-2011, las tasas de suicidio del sexo masculino fueron superiores a las del femenino. En el año 2011, por ejemplo, fue casi cuatro veces superior (19.09 masculino, 5.53 femenino) (DGEJ, 01 de marzo 2013). En el año 2012, el porcentaje de muertes por suicidio en el sexo masculino superó al del femenino, representando el 70% y el 30% respectivamente (DGEJ, 25 de julio 2014). Durante el año 2013, las defunciones por suicidio se distribuyeron entre 78% masculino y 22% femenino (61 casos masculinos, 17 femeninos) (DIPEC, s.f.).

La distribución de suicidios según el factor demográfico edad evidencia que en la provincia de Jujuy las mayores frecuencias de casos se registran entre adolescentes y jóvenes. Según datos del periodo 1999-2007, la tasa de suicidios en población ambos sexos de 15 a 24 años de edad fue de 18.5. En adolescentes de 15 a 19 años la tasa de suicidios fue de 17.7 (10.4 femenino, 24.9 masculino), mientras que en jóvenes de 20 a 24 años fue de 19.4 (6.0 femenino, 32.7 masculino) (Sola, 2011). En el año 2011, los picos máximos de casos de suicidio se registraron en población de 20 a 24 años, seguido de 25 a 29 y de 15 a 19 años. Esos máximos se observaron en ambos sexos, aunque en comparación con el sexo femenino, el masculino presentó valores mayores (DGEJ, 01 de marzo 2013). En el año 2012 las tasas de mortalidad por suicidio según grupos etarios presentaron una curva en

picos, iniciando a partir de los 10 años de edad, con los mayores picos en 20 a 24 años y en 15 a 19 años (DGEJ, 20 de septiembre 2014). Ese mismo año, en casi todos los grupos etarios las tasas de mortalidad por suicidio fueron más altas en el sexo masculino, con excepción de los grupos de 60 a 64 y 65 a 69 años en los que las tasas del sexo femenino fueron superiores. En el sexo femenino no se registraron casos de suicidio entre 30 a 54 años de edad, en 70 a 74 ni desde 80 años o más. En el sexo masculino no se registraron casos de suicidio en 60 a 64, 70 a 74 ni desde 80 años o más (DGEJ, 25 de julio 2014). Durante el año 2013 se registraron 78 suicidios, de los cuales la mayoría correspondió al grupo etario de 15 a 19 años con 24 casos y fue seguido por los grupos de 20 a 24 y 30 a 34 años con 11 casos cada uno (DIPEC, s.f.).

2.2.4.4. Mortalidad por suicidio según meses.

Atento al mes de ocurrencia de los casos de suicidio en Jujuy, se informó que no se observó un patrón específico durante el período 2001-2011, ni en el año 2011 analizado separadamente. En el período 2001-2011, la mayor frecuencia de defunciones por suicidio se acumuló en meses de marzo (76 casos), seguido por octubre y noviembre (75 casos cada uno). En el año 2011 analizado separadamente, la mayor frecuencia de suicidios se registró en agosto (10 casos), seguido de marzo, abril y octubre (9 casos cada mes) (DGEJ, 01 de marzo 2013). En términos de tasas de mortalidad por suicidio según sexo y mes de ocurrencia, datos del año 2012 informaron que en el sexo masculino las mayores tasas se registraron en los meses de marzo y noviembre. En comparación con el sexo masculino, en el femenino se registraron tasas más bajas en todos los meses del año 2012, las que se mantuvieron más o menos constantes excepto en los meses de enero, marzo y octubre donde fueron muy bajas o cero (DGEJ, 25 de julio 2014).

2.2.4.5. Mortalidad por suicidio según método.

Durante todo el periodo 2001-2011, en casos de suicidio ambos sexos el mecanismo de ejecución predominante fue lesión autoinfligida por ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación. En casi todo ese período, el método que le siguió en frecuencia fue lesión autoinfligida por disparo con arma de fuego, excepto en 2011 en el que le siguió envenenamiento autoinfligido (DGEJ, 01 de marzo 2013). Respecto del total de 90

suicidios registrados en el año 2012 en Jujuy, el mecanismo de ejecución predominante fue el mismo que el informado en el periodo 2001-2011 (DGEJ, 25 de julio 2014). Ese método de lesión autoinfligida intencionalmente por ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación en vivienda, fue utilizado en 58 casos, de los cuales 37 fueron masculinos y 21 femeninos. Ese mismo método, pero ejecutado en otro lugar especificado, fue utilizado en 21 casos, de los cuales fueron 19 masculinos y 2 femeninos (DIPEC, 2012b).

3. MARCO TEÓRICO.

3.1. ENFOQUE EPIDEMIOLÓGICO DE FACTORES DE RIESGO SUICIDA.

3.1.1. Delimitaciones conceptuales.

Siguiendo los desarrollos de Hernández Ávila (2007) se puede señalar que desde su nacimiento como disciplina moderna, una premisa fundamental de la epidemiología fue la afirmación de que la enfermedad no ocurre ni se distribuye al azar. Las investigaciones epidemiológicas tienen como propósito identificar claramente las condiciones que pueden ser calificadas como causas de las enfermedades, distinguiéndolas de las que se asocian a ella únicamente por azar. En la investigación epidemiológica, el incesante descubrimiento de condiciones asociadas a los procesos patológicos llevó a la identificación de una intrincada red de causas para cada padecimiento. Este modelo se denominó *red de causalidad* y fue formalizado por Brian MacMahon en 1970. Señala Hernández Ávila que desde entonces, en base a ese modelo se postula que el peso de cada factor presuntamente causal depende de la cercanía lógica, espacial y temporal con su efecto aparente. Actualmente el modelo predominante en la investigación epidemiológica es el conocido como el de la *caja negra*, el que es una versión más acabada de aquél. El modelo de la caja negra propone que las relaciones establecidas entre las condiciones participantes en el proceso – denominadas causas o efectos, según su lugar en la red de causalidad – son tan complejas, que forman una unidad imposible de conocer completamente. Así, la caja negra es la metáfora con la que se representa un fenómeno cuyos procesos internos están ocultos al observador, y sugiere que la epidemiología debe limitarse a la búsqueda de aquellas partes de la red en las que es posible intervenir efectivamente, rompiendo la cadena causal y haciendo innecesario conocer todos los factores intervinientes en el origen de la enfermedad.

Actualmente, la larga historia de disensos científicos en epidemiología se plantea entre aquél modelo multicausal – con el paradigma de riesgo como su brazo operativo – versus la epidemiología crítica (Breilh, 2008). Esta última propone una epidemiología de los modos de vida o reproducción social y plantea la ruptura con la noción de factor en pos de la noción de proceso (Breilh, 2003; Almeida Filho, 2000). De acuerdo a Hernández Ávila (2007), el modelo de esta corriente más reciente se denomina histórico-social y se caracteriza por señalar que es engañoso aplicar mecánicamente un modelo que concede el mismo peso a factores que, por su naturaleza, deben ser diferentes. Este modelo también

rechaza que el componente biológico de los procesos de salud colectiva tenga un carácter determinante, y propone reexaminar estos fenómenos a la luz de su determinación histórica, económica y política. En palabras de Hernández Ávila, no obstante el interés que revisten estos planteamientos, el limitado desarrollo de instrumentos conceptuales adecuados para contrastar sus hipótesis impidió que este modelo progrese como una alternativa real a los modelos de la red de causalidad y de la caja negra.

De acuerdo a lo anterior, se debe señalar que en la actualidad la perspectiva del riesgo rige de modo preponderante los estudios en epidemiología en general, y sobre la problemática suicida en particular. En este sentido, Porta (2014) define a la epidemiología como el estudio de la ocurrencia y distribución de eventos, estados y procesos relacionados con la salud en poblaciones especificadas, incluyendo el estudio de los determinantes que influyen en tales procesos, y la aplicación de este conocimiento para controlar problemas de salud relevantes (p. 95). Conforme a lo señalado, cabe precisar que en esta definición el término “determinantes” es usado como sinónimo de “factor de riesgo” (p. 73, p. 251). Además de esa precisión, siguiendo a Porta, cada uno de los términos principales que componen esa definición se pueden desglosar en las siguientes referencias:

- Estudio: incluye actividades tales como vigilancia, observación, cribado, pruebas de hipótesis, investigación analítica, experimentos y predicción.
- Distribución: se refiere al análisis por tiempo, lugar (o espacio) y población (es decir, clases o subgrupos de personas afectadas en una organización, población o sociedad, o a escalas regionales y globales).
- Determinantes: se refiere a los factores geofísicos, biológicos, conductuales, sociales, culturales, económicos y políticos que influyen en la salud.
- Eventos, estados y procesos relacionados con la salud: incluyen brotes, enfermedades, trastornos, causas de muerte, comportamientos, procesos ambientales y socioeconómicos, efectos de programas preventivos, y uso de servicios sociales y de salud.
- Poblaciones especificadas: son aquellas con contextos comunes y características identificables.

- Aplicación de este conocimiento para controlar problemas de salud relevantes: hace específico el objetivo de la epidemiología, el cual es el de promover, proteger y restaurar la salud, y avanzar en el conocimiento científico.

Como observa Lemus (1996), las definiciones de epidemiología varían según los autores y según las perspectivas relacionadas con la capacidad explicativa y aplicativa del método epidemiológico. Así, por ejemplo, también se puede definir a la epidemiología como la ciencia que trata del estudio de la “distribución de las enfermedades, de sus causas y de los determinantes de su frecuencia en el hombre, así como del conocimiento de la historia natural de las enfermedades y del conocimiento de datos para una intervención orientada al control o erradicación de ellas” (p. 2).

Siguiendo a Ortiz et al. (2004), la epidemiología estudia los procesos de salud y enfermedad que afectan a la población. Se interesa por conocer las características de los grupos que se ven afectados, cómo se distribuyen geográficamente y en el tiempo los eventos de salud y enfermedad, con qué frecuencia se manifiestan y cuáles son las causas o factores asociados a su surgimiento.

No obstante los posibles matices de las definiciones, como circunscribe Porta (2014), el principal objeto de conocimiento de la epidemiología como disciplina científica son las causas de eventos, estados y procesos relacionados con la salud en grupos y poblaciones. A ese respecto destaca que en los últimos 90 años, la definición se amplió de la preocupación por epidemias de enfermedades transmisibles a todos los fenómenos relacionados con la salud en las poblaciones.

En el sentido de lo que se viene desarrollando, la OMS (2002) destaca que, aun cuando actualmente gran parte de la labor de investigación y de los recursos sanitarios están dirigidos a tratar las enfermedades más que a prevenirlas, centrarse en los riesgos para la salud es la clave de la prevención. Dado que los riesgos no se presentan de manera aislada, en los estudios se deben tener en cuenta las causas tanto inmediatas como lejanas de los resultados sanitarios adversos. Conforme a ello, el enfoque centrado en los riesgos para la salud apunta a la evaluación de la carga resultante de factores de riesgo para estimar el potencial de la prevención, interviniendo activamente sobre ellos.

En cuanto a la definición del concepto de factor de riesgo, Bonita et al. (2008) mencionan que este “es algún hábito personal o una exposición ambiental que se asocia con un aumento de la probabilidad de que se produzca una enfermedad” (p. 39).

Siguiendo a Isaza Nieto (2015), se pueden exponer otras varias definiciones de lo que es un factor de riesgo, tales como las siguientes: 1) Variable asociada estadísticamente a la aparición de una enfermedad o de un fenómeno sanitario, y respecto de la cual se distinguen factores endógenos (propios del individuo), exógenos (ligados al ambiente), predisponentes (que hacen vulnerable al sujeto) y precipitantes (que inician el fenómeno patológico). 2) Se refiere a comportamientos y hábitos personales y a estilos de vida, exposición a determinados medio ambientes, o a características hereditarias que están asociadas al incremento u ocurrencia de una enfermedad, condición crónica o lesión. 3) Cualquier evento asociado a la probabilidad de que un individuo desarrolle una enfermedad. 4) Es un factor de naturaleza física, química, orgánica, psicológica o social, que por su presencia o ausencia, o por la variabilidad de su presencia, está relacionado con la enfermedad o evento investigado, o que puede ser causa contribuyente a su aparición en determinadas personas, en un determinado lugar y en un tiempo dado.

Por su parte, Porta (2014) define el concepto de factor de riesgo como: Un factor que está causalmente relacionado con un cambio en el riesgo de un proceso, resultado o condición sanitaria relevante. La naturaleza causal de la relación se establece sobre la base de evidencia científica (incluyendo, desde luego, evidencia de la investigación epidemiológica) e inferencia causal. La relación causal es inherentemente probabilística, como ocurre en muchas otras esferas de la naturaleza y de la vida humana. Si la relación no es causal, entonces el factor es un marcador de riesgo. Ejemplos de tipos de factores de riesgo pueden ser una característica socioeconómica, comportamiento personal o estilo de vida, exposición ambiental, característica heredada u otro rasgo. Los factores de riesgo para la salud humana suelen tener componentes individuales y sociales; incluso cuando los factores de riesgo individuales y sociales pueden estar separados, a menudo interactúan. Un determinante que puede ser modificado por intervención es un factor de riesgo modificable (p. 251).

Acorde con lo mencionado en parte de esa última definición, un marcador de riesgo se define como: Un factor que no está asociado causalmente con el riesgo de una enfermedad u otro resultado específico. Puede utilizarse como indicador de dicho riesgo, pero no es un factor causal (Porta, 2014, p. 251).

Finalmente, en cuanto a la distinción entre factores de riesgo modificables y no modificables, siguiendo a Isaza Nieto (2015) se define a los primeros como “(...) aquellos [factores] susceptibles al cambio por medio de intervenciones de prevención primaria que pueden llegar a minimizarlos o eliminarlos con acciones preventivas (...)” (p. 122), en tanto que los no modificables “son aquellos factores relacionados con la individualidad de las personas como la edad, el sexo, la herencia” (p. 122). Estos últimos se caracterizan por su mantenimiento en el tiempo, y aunque algunos sufren modificaciones, como la edad, el estado civil o las creencias religiosas, su cambio es ajeno a la intervención del clínico (Giner Giménez y Pérez Solá, 2011).

A pesar de que se reconoce la citada distinción conceptual entre factor de riesgo y marcador de riesgo, en la mayoría de los estudios consultados se utiliza sólo el primer término, sin distinguir la designación de ambos. De modo similar a lo observado en esos estudios, en los desarrollos que se hacen en esta investigación se utilizará el término factor de riesgo de modo general.

A los fines de organizar la exposición, los desarrollos bibliográficos siguientes se presentan separados en dos partes. En la primera, se presentan desarrollos sobre factores socio-demográficos de riesgo suicida. Mientras que en la segunda, se presentan desarrollos sobre factores clínicos de riesgo suicida.

3.1.2. Factores socio-demográficos de riesgo suicida.

3.1.2.1. Sexo.

3.1.2.1.1. Sexo: femenino y masculino. De acuerdo a una revisión sistemática de estudios epidemiológicos realizados en Estados Unidos desde 1997 a 2007, entre los factores demográficos de riesgo en intentos suicidas se encuentra el sexo femenino y entre los factores demográficos de riesgo suicida se encuentra el sexo masculino. En relación con ello, en esa revisión se mostró asimismo que el suicidio es más prevalente entre hombres, mientras que los intentos suicidas son más prevalentes entre mujeres (Nock et al., 2008). En general, se suele señalar que las proporciones de suicidio entre los sexos son mayores en hombres y las de intentos suicidas lo son en mujeres, con relaciones inversamente recíprocas de 2:1 según datos reportados en Europa durante el periodo 1989-1992 (Schmidtke et al., 1996) y de 3:1 en la mayoría de los estados miembros de la OMS que informan suicidio como parte de sus estadísticas de mortalidad según datos de 1990-1992 (Diekstra & Gulbinat, 1993). Se adujo que esas diferencias podrían deberse a que en el sexo femenino los intentos suicidas se realizan a menudo basados en motivaciones no-suicidas, y a que los masculinos tienden a usar métodos más violentos que los femeninos (Hawton, 2000).

No obstante lo extendido de aquéllas generalizaciones, se reportaron excepciones a esas tendencias. Un estudio realizado en Cracovia, Polonia, durante el periodo 2000-2002, incluso reportó una razón masculino-femenino en suicidios de 4:1, pero en intentos suicidas los femeninos constituyeron el 50% de los casos (Polewka et al., 2004). Una posible excepción a la característica de femineidad de los intentos suicidas se reportó en Finlandia (Schmidtke et al., 1996), mientras que una importante excepción a la característica de masculinidad de los suicidios se observó en China, con tasas de suicidio muy altas en mujeres, especialmente jóvenes y de áreas rurales (OMS, 2003; Zhang et al., 2010). Por su parte, investigaciones en España hallaron que la diferencia en el riesgo de realizar un intento suicida entre mujeres y hombres carecía de significación estadística (Gabilondo et al., 2007; López et al., 2007; Mejías et al., 2011).

3.1.2.1.2. Sexo y otros factores de riesgo suicida. Son muchas e importantes las variaciones señaladas en el riesgo suicida atribuidas al sexo o género (Hawton, 2000). Un estudio en Dinamarca afirmó que los factores de riesgo de suicidio difieren según género, y que estas diferencias no podrían explicarse por la exposición diferencial a factores de riesgo conocidos (Qin et al., 2000). Resultados de la tercer Encuesta Nacional de Examinación de Salud y Nutrición (National Health and Nutrition Examination Survey) – un programa de investigación de encuestas conducido por el Centro Nacional de Estadísticas de Salud (National Centre for Health Statistics) de Estados Unidos –, hallaron que factores como bajos ingresos y tabaquismo se asociaron a tentativas suicidas en varones. En mujeres, los intentos suicidas se asociaron a factores tales como mal estado de salud auto-evaluado, bajo nivel educativo y consumo de drogas (Zhang et al., 2005).

Un amplio meta-análisis halló diferencias por sexo en el tipo de trastorno mental con que fueron diagnosticados sujetos suicidas antes de su muerte. Los varones presentaron mayor prevalencia de trastornos relacionados con sustancias, trastornos de personalidad y trastornos propios de la edad infantil; mientras que las mujeres presentaron mayor prevalencia de trastornos afectivos, incluyendo depresión (Arsenault-Lapierre et al., 2004). No obstante, hay revisiones sistemáticas que destacan la importancia de los trastornos del humor, especialmente de la depresión, en suicidios de ambos sexos (Hawton et al., 2013).

En un estudio realizado sobre registros longitudinales de 4 bases de datos de Dinamarca, la muerte de un hijo se asoció con mayor riesgo de suicidio materno (Qin & Mortensen, 2003). Una excepción al efecto protector frecuentemente atribuido a la maternidad se halló en la depresión posparto, en la que existe un riesgo aumentado de cometer suicidio, de acuerdo a un estudio realizado en ese mismo país utilizando entrecruzamientos informatizados entre el Registro Danés de casos psiquiátricos y los registros de nacimiento y defunción para el periodo 1973-1993 (Appleby et al., 1998).

3.1.2.2. Edad.

3.1.2.2.1. Adolescencia y adultez joven. Adolescentes y adultos jóvenes constituyen los grupos etarios de mayor riesgo suicida en un tercio de los países del mundo (OMS, 2012). En Argentina se destacó la prevalencia de suicidios en la franja etaria de 10-24 años según

datos del periodo 1991-2000 (Serfaty et al., 2006), y se destacó la prevalencia de intentos suicidas en la franja etaria de 15-29 años, la que representó más de la mitad de los casos del periodo 2007-2009 (DNSMyA, 2011).

De acuerdo a la revisión de Bridge et al. (2006), la población de 15-24 años de edad de muchos países del mundo se caracterizó por altas tasas de suicidio durante las décadas de 1990 y 2000. De acuerdo a otra revisión, en países como Estados Unidos esa población presentó altas tasas de suicidio según datos del periodo 2000-2006 y altas tasas de prevalencia de intentos suicidas y de intentos suicidas que requirieron atención médica según datos del periodo 2003-2007 (Cash & Bridge, 2009). En cuanto a los intentos suicidas, la citada revisión de Bridge et al. (2006) señaló que las estimaciones de por vida en adolescentes oscilaron entre 1.3% a 3.8% en varones y entre 1.5% a 10.1% en mujeres, con tasas más altas en mujeres que en varones en el grupo de edad de adolescentes mayores. Las tasas anuales de intentos de suicidio entre adolescentes que requirieron atención médica fueron del orden del 1% al 3%. Sin embargo, el número real de intentos suicidas puede haber estado subestimado debido a que muchos de los adolescentes que realizan intento suicida no buscan tratamiento, o bien, debido a que esos casos no son documentados con exactitud. En ese sentido, un estudio realizado en España por Gabilondo et al. (2007) señaló que el riesgo de presentar conductas precursoras del suicidio aumenta a medida que disminuye la edad, siendo mayor en los individuos más jóvenes.

3.1.2.2.2. Edad joven y otros factores de riesgo suicida. Según datos reportados en Argentina, entre los factores que los adolescentes ubican como causales de su intención suicida se identificaron: inestabilidad familiar por peleas o incomunicación, pérdida de un ser querido, aislamiento social, sentimientos de soledad y de fracaso (DNSMyA, 2012).

Según una amplia revisión de artículos publicados en inglés desde mediados de la década de 1980, entre los dominios de factores de riesgo que contribuyen a la conducta suicida en jóvenes se incluyeron: desventajas sociales y educativas, adversidades infantiles y familiares, psicopatología, vulnerabilidades individuales y personales, exposición a eventos vitales estresantes, factores sociales, culturales y contextuales. Por su parte, los trastornos mentales más frecuentemente asociados a conductas suicidas en adolescentes y jóvenes fueron trastornos afectivos, trastornos por consumo de sustancias y trastornos de

conducta antisocial (Beautrais, 2000). En cuanto a rasgos de personalidad y estilos cognitivos, según un estudio de casos-contróles realizado en Estados Unidos, desesperanza, neuroticismo y locus de control externo fueron factores de riesgo significativos para intento suicida grave entre jóvenes (Beautrais et al., 1999).

Los resultados de un estudio noruego con estudiantes secundarios de 12 a 20 años de edad, a quienes se hizo seguimiento durante 1992 a 1994, hallaron entre los predictores de futuros intentos suicidas: intentos suicidas anteriores, sexo femenino, desarrollo puberal temprano percibido (más fuerte en las niñas), ideación suicida, intoxicación por alcohol, no vivir con ambos padres y pobre autoestima (Wichstrøm, 2000).

Estudios de casos-contróles hallaron que el riesgo de suicidio es el doble para los sujetos jóvenes con niveles socioeconómicos bajos comparado con sujetos desfavorecidos socialmente de otras edades, según datos de un estudio en Dinamarca (Agerbo et al., 2002), y dicho riesgo es cinco veces mayor para aquellos que abandonaron la escuela, y cerca de ocho veces mayor para aquellos sin estudios universitarios, según datos de un estudio realizado en el área de Nueva York (Gould et al., 1996).

Un estudio de la variación relacionada con la edad en acontecimientos recientes de la vida que precedían a suicidios, realizado en Finlandia con sujetos de 20 años de edad o más, halló que problemas financieros, problemas de empleo y desempleo, además de separación, discusiones familiares serias y cambio de residencia, eran más frecuentes entre jóvenes que cometían suicidio, especialmente hombres, antes que en suicidas de mayor edad (Heikkinen, Isometsä, Aro, et al., 1995). Estudios realizados en Estados Unidos reportaron que factores contextuales adversos, incluyendo características del entorno familiar, tanto de padres como de hijos, representaron gran parte del aumento de riesgo de padecer trastornos depresivos y de realizar intentos suicidas en la adolescencia, pero no en la edad adulta. Así, adolescentes y adultos jóvenes con antecedentes de maltrato en la niñez tenían tres veces más probabilidades de deprimirse o suicidarse en comparación con los individuos sin tales antecedentes (Brown et al., 1999). Asimismo, el divorcio o separación de los padres fue indicado como un factor con alto impacto en el aumento de riesgo suicida en adolescentes, principalmente femeninos (Lizardi et al., 2009). Contrariamente, también se hallan afirmaciones de que el divorcio/separación de los padres parece tener un impacto

relativamente pequeño en el suicidio juvenil cuando se ajustan esos datos respecto de otros factores, tales como psicopatología de los padres y antecedentes familiares de suicidio, según advierten resultados de estudios con población danesa (Agerbo et al., 2002) y del área de Nueva York (Gould et al., 1998).

Finalmente, hay revisiones que informan que el efecto Werther – o la ocurrencia de suicidios imitativos posteriores al relato de determinados suicidios en medios de comunicación – también es mayor entre jóvenes, especialmente en edades de 15 a 19 años (Gould et al., 2003).

3.1.2.2.3. Ancianidad. Hay revisiones que postulan que con el factor edad cambia el tipo de conducta suicida, de modo tal que el cociente suicidio/intento de suicidio va aumentando progresivamente con la edad (Conwell & Duberstein, 2001). Conforme a ello se afirmó que ancianos, especialmente hombres, tienen mayor riesgo de suicidio que cualquier otro segmento de la población (Conwell & Duberstein, 2001; Conwell et al., 2011; Conwell et al., 2002).

3.1.2.2.4. Ancianidad y otros factores de riesgo suicida. Los datos disponibles de revisiones sugieren que enfermedades psiquiátricas, especialmente trastornos afectivos, enfermedades físicas, deterioro funcional, aislamiento social, y rasgos de personalidad como neuroticismo y baja apertura a la experiencia, son correlatos importantes de suicidio en la ancianidad (Conwell & Duberstein, 2001). Al revisar la evidencia sobre factores que colocan a los adultos mayores en riesgo de suicidio, se halla coincidencia en subrayar el papel fundamental que desempeñan las enfermedades somáticas o incapacitantes – sobre todo si son funcionalmente invalidantes, crónicas, dolorosas o graves –, y que el riesgo es mucho mayor entre quienes padecen múltiples enfermedades (Conwell et al., 2011). En este sentido, un estudio realizado en Estados Unidos reportó que mal estado de salud percibido, pobre calidad del sueño y ausencia de familiares o amigos en quienes confiar fueron predictores de suicidio en edad avanzada (Turvey et al., 2002).

3.1.2.3. Situación laboral, económica, y tipo de ocupación.

Muchos estudios destacaron la asociación entre desempleo y suicidio. Resultados de meta-análisis sugieren que el riesgo suicida es mayor durante los primeros 5 años de

desempleo, y que ese riesgo persiste a un nivel más bajo pero aún elevado hasta 16 años después del desempleo (Milner, Page et al., 2013).

De acuerdo a revisiones basadas en otros muchos estudios publicados desde 1982 que se centraron en el tipo de ocupación o profesión como factor de riesgo suicida, las tasas de suicidio son particularmente altas en grupos profesionales, gerenciales y ejecutivos. Asimismo, se destacaron altas tasas de suicidio en una serie de ocupaciones, incluyendo las relacionadas con química, agricultura y aplicación de la ley. En base a los estudios revisados, se postuló que las elevadas tasas de suicidio en grupos ocupacionales determinados podrían ser el resultado de una compleja interacción entre factores propios del trabajo, como el estrés laboral y el acceso a métodos suicidas, y otros factores de riesgo, como la edad y la presencia de un trastorno mental (Boxer et al., 1995). No obstante, un estudio más reciente postuló que la mayor parte del sobre-riesgo de suicidio asociado a la mayoría de ocupaciones particulares en realidad se explicaría por características sociales y económicas de las personas en esas ocupaciones (Agerbo et al., 2007).

Por su parte, un meta-análisis elaborado en base a estudios publicados desde 1950 hasta mayo de 2012, reportó que las profesiones elementales (p.e.: trabajadores de limpieza) tenían un riesgo suicida elevado por comparación con el resto de la población en edad de trabajar, y eran seguidos por operadores de máquinas, tripulación de cubierta y trabajadores agrícolas. Ese estudio sugirió que habría un gradiente en el riesgo suicida, con las ocupaciones de más baja calificación en un mayor riesgo suicida por comparación con grupos de mayor nivel de habilidad (Milner, Spittal et al., 2013).

3.1.2.4. Estado civil.

Un meta-análisis realizado en base a estudios publicados en inglés desde 1990 a abril de 2007, reveló que una situación marital adversa, tal como estado civil soltero, divorciado, viudo y separado, a veces lleva a una persona al aislamiento social, mientras que no tener cónyuge o cohabitante se asoció de manera estadísticamente significativa con el riesgo suicida (Yoshimasu et al., 2008). En este sentido, un estudio realizado más recientemente en Italia informó que en comparación con estar casado o vivir en pareja, el estado civil soltero se asocia a tasas más altas de suicidios (Masocco et al., 2010). Sin

embargo, se debe señalar que los hallazgos de un estudio realizado en Estados Unidos corroboraron la asociación entre estado civil divorciado y mayor riesgo suicida sólo para el sexo masculino, a la par que informaron que ni el estado civil soltero ni el viudo tuvieron efecto significativo sobre el riesgo suicida (Kposowa, 2000). Otros estudios señalaron la viudez como factor de riesgo para el suicidio en la vejez – según datos reportados en Estados Unidos – (Turvey et al., 2002), principalmente en hombres y durante el primer año de haber enviudado – según datos reportados en Dinamarca – (Erlangsen et al., 2004). Por su parte, un estudio llevado a cabo en Eslovenia reportó que todos los tipos de cambios en el estado civil (enviudar, divorciarse, casarse) demostraron ser factores de riesgo de conducta suicida (Roškar et al., 2011).

Según una investigación que analizó los factores de riesgo de la conducta parasuicida en un Servicio de Urgencias de un Hospital de Asturias (Oviedo), en España, en tentativas suicidas de personas con pareja estable fue frecuente una reciente ruptura de pareja por separación o divorcio (Cocaña Rodríguez, 1997). Por su parte, un estudio realizado en Queensland, Australia, halló que la separación, como categoría diferente a la de divorcio, conllevaría un riesgo suicida mucho mayor que este último. En ambos sexos, la separación generó un riesgo suicida por lo menos cuatro veces mayor que cualquier otro estado civil, y este riesgo fue particularmente alto en varones jóvenes de 15 a 24 años (Wyder et al., 2009).

3.1.2.5. Creencias religiosas.

A pesar de que se suele afirmar que la religión tendría una función protectora respecto del suicidio, revisiones sobre el tema destacan que la evidencia empírica para tal afirmación es inconsistente, lo que puede deberse al hecho de que la investigación en este campo es complicada, ya que son varias las dimensiones de la religión (afiliación, participación, doctrina) y del suicidio (ideación, intento, consumación). Al parecer, la afiliación religiosa no necesariamente protege contra la ideación suicida, pero sí contra los intentos suicidas, al igual que parece hacerlo la asistencia a los servicios religiosos (Lawrence et al., 2016). No obstante, los hallazgos de algunas investigaciones prestan apoyo empírico a la noción de que un alto grado de religiosidad puede desempeñar un papel protector contra el suicidio. Así, por ejemplo, en una muestra de inmigrantes latinos en Los

Ángeles - California, Estados Unidos, se reportó que la auto-percepción de la religiosidad, la influencia de la religión y la asistencia a la Iglesia se asociaron significativa y negativamente con ideación suicida (Hovey, 1999). Por otra parte, en pacientes con trastornos de personalidad del clúster B y con altos niveles de religiosidad, se reportó menor tendencia a pasar de las ideas suicidas a la consumación del suicidio (Dervic et al., 2006). Además, al parecer, las tasas de suicidio serían menores en musulmanes antes que en otras religiones (Bertolote & Fleischmann, 2002; Lester, 2006; Shah & Chandia, 2010), aunque no así en cuanto a las tasas de intento suicida (Lester, 2006; Shah & Chandia, 2010). No obstante, se recomendó tomar con precaución todos esos datos debido al sesgo que se puede producir por la propia presión social de aquellos países en los que se condena religiosa y/o judicialmente el suicidio (Gal et al., 2012).

3.1.3. Factores clínicos de riesgo suicida.

3.1.3.1. Conducta suicida previa.

Según un meta-análisis, intentos suicidas previos en la historia del paciente fueron reconocidos como el factor de riesgo que predice con más claridad la posibilidad de un futuro suicidio (Yoshimasu et al., 2008). En Europa se estimó que más del 50% de las personas que intentan suicidarse hace más de un intento suicida (Schmidtke et al., 1996). El riesgo de reincidir en la tentativa (Schmidtke et al., 1996; Tidelman et al., 2008) o incluso de consumar suicidio se mantiene elevado durante los 12 meses posteriores a la primera tentativa (Beautrais, 2003). Ese antecedente confiere un riesgo suicida que se estimó 30 veces más alto que en la población general, según un estudio realizado en Inglaterra (Cooper et al., 2005). Investigaciones en Finlandia reportaron que el riesgo suicida es extremadamente elevado inmediatamente después de una hospitalización por intento suicida (Haukka et al., 2008). Además, tratamiento psiquiátrico anterior, presencia de enfermedad somática e intención genuina de morir en el intento suicida previo sugirieron que el riesgo a largo plazo se mantiene alto durante más de una década (Suokas et al., 2001). Incluso se halló en ese país que los suicidios continúan acumulándose hasta casi cuatro décadas después del primer intento suicida (Suominen et al., 2004).

Por otra parte, un meta-análisis que indagó sobre la asociación entre conducta suicida paterna y riesgo suicida en hijos, reveló que, en efecto, la conducta suicida de los padres está asociada con un mayor riesgo de comportamiento suicida en los hijos. Los hallazgos sugirieron que el comportamiento suicida materno es un factor de riesgo más potente que el paterno, y que los niños son más vulnerables que los adolescentes y los adultos (Geulayov et al., 2012). En ese sentido, estudios prospectivos hallaron que en descendientes con riesgo de trastornos del estado de ánimo, la probabilidad de intento suicida es de entre 5 (Brent et al., 2015) a 6.5 veces mayor (Melhem et al., 2007), y casi 9 veces mayor en hijos de madres que alguna vez intentaron suicidarse en comparación con hijos de madres sin tendencias suicidas (Lieb et al., 2005).

3.1.3.2. Trastornos mentales.

3.1.3.2.1. Generalidades. De acuerdo a un meta-análisis, el suicidio es resultado de los trastornos mentales, debido a que prácticamente todos los trastornos psiquiátricos tienen un riesgo suicida aumentado, exceptuando el retraso mental y la demencia (Harris & Barraclough, 1997). En cambio, hay estudios que si bien señalaron que los trastornos mentales se encuentran entre los más fuertes predictores de suicidio (Nock et al., 2009) y de conductas suicidas (Nock et al., 2010), a su vez reconocieron que debido a los altos niveles de comorbilidad psiquiátrica, poco se sabe acerca de cuáles trastornos son singularmente predictivos de la conducta suicida. Estos estudios sugirieron que la mayor parte de las asociaciones comúnmente reseñadas se deben a trastornos que predicen la aparición de pensamientos suicidas (tal sería el caso de la depresión) más que predecir la progresión de pensamientos suicidas a intentos suicidas. En tanto que en los pocos casos en que los trastornos mentales predicen el paso desde pensamientos suicidas a intentos suicidas, serían significativos los trastornos caracterizados por ansiedad/agitación (p.e.: trastorno por estrés postraumático) y pobre control de los impulsos (p.e.: trastorno de conducta, trastorno por consumo de sustancias) (Nock et al., 2009, 2010).

De acuerdo a los resultados de meta-análisis sobre el tema, quienes consuman suicidio están afectados por algún trastorno mental, generalmente comórbido, en porcentajes que fueron señalados en 87% (Arsenault-Lapierre et al., 2004) a 91% de los casos (Cavanagh et al., 2003). En este sentido, un estudio realizado en Estados Unidos reportó altas tasas de presencia de trastorno mental y de trastornos comórbidos entre quienes realizaron intentos suicidas graves. Se halló que el 90.1% tenía algún trastorno mental al momento de la tentativa, y en el 56.6% de los casos padecían dos o más trastornos mentales. Conforme a ello se señaló que el riesgo suicida aumenta cuanto mayor es el número de diagnósticos psiquiátricos comórbidos, ya que sujetos con dos o más diagnósticos tenían 89.7 veces más de probabilidades de realizar un intento suicida grave que los que no tenían esos diagnósticos (Beautrais et al., 1996). Por su parte, un estudio realizado en Alemania halló que los sujetos con más de tres diagnósticos de trastorno mental tenían 18 veces más probabilidades de consumir suicidio que los sujetos sin diagnóstico (Wunderlich et al., 1998).

3.1.3.2.2. Trastornos del estado de ánimo. De los trastornos mentales asociados con suicidio, los más señalados suelen ser trastornos del estado de ánimo. Según amplias revisiones, la depresión es el trastorno más frecuente entre quienes mueren por suicidio, a nivel mundial (Hawton et al., 2013), y también se reportó entre los principales factores de riesgo suicida y de intento suicida en pacientes psiquiátricos de América Latina y el Caribe (Teti et al., 2014). Por otra parte, hay meta-análisis que destacaron la importancia del trastorno bipolar, en los subtipos I y II, en la contribución a la conducta suicida (Novick et al., 2010).

3.1.3.2.3. Trastornos de ansiedad. Sigue siendo un área controversial decidir si los trastornos de ansiedad son factores de riesgo para conducta suicida. Por una parte, estudios realizados en Estados Unidos informaron no haber detectado aumento significativo de riesgo suicida en pacientes con trastornos de ansiedad que no asociaran sintomatología depresiva (Beautrais et al., 1996). En ese mismo sentido, en ausencia de otros factores de riesgo no se halló asociación entre trastorno de pánico y conducta suicida (Warshaw et al., 2000). Por otra parte, en cambio, hay un amplio meta-análisis que si bien reconoce que reportes previos de riesgo suicida en pacientes con trastornos de ansiedad habían sido inconsistentes, no obstante advierte que el riesgo suicida en estos pacientes sería más alto de lo que se pensaba (Khan et al., 2002). Al respecto, los hallazgos de un estudio posterior realizado en Holanda mostraron que un trastorno de ansiedad preexistente es un factor de riesgo independiente para la posterior aparición de ideación e intentos suicidas en adultos (Sareen et al., 2005).

3.1.3.2.4. Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. En general, hay consenso en señalar que el riesgo de suicidio es mucho mayor en la esquizofrenia que en la población general (Harris & Barraclough, 1997; Hawton et al., 2005). Los hallazgos de una revisión y meta-análisis destacan que el riesgo de suicidio en pacientes con esquizofrenia se relaciona menos con los síntomas psicóticos principales del trastorno (p.e.: las alucinaciones se asocian con un menor riesgo) y más con los síntomas afectivos, con la agitación o con la inquietud motora, y con la conciencia de que la enfermedad está afectando el funcionamiento mental. A su vez, señalan que algunos factores de riesgo de suicidio en esquizofrenia son similares a los de la población general. Así, por ejemplo, se menciona

que el comportamiento suicida anterior es un factor de riesgo fuerte, y el uso indebido de drogas y los eventos de pérdida también parecen aumentar el riesgo. Los hallazgos más robustos fueron los que evidenciaron que el riesgo suicida está fuertemente asociado con trastornos afectivos comórbidos, síntomas afectivos específicos (agitación, sentimientos de inutilidad y desesperanza) y antecedentes de pensamientos suicidas, amenazas y actos suicidas no fatales (Hawton et al., 2005). Además de los mencionados, entre los factores de riesgo clínico para suicidio en esquizofrenia también se señaló al sexo masculino (Carlborg et al., 2010).

3.1.3.2.5. Trastornos relacionados con sustancias: trastornos por consumo de sustancias. De acuerdo a un meta-análisis reciente, hay evidencia suficiente de que el trastorno por consumo de alcohol aumenta significativamente el riesgo de ideación suicida, de intento suicida y de suicidio consumado (Darvishi et al., 2015). Una revisión halló que además del uso crónico de alcohol, el uso agudo del mismo también se asoció con conducta suicida (Cherpitel et al., 2004). Otra revisión señaló que trastornos psiquiátricos como psicosis, trastornos del ánimo y de ansiedad, junto con la susceptibilidad al estrés pueden aumentar el riesgo de comportamiento suicida, pero que también pueden tener influencias recíprocas con los patrones de consumo de alcohol. La retracción social, la ruptura de lazos sociales y la marginación social, los cuales son resultados comunes del abuso y de la dependencia del alcohol no tratados, pueden a su vez ser indicadores de un aumento del riesgo de suicidio (Pompili et al., 2010). Los resultados de un meta-análisis estimaron que el riesgo suicida en alcohólicos es seis veces superior al de la población general. En especial, la dependencia conjunta de múltiples sustancias se asoció a un riesgo de suicidio hasta veinte veces superior (Harris & Barraclough, 1997). En este sentido, un estudio realizado en Estados Unidos halló que la dependencia de drogas ilícitas y la depresión fueron más frecuentes entre sujetos que realizaron intentos suicidas con planificación – y estas tentativas se llevaron a cabo con mayor intencionalidad suicida, usualmente requiriendo tratamientos médicos –, mientras que intentos suicidas impulsivos fueron más probables de ser llevados a cabo por mujeres y personas con niveles más altos de agresión relacionada con el alcohol (Conner et al., 2006).

3.1.3.2.6. Trastornos de la conducta alimentaria. Revisiones sobre el tema destacan que el suicidio es una causa importante de muerte en trastornos alimentarios, principalmente en anorexia nerviosa (Franko & Keel, 2006; Pompili et al., 2006). Los datos relativos a suicidios en bulimia nerviosa y obesidad son todavía escasos y deben completarse más estudios de seguimiento a largo plazo antes de que el riesgo suicida en estos trastornos pueda ser comparado con el de anorexia nerviosa (Pompili et al., 2006). En cambio, los intentos suicidas son relativamente frecuentes en pacientes con bulimia nerviosa, aunque también lo son en pacientes con anorexia (Franko & Keel, 2006; Pompili et al., 2006). En ese sentido, un estudio reciente en Bélgica halló antecedente de intento suicida en el 11.8% de pacientes con trastornos alimentarios (Portzky et al., 2014).

Por otra parte, entre los correlatos clínicos de suicidalidad en trastornos de la conducta alimentaria se señalaron conductas de purga, depresión, abuso de sustancias, e historia de abuso físico y/o sexual en la niñez (Franko & Keel, 2006).

3.1.3.2.7. Trastornos de la personalidad. Una revisión sobre el tema destacó que entre pacientes con trastornos de personalidad que consuman suicidio, la mayoría de los casos corresponden a diagnósticos de trastorno límite, trastorno antisocial y, posiblemente, a trastornos de evitación y esquizoide (Duberstein & Conwell, 1997). Según un meta-análisis, el suicidio entre pacientes con trastorno límite de la personalidad es más frecuente que en la población general, y es más alarmante en las primeras fases de seguimiento que durante las fases crónicas de la enfermedad (Pompili et al., 2005). También se destacó que los trastornos de personalidad, especialmente el trastorno límite, tienen una particular relevancia en la conducta suicida, ya que pueden determinarla de varias formas: predisponiendo a trastornos mentales como depresión mayor o alcoholismo, conduciendo a problemas en las relaciones interpersonales y en el ajuste social, precipitando acontecimientos vitales indeseables o deteriorando la capacidad de afrontar un trastorno físico o mental (Duberstein & Conwell, 1997; Pompili et al., 2005).

3.1.3.3. Dimensiones psicológicas.

Una revisión de estudios publicados en inglés desde 1950 señaló que rasgos de personalidad tales como desesperanza, neuroticismo y extraversión pueden ser útiles

marcadores de riesgo para ideación suicida, intento suicida y suicidio consumado. Mientras que para otros rasgos de personalidad, como agresividad, impulsividad, irritabilidad, hostilidad y ansiedad las asociaciones fueron menos concluyentes (Brezo et al., 2006). Según otros estudios, impulsividad y agresividad – principalmente el subtipo agresión reactiva – son las dimensiones más relacionadas con la conducta suicida (Conner et al., 2003). Sin embargo, en estudios epidemiológicos realizados en Uruguay sobre suicidios e intentos suicidas, son múltiples las referencias que sitúan a la desesperanza en un eje central (Bailador et al., 1997; Dajas, 1990, 2001; Murguía, 1967; Pasturino et al., 2004; Puppo Touriz et al., 1981; Viscardi et al., 1994).

3.1.3.4. Enfermedades somáticas y estado de salud física.

Al igual que los trastornos mentales, las enfermedades físicas también pueden conducir a las personas a cometer suicidio. En un estudio retrospectivo de autopsias psicológicas de suicidas, realizado en Múnich, Alemania, en el 18.9% de los casos se halló una enfermedad física como la principal razón del suicidio, y en el 32.7% una enfermedad mental. Las enfermedades físicas de mayor frecuencia fueron cáncer, dolor crónico y enfermedad cardíaca (Fegg et al., 2016). En ese sentido, una revisión destacó que en comparación con los controles, el riesgo de suicidio parece cuanto menos duplicarse en pacientes con dolor crónico. En estos últimos, la prevalencia de por vida de intentos de suicidio se halló en valores de entre 5% y 14%. Entre los factores de riesgo de suicidio en dolor crónico esa revisión identificó el tipo, la intensidad y la duración del dolor, y el insomnio de inicio del sueño coincidente con el dolor. El desamparo y la desesperanza sobre el dolor, el deseo de escapar del dolor, el dolor catastrófico, la evitación del dolor y los déficits de resolución de problemas se destacaron como procesos psicológicos relevantes para la comprensión del suicidio en el dolor crónico (Tang & Crane, 2006).

La discapacidad física también fue asociada con mayor riesgo de ideación suicida de por vida, de acuerdo a los resultados de un estudio de base comunitaria realizado en Estados Unidos (Russell et al., 2009).

Por otra parte, entre los trastornos médicos asociados estadísticamente a un aumento de riesgo suicida, un meta-análisis identificó a VIH/SIDA, neoplasias malignas como un

grupo, cáncer de cabeza y cuello, enfermedad de Huntington, esclerosis múltiple, úlcera péptica, enfermedad renal, lesión de médula espinal y lupus eritematoso sistémico (Harris & Barraclough, 1994). En ese sentido, los resultados de un estudio reciente en Estados Unidos reportaron que el cáncer se asoció a riesgo suicida particularmente alto en los 90 días posteriores al diagnóstico inicial, mientras que enfermedades respiratorias se asociaron a riesgo elevado de suicidio en mujeres pero no en hombres. Por su parte, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), hipertensión arterial y diabetes se asociaron con mayores probabilidades de realizar intento suicida (Bolton et al., 2015). En tanto que entre las enfermedades asociadas con suicidio en ancianos, otros estudios realizados en ese país incluyeron principalmente: insuficiencia cardíaca congestiva, EPOC, incontinencia urinaria, dolor moderado y severo (Juurlink et al., 2004; Turvey et al., 2002)

3.1.3.5. Heredabilidad, biología de la conducta suicida y ambiente.

El riesgo relativo de realizar actos suicidas es casi cinco veces mayor entre los familiares de sujetos con conducta suicida en comparación con los familiares de los controles no suicidas, según indicó una revisión. Además, la asociación familiar parece ser mayor en función de la severidad de la conducta suicida, por lo que es menor en ideación suicida, aumenta en intento suicida y es mucho mayor en suicidio consumado (Baldessarini & Hennen, 2004).

De acuerdo a otra revisión, existe clara evidencia de que la actividad de tres sistemas neurobiológicos juega un papel en la fisiopatología de la conducta suicida. Estos incluyen: hiperactividad del eje hipotalámico-hipofisario-adrenal, disfunción del sistema serotoninérgico y excesiva actividad del sistema noradrenérgico (van Heeringen, 2003).

Por su parte, una revisión sistemática de estudios de suicidio en gemelos señaló que la totalidad de la evidencia sugiere fuertemente que hay contribuciones genéticas al riesgo de conductas suicidas. Así, la concordancia para el suicidio consumado es significativamente más frecuente entre parejas de gemelos monocigóticos que dicigóticos. Los estudios epidemiológicos de base poblacional demuestran una contribución significativa (estimaciones de heredabilidad 30-55%) de factores genéticos aditivos al fenotipo más amplio de la conducta suicida (pensamientos suicidas, planes e intentos) que

se superpone en gran medida a los diferentes tipos de conducta suicida y que es ampliamente independiente de la herencia de trastornos psiquiátricos (Voracek & Loibl, 2007). Sin embargo, a pesar de que los estudios de gemelos informaron esa significativa heredabilidad, los meta-análisis no lograron destacar una variante genética común asociada con el espectro total de la conducta suicida. Atento a ello, y dado que la conducta suicida se manifiesta debido a una combinación de factores biológicos, conductuales y sociales, un meta-análisis reciente sugirió que el alto grado de heterogeneidad de las variantes genéticas señaladas por diferentes investigaciones podría deberse a la falta de una distinción fenotípica entre intentos suicidas y suicidios consumados, ya que algunos hallazgos indicaron que determinados polimorfismos genéticos serotoninérgicos (5HTTLPR y rs1800532) se asocian significativamente con intentos suicidas pero no con suicidios (Clayden et al., 2012).

3.1.3.6. Factores ambientales: disponibilidad de métodos autolíticos.

En importante número, las muertes por suicidio son atribuidas a factores ambientales. De allí que el acceso a los medios (o métodos) de suicidio fue señalado como un importante factor de riesgo (OMS, 2014). El perfil de métodos de suicidio depende principalmente de la disponibilidad física de los mismos (Ajdacic-Gross et al., 2008), pero la disponibilidad y la preferencia por los medios específicos de suicidio también dependen de los contextos geográficos y culturales (OMS, 2014). Los factores ambientales que dan acceso directo o que facilitan la proximidad a los medios (incluyendo pesticidas, armas de fuego, las alturas, vías de ferrocarril, venenos, medicamentos, fuentes de monóxido de carbono o de otros gases hipóxicos y venenosos) aumentan el riesgo suicida (Ministerio de Salud de la Nación, 2008; OMS, 2014).

En un estudio sobre métodos suicidas, realizado en base a datos de 16 países de Europa participantes de la “Alianza Europea Contra la Depresión” (*European Alliance Against Depression*), ahorcamiento fue el método más prevalente entre hombres (54.3%) y entre mujeres (35.6%). En hombres, ese método fue seguido en frecuencia por utilización de armas de fuego (9.7%) y envenenamiento con drogas (8.6%). En mujeres, ahorcamiento fue seguido en frecuencia por envenenamiento con drogas (24.7%) y por saltar desde un lugar elevado (14.5%). En todos los países, los hombres tuvieron un riesgo mayor que las

mujeres de emplear armas de fuego y ahorcamiento como métodos, y un menor riesgo de envenenamiento con drogas, ahogamiento y saltos (Värnik et al., 2008). De acuerdo a un estudio realizado a partir de la base de datos de mortalidad de la OMS a noviembre de 2006 – el que trazó el primer panorama general de los perfiles de métodos en el plano internacional –, en general, métodos violentos y altamente letales suelen ser más frecuentes en hombres antes que en mujeres. Ese estudio halló que el envenenamiento por plaguicidas era frecuente en muchos países asiáticos y en América Latina, mientras que la intoxicación medicamentosa era frecuente en los países nórdicos y en el Reino Unido. Ahorcamiento era el método de suicidio más frecuente en Europa oriental, como lo eran las armas de fuego en Estados Unidos y el salto al vacío en grandes urbes como Hong Kong, en China. Además se observó que en muchos países, los suicidios con plaguicidas y por disparo con arma de fuego tienden a reemplazar los métodos considerados tradicionales, como ahorcamiento y salto al vacío (Ajdacic-Gross et al., 2008). En ese sentido, un estudio sobre suicidio en adolescentes y adultos jóvenes de 10 a 24 años de edad realizado en Argentina, también destacó la utilización predominante de los métodos ahorcamiento y disparo con arma de fuego (Serfaty et al. 2006).

En intentos suicidas suele ser predominante el uso de intoxicación psicofarmacológica como método. Algunos estudios destacaron la utilización de este tipo de método en relación a profesiones específicas, como el caso de médicos y enfermeras (Agerbo et al., 2007). Asimismo, el uso de ese tipo de método fue destacado principalmente entre adolescentes, según reportaron estudios realizados en diferentes países, entre ellos Argentina (Bella et al., 2008), México (González Forteza et al., 2002), Inglaterra (Hawton & Fagg, 1992) y Estados Unidos (Garfinkel et al., 1982), entre otros.

3.1.3.7. Factores temporales de riesgo suicida.

Las correlaciones establecidas entre mayor ocurrencia de suicidios y factores climáticos dentro del ciclo estacional, especialmente en lo atinente a la estacionalidad de la enfermedad depresiva, datan de los primeros estudios sociológicos sobre el suicidio (Durkheim, 1897/2006; Morselli, 1882). Sin embargo, investigaciones más recientes realizadas en Suiza corroboraron la noción de que la estacionalidad en el suicidio es más heterogénea y menos consistente que la reivindicada por estudiosos antiguos (Ajdacic-

Gross et al., 2005) y, en cambio, postularon que los diferentes ciclos estacionales principales dependen fundamentalmente de diferentes métodos de suicidio (Ajdacic-Gross et al., 2003). En este sentido, de acuerdo a la revisión de investigaciones epidemiológicas publicadas desde la década de 1990, también se afirmó que la estacionalidad del suicidio en países occidentales tiende a disminuir y que los diferentes ciclos estacionales parecen depender principalmente de diferentes métodos de suicidio (Ajdacic-Gross et al., 2010).

No obstante lo anterior, en la literatura especializada predomina aún la afirmación que postula un ciclo estacional para los suicidios consumados, el que de acuerdo a las revisiones sobre el tema, sitúa su mayor ocurrencia en primavera y comienzos de verano (Woo et al., 2012) y una baja en meses de otoño e invierno (Ajdacic-Gross et al., 2003). Otra revisión que también confirmó un pico en primavera, principalmente para hombres, individuos mayores y métodos violentos de suicidio, no obstante, señaló un pico secundario durante el otoño (Christodoulou et al., 2012). Por su parte, un estudio realizado a partir de datos de suicidio del periodo 2000-2004 en Estados Unidos, halló prevalencia significativamente mayor de suicidios en meses de verano. Según días de la semana, los individuos eran más propensos a quitarse la vida los miércoles (Kposowa & D'Auria, 2010). Otra investigación que se basó en datos del año 1997 en ese mismo país, encontró ocurrencia de suicidios por encima del promedio en meses de febrero y marzo (invierno), y de intentos suicidas en abril y mayo (primavera). En cambio, según días de la semana tanto los suicidios como los intentos suicidas se caracterizaron por su excesiva ocurrencia los lunes y martes (Miller et al., 2012). En Cádiz, España, durante el periodo 1999-2003 se informó mayor incidencia de suicidios en meses de invierno (diciembre, enero y febrero), seguidos muy de cerca por meses de verano (junio, julio, agosto). Por días de la semana, los suicidios alcanzaron una mayor incidencia los sábados (Romero Palanco et al., 2007).

En cuanto a intentos suicidas, durante los años 2007 a 2009 en Argentina se reportó mayor cantidad de intentos suicidas en enero (verano). La frecuencia según sexo en general fue pareja en el transcurso de los años, excepto en los meses de junio, julio y octubre en los que se observó que las mujeres superaron a los hombres hasta casi duplicar la cifra. Los días de la semana en que se registraron mayor cantidad de intentos suicidas fueron domingo y, en segundo lugar, lunes (DEIS y Ministerio de Salud de la Nación, 2011). En contraste,

por ejemplo en Granada, España, se reportó mayor cantidad de casos de intentos suicidas en marzo y abril (primavera) para hombres, y en enero (invierno) para mujeres. Por días de la semana, los casos fueron más frecuentes los viernes en ambos sexos (Mejías et al., 2011).

Por su parte, el estudio de Wenz (1977) que evaluó la relación entre dos componentes de la soledad – soledad presente y futura – y la estacionalidad de intentos suicidas, halló frecuencias máximas de intentos suicidas en primavera e invierno. Las puntuaciones medias de la escala de soledad presente y futura también fueron mayores en esas temporadas. Dado que se especuló con que las personas pueden posponer actos de intento suicida con el fin de participar e involucrarse emocionalmente en ceremonias anuales importantes, para el autor esto explicaría el patrón estacional en intento suicida y en formas específicas de la soledad.

3.2. ENFOQUE PSICOANALÍTICO DEL SUICIDIO.

3.2.1. Principales desarrollos psicoanalíticos sobre el suicidio.

3.2.1.1. Concepción freudiana.

Freud no estudió sistemáticamente los actos suicidas pero se encuentran diversas consideraciones sobre ellos a lo largo de su obra. En sus primeras aproximaciones, abordó el suicidio en relación a los propósitos inconscientes subyacentes a los yerros que pueden causar graves daños a quienes los cometen. Estableció que además del suicidio deliberado consciente, existe una autoaniquilación semi-deliberada, con propósito inconsciente, que explota un riesgo mortal y lo enmascara como azaroso infortunio. Así, un suicidio podía ser el desenlace de un conflicto psíquico entre pulsiones opuestas, donde gravita una tendencia a la autopunición exteriorizada frecuentemente como autorreproches o bien prestando su aporte a la formación de síntoma (Freud, 1901/1991).

En referencia al intento suicida presentado en el historial clínico de histeria conocido como el caso Dora, Freud señaló el estatuto de llamado, propio de algunos actos suicidas. Además, expuso la dinámica de procesos identificatorios allí operantes y los nexos de ese acto con la conflictiva edípica (Freud, 1905 [1901]/1992).

En relación a un caso de neurosis obsesiva, expuso la relación entre suicidio, ira inconsciente contra otra persona, reproches y culpa (Freud, 1909/1992a, 1909/1992b). Formalizó la tesis de acuerdo a la cual los impulsos suicidas neuróticos resultaban ser, por regla general, unos autocastigos por deseos de muerte dirigidos a otros (Freud, 1913 [1912-1913]/1991), aunque sólo pudo completar esa tesis años más tarde, al avanzar sobre la comparación entre duelo y melancolía. En base al análisis de esta última, explicó que el yo sólo puede darse muerte si puede tratarse a sí mismo como objeto y dirigir contra sí la hostilidad que recae sobre un objeto, que subroga la reacción originaria del yo hacia objetos del mundo exterior. Ello es posible cuando se produce una regresión libidinal, desde una elección narcisista de objeto cuya investidura fue cancelada, hacia una identificación. Mediante esta identificación narcisista el sujeto erige el objeto resignado en el interior del yo propio, la sombra del objeto cae sobre el yo, y éste es sojuzgado entonces por una instancia particular como lo sería ese objeto, sufriendo todas las agresiones y manifestaciones de venganza que estaban reservadas a aquel. De esa manera, la pérdida del

objeto se mudó en una pérdida del yo, y el conflicto entre el yo y la persona amada, en una bipartición entre el yo crítico y el yo alterado por identificación (Freud, 1917 [1915]/1992). Así, al haber postulado que la ira del enfermo recaía a la vez sobre el yo propio y sobre el objeto amado-odiado, la inclinación de los melancólicos al suicidio se volvió más comprensible (Freud, 1917 [1916-1917]/1991c).

Al elucidar un caso de homosexualidad femenina, Freud volvió a abordar otro intento suicida en relación al drama edípico, subrayando los componentes de aquel que representaban, por una parte, un cumplimiento de deseo y, por otra, un cumplimiento de castigo (autopunición) (Freud, 1920/1992b).

A ese tiempo, Freud retomó un fenómeno clínico que ya había llamado su atención, a saber, el de la compulsión de repetición. Aquí, al hacer explícito el problema de la destructividad – el que tuvo un papel cada vez más prominente en su obra –, atribuyó a la compulsión de repetición las características de una pulsión (Freud, 1920/1992a), y esto le permitió plantear una dicotomía entre Eros y las pulsiones de muerte (Freud, 1923/1992). Al entramado entre lo pulsional y la compulsión de repetición lo ubicó en el hecho de que una pulsión es un esfuerzo, inherente a lo orgánico vivo, de reproducción de un estado anterior que lo vivo debió resignar bajo el influjo de fuerzas perturbadoras externas, y con esto destacó además el carácter conservador de la vida pulsional. Postuló que la meta de toda vida es la muerte, ya que lo inanimado estuvo ahí antes que lo vivo, y por esto es que la primera pulsión es la de regresar a lo inanimado (Freud, 1920/1992a). La pulsión de muerte, entonces, es la encargada de reconducir al ser vivo orgánico al estado inerte, mientras que, antagónicamente, el Eros persigue la reunión, la síntesis, para conservar la vida:

Así las cosas, ambas pulsiones se comportan de una manera conservadora en sentido estricto, pues aspiran a restablecer un estado perturbado por la génesis de la vida. La génesis de la vida sería, entonces, la causa de que esta última continúe y simultáneamente, también, de su pugna hacia la muerte; y la vida misma sería un compromiso entre estas dos aspiraciones. Se diría, pues, que la pregunta por el origen de la vida sigue siendo cosmológica, en tanto que la pregunta por su fin y propósito recibiría una respuesta dualista. (Freud, 1923/1992, pp. 41-42).

Junto con lo anterior, señaló que mientras que las pulsiones de muerte son, en lo esencial, mudas, casi todo el alboroto de la vida, en cambio, parte del Eros. Según esta concepción, las pulsiones de destrucción que están dirigidas hacia fuera fueron desviadas del sí-mismo propio por la mediación del Eros (Freud, 1923/1992). Pero frente a ello, señaló a su vez el irremediable antagonismo entre las exigencias pulsionales y las restricciones impuestas por la cultura, la cual moviliza todo para poner límites a las exteriorizaciones de las pulsiones agresivas de los seres humanos (Freud, 1930 [1929]/1992). A ese respecto observó que el cumplimiento de los requerimientos del proceso cultural plantean la paradoja de que el ser humano, mientras más limita su agresión hacia afuera, tanto más severo se torna en su ideal del yo y, por ende, tanto más aumenta la inclinación de su ideal a agredir a su yo (Freud, 1923/1992).

Por ese tiempo Freud retomó el tema del suicidio para exponer la severidad hipercrítica con que el superyó juzga al yo en la melancolía. Señaló que en este caso, el superyó es como un cultivo puro de la pulsión de muerte, que cuando el yo no logra defenderse de él mediante el vuelco a la manía, logra efectivamente empujar al yo a la muerte. Agregó que aunque en determinadas formas de la neurosis obsesiva los reproches de la conciencia moral son igualmente penosos y martirizadores, por oposición a lo que ocurre en la melancolía, el neurótico obsesivo no llega por eso a darse muerte, ya que la conservación del objeto le garantiza la seguridad de su yo (Freud, 1923/1992).

A la postre, señaló que entre los neuróticos que se dañan a sí mismos, incluyendo a los que consuman suicidio, hay algunos en quienes la pulsión de autoconservación experimentó un trastorno. Supuso que en ellos sobrevinieron vastas desmezclas de pulsión, a consecuencia de las cuales se habrían liberado cantidades hipertróficas de la pulsión de destrucción vuelta hacia adentro (Freud, 1940 [1938]/1991).

3.2.1.2. Categorías conceptuales del suicidio.

En psicoanálisis, el suicidio, como clase de todos los suicidios particulares, no tiene una estructura que lo singularice en su universalidad (Jinkis, 1986), sino que más allá de las distinciones de estructura – neurosis, psicosis, perversión – el abanico de acciones suicidas adquiere estatutos diferentes como pasaje al acto, *acting out*, acto o acto fallido, en función

de las vicisitudes del objeto del fantasma (Pipkin, 2009). No obstante, señala Jinkis (1986) que ello no impide que alguna “estructura” intervenga en la determinación de cada suicidio, entendiendo aquí por estructura a esos cuatro últimos conceptos, los que suelen compartir una referencia en la fenomenología de la clínica que adopta una forma dilemática y que se acompaña de la devaluación de un sentido: o la vida se volvió incompatible con algún valor, o la vida se volvió insostenible por algún sufrimiento.

El psicoanálisis develó que se debe tener presente la manera en que cada sujeto se relaciona con el Otro del lenguaje y con el objeto causa de deseo, para derivar de allí una estructura de las acciones humanas y las diversas manifestaciones que permitan comprenderlas en esta lógica como *acting out*, pasaje al acto y acto. En ese sentido, el psicoanálisis hizo una ruptura con los modelos que quieren subsumir las tentativas suicidas como fracaso de los suicidios consumados porque incluyó una dimensión subjetiva en los comportamientos junto con una concepción estructural del sujeto. En su conjunto – y fundamentalmente desde la elaboración de Lacan –, esa concepción de sujeto lleva a pensar que las manifestaciones subjetivas, entre ellas las tentativas de suicidio y los suicidios consumados, pueden ser sumidas en una lectura que incluye un vacío en su interior y a un sujeto que responde allí (Arango Bermúdez y Martínez Torres, 2012).

Como explicó Pipkin (2009), la fórmula del fantasma supone un tejido bajo la primacía del principio de placer. Pero el objeto *a* de dicha fórmula aloja el goce, que no cae bajo el principio de placer. Cuando la trama del fantasma deja de constituirse en soporte, ese goce propio del objeto se apodera del sujeto. En estos casos, el objeto *a* no es ya hacia lo que tiende el sujeto del deseo, sino por el contrario es lo que antecede como angustia y lo empuja a las actuaciones.

3.2.1.2.1. *Acting out*. El concepto de *acting out* sitúa su origen en el contexto de un historial clínico freudiano a partir del término alemán *agieren*, utilizado por entonces para referir al hecho de que Dora actuaba un fragmento esencial de sus recuerdos y fantasías, en lugar de reproducirlos en la cura (Freud, 1905 [1901]/1992). En varios trabajos Freud (1912/1991, 1914/1991) volvió sobre ese tema para puntualizar que en el marco de la transferencia, en general, el analizado no reproduce nada de lo reprimido como recuerdo, sino que en consonancia con la atemporalidad propia de lo inconsciente, lo repite como

acción, lo actúa sin saber que lo hace. Freud (1914/1991) indicó que entre mayor fuese la resistencia tanto más sería sustituido el recordar por el actuar, denotando en este último la injerencia de la compulsión de repetición

El estatuto de llamado propio de algunos actos suicidas que señaló Freud (1905 [1901]/1992), fue retomado por Lacan (1962-1963/2006) quien lo instauró como una de las características del *acting out*. Así, destacó como propio de todo *acting out* el carácter esencial de mostración del objeto causa de deseo hallado en su orientación hacia el Otro y afirmó que “el *acting out* es un síntoma” (p. 138). No obstante, al ser un llamado al Otro, el *acting out* tiene la particularidad de llamar a la interpretación, lo que lo diferencia del síntoma, ya que este último, en su naturaleza, es goce revestido, se basta a sí mismo. El síntoma es del orden de lo que Lacan distinguió del deseo como goce, en cuanto este último se dirige hacia la Cosa, por lo que una vez atravesada la barrera del principio de placer dicho goce puede traducirse como *Unlust* (displacer). Además, Lacan sostuvo la relación freudiana establecida entre *acting out* y transferencia, indicando que a diferencia del síntoma, el *acting out* es el esbozo de la transferencia, como transferencia salvaje.

3.2.1.2.2. Pasaje al acto. Introducido en oposición al concepto de *acting out*, el concepto de pasaje al acto fue una invención lacaniana, cuya delimitación fue posible debido a la construcción del concepto de estructura, a la distinción de los registros Real, Simbólico e Imaginario, y a la invención del objeto *a* (Muñoz, 2009). El concepto de pasaje al acto conservó un valor clínico transestructural en la enseñanza lacaniana, el que no desapareció con la delimitación del concepto de acto analítico (Muñoz et al., 2011).

Lacan (1962-1963/2006) conceptualizó al pasaje al acto y al *acting out* como respuestas a la angustia, pero los distinguió por su oposición retomando algunos aspectos de historiales clínicos freudianos. Freud (1920/1992b) había subrayado la identificación del sujeto al objeto en suicidios e intentos suicidas serios al ubicarlos en relación al dejarse caer (*niederkommen lassen*). Lacan (1962-1963/2006) ligó esa identificación a la función de resto del objeto *a*, y expuso que ese dejar caer era el correlato esencial del pasaje al acto al señalar que “El *niederkommen* es esencial en toda súbita puesta en relación del sujeto con lo que él es como *a*” (p. 123).

En relación a lo anterior, cabe citar aquí parte de un trabajo de Muñoz (s.f.) en el que se presenta una articulación entre el pasaje al acto y el par alienación-separación – operador conceptual central del *Seminario 11* (Lacan, 1964/2005) –. En dicho trabajo Muñoz (s.f.) expuso que el pasaje al acto queda del lado de la separación por su dirección de salida de la escena, por su precipitación fuera de la escena del Otro allí cuando el sujeto es reclamado a ocupar un lugar en ella, subrayando la exclusión fundamental que padece. Así, la identificación del sujeto con el *a* se reordena según una lógica por la cual, preso de una dificultad extrema para hacer frente a la escena, el sujeto se identifica en forma absoluta a la causa de su deseo en tanto rechazada y se separa tajantemente del campo del Otro. La prescindencia de la mirada del Otro deviene separación radical de la escena del Otro, siendo el pasaje al acto suicida el paradigma de semejante separación.

En referencia a la fórmula del fantasma, Lacan (1962-1963/2006) indicó que el pasaje al acto está del lado del sujeto en tanto que éste aparece borrado al máximo por la barra y queda fuera de la escena como objeto caído. Estableció la estructura misma del pasaje al acto con sus dos condiciones, el embarazo y la emoción, que lo determinan como una abrupta salida de la escena, sólo realizable por el “dejar caer”:

El momento del pasaje al acto es el de mayor embarazo del sujeto, con el añadido comportamental de la emoción como desorden del movimiento. Es entonces cuando, desde allí donde se encuentra – a saber, desde el lugar de la escena en la que, como sujeto fundamentalmente historizado, puede únicamente mantenerse en su estatuto de sujeto – se precipita y bascula fuera de la escena (p. 128).

Como señaló Muñoz (2009), en la formalización lacaniana del pasaje al acto se destaca su dimensión de quiebre o ruptura con el Otro, en la que se constata el rasgo de la disolución del sujeto. El pasaje al acto no supone la operatividad de la represión sino que hay algo en su condición de indecible, de puesta en acto de la barradura fundamental del sujeto que no responde a la lógica de las formaciones del inconsciente. Explicó que en cuanto a la primera condición del pasaje al acto, el “embarazo”, Lacan propuso el término *embarras*, que literalmente se podría traducir como *embarrado*, es decir atravesado por la barra. Una situación embarazosa es estar puesto como sujeto bajo la barra, en una dimensión intensa de la división subjetiva, más intensa que la del síntoma:

En el *embarazo*, la división del sujeto es como una división contra sí mismo. Pues no encuentra tras qué parapetarse, es decir cuando se pierde el parapeto, ya sea de la defensa narcisística, ya sea del significante fálico o de los emblemas. Tras la pérdida del parapeto aparece el embarazo de no hallar dónde parapetarse, situación embarazosa de un sujeto a punto de caer, desfallecer. Entonces, la situación de *embarazo* es un momento *pre-pasaje* al acto, con fenómenos muy próximos a la angustia (p. 140).

En cuanto a la segunda condición, la “emoción”, es un estado de agitación de la motilidad que irrumpe y conmueve al sujeto, el que se encuentra invadido por la pulsión. Lacan (1962-1963/2006) situó la emoción a partir del vector del movimiento, por lo que explicó Muñoz (2009) que la emoción no tiene objeto, sino que de lo que se trata allí es de una invasión del sujeto en el plano de la pulsión que no lo lleva en la dirección de una acción precisa: “Un sujeto emocionado pierde la coordinación de sus movimientos, que se presentan desordenados, al modo de impulsos” (p. 141).

Finalmente, Muñoz extrajo de la enseñanza de Lacan que en esas dos formas de la acción humana que son el pasaje al acto y el *acting out*, se juega algo del atravesamiento propio del acto:

Que aun cuando un sujeto no llega al franqueamiento del acto por su inhibición, el *acting out* y el pasaje al acto son modos paradójicos y desviados de expresar el deseo que no alcanza el acto. En este punto pasaje al acto y *acting out* no se distinguen: expresan el deseo, aunque sus modos de hacerlo tengan una estructura opuesta entre sí, y extraviada respecto del *acto* (p. 202).

3.2.1.2.3. Acto y acto fallido. Lacan situó el hecho de que en todo acto hay algo que se le escapa al sujeto (Lacan, 1967-1968). Postuló que la muerte no es abordable más que por un acto, el que para ser logrado precisa de alguien que se suicide. En ese sentido, para el obsesivo la muerte es un acto fallido (Lacan, 1974-1975). Expuso que el único acto que en definitiva sería un acto logrado, sería, si pudiese serlo, el suicidio (Lacan, 1972/2012). Dijo que “el suicidio es el único acto que tiene éxito sin fracaso. Si nadie sabe nada de él, es porque procede del prejuicio de no saber nada” (Lacan, 1970-1974/1993b, p. 126). No obstante, insistió en que no hay acto más que fracasado, y que inclusive esa es la única condición para una apariencia de éxito. A lo que agregó que es sin duda por lo que el suicidio merece objeción, porque no es necesario que permanezca como tentativa para ser

igualmente fracasado, completamente fracasado desde el punto de vista del goce (Lacan, 1972/2012).

3.2.1.2.4. Acto. Lacan reconoció en el *seppuku* un acto, al que calificó de acto sin ambigüedades. Afirmó que “un acto verdadero, tiene siempre una parte de estructura, porque concierne a un real que no se da allí por descontado” (Lacan, 1964/2005, p. 58).

Indicó que el acto tiene la particularidad de responder a la lógica del *après-coup*, a la que enlazó el valor significativo que podía tomar el suicidio (Lacan, 1953/1997, 1962-1963/2006). Retomando lo que Freud (1920/1992a) expuso como el más allá del principio de placer y relacionándolo con la reacción terapéutica negativa (Freud, 1923/1992), Lacan (1957-1958/1999) señaló en la tendencia al suicidio de algunos sujetos la presencia de un deseo que se articula, no sólo como deseo de reconocimiento sino como reconocimiento de un deseo, para la cual el significante es su dimensión esencial. Y agregó:

Cuanto más se afirma el sujeto con ayuda del significante como queriendo salir de la cadena significativa, más se mete en ella y en ella se integra, más se convierte él mismo en un signo de dicha cadena. Si la anula, se hace él más signo que nunca. Y esto por una simple razón – precisamente, tan pronto el sujeto está muerto se convierte para los otros en un signo eterno, y los suicidas más que el resto. Por eso, ciertamente, el suicidio posee una belleza horrenda que lleva a los hombres a condenarlo de forma tan terrible, y también una belleza contagiosa que da lugar a esas epidemias de suicidio de lo más reales en la experiencia (pp. 253-254).

Como señaló Muñoz (s.f.), se debe considerar que el suicidio pueda ser un acto y no un pasaje al acto, esto es, una muerte decidida cuyas determinaciones son otras que las del pasaje al acto suicida. En ese sentido, Tendlarz y García (2008) observan que se hace notorio que no todas las acciones humanas se realizan en el marco de urgencia y perentoriedad que caracterizan la estructura del *acting out* y del pasaje al acto. Algunas se realizan en el contexto de una decisión, la cual resulta:

De un proceso subjetivo, caracterizado por Lacan, por la presencia de tres tiempos llamados lógicos: el instante de ver, el tiempo de comprender y el tiempo de concluir. El primero y el último funcionan en la instantaneidad. En cambio, el segundo, el tiempo de comprender, en la continuidad. La decisión que conduce al acto respeta la secuencia de estos tres tiempos, puesto que es tomada luego de haber agotado y pasado por el *impasse* que supone el tiempo de comprender (p. 24).

En el suicidio acto, el sujeto sigue por completo el curso de esa temporalidad. Aquí no se habla de una precipitación sino de una decisión ética del sujeto que sigue la ley de su historia significativa (Izcovich, 2005). En efecto, mientras que en el pasaje al acto la amenaza de la representación problemática señalada por la angustia empuja al sujeto a un cortocircuito en el tiempo de comprender y lo precipita al momento de concluir, en el suicidio acto, en cambio, se juegan los tres tiempos del tiempo lógico. El tiempo para comprender implica un cálculo subjetivo, el cual tiene un límite, la x del deseo del Otro que Lacan escribió $S(\bar{A})$. La angustia emerge entre el tiempo de comprender y el momento de concluir. Si ante ese cálculo se detiene, se habla de inhibición. Si lo supera, se habla de franqueamiento de la hiancia de lo simbólico. Además, el pasaje al acto tiende a repetirse, lo que no ocurre con el acto (Fleischer, 2004).

3.2.2. La urgencia subjetiva como clínica.

3.2.2.1. La urgencia subjetiva.

Para el abordaje de los efectos de la civilización del trauma, el psicoanálisis desarrolló conceptos que caracterizan a la clínica psicoanalítica de la urgencia, precisando el abordaje de esta última en términos de urgencia subjetiva.

Históricamente, si bien Freud describió sintomatologías propias de la urgencia en algunos historiales clínicos, a diferencia del trauma, la urgencia no tuvo un estatuto conceptual en su obra ni fue elevada a la categoría de problemática clínica específica (Delgado, 2011). En la enseñanza lacaniana se halla una breve mención a la labor del psicoanalista para responder a ciertas urgencias subjetivas (Lacan, 1966/1997). No obstante, la sistematización de la urgencia subjetiva como problemática clínica específica, es una categoría reciente (Delgado, 2011).

Lacan (citado en Sotelo y Belaga, 2008) situó a la urgencia como lo imposible de soportar para un sujeto al que ya nada divierte. Lo imposible refiere allí a lo real, sin imaginario que lo cubra. En las urgencias, lo imposible de soportar es el quedar inmerso en la repetición de lo mismo donde la dimensión del sujeto aparece totalmente arrasada (Sotelo, 2007a).

La clínica de la urgencia no es una clínica del inconsciente, pues esta última es la clínica de los efectos de la pérdida (Laurent citado en Palomera, 2005). La clínica contemporánea, que en psicoanálisis se caracteriza como la clínica del Otro que no existe, pone en evidencia nuevas modalidades de goce, síntomas que no se organizan alrededor del Nombre del Padre y que dejan al sujeto cada vez más desamarrado del lazo al Otro y librado a lo mortífero del goce pulsional. En la respuesta que propone el psicoanálisis a la aparición de nuevos síntomas y nuevas angustias en la civilización del trauma, de lo que se trata es de sintomatizar el goce para hacerlo compatible con la vida (Torres, 2006).

Cuando se habla de urgencia subjetiva, es el carácter singular el que se debe encontrar en la demanda de quien consulta y el goce que se capta a partir de ella (Seldes, 2005). No obstante, y sin por esto desconocer ni desatender la singularidad de cada caso, en

la clínica de la urgencia se halla que los modos de esta presentación clínica siempre confrontan al sujeto con el exceso (Sotelo, 2009). En relación a ello, se propuso pensar la clínica de la urgencia subjetiva como un correlato clínico e incluso como una respuesta al fenómeno de la generalización del trauma (Belaga, 2004). De acuerdo a Belaga (2005) lo que está en juego aquí es algo del orden de un cambio del estatuto de la urgencia. Por ello, puntuó que el término urgencia subjetiva designa a una nueva forma clínica, como nuevo síntoma emparentado al malvivir, pero que también abarca un aspecto de la tradicional urgencia psiquiátrica, que enfrenta a un verdadero agujero en el discurso, a lo indecible. La urgencia generalizada, que entonces comprende las urgencias subjetivas – la crisis, en el sentido que le es inherente la carencia de recursos simbólicos y la prevalencia de la dimensión del actuar (Sotelo et al., 2014) – y aspectos de la tradicional emergencia psiquiátrica, habla de un traumatismo, tanto en el nivel de lo colectivo como en el de lo singular, donde se halla una impotencia del discurso a la hora de leer el acontecimiento (Belaga, 2005).

La urgencia se constituye como un fenómeno que toca lo real, como modalidad temporal que responde, en la forma de trauma, a la emergencia de lo que hace agujero (Laurent, 2004). En la clínica psicoanalítica de las urgencias subjetivas se nombra a la urgencia como un conjunto compuesto, que reúne la presencia de dos elementos articulados: el de un padecimiento sin velo, sin trama de representación psíquica, y el de la cuestión del tiempo (Delgado, 2011).

En cuanto al primer elemento, el campo de la urgencia subjetiva es el de las rupturas de la cadena significante, con el efecto mortificante de que el sujeto no pueda representarse (Belaga, 2004). Asimismo, el campo de las urgencias es más bien el campo del pasaje al acto, y no el del deslizamiento del sujeto por la cadena significante (Palomera, 2005).

En cuanto al tiempo de la urgencia, este está signado por la abrupta ruptura del sentido (Zack, 2005). El tiempo de la urgencia implica la dimensión de un acontecimiento que tiene el carácter de algo abrupto para el equilibrio psíquico del sujeto. La dimensión del apremio y de la prisa en la urgencia se presenta descriptivamente como desborde, verborragia, desesperación o también como mutismo inmovible, que puede también

tener el carácter de una impulsión, con todos los riesgos que implica tanto para sí mismo como para otros (Delgado, 2011).

3.2.2.2. Fenómenos clínicos en la urgencia subjetiva.

De acuerdo a Belaga (2006), prácticamente toda la constelación de fenómenos que aparecen en la urgencia subjetiva pueden reducirse a dos órdenes clínicos emplazados en la estructura, fenómenos clínicos que no engañan: la angustia y la certeza. A su vez, estos dos fenómenos conforman en la urgencia subjetiva una clínica correlativa, tanto para neurosis como para psicosis. En la primera, por la presentificación del enigma del deseo del Otro. Y en la segunda, debido a la emergencia del Otro goce. De tal manera que, en ambas, la orientación de lo real permite suponer un sujeto que padece de la ausencia de referencias y que requiere del despliegue de la danza significativa para la producción de un sentido ausente.

En cuanto a la angustia, en las situaciones de crisis ella es desbordante (Seldes, 2005). Tal como la estableció Lacan (1962-1963/2006), la angustia es un afecto que no engaña, se caracteriza por ser lo fuera de duda. Como indica Muñoz (2009), ese atributo de la angustia es extensivo a la certeza y hace referencia a lo real como aquello que, siendo externo a la simbolización, no se deja articular por el equívoco significativo. La angustia entonces, es un afecto que no engaña porque supone una certeza; y si la angustia supone una certeza, cuando hay angustia hay presentación de lo real.

En cuanto a la certeza, esta remite a la significación en cuanto tal, al hecho de que hay significación, aun cuando no se sepa cuál. Se trata allí de una significación que fundamentalmente no remite más que a sí misma y que por ello, permanece irreductible (Lacan, 1955-1956/2002). Al respecto cabe señalar que Lacan (1957-1958/1997) puso en relación perplejidad y certeza, al referirse a los fenómenos que, por el hecho de que el efecto de significación se adelanta en ellos al desarrollo de ésta, fueron llamados erróneamente intuitivos. Afirmó que en ellos “se trata de hecho de un efecto del significativo, por cuanto su grado de certidumbre (grado segundo: significación de significación) toma un peso proporcional al vacío enigmático que se presenta primeramente en el lugar de la significación misma” (p. 520). De modo que la experiencia enigmática del

sujeto se halla situada en el lugar de la significación misma. Sobre la enunciación de esos enunciados, como observó Solano (1994), el advenimiento de un grado segundo de la significación implica la existencia de un grado primero. De modo tal que en ese grado uno hay una falla, un vacío de significación escrito como s_0 que se traduce por la imposibilidad del sujeto de responder lo que ese enunciado significa. En el grado segundo, en ese vacío de significación se inscribe una significación de significación bajo la forma de la certeza, escrita como $s(s_0)/s_0$. La certeza del sujeto, $s(s_0)$, concierne entonces al hecho de que el sujeto está implicado en su ser. La certeza, como significación segunda, sustituye al vacío inicial de la significación pero no excluye el sentimiento de perplejidad porque designa una significación que es indeterminada.

3.2.2.3. Forma de la interpelación en la urgencia.

De acuerdo a Zack (2005), las urgencias, los traumas, no sólo son el efecto de causas claramente instituidas, o de causas que provienen de catástrofes claramente ubicables, ya que en lo que se llama urgencia subjetiva se trata de una causa que es ignorada, inespecífica. Se trata de sujetos que recién admiten proferir una demanda cuando despiertan en el límite, cuando se encuentran inmersos en una situación que los desborda, como es el caso, por ejemplo, de intentos manifiestos de suicidio. Un atributo que les es común a los que llegan a esas situaciones de urgencia, es que son sujetos que se caracterizan por rechazar una saludable preocupación por sí mismos, por instalarse bien en el mal del goce que los invade; son sujetos sostenidos en identificaciones que condicionan esta característica. Suele tratarse de sujetos que a través de la urgencia se presentan al Otro, como una forma de conminarlo a encontrar una salida a su malestar. Es una manera de tratar de obtener una respuesta, signada por la prisa, sin haber transitado por la pregunta previa que daría forma a una demanda que los implique subjetivamente.

Según Brignoni (noviembre 2008), la urgencia no se plantea como una demanda ya que en su mismo enunciado no tiene en cuenta al Otro. En ese sentido, señaló que hay algo de la soledad más radical en la urgencia que interpela al Otro que la recibe. Que no haya demanda, sin embargo, no significa que en la urgencia no haya un llamado. Hay un llamar, si se quiere, a un lugar vacío, en un tiempo precipitado, en el que el lugar del Otro ha de constituirse. Señaló que si se entiende entonces a la urgencia como un llamado sin Otro, se

puede comprender mejor por qué la época actual está caracterizada e impregnada de la misma, hallándose individuos en soledad, sujetos sin brújula. Consistentemente con ello, cabe señalar que para Soler (2000-2001) el clamor que caracteriza al discurso contemporáneo – junto con el sin-sentido y el narcisismo –, en tanto es la voz del sufrimiento sin dirección, se distingue de la demanda, por cuanto ésta es la voz del sufrimiento dirigida al Otro.

3.2.2.4. Delimitación del límite: definir una zona de riesgo.

Otra veta en el abordaje del concepto de urgencia es la de interrogar la cuestión del límite que define una zona de riesgo. El psicoanálisis enseñó que el riesgo vital en el hombre no desencadena automáticamente un instinto de vida. Atento a ello, la cuestión del riesgo, y sobre todo del riesgo vital, resulta ser fundamentalmente compleja.

El vector de muchos trabajos va desde la urgencia, definida como límite donde el sujeto siente que no puede escapar y que está en riesgo, hacia la emergencia subjetiva. Así, se dice que el eje para evaluar las urgencias es la angustia y el riesgo subjetivo. Al respecto, se indica que hay riesgo subjetivo donde se escucha el encierro de un sujeto y la pérdida de un sentido de vivir (Fernández, 2005 citado en Garro, 2013).

Para Martin-Mattera (2005) la cuestión del límite es una cuestión entre estabilidad e inestabilidad, donde la inestabilidad aparece en una primera lectura como indeseable. No obstante, señaló que la inestabilidad o ruptura del equilibrio es, por otra parte, una condición necesaria para la creación.

Siguiendo a Guillen et al. (2011) delimitar una zona de riesgo requiere simultáneamente definir una zona de seguridad, una zona protegida, donde los recursos de que se dispone y la posibilidad de utilizarlos sean suficientes para preservar la vida con un cierto equilibrio, tal como se presentaba hasta entonces. Estos autores proponen que el límite, en vez de ser pensado como una línea que separa dos regiones, debería ser pensado como una zona de cierto espesor en la que se producen fenómenos de extrañeza, manifestaciones que no corresponden al equilibrio habitual y que pueden calificarse de críticas pero no necesariamente de patológicas. Esa zona sería entonces una especie de terreno donde confluyen lo conocido y lo desconocido, y que no puede calificarse *a priori*

como de riesgo o no. Por lo tanto, la zona de riesgo no puede definirse sin pasar por una zona de inestabilidad, la que puede al mismo tiempo constituirse en condición de creación y por lo tanto de emergencia del sujeto. Precisamente, la cuestión del límite está necesariamente relacionada con la particularidad del deseo de cada uno y de su vínculo al Otro.

3.2.2.5. Coyunturas de emergencia y desencadenantes.

Lacan (1948/1997) hizo mención a la coyuntura de emergencia, que lleva al enfermo a consultar al médico, en el contexto de elucidación de la eficacia de la intención de agresión en la experiencia analítica. La cual se lee en el sentido simbólico de los síntomas, en cuanto el sujeto despoja las defensas con las que los desconecta de sus relaciones con su vida cotidiana y con su historia. En ese sentido, cuando Miller (2004) se refirió a la coyuntura de emergencia lo hizo reconduciéndola al hecho problemático de la demanda de análisis. Específicamente, en relación a la pregunta acerca de ¿qué tuvo que moverse en el arreglo constitutivo del equilibrio neurótico para que el sujeto haya recurrido al analista? Esa pregunta recurrió finalmente en lo que Lacan había llamado una coyuntura de emergencia, y a cuyo respecto Miller puntualizó que:

No es la preocupación biográfica lo que nos hace interrogar al sujeto, sino la de precisar la coyuntura de demanda al analista, y entonces aislar lo que trastornó el equilibrio previo. El carácter momentáneo de la coyuntura de emergencia destaca el hincapié que se hace en la transferencia negativa. Después de ese tiempo de apertura al analista, vemos producirse el cierre, que es el sustrato mismo de esta transferencia negativa (p. 75).

Por otra parte, visto que la urgencia da cuenta siempre de algo del orden de una ruptura aguda, Sotelo (2007a) señaló que en su abordaje, la importancia de la localización de las coordenadas de aparición de la urgencia está dada por el hecho de que esta localización permite realizar una hipótesis de la causa, la que puede funcionar como un modo de otorgar un sentido a lo ocurrido. A ese respecto indicó que se debe tratar de ubicar el punto de basta, como un punto de ruptura que pone en cuestión el lazo con los otros (familia, pareja, amigos, trabajo, *etc.*), pero también consigo mismo. La intervención del analista en relación a ello requerirá de cierto cálculo. En principio, afirmó, requerirá de cierta lectura de lo que con Miller se puede llamar una coyuntura de emergencia, para

pensar luego tácticas y estrategias de su abordaje. Sotelo (2007b) llamó coyuntura de emergencia a la instancia que recibe el analista, en la guardia o en la admisión, cuando llegan el paciente y sus familiares atravesados por una situación que los conmocionó. En ella reunió numerosas variables que el analista a cargo de la guardia debe considerar y ponderar cuidadosamente, las cuales expuso – en el citado texto – en relación a la clínica de la urgencia en la psicosis.

Lacan se refirió también a otro tipo de coyuntura, nombrada por él como coyuntura dramática y ubicada en el desencadenamiento de la psicosis (Lacan, 1957-1958/1997). Ello fue posible luego de que, en base a la conceptualización de la *Verwerfung* freudiana, asilara el mecanismo operante en la constitución de la estructura psicótica (Lacan, 1955-1956/2002). Fue entonces que Lacan (1957-1958/1997) designó el efecto que da a la psicosis su condición esencial, con la estructura que la separa de la neurosis, en un accidente del registro simbólico y de lo que en él se cumple, a saber la forclusión del significante del Nombre-del-Padre en el lugar del Otro, y en el fracaso de la metáfora paterna. Decir condición esencial implicó que la estructura psicótica no fuera necesariamente una psicosis desencadenada. Ello llevó a que situara lo que denominó una coyuntura dramática, desencadenante de la psicosis, a cuyo respecto postuló que:

Para que la psicosis se desencadene, es necesario que el Nombre-del-Padre, *verworfen*, precluido [forcluido], es decir sin haber llegado nunca al lugar del Otro, sea llamado allí en oposición simbólica al sujeto.

Es la falta del Nombre-del-Padre en ese lugar la que, por el agujero que abre en el significado, inicia la cascada de los retoques del significante de donde procede el desastre creciente de lo imaginario (...) (pp. 558-559).

Explicó que el significante del Nombre-del-Padre puede ser llamado por el sujeto al único lugar de donde podría advenirle y donde nunca estuvo por ninguna otra cosa sino por un padre real, por Un-padre, es decir no en absoluto necesariamente por el padre del sujeto. Para que la psicosis se desencadene basta que ese “Un-padre se sitúe en posición tercera en alguna relación que tenga por base la pareja imaginaria *a-a'*, es decir yo-objeto o ideal-realidad, interesando al sujeto en el campo de agresión erotizado que induce” (p. 559). Aseguró que esa coyuntura dramática se la encontraría siempre, y tanto más fácilmente si

se guía uno por las situaciones, en el sentido novelesco de este término. Asimismo, con la tesis del Un-Padre precisó aquello que hasta antes del desencadenamiento sostenía al sujeto, a saber, una identificación imaginaria, cualquiera fuera, por la cual asumió el Deseo de la Madre. Señaló que la confrontación del sujeto con la coyuntura dramática tenía el efecto de hacer tambalear esa identificación, desencadenando la disolución del trípode imaginario y dejando a la vista que la función imaginaria del falo, pivote del proceso simbólico por la que el sujeto se debiera haber identificado a su ser de vivo, no se produjo. Por ello, en el punto donde es llamado el Nombre-del-Padre, puede responder en el Otro un puro y simple agujero, el cual por la carencia del efecto metafórico provocará un agujero correspondiente en el lugar de la significación fálica. Lacan señaló que se trata allí de un desorden provocado en la juntura más íntima del sentimiento de la vida en el sujeto, produciendo la muerte del sujeto, en cuanto esta es la imposibilidad de encontrar una identificación al falo. La muerte del sujeto remite a una identidad reducida a la confrontación con su doble psíquico, pero además hace evidente la regresión del sujeto, no genética sino tópica, al estadio del espejo, por cuanto la relación con el otro especular se reduce allí a su filo mortal. Frente a ello, señaló Mattalia (2004) que no se puede decir que el delirio sea una determinación negativa, sino que, en cambio, el delirio es una elección, aunque forzada. Es una elección de vida cuando el sujeto no tiene otra posibilidad y se encuentra arrinconado en el *vel* alienante *el delirio o la muerte*, ya que el encuentro con lo real, en muchas ocasiones, precipita al sujeto al suicidio.

Asimismo, previo a señalar esa coyuntura dramática, Lacan (1955-1956/2002) había señalado otras situaciones desencadenantes. Entre ellas, retomó lo que Helene Deutsch había destacado en los antecedentes de los psicóticos, a saber, cierto *como si* que parecía marcar las etapas de quienes, en cualquier momento, caerían en la psicosis. Para Lacan la dirección en la que se planteaba la pregunta sobre las condiciones previas de la psicosis estaba indicada allí por la no-integración del sujeto al registro del significante, salvo una imitación exterior. Por entonces, señaló que el desfallecimiento del sujeto se producía por el acto de tomar la palabra verdadera, situando allí el momento en que la psicosis se declaraba, lo que a su vez relacionó con el desencadenamiento de la psicosis en el análisis.

En relación al acto de tomar la palabra, Lacan (1955-1956/2002) atisbó además en la entrada en la psicosis determinado llamado al que el sujeto no puede responder, en función del cual “se produce una proliferación imaginaria de modos de ser que son otras tantas relaciones con el otro con minúscula” (p. 365). A este fenómeno de entrada en la psicosis lo vinculó con el “cortocircuito de la relación afectiva, que hace del otro un ser de puro deseo, el cual sólo puede ser, en consecuencia, en el registro del imaginario humano, un ser de pura indestrucción” (p. 435). Halló en ello una relación puramente dual, la que ubicó como la fuente más radical del registro de la agresividad, cuyo surgimiento se produce cuando se cortocircuita la relación triangular edípica, quedando reducida a su simplificación dual. Indicó que la psicosis consiste en un agujero, en una falta a nivel del significante, y que nada hay más peligroso que el acercamiento a un vacío. Señaló que siempre se vuelve a encontrar en lo que se llama pre-psicosis una situación determinada por la sensación que tiene el sujeto de haber llegado al borde del agujero, respecto de la cual se debe establecer qué sucede para un sujeto “cuando la pregunta viene de allí donde no hay significante, cuando el agujero, la falta, se hace sentir en cuanto tal” (p. 289). Señaló que en la psicosis se manifiesta el hecho de que el Otro quiere algo y quiere, sobre todo, hacerlo significar. En relación a ello, como afirmó Maleval (2002), muchas veces se comprobó que el encuentro con el deseo del Otro puede ser destabilizador para un psicótico. En tanto que Miller (1993) señaló por ejemplo que los animales pueden suicidarse por poco que la domesticación haya hecho existir para ellos la causa del deseo en el Otro.

Por su parte, Maleval (2002) se sirvió del giro en la teoría lacaniana de los años sesenta, a saber, la incompletud del Otro, para proponer una modificación en la tesis del desencadenamiento de la psicosis. A partir de ese giro, el Nombre del Padre podía escribirse como $S(A)$, ya que se convirtió en el significante que permite darle la respuesta fálica a la hiancia del Otro. Así, cuando el desencadenamiento de la psicosis revela el fallo de esta respuesta, no es infrecuente que se manifieste una figura persecutoria: el Un-Padre real, cuyo goce maligno parece buscar ejercerse contra el sujeto. Con estos elementos, Maleval halló que quizás sería conveniente invertir la lógica de los fenómenos respecto a la tesis lacaniana de 1957, ya que no sería el encuentro con Un-Padre lo que revelaría una hiancia simbólica, sino que sería la confrontación con la incompletud del Otro lo que haría que surja el Padre gozador.

4. METODOLOGÍA.

4.1. Ámbito de estudio.

El ámbito de estudio es el Servicio de Guardia (SG) del Hospital Pablo Soria (HPS). El HPS es el principal hospital público de Jujuy y se encuentra en San Salvador de Jujuy, Departamento Dr. Manuel Belgrano, capital de la provincia. Es una institución hospitalaria pública, polivalente, de tercer nivel de complejidad, cabecera y de referencia provincial, que asiste a pacientes de ambos sexos desde los 15 años de edad.

El SG del HPS funciona durante las 24 horas del día, los 365 días del año. Las guardias de psicología están incluidas en el SG general del Hospital, también se realizan durante todo el año pero divergen en cuanto a la cobertura diaria, ya que brindan asistencia en urgencias de salud mental en los siguientes horarios: de lunes a viernes de 14 a 00 hs., sábados y domingos de 10 a 00 hs. Esa divergencia en cuanto al horario de cobertura se debe a que funcionan con personal externo al HPS. La institución de pertenencia de los profesionales psicólogos que prestan servicio en dichas guardias es el Hospital Psiquiátrico Dr. Néstor M. Sequeiros de Jujuy, Residencia de Psicología Clínica y Comunitaria.

Hasta el mes de julio del año 2012, el HPS era la única institución pública de salud en todo el territorio provincial que contaba con asistencia en urgencias de salud mental en su Servicio de Guardia. Debido a ello, toda urgencia de salud mental de gravedad ocurrida en el territorio provincial era asistida en ese SG, lo que se efectuaba mediante derivaciones desde instituciones de salud del interior de la provincia. En casos en que la derivación no era posible, o bien no era necesaria, los psicólogos de guardia orientaban telefónicamente a los profesionales de instituciones de salud del interior provincial para el manejo y asistencia *in situ* de pacientes con urgencias de salud mental.

Además de las mencionadas guardias que continuaban funcionando en el HPS, recién desde el mes de julio del año 2012 se implementó en Jujuy una guardia activa de salud mental que brinda cobertura las 24 horas del día en otra institución hospitalaria pública. Éstas funcionan en el Servicio de Guardia del Hospital San Roque – también emplazado en la ciudad capitalina –, lográndose por primera vez que cada guardia contara con un psicólogo, un psiquiatra y un enfermero especializado en salud mental (“Jujuy encabeza las estadísticas de suicidio de jóvenes en el país”, 23 de julio 2012).

4.2. Fuentes e instrumentos de recolección de datos.

Las fuentes de datos fueron los registros escritos de asistencias psicológicas del SG del HPS correspondientes al periodo temporal delimitado para esta investigación. Cabe aclarar que si bien cada prestación brindada por los psicólogos de guardia es registrada por ellos también en la historia clínica correspondiente, las fuentes de datos utilizadas en esta investigación no fueron las historias clínicas sino, como se mencionó, los registros de guardia.

Desde la implementación de las guardias de psicología se instauró la práctica de que los psicólogos tratantes transcribiesen – con más detalle que en la historia clínica –, datos e información de cada caso asistido en SG, en un registro de guardia establecido a tal fin, del que hacen uso y al que tienen acceso de manera exclusiva estos profesionales. Esos registros de guardia consisten en la transcripción de los datos de las entrevistas psicológicas realizadas durante la asistencia en el SG con cada paciente y, cuando procede, con sus familiares, amigos, pareja u otros.

Durante la asistencia, los psicólogos tratantes realizan entrevistas psicológicas clínicas en profundidad, de inicio abierto y de continuación semi-dirigida. Las entrevistas con el paciente son individuales. Las preguntas son abiertas y conforme a los modelos de contenido establecidos por Selltiz et al. (1980), se caracterizan por ser de contenido dirigido principalmente a determinar: hechos, sentimientos, conducta pasada, razones conscientes para las creencias, sentimientos o comportamientos, aspectos discursivos latentes. Comúnmente, los psicólogos realizan una serie de preguntas destinadas a recabar información referida a identificación personal del paciente y datos de filiación; datos de contacto de familiares y/u otras figuras afectivamente significativas para el paciente; grupo familiar conviviente y redes de contención socio-familiar; datos referidos a estado civil, ocupación y educación; indagación sobre el motivo de consulta, incluyendo características del intento suicida (motivos, métodos usados, tentativas anteriores, otros antecedentes de importancia en relación al intento suicida); diagnósticos de trastorno mental y tratamientos, actuales y pasados; diagnósticos de enfermedades orgánicas y tratamientos; además de otros datos relevantes según cada caso particular. Además, los psicólogos registran los datos de entrevistas realizadas con miembros del grupo familiar del paciente y/o con figuras

afectivas significativas sin lazos de consanguinidad con él. Finalmente, también registran en relación a cada caso decisiones terapéuticas tomadas (interconsultas, derivaciones a tratamiento, seguimiento, internación u observación, contactos telefónicos establecidos con familiares, amigos u otros, pedidos de intervención judicial, etc.), así como intervenciones principales realizadas durante las entrevistas (interpretaciones, señalamientos, confrontaciones), inferencias y conclusiones.

4.3. Enfoques de la investigación.

Tal como fue preanunciado, esta investigación presentará un doble enfoque: 1) Epidemiológico, y 2) Psicoanalítico. A cada uno de esos enfoques corresponden delimitaciones metodológicas específicas, las que se exponen a continuación y por separado.

4.3.1. Enfoque epidemiológico: Estudio epidemiológico de factores de riesgo suicida.

4.3.1.1. Objetivos específicos correspondientes al estudio de enfoque epidemiológico.

Conforme fueron expuestos oportunamente, los objetivos específicos correspondientes al estudio de enfoque epidemiológico propuesto en esta investigación buscarán:

- Estudiar la frecuencia de intento suicida en la casuística asistida psicológicamente por todos los motivos de consulta referidos a urgencias subjetivas, teniendo en cuenta la distribución de los casos según factores temporales y según factores demográficos principales (sexo y edad).
- Estudiar los casos asistidos psicológicamente por intento de suicidio como motivo de consulta en urgencias según la presencia o ausencia de factores comúnmente reseñados como de riesgo suicida por la bibliografía, teniendo en cuenta su frecuencia y distribución según sexo y edad, y testeando posibles asociaciones entre ellos.

La parte de los análisis correspondientes al primero de esos objetivos se denominó *Análisis por grupos de motivo de consulta: intento de suicidio vs. otro motivo*. La parte de los análisis correspondientes al segundo de esos objetivos se denominó *Análisis de los intentos suicidas*.

4.3.1.2. Diseño y tipo de estudio. El diseño del estudio fue observacional. De acuerdo a Kleinbaum et al. (2007), este tipo de diseño se caracteriza por no utilizar la aleatorización para asignar a los sujetos a diferentes categorías de la exposición, sino que son los propios sujetos, o quizás su genética, los que determinan su propia exposición. De modo que el investigador tiene la función de simplemente observar el estado de exposición y el resultado de la enfermedad subsiguiente.

De entre los dos tipos de estudios observacionales en epidemiología destacados por Kleinbaum et al. (2007), a saber: descriptivo y analítico, el realizado aquí se identifica como de tipo descriptivo. Como mencionan esos y otros autores, se pueden realizar este tipo de estudios para describir la historia natural de una enfermedad, para determinar la asignación de recursos de atención de la salud y para sugerir hipótesis sobre la causa de enfermedades, pero por contraste con los estudios analíticos, los descriptivos no prueban hipótesis causales (Kleinbaum et al., 2007; Porta, 2014).

De las tres categorías generales de diseños observacionales mencionadas por Kleinbaum et al. (2007), a saber: básicos, híbridos e incompletos, la presente investigación corresponde a la primera de las citadas categorías y, a su interior, se caracteriza como un estudio transversal. Siguiendo a Porta (2014), los estudios transversales también suelen denominarse encuesta de frecuencia de enfermedad o estudios de prevalencia. Este tipo de estudio examina la relación entre las enfermedades (u otros resultados de salud) y otras variables de interés tal como existen en una población definida en un momento determinado. La presencia o ausencia de enfermedad y la presencia o ausencia de las otras variables (o, si son cuantitativas, su nivel) se determinan en cada miembro de la población estudiada o en una muestra representativa en un momento determinado. Conforme a ello, cabe señalar que en un estudio transversal normalmente se registra la prevalencia de la enfermedad, en lugar de la incidencia. De manera similar, Kleinbaum et al. (2007) indican que en un estudio transversal los sujetos son muestreados en un momento fijo o dentro de un corto periodo de tiempo. Todos los sujetos participantes son examinados, observados e interrogados sobre su estado de enfermedad, sobre sus exposiciones actuales o pasadas, y otras variables relevantes. Un estudio transversal proporciona una foto de la experiencia de salud de una población en un momento determinado y, por lo tanto, a menudo se utiliza

para describir patrones de ocurrencia de una enfermedad. Por ello mismo Hernández Ávila (2007) destaca que los estudios transversales son útiles para la planeación de servicios de salud. Además, Kleinbaum et al. (2007) afirman que una muestra transversal generalmente es más representativa de la población general que está siendo estudiada que lo que son las muestras de otros diseños de estudio. Entre otras ventajas, los citados autores destacan también que un estudio transversal es una manera conveniente y barata de ver las relaciones entre varias exposiciones y varias enfermedades. Por lo demás, si la enfermedad de interés es relativamente común y tiene larga duración, un estudio transversal puede proporcionar un número suficiente de casos tal que sean útiles para generar hipótesis sobre las relaciones exposición-enfermedad. Luego, otros tipos de estudios más caros, particularmente de cohortes y ensayos clínicos, se deberán utilizar para probar tales hipótesis.

No obstante todo lo anterior, también se debe tener en cuenta que los estudios transversales tienen algunas desventajas y limitaciones. Entre ellas, siguiendo a Kleinbaum et al. (2007), se puede señalar por ejemplo que un estudio de este tipo puede identificar sólo casos existentes o prevalentes en un momento dado, pero no casos nuevos o incidentales durante un periodo de tiempo de seguimiento. Por lo tanto, un estudio transversal no puede establecer si la exposición precedió a la enfermedad o si la enfermedad influyó en la exposición. Además, debido a que sólo admite los casos existentes, un estudio transversal incluye sólo los casos que sobreviven el tiempo suficiente para estar disponibles para el estudio, lo que podría conducir a una conclusión engañosa sobre una relación exposición-enfermedad ya que los no sobrevivientes están excluidos. Finalmente, también las enfermedades de corta duración, especialmente las que ocurren durante una temporada en particular, pueden estar sub-representadas por un estudio transversal que analice la presencia de ese tipo de enfermedades en un momento dado.

Respecto de la direccionalidad, el estudio realizado es no direccional. Como exponen Kleinbaum et al. (2007), la direccionalidad de un estudio se refiere a cuándo es observada la variable de exposición respecto del momento en que es observado el resultado de salud. En un estudio no direccional el investigador observa el factor de estudio y el resultado de salud simultáneamente, de modo que ninguna de las variables puede ser identificada singularmente como ocurriendo primero. En este sentido, cabe señalar que un

estudio transversal siempre es no direccional. La direccionalidad de un estudio afecta la capacidad del investigador para distinguir antecedente de consecuente, lo cual es importante para la evaluación de causalidad. En efecto, como también menciona Porta (2014), el orden temporal de causa y efecto no puede determinarse necesariamente en un estudio transversal. Por ello, Hernández Ávila (2007) menciona que los estudios transversales tienen una escala baja en materia de indagación de causalidad y que sus resultados deben ser interpretados con mucha cautela.

En cuanto a la temporalidad del estudio, esta es retrospectiva. Siguiendo a Kleinbaum et al. (2007), la temporalidad se refiere a la pregunta de si el resultado de salud de interés ya ocurrió antes de que el estudio comenzara realmente. Cuando la respuesta a esa pregunta es afirmativa, la temporalidad del estudio es retrospectiva.

4.3.1.3. Muestras. Se estableció una delimitación espacial y temporal de los casos a analizar por la cual se incluyó la casuística asistida psicológicamente en el Servicio de Guardia del Hospital Pablo Soria de Jujuy durante el periodo de estudio delimitado por conveniencia a los años 2007, 2008, 2011 y 2012. Con esta delimitación se estableció el grupo denominado **Todo motivo de consulta psicológica** (en adelante también mencionado como *todo motivo de consulta* o como *todo motivo*) y que consistió en el total de N = 1863 casos asistidos psicológicamente en el Servicio de Guardia del HPS durante ese periodo de estudio, por todos los motivos de consulta concernientes a urgencias en salud mental (también denominadas *urgencias subjetivas*).

Ese grupo total de casos fue subdividido en dos muestras según el tipo de motivo de consulta, a saber: **intento de suicidio** y **otro motivo de consulta**. La muestra intento de suicidio fue delimitada de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión que se exponen a continuación, los que a su vez delimitaron (por exclusión, en lo atinente al motivo de consulta/asistencia) la muestra otro motivo de consulta:

- Criterios de inclusión: todos los casos de pacientes ambos sexos de ≥ 15 años de edad que realizaron intento de suicidio, por cuyo motivo fueron asistidos psicológicamente en el Servicio de Guardia del HPS durante el periodo temporal de estudio y que accedieron a

realizar una o más entrevistas psicológicas que fueron registradas en los registros escritos de asistencias psicológicas destinados a tal fin.

- Criterios de exclusión: los casos de pacientes de < 15 años de edad; y/o cuyo motivo de asistencia psicológica en el Servicio de Guardia del HPS fue otro diferente que intento suicida; o bien, casuística asistida por intento suicida fuera del periodo temporal de estudio; y/o que no hubieran accedido a realizar al menos una entrevista psicológica, sea porque se hubieran negado a realizarla y/o porque hubieran estado física o psíquicamente imposibilitados de realizarla.

Para delimitar la muestra otro motivo de consulta se aplicaron esos mismos criterios de inclusión y exclusión a excepción, claro está, de lo atinente al motivo de consulta/asistencia. Este delimitó (por exclusión) los casos de la muestra otro motivo de consulta.

Cabe mencionar que el criterio de inclusión-exclusión de edad respondió al hecho de que, tal como se mencionó más arriba al describir el ámbito de estudio, el HPS asiste a pacientes desde los 15 años de edad. No obstante, en rarísimas excepciones se admite asistir en el Servicio de Guardia del Hospital algún caso menor de esa edad. En el periodo de estudio esto ocurrió sólo en un caso (de 14 años de edad), el que conforme a los criterios establecidos en este estudio, fue excluido de los análisis.

En cuanto al criterio de exclusión concerniente a los casos que no accedieron a realizar al menos una entrevista psicológica, cabe mencionar que por ello mismo estos no se consideraron como casos asistidos psicológicamente, por lo que no se contabilizaron en el grupo total de todo motivo de consulta psicológica ni, por ende, en ninguna de las muestras. No obstante, los casos que se excluyeron por esta causa fueron muy pocos (3 casos), por lo que es baja la posibilidad de que este criterio de exclusión implicara un sesgo de selección (Bonita et al., 2008; Kleinbaum et al., 2007; Porta, 2014).

De acuerdo a todo lo anterior, cada muestra quedó conformada del siguiente modo:

- **Intento de suicidio** (también mencionado como *urgencia suicida*): del total de casos, los N = 481 casos asistidos psicológicamente por intento de suicidio como motivo de consulta en urgencias.
- **Otro motivo de consulta** (también mencionado como *otro motivo*): del total de casos, los restantes N = 1382 casos asistidos psicológicamente por otros motivos de consulta distintos que intento suicida pero referidos a urgencias en salud mental.

De manera correspondiente con los objetivos trazados para este estudio de enfoque epidemiológico (ver 4.3.1.1.), en base a los cuales se subdividieron los análisis a realizar en dos partes, los datos que se analizan en cada una de ellas corresponden a ambas muestras o bien sólo a la muestra intento de suicidio. Así, en la parte denominada *Análisis por grupos de motivo de consulta: intento de suicidio vs. otro motivo*, se analizan las dos muestras. En cambio, en la parte denominada *Análisis de los intentos suicidas*, se analizan sólo los datos de la muestra homónima.

La descripción de cada una de las muestras en cuanto a sus distribuciones de frecuencias de casos según los factores demográficos sexo (femenino - masculino) y edad (en términos de franjas etarias, conformadas por estratos de diez años de edad cada uno, con 15 años de edad como límite aparente inferior del estrato menor) se presenta en la parte denominada *Análisis por grupos de motivo de consulta: intento de suicidio vs. otro motivo*, por lo que se evita reiterarla aquí.

Finalmente, cabe mencionar que en la parte denominada *Análisis de los intentos suicidas* se presentan las frecuencias de casos para cada factor de riesgo estudiado distribuidas según sexo y edad. A este respecto, los factores demográficos sexo y edad posibilitaron realizar los análisis de los datos en varios segmentos.

4.3.1.4. Factores de riesgo que se analizan. Se enlistan a continuación los factores de riesgo suicida que se estudian en cada parte de los análisis. Sus correspondientes definiciones operacionales se presentan en el Anexo 9.1.

En la parte denominada *Análisis por grupos de motivo de consulta: intento de suicidio vs. otro motivo* se analizaron en las muestras homónimas los siguientes factores de riesgo principales:

a. Distribución según factores temporales:

- Periodo total de estudio.
- Bienio de atención.
- Año de atención.
- Estación de atención.
- Mes de atención.
- Día de atención.

b. Distribución según factores demográficos principales:

- Sexo.
- Edad.

En la parte denominada *Análisis de los intentos suicidas* se estudiaron factores de riesgo suicida reseñados como importantes por la bibliografía especializada, los que se analizaron en función de los factores demográficos sexo y edad. De este modo se estudiaron:

a. Aspectos ocupacionales, socio-familiares y ambientales:

- Situación ocupacional: general y específica.
- Estado civil: general y específico.
- Redes de contención socio-familiar.
- Acompañamiento durante la asistencia.
- Uso simple o combinado de métodos autolíticos.
- Tipos de métodos autolíticos.

b. Aspectos clínicos:

- Antecedente de intento suicida.
- Antecedente de conducta suicida en el entorno afectivo significativo.
- Diagnóstico de trastorno mental.
- Categorías y Tipos diagnósticos en casos con trastorno mental.
- Tratamiento específico en casos con diagnóstico de trastorno mental.

- Utilización de servicio telefónico de asistencia en la urgencia suicida.
- Enfermedad orgánica.
- Tipos de diagnósticos en pacientes con enfermedad orgánica.

4.3.1.5. Tratamiento y análisis de los datos. El procesamiento estadístico de los datos incluyó análisis descriptivos y correlacionales. Se elaboraron tablas de contingencia y gráficos. En las tablas se informan frecuencias absolutas (f) y frecuencias relativas (f°). Se informaron medidas de frecuencia en términos de proporciones (o porcentajes) y razones. Se describieron las distribuciones de frecuencias de acuerdo a su forma, informando Modalidad y Asimetría (As). Se calcularon las medidas de tendencia central Modo (Mo), Mediana (Mdn) y Media (M). Para esta última se informó la desviación standard (s) como medida de variabilidad. Se incluyó estimación por intervalos de la Media paramétrica (μ) de edad, cuya probabilidad de confianza se fijó en 99% ($p = 0.99$), por lo que correspondió utilizar $z \pm 2.58$ para el cálculo de los límites fiduciales.

En los análisis correlacionales de los diferentes atributos estudiados se aplicó la Prueba de Chi-cuadrado (χ^2) para determinar la existencia o no de asociación entre dos atributos o variables (Grasso, 1999). El nivel de significación (α) se estableció en 99%, por lo tanto, se rechazó la hipótesis nula ($H_0: \rho = 0$) siempre que $\chi_o^2 \geq \chi_c^2$ para $\alpha = 0.01$ según df correspondiente a cada tabla informada (χ_o^2 : valor observado de χ^2 ; χ_c^2 : valor crítico de χ^2 ; df : grados de libertad). Como señala la bibliografía, para los cálculos de Chi-cuadrado en los que las frecuencias teóricas o esperadas (f_t) tomaron valores menores que 5 el tipo de corrección aplicada dependió del tamaño de las tablas. En tablas de 2×2 se aplicó corrección de Yates toda vez que procedió por hallarse $f_t < 5$. En tablas de mayor tamaño ($K \times R$) se siguió la indicación conforme a la cual, para que la aplicación de la Prueba de Chi-cuadrado sea correcta, no puede haber más de un 20% de las celdas con $f_t < 5$. Cuando superaron ese porcentaje, el procedimiento implementado para incrementar los valores de las f_t fue el de agrupar categorías y/o intervalos adyacentes, siempre que estas uniones tuvieran sentido en la realidad, y se volvieron a calcular las f_t con las nuevas tablas (Álvarez Cáceres, 2007; Pérez López, 2004). En los análisis en que luego de realizar ese procedimiento de agrupación las f_t con valores menores que 5 aún correspondían a más del 20% de las celdas, así como en los análisis en que no fue posible realizar dichas

agrupaciones (porque con ello se perdía información valiosa), se informó el resultado obtenido de la Prueba de Chi-cuadrado advirtiendo que las f_i con valores menores que 5 correspondían a más del 20% de las celdas ($f_i < 5$: +20%), y en caso de haberse hallado diferencias estadísticamente significativas se señalaron las principales asociaciones que influyeron en los elevados valores de χ_o^2 . En los análisis en que se debieron aplicar las correcciones mencionadas, además de presentarse las tablas de frecuencias con las distribuciones originales, se informan las correspondientes tablas adicionales usadas para los cálculos de Chi-cuadrado con las clases y/o intervalos adyacentes agrupados. Para los demás cálculos de Chi-cuadrado en los que no se requirió aplicar las correcciones mencionadas, se presentan las tablas de frecuencias con las distribuciones originales usadas para dichos cálculos, y en los casos en los que para diversos cálculos de Chi-cuadrado se utilizaron sólo algunas partes de los datos expuestos en las tablas originales más amplias, se informan las correspondientes tablas adicionales con el recorte de los datos de filas y columnas usados para cada cálculo. Las tablas con las distribuciones originales se denominan con un número mientras que las tablas adicionales – agrupadas y no agrupadas – se denominan con el mismo número de la tabla original más una letra. Cabe aclarar que si bien en todas las tablas se informan frecuencias absolutas y relativas, los grados de libertad aplicados para cada cálculo de Chi-cuadrado son los que corresponden a filas y columnas sólo de frecuencias absolutas. Por razones de organización y de claridad expositiva, todas las tablas y gráficos se incluyen en el Anexo 9.4.

Dado que la prueba de Chi-cuadrado sólo establece la existencia o no de asociación pero no proporciona una medida de la fuerza de la misma (Grasso, 1999), en los análisis que se halló correlación estadísticamente significativa, se determinó la fuerza de la misma mediante el cálculo del coeficiente V de Cramer (V). El cálculo del coeficiente V puede aplicarse en tablas de cualquier tamaño y alcanza un valor máximo de 1, lo que se interpreta del siguiente modo: en cuanto mayor el valor del coeficiente V, más fuerte es la asociación entre las variables en estudio (Grasso, 1999).

4.3.2. Enfoque psicoanalítico: Estudio de coyunturas desencadenantes de urgencias suicidas.

4.3.2.1. Objetivos específicos correspondientes al estudio de enfoque psicoanalítico.

Conforme fueron expuestos oportunamente, los objetivos específicos correspondientes al estudio de enfoque psicoanalítico propuesto en esta investigación buscarán:

- Analizar cualitativa y cuantitativamente la presencia de las variables Sentimiento de soledad y Ausencia de respuesta subjetiva acerca del sentido de la vida entre los contenidos referidos a desencadenantes de intentos suicidas en los casos asistidos psicológicamente por este motivo de consulta.
- Analizar las coyunturas desencadenantes de urgencias suicidas desde el marco teórico del psicoanálisis.
- Discutir el tópico de la prevención del suicidio desde la teoría psicoanalítica.

4.3.2.2. Diseño. Como mencionan Hernández Sampieri et al. (2006), a veces una investigación puede incluir elementos de diferentes tipos de estudios, en lugar de situarse únicamente como exploratorio o descriptivo o correlacional o explicativo. Proponen, por ejemplo, que aunque un estudio sea esencialmente descriptivo puede contener elementos correlacionales. En ese sentido, el diseño de esta investigación fue de tipo descriptivo-correlacional y de enfoque mixto, donde las circunstancias estudiadas en cada apartado de los análisis efectuados determinaron el grado en que se utilizaron las aproximaciones cualitativa y cuantitativa.

Siguiendo a Hernández Sampieri et al. (2006), los estudios descriptivos tienen como propósito decir cómo es y cómo se manifiesta determinado fenómeno. Dado que desde el punto de vista científico describir es medir, a través de la descripción este tipo de estudios miden o evalúan diversos aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno o fenómenos a investigar. Esto es, en un estudio descriptivo se seleccionan una serie de cuestiones y se miden cada una de ellas, para así describir lo que se investiga. Los estudios descriptivos miden de manera más bien independiente los conceptos o variables con los que tienen que ver y pueden ofrecer la posibilidad de predicciones aunque sean rudimentarias. Por su parte, los estudios correlacionales tienen como propósito medir el grado de relación que

existe entre dos o más conceptos o variables, en un contexto particular. Su utilidad y propósito principal es saber cómo se puede comportar un concepto o variable conociendo el comportamiento de otra u otras variables relacionadas.

4.3.2.3. Muestra. Se analizaron los registros escritos de casos correspondientes a la muestra denominada intento de suicidio (N = 481), tal como ésta quedó establecida precedentemente para el estudio de enfoque epidemiológico.

4.3.2.4. Variables que se analizan. Las variables establecidas para ser analizadas fueron *Sentimiento de soledad* (SS) y *Ausencia de respuesta subjetiva acerca del sentido de la vida* (AR) (en adelante también denominada *Ausencia de respuesta*), en el contexto de *Urgencia suicida* (US). A continuación se exponen las definiciones conceptuales y operacionales correspondientes a cada variable.

Definiciones conceptuales.

- *Sentimiento de soledad*: Posición subjetiva que denuncia el desconocimiento del lazo social y que no se caracteriza por ser confirmada o desestimada a través de la indagación de realidades factuales, sino que, por el contrario, remite a la realidad psíquica del paciente.

- *Ausencia de respuesta subjetiva acerca del sentido de la vida*: La presentificación de un real en un contexto en el que falla la identificación del sujeto con su ser de vivo.

- *Urgencia suicida*: En un contexto de intento suicida, la urgencia subjetiva entendida como lo imposible de soportar para un sujeto, que afecta todo el campo de significaciones necesario para seguir viviendo, a partir de lo cual denota la ruptura aguda del entramado vínculo con el Otro, el quiebre del equilibrio con que la vida se sostenía, y el quiebre de los lazos con los otros, con el trabajo, con los pensamientos o con el propio cuerpo.

Definiciones operacionales.

- *Sentimiento de soledad*: Enunciaciones que remiten directa o indirectamente a vivencias subjetivas de: carecer de apoyaturas familiares, sociales y/o afectivas en general; ausencia o merma en el sentimiento de filiación; sentirse solo y/o aislado social y/o afectivamente, aún cuando el contexto pueda ser el de inserción social, de actividad y/o de compañía factual

por parte de seres queridos, pares u otros. Dichas vivencias no se presentan acompañadas de afectos o sentimientos placenteros. Son ejemplos de enunciaciones directas: manifestar sentirse solo o en soledad; manifestar no importarle a nadie, no tener nadie con quien contar, y equivalentes. Son ejemplos de enunciaciones indirectas: sentirse incomprendido; no disfrutar de las relaciones interpersonales; desvalorar, infravalorar o desestimar la contención o acompañamiento con que se cuenta o que es ofrecida por otros; etc.

- *Ausencia de respuesta subjetiva acerca del sentido de la vida*: Enunciaciones que remiten a una imposibilidad de significar, al menos en parte, lo que desencadenó la urgencia suicida. También, impasses o agujeros en el discurso al narrar los hechos, dichos, pensamientos, fantasías y/o sentimientos que derivaron en la urgencia suicida. Asimismo, enunciaciones que remiten a la carencia de sentido en relación a la vida, a la falta de deseo de vivir, a la falta de interés en relación a otros ámbitos que, antes del intento suicida, sostenían u orientaban las actividades cotidianas (por ejemplo: el trabajo, el estudio, la familia, etc.).

- *Urgencia suicida*: Constituida por los hechos y/o circunstancias anteriores al intento suicida (ideación suicida, planificación suicida, abandono de trabajos, abandono de estudios, etc.), los actos suicidas directos e indirectos, los hechos y/o circunstancias inmediatamente posteriores al intento suicida, los estados afectivos antecedentes y consecuentes reactivos a dicho intento (angustia, embotamiento afectivo, tristeza, etc.), y otros aspectos que denotan la posición subjetiva del urgente (mutismo, certeza, perplejidad, impulsividad, etc.).

4.3.2.5. Tratamiento y análisis de los datos. Se establecieron dos apartados de análisis de los datos. La aproximación cualitativa fue utilizada en el apartado denominado *Análisis de contenido de los registros escritos de casos*, mientras que la aproximación cuantitativa fue utilizada en el apartado denominado *Análisis epidemiológico de coyunturas desencadenantes de urgencias suicidas*. En este último, los análisis estadísticos aplicados fueron similares a los establecidos para el *Estudio epidemiológico de factores de riesgo suicida*, por lo que valen aquí las especificaciones expuestas oportunamente para aquél (ver 4.3.1.5.). Por su parte, respecto del análisis de contenido aplicado en el primero de los apartados mencionados, se exponen a continuación algunas especificaciones.

El análisis de contenido fue definido clásicamente por Berelson (1952), para quien se trataba de una técnica para estudiar y analizar la comunicación de una manera objetiva, sistemática y cuantitativa. Krippendorff (1982) extendió la definición del análisis de contenido a una técnica de investigación para hacer inferencias válidas y confiables de datos con respecto a su contexto. De acuerdo a Mayer & Quellet (1991), el análisis de contenido es un método que apunta a descubrir la significación de un mensaje y consiste, específicamente, en clasificar y/o codificar los diversos elementos de un mensaje en categorías con el fin de hacer aparecer de manera adecuada su sentido. Por otra parte, Hernández Sampieri et al. (2006) mencionan que si bien hay autores que consideran al análisis de contenido como un diseño, más allá de cómo se lo defina, lo importante es que se trata de una técnica muy útil para analizar los procesos de comunicación en muy diversos contextos, ya que puede ser aplicado virtualmente a cualquier forma de comunicación.

En esta investigación, la elección de la técnica de análisis de contenido para abordar los datos resultó adecuada debido a que se trata de una técnica indirecta, porque se tiene contacto con los individuos sólo mediante los sesgos de sus producciones, es decir, con los documentos de los cuales se puede extraer información (Mayer & Quellet, 1991). Asimismo, resultó adecuada ya que este análisis posibilita una deducción cualitativa y/o cuantitativa. Esto es, los documentos pueden ser analizados con el objeto de cuantificar o en la perspectiva de un estudio cualitativo de elementos singulares, o los dos a la vez (Gómez Mendoza, 1999; Landry, 1998; L'Écuyer, 1987; Mayer & Quellet, 1991).

Existen varias maneras de clasificar el análisis de contenido. Entre ellas, se pueden mencionar el análisis de contenido cualitativo, cuantitativo, directo e indirecto. Siguiendo a Gómez Mendoza (1999), el análisis de contenido cualitativo permite verificar la presencia de temas, de palabras o de conceptos en un contenido. En cambio, el análisis de contenido cuantitativo, tiene por objetivo cuantificar los datos, establecer la frecuencia y las comparaciones de frecuencia de aparición de los elementos retenidos como unidades de información o de significación (las palabras, las partes de las frases, las frases enteras, etc.). No obstante, por sobre el debate que los opone, el autor destaca la complementariedad y pertinencia de ambos enfoques. En cuanto al análisis de contenido directo, menciona que es el que se limita a tomar el sentido literal de lo que es estudiado, permanece al nivel de

sentido manifiesto y no busca descubrir un eventual sentido latente de discurso. En cambio, en el análisis de contenido indirecto se busca extraer el contenido latente que se escondería detrás del contenido manifiesto, recurriendo a una interpretación del sentido de los elementos, de su frecuencia, de su agenciamiento, de sus asociaciones, etc.

Como señala Landry (1998), el análisis de contenido varía según el tipo de texto analizado y el tipo de interpretación, por lo que excepto para las aplicaciones simples, para las demás, no existe método de análisis fácilmente transportable a todas las situaciones. Así, para la codificación de los temas de respuestas o las preguntas abiertas de los cuestionarios, el investigador está siempre más o menos forzado a hacer adaptaciones a los procedimientos más apropiados para el estudio del problema que busca resolver.

Siguiendo a Hernández Sampieri et al. (2006), el análisis de contenido se efectúa por medio de la codificación. La codificación es el proceso a través del cual las características relevantes del contenido de un mensaje son transformadas a unidades que permitan su descripción y análisis preciso, es decir que por medio de ella, lo importante del mensaje se convierte en algo susceptible de describir y analizar. Como señalan estos autores, para poder codificar es necesario definir el universo a analizar, las unidades de análisis y las categorías de análisis.

En la presente investigación, el universo a analizar fueron todos los registros escritos de casos asistidos psicológicamente por intento de suicidio correspondientes a la muestra homónima.

Las unidades de análisis constituyen segmentos del contenido de los mensajes que son caracterizados para ubicarlos dentro de las categorías (Hernández Sampieri et al., 2006). De las cinco unidades de análisis importantes mencionadas por Berelson (1952), a saber: la palabra, el tema, el ítem, el personaje y medidas de espacio-tiempo, la unidad de análisis utilizada en esta investigación fue el ítem. Como observan Hernández Sampieri et al. (2006), el ítem es tal vez la unidad de análisis más utilizada en diversos estudios, y de acuerdo a Berelson (1952) puede definirse como la unidad total empleada por los productores del material simbólico. Como señalan Hernández Sampieri et al. (2006), lo que se analiza en el ítem es el material simbólico total, por lo que algunos ejemplos de ítems

pueden ser un libro, una editorial, un programa de radio o televisión, un discurso, una carta, una conversación telefónica, una respuesta a una pregunta abierta, etc. En esta investigación, el ítem fue cada registro escrito de asistencia psicológica de caso individual. Al respecto, siguiendo a Berelson (1952) cabe destacar que: las unidades amplias, como el ítem, son más adecuadas en los análisis que dan énfasis a asuntos definidos; las unidades amplias y las más definidas son válidas para la aceptación o rechazo en una categoría; y las unidades amplias generalmente requieren menos tiempo para su codificación que las unidades pequeñas, referidas a las mismas categorías y materiales.

Las categorías son los niveles donde son caracterizadas o clasificadas las unidades de análisis. Cada unidad de análisis debe ser categorizada o encasillada en una o más sistemas de categorías (Hernández Sampieri et al., 2006). En la presente investigación sólo se analizaron dos categorías, cada una de las cuales correspondió a una de las variables establecidas (Sentimiento de soledad y Ausencia de respuesta subjetiva acerca del sentido de la vida), pero no se analizaron las unidades de análisis en búsqueda de otros contenidos que dieran lugar al establecimiento de nuevas variables, lo cual cabe ser señalado como una limitación. Para efectuar la categorización se siguieron las definiciones conceptuales y operacionales de dichas variables, tal como fueron establecidas precedentemente en esta investigación (ver 4.3.2.4.). Detectada la presencia de una u otra variable en los registros de casos, se presentaron ejemplos pertinentes, consistentes en la transcripción de fragmentos discursivos extractados de dichos registros.

Finalmente, como señalan Porta y Silva (2003), la regla de numeración o recuento es la forma de contar las unidades de registro codificadas. En esta investigación, la regla aplicada fue la de presencia-ausencia de contenidos indicativos de cada una de las dos variables estudiadas entre los desencadenantes de la urgencia suicida referidos por los pacientes. La regla de recuento adoptada respondió al hecho de que interesó analizar la presencia o ausencia de Sentimiento de soledad y de Ausencia de respuesta subjetiva acerca del sentido de la vida en cada caso, y no la cantidad de presencias de una u otra de esas variables en cada caso. A su vez, la presencia o bien la ausencia de contenidos tuvieron la función de sub-categorías, las que cumplieron con los requisitos de ser exhaustivas y mutuamente excluyentes (Hernández Sampieri et al., 2006).

4.3.2.6. Pasaje del Análisis de contenido al Análisis epidemiológico en el Estudio de coyunturas desencadenantes de urgencias suicidas. Los resultados del análisis de contenido cualitativo fueron procesados mediante tres “Guías de decisión”, las que hicieron posible el recuento necesario para realizar el análisis de contenido cuantitativo, cuyos resultados se presentan al modo de un *Análisis epidemiológico de coyunturas desencadenantes de urgencias suicidas*. Las Guías de decisión N° 1 y N° 2 (Anexo 9.2.) sirvieron, respectivamente, para la decisión de categorización de cada caso en la variable Sentimiento de soledad por una parte, y en la variable Ausencia de respuesta subjetiva acerca del sentido de la vida por la otra, según se hubiera determinado presencia o ausencia de contenidos indicativos de cada variable.

Con la aplicación de la Guía de decisión N° 3 (Anexo 9.2), denominada Guía de decisión de Coyuntura desencadenante de urgencia suicida, a lo anterior se agregó una regla de contingencia – entendida como la presencia, en el mismo momento, de dos o más códigos en una unidad de contexto (Porta y Silva, 2003) –, la que atendió a la presencia simultánea de codificación en ambas variables. En virtud de ello, fue posible contabilizar cada caso de la muestra en una y sólo una categoría de coyuntura desencadenante, según que los contenidos referidos a motivos del intento suicida hubieran sido categorizados en:

- ambas variables (SS y AR) → *Coyuntura desencadenante SS-AR*;
- o sólo en la variable SS → *Coyuntura desencadenante SS*;
- o sólo en la variable AR → *Coyuntura desencadenante AR*;
- o en ninguna variable → *Sin clasificación en coyunturas desencadenantes en estudio* (también denominada *Sin coyuntura desencadenante* o *Ninguna*).

Se obtuvo así la distribución de los casos de la muestra según una clasificación en categorías de coyunturas desencadenantes de urgencias suicidas mutuamente excluyentes y exhaustivas. Con ello, se procedió al análisis epidemiológico de coyunturas desencadenantes de urgencias suicidas, cuyos resultados se presentan en el capítulo homónimo.

4.4. Programas utilizados en el procesamiento de datos.

En el procesamiento informático de los datos se utilizó software del entorno de Windows. Para el procesamiento de textos se utilizó el programa Microsoft Office Word 2007. Para el procesamiento de datos de campo se crearon matrices de datos con el programa Microsoft Office Excel 2007. Para realizar los cálculos se utilizaron las funciones de Excel 2007 y una calculadora científica marca Casio (modelo fx-95ES). Para la elaboración de gráficos se utilizaron las correspondientes funciones de Microsoft Office Word 2007, Excel 2007 y las funciones de Microsoft Graph.

4.5. Consideraciones éticas de la investigación.

El Comité Provincial de Bioética de Jujuy evaluó y aprobó el protocolo de esta investigación por considerarlo éticamente aceptable y pertinente. Dicha evaluación exceptuó a la presente investigación de la obtención del consentimiento informado (Anexo 9.3. Aval del Comité Provincial de Bioética de Jujuy).

5. RESULTADOS.

5.1. ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE FACTORES DE RIESGO SUICIDA.

5.1.1. ANÁLISIS POR GRUPOS DE MOTIVO DE CONSULTA: INTENTO DE SUICIDIO VS OTRO MOTIVO.

5.1.1.1. Distribución según factores temporales.

5.1.1.1.1. Periodo total de estudio.

Durante el periodo total de estudio se registraron 1863 casos ambos sexos asistidos psicológicamente por todo motivo de consulta referido a urgencias en salud mental en el Servicio de Guardia del HPS. De ese total, 481 casos (25.82%) correspondieron a intento de suicidio, mientras que los restantes 1382 casos (74.18%) se debieron a otro motivo de consulta psicológica (Gráfico 1; Tabla 1). La razón entre motivos de consulta (otro motivo-intento de suicidio) fue 2.87:1.

5.1.1.1.2. Bienio de atención.

El análisis de los registros desagregados en periodos bienales reveló que las cantidades de casos asistidos por todo motivo de consulta se mantuvieron constantes del primer al segundo bienio estudiado, con 931 y 932 casos respectivamente (Tabla 2). Sin embargo, los porcentajes que correspondieron a cada motivo de consulta se modificaron entre los bienios, con un aumento del 5.45% en casos de intento suicida del primer al segundo bienio (Gráfico 2). La razón entre motivos de consulta (otro motivo-intento de suicidio) fue 3.33:1 en el primer bienio y 2.50:1 en el segundo. Respecto de los totales de cada motivo de consulta, se halló que el total de 481 casos de intento suicida se distribuyó entre 44.70% de casos asistidos durante el primer bienio y 55.30% durante el segundo bienio. Esto representó un 10.60% más de asistencias por intento de suicidio en el segundo bienio comparado con el primer bienio de este mismo motivo de consulta. En tanto que del total de 1382 casos asistidos por otro motivo de consulta, el 51.81% fue asistido durante el primer bienio y el 48.19% durante el segundo. Esto representó un 3.62% menos de asistencias por otro motivo en el segundo bienio comparado con el primer bienio de este mismo grupo de motivo de consulta. Las diferencias entre bienios de atención y tipo de motivo de consulta fueron estadísticamente significativas ($\chi_o^2 [7.21] > \chi_c^2 [6.64]$, $df = 1$), aunque la fuerza de la asociación fue de apenas $V = 0.06$ (Tabla 2).

5.1.1.1.3. Año de atención.

En cada año de atención los casos de otro motivo de consulta superaron a los de intento suicida (Gráfico 3; Tabla 3). Anualmente las razones entre motivos de consulta fueron 2.87:1 en 2007, 3.80:1 en 2008, 2.58:1 en 2011 y 2.43:1 en 2012. Respecto de los totales de cada motivo de consulta, en intento de suicidio el Modo anual correspondió al año 2012 y la Media anual de consultas por este motivo fue de 120 casos ($M = 120.25$, $s = 12.81$). En tanto que en otro motivo de consulta el Modo correspondió al año 2008, la Media anual fue de 346 casos y presentó mayor variabilidad que intento suicida ($M = 345.50$, $s = 34.54$). Las diferencias entre año de atención y tipo de motivo de consulta no alcanzaron significación estadística ($\chi_o^2 [10.39] < \chi_c^2 [11.34]$, $df = 3$) (Tabla 3).

5.1.1.1.4. Estación de atención.

El análisis de los registros del periodo total desagregados en estaciones calendario reveló que los casos asistidos por otro motivo de consulta superaron a los de intento de suicidio en cada estación (Gráfico 4; Tabla 4). Estacionalmente, las razones entre motivos de consulta fueron 3.36:1 en verano, 3:1 en otoño, 2.73:1 en invierno y 2.57:1 en primavera. En ambos grupos de motivo de consulta el Modo correspondió a primavera y fue seguido en frecuencia de casos por invierno. Se registraron frecuencias crecientes de casos conforme a la sucesión calendario de las estaciones (de verano a primavera) en intento de suicidio, pero no así en otro motivo de consulta (Gráfico 5; Tabla 4). No obstante, los tipos de motivo de consulta fueron independientes de las estaciones calendario en que ocurrieron los casos ($\chi_o^2 [3.57] < \chi_c^2 [11.34]$, $df = 3$) (Tabla 4).

El patrón creciente de casos conforme a la sucesión calendario de las estaciones observado para intento suicida en la sumatoria del periodo total también fue observado en los acumulados bianuales, pero no así en las frecuencias anuales de este motivo de consulta. Además, en las distribuciones estacionales por periodos anuales de casos asistidos por intento de suicidio, el Modo correspondió a primavera en tres de los años estudiados, excepto en 2011 que correspondió a otoño (Gráfico 6; Tabla 5).

5.1.1.1.5. Mes de atención.

El análisis de los registros del periodo total desagregados en meses de atención reveló que los casos de otro motivo de consulta superaron a los de intento de suicidio en cada mes (Gráfico 7; Tabla 6). Mensualmente, las razones entre motivos de consulta fueron 2.25:1 en enero, 2:1 en febrero, 6.14:1 en marzo, 1.86:1 en abril, 1.84:1 en mayo, 5.13:1 en junio, 3.31:1 en julio, 1.78:1 en agosto, 2.8:1 en septiembre, 3.43:1 en octubre, 1.72:1 en noviembre y 3.5:1 en diciembre. Entre los casos asistidos por intento de suicidio el Modo por meses correspondió a noviembre y fue seguido por abril. Entre los casos asistidos por otro motivo de consulta el Modo mensual también correspondió a noviembre pero fue seguido por diciembre (Gráfico 8; Tabla 6). Los tipos de motivo de consulta fueron independientes del mes en que ocurrieron los casos ($\chi_o^2 [15.47] < \chi_c^2 [24.72]$, $df = 11$) (Tabla 6).

5.1.1.1.6. Día de atención.

El análisis de los registros del periodo total desagregados en días de atención reveló que los casos de otro motivo de consulta superaron a los de intento de suicidio en cada día de la semana (Gráfico 9; Tabla 7). Las razones entre motivos de consulta según días de atención fueron 2.24:1 los lunes, 2.80:1 los martes, 3.12:1 los miércoles, 3.13:1 los jueves, 3.15:1 los viernes, 2.93:1 los sábados y 2.90:1 los domingos. En cambio, respecto de los totales en cada motivo de consulta, las distribuciones de frecuencias de casos según días de atención fueron muy semejantes entre los grupos de motivo de consulta. Tanto en intento de suicidio como en otro motivo de consulta el Modo por días de atención correspondió a domingo, y fue seguido por sábado (Gráfico 10; Tabla 7). Los tipos de motivo de consulta fueron independientes del día de atención ($\chi_o^2 [4.16] < \chi_c^2 [16.81]$, $df = 6$) (Tabla 7).

5.1.1.2. Distribución según factores demográficos principales: sexo y edad.

5.1.1.2.1. Sexo.

Durante el periodo total de estudio, en cada grupo de motivo de consulta hubo más pacientes femeninos que masculinos (Tabla 8). La razón entre sexos (femenino-masculino) fue 1.56:1 en intento de suicidio y 1.84:1 en otro motivo. Respecto del total de casos

asistidos por todo motivo de consulta en cada sexo (1189 femeninos y 674 masculinos), el porcentaje que correspondió a intento de suicidio fue mayor entre pacientes masculinos antes que entre femeninos (Gráfico 11). La razón entre motivos de consulta (otro motivo-intento de suicidio) fue 3.05:1 en el sexo femenino y 2.59:1 en el masculino. No obstante, las diferencias halladas entre motivo de consulta y sexo de los pacientes no alcanzaron significación estadística ($\chi_o^2 [2.37] < \chi_c^2 [6.64], df = 1$) (Tabla 8).

5.1.1.2.2. Franja etaria.

En cada grupo de motivo de consulta el Modo por edad fue 19.5 años, pero la franja etaria modal representó una mayor proporción de casos en intento de suicidio (0.53) antes que en otro motivo (0.31). En cada grupo de motivo de consulta las cantidades de casos fueron decrecientes hacia las franjas etarias subsiguientes. En intento de suicidio se registraron casos hasta 65-74 años, mientras que en otro motivo los hubo hasta 75-84 años (Gráfico 12; Tabla 9).

Los motivos de consulta difirieron en cuanto a la Mediana de edad. En intento de suicidio la Mediana estuvo contenida en la franja etaria 15-24, con un valor de 24 años (Mdn = 23.86), y en otro motivo estuvo contenida en 25-34, con un valor de 31 años (Mdn = 31.40).

En ambos grupos de motivo de consulta la Media de edad se ubicó en la franja etaria 25-34 años, aunque difirió en cuanto a su valor y variabilidad. En intento suicida la Media de edad fue 27 años ($M = 27.32, s = 10.52$), mientras que en otro motivo fue 34 años y presentó mayor variabilidad ($M = 34.10, s = 14.04$). Según la estimación por intervalos de la Media paramétrica de edad, en intento suicida esta se ubicó entre 26 y 29 años ($p [26.08 \leq \mu \leq 28.56] = 0.99$), mientras que en otro motivo de consulta se encontró entre 33 y 35 años de edad ($p [33.13 \leq \mu \leq 35.07] = 0.99$).

En ambos grupos de motivos de consulta las formas de las distribuciones de frecuencias fueron asimétricas y positivas, ya que $M > Mdn > Mo$. La Asimetría de la distribución de frecuencias en intento suicida fue de $As = 0.74$, mientras que en otro motivo de consulta fue mayor, con $As = 1.04$.

Se hallaron diferencias significativas entre motivo de consulta y franja etaria en pacientes del grupo ambos sexos ($\chi_o^2 [98.50] > \chi_c^2 [16.81]$, $df = 6$) (Tabla 9). La fuerza de la asociación fue de $V = 0.23$. La franja etaria menor se asoció a intento de suicidio como motivo de consulta. Las franjas etarias subsiguientes caracterizaron a otro motivo de consulta, entre las que se destacaron las de 35-44, 45-54 y 55-64 años.

5.1.1.2.3. Sexo y franja etaria.

En cada sexo y grupo de motivo de consulta, el Modo por edad correspondió a la franja etaria 15-24 años ($Mo = 19.5$ años). La franja etaria modal representó una mayor proporción de casos en intento de suicidio, tanto femenino (0.55) como masculino (0.51), en comparación con la proporción de casos que representó en otro motivo femenino (0.31) y masculino (0.32). Se registraron frecuencias decrecientes en las franjas etarias subsiguientes de cada sexo y motivo de consulta (Gráfico 12; Tabla 10).

La Mediana de edad en intento suicida estuvo contenida en la franja etaria 15-24, con un valor de 24 años en el sexo femenino ($Mdn = 23.60$) y en el masculino ($Mdn = 24.29$). En otro motivo de consulta, la Mediana de edad estuvo contenida en la franja etaria 25-34, con un valor de 31 años en el sexo femenino ($Mdn = 31.43$) y en el masculino ($Mdn = 31.35$).

La Media de edad en intento de suicidio tomó valores que estuvieron comprendidos en la franja etaria 15-24 años, con 27 años en el sexo femenino ($M = 26.94$, $s = 10.15$) y 28 años en el masculino ($M = 27.90$, $s = 11.04$). En otro motivo de consulta, la Media de edad tomó valores que estuvieron comprendidos en la franja etaria 25-34 años, con 34 años en el sexo femenino ($M = 34.15$, $s = 14.01$) y en el masculino ($M = 34.01$, $s = 14.10$). De acuerdo a la estimación por intervalos de la Media paramétrica de edad, en el sexo femenino esta se ubicó entre 25 y 28 años para intento suicida ($p [25.41 \leq \mu \leq 28.47] = 0.99$), y entre 33 y 35 años para otro motivo de consulta ($p [32.94 \leq \mu \leq 35.36] = 0.99$), mientras que en el sexo masculino se ubicó entre 26 y 30 años para intento suicida ($p [25.82 \leq \mu \leq 29.98] = 0.99$), y entre 32 y 36 años para otro motivo ($p [32.36 \leq \mu \leq 35.66] = 0.99$).

En cada sexo y motivo de consulta las distribuciones de frecuencias por franjas etarias fueron asimétricas positivas ($M > Mdn > Mo$). La Asimetría de las distribuciones de frecuencias en intento de suicidio fue de $As = 0.73$ en el sexo femenino y de $As = 0.76$ en el masculino. En otro motivo de consulta fue mayor, con $As = 1.05$ en el sexo femenino y $As = 1.03$ en el masculino.

Se hallaron diferencias significativas entre tipo de motivo de consulta y franja etaria de pacientes femeninos ($\chi_o^2 [70.13] > \chi_c^2 [16.81]$, $df = 6$) y masculinos ($\chi_o^2 [30.42] > \chi_c^2 [16.81]$, $df = 6$) (Tablas 10a y 10b respectivamente). El grado de cada asociación fue de $V = 0.24$ y de $V = 0.21$ respectivamente. En el sexo femenino, intento suicida sólo se asoció a la franja etaria menor, y otro motivo se asoció a las demás franjas etarias, entre las que se destacaron 45-54 y 55-64 años. En el sexo masculino, intento suicida se asoció principalmente a la franja etaria menor y muy secundariamente a 25-34 años, mientras que otro motivo se asoció a las restantes franjas etarias, entre las que se destacaron 35-44 y 45-54 años.

Entre pacientes asistidos por intento suicida no se hallaron diferencias significativas según franja etaria y sexo ($\chi_o^2 [2.44] < \chi_c^2 [13.28]$, $df = 4$) (Tabla 10c). Del mismo modo, entre pacientes asistidos por otro motivo de consulta franja etaria y sexo fueron atributos independientes ($\chi_o^2 [3.27] < \chi_c^2 [16.81]$, $df = 6$) (Tabla 10d).

5.1.2. ANÁLISIS DE LOS INTENTOS SUICIDAS.

5.1.2.1. Aspectos ocupacionales, socio-familiares y ambientales.

5.1.2.1.1. Situación ocupacional: general y específica.

a. Sexo. Según las categorías generales de situación ocupacional, el total de 481 casos asistidos por intento suicida se distribuyó entre un mayoritario 83.58% con ocupación y el restante 16.42% sin ocupación (Tabla 11). Entre pacientes con ocupación hubo mayoría femenina y entre pacientes sin ocupación hubo mayoría masculina (Gráfico 13), cuyas razones entre sexos fueron 1.73:1 y 0.93:1 respectivamente. En cambio, sobre el total de casos en cada sexo la categoría modal fue con ocupación. La razón entre pacientes con ocupación-sin ocupación fue 6.71:1 en el sexo femenino y 3.59:1 en el masculino. Las diferencias entre sexo y situación ocupacional general no alcanzaron significación estadística ($\chi_o^2 [6.52] < \chi_c^2 [6.64]$, $df = 1$) (Tabla 11).

Según las clases específicas de situación ocupacional, hubo mayoría femenina en casi todas ellas, a sola excepción de la clase sin ocupación referida en la que hubo mayoría masculina. En cambio, sobre el total de cada sexo la clase modal fue estudiante entre femeninos y laboral entre masculinos (Gráfico 14; Tabla 12). No obstante, las diferencias entre sexo y situación ocupacional específica no alcanzaron significación estadística ($\chi_o^2 [10.12] < \chi_c^2 [11.34]$, $df = 3$) (Tabla 12a).

b. Franja etaria y sexo. En cada categoría ocupacional general y en cada sexo, el Modo por edad fue 19.5 años. Sobre el total de casos en cada sexo, en las cuatro franjas etarias menores hubo más casos en la categoría general con ocupación en detrimento de la categoría sin ocupación, mientras que en las dos franjas etarias mayores la situación fue la inversa (Gráfico 15; Tabla 13). En la composición por edad, el grupo de pacientes con ocupación difirió significativamente del grupo sin ocupación en ambos sexos ($\chi_o^2 [44.40] > \chi_c^2 [13.28]$, $df = 4$), en el sexo femenino ($\chi_o^2 [30.28] > \chi_c^2 [13.28]$, $df = 4$) y en el masculino ($\chi_o^2 [16.59] > \chi_c^2 [13.28]$, $df = 4$) analizados separadamente (Tablas 13a, 13b y 13c respectivamente). La fuerza de las asociaciones fue de $V = 0.30$, $V = 0.32$ y $V = 0.30$ respectivamente. En el grupo ambos sexos y en cada sexo, se destacaron las asociaciones

15-24 y 45-54 años con la categoría con ocupación, y de las dos franjas etarias mayores con la categoría sin ocupación.

Según situación ocupacional específica, el Modo por edad en cada sexo fue 19.5 años para las clases estudiante y sin ocupación referida, 29.5 años para laboral, 69.5 años para jubilado, en tanto que para desempleado fue 39.5 años en el sexo femenino, 29.5 años en el masculino y 34.5 años en el grupo ambos sexos (Tablas 14, 15 y 16). Se hallaron diferencias significativas entre situación ocupacional específica y edad en el grupo ambos sexos (χ_o^2 [305] > χ_c^2 [20.09], df = 8 [$f_t < 5$: +20%]), en el sexo femenino (χ_o^2 [228.23] > χ_c^2 [20.09], df = 8 [$f_t < 5$: +20%]) y en el masculino (χ_o^2 [32.88] > χ_c^2 [20.09], df = 8 [$f_t < 5$: +20%]) analizados separadamente (Tablas 14a, 15a y 16a respectivamente). La fuerza de cada asociación fue de $V = 0.56$, $V = 0.62$ y $V = 0.30$ respectivamente. En el grupo ambos sexos y en cada sexo, los elevados valores de χ_o^2 estuvieron influidos principalmente por las asociaciones entre 15-24 años con la clase estudiante, 65-74 años con jubilado, 25-34, 35-44 y 45-54 con laboral, 55-64 años con la clase sin ocupación referida. En menor medida, sin ocupación referida caracterizó a femeninos de 25-34 y a masculinos de 35-44 años, y la clase desempleado caracterizó a femeninos de 35-44 y a masculinos de 25-34 años.

5.1.2.1.2. Estado civil: general y específico.

a. Sexo. Por categorías generales de estado civil, el total de 481 casos de intento suicida se distribuyó entre un 42.41% que mantenía una relación sentimental estable al momento del intento suicida y un 57.59% que no tenía una relación de ese tipo (Tabla 17). En ambas circunstancias hubo más casos femeninos que masculinos (Gráfico 16), cuyas razones entre sexos fueron 1.56:1 y 1.55:1 respectivamente. Sobre el total de cada sexo la categoría modal fue sin relación. La razón entre pacientes sin relación-con relación fue 0.73:1 en el sexo femenino y 0.74:1 en el masculino. En la composición por sexo, el grupo de pacientes que tenía una relación no difirió significativamente del grupo que no tenía una relación (χ_o^2 [0.003] < χ_c^2 [6.64], df = 1) (Tabla 17).

Según estado civil específico las distribuciones de casos fueron semejantes entre femeninos y masculinos. En cada sexo el Modo correspondió a la clase soltero (Gráfico 17;

Tabla 18). No se hallaron diferencias significativas entre estado civil específico y sexo de los pacientes (χ_o^2 [1.47] < χ_c^2 [15.09], df = 5) (Tabla 18).

b. Franja etaria y sexo. En cada categoría general de estado civil y en cada sexo, el Modo por edad fue 19.5 años. Entre pacientes femeninos, en casi todas las franjas etarias hubo más casos en la categoría con relación en detrimento de la categoría sin relación, a sola excepción de 15-24 años donde la situación fue inversa. Entre pacientes masculinos, hubo más casos en la categoría sin relación en 15-24, 35-44 y 55-64 años, mientras que en 25-34 y 45-54 años hubo más casos en la categoría con relación, y en 65-74 años hubo un caso en cada categoría (Gráfico 18; Tabla 19). En la composición por edad, los pacientes que tenían una relación difirieron significativamente de los que no la tenían en el grupo ambos sexos (χ_o^2 [29.80] > χ_c^2 [13.28], df = 4) y en el sexo femenino (χ_o^2 [29.98] > χ_c^2 [13.28], df = 4), pero no así en el masculino (χ_o^2 [7.64] < χ_c^2 [13.28], df = 4) (Tablas 19a, 19b y 19c respectivamente). La fuerza de las asociaciones halladas fue de $V = 0.25$ y $V = 0.32$ respectivamente. Se asociaron a la categoría sin relación 15-24 y 55-64 años en el grupo ambos sexos, y sólo 15-24 años en el sexo femenino. Las demás franjas etarias se asociaron a la categoría con relación.

Según estado civil específico, el Modo por edad fue 19.5 años para las clases soltero, en pareja no conviviente y separado (ruptura reciente de relación no conviviente) de cada sexo; para la clase casado/concubinato fue 34.5 años en el sexo femenino, 29.5 años en el masculino y en el grupo ambos sexos; para la clase divorciado fue 39.5 años en el grupo ambos sexos y en el sexo femenino y 44.5 años en el masculino; mientras que para viudez se registró un caso en cada sexo, el que correspondió a la franja etaria menor en el femenino y a la franja etaria mayor en el masculino (Tablas 20, 21 y 22). Se hallaron diferencias significativas entre tipo de estado civil específico y edad en pacientes del grupo ambos sexos (χ_o^2 [155.47] > χ_c^2 [30.58], df = 15 [$f_t < 5$: +20%]), del sexo femenino (χ_o^2 [103.97] > χ_c^2 [30.58], df = 15 [$f_t < 5$: +20%]) y del masculino (χ_o^2 [77.42] > χ_c^2 [30.58], df = 15 [$f_t < 5$: +20%]) analizados separadamente (Tablas 20a, 21a y 22a respectivamente). La fuerza de las asociaciones halladas fue de $V = 0.33$, $V = 0.34$ y $V = 0.37$ respectivamente. Los elevados valores de χ_o^2 estuvieron influidos principalmente por las asociaciones 15-24 años con la clase soltero en todos los análisis, 35-44 años con la clase casado/concubinato y

también con divorciado en el sexo femenino y en el grupo ambos sexos, 45-54 años con la clase casado/concubinato y también con divorciado en el sexo masculino, y por un caso de viudez en 65-74 años del sexo masculino y del grupo ambos sexos.

5.1.2.1.3. Redes de contención socio-familiar.

a. Sexo. El 88.77% de los pacientes asistidos por intento suicida disponía de redes de contención socio-familiar, frente al restante 11.23% que no disponía de dichas redes (Tabla 23). En ambas circunstancias hubo más casos femeninos que masculinos (Gráfico 19), cuyas razones entre sexos fueron 1.62:1 y 1.16:1 respectivamente. Sobre el total de cada sexo la categoría modal fue con red de contención disponible. La razón entre casos con-sin red de contención fue 9.10:1 en el sexo femenino y 6.52:1 en el masculino. En la composición por sexo, el grupo que disponía de redes de contención socio-familiar no difirió significativamente del grupo que no disponía de las mismas ($\chi_o^2 [0.64] < \chi_c^2 [6.64]$, $df = 1$) (Tabla 23).

b. Franja etaria y sexo. En las categorías con y sin red de contención socio-familiar y en cada sexo, el Modo por edad fue 19.5 años. Sobre el total de casos en cada sexo, en todas las franjas etarias hubo más casos en la categoría con red de contención disponible en detrimento de la categoría sin red de contención. No se registraron casos sin red de contención entre femeninos de 55-64 años, ni entre pacientes ambos sexos de 65-74 años (Gráfico 20; Tabla 24). En la composición por edad, los pacientes que disponían de redes de contención socio-familiar no difirieron significativamente de los que no disponían de dichas redes en el grupo ambos sexos ($\chi_o^2 [6.93] < \chi_c^2 [13.28]$, $df = 4$), ni en el sexo femenino ($\chi_o^2 [4.04] < \chi_c^2 [11.34]$, $df = 3$), ni en el masculino ($\chi_o^2 [0.90] < \chi_c^2 [11.34]$, $df = 3$) analizados separadamente (Tablas 24a, 24b y 24c respectivamente).

5.1.2.1.4. Acompañamiento durante la asistencia.

a. Sexo. Durante la asistencia en el Servicio de Guardia, el 73.39% de pacientes que realizaron intento suicida estuvo acompañado por figuras afectivas, mientras que el restante 26.61% permaneció solo (Tabla 25). En ambas circunstancias hubo más casos femeninos que masculinos (Gráfico 21), cuyas razones entre sexos fueron 1.51:1 y 1.58:1 respectivamente. Sobre el total de cada sexo la categoría modal fue acompañado. La razón

entre pacientes acompañados-solos fue 2.81:1 en el sexo femenino y 2.69:1 en el masculino. En la composición por sexo, el grupo de pacientes que permaneció acompañado durante la asistencia no difirió significativamente del grupo que estuvo solo durante la misma ($\chi_o^2 [0.04] < \chi_c^2 [6.64]$, $df = 1$) (Tabla 25).

b. Franja etaria y sexo. El Modo por edad entre pacientes que estuvieron acompañados durante la asistencia fue 19.5 años en cada sexo. Entre pacientes que permanecieron solos también fue 19.5 años en el sexo femenino, pero fue 29.5 años en el masculino, y 24.5 años en el grupo ambos sexos. Sobre el total de casos en cada sexo, en todas las franjas etarias del grupo ambos sexos y del sexo femenino hubo más casos que correspondieron a la categoría acompañado en detrimento de la categoría solo. En el sexo masculino se observó lo mismo, excepto en 45-54 y 55-64 años donde hubo igual cantidad de casos solos y acompañados. No se registraron casos de pacientes solos en 55-64 años del sexo femenino ni en 65-74 años de ambos sexos (Gráfico 22; Tabla 26). En la composición por edad, se hallaron diferencias significativas entre quienes estuvieron solos y quienes estuvieron acompañados durante la asistencia en el grupo ambos sexos ($\chi_o^2 [21.09] > \chi_c^2 [13.28]$, $df = 4$) y en el sexo femenino ($\chi_o^2 [14.00] > \chi_c^2 [13.28]$, $df = 4$) pero no así en el masculino ($\chi_o^2 [11.86] < \chi_c^2 [13.28]$, $df = 4$) analizado separadamente (Tablas 26a, 26b y 26c respectivamente). La fuerza de las asociaciones halladas fueron de $V = 0.21$ y $V = 0.22$ respectivamente. Se caracterizaron por haber estado acompañados los casos de 15-24 años principalmente, y además los de 55-64 y 65-74 años. Los casos de las restantes franjas etarias se caracterizaron por haber permanecido solos, entre los que destacaron los de 25-34 años.

5.1.2.1.5. Métodos empleados en el intento de suicidio.

5.1.2.1.5.1. Uso simple o combinado de métodos autolíticos.

a. Sexo. El 83.99% de los pacientes utilizó un solo método (uso simple) para realizar el intento suicida, mientras que el restante 16.01% utilizó dos o más métodos (uso combinado) (Tabla 27). En uso simple de método autolítico predominaron los casos femeninos, mientras que en uso combinado predominaron los masculinos (Gráfico 23), cuyas razones entre sexos fueron 1.81:1 y 0.75:1 respectivamente. Sobre el total de casos

en cada sexo, la categoría modal fue uso simple de método autolítico. La razón entre uso simple-uso combinado de método autolítico fue 7.88:1 entre femeninos y 3.27:1 entre masculinos. Las diferencias halladas entre uso simple o uso combinado de métodos autolíticos y sexo de los pacientes fueron estadísticamente significativas ($\chi_o^2 [12.55] > \chi_c^2 [6.64]$, $df = 1$) (Tabla 27). El grado de la asociación fue de $V = 0.16$. Los casos femeninos se asociaron a uso simple y los masculinos a combinación de métodos.

b. Franja etaria y sexo. En el grupo de uso simple así como en el de uso combinado de métodos autolíticos, y en cada sexo, el Modo por edad fue 19.5 años. Sobre el total de casos en cada sexo, en todas las franjas etarias predominó uso simple de métodos. No se registraron casos con combinación de métodos en 55-64 y 65-74 años del sexo femenino, ni en 45-54 y 65-74 años del masculino (Gráfico 24; Tabla 28). No se hallaron diferencias significativas en la composición por edad entre el grupo de uso simple y el de uso combinado de métodos autolíticos en ambos sexos ($\chi_o^2 [2.15] < \chi_c^2 [13.28]$, $df = 4$), ni en el sexo femenino ($\chi_o^2 [1.91] < \chi_c^2 [13.28]$, $df = 4$), ni en el masculino ($\chi_o^2 [6.11] < \chi_c^2 [13.28]$, $df = 4$) analizados separadamente (Tablas 28a, 28b y 28c respectivamente).

5.1.2.1.5.2. Tipos de métodos autolíticos.

a. Sexo. Debido a los casos en que hubo combinación de métodos, el total de métodos registrados (575) fue mayor que la cantidad de casos asistidos por intento suicida (481). Así, aquél total se distribuyó entre 337 métodos registrados en los 293 casos femeninos y 238 métodos en los 188 casos masculinos. Sobre los totales de métodos registrados, en el grupo ambos sexos y en el sexo femenino el Modo correspondió a intoxicación medicamentosa (psicofármacos + otros medicamentos), seguido de autolesión. En el sexo masculino el Modo correspondió a autolesión, seguido de intoxicación medicamentosa (Gráfico 25; Tabla 29). Se hallaron diferencias significativas entre los sexos en la utilización predominante de ciertos tipos de métodos autolíticos ($\chi_o^2 [73.86] > \chi_c^2 [20.09]$, $df = 8$) (Tabla 29a). La fuerza de la asociación fue de $V = 0.36$. El sexo femenino se asoció principalmente a utilización de intoxicación medicamentosa. Secundariamente y con fuerza decreciente se caracterizó por utilizar otras intoxicaciones (con productos de limpieza, con gas, con venenos) y por arrojarse desde altura. El sexo masculino se asoció principalmente

a intoxicación etílica y ahorcamiento. Secundariamente se caracterizó por utilizar disparo con arma de fuego, prenderse fuego, autolesión e intoxicación con drogas.

b. Franja etaria y sexo. En casi todas las franjas etarias del grupo ambos sexos el Modo según tipos de métodos correspondió a intoxicación medicamentosa, a sola excepción de 55-64 años cuya distribución fue multimodal entre intoxicación medicamentosa, etílica, autolesión y ahorcamiento (Tabla 30). En casi todas las franjas etarias del sexo femenino el Modo según tipos de métodos correspondió a intoxicación medicamentosa, a sola excepción de 65-74 años cuya distribución fue multimodal entre intoxicación medicamentosa, autolesión y asfixia aunque con el mínimo registro en cada método (Gráfico 26; Tabla 31). En el sexo masculino, el Modo según tipos de métodos correspondió a autolesión en las franjas etarias 15-24, 35-44 y 45-54 años. En las restantes franjas etarias las distribuciones fueron bimodales, entre autolesión e intoxicación medicamentosa en 25-34 años, entre autolesión e intoxicación etílica en 55-64 años, y entre intoxicación medicamentosa y disparo con arma de fuego en 65-74 años (Gráfico 27; Tabla 32). No se hallaron diferencias significativas por edad en la utilización predominante de ciertos tipos de métodos autolíticos en el grupo ambos sexos ($\chi_o^2 [17.06] < \chi_c^2 [30.58]$, $df = 15$), ni en casos femeninos ($\chi_o^2 [12.78] < \chi_c^2 [23.21]$, $df = 10$) ni en masculinos ($\chi_o^2 [16.51] < \chi_c^2 [23.21]$, $df = 10$ [$f_t < 5$: +20%]) analizados separadamente (Tablas 30a, 31a y 32a respectivamente).

5.1.2.2. Aspectos clínicos.

5.1.2.2.1. Antecedente de intento suicida.

a. Sexo. Del total de 481 pacientes asistidos por intento de suicidio sólo el 19.54% había intentado suicidarse con anterioridad, frente al mayoritario 80.46% que no tenía ese tipo de antecedente (Tabla 33). En ambas circunstancias hubo más casos femeninos que masculinos (Gráfico 28), cuyas razones entre sexos fueron 2.48:1 y 1.40:1 respectivamente. Sobre el total de casos en cada sexo, la categoría modal fue ausencia de antecedente de intento suicida. La razón entre casos sin antecedente-con antecedente de intento suicida fue 3.37:1 en el sexo femenino y 5.96:1 en el masculino. En la composición por sexo, el grupo con antecedente de intento suicida no difirió significativamente del grupo sin ese tipo de antecedente ($\chi_o^2 [5.27] < \chi_c^2 [6.64]$, $df = 1$) (Tabla 33).

b. Franja etaria y sexo. El Modo por edad entre pacientes con antecedente de intento suicida fue 19.5 años en el sexo femenino y en el grupo ambos sexos, mientras que fue 29.5 años en el sexo masculino. Entre pacientes sin ese tipo de antecedente el Modo fue 19.5 años en cada sexo. Sobre el total de casos en cada sexo, en todas las franjas etarias los casos sin antecedente de intento suicida superaron a los casos con ese tipo de antecedente. Se registraron casos con antecedente de intento suicida hasta 55-64 años del grupo ambos sexos y del sexo femenino, y hasta 35-44 años del masculino (Gráfico 29; Tabla 34). En la composición por edad, los casos con antecedente de intento suicida no difirieron significativamente de los casos sin ese tipo de antecedente en el grupo ambos sexos ($\chi_o^2 [10.84] < \chi_c^2 [13.28]$, $df = 4$), ni en el sexo femenino ($\chi_o^2 [7.30] < \chi_c^2 [11.34]$, $df = 3$), ni en el masculino ($\chi_o^2 [10.92] < \chi_c^2 [11.34]$, $df = 3$) analizados separadamente (Tablas 34a, 34b y 34c respectivamente).

5.1.2.2.2. Antecedente de conducta suicida en el entorno afectivo significativo.

a. Sexo. Sólo el 1.87% de los pacientes asistidos por intento suicida refirió antecedente de conducta suicida ocurrida en su entorno afectivo significativo, frente al mayoritario 98.13% que no refirió ese tipo de antecedente (Tabla 35). En ambas circunstancias hubo más casos femeninos que masculinos (Gráfico 30), con razones entre sexos de 1.25:1 y 1.57:1 respectivamente. Sobre el total de casos en cada sexo, la categoría modal fue ausencia de

antecedente de conducta suicida en el entorno. La razón entre pacientes sin antecedente-con antecedente de conducta suicida en el entorno fue 57.6:1 en el sexo femenino y 46:1 en el masculino. No se hallaron diferencias significativas en la composición por sexo entre casos con antecedente de conducta suicida en el entorno afectivo y casos sin ese tipo de antecedente ($\chi_o^2 [0.04] < \chi_c^2 [6.64]$, $df = 1$) (Tabla 35).

Entre pacientes femeninos con antecedente de conducta suicida en su entorno afectivo, 3 refirieron que este consistió en intento suicida (1 de hijo, 1 de hermana y 1 de madre) y 2 refirieron que se trató de suicidio (1 de sobrina y 1 de amigo). Pacientes masculinos sólo refirieron antecedentes en su entorno en los que se trató de suicidio (1 de madre, 1 de hermano, 1 de primo y 1 de novia).

b. Franja etaria y sexo. Entre pacientes que refirieron antecedente de conducta suicida en el entorno afectivo el Modo por edad fue 19.5 y 39.5 años en el sexo femenino (distribución bimodal), mientras que fue 19.5 años en el sexo masculino y en el grupo ambos sexos. Entre pacientes sin ese tipo de antecedente el Modo por edad fue 19.5 años en cada sexo. Sobre el total de casos en cada sexo, en todas las franjas etarias los casos sin antecedente de conducta suicida en el entorno superaron a los casos con ese tipo de antecedente. Se registraron casos con antecedente de conducta suicida en el entorno hasta la franja etaria 35-44 años en el grupo ambos sexos y en el sexo femenino, y hasta 25-34 años en el masculino (Gráfico 31; Tabla 36). En la composición por edad, los casos con antecedente de conducta suicida en el entorno no se diferenciaron significativamente de los casos sin tal antecedente en el grupo ambos sexos ($\chi_o^2 [0.78] < \chi_c^2 [9.21]$, $df = 2$ [$f_t < 5$: +20%]), ni en el sexo femenino ($\chi_o^2 [1.13] < \chi_c^2 [9.21]$, $df = 2$ [$f_t < 5$: +20%]), ni en el masculino ($\chi_o^2 [1.06] < \chi_c^2 [9.21]$, $df = 2$ [$f_t < 5$: +20%]) analizados separadamente (Tablas 36a, 36b y 36c respectivamente).

5.1.2.2.3. Diagnóstico de trastorno mental.

a. Sexo. Sólo el 28.07% de los pacientes asistidos por intento suicida tenía diagnóstico actual de trastorno mental, frente al mayoritario 71.93% que no tenía esos diagnósticos (Tabla 37). En ambas circunstancias hubo más casos femeninos que masculinos (Gráfico 32), con razones entre sexos de 1.14:1 y 1.77:1 respectivamente. Sobre el total de casos

asistidos por intento de suicidio en cada sexo, la categoría modal fue ausencia de diagnóstico de trastorno mental. La razón entre casos sin diagnóstico-con diagnóstico de trastorno mental fue 3.07:1 en el sexo femenino y 1.98:1 en el masculino. No obstante, en la composición por sexos, el grupo con diagnóstico de trastorno mental no se diferenció significativamente del grupo sin ese tipo de diagnóstico (χ_o^2 [4.52] < χ_c^2 [6.64], df = 1) (Tabla 37).

b. Franja etaria y sexo. Entre pacientes con y sin diagnóstico de trastorno mental, y en cada sexo, el Modo por edad fue 19.5 años. Sobre el total de casos en cada sexo, en la mayoría de las franjas etarias predominaron los casos sin diagnóstico de trastorno mental por sobre los casos con esos diagnósticos. Las excepciones las constituyeron 55-64 años de ambos sexos y 35-44 años del sexo masculino en las que la situación fue la inversa, y 65-74 años del sexo femenino donde hubo igual cantidad de casos con y sin diagnóstico de trastorno mental (Gráfico 33; Tabla 38). En la composición por edad, los casos con diagnóstico de trastorno mental se diferenciaron significativamente de los casos sin esos diagnósticos en el grupo ambos sexos (χ_o^2 [23.38] > χ_c^2 [13.28], df = 4) y en el sexo femenino (χ_o^2 [17.30] > χ_c^2 [11.34], df = 3), pero no en el masculino (χ_o^2 [6.37] < χ_c^2 [11.34], df = 3) analizado separadamente (Tablas 38a, 38b y 38c respectivamente). La fuerza de las asociaciones halladas fue de V = 0.22 y de V = 0.24 respectivamente. Ausencia de diagnóstico de trastorno mental caracterizó a 15-24 años. Presencia de esos diagnósticos caracterizó principalmente a 35-44 y 55-64 años.

5.1.2.2.4. Categorías y Tipos diagnósticos en casos con trastorno mental.

a. Sexo. De los 135 pacientes asistidos por intento suicida que tenían diagnóstico de trastorno mental, el 28.15% (18.52% femenino y 9.63% masculino) desconocía el Tipo o Categoría con que había sido diagnosticado, mientras que el 71.85% restante sí lo conocía (34.81% femenino y 37.04% masculino). En la composición por sexo, el grupo que conocía el Tipo diagnóstico no se diferenció significativamente del grupo que lo desconocía (χ_o^2 [3.28] < χ_c^2 [6.64], df = 1) (Tabla 39).

Para los 38 pacientes que tenían diagnóstico de trastorno mental pero que desconocían el Tipo diagnóstico recibido, se contabilizó un diagnóstico por cada caso. De

los 97 pacientes que conocían el Tipo diagnóstico recibido, sólo 5 de ellos (2 femeninos y 3 masculinos) reportaron diagnósticos comórbidos, de dos trastornos en todos los casos. Así, el total de Tipos diagnósticos de trastorno mental registrados en pacientes asistidos por intento suicida fue de 140 (38 diagnósticos desconocidos y 102 conocidos según Categorías y Tipos diagnósticos del *DSM-IV-TR* [Asociación Americana de Psiquiatría, 2002]). En el sexo femenino la mayor frecuencia correspondió a diagnóstico desconocido, en tanto que de los Tipos diagnósticos conocidos el más frecuente fue Trastorno depresivo no especificado (F32.9), seguido de Dependencia de varias sustancias (F19.2x) y, en tercer lugar, Trastorno psicótico no especificado (F29). En el sexo masculino la distribución fue bimodal entre diagnóstico desconocido y Dependencia del alcohol (F10.2x), seguido de Trastorno depresivo no especificado (F32.9) y, luego, Dependencia de varias sustancias (F19.2x) (Gráfico 34; Tabla 40). Por Categorías diagnósticas, las de mayores frecuencias fueron Trastornos relacionados con sustancias, Trastornos del estado de ánimo, y Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. Se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre Categorías diagnósticas y sexo de los pacientes (χ_o^2 [23.43] > χ_c^2 [21.67], df = 9 [$f_t < 5$: +20%]) (Tabla 41). La fuerza de la asociación fue de $V = 0.41$. Entre las asociaciones más destacadas, Trastornos de la conducta alimentaria y Trastornos de la personalidad caracterizaron diferencialmente a pacientes femeninos, mientras que Trastornos relacionados con sustancias, y Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos caracterizaron a pacientes masculinos.

b. Franja etaria y sexo. Entre quienes conocían el Tipo diagnóstico de trastorno mental recibido así como entre quienes lo desconocían, y en cada sexo, el Modo por edad fue 19.5 años. Sobre el total de casos en cada sexo, en todas las franjas etarias predominaron los casos que conocían el Tipo diagnóstico recibido por sobre los que lo desconocían (Tabla 42). En la composición por edad, no hubo diferencias significativas entre quienes conocían y quienes desconocían el Tipo diagnóstico recibido en el grupo ambos sexos (χ_o^2 [3.48] < χ_c^2 [13.28], df = 4), ni en el sexo femenino (χ_o^2 [0.78] < χ_c^2 [11.34], df = 3), ni en el masculino (χ_o^2 [2.22] < χ_c^2 [9.21], df = 2) analizados separadamente (Tablas 42a, 42b y 42c respectivamente).

De los Tipos diagnósticos conocidos y en el grupo ambos sexos, el Modo correspondió a Dependencia de varias sustancias (F19.2x) en 15-24 años, a Trastorno depresivo no especificado (F32.9) en 25-34, 35-44 y 45-54 años, la distribución fue bimodal en 55-64 años entre Trastorno depresivo no especificado (F32.9) y Demencia no especificada (F03). En tanto que en 65-74 años se registró un solo diagnóstico, que fue Trastorno bipolar no especificado (F31.9) (Tabla 43). Al agrupar los Tipos diagnósticos en sus correspondientes Categorías diagnósticas se halló que para la franja etaria menor el Modo correspondió a Trastornos relacionados con sustancias, mientras que para cada una de las restantes franjas etarias correspondió a Trastornos del estado de ánimo, sea en forma unimodal (en 25-34, 45-54 y 65-74 años) o bien bimodal (junto con la categoría Trastornos relacionados con sustancias en 35-44 años; y junto con Delirium, demencias, trastornos amnésicos y otros trastornos cognoscitivos en 55-64 años) (Tabla 44).

Entre Tipos diagnósticos conocidos en casos femeninos y por franjas etarias, el Modo correspondió a Dependencia de varias sustancias (F19.2x) en 15-24 años, a Trastorno psicótico no especificado (F29) en 25-34 años, a Trastorno depresivo no especificado (F32.9) en 35-44 y en 45-54 años, a Demencia no especificada (F03) en 55-64 años, mientras que en 65-74 años se registró un solo diagnóstico, que fue Trastorno bipolar no especificado (F31.9) (Gráfico 35; Tabla 45). Al agrupar los Tipos diagnósticos en sus correspondientes Categorías diagnósticas se halló que para la franja etaria menor la distribución fue bimodal entre Trastornos de la conducta alimentaria y Trastornos relacionados con sustancias, en 25-34 años el Modo correspondió a Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, en 35-44 y en 45-54 años correspondió a Trastornos del estado de ánimo, en 55-64 años a Delirium, demencia, trastornos amnésicos y otros trastornos cognoscitivos, mientras que en 65-74 años el único caso registrado correspondió a Trastornos del estado de ánimo (Tabla 46).

Entre Tipos diagnósticos conocidos en casos masculinos y por franjas etarias, el Modo correspondió a Dependencia de varias sustancias (F19.2x) en 15-24 años, a Trastorno depresivo no especificado (F32.9) en 25-34 años, a Dependencia del alcohol (F10.2x) en 35-44 años, a Trastorno psicótico no especificado (F29) en 45-54 años, la distribución fue multimodal en 55-64 años, mientras que en 65-74 años no se registraron casos con

diagnóstico de trastorno mental (Gráfico 36; Tabla 47). Al agrupar los Tipos diagnósticos en sus correspondientes Categorías diagnósticas, se halló que el Modo en la franja etaria menor correspondió a Trastornos relacionados con sustancias, en 25-34 años a Trastornos del estado de ánimo, en 35-44 años la distribución fue bimodal entre Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos y Trastornos relacionados con sustancias, en 45-54 años el Modo correspondió a Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, en 55-64 años fue multimodal entre Trastornos del estado de ánimo, Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, y Trastornos relacionados con sustancias (Tabla 48).

No obstante todo lo anterior, no se hallaron diferencias significativas entre Categorías diagnósticas y edad de pacientes asistidos por intento suicida en el grupo ambos sexos (χ_o^2 [23.14] < χ_c^2 [29.14], df = 14 [f_t < 5: +20%]), ni en el sexo femenino (χ_o^2 [23.45] < χ_c^2 [29.14], df = 14 [f_t < 5: +20%]), ni en el masculino (χ_o^2 [9.68] < χ_c^2 [23.21], df = 10 [f_t < 5: +20%]) analizados separadamente (se excluyeron de los análisis las Categorías Trastornos de inicio en la infancia, niñez o adolescencia, y Delirium, demencias, trastornos amnésicos y otros trastornos cognoscitivos, debido a que en sí mismas implican criterios diagnósticos atinentes a la edad) (Tablas 44a, 46a y 48a respectivamente).

5.1.2.2.5. Tratamiento específico en casos con diagnóstico de trastorno mental.

a. Sexo. De los pacientes asistidos por intento suicida que tenían diagnóstico de trastorno mental (135 casos), el 56.30% recibía tratamiento específico por el diagnóstico al momento del intento suicida, el 29.63% nunca lo había recibido y el 14.07% había abandonado el tratamiento (Gráfico 37; Tabla 49). En cada una de esas circunstancias las razones entre sexos fueron 1.45:1, 2.8:1 y 0.48:1 respectivamente. Entre esas categorías de tratamiento específico y sexo de los pacientes con diagnóstico de trastorno mental se halló asociación significativa (χ_o^2 [11.19] > χ_c^2 [9.21], df = 2) (Tabla 49). La fuerza de la asociación fue de $V = 0.29$. Los casos femeninos se caracterizaron por recibir tratamiento, pero también por haberlo abandonado, mientras que los masculinos se caracterizaron por no haber recibido tratamiento.

b. Franja etaria y sexo. Entre los pacientes que tenían diagnóstico de trastorno mental, tanto para el grupo ambos sexos como para el sexo femenino, en las tres franjas etarias

menores y en la mayor predominaron los casos de quienes recibían tratamiento específico al momento del intento suicida. En el sexo masculino, los casos de quienes recibían tratamiento específico sólo predominaron en 25-34 y 35-44 años (Gráfico 38; Tabla 50). No obstante, las diferencias en la composición por edad entre los grupos de pacientes que recibían tratamiento, que lo habían abandonado y que nunca lo habían recibido no fueron significativas en ambos sexos (χ_o^2 [12.44] < χ_c^2 [13.28], df = 4), ni en el sexo femenino (χ_o^2 [13.05] < χ_c^2 [13.28], df = 4), ni en el masculino (χ_o^2 [3.95] < χ_c^2 [13.28], df = 4 [f_t < 5: +20%]) analizados separadamente (Tablas 50a, 50b y 50c respectivamente).

5.1.2.2.6. Utilización de servicio telefónico de asistencia en la urgencia suicida.

En ninguno de los 481 registros de casos asistidos por intento suicida se mencionó la utilización del servicio telefónico de asistencia y contención especializada y gratuita que brinda la “Fundación Vida - Centro de Asistencia al Suicida” durante la urgencia suicida.

5.1.2.2.7. Enfermedad orgánica.

a. Sexo. Sólo el 3.33% de pacientes asistidos por intento suicida tenía diagnóstico actual de enfermedad orgánica, frente al mayoritario 96.67% que no tenía ese tipo de diagnóstico (Tabla 51). En ambos grupos hubo más casos femeninos que masculinos (Gráfico 39), con razones entre sexos de 4.33:1 y 1.51:1 respectivamente. Sobre el total de casos en cada sexo fue modal la categoría sin diagnóstico de enfermedad orgánica. Las razones entre casos con-sin enfermedad orgánica fueron 0.05:1 entre femeninos y 0.02:1 entre masculinos. En cuanto al sexo, el grupo con enfermedad orgánica no se diferenció significativamente del grupo sin enfermedad orgánica (χ_o^2 [2.87] < χ_c^2 [6.64], df = 1) (Tabla 51).

b. Franja etaria y sexo. Entre pacientes con enfermedad orgánica así como entre pacientes sin enfermedad de ese tipo y en cada sexo, el Modo por edad fue 19.5 años excepto entre masculinos con enfermedad orgánica para quienes la distribución fue multimodal entre 15-24, 35-44 y 55-64 años aunque con el mínimo registro. No se registraron casos con enfermedad orgánica en 45-54 años de ambos sexos, ni en 25-34 y 65-74 años del sexo masculino. Sobre el total de casos en cada sexo, en todas las franjas etarias del sexo masculino y del grupo ambos sexos predominaron los casos sin enfermedad orgánica. Entre femeninos se observó lo mismo, con excepción de 55-64 y 65-74 años donde hubo igual

cantidad de casos con y sin enfermedad orgánica (Gráfico 40; Tabla 52). No se hallaron diferencias significativas en la composición por edad entre pacientes con y sin enfermedad orgánica en el grupo ambos sexos (χ_o^2 [8.07] < χ_c^2 [9.21], df = 2), ni en el sexo femenino (χ_o^2 [7.46] < χ_c^2 [9.21], df = 2), ni en el masculino (χ_o^2 [1.98] < χ_c^2 [9.21], df = 2 [f_t < 5: +20%]) analizados separadamente (Tablas 52a, 52b y 52c respectivamente).

5.1.2.2.8. Tipos diagnósticos en pacientes con enfermedad orgánica.

a. Sexo. Los 16 pacientes con enfermedad orgánica conocían el tipo diagnóstico recibido. Ninguno de ellos informó diagnósticos comórbidos. En cada sexo el Modo correspondió a epilepsia. Los casos femeninos con enfermedad orgánica se distribuyeron entre 6 tipos diagnósticos diferentes, mientras que los masculinos se distribuyeron entre sólo 2 tipos diagnósticos diferentes (Gráfico 41; Tabla 53).

b. Franja etaria y sexo. En el grupo ambos sexos el Modo por tipo diagnóstico correspondió a epilepsia en las tres franjas etarias menores, no se registraron diagnósticos de enfermedad orgánica en 45-54 años, la distribución fue multimodal en 55-64 años entre epilepsia, hipotiroidismo e hipertensión arterial aunque con el mínimo de casos en cada diagnóstico, mientras que en 65-74 años el único caso con diagnóstico de enfermedad orgánica correspondió a lupus (Gráfico 42; Tabla 54). En el sexo femenino la distribución fue bimodal entre epilepsia e insuficiencia renal crónica (con tratamiento dialítico) en 15-24 años, en tanto que en el resto de las franjas etarias la modalidad fue la misma que en el grupo ambos sexos (Tabla 55). En el sexo masculino se registraron dos casos con diagnóstico de epilepsia, uno en 15-24 años y uno en 55-64 años, y además un caso de obesidad mórbida en 35-44 años (Tabla 56).

**5.2. ESTUDIO DE COYUNTURAS DESENCADENANTES DE URGENCIAS
SUICIDAS.**

Presentación general.

Los resultados que se presentan en los dos capítulos siguientes surgieron del análisis de los registros escritos de material discursivo de entrevistas psicológicas con los pacientes asistidos por intento suicida en el Servicio de Guardia del HPS durante el periodo de estudio. Los análisis se realizaron teniendo en cuenta los objetivos de esta tesis que apuntan a estudiar las variables Sentimiento de soledad y Ausencia de respuesta subjetiva acerca del sentido de la vida en el contexto de urgencias suicidas, y con ello, a elaborar coyunturas desencadenantes de urgencias suicidas.

De acuerdo a la doble perspectiva de análisis planteada en esta investigación – psicoanalítica y epidemiológica –, en el primero de los siguientes dos capítulos se presentan resultados y ejemplos correspondientes al *Análisis de contenido de los registros de casos* a través de los cuales se localiza la presencia de las variables Sentimiento de soledad y Ausencia de respuesta en la muestra y se señalan modalidades de surgimiento. En tanto que en el segundo de estos capítulos se presentan resultados correspondientes al *Análisis epidemiológico de coyunturas desencadenantes de urgencias suicidas* en la muestra estudiada.

**5.2.1. ANÁLISIS DE CONTENIDO DE LOS REGISTROS DE CASOS.
DETECCIÓN DE LA PRESENCIA DE LAS VARIABLES SENTIMIENTO DE
SOLEDAD Y AUSENCIA DE RESPUESTA SUBJETIVA ACERCA DEL SENTIDO
DE LA VIDA EN LA MUESTRA.**

5.2.1.1. Acerca de la organización de la exposición.

En este capítulo se presentan resultados y ejemplos de la detección de la presencia de las variables Sentimiento de soledad y Ausencia de respuesta subjetiva acerca del sentido de la vida, lo que se realizó mediante análisis de contenido de los registros escritos de material discursivo de entrevistas psicológicas en todos los casos de la muestra de intento de suicidio. Para efectuar el análisis de contenido se siguieron las definiciones conceptuales y operacionales de dichas variables, tal como fueron establecidas para esta investigación (ver 4.3.2.4. Variables que se analizan). Para una mayor claridad expositiva, los análisis de las variables Sentimiento de soledad y Ausencia de respuesta se presentan por separado. A su vez, los desarrollos y ejemplos correspondientes a cada una de esas variables se presentan subdivididos en dos partes, las que se denominaron: a) Localización de contenidos, y b) Modalidades de surgimiento.

a. Localización de contenidos. Los desarrollos y ejemplos correspondientes a localización de contenidos tuvieron por objetivo ilustrar cómo se detectó la presencia de cada variable en los análisis de casos individuales. Para su presentación, se organizaron en enunciaciones directas e indirectas, cuyos respectivos ejemplos mostraron que lo que desencadenó el intento suicida estuvo *en función de* determinados significantes *operacionales* o en función de determinados contenidos discursivos (cadenas significantes) indicativos de una u otra de las variables conforme a los elementos de análisis establecidos en las definiciones y ejemplos operacionales oportunamente establecidos.

La citada expresión *en función de* – utilizada para indicar lo que desencadenó el intento suicida en esos ejemplos – tomó el significado de *dependiendo de*, pero además remitió a una acepción propia del campo de la lingüística, la que indica para una función lingüística el papel relacional que, en la estructura gramatical de la oración, desempeña un elemento fónico, morfológico, léxico o sintagmático (Real Academia Española, 2001).

La citada cualidad *operacional* de determinados significantes y contenidos discursivos respondió al carácter de trazo clínico que estos adquirieron para Sentimiento de soledad, o bien, para Ausencia de respuesta, en razón de su insistencia repetitiva y del lugar central que ocupaban en el discurso de cada paciente. La expresión *trazo clínico* tiene implicaciones singulares en orden a los términos que la componen, por lo que cabe hacer una breve mención a cada uno de ellos.

En cuanto al *trazo*, de acuerdo a sus significados hallados en el diccionario: relativo a la escritura, el trazo es cada una de las partes en que se considera dividida la letra de mano, según el modo de formarla; relativo a la construcción, el trazo es la delineación con que se forma el diseño o planta de cualquier cosa; además, el trazo es el pliegue del ropaje (Real Academia Española, 2001). Desde una perspectiva lacaniana, explica Vicens (octubre 2006) que la condición para sostener que el campo del lenguaje se estructura conforme a una escritura es introducir el acto de borramiento, por el cual un rasgo, un trazo o un rastro, pasa al significante. De allí que entre las consecuencias lógico-temporales de la introducción del trazo o rasgo unario señala: que el trazo o rasgo que introduce el cardinal uno no se confunde con su ordinal; que para que ese cardinal se transforme en ordinal hace falta un tiempo; y que es el rasgo o trazo el que, *après coup*, crea el fondo del que parece surgir.

En cuanto a lo *clínico*, de acuerdo a Le Gaufey (2006), cualquiera que sea el adjetivo que califica a una clínica – por ejemplo, psicoanalítica –, se debe esclarecer primero el lazo que toda clínica mantiene con la dimensión de “realidad” con la que parece estar íntimamente ligada. Implica considerar que “el signo clínico se especifica entre los demás signos por tener algo que siempre pertenece a la dimensión de una u otra ‘realidad’ diferente de la suya propia” (p. 455). Por otra parte, con Lacan (1969-1970/1992), la repetición no quiere decir que se recomienza lo que se ha terminado, sino que la repetición es una denotación precisa de un rasgo que él despejó como idéntico al rasgo unario, al elemento de la escritura de un rasgo en tanto que conmemora una irrupción del goce. Así, para Venco Bonet (2013) un trazo clínico se revela como algo original, propio, que no se limita a una reproducción porque – justamente – su categoría de irrepetible le concede paso a la significación.

En esta investigación, además del carácter repetitivo, la identificación de agujeros o puntos de no cohesión en el tejido de los relatos también sirvieron como elementos coadyuvantes por los que se hallaron otras manifestaciones con valor de trazo clínico para una u otra variable.

b. Modalidades de surgimiento. Estos análisis tuvieron por objetivo bosquejar grandes modalidades de surgimiento para cada una de las dos variables estudiadas. A ese fin, se analizaron los registros de los relatos en búsqueda de aspectos comunes, entre los diferentes casos, que sirvieran para describir generalidades indicativas del modo en que surgían el Sentimiento de soledad y la Ausencia de respuesta en el contexto de urgencias suicidas. La modalidad de surgimiento fue entendida en términos de circunstancia, en tanto que esta remite a un accidente de tiempo, lugar, modo, etc., que está unido a la sustancia de algún hecho o dicho (Real Academia Española, 2001). Conforme a ello, se describieron grandes modalidades de surgimiento – generales, pero sin pretensión de exhaustividad – para cada variable, las que se acompañaron de respectivos ejemplos.

5.2.1.2. Aspectos formales de la presentación de fragmentos clínicos.

Todos los fragmentos clínicos extractados de los registros de casos que se presentan para ejemplificar lo que se va desarrollando se transcriben en letra cursiva. Los entrecomillados indican, además, que se trata del registro de citas textuales del discurso de pacientes. En ese tipo de ejemplos, las oraciones que inician con expresiones tales como “*Lo hice porque...*”, “*Fue porque...*”, “*Porque...*”, y otras semejantes, involucran la condición tácita por la que se alude a lo que motivó el intento suicida. En cambio, los fragmentos que se transcriben en cursiva pero sin entrecomillado, indican que se trata de citas de lo dicho por el paciente pero que los psicólogos tratantes registraron en tercera persona (por ejemplo: *El paciente refiere...*), o bien, que se trata de afirmaciones u observaciones pertenecientes a los psicólogos. Finalmente, luego de cada ejemplo transcripto, lo indicado entre paréntesis corresponde al sexo y a la edad del paciente.

5.2.1.3. Sentimiento de soledad.

a. Localización de contenidos.

Hubo casos que fueron categorizados en la variable Sentimiento de soledad debido a que en sus evaluaciones, los psicólogos tratantes interpretaron que este tuvo una función central entre los motivos del intento suicida. Ello fue plasmado en los registros escritos de los casos en términos tales como *sentimiento de soledad*, *soledad*, *percepción de soledad*, *vivencia de soledad*, y *sensación de soledad*. A los efectos de esta investigación, esas interpretaciones registradas por los psicólogos tratantes fueron valoradas como presencia de Sentimiento de soledad, es decir, tuvieron valor de material discursivo, tanto como cuando se trataba de citas del discurso de pacientes. Esa valoración se fundamentó en la suscripción a la afirmación de que “el objetivo de la interpretación no es tanto el sentido, sino la reducción de los significantes a su sin-sentido para así encontrar los determinantes de toda la conducta del sujeto” (Lacan, 1964/2005, p. 219).

Conforme a la definición conceptual de Sentimiento de soledad y a los elementos operacionales establecidos a partir de ella (ver 4.3.2.4. Variables que se analizan), en el análisis de las entrevistas se hallaron contenidos concernientes a esta variable entre los desencadenantes del intento suicida tanto en enunciaciones directas como indirectas.

En las referencias directas y explícitas al Sentimiento de soledad, lo que desencadenó el intento suicida estuvo en función de significantes tales como “*solo*”, “*soledad*”, “*nadie*”, “*aislado*”, “*abandonado*” y otros equivalentes, que se destacaban por su centralidad e insistencia repetitiva en el discurso de diferentes pacientes. Algunos ejemplos fueron:

“...Lo hice porque estoy solo, no le importo a nadie...” (Masculino, 26 años).

“...Porque me sentí muy sola...” (Femenino, 21 años).

“...Estoy solo, para qué quiero seguir.” *Paciente que presenta sentimientos de soledad y de inutilidad, crisis de llanto, irritabilidad...* (Masculino, 51 años).

“...Porque no soporto la soledad... Porque no estoy acostumbrada a estar sola...” (Femenino, 48 años).

“...Porque mi pareja me abandonó, estoy vacía sin él...” (Femenino, 37 años).

...Paciente que realiza intento suicida por dificultad en vínculo madre-hijo, por sentimientos de abandono vividos por el hijo (paciente)... (Masculino, 15 años).

Otras referencias al Sentimiento de soledad como desencadenante del intento suicida, aunque también eran directas, sin embargo no eran expuestas tan linealmente. En estos casos, las referencias al Sentimiento de soledad aparecían como modalización, esto es, con la función de ejercer una modulación respecto de un dicho. Esas referencias aparecían denunciando la posición del sujeto respecto de lo dicho, en tanto que lo dicho era una cita del discurso del Otro (Miller, 1998). Esas citas, que se personificaban en uno u otro familiar o bien que se atribuían al discurso social, tenían en común que proferían un mandato imperativo, al modo kantiano del imperativo categórico o apodíctico, en tanto lo apodíctico representa lo incondicionalmente cierto, lo necesariamente válido (Real Academia Española, 2001). Ese mandato imperativo ordenaba que el sujeto debía estar colmado, completo y satisfecho con los lazos disponibles y con lo que le era ofrecido por estos. Frente a ello, se hacía evidente que la soledad que vivenciaban estos sujetos incumplía con lo que era debido de acuerdo a ese mandato y entraba en contradicción con él. Por el lado de los pacientes, con frecuencia, ese incumplimiento traía aparejados sentimientos de culpa. Algunos ejemplos fueron:

“...Tengo una familia, tengo trabajo, tengo todo. Como se dice, tengo salud, dinero y amor. El problema es que no puedo hacer nada con eso. Así y todo no puedo tapar el vacío que siento. Si me siento tan solo no es culpa de ellos (refiriéndose a su familia), soy yo el problema, como que no puedo ser parte de nada...” (Masculino, 46 años).

“...Mi novio me dejó y no pude seguir, sin él me falta todo... Me siento mal por lo que hice (refiriéndose al intento de suicidio), me da mucha culpa porque mi familia me da todo y yo les hago esto. Ellos me dicen que tengo que ponerme bien, pero sin él (refiriéndose a su novio) no me puedo levantar, se supone que no tengo que pensar así pero la verdad es que sin él me falta todo, lo necesito conmigo...” (Femenino, 33 años).

“...No puedo explicar lo que siento, sobre todo cuando pienso en decírselo a mi familia me quedo muda porque sé que ellos me quieren y que hacen todo por mí... Ya sé

que no estoy sola, todas mis amigas me lo dicen, pero me siento sola, es como estar aislada...” (Femenino, 35 años).

...Al ser indagada por lo que motivó el intento suicida refiere pelea con ex novio, a lo que asocia dificultades en la Facultad. Siente que no le está yendo bien en la Facultad, que decepcionó a los padres, tiene miedo de defraudarlos, es la primera vez que le pasa porque en la Secundaria le iba muy bien, hace un mes que siente esto... (Femenino, 18 años).

Por el lado de los familiares, con frecuencia, estos solían manifestar su decepción o desengaño frente al incumplimiento de aquél mandato. El desengaño de los familiares no era siempre del mismo tipo. En ocasiones, el desengaño parecía corresponder a la acepción de: conocimiento de la verdad, con que se sale del engaño o error en que se estaba, y al efecto de ese conocimiento en el ánimo (Real Academia Española, 2001). Pero más fundamentalmente, el desengaño de los familiares parecía corresponder a la acepción de: palabra, juicio o expresión que se dice a alguien echándole en cara alguna falta (Real Academia Española, 2001). Algunos ejemplos fueron:

...Entrevista con el padre de la paciente quien se muestra muy angustiado y con crisis de llanto, refiere accidente a los 5 años de edad de la paciente en el que recibe heridas graves en el vientre. A partir de ahí él y su mujer se abocan al bienestar de su hija, sin posibilidades de tener otros hijos para darle toda la atención a ella. Dice que no sabe qué puede haber pasado para que su hija haga esto, porque ellos la apoyan y le dan todo lo que pueden. Dice que es la primera vez que la hija hace algo así: “ella parecía fuerte, cuando fue el accidente tuvo que pasar por varias operaciones de reconstrucción estética, y desde ahí ella siempre parecía fuerte”... (Femenino, 18 años).

...Se entrevista a la madre de la paciente quien refiere no entender lo sucedido (refiriéndose al intento suicida) ya que su hija cuenta con tratamiento médico, psicológico y psiquiátrico, por lo que esto no debiera haber sucedido. Comenta que su hija tiene trastorno de alimentación y que los problemas se presentan a la hora de la cena o almuerzo, porque ella come muy poco y la tienen que obligar a comer... (Femenino, 19 años).

...Se entrevista a la madre de la paciente: dice que no sabe con certeza si su hija tomó las pastillas. Asegura que su hija estaba bien. Aunque reconoce que hay una conflictiva familiar, insiste en que su hija estaba bien “porque ella tiene todo lo que quiere”. Se entrevista al novio de la paciente: asegura que “ella simula haber tomado las pastillas, siempre lo hace para llamar la atención” ... (Femenino, 17 años).

En los ejemplos se observa que, como señala Mor Roig (05 de julio 2014), el imperativo es un mandato que dice lo que el deber manda, y al mandarlo de un modo incondicionado, el sujeto queda forzado al cumplimiento ciego de la orden. De acuerdo a ello, el discurso capitalista prominente en esta época, pasa a ocupar el lugar de imperativo a partir de la función del Otro social como oferta continua de satisfacción. La relación con el discurso social que habita a los sujetos lleva a pensar que aquello que lo caracteriza es una modalidad de lazo cuyo motor ya no es la enunciación de alguien, sino un saber de enunciados, un conjunto de dichos que se pueden calificar de acéfalos. Como asevera la autora, en la contemporaneidad se produce una superposición entre el mandato social y el de la pulsión, mostrando una impresionante mutación del sujeto deseante al de un sujeto gozante, que padece en demasía de un lleno o de un vacío. Ello porque, como recuerda Recalcati (2004), en el discurso capitalista hay la promoción del objeto-*gadget* como solución de la privación del ser que habita al sujeto.

Los ejemplos expuestos son consistentes además con aseveraciones expuestas desde otras orientaciones teóricas, tal como la que indica que el Sentimiento de soledad es compatible con el hecho de que el apoyo social disponible (de familiares, pareja, amigos u otras figuras afectivas) no pueda compensar, o no alcance a llenar, el vacío que se siente (Stroebe et al., 1996; Weiss, 1973). En ese sentido se suele aceptar que la soledad, al ser un estado emocional interno (Asher & Paquette, 2003), es influenciada más fuertemente por la valorización subjetiva o la cualidad de las relaciones sociales antes que por las características objetivas o cuantitativas de esas relaciones (Asher & Paquette, 2003; Cutrona, 1982; Jones, 1982; Wheeler et al., 1983). Los ejemplos presentados hicieron evidente que hay una distancia de separación entre la soledad como sentimiento o vivencia referida, y la soledad como hecho fáctico semejable a estar solo.

Respecto de esa separación, en los ejemplos presentados, la diferenciación entre las dimensiones del hecho, del dicho, del decir, del enunciado y de la enunciación, reseñada por Miller (1998) en relación a la localización subjetiva, fue aplicable a casos en los que la soledad directamente explicitada en la dimensión de los dichos no era constatable en la dimensión de los hechos, a pesar de lo cual conservaba todo su valor de derecho. En esos casos, la soledad vivenciada por los pacientes discrepaba con las evaluaciones de redes de contención socio-familiar, ya que en esas evaluaciones los psicólogos tratantes concluían buena disponibilidad de dichas redes con fundamento en datos que indicaban contextos de inserción social, de actividad y/o de compañía factual por parte de figuras afectivas significativas. Además de algunos de los ya citados, otro ejemplo fue:

...Paciente que al ser indagado por lo que motivó el intento suicida hizo referencia a sentimientos de soledad y de vacío. Está casado, tiene 3 hijos, refiere buena relación con su familia. Está acompañado por su esposa, quien se muestra colaboradora y con buen nivel de alarma. Se evalúa buena red de contención familiar... (Masculino, 59 años).

En lo anterior se puede señalar con Cléro (2006) que, si se sigue la significación que adquiere el término experiencia en la enseñanza lacaniana, resulta que la experiencia no es lo que se encuentra como el referente de las propias construcciones, como lo que podría sancionar su validez. En cambio, son las construcciones simbólicas o lingüísticas las que constituyen la experiencia misma. La noción de experiencia envuelve una noción de la verdad donde la parte de la construcción es tal que jamás puede ser, salvo por ilusión, por un lado el homólogo de una elaboración teórica, por el otro la exterioridad en la cual se distinguirían unidades objetivas. A su vez, recuerda el citado autor que Lacan se atrevía a decir del caso – que, por lo demás, es lo único que se debe tomar en cuenta en el análisis – que siempre por algún lado es una excepción a la ley de la que parece depender; y que en el caso se debe prestar atención a lo que contradice. Por todo ello, señala que en la enseñanza lacaniana la experiencia es invocada como una contingencia última de la que ya no se trata de dar razón; ella es una razón sin razón.

La presencia del Sentimiento de soledad también se ubicó entre los desencadenantes del intento suicida a partir de enunciaciones indirectas. La codificación de contenidos discursivos como enunciaciones indirectas del Sentimiento de soledad se guió de ejemplos

operacionales establecidos oportunamente en la definición de esta variable (ver 4.3.2.4. Variables que se analizan), tales como: sentirse incomprendido; no disfrutar de las relaciones interpersonales; desvalorar, infravalorar o desestimar la contención o acompañamiento con que se cuenta o que es ofrecida por otros; etc.

Con frecuencia, los pacientes referían los desencadenantes del intento suicida en función de situaciones conflictivas y/o de discusiones con figuras afectivas significativas. En esas situaciones se destacaba como característico un punto de discrepancia, entre lo que se esperaba que ocurriera y lo que efectivamente había ocurrido. En general y al contrario de lo sucedido, los pacientes habían esperado recibir de parte de las figuras afectivas apoyo, comprensión, contención, acompañamiento. Algunos ejemplos indicativos de ello fueron:

“...Lo hice porque desapareció plata de mi casa y mi papá y mi mamá me acusaron a mí. Les dije que yo no agarré la plata y no me creyeron. Mi mamá siempre desconfía de mí, cualquier cosa que digo ella después anda averiguando por ahí si es verdad o no. En vez de creerme a mí, cree más lo que le dicen por ahí. Ella le llenó la cabeza a mi papá y ahora me acusan los dos...” (Femenino, 20 años).

“...Porque tengo problemas con toda mi familia por desacuerdos, siempre es que ellos opinan una cosa y yo otra, ellos blanco y yo negro, ellos están de acuerdo y yo en desacuerdo. Esta vez peleamos más feo, me dijeron que no parecía de la familia, eso me hizo sentir tan afuera que no sé, es que yo no me esperé nunca que me dijeran algo así...” (Masculino, 31 años).

“...Lo que pasó es que me llevo mal con mi mamá y ahora con mi papá también porque él se puso de su lado, y ahora mi psicóloga también, en vez de apoyarme todos me critican y nadie se pone de mi lado, nadie me entiende... Nadie se pone en mi lugar...” (Femenino, 16 años).

...Paciente que manifiesta que realizó el intento suicida reactivo a conflictiva familiar con sus padres, y de estos con su pareja, con quien tiene un hijo de 2 meses. Dice sentirse “tironeada” de todos lados y sin contención de parte de ellos... (Femenino, 21 años).

Lo señalado en esos relatos es consistente con la concepción que, desde otra orientación teórica, define a la soledad como el estado aversivo que se experimenta cuando existe una discrepancia entre las relaciones interpersonales que se desean tener y las que se percibe que se tienen actualmente (Peplau & Perlman, 1982). Pero más allá de ello, desde la perspectiva del psicoanálisis interesa destacar que los relatos de los pacientes parecían comportar connotaciones de frustración, toda vez que en sentido lacaniano, la frustración se caracteriza no por la falta de un objeto real susceptible de satisfacer una de las necesidades del sujeto, sino por la falta que experimenta en su demanda de amor, ya que el sujeto puede experimentar esta demanda como insatisfecha cuando las necesidades están colmadas (Cléro, 2006). Aludir aquí a la operación de frustración tiene el sentido de aclarar que lo que interesa destacar en estos casos no es lo que en ellos podría referir a una experiencia empírica de la realidad, como lo destacarían propiamente los teóricos de la relación de objeto, ya que precisamente es de esa teoría de donde Lacan toma esta forma de la falta que es la frustración pero para redefinirla (Rabinovich, 2003). En cambio, lo que interesa destacar es lo que en ellos apunta a la realidad simbólica. Como indica Rabinovich (2003), el acceso a la realidad humana depende de la frustración de amor y por esta el sujeto queda preso de la dialéctica del intercambio, por intermedio de la constitución del don como forma simbólica del objeto, lo que “equivale a sostener que el acceso a la realidad humana depende del orden de la alianza, de la Ley, de la prohibición del incesto y no de una experiencia empírica de la realidad” (pp. 126-127). De acuerdo a ello, se puede señalar que la frustración no remite a un conjunto de experiencias vividas en el marco de una relación dual del sujeto con el objeto real, sino que como lo demostró Lacan (1956-1957/2008), lo que es imaginario en la frustración es la vivencia del sujeto, quien la experimenta como un daño imaginario. El sujeto en la frustración se ubica fundamentalmente en el nivel del yo del estadio del espejo, pero no es ese yo ni el circuito especular lo que determina como tal la operación. Al respecto, lo que introdujo Lacan como novedad fundamental se ubicó a nivel del Otro con mayúscula, es decir, del agente. En efecto, definió al agente de la frustración como Otro simbólico y no como Otro imaginario, y con ello fue más allá de la descripción del fenómeno de la frustración para apuntar a la estructura que lo funda. Como observa Rabinovich (septiembre 1986), lo que mostró Lacan fue que el acceso a la realidad humana, como realidad no empírica sino simbólica, exige precisamente la presencia de

Otro simbólico y no de otro imaginario, y exige asimismo que la cosa no pase por algo que sea la frustración del objeto de la necesidad. “En suma, puede concluirse que el signo de la presencia domina sobre la satisfacción” (Rabinovich, 2003, p. 131).

Por otra parte, en otros casos también se manifestaban situaciones de conflictos o se aludía a diversos tipos de problemas pero, a diferencia de los relatos anteriores, en estos se destacaba como característico que se había asumido *a priori* la inviabilidad de servirse de los lazos sociales disponibles como recurso de apoyo para afrontar las situaciones conflictivas. Estos casos denunciaban un descreimiento en la ayuda de los otros, sea que ese descreimiento se refiriese a la capacidad de ayuda de los otros, a la eficacia o utilidad de esa ayuda, o a la posibilidad de recurrir a esa ayuda. Algunos ejemplos fueron:

“...Fue porque no alcanza la plata que llevo a la casa, trabajo todo el día pero no alcanza lo que gano. Mi mujer no me reclama pero me lo hace ver. Mi suegra me lo recrimina y tiene razón. Mis hijos no me pueden colaborar, ya son grandes, cada uno tiene sus cosas. Ellos no me pueden ayudar con este problema, y hablando tampoco se resuelve esto”... Paciente con sentimiento de soledad. No acepta la recomendación de iniciar tratamiento psicológico por consultorio externo. Después de la segunda entrevista firma alta voluntaria, aduciendo “acá nadie me va a poder ayudar”. (Masculino, 52 años).

“...Me peleé con mis mejores amigas y de ahí ya no le conté a nadie las cosas que me pasan. Mi mamá siempre está, pero ella ya tiene sus propias preocupaciones... Desde que me quedé sin amigas yo lo que me pasa lo escribo en mi diario...” (Femenino, 15 años).

“...Siento que no estoy acá, no soy el de antes. Usted no sabe lo que siento. Denme algo para dormir. Usted no sabe. Si no se me pasa voy a colgarme y acabar con todo...” Se entrevista a familiar (tía) quien relata que el paciente dejó el Colegio hace 2 semanas, la madre falleció hace 2 años, y el padre es alcohólico. Sin embargo, no relaciona nada de esto con el estado actual del paciente... (Masculino, 17 años).

El descreimiento mencionado se puede ubicar en el sentido de la fragilidad de los lazos sociales, ampliamente reseñada respecto del discurso capitalista que Lacan (1969-1970/1992, 1972) caracterizó como una variación del discurso amo. Como señaló Soler, en

el discurso contemporáneo hay algo que deshace los lazos sociales. En la actualidad, el sentimiento de una falta de fundamento de los lazos se aprecia en las palabras de sujetos que se perciben a sí mismos como responsables del ambiente en el que van a vivir, los que por ejemplo dicen: Quiero construir una familia, una pareja, una actividad profesional (Soler, 01 de noviembre 2008). Como observa la autora, atento a la escritura del discurso capitalista, en él no hay distinción entre un lugar desde donde se comanda y un lugar desde donde algo se produzca (Soler, 2000-2001). Al anularse toda diferencia posible entre los lugares la base misma del discurso desaparece (Soler, 2007). En el discurso del amo antiguo, para que el sujeto representado por el S_1 pueda acceder a su goce necesariamente debía pasar por el Otro, S_2 , pero en el discurso capitalista este paso se anula, dejando al sujeto en una relación directa con el goce, que al no pasar por la intermediación del Otro no hace lazo social. Junto con ello, la autora destaca que mientras los cuatro discursos crean cada uno una pareja, el capitalista no crea ninguna, hay solamente un círculo cerrado entre el sujeto y los objetos que el discurso le impone, allí el lazo del sujeto es con el plus de goce, el que es un lazo poco social (Soler, 2000-2001).

El descreimiento señalado en los casos también puede ser pensado en relación al sujeto supuesto saber. Como puntúa Brodsky (1999), si se piensa en el hecho de que el estado contemporáneo de la civilización lleva a una pluralización del estatuto del A, y que se hace cada vez más difícil disimular la falta en el Otro con significantes ideales, se entiende que haya una relación inversamente proporcional entre el descreimiento en el sujeto supuesto saber y el aumento de la angustia como síntoma contemporáneo.

b. Modalidades de surgimiento.

Descriptivamente se pudieron señalar dos modalidades amplias de surgimiento del Sentimiento de soledad, según si este fue referido en relación a acontecimientos o referencias ubicables, o por el contrario, en ausencia de ellos.

La primera de esas modalidades se caracterizó por el hecho en común de que los pacientes refirieron la emergencia del Sentimiento de soledad frente a, o a partir de, acontecimientos puntuales y ubicables. En estos casos se pudo localizar lo que Sotelo (2007a) señaló como coordenadas de aparición de la urgencia, en las que se constata un

punto de ruptura que conmocionó o puso en cuestión el lazo con los otros o consigo mismo. Muchos de los ejemplos ya citados (en el apartado de localización de contenidos) correspondieron a esta modalidad de surgimiento del Sentimiento de soledad, además, otros ejemplos fueron:

...Paciente que refiere intento suicida tras “abandono” por parte de su pareja y de su hijo de 1 año de edad. No cuenta con red de contención. Dice sentirse solo, triste, angustiado... (Masculino, 22 años).

...Paciente que realizó el intento suicida tras discusión con su pareja quien le dijo que ya no la quiere a ella ni a su hija (refiriéndose a hija de 2 años de edad que tienen en común), al respecto dice: “nos dejó abandonadas”... (Femenino, 25 años).

“...Lo hice porque murió mi abuelo. Desde que se murió mi abuelo me quedé sin nadie...” (Masculino, 23 años).

En lo que difirieron esos casos entre sí fue en el acontecimiento que provocó la vivencia de soledad, ya que la índole de dicho acontecimiento fue variable. Al respecto, la diversidad de ejemplos incluyeron ruptura de relación amorosa, discusiones y peleas, fallecimiento de un ser querido, divorcio o separación de los padres, etc. En esta primera modalidad de surgimiento del Sentimiento de soledad, la índole variable del acontecimiento pareció corresponder al orden de lo contingente, mientras que el Sentimiento de soledad en sí mismo, es decir, la repetición de esa vivencia, pareció corresponder al orden de lo necesario. Así, en esta modalidad de surgimiento del Sentimiento de soledad interesa señalar el movimiento por el cual lo contingente deviene necesario y construye destino.

Lacan (1975-1976/2006) señaló el lugar de las causalidades en la construcción del propio destino, en cuanto que “somos nosotros quienes lo trenzamos como tal (...). Somos hablados, y debido a esto, hacemos de las casualidades que nos empujan algo tramado” (p. 160). En ese sentido, Soler (1998) planteó que “lo real es variado, los acontecimientos también, las personas en el mundo también, pero cada neurótico en este campo de variedad infinita encuentra siempre lo mismo” (p. 150). Incluso, aunque en otro orden de desarrollos, Soler (2000-2001) se refirió al destino de soledad aumentada, al que señaló como una de las características de los goces actuales.

El fantasma, al igual que la formación de síntoma, es un modo de respuesta respecto de la contingencia (Gurevicz et al., 2012). Al respecto se puede señalar que Freud (1917 [1916-1917]/1991 a, b) les asignó a las vivencias contingentes, accidentales, un lugar privilegiado en el mecanismo típico de ocasionamiento del síntoma neurótico. Asimismo, al abordar la cuestión del trauma, le dio lugar a un efecto que parece constituir uno de los fundamentos de lo tíquico en Freud: la sorpresa, el encuentro en tanto que inesperado (Freud, 1920/1992a). De allí que Gurevicz et al. (2012) plantean que, a raíz del lugar asignado a lo accidental en la estructura del síntoma, lo contingente deviene necesario: “Para Freud, la necesidad de lo contingente pareciera ser un dato de estructura. Hay un lugar en la estructura que aguarda la aparición de un fenómeno, accidental, que parece devenir entonces causa, siendo que en realidad tenía ya su lugar asignado” (p. 341). En ese sentido, en los acontecimientos ocurridos por azar que se vuelven disruptivos en la historización de un sujeto, lo decisivo es la posición tomada por el ser que intervino en ese traumatismo en tanto ser éticamente hábil. Por ello, los citados autores plantean la causalidad psíquica en tanto causalidad *tíquica*, causalidad que no es sin el posicionamiento del ser hablante ante lo que acontece.

En relación a los casos mencionados párrafos arriba, en los que el Sentimiento de soledad surgió frente al fallecimiento de seres queridos, siguiendo a Gerez Ambertín (2005) se sitúa al pasaje al acto como una de las alternativas con las que puede enfrentarse un sujeto en duelo. Tal como lo destacan algunos trabajos (Ambertín, 2005; Elmiger, 2007), al igual que en Freud, no hay univocidad en la teoría del duelo en Lacan. En las formulaciones lacanaianas hay un viraje entre el Seminario de 1958-1959 (Lacan, 1958-1959/2014), donde la cuestión del duelo está referida fundamentalmente en torno al falo y la privación, y el Seminario de 1962-1963 (Lacan, 1962-1963/2006), donde el énfasis está puesto en torno al objeto *a* y al lugar del doliente como objeto causa del deseo, lo que se resume en la aseveración lacaniana de que el sujeto no está en duelo sino por alguien de quien fue su falta. De acuerdo con esa aseveración, señala Ambertín (2005) que alguien en duelo queda como una causa que ya no causa a nadie; se trata de una causa que puede desenmascarse en un puro real y arrastrar al doliente tras ese *a*. Por lo tanto, un sujeto en duelo sufre siempre un colapso en su enmarcamiento fantasmático y queda expuesto al objeto como real: lo que tiene su antecedente en el concepto de privación, que supone falta en lo real de

un objeto simbólico. Como señala la autora, el sujeto, confrontado a la falta de un significante (agujero en lo real), queda separado de la cadena significante. Ante el desenmarcamiento del fantasma y por la angustia que esto suscita, el sujeto es arrastrado por el objeto *a*, queda sin causa y sin cauce como puro desborde, lo que puede dar lugar a que se presente un pasaje al acto suicida. En similar orientación, Elmiger (2007) al trabajar la violencia como efecto de los duelos impedidos, desubjetivados, destaca que Lacan ubica la privación, ligada a la angustia, como fundante e imprescindible del duelo. En relación a ello señala que el agujero creado en la existencia ante la pérdida del objeto de amor deberá ser articulado a la operación de la castración como operación de la reinstalación de la cadena significante y de la posibilidad de dar alguna significación a lo perdido. Siguiendo a Elmiger (2010), un sujeto en duelo sufre siempre un colapso traumático y queda expuesto a lo real: “El resto, (...) que, tejido en la malla de las palabras, enmarcado en el fantasma, opera como objeto causa en el lazo social mismo, (...) queda al desnudo, vacío de las mallas simbólicas ante lo traumático de la muerte de un ser querido” (p. 28). En un sujeto en duelo su trama significante se rompe y no hay inmediatas respuestas desde lo imaginario-simbólico, por eso él se queda muchas veces no sólo sin palabras – como lo mostrarán además algunos ejemplos de modalidades de surgimiento de Ausencia de respuesta en esta investigación –, sino que también queda vacío. Para que un duelo no quede como impedido, esto es, no quede como desubjetivizado dando lugar a pasajes al acto, subraya Elmiger (2010) que es necesario pasar lo real – el campo de lo traumático – a la posible reinscripción de la falta en tanto simbólica, lo que admitirá que el sujeto vuelva a encadenarse en la cadena significante y pueda representarse en la misma y en el lazo social.

Ahora bien, opuesta a la anterior, la segunda modalidad de surgimiento del Sentimiento de soledad fue la de su surgimiento en ausencia de referencia explícita a acontecimientos puntuales o ubicables. En los casos que incluyeron esta modalidad, la soledad fue referida como una vivencia extraña, enigmática, debido a lo aparentemente inmotivado de su surgimiento o, también, la soledad fue referida como algo carente de fundamento racional. Esta última connotación fue propia de casos en los que el Sentimiento de soledad era referido y percibido conscientemente en contradicción con la realidad factual que indicaba disponibilidad de redes de contención socio-familiar. Varios de los ejemplos

ya citados (en los desarrollos atinentes a localización de contenidos) correspondieron a esta modalidad de surgimiento del Sentimiento de soledad, además, otros ejemplos fueron:

“...Me siento muy sola, no sé desde cuándo empezó a ser así. Capaz que hubo algo que me hizo mal y no me di cuenta a tiempo, se supone que las cosas pasan por algo, pero sobre esto no sé qué decirte...” (Femenino, 22 años).

“...Yo sé que no es lógico que diga que me siento solo, teniendo una familia, amigos, todo...” (Masculino, 44 años).

“...Todos me dicen vos no estás sola, mirá toda la gente que te quiere y cosas así, pero igual tengo este vacío, esta soledad...” (Femenino, 51 años).

Esas características descritas en esta modalidad de surgimiento también fueron consistentes con algunos aspectos de la experiencia de soledad destacados por otras orientaciones teóricas. Así, por ejemplo, el recuerdo poco claro o incompleto de la experiencia de soledad y de sus circunstancias asociadas, es un aspecto que señalaron varios autores (Fromm-Reichmann, 1959; Sullivan, 1953/2011; Weiss, 1973). Sullivan (1953/2011) decía que la soledad era una experiencia tan diferente de lo común y tan terrible que, con el paso del tiempo, su intensidad podría no ser acreditada totalmente y su evocación podría ser confusa y poco clara. Para Fromm-Reichmann (1959) había allí rechazo activo de la memoria de la soledad y no solamente incapacidad pasiva para recordar. Afirmó que muchos de los que alguna vez habían experimentado la soledad eran conscientes de que el recuerdo de ese estado sería una amenaza a su bienestar actual, por lo que trataban de disociarlo del recuerdo.

5.2.1.4. Ausencia de respuesta subjetiva acerca del sentido de la vida.

a. Localización de contenidos.

Conforme a los elementos conceptuales y operaciones establecidos en la definición de Ausencia de respuesta subjetiva acerca del sentido de la vida (ver 4.3.2.4. Variables que se analizan), en muchos de los casos analizados se hallaron contenidos concernientes a esta variable entre los desencadenantes del intento suicida en enunciaciones directas y explícitas. En esas expresiones, lo que motivó el intento suicida estuvo en función de significantes que hacían referencia a la falta o pérdida de sentido de la vida, o de motivos o razones para vivir y expresiones semejantes, que se destacaban por su centralidad e insistencia repetitiva en el discurso de diferentes pacientes. Algunos ejemplos fueron:

“...Lo hice porque nada tiene sentido, mi vida no tiene sentido...” (Masculino, 27 años).

“...No tengo por qué vivir...” (Masculino, 50 años).

“...No tiene sentido seguir viviendo...” (Femenino, 28 años).

“...Porque no tengo motivos para vivir, para qué vivir así...” (Masculino, 35 años).

“...No sé por qué, es que no encontré más razones que valgan la pena para vivir...” (Femenino, 55 años).

Lo hallado puede situarse en correspondencia con señalamientos de que en las últimas décadas hubo un cambio en las coordenadas de las demandas de los pacientes, las que cada vez más se caracterizan por no presentar un síntoma preciso. Soler (01 de noviembre 2008) situó dicho cambio en referencia a los efectos del discurso capitalista que, al deshacer los lazos, propicia coyunturas de angustia. De manera consistente con lo hallado aquí, entre las coordenadas actuales de la demanda Soler (01 de noviembre 2008) describió que muchos de los pacientes consultan porque tienen un sentimiento intimidante del sinsentido de todo, nada hace peso, nada convence; dicen que algo no va, sienten un malestar, muchas veces dicen no saber qué hacer de sí mismos. Como subrayó la autora, la pregunta sobre qué hacer de la propia vida es una pregunta actual, moderna, de sujetos

extraviados que muestran que hay algo flotante, un sinsentido realmente angustiante. De allí que ubicó una modalidad de la angustia ligada a ese sinsentido generalizado. En similar orientación, Bustamante et al. (2014) señalaron que lo real que insiste depende del simbólico imperante y que éste en su forma actual empuja al sinsentido, modificando la significación de la vida y la muerte para el sujeto contemporáneo.

En los casos analizados, la Ausencia de respuesta también se expresó como un no querer más en relación al vivir o como una falta de deseo en relación a la vida o, en su forma complementaria, a través de expresiones que vehiculizaban un querer orientado a la muerte. Algunos ejemplos fueron:

...La paciente dice no querer vivir. Presenta conflicto en el vínculo con su hermana menor, en relación a lo cual refiere: “soy mala, egoísta, envidiosa”. Paciente acompañada por su madre, quien parece contenedora... (Femenino, 15 años).

“...Lo único que quiero es matarme...” (Masculino, 16 años).

...Paciente que refiere vínculo violento con marido, con respecto al episodio comenta: “fue la gota que derramó, no quería vivir más”... (Femenino, 48 años).

...Paciente que realiza intento suicida por dificultad de afrontar problemática familiar, al respecto dice: “no doy más, estoy cansada. Yo tenía el veneno ahí guardado, esperando el momento; déjenme ir, me quiero matar...” (Femenino, 39 años).

Con frecuencia se halló que para estos pacientes, la vivencia de la vida o del vivir se adosaba a significaciones que remitían a una “lucha” o “pelea”, la que demandaba un “esfuerzo” que los excedía y en el que no podían sostenerse. Esto fue expresado como vivencias de “falta de fuerzas”, “cansancio”, “no poder más”, y otras equivalentes, frente a las cuales la muerte se constituía como destino necesario. Algunos ejemplos fueron:

“...No quiero vivir. Antes quería vivir por mis hijos más chicos, pero ya no tengo fuerza para pelear... no quiero que mis hijos tengan la misma vida que yo...” (Femenino, 37 años).

...Paciente que ingirió veneno tras una fuerte discusión con su marido. Relata que hace 5 meses echó al marido de la casa por un engaño y que desde entonces viene recibiendo amenazas telefónicas e insultos por parte de la amante del marido. Relata que no puede sostener actividades ni funciones que antes realizaba cotidianamente, por ejemplo, tiene un hijo de 5 años de edad cuyo cuidado ahora delegó a su hermana. Además tiene faltas reiteradas a su trabajo, sobre esto dice: “trabajo cuidando a una señora pero ya no tengo fuerzas. No quiero vivir más, estoy cansada de luchar. No puedo más, todo me supera...” (Femenino, 27 años).

Además, la referencia que compartieron muchos casos fue la de remitir a una fuerza que impulsaba a actuar, a hacer algo para “parar”, “cortar”, “terminar”, con lo que era vivido como insoportable o inabordable. Entre esos casos, las referencias consistieron en haber actuado “por impulso”, “sin pensar”, empujado por algo que “no podía controlar” o que “no podía parar”, y expresiones semejantes. Por ejemplo:

...Paciente que realizó intento de suicidio mediante ahorcamiento tras discusión familiar. Al respecto dice: “Quería que mi mamá deje de gritarme y no sabía qué hacer. Fue un impulso, no soportaba más los gritos y quería que pare, quería parar con todo...” (Masculino, 18 años).

“...No aguantaba más nada, ni el trabajo, ni el estudio, ni mis hijos, ni mi familia, ni nada. Fue sin pensar, no daba más...” (Femenino, 32 años).

Estos casos mostraron que hay algunos aspectos de las coyunturas desencadenantes de urgencias suicidas que se caracterizan por lo impredecible, contingente e incalculable de su aparición y que, por esto mismo, no podrían ser alcanzados por estrategias preventivas. Estos ejemplos dieron cuenta de la dimensión de pulsión de muerte – en términos freudianos – o de goce – en términos lacanianos – que habita a los sujetos. También mostraron que como indicó Freud (1920/1992a), en la tendencia dominante de la vida anímica a rebajar, mantener constante o suprimir la tensión interna de estímulo se expresa el principio de placer, y ello constituye uno de los más fuertes motivos para creer en la existencia de pulsiones de muerte. De allí que afirmó:

El principio de placer parece estar directamente al servicio de las pulsiones de muerte; es verdad que también monta guardia con relación a los estímulos de afuera, apreciados como peligros por las dos clases de pulsiones, pero muy en particular con relación a los incrementos de estímulo procedentes de adentro, que apuntan a dificultar la tarea de vivir (p. 61).

Como menciona Didia (s.f.), así como la pulsión de muerte es la búsqueda de la tensión más baja, el goce también es la búsqueda de resolver aquello que apremia. Como está en juego el goce, la búsqueda del cero en el sentido del Principio de Nirvana, es lo que se puede llamar la eficacia silenciosa de la pulsión de muerte, ya que sola, desenganchada, es silenciosa y se manifiesta como sustracción. El goce mortífero, parasitario, está ligado a la repetición de lo mismo que toca con lo real – y no a la repetición como insistencia significativa que introduce la diferencia –, donde se torna casi imposible la producción de un significante nuevo, S_1 , que represente al sujeto y permita la rotación por los diferentes discursos.

En algunos casos como los expuestos, los pacientes incluso referían que “algo”, “alguien”, “eso” los había conminado a actuar, que en la inmediatez del acto no lograban recordar con claridad, o que aparecía como una acción no registrada temporalmente:

...Paciente que relata que estando en la pieza donde reside notó que “alguien” venía a matarlo, y que por eso él supo que debía matarse. Acto seguido se produjo un corte profundo en el cuello con el machete que utiliza para trabajar. En cuanto a los motivos del intento suicida, no pudo referir más ni dar mayores precisiones de lo sucedido. Sobre otros temas (familia, amigos, ocupación, etc.) responde a todo lo que se le pregunta. Orientado globalmente, memoria conservada. Tranquilo, colaborador en la entrevista... (Masculino, 42 años).

“...Me encerré en el baño con la garrafa. Me levanté a las 6, fui al baño, abrí la garrafa y me desmayé. No fue mi intención, es como si algo me llevara, es como si mi cuerpo me llevara”. En relación a esto cuenta que el año pasado falleció su “compañera de banco” y que desde entonces sueña con ella: “ella me dice que me lastime”. Refiere que el día de ayer discutió con su madre, dice: “porque no quiero volver a ese Colegio”... (Femenino, 17 años).

...Paciente que ingresa por intento suicida mediante autoagresión (herida en el pecho con arma blanca). Dice no recordar lo que sucedió, sólo refiere: “mis hijos estaban discutiendo, es todo lo que recuerdo” ... (Femenino, 38 años).

Estos casos, además de otros similares, corroboraron lo que fue señalado en el marco teórico de esta investigación en cuanto a la caracterización del tiempo de la urgencia, esto es, que surge como acontecimiento que tiene el carácter de algo abrupto para el equilibrio psíquico del sujeto, con su dimensión de apremio y de prisa, todo lo cual se presenta descriptivamente como desborde, verborragia, desesperación o también como mutismo inmovible, y que puede también tener el carácter de una impulsión, con todos los riesgos que implica tanto para sí mismo como para otros (Delgado, 2011). En efecto, el tiempo de la urgencia está signado por la abrupta ruptura del sentido. En ella, el trauma se caracteriza por producir un exceso de goce, imposible de dialectizar porque frente a él, el sujeto carece de los significantes que lo harían simbolizable. Ese goce se constituye así en un real que escapa al decir, un real frente al cual el fantasma se muestra impotente para cumplir su función, no alcanza a velarlo (Zack, 2005).

b. Modalidades de surgimiento.

En muchos casos, las vivencias de falta de fuerzas, de falta de sentido o de motivos para continuar viviendo parecían corresponder a la manifestación de una caída de algo que hasta entonces había tenido función orientadora o sostenedora para el sujeto. En algunos casos, se trató de una situación que produjo una caída de ideales o de identificaciones que hasta entonces eran orientadores de un sentido de vida para el sujeto. Otros casos correspondieron a la manifestación de una caída del interés en relación a ámbitos que, hasta antes del intento suicida, sostenían u orientaban las actividades cotidianas, tales como el trabajo, el estudio, actividades deportivas o recreativas, vínculos familiares, de pareja, de amigos, etc. Al parecer, esos ámbitos habían funcionado como una zona de seguridad, en el sentido señalado por Guillen et al. (2011), esto es, donde los recursos de que se disponía y la posibilidad de utilizarlos habían sido suficientes para preservar la vida con un cierto equilibrio, tal como se presentaba hasta entonces. De modo tal que, a partir de la caída de esa zona protegida o de seguridad, se había delimitado una zona de riesgo. Algunos ejemplos fueron:

...Paciente que refiere cambios de estado de ánimo: “de repente estoy triste, yo no era así”. Hace poco tiempo sufrió intervención quirúrgica en la que le extrajeron útero y ovarios a causa de una infección por un DIU sin control. Al respecto dice: “yo no soy una mujer. Mujer es ser madre, yo ahora soy como un travesti, tengo el cuerpo pero no puedo tener más hijos”. Tiene antecedente de un intento suicida a los 17 años, en relación a lo cual dice: “luego tuve a mi hijo y le dio sentido a mi vida...” (Femenino, 44 años).

“...Lo hice porque no tengo fuerzas para seguir luchando...” La paciente dice que desde que falleció su padre hace 5 años ella heredó acciones en un geriátrico, pero que no puede disponer de las ganancias del mismo ya que el socio de su padre no le permite participar de ellas. Dice que el socio la echó las 5 veces que ella se presentó a reclamar lo que le corresponde, que no quiere darle trabajo en su propio geriátrico y que tampoco le da dinero para pagar sus cuentas. Relata que encontraba en sus hijas el apoyo que necesitaba para hacer frente a esa disputa. Hace 2 semanas sus hijas se fueron a estudiar a Córdoba, relata que le cuesta estar sola pero que debe acostumbrarse, lo que argumenta diciendo: “porque primero están mis hijas, después yo, eso siempre me decía mi mamá”. Se entrevista a una amiga, quien dice: “desde que se fueron sus hijas yo temía que algo iba a pasar, porque ella no está acostumbrada a estar sola, sin sus hijas yo temía que ella iba a entrar en crisis...” (Femenino, 48 años).

“...Estoy triste porque se murió mi abuelo. Después de eso abandoné la escuela porque ya no me interesaba seguir yendo, tampoco seguí viendo a mis amigos. Ahora mi novio se mudó a otra provincia y todo fue peor, ya no me interesa nada...” (Femenino, 23 años).

En las modalidades de surgimiento de Ausencia de respuesta se halló con frecuencia que aquello ante lo cual no se podía responder consistió en la confrontación con determinados conflictos. Entre esos casos, los conflictos que se referían eran de muy diversa índole, pero tenían en común el haberse erigido como acontecimientos que remitían a una imposibilidad de hallar “solución”, “salida”, “respuesta”. Algunas manifestaciones que lo ejemplificaron fueron:

...Paciente que manifiesta haberse tomado pastillas porque no encuentra soluciones... (Femenino, 41 años).

...Refiere conflictivas familiares que no puede sobrellevar, en particular con sus tías. Está en una situación de la que no sabe cómo salir. Quiere brindarle lo mejor a su hijo (de 3 años) y un mejor lugar donde vivir. La paciente no convive con el padre del niño. Dice que es atacada constantemente en forma verbal por su tía y que nadie hace nada al respecto. No hay favorables redes de contención en el hogar... (Femenino, 24 años).

... Paciente que refiere conflictiva vincular-familiar a la que no puede responder, frente a lo cual toma la decisión de suicidarse, no encontrando otra salida. Se realiza entrevista con madre y hermana de la paciente... (Femenino, 20 años).

...Paciente que realizó intento de suicidio mediante herida cortante en estómago, por discusión y conflictiva de pareja que no puede resolver y en la que se siente atrapado... (Masculino, 31 años).

Asimismo, se halló que la Ausencia de respuesta podía surgir frente a algo que era vivido como una demanda proveniente de otros significativos y que el sujeto se esforzaba por cumplir, satisfacer, acallar, aunque sin éxito. Las situaciones que se referían remitían a la confrontación con un imposible de cumplir, a partir de lo cual frecuentemente surgían sentimientos de culpa. Esto se puede situar en el contexto de lo señalado por Soler (2000-2001), en cuanto a que en el discurso capitalista contemporáneo el lazo del sujeto es con el plus de goce. A lo que la autora agrega que el problema surge en que la conexión establecida entre el sujeto y los objetos plus de goce produce una satisfacción parcial, una falta de goce, que ya no puede adjudicarse al Otro. De modo que se deja al sujeto solo, con la responsabilidad de dicha falta, la que es más bien propia de la estructura significativa, y se hace una culpa de eso. De esa *coupabilité* – término que designa la culpabilidad y que evoca le *coupé* [lo cortado] y le *coup* [el golpe]) – el superyó saca su fuerza obscena, como instancia psíquica que permanentemente empuja a gozar emite una orden imposible de cumplir al sujeto. Tal que, mientras más se esfuerce el sujeto por cumplir ese imperativo, más confrontado se verá a la culpa por la imposibilidad estructural de cumplimiento de ese mandato. Entonces, de acuerdo a Soler (2007), en la contemporaneidad allí donde el

discurso empuja al goce, se produce la falta de goce, lo que causa la culpa que al no poder atribuirse al Otro recae sobre el sujeto y da lugar a que se presente el suicidio. En ese sentido, dice Mojica Mojica (2014) que si se tiene en cuenta el papel paradójico de la cultura como monopolio del acceso al goce y moderador de las diversas modalidades de usufructo, se entiende que el discurso, lejos de ser un conjunto de pautas que regulan la vida de una comunidad en una época determinada, más bien indica la manera en que – en el marco de la cultura – se disponen lógicamente dinámicas sociales encarnadas. Bajo esa premisa, se advierte entonces que las coordenadas significantes de una época encuadran las marcas de goce propias de un sujeto.

Para los casos mencionados, en los que la Ausencia de respuesta surgió a partir de la confrontación con una demanda que remitía a un imposible de cumplir o de responder, algunos ejemplos fueron:

...La paciente refiere haber tomado diez somníferos que sacó de un cajón de la madre, debido a no poder establecer un vínculo normal con ella. Cuenta que sus padres están separados, ella vive con su madre, quien padece de trastorno bipolar y que a raíz de esto se vuelve impredecible en su estado de ánimo, alternando entre la tranquilidad y la violencia, tanto física como verbal. Dice que su madre es, además, una persona muy demandante, resultándole casi imposible estar sola: “si la dejo sola se angustia, no sé qué hacer”. Dice haber tomado las pastillas para ver si en la familia reconocían su padecer. La paciente cuenta que no sabe qué hacer con su vida y expresa deseos de muerte. Dice tener amigas y buen desempeño escolar. Se observa angustia, crisis de llanto, sentimientos de soledad, de desesperanza, de culpa y de inutilidad. Se evaluó que hubo planificación suicida. La paciente debe permanecer internada 24 horas por protocolo ministerial. Entrevista con los familiares (padre, madre y hermana): se realiza entrevista grupal a fin de encontrar en conjunto una estrategia para afrontar la salida de la paciente de la Guardia. Durante la entrevista la madre comenta estar en tratamiento psiquiátrico y psicológico por padecer trastorno bipolar, sobre la situación de la paciente dice “yo así no la puedo curar, por mi enfermedad”. Refiere frases como “mis hijas deben brindarse a mí”, “si no están conmigo me muero”, “él me las quiere robar” (en relación al padre). Se observan contradicciones en su discurso, hostilidad hacia el padre de la paciente y una

necesidad imperiosa de permanecer junto a ella para no estar sola (dice no ser capaz de quedarse sola). Se acuerda que la paciente permanecerá bajo el cuidado del padre al ser dada de alta. Sin embargo, poco después la paciente se da a la fuga... (Femenino, 16 años).

...Paciente que realizó intento suicida por ahorcamiento. Se realiza entrevista con la madre quien dice que su hijo se quiso ahorcar porque discutió con su esposa quien además lo maltrata físicamente y constantemente lo agrede. También dice que él es adoptado, y que esto podría ser un desencadenante de la situación. En la entrevista con el paciente este refiere que intentó suicidarse por mal vínculo con su esposa, sobre lo cual asume ser la causa de los problemas y dice de sí: “yo molesto, hago renegar, no cumplo con las expectativas para los demás”. Se observan fuertes sentimientos de frustración y de culpa frente a hechos que lo enfrentan con la posibilidad de la muerte... (Masculino, 25 años).

Buena parte de lo hallado va en similar línea de lo que se constata como característica de las consultas en hospitales de Argentina, de las que se señala que en un alto porcentaje, tienen que ver con trastornos y no en absoluto con síntomas. Indica Jorge Alemán (citado por Millas et al., 2009) que esas demandas que hacen los pacientes a los profesionales de los servicios de salud están todas destinadas a que la gente no aguanta más, por ejemplo no aguanta el trabajo, o también, como se exige ser más feliz, lo que se constata es que la gente es mucho más desgraciada que antes. De acuerdo a ello, a la consulta en los hospitales va muchísima gente que no aguanta porque ya no está a la altura de las exigencias, ya que la destitución de los ideales y la declinación del Nombre del Padre no van acompañadas de una declinación del superyó, sino que muestran con mucha más potencia mortífera a las exigencias del superyó. Al respecto cabe señalar con Gerez Ambertín (2009) que cuando el superyó ejerce su tiranía, con su imperativo de goce insensato, hace peligrar la subjetividad y el lazo social. El superyó impide el lazo social e impele a la desubjetivación debido a que el saldo no legislante de la ley del padre es sádico, ya que como indica la autora:

Dos laderas resultan de la herencia de la ley del padre, el ideal del yo que es regulante y permite el lazo social; y la otra, la del superyó que asola contra el sujeto y por ende destruye la subjetividad desde el momento que lo deja sin palabras e impide el lazo social. (p. 1096).

En otros casos, el surgimiento de Ausencia de respuesta correspondió a la confrontación con hechos que eran vividos como incomprensibles o sinsentido. Estos hechos eran de diferente índole – tales como fallecimientos, enfermedad de familiares, abandono de pareja, o situaciones más extremas como conductas delictivas y violentas perpetradas por figuras afectivas significativas aún cuando la víctima directa no hubiese sido el paciente –, pero tenían en común que la falta de sentido que producían era vivida como algo insoportable. Algunos ejemplos fueron:

...Refiere haber sido ingresada al Hospital por haber tomado un vaso de ácido muriático: “hace unos días compré el ácido y hoy no di más y tomé un vaso porque quería morirme. Mi pareja me dejó hace 2 semanas y no sé nada de él, se fue sin decirme nada, no lo puedo entender. Ni siquiera tengo dinero, ni nada para sostenerme acá. Es la segunda vez que me hace esto, por eso hoy ya no pude más y tomé esta decisión”. La paciente relata que no encuentra explicación a lo sucedido, dice que no hubo ninguna discusión ni conflicto detonante, vive esta situación como repetición de la ocasión anterior y siente que no podría soportar volver a pasar por la misma situación... (Femenino, 26 años).

...Paciente que realizó intento de suicidio arrojándose delante de los vehículos en la ruta. Oriundo de la provincia de Corrientes, donde vivía con su familia (esposa y 2 hijos) hasta hace 4 meses, cuando fallece de leucemia una de sus hijas (de 11 años de edad). Luego de eso exacerba consumo de alcohol, deja a su familia y comienza con conductas de limerismo. Comenta que hoy es el cumpleaños de su hija. Dice que toma alcohol para desahogarse, que se fue de su hogar “buscando algo” aunque no precisa qué. Avanzada la entrevista dice que cuando falleció su hija buscó respuestas en los médicos, en Dios, pero que nada explicó la muerte de su hija... (Masculino, 39 años).

...Paciente que intentó suicidarse por pérdida de su hijo menor, dice no entender esa pérdida porque el hijo falleció “sin causa”. Dice que los médicos no pudieron establecer la causa de la muerte. El hijo falleció hace 5 meses, luego de lo cual

aparecieron las ideas de muerte y hoy realizó el intento de suicidio en medio de un estado de mucha angustia... (Masculino, 41 años).

...Paciente que realizó intento suicida, lo cual asocia a conflicto no resuelto de infancia: “cuando yo tenía 2 años mi papá mató a mi mamá, no lo puedo superar... Ahora fui a verlo porque necesitaba que me admita en la cara lo que hizo, necesitaba saber lo que pasó, cómo fueron las cosas. Lo enfrenté pero sobre eso él no me responde nada. Hizo de cuenta que nunca pasó... Con mi familia discutí porque tampoco quieren hablar de lo que pasó, yo necesito saber. No puedo vivir con esto...” (Masculino, 16 años).

De modo general, en las diferentes modalidades de surgimiento de Ausencia de respuesta los casos tomaron características que fueron señaladas en el campo de las urgencias subjetivas, tales como: la confrontación del sujeto con un exceso (Sotelo, 2009), la confrontación con un verdadero agujero en el discurso, con lo indecible (Belaga, 2005), rupturas de la cadena significante, con el efecto mortificante de que el sujeto no puede representarse (Belaga, 2004), la dimensión del tiempo signado por la abrupta ruptura del sentido (Zack, 2005) y como emergencia de un acontecimiento que tiene el carácter de algo abrupto para el equilibrio psíquico del sujeto (Delgado, 2011).

5.2.2. ANÁLISIS EPIDEMIOLÓGICO DE COYUNTURAS DESENCADENANTES DE URGENCIAS SUICIDAS.

5.2.2.1. Presencia-ausencia de contenidos categorizados en variables desencadenantes de urgencias suicidas en estudio.

a. Grupo ambos sexos. En base al análisis de los registros escritos de entrevistas psicológicas correspondientes al total de 481 pacientes grupo ambos sexos asistidos por intento suicida, en 438 casos (91.06%) se halló presencia de contenidos categorizados en una o en ambas variables desencadenantes en estudio – sea en Sentimiento de soledad y/o en Ausencia de respuesta subjetiva acerca del sentido de la vida –. Los 43 casos restantes (8.94%) se caracterizaron por ausencia de contenidos referidos a desencadenantes del intento suicida que se correspondieran con una y/u otra variable desencadenante en estudio de acuerdo a los elementos operacionales establecidos para la categorización (Gráfico 43; Tabla 57). Para el total de casos asistidos por intento suicida, la razón entre presencia-ausencia de contenidos categorizados en variables desencadenantes en estudio (una o ambas) fue 10.19:1.

b. Sexo. Tanto en el grupo de casos con presencia de contenidos categorizados en variables desencadenantes en estudio así como en el grupo caracterizado por ausencia de dichos contenidos hubo más casos femeninos que masculinos (Tabla 57). Las razones entre sexos fueron 1.61:1 y 1.15:1 respectivamente. Sobre el total de casos asistidos por intento suicida en cada sexo, tanto entre femeninos como entre masculinos predominaron los casos con presencia de contenidos categorizados en una o en ambas variables desencadenantes en estudio por sobre los casos en que hubo ausencia de dichos contenidos (Gráfico 44; Tabla 57). La razón entre casos según presencia-ausencia de contenidos categorizados en variables desencadenantes en estudio fue 11.74:1 en el sexo femenino y 8.4:1 en el masculino. No obstante, en la composición por sexos, el grupo de casos con presencia de contenidos categorizados en variables desencadenantes en estudio no se diferenció significativamente del grupo caracterizado por ausencia de dichos contenidos ($\chi_o^2 [1.10] < \chi_c^2 [6.64], df = 1$) (Tabla 57).

c. Franja etaria (grupo ambos sexos). En cada franja etaria del grupo ambos sexos, la cantidad de casos con presencia de contenidos categorizados en variables desencadenantes en estudio superó a la cantidad de casos con ausencia de dichos contenidos. Tanto para presencia como para ausencia de esos contenidos el Modo por edad fue 19.5 años (Gráfico 45; Tabla 58). En la composición por edad, el grupo de casos con presencia de contenidos categorizados en variables desencadenantes en estudio no difirió significativamente del grupo con ausencia de dichos contenidos ($\chi_o^2 [1.14] < \chi_c^2 [13.28]$, $df = 4$) (Tabla 58a).

d. Franja etaria y sexo. Sobre el total de cada sexo, en todas las franjas etarias del sexo femenino y también del masculino la cantidad de casos con presencia de contenidos categorizados en variables desencadenantes en estudio superó a la cantidad de casos con ausencia de dichos contenidos. Se registraron casos con presencia de esos contenidos en todas las franjas etarias. En cambio, se registraron casos con ausencia de dichos contenidos hasta la franja etaria 55-64 años del sexo femenino y hasta 35-44 años del masculino. Tanto para presencia como para ausencia de esos contenidos, y en cada sexo, el Modo por edad fue de 19.5 años (Gráfico 45; Tabla 58). En la composición por edad, el grupo de casos con presencia de contenidos categorizados en variables desencadenantes en estudio no difirió significativamente del grupo con ausencia de dichos contenidos en el sexo femenino ($\chi_o^2 [0.22] < \chi_c^2 [9.21]$, $df = 2$), ni en el masculino ($\chi_o^2 [2.39] < \chi_c^2 [9.21]$, $df = 2$) analizados separadamente (Tablas 58b y 58c respectivamente).

En el grupo de casos con presencia de contenidos categorizados en variables desencadenantes en estudio no se hallaron diferencias significativas en cuanto a la composición por sexo y edad ($\chi_o^2 [3.43] < \chi_c^2 [13.28]$, $df = 4$) (Tabla 58d). Asimismo, entre casos con ausencia de dichos contenidos, sexo y edad fueron atributos independientes ($\chi_o^2 [1.21] < \chi_c^2 [9.21]$, $df = 2$ [$f_t < 5$: +20%]) (Tabla 58e).

5.2.2.2. Coyunturas desencadenantes de urgencias suicidas.

a. Grupo ambos sexos. Del total de 481 casos asistidos por intento suicida, la distribución entre coyunturas desencadenantes de urgencias suicidas evidenció que: en el 61.75% de los casos los contenidos hacían referencia a la coyuntura desencadenante SS-AR, definida por la presencia de ambas variables en estudio Sentimiento de soledad y Ausencia de respuesta

subjetiva acerca del sentido de la vida. En cambio, en el 29.31% de los casos los contenidos hacían referencia sólo a una de esas variables, distribuyéndose entre el 17.88% de los casos en que los contenidos hacían referencia a la coyuntura desencadenante SS, definida por la presencia de la variable Sentimiento de soledad únicamente, y el 11.43% de los casos en que los contenidos hacían referencia a la coyuntura desencadenante AR, definida por la presencia de la variable Ausencia de respuesta subjetiva acerca del sentido de la vida únicamente. Finalmente, en el 8.94% de los casos los contenidos referidos a desencadenantes del intento suicida no se correspondieron con ninguna de las variables desencadenantes en estudio, por lo que fueron agrupados bajo la denominación *Ninguna* (en adelante también mencionada como *Sin clasificación en coyunturas desencadenantes en estudio* o *Sin coyuntura desencadenante*) (Gráfico 46; Tabla 59).

b. Sexo. Sobre el total de casos asistidos por intento suicida en cada sexo, el Modo por coyuntura desencadenante fue SS-AR en el sexo femenino y también en el masculino. En cada sexo, le siguieron con frecuencia decreciente de casos las coyunturas desencadenantes SS, AR y Ninguna (Gráfico 46; Tabla 59). No se hallaron diferencias significativas en la distribución de los casos entre coyunturas desencadenantes de urgencia suicida y sexo de los pacientes ($\chi_o^2 [1.86] < \chi_c^2 [11.34]$, $df = 3$) (Tabla 59).

c. Franja etaria (grupo ambos sexos). En el grupo ambos sexos, para cada una de las franjas etarias la coyuntura desencadenante modal fue SS-AR. Sobre el total de casos de cada franja etaria, esta representó el 61.87% de los casos en 15-24 años, el 63.20% en 25-34, el 58.06% en 35-44, el 60% en 45-54, la mitad de los casos en 55-64 y el total de los casos en 65-74 años. Para casi todas las franjas etarias, le siguieron en orden decreciente las coyunturas desencadenantes SS, luego AR, y finalmente Ninguna. Las únicas excepciones a ese ordenamiento en las distribuciones de frecuencias se observaron en las dos franjas etarias mayores. En 55-64 años, a la coyuntura desencadenante modal le siguió AR, y luego se ubicaron SS y Sin clasificación en coyunturas desencadenantes en estudio con igual cantidad de casos entre sí. En tanto que en 65-74 años sólo se registraron casos en la coyuntura desencadenante SS-AR (Gráfico 47; Tabla 60). La distribución de los casos entre coyunturas desencadenantes de urgencia suicida fue independiente de la edad en pacientes del grupo ambos sexos ($\chi_o^2 [5.58] < \chi_c^2 [21.67]$, $df = 9$) (Tabla 60a).

d. Franja etaria y sexo. En el sexo femenino, para casi todas las franjas etarias la coyuntura desencadenante modal fue SS-AR, a excepción de 55-64 años donde hubo un caso en cada coyuntura desencadenante (Gráfico 48; Tabla 61). Sobre el total de casos de cada franja etaria, la coyuntura desencadenante SS-AR representó el 64.60% de los casos en 15-24 años, el 65.75% en 25-34, el 57.50% en 35-44, el 61.54% en 45-54, el 25% en 55-64 y el total de los casos en 65-74 años. La distribución de los casos entre coyunturas desencadenantes de urgencia suicida fue independiente de la edad en pacientes del sexo femenino ($\chi_o^2 [3.08] < \chi_c^2 [16.81]$, $df = 6$) (Tabla 61a).

En el sexo masculino, para cada una de las franjas etarias la coyuntura desencadenante modal fue SS-AR (Gráfico 49; Tabla 62). Sobre el total de casos de cada franja etaria, la coyuntura desencadenante SS-AR representó el 57.29% de los casos en 15-24 años, el 59.62% en 25-34, el 59.09% en 35-44, el 58.33% en 45-54, el 75% en 55-64 y el total de los casos en 65-74 años. La distribución de los casos entre coyunturas desencadenantes de urgencia suicida fue independiente de la edad en pacientes del sexo masculino ($\chi_o^2 [2.17] < \chi_c^2 [16.81]$, $df = 6$) (Tabla 62a).

5.2.2.3. Coyuntura desencadenante de urgencia suicida SS-AR.

a. Sexo. Los 297 pacientes cuyos contenidos discursivos correspondieron a la coyuntura desencadenante SS-AR se distribuyeron entre 186 femeninos (62.63%) y 111 masculinos (37.37%) (Gráfico 50). La razón entre sexos en la coyuntura desencadenante SS-AR fue 1.68:1.

b. Franja etaria y sexo. En la distribución por edad, se registraron casos con coyuntura desencadenante SS-AR en todas las franjas etarias del grupo ambos sexos y de cada sexo (Gráfico 51; Tabla 63). El Modo por edad fue 19.5 años en el grupo ambos sexos y en cada sexo. La Mediana de edad fue 24 años en el grupo ambos sexos ($Mdn = 23.84$), 23 años en el sexo femenino ($Mdn = 23.44$) y cercana a 25 años en el masculino ($Mdn = 24.56$). La Media de edad fue 27 años en el grupo ambos sexos ($M = 27.31$, $s = 10.82$), también fue cercana a 27 años en el sexo femenino ($M = 26.60$, $s = 10.00$), en tanto que en el masculino se aproximó a 29 años ($M = 28.51$, $s = 11.76$). De acuerdo a la estimación por intervalos, la Media paramétrica de edad en pacientes con coyuntura desencadenante de urgencia suicida

SS-AR se encontró entre 26 y 29 años en el grupo ambos sexos ($p [25.68 \leq \mu \leq 28.94] = 0.99$), entre 25 y 29 años en el sexo femenino ($p [24.69 \leq \mu \leq 28.51] = 0.99$), y entre 26 y 31 años en el masculino ($p [25.62 \leq \mu \leq 31.40] = 0.99$).

Las formas de las distribuciones de frecuencias por franjas etarias fueron asimétricas positivas ($M > Mdn > Mo$) en el grupo ambos sexos y en cada sexo. La Asimetría de las distribuciones fue de $As = 0.72$ en ambos sexos, de $As = 0.71$ en el sexo femenino y de $As = 0.77$ en el masculino.

Entre los casos que correspondieron a la coyuntura desencadenante de urgencia suicida SS-AR, edad y sexo de los pacientes fueron atributos independientes entre sí ($\chi_o^2 [3.38] < \chi_c^2 [13.28], df = 4$) (Tabla 63a).

5.2.2.4. Coyuntura desencadenante de urgencia suicida SS.

a. Sexo. Los 86 pacientes cuyos contenidos discursivos correspondieron a la coyuntura desencadenante SS se distribuyeron entre 53 femeninos (61.63%) y 33 masculinos (38.37%) (Gráfico 52). La razón entre sexos en la coyuntura desencadenante SS fue 1.61:1.

b. Franja etaria y sexo. En la distribución por franjas etarias, se registraron casos con coyuntura desencadenante SS hasta 55-64 años en el grupo ambos sexos y en el sexo femenino, y hasta 45-54 años en el masculino (Gráfico 53; Tabla 64). El Modo por edad fue 19.5 años en el grupo ambos sexos y en cada sexo. La Mediana de edad fue 24 años tanto en el grupo ambos sexos ($Mdn = 24.27$), como en el sexo femenino ($Mdn = 24.31$) y en el masculino ($Mdn = 24.21$). La Media de edad fue 28 años tanto en el grupo ambos sexos ($M = 28.10, s = 10.45$), como en el sexo femenino ($M = 28.37, s = 10.77$) y en el masculino ($M = 27.68, s = 9.99$). De acuerdo a la estimación por intervalos, la Media paramétrica de edad en pacientes con coyuntura desencadenante de urgencia suicida SS se ubicó entre 25 y 31 años en el grupo ambos sexos ($p [25.18 \leq \mu \leq 31.02] = 0.99$), entre 25 y 32 años en el sexo femenino ($p [24.53 \leq \mu \leq 32.21] = 0.99$), y entre 23 y 32 años en el masculino ($p [23.11 \leq \mu \leq 32.25] = 0.99$).

Las formas de las distribuciones de casos por franjas etarias fueron asimétricas positivas ($M > Mdn > Mo$) en el grupo ambos sexos y en cada sexo. La Asimetría de las distribuciones fue de $As = 0.82$ en ambos sexos y en cada sexo.

Entre los casos que correspondieron a la coyuntura desencadenante de urgencia suicida SS, edad y sexo de los pacientes fueron atributos independientes entre sí ($\chi_o^2 [0.27] < \chi_c^2 [11.34], df = 3$) (Tabla 64a).

5.2.2.5. Coyuntura desencadenante de urgencia suicida AR.

a. Sexo. Los 55 pacientes cuyos contenidos discursivos correspondieron a la coyuntura desencadenante AR se distribuyeron entre 31 femeninos (56.36%) y 24 masculinos (43.64%) (Gráfico 54). La razón entre sexos en la coyuntura desencadenante AR fue 1.29:1.

b. Franja etaria y sexo. En la distribución por edad, se registraron casos con coyuntura desencadenante AR hasta 55-64 años en el grupo ambos sexos y en el sexo masculino, mientras que en el femenino se registraron en las tres franjas etarias menores y en 55-64 años (Gráfico 55; Tabla 65). El Modo por edad fue 19.5 años en el grupo ambos sexos y en cada sexo. La Mediana de edad fue 23 años en el grupo ambos sexos ($Mdn = 23.37$) y en el sexo femenino ($Mdn = 23.11$), mientras que fue 24 años en el masculino ($Mdn = 23.73$). La Media de edad fue 27 años en el grupo ambos sexos ($M = 26.77, s = 10.36$), 26 años en el sexo femenino ($M = 25.95, s = 9.36$) y 28 años en el masculino ($M = 27.83, s = 11.44$). De acuerdo a la estimación por intervalos, la Media paramétrica de edad en pacientes con coyuntura desencadenante de urgencia suicida AR se ubicó entre 23 y 30 años en el grupo ambos sexos ($p [23.13 \leq \mu \leq 30.41] = 0.99$), entre 22 y 30 años en el sexo femenino ($p [21.54 \leq \mu \leq 30.36] = 0.99$), y entre 22 y 34 años en el masculino ($p [21.69 \leq \mu \leq 33.97] = 0.99$).

Las formas de las distribuciones de casos por franjas etarias fueron asimétricas positivas ($M > Mdn > Mo$) en el grupo ambos sexos y en cada sexo. La Asimetría de las distribuciones fue de $As = 0.70$ en ambos sexos, de $As = 0.69$ en el sexo femenino y de $As = 0.73$ en el masculino.

Entre los casos que correspondieron a la coyuntura desencadenante de urgencia suicida AR, edad y sexo de los pacientes fueron atributos independientes entre sí ($\chi_o^2 [0.20] < \chi_c^2 [9.21], df = 2$) (Tabla 65a).

5.2.2.6. Sin clasificación en coyunturas desencadenantes en estudio.

a. Sexo. Los 43 pacientes cuyos contenidos discursivos correspondieron a Sin clasificación en coyunturas desencadenantes en estudio (Ninguna) se distribuyeron entre 23 femeninos (53.49%) y 20 masculinos (46.51%) (Gráfico 56). La razón entre sexos en casos Sin clasificación en coyunturas desencadenantes en estudio fue 1.15:1.

b. Franja etaria y sexo. En la distribución por franjas etarias se registraron casos Sin clasificación en coyunturas desencadenantes en estudio hasta 55-64 años en el grupo ambos sexos y en el sexo femenino, y hasta 35-44 años en el masculino (Gráfico 57; Tabla 66). El Modo por edad fue 19.5 años en el grupo ambos sexos y en cada sexo. La Mediana de edad fue 24 años tanto en el grupo ambos sexos (Mdn = 23.85), como en el sexo femenino (Mdn = 24.08) y en el masculino (Mdn = 23.59). La Media de edad fue 26 años en el grupo ambos sexos ($M = 26.48, s = 9.30$), 28 años en el sexo femenino ($M = 27.76, s = 10.90$) y 25 años en el masculino ($M = 25, s = 6.69$). De acuerdo a la estimación por intervalos, la Media paramétrica de edad en pacientes Sin clasificación en coyunturas desencadenantes en estudio se ubicó entre 23 y 30 años en el grupo ambos sexos ($p [22.76 \leq \mu \leq 30.20] = 0.99$), entre 22 y 34 años en el sexo femenino ($p [21.77 \leq \mu \leq 33.75] = 0.99$), y entre 21 y 29 años en el masculino ($p [21.05 \leq \mu \leq 28.95] = 0.99$).

Las formas de las distribuciones de casos por franjas etarias fueron asimétricas positivas ($M > Mdn > Mo$) en el grupo ambos sexos y en cada sexo. La Asimetría de las distribuciones fue de $As = 0.75$ en ambos sexos, de $As = 0.76$ en el sexo femenino y de $As = 0.82$ en el masculino.

En los casos Sin clasificación en coyunturas desencadenantes en estudio, edad y sexo de los pacientes fueron atributos independientes entre sí ($\chi_o^2 [1.21] < \chi_c^2 [9.21], df = 2$ [$f_t < 5: +20\%$]) (Tabla 66a).

6. DISCUSIÓN.

6.1. ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE FACTORES DE RIESGO SUICIDA.

Análisis por grupos de motivo de consulta: intento de suicidio vs otro motivo.

Distribución según factores temporales.

Durante el periodo total de estudio, intento de suicidio representó el 25.82% de los casos ambos sexos asistidos psicológicamente por motivos de consulta referidos a urgencias en salud mental en el Servicio de Guardia del HPS. La importancia de este motivo de consulta, indicada por el elevado porcentaje con el que se registró, es consistente con investigaciones que destacan problemáticas de violencia, incluidos intentos de suicidio, entre las patologías más frecuentes que caracterizan a población asistida por urgencias en salud mental en hospitales de Argentina (Sotelo et al., 2014) y del MERCOSUR (Sotelo et al., 2013).

En la presente investigación, los resultados hallados en cuanto a factores temporales de riesgo indicaron que intento de suicidio como motivo de consulta sólo se caracterizó diferencialmente respecto de otro motivo de consulta en el análisis por períodos bienales. Los datos señalaron un aumento del 5.45% en los casos que correspondieron a intento suicida como motivo de consulta del primer al segundo bienio estudiado. En cambio, períodos temporales más breves, tales como estaciones, meses y días, que comúnmente suelen ser indicados como factores de riesgo suicida en revisiones (Christodoulou et al., 2012; Woo et al., 2012) y en investigaciones recientes en diferentes países (Kposowa & D'Auria, 2010; Mejías et al., 2011; Miller et al., 2012; Romero Palanco et al., 2007), no caracterizaron diferencialmente a intento de suicidio respecto de otro motivo de consulta psicológica en urgencias. Los resultados aquí hallados van en el sentido de otras revisiones que destacaron que en países occidentales la estacionalidad del suicidio tiende a disminuir y, eventualmente, podría desaparecer, por lo que ya no puede ser considerada como un fenómeno universal y homogéneo (Ajdacic-Gross et al., 2010). En tal caso, los resultados hallados son compatibles con otros que parecen descartar la existencia de una clara estacionalidad en intentos suicidas (González Seijo, 2004). Otro hallazgo de la presente investigación fue el patrón creciente de casos conforme a la sucesión calendario de las estaciones observado para intento de suicidio en los acumulados estacionales

correspondientes al periodo total de estudio y bianuales, pero no así en los acumulados estacionales anuales de este motivo de consulta. En base a estos hallazgos se plantea la hipótesis de si acaso la estacionalidad en urgencias suicidas en Jujuy podría consistir en un patrón temporal combinado: bianual-estacional, pero para contrastar dicha hipótesis serán necesarios estudios subsiguientes. Además queda por analizar en estudios subsiguientes una posible asociación entre estacionalidad y disponibilidad de métodos, ya que una revisión destacó que investigaciones actuales determinaron diferentes ciclos estacionales que dependen principalmente de diferentes métodos suicidas. Esas investigaciones muestran que al igual que en la epidemiología de los métodos suicidas, la disponibilidad (estacional) y la adecuación percibida de los métodos emergen como la principal fuerza motriz más allá de los fenómenos estacionales del suicidio (Ajdacic-Gross et al., 2010).

Distribución según factores demográficos principales: sexo y edad.

Desde hace décadas, un gran consenso señala que el sexo junto con la estructura etaria son los factores cruciales que determinan las dimensiones del suicidio (Polewka et al., 2004). Sin embargo, en los análisis de factores demográficos principales efectuados en esta investigación se halló caracterización diferencial de intento suicida respecto de otro motivo de consulta psicológica en urgencias según edad de los pacientes pero no así según sexo. Intento de suicidio como motivo de consulta caracterizó a la franja etaria 15-24 años en el grupo ambos sexos y en cada sexo analizado separadamente. Además, en pacientes masculinos hubo una muy pequeña y secundaria asociación de este motivo de consulta con la franja etaria 25-34 años. Estos resultados concuerdan con diversas revisiones (Bridge et al., 2006; Cash & Bridge, 2009), informes epidemiológicos (DNSMyA, 2011) e investigaciones (Gabilondo et al., 2007; Kessler et al., 1999; Wichstrøm, 2000) que destacaron alta prevalencia de intentos de suicidio entre adolescentes y adultos jóvenes. Por otra parte, respecto de la muy baja frecuencia de casos de intento suicida registrada en esta investigación para las franjas etarias correspondientes a adultos mayores y ancianos (65-74 años principalmente), cabe considerar la posibilidad de que esta se debiera al menos en parte a algún tipo de sub-registro o sesgo. En este sentido advierten Bobes García et al. (2009) que en ancianos hay conductas potencialmente perjudiciales que pueden ser equivalentes de conductas autolíticas, tales como falta de colaboración en las indicaciones

médicas, no informar acerca de síntomas de enfermedad, incumplimiento de dieta, disputas y caídas. También otros tipos de conductas, como intoxicaciones medicamentosas, pueden ser intentos suicidas no informados como tales debido a que frecuentemente se las asume como ingestas accidentales o por error. Dado que todas esas conductas no suelen ser registradas como intentos suicidas, ello abre el interrogante acerca de un posible sesgo de selección y/o de información (Bonita et al., 2008; Kleinbaum et al., 2007; Porta, 2014) en los datos hallados para estas franjas etarias mayores, el cual requerirá de futuros estudios para ser dilucidado.

Aunque las diferencias entre tipos de motivos de consulta y sexo de los pacientes no fueron estadísticamente significativas, cabe destacar el hallazgo de que la característica de femineidad fue mayor en otro motivo de consulta antes que en intento de suicidio. Es decir que aunque no alcanzó significación estadística, la tendencia de asociación se dio entre intento suicida y sexo masculino, y entre otro motivo de consulta y sexo femenino. Estos hallazgos objetan una afirmación ampliamente extendida en diversos estudios, la que es expuesta por ejemplo en la revisión de estudios epidemiológicos de Nock et al. (2008), referida a que el sexo femenino es un factor demográfico de riesgo para intento de suicidio y que el masculino lo es para suicidio. En la citada revisión de Nock et al. (2008) se indica además que los intentos suicidas son más prevalentes entre mujeres, mientras que los suicidios lo son entre hombres. Sin embargo, estudios previos ya habían advertido sobre evidencias de un cambio en las tendencias, consistente en un aumento en las tasas de intento suicida masculino, especialmente en jóvenes, que superaba al aumento en el sexo femenino (Hawton et al., 1997). Asimismo en el sentido de lo hallado en la presente investigación, hay estudios que reportaron excepciones al usual patrón de prevalencia femenina en intentos suicidas en países como Finlandia (Schmidtke et al., 1996) y Polonia (Polewka et al., 2004), y excepciones al usual patrón de prevalencia masculina en suicidios en países como China (Zhang et al., 2010). A su vez, hay investigaciones realizadas en España que van en el sentido de lo aquí discutido, ya que si bien hallaron que el riesgo en la ideación y elaboración de un plan suicida era mayor en mujeres, informaron que el riesgo de realizar un intento suicida, en cambio, aun siendo mayor en mujeres era similar al de hombres ya que la diferencia hallada carecía de significación estadística (Gabilondo et al., 2007; López et al., 2007; Mejías et al., 2011). Por otra parte, el predominio femenino

hallado en otro motivo de consulta en la presente investigación, correspondiente al 64.83% de esos casos, fue próximo a lo informado por otros estudios que ubicaron ese predominio entre el 63% (Sotelo et al., 2013) y el 70% (Freitas de Macêdo et al., 2010) del total de consultas asistidas por urgencias subjetivas en hospitales generales de Argentina y del MERCOSUR respectivamente.

Análisis de los intentos suicidas.

Aspectos ocupacionales, socio-familiares y ambientales.

El mayoritario 83.58% de los casos asistidos por intento suicida tenía ocupación. Se hallaron asociaciones entre situación ocupacional (general y específica) y edad de los pacientes en el grupo ambos sexos y en cada sexo analizado separadamente. Sin embargo, no parece correcto interpretar las asociaciones encontradas como si estas indicaran una caracterización específica de intentos suicidas o que fuera infrecuente en la población general. De hecho, dichas asociaciones parecieron reflejar caracterizaciones que serían esperables de hallarse en la población general, ya que se destacaron las asociaciones entre la franja etaria 15-24 años y la categoría con ocupación, específicamente con la clase estudiante, y entre las franjas etarias mayores y la categoría sin ocupación, específicamente, 65-74 años con la clase jubilado. Asimismo, la clase laboral caracterizó a pacientes de 25-34, 35-44 y 45-54 años. La clase sin ocupación referida caracterizó a pacientes de 55-64 años ambos sexos, a femeninos de 25-34 y a masculinos de 35-44 años. Finalmente, la clase desempleado caracterizó a femeninos de 35-44 y a masculinos de 25-34 años. Cabe destacar además que a la clase sin ocupación referida correspondió el 13.72% del total de casos de intento suicida. Esta clase reunió a pacientes que percibían de manera egosintónica el hecho de no tener ocupación, por lo que se diferenció de la clase desempleado, que incluyó a pacientes que efectivamente percibían la situación de desocupación como desempleo problemático y a la que correspondió sólo el 1.66% del total de casos. Los resultados expuestos se alejan de la comprobación de la existencia de una clara asociación entre situación de desempleo e intento suicida (Milner, Page et al., 2013). En el sentido de lo hallado aquí cabe señalar que hay estudios previos que no encontraron asociación significativa entre desempleo y conducta suicida (Furness et al., 1985; Nielsen et al., 1990). Además se debe tener en cuenta que hay estudios que apoyan la afirmación de que gran

parte de la asociación entre desempleo y conducta suicida, lejos de ser causal, sólo reflejaría factores comunes que contribuyen a los riesgos en ambos, tal que se sugirió que cualquier asociación restante entre desempleo y riesgo de intento suicida parecería surgir de la correlación entre desempleo y trastorno psiquiátrico (Beautrais et al., 1998). Otros más cautelosos sugirieron que enfermedad mental, en tanto que factor de confusión, podría explicar aproximadamente la mitad de la asociación entre desempleo y conducta suicida, pero no toda la asociación (Blakely et al., 2003).

Como se señaló en situación ocupacional, otras asociaciones estadísticamente significativas halladas en la presente investigación tampoco parecen indicar caracterizaciones específicas de intentos suicidas o que fueran infrecuentes en la población general. Tal es el caso de las asociaciones halladas entre estado civil y edad, las que más que abonar una caracterización particular de intentos suicidas, parecieron reflejar caracterizaciones esperables de hallarse en la población general, ya que se destacó principalmente la asociación entre la franja etaria 15-24 años y la categoría sin relación, específicamente con la clase soltero. Además, otras caracterizaciones esperables de hallarse en la población general fueron, por ejemplo, las asociaciones entre 25-34 años con la clase en pareja no conviviente, 35-44 y 45-54 años con casado/concubinato, y 65-74 años con viudez.

En cuanto al acompañamiento por parte de figuras afectivas, el mayoritario 73.39% de pacientes que realizaron intento suicida contó con dicho acompañamiento durante su asistencia en el Servicio de Guardia. La asociación hallada según edad expuso que pacientes de 15-24 años, principalmente, y también de 55-64 y 65-74 años, se caracterizaron por haber contado con dicho acompañamiento. Además, la evaluación de redes de contención socio-familiar evidenció que el mayoritario 88.77% de pacientes asistidos por intento suicida disponía de dichas redes de contención.

En relación con los aspectos anteriores, cabe destacar que diversos estudios atribuyen riesgo suicida a la falta de recursos de apoyo social, al asilamiento y a la soledad. Sin embargo, la mayoría de los estudios se centran en la evaluación de aspectos indicativos de soledad objetiva, tales como: menor número de recursos de apoyo social (Prinstein et al., 2000; Vanderhorst & McLaren, 2005); menor cantidad de personas en quienes confiar,

amigos o familiares, y menor frecuencia de contacto con ellos (Turvey et al., 2002); vivir solo (Heikkinen, Isometsä, Marttunen et al., 1995; Wong et al., 2008) pero también vivir con los padres, especialmente en hombres de entre 30 a 39 años (Heikkinen, Isometsä, Marttunen et al., 1995); estado civil soltero (Masocco et al., 2010; Wong et al., 2008), divorciado (Cocaña Rodríguez, 1997; Schmidtke et al., 1996), separado (Wyder et al., 2009); entre otros aspectos, todos ellos indicativos de soledad objetiva. Opuestamente, la interpretación de los resultados aquí presentados sobre estado civil, acompañamiento durante la asistencia y disponibilidad de redes de contención, parece indicar que en lugar de evaluar aspectos indicativos de soledad objetiva en intentos suicidas, tendría más especificidad evaluar aspectos que definen subjetivamente la soledad. En este sentido, por ejemplo, hay antecedentes que indican que tener una familia no significa necesariamente que exista un apoyo social adecuado, ya que la pertenencia a una familia disruptiva o con problemas interpersonales aumenta el riesgo de suicidio y de intentos suicidas (Beautrais, 2002; Hokans & Lester, 2007). También se reportó que antecedentes de conductas y pensamientos suicidas en adolescentes se relacionaron con percepción de menor apoyo social de padres principalmente y, en menor medida, de la escuela y de pares (Miller et al., 2015). Además, la sensación de que se puede perder el apoyo familiar puede incrementar el riesgo suicida, según lo reportó un estudio con sujetos alcohólicos que consumaron suicidio (Murphy et al., 1992).

En los análisis sobre métodos en intentos suicidas se halló asociación entre uso simple de métodos y sexo femenino, y entre uso combinado y sexo masculino. En cuanto a los tipos de métodos, los casos femeninos se caracterizaron principalmente por el uso de intoxicación medicamentosa. Secundariamente, se caracterizaron por otras intoxicaciones (con productos de limpieza, con veneno, con gas) y por arrojarse desde altura. En cambio, los casos masculinos se caracterizaron por el uso de métodos más violentos, principalmente por ahorcamiento, aparte de autolesión, disparo con arma de fuego y prenderse fuego. Además, se caracterizaron por utilizar intoxicación etílica y con drogas, pero estos métodos se registraron sólo en uso combinado, como potenciadores de otros métodos. Estos hallazgos convergen con otros que reportan uso de métodos más violentos y más letales en hombres antes que en mujeres (Ajdacic-Gross et al., 2008; Brent et al., 1999; Cooper-Kazaz, 2013). A su vez, lo hallado en cuanto a frecuencia de métodos coincide con estudios

realizados en diferentes países que reportaron que los psicofármacos se cuentan entre los medicamentos más utilizados en intentos de suicidio (Garfinkel et al., 1982; González Forteza et al., 2002; González Seijo, 2004; Hawton & Fagg, 1992; Karatoprac et al., 2015; Runeson et al., 2010).

Aspectos clínicos.

Del total de pacientes asistidos por intento suicida sólo el 19.54% había intentado suicidarse con anterioridad, y apenas el 1.87% refirió antecedente de conducta suicida ocurrida en su entorno afectivo significativo. Estos resultados distan de los porcentajes con que se destaca en otros estudios la importancia de intentos suicidas previos en la historia del paciente (Schmidtke et al., 1996; Yoshimasu et al., 2008) y la importancia de antecedentes de conductas suicidas en familiares (Brent et al., 2015; Geulayov et al., 2012; Lieb et al., 2005; Melhem et al., 2007).

Del total de pacientes asistidos por intento suicida sólo 135 (28.07%) tenían diagnóstico actual de trastorno mental, tratándose de pacientes afectados por diagnósticos comórbidos en apenas 5 de esos casos. Estas frecuencias halladas distan grandemente de otros estudios que reportaron que más del 90% de quienes realizaron intentos suicidas padecía un trastorno mental al momento de la tentativa (Beautrais et al., 1996; Wunderlich et al., 1998), y que entre el 56.6% (Beautrais et al., 1996) y el 79% (Wunderlich et al., 1998) de esos casos estaban afectados por diagnósticos mentales comórbidos. En base a lo hallado, no es posible subscribir a la afirmación de que la presencia de trastornos mentales es uno de los mayores factores de riesgo para intentos de suicidio y suicidios consumados (Harris & Barraclough, 1997; Nock et al., 2009, 2010). Por otra parte, en la presente investigación se halló que en la composición por edad, el grupo de pacientes con diagnóstico de trastorno mental se diferenció significativamente del grupo sin esos diagnósticos en ambos sexos y en el sexo femenino, pero no en el masculino. Principalmente, las franjas etarias 35-44 y 55-64 años se caracterizaron por presencia de diagnóstico de trastorno mental. En cambio, la franja etaria 15-24 años se caracterizó por ausencia de diagnóstico de trastorno mental, lo que requiere ser subrayado en virtud de que tal como quedó demostrado en el análisis por grupos de motivo de consulta, fue esta franja etaria menor la que se asoció a intento suicida como motivo de consulta. Por lo tanto, esta

última asociación (edad adolescente - intento de suicidio) no podría ser atribuida primordialmente a enfermedad mental tal como se propone en alguna literatura sobre el tema (Ferreri et al., 2006). En este sentido, los resultados hallados distan en mucho de los porcentajes señalados por revisiones conforme a las cuales la presencia de trastornos mentales afecta hasta al 80-90% de víctimas de suicidio e intento suicida adolescente de contextos tanto clínicos como comunitarios (Bridge et al., 2006). No obstante, para ahondar en la discusión de estos tópicos serán necesarias investigaciones futuras, en las cuales analizar la presencia-ausencia de diagnóstico de trastorno mental entre grupos clínicos comparables (p.e. intento de suicidio - otro motivo), y en base a ello sustentar conclusiones más certeras y aplicables a la población local. Además, el desarrollo de conocimiento local sobre esos tópicos es necesario debido a que la mayoría de las referencias anteriores se basan en poblaciones no-latinas, pero hay estudios que advierten sobre diferencias en la conducta suicida entre latinos y no-latinos, por ejemplo, en cuanto a que determinadas construcciones culturales en latinos parecen proporcionar protección contra la conducta suicida en presencia de enfermedad mental (Oquendo et al., 2005).

De los 135 pacientes asistidos por intento suicida que tenían diagnóstico de trastorno mental, fue posible conocer los Tipos diagnósticos en 97 de esos casos (71.85%), ya que los 38 casos restantes (28.15%) desconocían el Tipo diagnóstico recibido. Ese desconocimiento sólo fue observado para el caso de trastornos mentales. En contraste, cuando se trataba de enfermedades orgánicas, la totalidad de pacientes conocían y podían especificar el tipo de enfermedad con el que habían sido diagnosticados.

Los Tipos diagnósticos de mayores frecuencias en ambos sexos fueron Trastorno depresivo no especificado, seguido de Dependencia de varias sustancias y Trastorno psicótico no especificado. Las Categorías diagnósticas de mayores frecuencias en ambos sexos fueron Trastornos relacionados con sustancias, seguidos de Trastornos del estado de ánimo, y Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. En cambio, las Categorías diagnósticas que caracterizaron en forma diferencial a pacientes de cada sexo fueron, principalmente, Trastornos de la conducta alimentaria y Trastornos de la personalidad a femeninos, y Trastornos relacionados con sustancias y Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos a masculinos. Un interrogante que se sigue de lo hallado es saber si esas

caracterizaciones son específicas de intento suicida o si, en cambio, son consecuencia de diferencias de sexo en la prevalencia de trastornos mentales en la población general, o bien, en población clínica asistida por todos los motivos de consulta en urgencias psicológicas. Nuevamente, dar respuesta a esa importante cuestión requerirá de investigaciones futuras que incluyan población clínica comparable, es decir, requerirá de la realización de otros tipos de estudios distintos que el descriptivo aquí realizado, tales como los analíticos, con diseños de cohortes o de casos-contróles. No obstante, hasta tanto ello sea posible de realizarse, lo hallado permite señalar que los resultados presentados son próximos a revisiones que destacan que los trastornos mentales más frecuentes en intentos suicidas y suicidios de ambos sexos son Trastornos del estado de ánimo, especialmente depresivos (Hawton et al., 2013; Teti et al., 2014), en contraste con quienes afirman que, a diferencia del resto de pacientes con conductas suicidas, los que padecen ese tipo de trastornos son predominantemente del sexo femenino (Arsenault-Lapierre et al., 2004). Además, lo hallado concuerda con reportes de mayor prevalencia de Trastornos relacionados con sustancias en masculinos, pero no así de Trastornos de personalidad y Trastornos propios de la edad infantil (Arsenault-Lapierre et al., 2004). También en el sentido de lo hallado aquí, diversas revisiones destacaron que los intentos suicidas son relativamente frecuentes en pacientes con Anorexia y también con Bulimia nerviosa (Franko & Keel, 2006; Pompili et al., 2006), y que el sexo masculino se encuentra entre los factores de riesgo suicida en esquizofrenia (Carlborg et al., 2010).

Por otra parte, los resultados presentados sugieren una posible interinfluencia entre métodos autolíticos y diagnósticos de trastorno mental en pacientes masculinos. Así parecen indicarlo las asociaciones diferenciales halladas para el sexo masculino, por una parte, con el uso de intoxicación etílica y con drogas como métodos potenciadores de otros métodos y, por otra parte, con diagnósticos de Trastornos relacionados con sustancias, especialmente, con Dependencia del alcohol. En este sentido, hay estudios que destacaron la relación entre Dependencia del alcohol y conductas suicidas (Wilcox et al., 2004), principalmente impulsivas (Conner et al., 2006). También son importantes para la interinfluencia aquí sugerida los antecedentes que destacan que, además del uso crónico de alcohol, el uso agudo del mismo también se asocia con conducta suicida (Cherpitel et al., 2004).

En los análisis sobre acceso a tratamiento específico por el diagnóstico de trastorno mental, los casos femeninos se caracterizaron por recibir tratamiento al momento del intento suicida pero también por abandono del mismo, mientras que los casos masculinos se caracterizaron por no haber recibido tratamiento. Hay estudios realizados en el Estado de Qatar que aunque no encontraron diferencias significativas en el cumplimiento-incumplimiento terapéutico según sexo, reportaron que el incumplimiento terapéutico era más frecuente en determinados diagnósticos de trastorno mental, principalmente en Esquizofrenia (28.4%), además de Trastorno depresivo mayor (14.4%) y Trastorno bipolar (12.7%) (Bener et al., 2013). Otro estudio realizado en Pakistán también halló que el incumplimiento terapéutico era más frecuente en casos con diagnóstico de Trastorno depresivo mayor (31.5%), seguido de Esquizofrenia (19.5%) y Trastorno bipolar (19%) (Taj & Khan, 2005). En efecto, un meta-análisis reportó una fuerte covariancia entre depresión e incumplimiento terapéutico, y postuló que la depresión es un factor de riesgo para resultados terapéuticos deficientes. Sin embargo, se advirtió que los estudios considerados no autorizan inferencias causales y se mencionó la posibilidad de que terceras variables (p.e. mal estado de salud) provoquen la depresión y la falta de cumplimiento terapéutico (DiMatteo et al., 2000). En cambio, de acuerdo a otros estudios, el desconocimiento acerca de los efectos secundarios de la medicación, la falta de educación sobre la medicación y la asistencia irregular al centro médico se encuentran entre las razones más destacadas de incumplimiento terapéutico (Bener et al., 2013; Kassis et al., 2014). Al respecto, es comúnmente aceptado que proporcionar información al paciente es un pilar base para conseguir la adherencia al tratamiento (Fundación Salud, julio 2010; Palop Larrea y Martínez Mir, 2004). En este sentido y en base a los resultados hallados en la presente investigación, parece verosímil presumir que el factor desconocimiento del Tipo diagnóstico haya contribuido al alto porcentaje de pacientes que se pueden caracterizar por falta de adherencia a tratamiento y a indicaciones terapéuticas. A propósito de las referenciadas citadas, también se puede señalar que el porcentaje de pacientes que al momento del intento suicida no recibía tratamiento por el diagnóstico de trastorno mental alcanzó el 43.70% – resultante de sumar los casos de abandono terapéutico (14.07%) y los que nunca aceptaron recibir tratamiento (29.63%) –, el cual fue casi equivalente al 44.45% que resulta de sumar los casos que desconocían el Tipo diagnóstico (28.15%) y los casos

con diagnóstico de Trastorno depresivo (16.30%). Sin embargo, más allá de ese modo de concebir la adherencia al tratamiento en su relación con la información consciente que pueda tener o no tener el paciente – la cual es propia de una episteme cognitivista –, cabe señalar que como se expondrá más adelante en la discusión del *Estudio de coyunturas desencadenantes de urgencias suicidas*, esas situaciones de incumplimiento terapéutico se conciben de modo bien diferente desde la episteme del psicoanálisis debido a que ellas denuncian el accionar de la pulsión de muerte que habita a los sujetos.

Las recomendaciones de guías especializadas para el abordaje integral del intento suicida suelen valorar positivamente la disponibilidad de servicios telefónicos de asistencia y contención (DNSMyA, 2012). Sin embargo, para la muestra estudiada, en ninguno de los 481 registros de pacientes asistidos por intento suicida se hizo mención a que estos hubieran utilizado el servicio de ayuda telefónica durante la urgencia suicida. Estos resultados apoyan las conclusiones de otros estudio en el que se alerta acerca del escaso valor preventivo de los servicios que brindan contención telefónica gratuita y anónima a personas en crisis suicida (González Seijo, 2004).

A diferencia de estudios que reportan alta frecuencia de enfermedades físicas en casos de suicidio (Fegg et al., 2016) y de intento suicida (Goodwin et al., 2003) o que también destacan la importancia de las limitaciones funcionales en suicidios consumados (Kaplan et al., 2007) o de la discapacidad física en ideación suicida (Russell et al., 2009), en esta investigación se halló que la presencia de enfermedad orgánica afectó apenas al 3.33% de pacientes asistidos por intento suicida. Entre ellos, el diagnóstico más frecuente fue epilepsia, aunque con escasos 9 casos. Al respecto, hay revisiones que destacaron mayor mortalidad por suicidio en pacientes epilépticos en comparación con la población general (Verrotti et al., 2008).

6.2. ESTUDIO DE COYUNTURAS DESENCADENANTES DE URGENCIAS SUICIDAS.

Del total de pacientes asistidos por intento de suicidio, el 91.06% refirió entre los desencadenantes del intento suicida contenidos que fueron categorizados en Sentimiento de soledad y/o en Ausencia de respuesta subjetiva acerca del sentido de la vida. La falta de contenidos referidos a desencadenantes del intento suicida que se correspondieran con la categorización en una y/u otra de esas variables desencadenantes en estudio en el restante 8.94% de los casos no debe atribuirse a una limitación inherente a, ni privativa de, la teoría y metodología desde las que se realizaron los análisis. Ello porque hay antecedentes de investigaciones realizadas desde otros enfoques que informaron que entre adolescentes que realizan intentos suicidas médicamente graves los desencadenantes referidos con más frecuencia fueron rupturas de relaciones, otros conflictos interpersonales, dificultades financieras y problemas legales, pero que, sin embargo, un tercio de los sujetos estudiados no pudieron describir ningún factor precipitante (Beautrais et al., 1997). De manera consistente con lo hallado en la presente investigación, otras investigaciones de orientación psicoanalítica que analizaron las características de la demanda en urgencias asistidas en el Hospital Central de San Isidro, en Argentina (Sotelo y Belaga, 2008), y en el Hospital de Clínicas de la Universidad Federal de Minas Gerais, en Brasil (Freitas de Mâcedo et al., 2010), hallaron que, respectivamente, si bien el 89% y el 95% de los consultantes podía realizar un relato sobre lo que le ocurría, sólo el 69% y el 76% lograba localizar la aparición de la urgencia, mientras que el 67% y el 29% podía realizar una hipótesis sobre la causa de los síntomas. Ello destaca que el hecho de que un paciente pueda relatar lo que le ocurría no necesariamente conllevaba a que lograra ubicar las coordenadas de aparición de la urgencia, ni a que realizara una hipótesis de la causa de lo que le sucedía (Freitas de Mâcedo et al., 2010; Sotelo y Belaga, 2008).

Los casos con presencia de contenidos categorizados en Sentimiento de soledad y/o en Ausencia de respuesta subjetiva acerca del sentido de la vida predominaron por sobre los casos caracterizados por ausencia de dichos contenidos en cada sexo y en todas las franjas etarias. Esto marca una diferencia respecto de factores de riesgo suicida cuya prevalencia

suele asociarse diferencialmente con uno u otro sexo y/o con determinadas edades, tal como lo indica la vasta bibliografía epidemiológica sobre el tema citada a lo largo de este trabajo.

De entre las cuatro coyunturas desencadenantes de urgencias suicidas establecidas, el mayor porcentaje sobre el total de casos ambos sexos correspondió a la coyuntura desencadenante SS-AR (61.75%) definida por la presencia de ambas variables en estudio. Esta coyuntura desencadenante también fue la de mayor frecuencia en cada sexo y en todas las franjas etarias. En general, le siguieron con frecuencia decreciente de casos las coyunturas desencadenantes SS (17.88%), AR (11.43%) y Ninguna (8.94%).

El elevado porcentaje de casos con presencia de contenidos categorizados en una o ambas variables en estudio – que suma el 91.06% del total entre los casos de las coyunturas desencadenantes SS-AR, SS y AR – destaca la importancia de Sentimiento de soledad y de Ausencia de respuesta para el desencadenamiento de intentos suicidas. Ninguno de los factores de riesgo analizados en esta investigación en la muestra de intento de suicidio se halló con tan alta frecuencia. Entre los factores de riesgo suicida destacados por la bibliografía, el elevado porcentaje hallado para la coyuntura desencadenante SS-AR sólo cabría ser comparado con el 87% (Arsenault-Lapierre et al., 2004) a 90% (Beautrais et al., 1996) o incluso 91% (Cavanagh et al., 2003) de presencia de trastorno mental reportado entre quienes intentan suicidarse. Sin embargo, esa comparación encuentra objeción en los datos locales, debido a que la presencia de trastorno mental afectó sólo al 28.07% de los casos en la muestra estudiada. No obstante, aun si se decidiera hacer caso omiso a estos datos y dar por supuesto el hecho, aún no claramente demostrado, de que la presencia de trastorno mental en intentos suicidas es efectivamente tan elevada como señalan los estudios citados, todavía quedaría pendiente dar respuesta a la cuestión de si, entonces, ¿ello implica acaso admitir que la presencia de trastorno mental caracteriza diferencialmente a los pacientes asistidos por intento suicida respecto de los que son asistidos por otros motivos de consulta en el campo de las urgencias subjetivas? Nuevamente, tal como quedó señalado para otros interrogantes surgidos a lo largo de esta discusión, la resolución de este interrogante requerirá también del desarrollo de investigaciones futuras, cuyos diseños incluyan población clínica comparable. Pero aún con ello, podría suceder que la respuesta que se hallara no careciera de ambigüedades ya que,

tal como se citó en otra parte de este trabajo, hay estudios que si bien señalan que los trastornos mentales se encuentran entre los más fuertes predictores de suicidio (Nock et al., 2009) y de conductas suicidas (Nock et al., 2010), a la misma vez reconocen que debido a los altos niveles de comorbilidad psiquiátrica, poco se sabe acerca de cuáles trastornos son singularmente predictivos de la conducta suicida. Dar respuesta al interrogante planteado tiene su importancia debido a que, hasta la fecha, las acciones preventivas que se promueven en base a estudios de factores de riesgo como los citados a lo largo de este trabajo vienen demostrando ser tan inespecíficas como poco eficaces. Prueba de ello es que se acepte, desde hace tiempo y con naturalidad, que el suicidio sea reconocido por la OMS (septiembre 2004, 2012) como un importante problema social y de salud pública, con tendencia creciente a nivel mundial, a la vez que lo señala como altamente prevenible. Todo parece indicar que mientras las investigaciones persistan en destacar cúmulos de factores de riesgo tales como estado civil, situación ocupacional, tipo de ocupación, estacionalidad, entre muchos otros, todos ellos más bien genéricos antes que específicos de urgencias suicidas, la prevención que se propugna desde el campo de la Salud Pública seguirá siendo sólo una declamación de buenas intenciones que se esperan concretar en algún futuro. El carácter genérico de los factores de riesgo suicida se ve reflejado también en señalamientos de la OMS (2006), la que por ejemplo menciona que de acuerdo a las investigaciones avanzadas, la prevención del suicidio, aunque factible, supone una serie de actividades que van desde la disposición de las mejores condiciones posibles para criar a niños y jóvenes, hasta el control ambiental de los factores de riesgo, pasando por el tratamiento eficaz de los trastornos mentales. También destaca que los niveles de intervención primaria, secundaria y terciaria son consideraciones importantes en términos de prevención del suicidio. Acorde con ello, indica que en el nivel primario – el que se refiere a grupos de personas que aún no dan señales de perturbación suicida o en quienes la perturbación es muy limitada – la prevención debe centrarse en mantener y aumentar el funcionamiento en contextos interpersonales y sociales así como en disminuir considerablemente las condiciones de riesgo emocionales, físicas y económicas.

En relación con esos señalamientos acerca de lo factible, a la vez que dificultoso, de la prevención del suicidio, cabe recordar aquí que actualmente el modelo predominante en la investigación epidemiológica es el de la caja negra. Siguiendo a Hernández Ávila (2007)

se destaca que una de las principales ventajas de ese modelo radica en la posibilidad de aplicar medidas correctivas eficaces aun sin dilucidar completamente la cadena de causalidad o los mecanismos íntimos que desencadenan los eventos. No obstante ello y en relación con lo que se discute aquí, también se debe señalar con Hernández Ávila (2007) que al no ser necesario comprender todo el proceso para adoptar medidas eficaces de control, una desventaja del modelo es que con frecuencia existe una deficiente comprensión de los eventos que se investigan. Por ello destaca el autor que el resultado más grave del seguimiento mecánico de este modelo consistió “en la búsqueda desenfrenada de “factores de riesgo” sin esquemas explicativos sólidos, lo que ha hecho parecer a los estudios epidemiológicos como una colección infinita de factores que, en última instancia, explican muy poco los orígenes de las enfermedades” (p. 10). Además de ello, el autor señala que otra limitación que tiene el modelo de la caja negra es la dificultad para distinguir entre los determinantes individuales y poblacionales de la enfermedad, esto es, entre las causas de los casos y las causas de la incidencia. A este respecto, tiempo atrás Rose (1985) ya se había preguntado si la aparición de la enfermedad en las personas podía explicarse de la misma manera que la aparición de la enfermedad en las poblaciones. Es decir, se preguntó si la enfermedad individual y la incidencia tienen las mismas causas y, por lo tanto, si podían combatirse con las mismas estrategias, y la respuesta que él mismo dio fue negativa.

Ahora bien, frente a todo lo anterior, el análisis de la coyuntura desencadenante SS-AR parece ofrecer la posibilidad, aunque incipiente, de una caracterización que fuera específica de urgencias suicidas, y que quizás pudiera ser utilizada para explicar algo del surgimiento de dichas urgencias a nivel individual.

En un apartado anterior de esta discusión se afirmó que la interpretación de los resultados hallados en la muestra sobre estado civil, acompañamiento durante la asistencia y disponibilidad de redes de contención parece indicar que, a fin de plasmar una caracterización que fuera específica de intentos suicidas, en lugar de evaluar aspectos indicativos de soledad objetiva, convendría evaluar aspectos que definen subjetivamente la soledad, es decir, el sentimiento de soledad. Otros hallazgos de esta investigación brindan apoyo adicional a esa afirmación. Tales son, por ejemplo, los casos en los que el sentimiento de soledad referido por los pacientes difería con lo informado por los

psicólogos tratantes en las evaluaciones de redes de contención. Las viñetas presentadas a ese respecto hicieron evidente que hay una distancia que separa a la soledad como sentimiento o vivencia referida, de la soledad como hecho fáctico semejable a estar solo. Esto último, además, fue destacado oportunamente en los análisis de contenido en su convergencia con señalamientos propios de otras orientaciones teóricas (Asher & Paquette, 2003; Cutrona, 1982; Jones, 1982; Stroebe et al., 1996; Weiss, 1973; Wheeler et al., 1983). Adicionalmente, reportes de otros estudios también dan sustento a aquélla aserción. Por caso, un estudio realizado en Quebec, Canadá, reportó que el sentimiento de soledad se asoció más fuertemente con ideación suicida e intento suicida en ambos sexos que la soledad objetiva (Stravynski & Boyer, 2001). Asimismo, un estudio realizado en Copenhague, Dinamarca, reportó que en comparación con quienes no realizaron intento suicida, quienes sí lo realizaron reportaron más estar solos y sentirse solos (Nordentoft & Rubin, 1993). Por su parte, un estudio en México que evaluó los motivos que llevaron a adolescentes a cometer intento suicida, encontró que el motivo más frecuente correspondió a la dimensión emocional, de forma específica, a la soledad junto con la tristeza y depresión (Palacios Delgado et al., 2010). Asimismo, otros muchos estudios realizados con adolescentes y jóvenes establecieron asociaciones entre sentimientos de soledad, ideación suicida y parasuicidio (Garnefski et al., 1992; Rich et al., 1992; Roberts et al., 1998; Weber et al., 1997). En efecto, tal como concluyeron amplias revisiones sobre el tema, las fuertes correlaciones reportadas por diversos estudios indican que la soledad ocupa un lugar prominente como factor de vulnerabilidad para ideación suicida, parasuicidio (intentos suicidas, lesiones autoinfligidas) y suicidios consumados (Heinrich & Gullone, 2006; Mushtaq et al., 2014). Por ello, en cuanto a la significación clínica de la soledad, subrayaron que esta debería llamar la atención de los clínicos en sí misma y no sólo como complemento del tratamiento de otros problemas tales como depresión (Heinrich & Gullone, 2006). Los resultados hallados en la presente investigación apoyan la orientación de esa indicación, pero no así su forzamiento extremo, tal como el que surge de otros estudios que propusieron que la soledad debe ser considerada una enfermedad y tener un lugar en la clasificación de trastornos psiquiátricos (Tiwari, 2013).

De modo bien diferente a la propuesta de patologizar la soledad, hay otras formas de conceptualizar el Sentimiento de soledad, como así también la Ausencia de respuesta subjetiva

acerca del sentido de la vida, que parecen acordes a los contenidos discursivos hallados en la muestra. Tal es la conceptualización que se puede hacer desde la teoría psicoanalítica. De acuerdo a ella, el discurso de los sujetos no es sin referencia al marco más amplio en el que se produce, el del discurso contemporáneo, por lo que se reconoce que hay una relación íntima entre la presentación clínica de la urgencia y la época (Sotelo, 2015). Para el psicoanálisis el discurso contemporáneo es el discurso capitalista, tal como lo entendió Lacan (1969-1970/1992, 1972), cuya estructura fue imputada para dar cuenta de las características de los goces actuales. Soler (2000-2001) lo caracterizó por el sin-sentido, el narcinismo y el clamor generalizado, cuyos términos conviene significar a continuación atento a que sirven para dar cuenta de lo hallado en los casos. Siguiendo a Soler (2000-2001), el sin-sentido se genera por la ausencia del Otro, es lo propio de una época en la que ya no hay Otro y donde lo universal está muerto. Así, el sin-sentido se acompaña de una precariedad de los vínculos que obliga al sujeto a sostenerlos solo y que conlleva el empuje-a-la-realización individual y competitiva. Respecto del narcinismo, especificó que condensa el narcicismo, el que trata del cultivo de la propia imagen ideal, y el cinismo, el que “se define por el goce propio, asumido, al punto que el sujeto pueda hacerse un objetivo, una causa” (p. 96). En cuanto al clamor, puntualizó que este es la voz del sufrimiento sin dirección, por lo que se distingue de la demanda, que es la voz del sufrimiento dirigida al Otro. Además de esas características, la autora señaló que mientras que el discurso del amo antiguo no era angustiante, el discurso contemporáneo sí lo es. Aquél no era angustiante porque lograba obturar la fuente de la angustia al bloquear la cuestión del ser, al impedir “la emergencia de lo que atormenta a los sujetos en el psicoanálisis a saber: ¿Qué soy yo? *Che vuoi?* ¿Cuál es mi lugar? ¿A dónde voy? etc.” (p. 71). El amo antiguo no dejaba lugar a la Cosa, “ningún lugar incluso a la contingencia de las manifestaciones de la *Cosa*, al acontecimiento verdadero” (p. 70). En virtud de lo anterior, señaló Soler que el vocabulario se enriqueció en el registro de la angustia, siendo un vocabulario del afecto que va a la par con las características de los goces actuales. A estas características las reagrupó en tres: la imposición de lo mismo (o el empuje-a-lo-mismo), el efecto de esquizofrenización y el destino de la soledad aumentada (o la elección forzada del narcinismo). Con la imposición de lo mismo, conocida bajo el efecto de lo que se llama ahora la globalización, Soler hizo referencia a que hay en la época una

homogenización de hecho, que suple la falta de lo universal que pasa por el significante. A falta de los mismos ideales, el empuje-a-lo-mismo impone a todos los mismos objetos y modos de satisfacción. Con el denominado efecto de esquizofrenización hizo referencia a una característica que es la de la fragmentación, con la que se destaca que las ofertas que el discurso hace para gozar son múltiples y fragmentadas, y que los señuelos del deseo no sólo son múltiples, sino que hay un empuje a la multiplicación, a la renovación. Finalmente, con la expresión destino de la soledad aumentada, Soler no se refirió a la soledad metafísica ni a la soledad que impone la estructura por la no-relación sexual, sino que con ella designó a la soledad que programa la fragmentación creciente de los lazos sociales: “es una soledad histórica, una soledad que deja a cada uno solo con sus goces” (p. 72). Es lo que llamó la elección forzada del narcisismo, por la cual los sujetos de la contemporaneidad están confrontados a una elección forzada bastante precisa: “o el bello escabel [*l’escabeau*¹⁰] o la depresión como mínimo, es la melancolía de la época” (p. 73). De acuerdo a las características expuestas y en referencia a las variables analizadas en las viñetas clínicas presentadas en esta investigación, se puede concluir con Soler (2007) que dichas viñetas ejemplifican el hecho de que en el discurso de la contemporaneidad no hay el Otro como lugar de los significantes, es decir, ya no hay un Otro de los ideales universalizadores que operen como ideales de la cultura, orientadores de un sentido de vida para todos. En cambio, los semblantes se multiplican y en esa multiplicidad se pierde la consistencia universalizadora del Otro. El lazo social se hace cada vez más frágil y el sujeto termina aislado en su existencia simbólica, con el sentimiento de soledad, con una falta de sentido de su vida tal que, en ocasiones, puede culminar en un suicidio.

Además de los citados desarrollos de Soler, otros trabajos realizados en Argentina en el campo de abordaje de las urgencias en psicoanálisis reforzaron la aserción de que en tiempos actuales, tiempos del Otro que no existe, la caída de los mitos y los grandes relatos tienen su correlato en el sinsentido, debido a que aquellas ficciones cubrían lo real (Sotelo, 2015). En ese sentido se puede señalar que hay riesgo subjetivo donde se escucha el

¹⁰ Explicó Soler (2000-2001) que el bello escabel fue el término que Lacan produjo en 1975 para designar la forma en que cada sujeto se promociona, se hace valer, sube un punto en la escala de la notoriedad, de la importancia.

encierro de un sujeto y la pérdida de un sentido de vivir (Fernández, 2005 citado en Garro, 2013).

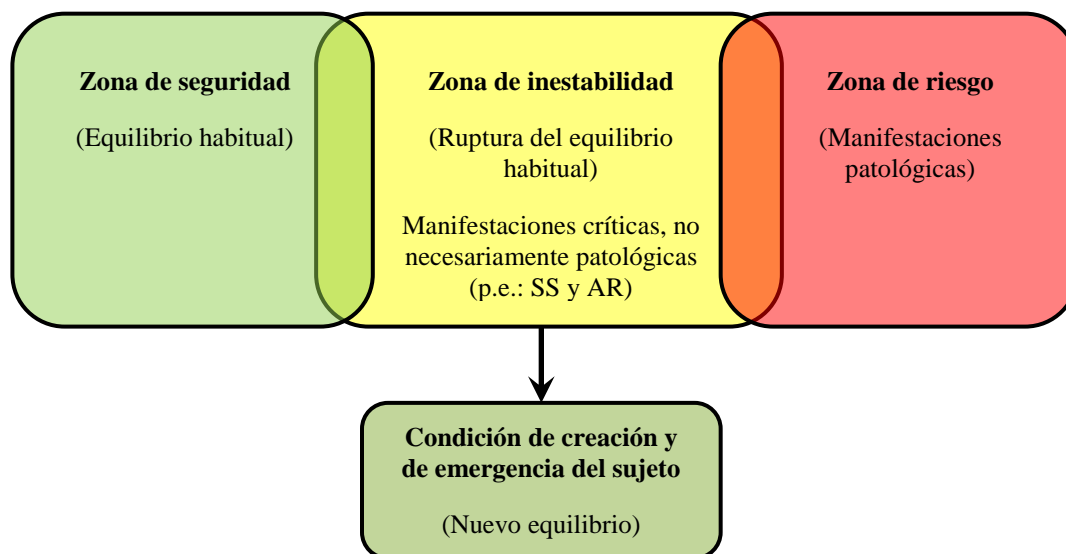
En una breve digresión por el campo de la filosofía se encuentran otros elementos conceptuales que también son de utilidad para dar cuenta de la variable Ausencia de respuesta subjetiva acerca del sentido de la vida. En este campo hay autores que juzgaron que el único problema filosófico verdaderamente serio es el suicidio, en relación al cual se ubica un interrogante, calificado de fundamental, que es el que versa sobre el sentido de la vida (Camus, 1942/1975). Desde esa perspectiva, la interrogación acerca de si la vida tiene sentido fue mencionada como “situación de riesgo” puesto que se constituye en una amenaza a la vida misma:

Es, en verdad, una cuestión aterradora. Pues podemos formular mil preguntas a sabiendas de que permanecemos como la subjetividad interrogante de todas ellas. Pero si con el interrogante aquello que se pone en juego es precisamente el sentido mismo de la vida, la pérdida de dicho sentido puede arrastrar consigo la pérdida de la propia existencia (Cohen Agrest, 2012, p. 15).

Entonces, una vez que surge ese interrogante, la vida puede revelarse como desprovista de todo sentido, como absurda. Siguiendo a Camus, explica Cohen Agrest (2012) que el sentimiento de lo absurdo nace de la inmensa distancia que separa el anhelo del ser humano de saberse amparado por un cosmos ordenado, de la realidad efectiva de un mundo que se le muestra obscenamente signado por la irracionalidad: “Un mundo despojado de significaciones y en cuyo horizonte el ser humano, cautivo de su vivir, a veces no alcanza a justificar su propia existencia” (p. 16). Desde esta perspectiva, el suicidio, lejos de ser una liberación, es la vida derrotada porque no puede soportar la ausencia del sentido. Opuestamente, continuar viviendo es aceptar el desafío y transmutarlo en un acto creador de sentido, “en un gesto de rebeldía que se encarne en la invención de ese sentido ausente” (p. 16).

Cerrada esa digresión y volviendo al campo del psicoanálisis, dado que se señala que la urgencia psíquica se produce cuando un sujeto llegó al límite (Freitas de Macêdo et al., 2010), a los fines de precisar coyunturas desencadenantes de urgencias suicidas es propicio recuperar aquí lo que se expuso en el marco teórico psicoanalítico acerca de la delimitación del límite que define una zona de riesgo. Se dijo que esa es una cuestión entre

estabilidad e inestabilidad, donde la inestabilidad aparece en una primera lectura como indeseable, no obstante lo cual, ella es también una condición necesaria para la creación (Martin-Mattera, 2005). Además, y renovando la discrepancia con la perspectiva de patologizar el sentimiento de soledad (Tiwari, 2013), se recupera la propuesta de que el límite, en vez de ser pensado como una línea que separa dos regiones – p.e. lo normal y lo patológico –, debería ser pensado como una zona de cierto espesor en la que se producen manifestaciones que no corresponden al equilibrio habitual y que pueden calificarse de críticas pero no necesariamente de patológicas (Guillen et al., 2011). En los análisis presentados, los surgimientos del Sentimiento de soledad y de la Ausencia de respuesta subjetiva acerca del sentido de la vida podrían ser caracterizados como manifestaciones de ese tipo. Como se señaló oportunamente, definir la zona de riesgo por el paso por una zona de inestabilidad implica que esta pueda al mismo tiempo constituirse en condición de creación y, por lo tanto, de emergencia del sujeto (Guillen et al., 2011; Martin-Mattera, 2005). Las coyunturas desencadenantes de urgencias suicidas estudiadas se podrían caracterizar de modo semejante a una zona de inestabilidad-riesgo así definida, cuya representación gráfica puede esquematizarse como sigue:



Este esquema encuentra su aprovechamiento si se lo articula con un señalamiento que hace Sotelo (2007a) para el abordaje de la urgencia, por el cual sitúa la importancia de la localización de las coordenadas de aparición de la urgencia en el hecho de que esta localización permite realizar una hipótesis de la causa, la que puede funcionar como un

modo de otorgar un sentido a lo ocurrido. A ese respecto destaca que para resolver la urgencia es oportuno que el sujeto logre ubicar cuáles son los acontecimientos ligados a la irrupción de la misma. Las variables desencadenantes analizadas en la presente investigación podrían indicar parte de dichas coordenadas. Sin embargo, como observa Sotelo (2007a), se debe tener en cuenta que en la irrupción de la urgencia el paciente no quiere saber nada del por qué le pasa lo que le pasa y, en cambio, lo que pide es que el analista lo vuelva al estado anterior, lo que en el esquema presentado correspondería a una demanda de que se lo vuelva a la zona de seguridad. También puede suceder, como en una de las viñetas presentadas, que el paciente insista en el pedido de que se lo deje ir para matarse, como otro modo de eliminar la tensión interna en el cual se vislumbra el accionar de la pulsión de muerte. Atento a ello, como subraya Sotelo (2007a), el modo en que esa demanda sea alojada, a la vez que sin responder a ella, será crucial en las guardias y admisiones. En este sentido se sitúa la indicación explicitada por Camaly (2005), conforme a la cual el analista evita consentir la demanda desesperada del sujeto de “volver a ser el de antes” y en su lugar le propone recorrer el camino de los vericuetos de su decir, “para que con él se invente una nueva versión de su historia causada por el traumatismo” (Camaly, 2005, p. 115).

En esa indicación se sitúa parte de lo que distingue la intervención analítica en la urgencia respecto de la intervención del médico o, también, como señala Baudini (2005), respecto de la terapia, en tanto que en ésta, volver a una rápida restitución del estado anterior es lo que anima su práctica de la urgencia frente al trauma. En cierto modo similar a esta última, en la intervención en la urgencia psiquiátrica, en tanto es urgencia médica, la urgencia es la de la restitución de la salud mental (Sotelo y Belaga, 2008) y en este sentido, es búsqueda de restitución del estado precedente al momento de ruptura de la homeostasis (Freitas de Mácedo et al., 2010). A diferencia de ello y desde el enfoque del psicoanálisis, en el esquema presentado se puede señalar a la urgencia suicida en su carácter de oportunidad (indicado por la flecha del esquema). Es decir, como la posibilidad que ofrece la urgencia al ser alojada por el analista, de ser utilizada en pos de la búsqueda de un nuevo equilibrio, diferente del anterior que desembocó en la urgencia suicida. Como señala Vaschetto (2009) desde el psicoanálisis, allí en la urgencia de lo que se trata es de inventar un contenido, lo que no significa colmar un vacío, sino que con ello se refiere a operar en la

hiancia, allí donde el sujeto quedó suspendido o no advino aún, para crear una nueva posibilidad a partir de los retazos significantes que se desamarraron de la cadena. Por ello indica que, “Ilámese neurosis o psicosis, como variables dicotómicas propias de la clínica estructural, en el momento de la pérdida de referencias, ambas estructuras están conminadas a encontrar algún sentido posible” (p. 138). Entonces, como se señaló, la urgencia psíquica supone haber llegado a un límite – tras el cual se vislumbra el desastre, el riesgo de agresión o de suicidio, la muerte, la desaparición subjetiva, la exclusión social (Sotelo y Belaga, 2008) – y si bien requiere resolver algo en el aquí y ahora, conviene indicar que en el momento de ruptura y de crisis la urgencia no es subjetiva sino generalizada. Para que se la designe como urgencia subjetiva, “hace falta apostar en la palabra como gesto mínimo, elemental: he aquí el primer nivel de tratamiento de la urgencia” (Freitas de Macêdo et al., 2010, p. 4). Esto es, ante la demanda de una solución inmediata, el analista responde introduciendo en la urgencia una pausa y abriendo otra puerta, la de la subjetividad. La apertura de ésta podrá dar lugar a la transición de la urgencia generalizada a la urgencia subjetiva, lo que no se produce sin un analista (Seldes, 2008 citado en Freitas de Macêdo et al., 2010). De allí que se afirme que el dispositivo que desde el psicoanálisis se ofrece a través del concepto de urgencias subjetivas, que propone alojar al sujeto en urgencia, será eficaz en la medida en que resuelva la consulta, trabajando la angustia del paciente, sin caer en la prisa que la urgencia presenta, sino posibilitando la emergencia de un sujeto o su implicación subjetiva (Sotelo y Belga, 2008).

En relación con lo expuesto en cuanto a la zona de inestabilidad-riesgo y en base a los contenidos de las viñetas clínicas presentadas, cabe señalar que es extensiva a las coyunturas desencadenantes de urgencias suicidas estudiadas la conceptualización por la cual se destaca en ellas una dimensión de quiebre o ruptura. En urgencias subjetivas, dicha dimensión fue señalada por un amplio consenso y descrita como: ruptura aguda del equilibrio con el que la vida se sostenía, ruptura del lazo con los otros y también consigo mismo (Sotelo, 2007a); irrupción de un real que se presentifica en determinada encrucijada biográfica de un sujeto (San Miguel, 2011); rupturas de la cadena significativa, con el efecto mortificante de que el sujeto no pueda representarse (Belaga, 2004); abrupta ruptura del sentido (Zack, 2005); emergencia de un acontecimiento que tiene el carácter de algo abrupto para el equilibrio psíquico del sujeto (Delgado, 2011); y otras similares. Esa

dimensión de quiebre o ruptura destacada en intentos suicidas encuentra aún mayor consistencia por cuanto se constata que también fue aludida en relación a otros tipos de coyunturas oportunamente citadas en el marco teórico. Así, en la coyuntura de emergencia (Lacan, 1948/1997) se encuentra implícita en la indicación acerca de la necesidad de precisar y aislar lo que trastornó el arreglo constitutivo del equilibrio previo, que deriva en que el sujeto demande la consulta (Miller, 2004). En tanto que en la coyuntura dramática, la dimensión de quiebre o ruptura se encuentra en la confrontación con Un-padre real y lo que de ello resulta, a saber, un desorden provocado en la juntura más íntima del sentimiento de la vida en el sujeto, produciendo la muerte del sujeto, en cuanto esta es la imposibilidad de encontrar una identificación al falo (Lacan, 1957-1958/1997). Además, en la formalización lacaniana del pasaje al acto se destaca su dimensión de quiebre o ruptura con el Otro, en la que se constata el rasgo de la disolución del sujeto (Muñoz, 2009).

Muchas de las urgencias suicidas de la casuística estudiada, cuyas viñetas clínicas fueron presentadas a modo de ejemplos en esta investigación, se destacaron por lo imprevisible de sus coyunturas desencadenantes. En esos casos se constató la citada dimensión de quiebre o ruptura, y lo agudo y abrupto que es propio de su caracterización. Esas viñetas dieron cuenta de la pulsión de muerte – en términos freudianos – o de la dimensión de goce – en términos lacanianos – que habita al sujeto y a este respecto, como afirma Leserre (2005), “para el psicoanálisis está claro que los efectos de goce son incalculables, más aún que no se pueden hacer probabilidades sobre estos efectos” (p. 67). Por ello mismo, cabe señalar que si bien muchos aspectos de los tradicionales factores de riesgo suicida analizados en esta investigación – tales como los referidos a condicionantes ocupacionales, educacionales, socio-familiares, ambientales y de salud – podrían ser alcanzados por estrategias preventivas encaminadas desde el campo de la Salud Pública, a diferencia de ellos, los citados aspectos de las coyunturas desencadenantes de urgencias suicidas no podrían ser incluidos en el campo de la prevención. A este respecto, desde el psicoanálisis las urgencias subjetivas pueden ser entendidas como una forma de asegurar la particularidad de cada caso y de refrendar el valor de la contingencia en la vida de las personas (Seldes, 2008 citado en Freitas de Mâcedo et al., 2010). En este contexto cabe señalar además, que desde que Lacan (1962-1963/2006) estableciera al pasaje al acto como

uno de los estatutos de suicidios y de algunos intentos suicidas, la orientación del psicoanálisis lacaniano afirma que la prevención de estos no es posible.

En torno al tópico de la prevención del suicidio, cabe subrayar que el mencionado posicionamiento del psicoanálisis se fundamenta en conceptos que son propios de su corpus teórico, tales como los de pulsión de muerte o de goce, cuyas dimensiones postula como intrínsecas a todo sujeto. De ser analizado desde una perspectiva excéntrica al psicoanálisis, ese posicionamiento podría ser erróneamente calificado, por ejemplo, al modo que lo hace Grivois (1992/1995) con la denominación de “capitulación cognitiva” (p. 118). Ello porque, aunque el autor hace ese desarrollo para caracterizar el posicionamiento psiquiátrico tradicional frente al campo de las psicosis nacientes, no obstante, cuando se interroga acerca de dónde se localizaría ese “cierre anunciado” en el psicoanálisis estructural, dice que éste postula una carencia simbólica casi original y conforme a ello formula la pregunta retórica que reza: “¿Freud no definió acaso también sus escollos insalvables: automatismo de repetición, instinto de muerte, muro de la biología?” (p. 119). Sin embargo, la interpretación que se hace de la pulsión de muerte desde ese modo excéntrico de leer el concepto – a saber, como escollo insalvable –, es merecedora de objeciones desde la episteme propiamente psicoanalítica. En efecto, tal como se viene desarrollando hasta aquí, frente a las urgencias el psicoanálisis tiene aún algo que aportar, ya que como indica Seldes (2008 citado en Freitas de Mâcedo et al., 2010), en este momento de crisis y ruptura que involucra la urgencia subjetiva, puede abrir una nueva perspectiva, un nuevo lazo, que incluya en su resolución lo que la causó. Dicho esto y atento a todo lo anterior, es que resulta de interés discutir aquí el tópico de la prevención del suicidio pero desde el interior mismo de la teoría psicoanalítica, en lugar de hacerlo desde una perspectiva excéntrica a ella.

Buena parte del descubrimiento de Freud (1920/1992a, 1923/1992, 1930 [1929]/1992) estuvo destinado a demostrar que junto con el Eros, hay otra pulsión opuesta a ella, la pulsión de muerte, y que la acción eficaz conjugada y contrapuesta de ambas – nunca de una sola de ellas – permite explicar la variedad de fenómenos de la vida. Como expuso Freud (1930 [1929]/1992), una parte de la pulsión de muerte se dirige al mundo exterior, y entonces sale a la luz como pulsión a agredir y destruir: “Así la pulsión sería

compelida a ponerse al servicio del Eros, en la medida en que el ser vivo aniquilaba a otro, animado o inanimado, y no a su sí-mismo propio” (p. 115). Esa pulsión de agresión es el retoño y el principal subrogado de la pulsión de muerte, por lo que “la inclinación agresiva es una disposición pulsional autónoma, originaria, del ser humano” (p. 117). Dicha disposición pulsional representa una permanente amenaza de disolución para la sociedad, por lo que la cultura, como proceso al servicio del Eros, encuentra su mayor obstáculo en ella. Debido a ello, la cultura tiene que movilizarlo todo para poner límites a las exteriorizaciones de esa inclinación agresiva y lo hace recurriendo a métodos destinados a impulsar esas tendencias hacia identificaciones y vínculos amorosos de meta inhibida. No obstante, si se limita la agresión hacia afuera, ello no puede menos que traer por consecuencia “un incremento de la *autodestrucción*, por lo demás *siempre presente*” (p. 115, el destacado es mío). En palabras de Freud (1933 [1932]/1991b), por así decir, “el ser vivo preserva su propia vida destruyendo la ajena. Empero, una porción de la pulsión de muerte permanece activa en el interior del ser vivo” (p. 194), y a partir de esta interiorización de la pulsión destructiva se deducen fenómenos tanto patológicos como normales, e incluso se explica la génesis de la conciencia moral por esa vuelta de la agresión hacia adentro. Para Freud (1930 [1929]/1992), este conflicto, la lucha eterna entre el Eros y la pulsión de muerte, se entabla toda vez que se plantea al ser humano la tarea de la convivencia, de lo cual es expresión el sentimiento de culpa.

Siguiendo esta epistemología, vale decir que la pulsión de muerte es algo incurable, en el sentido de ineliminable del ser humano. En sus desarrollos más tardíos, Freud (1937/1991) señaló que la pulsión de muerte está atravesada por los tres imposibles lógicos, a saber: educar, gobernar, analizar. De acuerdo con ello, al exponer las dificultades, limitaciones y obstáculos para la eficacia terapéutica del psicoanálisis, reconoció a la pulsión de muerte como el estorbo más poderoso y que se halla fuera de toda posibilidad de control. Es en este sentido que Strachey destacó en su “Nota introductoria” al citado texto freudiano, por una parte, que “en su conjunto, el artículo deja una impresión de pesimismo en relación con la eficacia terapéutica del psicoanálisis” (p. 214) y, por otra, “el escepticismo con que [Freud] juzga la eficacia *profiláctica* del psicoanálisis” (p. 215, destacado en el original). Sin embargo, como observó el mismo Strachey, respecto del primero de esos señalamientos no hay nada de novedoso ni de imprevisto allí, puesto que

Freud siempre fue muy consciente de las barreras que se oponían al éxito del análisis y estuvo dispuesto a investigarlas. Respecto del segundo, el escepticismo señalado parece discrepar con lo expuesto en trabajos anteriores (Freud, 1917 [1916-1917]/1991d, 1917 [1916-1917]/1991e, 1933 [1932]/1991a), en los que se expresaba más confiado en los resultados duraderos del análisis, en tanto que de estos se pudiera esperar que impidieran que retornara una neurosis ya tratada o, aún, que se produjera una neurosis nueva y diferente. Asimismo, no obstante lo expuesto en aquél trabajo (Freud, 1937/1991), poco después parece haber vuelto a su opinión anterior en cuanto a valorar con más confianza la eficacia profiláctica del psicoanálisis. Así, por ejemplo, aproximadamente un año más tarde Freud (1940 [1938]/1991) afirmó que del trabajo del analista, el vencimiento de las resistencias es el que demanda el mayor tiempo y la máxima pena, pero que es recompensado “pues produce una ventajosa alteración del yo, que se conserva independientemente del resultado de la transferencia y se afirma en la vida” (p. 179).

Con todo, lejos de poder caracterizarse el posicionamiento psicoanalítico por una capitulación como la señalada por Grivois (1992/1995), una orientación clínica y ética aplicable al suicidio es localizable en un intercambio epistolar, abierto, entre Einstein y Freud (M. I. Sotelo, 2016, comunicación personal, 12 de diciembre de 2016). En ese intercambio (Freud, 1933 [1932]/1991b), Einstein propone a su interlocutor abordar el interrogante general, que plantea como problema, sobre si hay algún camino para evitar a la humanidad los estragos de la guerra, dado que observa que pese al empeño puesto, todo intento de darle solución terminó en un lamentable fracaso. En ese interrogante general incluye, entre otras, preguntas sobre la posibilidad de controlar la evolución mental del hombre para ponerlo a salvo del odio y la destructividad, y sobre la manera y los medios para evitar la guerra. En la respuesta a la misiva de Einstein, Freud afirma que son dos las cosas que mantienen cohesionada una comunidad: la compulsión de la violencia y las ligazones de sentimiento entre sus miembros (identificaciones). Es de notar, que el señalamiento del primero de esos aspectos implica que la violencia es inherente a la cultura. En ese mismo texto, Freud retoma sintéticamente la exposición del dualismo pulsional y de las implicancias que sobre ellas tienen los requerimientos del proceso cultural, para señalar que si bien no ofrece perspectiva ninguna pretender el desarraigo de las inclinaciones

agresivas de los hombres, no obstante, puede intentarse desviarlas lo bastante para que no deban encontrar su expresión en la guerra:

Desde nuestra doctrina mitológica de las pulsiones hallamos fácilmente una fórmula sobre las vías indirectas para combatir la guerra. Si la aquiescencia a la guerra es un desborde de la pulsión de destrucción, lo natural será apelar a su contraria, el Eros. Todo cuanto establezca ligazones de sentimiento entre los hombres no podrá menos que ejercer un efecto contrario a la guerra. Tales ligazones pueden ser de dos clases. En primer lugar, vínculos como los que se tienen con un objeto de amor, aunque sin metas sexuales. (...). La otra clase de ligazón de sentimiento es la que se produce por identificación. Todo lo que establezca sustantivas relaciones de comunidad entre los hombres provocará esos sentimientos comunes, esas identificaciones. Sobre ellas descansa en buena parte el edificio de la sociedad humana. (p. 195).

Entonces, siguiendo la orientación de los citados desarrollos freudianos (Freud, 1933 [1932]/1991b), dado que la presentación clínica de las urgencias subjetivas denuncia una relación íntima con la época (Sotelo, 2015), la cual se caracteriza por un discurso que deshace los lazos (Soler, 01 de noviembre 2008), y dado que las urgencias suicidas como parte de aquéllas expresan la pulsión de muerte, siempre presente junto al Eros (Freud, 1920/1992a, 1923/1992, 1930 [1929]/1992), se puede afirmar que una orientación clínica y ética para la labor del psicoanalista que trabaja con las urgencias será la de hacer su apuesta, mediante su invitación a hablar, tratando de habilitar un espacio para palabras dichas a otro e intentando crear así un cierto lazo (Sassaroli, 2005).

Como quedó señalado, situaciones de violencia contra un otro o contra un colectivo de otros (p. e.: maltrato, guerras) son expresiones de esa tendencia pulsional ineliminable. En la presente investigación, lo ineliminable de la pulsión de muerte se expresó, propiamente, en las situaciones de violencia contra sí mismo (intentos suicidas) estudiadas aquí. Pero además, lo ineliminable de la pulsión de muerte se expresó, por ejemplo, en situaciones como las de incumplimiento terapéutico, contabilizadas en el *Estudio epidemiológico de factores de riesgo*. Este tipo de situaciones hacen obstáculo a las acciones preventivas tanto como a las asistenciales, puesto que muestran que más allá de todo protocolo, “con frecuencia el paciente no quiere su bien, no acepta las indicaciones, lo cual pone en riesgo su salud, su evolución y hasta su vida” (Sotelo, 2009/2008, p. 117). En conjunto, todas esas situaciones denotan que la búsqueda del bien propio no es siempre la

brújula de las acciones del ser humano y que la aparición de la dimensión del riesgo, y sobre todo del riesgo vital, no despierta en él un instinto natural de conservación o supervivencia. Como lo expresa Sotelo (2009/2008), “lo natural o instintivo, está perdido para el “hablante-ser” y estar en el lenguaje ubica al hombre en la cultura y en su malestar” (p. 117). Al respecto, la noción del bien es problemática para los psicoanalistas, particularmente cuando trabajan en instituciones y en la urgencia, debido a que allí encontrarán en primer plano la pulsión de muerte (Sotelo, 2007a).

En relación con lo expuesto hasta aquí, hay dos aspectos de la enseñanza lacaniana que deben ser destacados. Uno, que también para Lacan (1948/1997, 1949/1997) la tensión agresiva es constitutiva, ya que está unida al surgimiento del yo como instancia imaginaria (a-a’). La agresividad es estructural, ya que aparece en el estadio del espejo frente a la fragmentación corporal, como la respuesta de separación del sujeto de la imagen que lo aliena, y sólo puede pacificarse por la intermediación simbólica. Miller (2004) sitúa esa agresividad como goce imaginario, estancado, inerte, susceptible de emerger en la experiencia analítica cuando se manifiesta una ruptura en la cadena simbólica. El otro aspecto a destacar en relación a lo que se viene desarrollando es que Lacan (1959-1960/1997) alertó a los psicoanalistas contra las vías vulgares del bien, contra esa trampa benéfica que es querer el bien del sujeto, al señalar que la dimensión del bien como tal es la que levanta una muralla poderosa y esencial en la vía de nuestro deseo. Frente al discurso del bien general, representada por ejemplo por la función de curar – o por la función de prevenir, bien se puede agregar en el contexto de esta discusión –, señaló Lacan que la inversión que entraña la experiencia del psicoanálisis es la de poner en el centro una medida inconmensurable, infinita, que se llama deseo. Con esto, el patrón de medida de la revisión de la ética a la que lleva el psicoanálisis es la relación de la acción con el deseo que la habita.

En este estado de cosas, conviene situar enseguida que el discurso analítico es el revés del discurso del amo. En este último, el S1 ocupa el lugar del agente, es decir, es el que lo comanda. De acuerdo a Lacan (1969-1970/1992), un verdadero amo no quiere saber absolutamente nada, sino que lo que desea es que eso ande, que la cosa marche, sin importar cómo. Inversamente, en el discurso analítico, en el lugar del agente se encuentra el

analista haciendo semblante del objeto *a* como causa de deseo (Casaretto, 2002). En ese sentido, atendiendo a la pertenencia de la Salud Mental al campo de la Salud Pública y siguiendo a Rojas et al. (2014), se considera que la Salud Mental responde a la lógica del discurso del amo, puesto que a través de los trabajadores que la representan, tiene por objetivo reconducir al individuo al funcionamiento determinado por la comunidad para todos, busca que “la cosa marche”, lo que implica que nada interrumpa un orden, el curso normal de las cosas, definido mediante ciertos parámetros. Con todo, y aún con los novedosos tratamientos – incluidos los farmacológicos –, lo que se ve es que no se logran satisfacer las necesidades de la población en términos de Salud Mental, y de esto el tópico de la prevención del suicidio es un claro ejemplo. Por ello, señala Laurent (2000) que el psicoanálisis tiene un lugar siempre que hay un imposible a tratar, y en la Salud Mental hay un imposible: “Freud decía que educar y gobernar son tareas imposibles, y el gobierno de la curación lo es aún más” (p. 39). En este sentido, se puede proponer con Rojas et al. (2014) la relación entre el psicoanálisis y la Salud Mental a partir de lo imposible como modalidad lógica, entendida como una forma de hacer ex-sistir el discurso analítico donde impera el discurso del amo. Así, el discurso del psicoanálisis se ubica en una posición de extraterritorialidad con respecto al saber constituido alrededor de la Salud Mental:

(...) La política del psicoanálisis se realiza como tal, cada vez que se hace presente el bien decir como efecto. A diferencia del discurso del amo que tiene el “bien común” como fin. El bien-decir se inscribe como efecto porque alguien lo lee, lector advertido de que el síntoma es un tratamiento de lo real del goce, y en su lectura recupera la dimensión subjetiva de quien consulta. (p. 508).

En línea con lo anterior, y en cuanto a la situación de urgencia subjetiva, explica Sassaroli (2009) que esta se desencadena cuando un sujeto se encuentra ante la imposibilidad de dar algún sentido a algo, algo que es el encuentro con un real que no se deja significar. No obstante, destaca que no se puede decir qué es la urgencia sin tener en cuenta el deseo de aquel que la recibe. Al respecto, el psicoanalista que recibe la urgencia es alguien que está de vuelta de su propia urgencia e interviene desde la ética del bien decir, intentado reducir la tensión entre dos puntos: el de una emergencia de goce que se impone y la ausencia de una palabra que permita anudar una significación. Ante la rapidez del algo por hacer del discurso del amo, el discurso analítico antepone la exigencia de un algo por decir. No obstante, “(...) el algo por decir implica un saber hacer, que habilite luego del

instante de ver, el tiempo de comprender, para solo entonces lograr el momento de concluir, del fin de la urgencia” (p. 108). El psicoanalista escucha el pedido de quien sufre y al instalar un más allá del lugar del Otro de la demanda, abre el espacio de la transferencia y el deseo. Por todo ello, el deseo del analista es el operador por excelencia que habilita ese movimiento. Como expone Rubinstein (2009), el deseo del analista se vale de la posición que el analista toma en la transferencia haciéndose causa del deseo del sujeto, como semblante de objeto *a*. No se trata de su persona ni de su deseo, sino de un dispositivo que no lo incluye como sujeto. En ese sentido Miller (1999) destacó que el objeto analista es asombrosamente versátil, disponible, multifuncional:

En un caso afloja las identificaciones ideales cuyas exigencias asedian a un sujeto. En el caso en el que el yo es débil, extrae de los dichos de un sujeto con qué consolidar una organización viable. Si el sentido está bloqueado, lo articula, lo hace fluido, lo introduce en una dialéctica. Si el sentido se desliza sin detenerse en ninguna significación sustancial, instala puntos de detención, puntos de capitón, (...), que darán al sujeto un almacén de sostén. (p. 10).

Entonces, si sabe ser objeto, el analista no quiere nada *a priori* por el bien del otro. El psicoanálisis ofrece así, con el objeto analista, un lugar vacío, un lugar de puro semblante, “(...) que recoge la contingencia, donde la necesidad afloja, y es por excelencia el sitio de lo posible” (p. 11).

Dicho todo lo anterior, y aproximando una respuesta al tópico de discusión planteado acerca de la prevención, se puede señalar con Sotelo et al. (2014) que:

De este modo, la propuesta de Lacan no es suprimir la violencia sino partir de la concepción de que se trata de una agresividad constitutiva de la subjetividad y se pregunta cómo hacerla entrar en el dispositivo analítico para su tratamiento. La propuesta lacaniana es, con Freud, la de que la cura viene por «añadidura», y que, a la agresividad que hemos situado como goce en lo imaginario, se le anteponga la mediación simbólica cuya ruptura desemboca en el acto violento (acting out, pasaje al acto u otro). Sobre todo, porque la violencia implica la dimensión del acto, por fuera del orden simbólico regulador y, por lo tanto, requiere de la presencia de un analista que sostenido en las reglas y principios del psicoanálisis, propicie el despliegue del relato como punto de partida para localizar el goce desregulado. (p. 145).

Como quedó establecido más arriba en esta discusión, si bien es cierto que lo que anima la práctica de la urgencia en psicoanálisis es diferente de lo que la anima en

psicoterapia, advierte Baudini (2005) que también es cierto que si hay un lugar donde se verifica que hay efectos terapéuticos en psicoanálisis es en el tratamiento de la urgencia subjetiva, “pues la sola entrada en el discurso analítico produce un efecto terapéutico” (p. 30). Apaciguamiento de estados de pánico, sedaciones de la angustia o postergación de pasajes al acto, son todos ejemplos de efectos terapéuticos inmediatos de la entrada en el discurso analítico. En este sentido, “el efecto terapéutico es un restablecimiento de la homeostasis. Lo que no es poco en casos en que la pérdida de la homeostasis trae aparejado situaciones de riesgo” (p. 30). Pero desde luego, esto no es todo ni lo único que se espera del psicoanálisis, ya que en el horizonte del analista debe situarse el hecho de que la eficacia del psicoanálisis, su resultado, “no puede desconocer un sujeto responsable de su goce o con Freud de lo que hay en él de pulsión de muerte” (p. 32). Dicho esto, se entiende que esos efectos terapéuticos que advierte Baudini están referidos a los primeros momentos de la atención en crisis, cuando el analista recibe al sujeto de la urgencia, situado en los límites que le impone el contexto institucional de trabajo en un Servicio de Guardia hospitalaria.

En efecto, en los tiempos actuales, las urgencias subjetivas – y las urgencias suicidas como parte de ellas – permiten verificar la utilidad y eficacia del encuentro con un psicoanalista. A ese respecto, indica Sassaroli que dado que en el acto verdaderamente suicida no hay demanda, es fundamental distinguir el acto mismo de la entrevista posterior. Entonces, por una parte, hay un tiempo cero en el que el sujeto ya resolvió, decidió poner fin a su sufrimiento y la urgencia fue transformada por él en la caída de un objeto (él mismo) (Sassaroli, 2009). Este tiempo cero es el que un sujeto realiza al darse su propia respuesta cuando el umbral de soportar lo insoportable resulta atravesado (Sassaroli, 2005). Mientras que, por otra parte, hay la entrevista posterior, en la cual habrá que inaugurar un nuevo tiempo, un tiempo primero para que surja un nuevo sujeto, puesto que el anterior se fue en su acto (Sassaroli, 2009). Este tiempo uno, cuando puede darse, es el momento en que frente al sujeto o a su resto un analista hará su apuesta, intentando crear un encuentro para que algo sea dicho, para que en el lugar de la respuesta aniquilante del tiempo cero alguna otra cosa pueda ser producida, es decir, tratando de habilitar un espacio para palabras dichas a otro e intentando crear así un cierto lazo (Sassaroli, 2005). Si el sobreviviente acepta la oferta decidida que hace el analista invitando a hablar, se crean así

las condiciones de una demanda, al menos, de ser escuchado. Para quienes hacen esta oferta trabajando en la guardia, la posibilidad de sostener una segunda entrevista está limitada. No obstante lo cual, observa Sassaroli que si no se cae en la confusión de hacer coincidir al analista con su ser, y en cambio se define al analista como una función, como sostenido en un deseo de analista, se podrá admitir que haya posibilidad de una segunda entrevista, aunque sea con otro, y que con esta se inaugure una serie (Sassaroli, 2009). La eficacia clínica en el tiempo uno estará sostenida por el deseo del analista que está llamado a producir su acto desde su propio ser (Sassaroli, 2005). A ese respecto, en el tiempo de la urgencia, lo urgente es que haya analista (Sassaroli, 2009).

Entonces, visto que la presencia del analista, su intervención, posibilita el pasaje de la emergencia psiquiátrica a la subjetivación de la urgencia (Sotelo, 2007a), se puede concluir que el psicoanálisis, lejos de tener una posición pesimista o resignada frente a las urgencias, cuenta con un operador que es el deseo del analista, cuya presencia opera con consecuencias en Servicios de Guardia, para alojar aquello que quedó como fuera de sentido, lo real, lo incurable, y acompañar al sujeto hacia otra dirección, sea el camino del deseo en la neurosis o de la estabilización en las psicosis (M. I. Sotelo, 2016, comunicación personal, 12 de diciembre de 2016).

7. CONCLUSIONES.

Esta es la primera investigación realizada en Jujuy en base al análisis de vasta casuística local asistida en Servicio de Guardia hospitalaria por intento suicida. Esta investigación permitió aproximarse al conocimiento de la frecuencia y distribución de esos casos, a su caracterización en términos de factores usualmente señalados como de riesgo suicida por la bibliografía, y al análisis de contenidos referidos a desencadenantes de los intentos suicidas.

Una limitación en cuanto a la posibilidad de hacer extensivos los resultados y caracterizaciones hallados en la muestra estudiada a la población local que realiza intento suicida se sitúa en el hecho de que los análisis efectuados se basaron sólo en casos asistidos en el Servicio de Guardia del Hospital Pablo Soria, sin incluir datos de otros hospitales. No obstante, si se tiene en cuenta que este es el principal Hospital público de la provincia y que la mayoría de los datos analizados corresponden al periodo en el que esta era la única institución hospitalaria pública en toda la provincia que brindaba asistencia especializada en salud mental en su Servicio de Guardia – situación que se mantuvo hasta julio de 2012 –, se puede aceptar la utilidad de los datos presentados para caracterizar los intentos suicidas en la población local, al menos como una primera aproximación al conocimiento y descripción del fenómeno en estudio.

Los resultados hallados evidenciaron que intento de suicidio es un motivo de consulta prevalente entre los casos asistidos psicológicamente por motivos de consulta referidos a urgencias en salud mental en el Servicio de Guardia del principal hospital público de Jujuy.

Intento de suicidio como motivo de consulta caracterizó diferencialmente a los casos de 15-24 años respecto de los que consultaron por otros motivos de consulta psicológica en urgencias. Los casos de intento de suicidio en esa franja etaria también se caracterizaron por ausencia de diagnóstico de trastorno mental. En su conjunto, esos hallazgos destacan que la asociación entre edad adolescente e intento de suicidio no puede ser atribuida primordialmente a enfermedad mental. Estos datos deberían ser tenidos en cuenta por las autoridades sanitarias al momento de trazar la orientación y el foco de las acciones preventivas para esta problemática.

Parte de lo hallado indica que las características de quienes consultan por intento de suicidio en la población local difieren respecto de muchos de los factores de riesgo que usualmente caracterizan a otras poblaciones. Este fue el caso de factores de riesgo tales como: temporales, sexo, aspectos ocupacionales, aspectos socio-familiares, intentos suicidas previos en la historia del paciente, antecedente de conducta suicida en el entorno afectivo significativo y presencia de enfermedad orgánica. Además, fue baja la contribución que podría atribuirse a presencia de enfermedad mental en el desarrollo de los intentos suicidas y la presencia de comorbilidad psiquiátrica fue ínfima. En este sentido, los hallazgos presentados advierten sobre la inadecuación que podría significar el extrapolar de manera directa a la población local los resultados de estudios foráneos. No obstante, atento a la fuerza con la que son destacados en la bibliografía factores de riesgo tales como trastorno mental y antecedente de intento suicida, en futuras investigaciones locales será necesario analizar estos y otros factores de riesgo en casos de intento de suicidio a la vez que en casos de otros motivos de consulta, mediante la aplicación de diseños epidemiológicos de mayor complejidad, los que posibilitarán arribar a conclusiones más inequívocas por la inclusión de esos grupos de comparación. Ese tipo de análisis también será necesario para responder al interrogante acerca de si las caracterizaciones diferenciales halladas para cada sexo en términos de Categorías diagnósticas de trastorno mental son específicas de intento suicida o si, en cambio, son consecuencia de diferencias de sexo en la prevalencia de trastornos mentales en población clínica asistida por todos los motivos de consulta en urgencias psicológicas.

Una limitación del análisis de contenido realizado es que en él sólo se analizaron las variables Sentimiento de soledad y Ausencia de respuesta subjetiva acerca del sentido de la vida. En futuras investigaciones deberán realizarse análisis de contenido más amplios, es decir, no restringidos a esas dos variables, de modo tal de atender al posible surgimiento de nuevas variables a partir del análisis de los relatos.

La frecuencia con la que se hallaron las variables Sentimiento de soledad y Ausencia de respuesta subjetiva acerca del sentido de la vida fue más elevada que la frecuencia con la que se registraron cualquiera de los tradicionales factores de riesgo analizados en la muestra.

La importancia de la variable Sentimiento de soledad también estuvo indicada, indirectamente, por los resultados sobre estado civil, acompañamiento durante la asistencia y disponibilidad de redes de contención socio-familiar del *Estudio epidemiológico de factores de riesgo*. La interpretación de dichos resultados permitió concluir que, con el fin de plasmar una caracterización específica de intentos suicidas, en lugar de evaluar aspectos indicativos de soledad objetiva, convendría evaluar aspectos que definen subjetivamente la soledad, es decir, el sentimiento de soledad.

Por otra parte, las dos variables analizadas fueron consecuentes con la conceptualización psicoanalítica de las características del discurso capitalista contemporáneo. Esa conceptualización también fundamentó indirectamente la relevancia de dichas variables, debido a que señala que las características propias del discurso de la contemporaneidad producen que el lazo social se haga cada vez más frágil y que el sujeto termine aislado en su existencia simbólica, con el sentimiento de soledad, con una falta de sentido de su vida tal que, en ocasiones, puede culminar en un suicidio.

El análisis de la coyuntura desencadenante SS-AR brindó una caracterización que, aunque incipiente, podría ser específica de urgencias suicidas y que quizás pudiera ser utilizada para explicar algo del surgimiento de dichas urgencias a nivel individual. No obstante, son necesarias más investigaciones para verificar si, por comparación con cualquiera de los factores de riesgo destacados por la bibliografía, las variables Sentimiento de soledad y Ausencia de respuesta subjetiva acerca del sentido de la vida son más específicas y relevantes para la comprensión del desencadenamiento de intentos suicidas a nivel individual.

Muchas de las urgencias suicidas de la casuística estudiada se caracterizaron por lo imprevisible y contingente de sus coyunturas desencadenantes. Esas viñetas dieron cuenta de la pulsión de muerte – en términos freudianos – o de la dimensión de goce – en términos lacanianos – que habita al sujeto, las que no son factibles de ser incluidas en el campo de la prevención, a diferencia de muchos de los tradicionales factores de riesgo suicida analizados que sí podrían ser alcanzados por estrategias preventivas. Como quedó indicado, el psicoanálisis se sostiene en un discurso diferente al discurso del amo en el que, por su pertenencia al campo de la Salud Pública, se sostiene la Salud Mental. Cuando la

problemática de la violencia irrumpe, desde este último campo se planifican e implementan intervenciones tendientes a su prevención. Por su parte, en cambio, la episteme del psicoanálisis reconoce lo que hay de ineliminable detrás de las manifestaciones de la agresividad y del surgimiento de la problemática de la violencia en sus diversas formas, entre las que se cuenta la que es dirigida contra sí mismo. Asimismo, el psicoanálisis reconoce que la pulsión de muerte está atravesada por los tres imposibles lógicos y, junto con ello, que los efectos de goce son incalculables. No obstante todo lo anterior, a partir del trabajo que realizan los analistas que trabajan con las urgencias subjetivas en Servicios de Guardia hospitalarias, el psicoanálisis encuentra modos de incluirse en el campo de la Salud Mental aunque con una propuesta distinta que la de suprimir la violencia. Partiendo de la concepción de que se trata de una agresividad constitutiva de la subjetividad, desde el psicoanálisis se intenta hacerla entrar en el dispositivo analítico para su tratamiento, buscando anteponer la dimensión simbólica a ese goce en lo imaginario, desregulado, habilitando un espacio para palabras dichas a otro e intentando crear así un cierto lazo, y contando para ello con un operador, que es el deseo del analista. De este modo, en la contemporaneidad, las urgencias subjetivas – y las urgencias suicidas como parte de ellas – permiten verificar la utilidad y eficacia del encuentro con un psicoanalista para el tratamiento de estas.

8. REFERENCIAS.

- Agerbo, E., Gunnell, D., Bonde, J. P., Mortensen, P. B. & Nordentoft, M. (2007). Suicide and occupation: The impact of socio-economic, demographic and psychiatric differences. *Psychological Medicine*, 37(8), 1131-1140.
- Agerbo, E., Nordentoft, M. & Mortensen, P. B. (2002). Familial, psychiatric and socioeconomic risk factors for suicide in young people: Nested case-control study. *British Medical Journal (Clinical Research Ed.)*, 325(7355), 74.
- Ajdacic-Gross, V., Bopp, M., Ring, M., Gutzwiller, F. & Rössler, W. (2010). Seasonality in suicide - A review and search of new concepts for explaining the heterogeneous phenomena. *Social Science & Medicine*, 71(4), 657-666.
- Ajdacic-Gross, V., Bopp, M., Sansossio, R., Lauber, C., Gostynski, M., Eich, D. et al. (2005). Diversity and change in suicide seasonality over 125 years. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59(11), 967-972.
- Ajdacic-Gross, V., Wang, J., Bopp, M., Eich, D., Rössler, W. & Gutzwiller, F. (2003). Are seasonalities in suicide dependent on suicide methods? A reappraisal. *Social Science & Medicine*, 57(7), 1173-1181.
- Ajdacic-Gross, V., Weiss, M. G., Ring, M., Hepp, U., Bopp, M., Gutzwiller, F. et al. (2008). Methods of suicide: International suicide patterns derived from the WHO mortality database. *Bulletin of the World Health Organization*, 86(9), 726-732.
- Almeida Filho, N. de (2000). *La ciencia tímida: ensayos de deconstrucción de la epidemiología*. Buenos Aires, Argentina: Lugar Editorial.
- Álvarez Cáceres, R. (2007). *Estadística aplicada a las ciencias de la salud*. Madrid, España: Ediciones Díaz de Santos.
- American Psychiatric Association (2003). Practice guideline for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors. *American Journal of Psychiatry*, 160(Suppl. 11), 1-60.
- Anderson, P. (1974). *Passages from Antiquity to Feudalism*. London, United Kingdom: Western Printing Services Ltd., Bristol.

- Appleby, L., Mortensen, P. B. & Faragher, E. B. (1998). Suicide and other causes of mortality after post-partum psychiatric admission. *The British Journal of Psychiatry*, 173(3), 209-211.
- Aranda, J. (1984). Problemas que presenta la elaboración de la estadística de suicidio. *Revista de Psiquiatría y Psicología Médica de Europa y América Latina*, 16(8), 517-520.
- Arango Bermúdez, R. A. y Martínez Torres, J. J. (2012). Comprensión del suicidio desde la perspectiva del psicoanálisis de orientación lacaniana. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*, 4(1), 60-82.
- Aristóteles (trad. 2007). *Ética Nicomaquea* (E. Sinnott, Trad.). Buenos Aires, Argentina: Colihue.
- Arsenault-Lapierre, G., Kim, C. & Turecki, G. (2004). Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: a meta-analysis. *BioMed Central Psychiatry*, 4(37). Recuperado de <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/4/37>
- Asher, S. R. & Paquette, J. A. (2003). Loneliness and peer relations in childhood. *Current Directions in Psychological Science*, 12, 75-78.
- Asociación Americana de Psiquiatría (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, texto revisado* (4ª edic.) (DSM-IV-TR). Buenos Aires, Argentina: Masson.
- Bailador, P., Viscardi, N. y Dajas, F. (1997). Desesperanza, conducta suicida y consumo de alcohol y drogas en adolescentes de Montevideo. *Revista Médica del Uruguay*, 13, 213-223.
- Baldessarini, R. J. & Hennen, J. (2004). Genetics of suicide: An overview. *Harvard Review of Psychiatry*, 12(1), 1-13.
- Barracough, B. & Shepherd, D. (1994). A necessary neologism: The origin and uses of suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 24(2), 113-126.
- Baudini, S. (2005). La urgencia y el tiempo. En M. I. Sotelo (Comp.), *Tiempos de urgencia: estrategias del sujeto, estrategias del analista* (pp. 27-32). Buenos Aires, Argentina: Grama Ediciones.

- Beautrais, A. L. (2000). Risk factors for suicide and attempted suicide among young people. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 34(3), 420-436.
- Beautrais, A. L. (2002). A case control study of suicide and attempted suicide in older adults. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 32(1), 1-9.
- Beautrais, A. L. (2003). Subsequent mortality in medically serious suicide attempts: A 5 year follow-up. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 37(5), 595-599.
- Beautrais, A. L., Joyce, P. R. & Mulder, R. T. (1997). Precipitating factors and life events in serious suicide attempts among youths aged 13 through 24 years. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(11), 1543-1551.
- Beautrais, A. L., Joyce, P. R. & Mulder, R. T. (1998). Unemployment and serious suicide attempts. *Psychological Medicine*, 28(1):209-218.
- Beautrais, A. L., Joyce, P. R. & Mulder, R. T. (1999). Personality traits and cognitive styles as risk factors for serious suicide attempts among young people. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 29(1), 37-47.
- Beautrais, A. L., Joyce, P. R., Mulder, R. T., Fergusson, D. M., Deavoll, B. J. & Nightingale, S. K. (1996). Prevalence and comorbidity of mental disorders in persons making serious suicide attempts: A case-control study. *The American Journal of Psychiatry*, 153(8), 1009-1014.
- Belaga, G. (2004) (Comp.). *La urgencia generalizada I: la práctica en el hospital*. Buenos Aires, Argentina: Grama Ediciones.
- Belaga, G. (2005). La urgencia generalizada. Respuestas del psicoanálisis en las instituciones. En M. I. Sotelo (Comp.), *Tiempos de urgencia: estrategias del sujeto, estrategias del analista* (pp. 33-39). Buenos Aires, Argentina: Grama Ediciones.
- Belaga, G. (2006). Equipo de urgencias subjetivas. *Virtualia*, 5(14). Recuperado de <http://virtualia.eol.org.ar/014/default.asp?encuentro/eol/belaga.html>
- Bella, M. E., Fernández, A. R., Acevedo, G. y Willington, J. M. (2008). Análisis sociodemográfico y psicopatológico en intentos de suicidio infantojuveniles. *Vertex*, 19(78), 10-16.

- Bener, A., Dafeeah, E. E. & Salem, M. O. (2013). A study of reasons of non-compliance of psychiatric treatment and patients' attitudes towards illness and treatment in Qatar. *Issues in Mental Health Nursing*, 34(4), 273-280.
- Benoit, M. (2002). Quels sont les symptômes à observer à chaque étape de la crise suicidaire? En Fédération Française de Psichiatrie, *La crises suicidaire. Reconnaître et prendre en charge*, Conférence de consensus, Paris, 19 et 20 octobre 2000. Recuperado de <http://193.49.126.9/conf%26rm/Conf/confsuicide/benoit.html>
- Bercherie, P. (1980/1986). *Los fundamentos de la clínica. Historia y estructura del saber psiquiátrico* (C. A. de Santos, Trad.). Buenos Aires, Argentina: Manantial.
- Berelson, B. (1952). *Content analysis in communication research*. New York, United States of America: The Free Press.
- Bertolote, J. M. & Fleischmann, A. (2002). A global perspective in the epidemiology of suicide. *Suicidologi*, 7(2), 6-8.
- Blakely, T. A., Collings, S. C. & Atkinson J (2003). Unemployment and suicide. Evidence for a causal association? *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57(8), 594-600.
- Blázquez Fernández, N. (2010). *Bioética y biotanasia*. Madrid, España: Visión Libros.
- Bobes García, J., Sáiz Martínez, P. A., González García-Portilla, M. P. y Bousoño García, M. (2009). Conducta suicida en los trastornos del humor. En M. Roca Bennasar (Coord.), *Trastornos del humor* (pp. 729-755). Madrid, España: Panamericana.
- Bolton, J. M., Walld, R., Chateau, D., Finlayson, G. & Sareen, J. (2015). Risk of suicide and suicide attempts associated with physical disorders: A population-based, balancing score-matched analysis. *Psychological Medicine*, 45(3), 495-504.
- Bonaldi, P. (2000a). El estudio del suicidio desde una perspectiva sociológica: de los "estadísticos morales" a los enfoques "interpretativos". En M. M. Casullo, P. D. Bonaldi y M. Fernández Liporace, *Comportamientos suicidas en la adolescencia: morir antes de la muerte* (pp. 49-67). Buenos Aires, Argentina: Lugar Editorial.

- Bonaldi, P. (2000b). El suicidio juvenil en la Argentina. En M. M. Casullo, P. D. Bonaldi y M. Fernández Liporace, *Comportamientos suicidas en la adolescencia: morir antes de la muerte* (pp. 69-85). Buenos Aires, Argentina: Lugar Editorial.
- Bonaldi, P. (2006). El suicidio: un libro inaugural. En É. Durkheim (1897/2006), *El suicidio* (R. Sidicaro, Dir.) (pp. 75-90). Buenos Aires, Argentina: Miño y Dávila.
- Bonita, R., Beaglehole, R. y Kjellström, T. (2008). *Epidemiología básica* (2^{da} ed.) (José A. Tapia Granados, Trad.). Washington, D. C., United States of America: OPS.
- Boxer, P. A., Burnett, C. & Swanson, N. (1995). Suicide and occupation: A review of the literature. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 37(4), 442-452.
- Breilh, J. (2003). *Epidemiología crítica: ciencia emancipadora e interculturalidad*. Buenos Aires, Argentina: Lugar.
- Breilh, J. (2008). Una perspectiva emancipadora de la investigación y acción, basada en la determinación social de la salud. *Taller latinoamericano sobre determinantes sociales de la salud*. México, D. F., México, septiembre-octubre de 2008.
- Brent, D. A., Baugher, M., Bridge, J., Chen, T. & Chiappetta, L. (1999). Age- and sex-related risk factors for adolescent suicide. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38(12), 1497-1505.
- Brent, D. A., Melhem, N. M., Oquendo, M., Burke, A., Birmaher, B., Stanley, B. et al. (2015). Familial pathways to early-onset suicide attempt. *JAMA Psychiatry*, 72(2), 160-168.
- Brezo, J., Paris, J. & Turecki, G. (2006). Personality traits as correlates of suicidal ideation, suicide attempts, and suicide completions: A systematic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113(3), 180-206.
- Bridge, J. A., Goldstein, T. R. & Brent, D. A. (2006). Adolescent suicide and suicidal behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 47(3-4), 372-394.

- Brignoni, S. (noviembre 2008). Reflexione sobre el tiempo. *NODVS. L'aperiòdic virtual de la Secció Clínica de Barcelona*, 26. Recuperado de <http://www.scb-icf.net/nodus/contingut/article.php?art=309&pub=5&rev=40&idsubarea=2>
- Brodsky, G. (1999). Las enfermedades del sujeto supuesto saber. En Escuela de la Orientación Lacaniana, *Acerca del Sujeto supuesto Saber* (pp. 89-98). Buenos Aires, Argentina: EOL-Paidós.
- Brown, J., Cohen, P., Johnson, J. G. & Smailes, E. M. (1999). Childhood abuse and neglect: Specificity of effects on adolescent and young adult depression and suicidality. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38(12), 1490-1496.
- Bustamante, R., Casali, L., Cioppettini, G., Fittipaldi, M. y González, A. (2014). *Lo que no cesa del malestar. Época y cultura*. Ponencia presentada en II Jornadas Nacionales de Salud Mental, septiembre 2014, Mar del Plata, Argentina. Recuperado de https://www.medife.com.ar/contenidos_especiales/salud-mental/Mesas-tematicas/MESA-TEMATICA-La-epoca-y-los-sintomas-del-sujeto-MDQ.pdf
- Camaly, D. (2005). El analista interviniendo en la ciudad. En M. I. Sotelo (Comp.), *Tiempos de urgencia: estrategias del sujeto, estrategias del analista* (pp. 111-115). Buenos Aires, Argentina: Grama Ediciones.
- Camus, A. (1942/1975). *El mito de Sísifo: ensayo sobre el absurdo* (L. Echávarri, Trad.). Buenos Aires, Argentina: Losada.
- Carlborg, A., Winnerbäck, K., Jönsson, E. G., Jokinen, J. & Nordström, P. (2010). Suicide in schizophrenia. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 10(7), 1153-1164.
- Casaretto, A. (2002). *El psicoanálisis, la institución y los discursos*. Recuperado de <http://www.elsigma.com/introduccion-al-psicoanalisis/el-psicoanalisis-la-institucion-y-los-discursos/2342>
- Cash, S. J. & Bridge, J. A. (2009). Epidemiology of youth suicide and suicidal behavior. *Current Opinion in Pediatrics*, 21(5), 613-619.
- Cattell, H. (2000). Suicide in the elderly. *Advances in Psychiatric Treatment*, 6(2), 102-108.

- Cavanagh, J. T., Carson, A. J., Sharpe, M. & Laerie, S. M. (2003). Psychological autopsy studies of suicide: A systematic review. *Psychological Medicine*, 33(3), 395-405.
- Cherpitel, C. J., Borges, G. L. & Wilcox, H. C. (2004). Acute alcohol use and suicidal behavior: A review of the literature. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 28(5 Suppl.), 18s-28s.
- Christodoulou, C., Douzenis, A., Papadopoulos, F. C., Papadopoulou, A., Bouras, G., Gournellis, R. et al. (2012). Suicide and seasonality. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 125(2), 127-146.
- Clayden, R. C., Zaruk, A., Meyre, D., Thabane, L. & Samaan, Z. (2012). The association of attempted suicide with genetic variants in the SLC6A4 and TPH genes depends on the definition of suicidal behavior: A systematic review and meta-analysis. *Translational Psychiatry*, 2(10), e166.
- Cléro, J.-P. (2006). *El vocabulario de Lacan* (V. Goldstein, Trad.). Buenos Aires, Argentina: Atuel.
- Cobo Gómez, J. V. (2005). El concepto de depresión. Historia, definición(es), nosología, clasificación. *Psiquiatria.com*, 9(4). Recuperado de <http://www.psiquiatria.com/revistas/index.php/psiquiatriacom/article/viewFile/283/268>
- Cocaña Rodríguez, I. (1997). Análisis de los factores de riesgo de la conducta parasuicida. (Tesis Doctoral). Universidad de Oviedo, Departamento de Medicina, Oviedo, España.
- Cohen Agrest, D. (2012). *Por mano propia. Estudio sobre las prácticas suicidas*. Buenos Aires, Argentina: Fondo de Cultura Económica.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (2004/2007). Capítulo IV. Salud y sexualidad: c. La mortalidad en los jóvenes. En CEPAL, *La juventud en Iberoamérica. Tendencias y urgencias* (pp. 134-149). Buenos Aires, Argentina: Autor.
- Conner, K. R., Duberstein, P. R., Conwell, Y. & Caine, E. D. (2003). Reactive aggression and suicide: Theory and evidence. *Aggression and Violent Behavior*, 8(4), 413-432.

- Conner, K. R., Hesselbrock, V. M., Schuckit, M. A., Hirsch, J. K., Knox, K. L., Meldrum, S. et al. (2006). Precontemplated and impulsive suicide attempts among individuals with alcohol dependence. *Journal of Studies on Alcohol*, 67(1), 95-101.
- Conti, N. A. (2007). *Historia de la depresión: la melancolía desde la Antigüedad hasta el siglo XIX*. Buenos Aires, Argentina: Polemos.
- Contreras, M. Á. (2007). Del homicidio voluntario a la monomanía suicida: perspectivas históricas y explicativas de un mismo fenómeno. *Estudios Sociales, Nueva Época*, 1, 133-164.
- Conwell, Y. & Duberstein, P. R. (2001). Suicide in elders. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 932, 132-150.
- Conwell, Y., Duberstein, P. R. & Caine, E. D. (2002). Risk factors for suicide in later life. *Biological Psychiatry*, 52(3), 193-204.
- Conwell, Y., Van Orden, K. & Caine, E. D. (2011). Suicide in older adults. *Psychiatric Clinics of North America*, 34(2), 451-468.
- Cooper, J., Kapur, N., Webb, R., Lawlor, M., Guthrie, E., Mackway-Jones, K. et al. (2005). Suicide after deliberate self-harm: A 4-year cohort study. *The American Journal of Psychiatry*, 162(2), 297-303.
- Cooper-Kazaz, R. (2013). Psychiatric consultation of all suicide-attempt patients during a one year period in a tertiary hospital. *The Israel Medical Association Journal*, 15(8), 424-429.
- Corominas, J. y Pascual, J. A. (1986). *Diccionario crítico etimológico castellano e hispánico*. Madrid, España: Gredos.
- Crosby, A. E., Han, B., Ortega, L. A. G., Parks, S. E. & Gfroerer, J. (2011). Suicidal thoughts and behaviors among adults ≥ 18 years --- United States, 2008-2009. *Surveillance Summaries*, 60(SS13), 1-22.
- Cutrona, C. E. (1982). Transition to college: Loneliness and the process of social adjustment. En L. A. Peplau & D. Perlman (Eds.), *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy* (pp. 291-309). New York, United States of America: Wiley.

- Dahrendorf, R. (1988/1990). *El conflicto social moderno: ensayo sobre la política de la libertad* (F. Ortiz, Trad.). Madrid, España: Mondadori.
- Dajas, F. (1990). Alta tasa de suicidios en el Uruguay. Consideraciones a partir de un estudio epidemiológico. *Revista Médica del Uruguay*, 6(3), 203-215.
- Dajas, F. (2001). Alta tasa de suicidio en el Uruguay IV: La situación epidemiológica actual. *Revista Médica del Uruguay*, 17(1), 24-32.
- Darvishi, N., Farhadi, M., Haghtalab, T. & Poorolajal, J. (2015). Alcohol-related risk of suicidal ideation, suicide attempt, and completed suicide: A meta-analysis. *PLoS One*, 10(5), e0126870.
- Daube, D. (1972). The linguistics of suicide. *Philosophy and Public Affairs*, 1(4), 387-437.
- De Bedout Hoyos, A. (2008). Panorama actual del suicidio: análisis psicológico y psicoanalítico. *International Journal of Psychological Research*, 1(2), 53-63.
- Delgado, O. (2011). Angustia y trauma. *Virtualia*, 10(23). Recuperado de <http://virtualia.eol.org.ar/023/template.asp?Lecturas-freudianas/Angustia-y-trauma.html>
- Dervic, K., Oquendo, M. A., Currier, D., Grunebaum, M. F., Burke, A. K. & Mann, J. J. (2006). Moral objections to suicide: Can they counteract suicidality in patients with cluster B psychopathology? *The Journal of Clinical Psychiatry*, 67(4), 620-625.
- Didia, K. (s.f.). Repetición, goce y pulsión de muerte en la clínica. *Imago Agenda*. Recuperado de <http://www.imagoagenda.com/articulo.asp?idarticulo=1274>
- Diekstra, R. F., & Garnefski, N (1995). On the nature, magnitude, and causality of suicidal behaviors: An international perspective. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 25(1):36-57.
- Diekstra, R. F. & Gulbinat, W. (1993). The epidemiology of suicidal behavior: A review of three continents. *World Health Statistics Quarterly*, 46(1), 52-68.
- DiMatteo, M. R., Lepper, H. S. & Croghan, T. W. (2000). Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment. *Archives of Internal Medicine*, 160(14), 2101-2107.

- Dirección General de Epidemiología de la Provincia de Jujuy (01 de marzo 2013). *Boletín de vigilancia: enfermedades no transmisibles y factores de riesgo. Boletín N° 1: mortalidad.* Jujuy, Argentina: Ministerio de Salud Jujuy.
- Dirección General de Epidemiología de la Provincia de Jujuy (25 de julio 2014). *Boletín de enfermedades no transmisibles de la provincia de Jujuy. Mortalidad por causas externas: suicidio-homicidio, año 2012. Boletín N° 2.* Jujuy, Argentina: Ministerio de Salud Jujuy.
- Dirección General de Epidemiología de la Provincia de Jujuy (20 de septiembre 2014). *Boletín de enfermedades no transmisibles de la provincia de Jujuy. Mortalidad por causas externas- Accidentes viales, año 2012. Boletín N° 3.* Jujuy, Argentina: Ministerio de Salud Jujuy.
- Dirección de Estadísticas e Información en Salud y Ministerio de Salud de la Nación (2011). Perfil epidemiológico del suicidio en la Argentina, 1998-2008. *Boletín de vigilancia de enfermedades no transmisibles y factores de riesgo*, (2), 58-78. Buenos Aires, Argentina: Autor.
- Dirección de Estadísticas e Información en Salud y Ministerio de Salud de la Nación (diciembre 2013). *Estadísticas vitales. Información básica - año 2012, Serie 5(56).* Buenos Aires, Argentina: Autor.
- Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (2011). Perfil epidemiológico del suicidio en Argentina: algunas aproximaciones. Año 2011. *Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Salud Mental y Adicciones*, (3). Buenos Aires, Argentina: Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación.
- Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (2012). *Lineamientos para la atención del intento de suicidio en adolescentes.* Buenos Aires, Argentina: Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación.
- Dirección Provincial de Estadística y Censos de Jujuy (s.f.). Defunciones por suicidio según residencia por grupo etareo y sexo. Provincia de Jujuy. Año 2013. Recuperado de http://www.dipec.jujuy.gov.ar/is_salud/x1_Direccion_de_Estadisticas_e_Informacion_de_Salud_Estadisticas_Vitales/2_Defunciones/3.60_a2013.pdf

- Dirección Provincial de Estadística y Censos de Jujuy (2012a). Cuadro 3.55. Tendencia defunciones por suicidio. Provincia de Jujuy. Años 2003-2012. En Dirección Provincial de Estadística y Censos, *Anuario Estadístico Provincia de Jujuy. Año 2012* (p. 139). Autor: Jujuy, Argentina. Recuperado de http://www.dipec.jujuy.gov.ar/idx_anuario/anuario2012.pdf
- Dirección Provincial de Estadística y Censos de Jujuy (2012b). Cuadro 3.54. Causas de defunciones por suicidios, según CIE 10. Provincia de Jujuy. Año 2012. En Dirección Provincial de Estadística y Censos, *Anuario Estadístico Provincia de Jujuy. Año 2012* (p. 138). Autor: Jujuy, Argentina. Recuperado de http://www.dipec.jujuy.gov.ar/idx_anuario/anuario2012.pdf
- Duberstein, P. R. & Conwell, Y. (1997). Personality disorders and completed suicide: A methodological and conceptual review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 4(4), 359-376.
- Durkheim, É. (1897/2006). *El suicidio* (R. Sidicaro, Dir.) Buenos Aires, Argentina: Miño y Dávila.
- Elmiger, M. E. (2007). *Violencia y duelos*. Ponencia presentada en XIV Jornadas de Investigación y Tercer Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur, 2007, Buenos Aires, Argentina. Recuperado de <https://www.academica.org/000-073/510.pdf>
- Elmiger, M. E. (2010). La subjetivación del duelo en Freud y Lacan. *Revista Mal-Estar e Subjetividade*, 10(1), 13-33.
- Erlangsen, A., Jeune, B., Bille-Brahe, U. & Vaupel, J. W. (2004). Loss of partner and suicide risks among oldest old: A population based-register study. *Age and Ageing*, 33(4), 378-383.
- Éxodo. Libro Segundo de Moisés. En *La Santa Biblia, el Antiguo Testamento* (20:13) [versión electrónica]. Versión Revisada Reina Valera (1960). Recuperado de <http://antipas.net/sb/02se.htm>
- Favazza A. (1999). Self-mutilation. En D. G. Jacobs (Ed.), *The Harvard Medical School guide to suicide assessment and intervention* (pp. 125-145). San Francisco, United States of America: Jossey-Bass Publishers.

- Fegg, M., Kraus, S., Graw, M. & Bausewein C. (2016). Physical compared to mental diseases as reasons for committing suicide: A retrospective study. *BMC Palliative Care*, 15,14. Recuperado de <https://bmcpalliatcare.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12904-016-0088-5>
- Fergusson, D. M., Woodward, L. J. & Horwood, L. J. (2000). Risk factors and life processes associated with the onset of suicidal behavior during adolescence and early adulthood. *Psychological Medicine*, 30(1):23-39.
- Ferreri, F., Agbokou, C., Nuss, P. y Peretti, C.-S. (2006). Clínica de los estados depresivos. En *Enciclopedia Médico Quirúrgica - Psiquiatría* (pp. 1-21) [E-37-110-A-10]. Elsevier Masson SAS.
- Fleischer, D. (2004). *Suicidio y pulsión de muerte*. Ponencia presentada en XI Jornadas de Investigación, 2004, Buenos Aires, Argentina. Recuperado de <http://www.aacademica.com/000-029/291>
- Franko, D. L. & Keel, P. K. (2006). Suicidality in eating disorders: Occurrence, correlates, and clinical implications. *Clinical Psychology Review*, 26(6), 769-782.
- Freitas de Macêdo, L., Pimenta Filho, J. A., Sotelo, M. I., Belaga, G. y Santimaría, L. (2010). Análisis de la demanda e intervenciones en la urgencia en salud mental. *Psicología em Revista*, 16(1), 1-16.
- Freud, S. (1901/1991). Psicopatología de la vida cotidiana (Sobre el olvido, los deslices en el habla, el trastocar las cosas confundido, la superstición y el error). VIII. El trastocar las cosas confundido. En S. Freud, *Obras Completas, Volumen 6 (1901)* (J. L. Etcheverry, Trad.) (pp. 160-187). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Freud, S. (1905 [1901]/1992). Fragmento de análisis de un caso de histeria. En S. Freud, *Obras Completas, Volumen 7 (1901-05)* (J. L. Etcheverry, Trad.) (pp. 1-107). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.

- Freud, S. (1909/1992a). Anexo. Apuntes originales sobre el caso de neurosis obsesiva. En S. Freud, *Obras Completas, Volumen 10 (1909)* (J. L. Etcheverry, Trad.) (pp. 195-249). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Freud, S. (1909/1992b). A propósito de un caso de neurosis obsesiva. En S. Freud, *Obras Completas, Volumen 10 (1909)* (J. L. Etcheverry, Trad.) (pp. 119-194). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Freud, S. (1912/1991). Sobre la dinámica de la transferencia. En S. Freud, *Obras Completas, Volumen 12 (1911-13)* (J. L. Etcheverry, Trad.) (pp. 93-106). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Freud, S. (1913 [1912-1913]/1991). Tótem y tabú. Algunas concordancias en la vida anímica de los salvajes y de los neuróticos. En S. Freud, *Obras Completas, Volumen 13 (1913-14)* (J. L. Etcheverry, Trad.) (pp. 1-164). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Freud, S. (1914/1991). Recordar, repetir y reelaborar (Nuevos consejos sobre la técnica del psicoanálisis, II). En S. Freud, *Obras Completas, Volumen 12 (1911-13)* (J. L. Etcheverry, Trad.) (pp. 145-158). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Freud, S. (1917 [1915]/1992). Duelo y melancolía. En S. Freud, *Obras Completas, Volumen 14 (1914-16)* (J. L. Etcheverry, Trad.) (pp. 235-255). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Freud (1917 [1916-1917]/1991a). 22ª conferencia. Algunas perspectivas sobre el desarrollo y la regresión. Etiología. En S. Freud, *Obras Completas, Volumen 16 (1916-17)* (J. L. Etcheverry, Trad.) (pp. 309-325). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Freud (1917 [1916-1917]/1991b). 23ª conferencia. Los caminos de la formación de síntoma. En S. Freud, *Obras Completas, Volumen 16 (1916-17)* (J. L. Etcheverry, Trad.) (pp. 326-343). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Freud, S. (1917 [1916-1917]/1991c). 26ª conferencia. La teoría de la libido y el narcisismo. En S. Freud, *Obras Completas, Volumen 16 (1916-17)* (J. L. Etcheverry, Trad.) (pp. 375-391). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.

- Freud, S. (1917 [1916-1917]/1991d). 27ª conferencia. La transferencia. En S. Freud, *Obras Completas, Volumen 16 (1916-17)* (J. L. Etcheverry, Trad.) (pp. 392-407). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Freud, S. (1917 [1916-1917]/1991e). 28ª conferencia. La terapia analítica. En S. Freud, *Obras Completas, Volumen 16 (1916-17)* (J. L. Etcheverry, Trad.) (pp. 408-421). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Freud, S. (1920/1992a). Más allá del principio de placer. En S. Freud, *Obras Completas, Volumen 18 (1920-22)* (J. L. Etcheverry, Trad.) (pp. 1-62). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Freud, S. (1920/1992b). Sobre la psicogénesis de un caso de homosexualidad femenina. En S. Freud, *Obras Completas, Volumen 18 (1920-22)* (J. L. Etcheverry, Trad.) (pp. 137-164). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Freud, S. (1923/1992). El yo y el ello. En S. Freud, *Obras Completas, Volumen 19 (1923-25)* (J. L. Etcheverry, Trad.) (pp. 1-66). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Freud, S. (1930 [1929]/1992). El malestar en la cultura. En S. Freud, *Obras Completas, Volumen 21 (1927-31)* (J. L. Etcheverry, Trad.) (pp. 57-140). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Freud, S. (1933 [1932]/1991a). 31ª conferencia. La descomposición de la personalidad psíquica. En S. Freud, *Obras Completas, Volumen 22 (1932-36)* (J. L. Etcheverry, Trad.) (pp. 53-74). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Freud, S. (1933 [1932]/1991b). ¿Por qué la guerra? (Einstein y Freud). En S. Freud, *Obras Completas, Volumen 22 (1932-36)* (J. L. Etcheverry, Trad.) (pp. 179-198). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Freud, S. (1937/1991). Análisis terminable e interminable. En S. Freud, *Obras Completas, Volumen 23 (1937-39)* (J. L. Etcheverry, Trad.) (pp. 211-254). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Freud, S. (1940 [1938]/1991). Esquema del psicoanálisis. En S. Freud, *Obras Completas, Volumen 23 (1937-39)* (J. L. Etcheverry, Trad.) (pp. 133-210). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.

- Fromm-Reichmann, F. (1959). Loneliness. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 22(1), 1-15.
- Fundación Salud (julio 2010). La información al paciente, pilar base en la adherencia al tratamiento. *Encuentros Salud 2000. XXI Encuentro*. Recuperado de http://www.fundacionsalud2000.com/system/attachments/1281/original/2010-06-22_XXI_Encuentro_de_Salud_2000_Gaceta_M%C3%A9dica.pdf?2012-12-04%2011:57:26%20+0100
- Furness, J. A., Khan, M. C. & Pickens P. T. (1985). Unemployment and parasuicide in Hartlepool 1974-83. *Health Trends*, 17, 21-24.
- Gabilondo, A., Alonso, J., Pinto-Meza, A., Vilagut, G., Fernández, A., Serrano-Blanco et al. (2007). Prevalencia y factores de riesgo de las ideas, planes e intentos de suicidio en la población general española: resultados del estudio ESEMeD. *Medicina Clínica*, 129(13), 494-500.
- Gal, G., Goldberger, N., Kabaha, A., Haklai, Z., Geraisy, N., Gross, R. et al. (2012). Suicidal behavior among Muslim Arabs in Israel. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47(1), 11-17.
- García-Resa, E., Braquehais, D., Blasco, H., Ramírez, A., Jiménez, L., Díaz-Sastre, C. et al. (2002). Aspectos sociodemográficos de los intentos de suicidio. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 30(2), 112-119.
- Garfinkel, B. D., Froese A. & Hood, J. (1982). Suicide attempts in children and adolescents. *The American Journal of Psychiatry*, 139(10), 1257-1261.
- Garnefski, N., Diekstra, R. F. W. & de Heus, P. (1992). A population-based survey of the characteristics of high school students with and without a history of suicidal behavior. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 86(3), 189-196.
- Garro, C. (2013). Urgencias en psicoanálisis. *Nudos en Psicoanálisis*, 1(1), 20-22.
- Gerez Ambertín, M. (2005). El incurable luto en psicoanálisis. *Psicología em Revista*, 11(18), 179-187.

- Gerez Ambertín, M. (2009). Culpa, anomia y violencia. *Revista Mal-Estar e Subjetividade*, 9(4), 1077-1102.
- Geulayov, G., Gunnell, D., Holmen, T. L. & Metcalfe, C. (2012). The association of parental fatal and non-fatal suicidal behavior with offspring suicidal behavior and depression: A systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 42(8), 1567-1580.
- Giner Giménez, L. y Pérez Solá, V. (2011). Factores de riesgo. En J. Bobes García; J. Giner Ubago y J. Saiz Ruiz (Ed.), *Suicidio y Psiquiatría. Recomendaciones preventivas y de manejo del comportamiento suicida* (pp.59-93). Madrid, España: Triacastela.
- Gómez Mendoza, M. A. (1999). Análisis de contenido cualitativo y cuantitativo: definición, clasificación y metodología. *Revista de Ciencias Humanas*, 6(21), 129-138. Recuperado de <http://www.utp.edu.co/~chumanas/revistas/revistas/rev20/gomez>
- González Forteza, C., Villatoro Velázquez, J., Alcántar Escalera, I., Medina Mora, M. E., Fleiz Bautista, C., Bermúdez Lozano, P. et al. (2002). Prevalencia de intento suicida en estudiantes adolescentes de la ciudad de México: 1997 y 2000. *Salud Mental*, 25(6), 1-12.
- González Seijo, J. C. (2004). *Tentativas de suicidio en la adolescencia* (Tesis Doctoral). Universidad Complutense de Madrid, Facultad de Medicina, Departamento de Psiquiatría, Madrid, España.
- Goodwin, R. D., Marusic, A. & Hoven, C. W. (2003). Suicide attempts in the United States: The role of physical illness. *Social Science & Medicine*, 56(8), 1783-1788.
- Gould, M. S., Fisher, P., Parides, M., Flory, M. & Shaffer, D. (1996). Psychosocial risk factors of child and adolescent completed suicide. *Archives of General Psychiatry*, 53(12), 1155-1162.
- Gould, M., Jamieson, P. & Romer, D. (2003). Media contagion and suicide among the young. *American Behavioral Scientist*, 46(9), 1269-1284.
- Gould, M. S., Shaffer, D., Fisher, P. & Garfinkel, R. (1998). Separation/divorce and child and adolescent completed suicide. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37(2), 155-162.

- Grasso, L. (1999). *Introducción a la estadística en ciencias sociales y del comportamiento*. Córdoba, Argentina: Universidad Nacional de Córdoba.
- Grisé, Y. (1982). *Le suicide dans la Rome Antique*. París, France: Les Belles Lettres.
- Grivois, H. (1992/1995). La clínica psiquiátrica frente a las psicosis nacientes. En P. Pichot y W. Rein (Dir.), *El abordaje clínico en psiquiatría. Historia, función, aplicaciones. Volumen I* (C. Maranzano, Trad.) (pp. 107-121). Buenos Aires, Argentina: Polemos.
- Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida (2012). *Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida*. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. España: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia, avalia-t. Consellería de Sanidad.
- Guillen, J., Wizla, F. y Weil, B. (2011). *De la urgencia a la emergencia. La otra escena como condición de posibilidad para el surgimiento del sujeto*. Ponencia presentada en III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, 2011, Buenos Aires, Argentina. Recuperado de <http://www.aacademica.com/000-052/215.pdf>
- Gurevicz, M. C., Leivi, T., Mizrahi, G., Mólica Lourido, M., Montiel Carli, A., Mordoh, E. et al. (2012). *La trama neurótica: de la contingencia al destino*. Ponencia presentada en IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, 2012, Buenos Aires, Argentina. Recuperado de <http://www.aacademica.com/000-072/796.pdf>
- Haenel, T & Pöldinger, W. (1986). Erkennung und Beurteilung von Suizidalität. En K. Kisker, H. Lauter, J. E. Meyer, C. Müller & E. Strömngren (Hrsg.), *Psychiatrie der Gegenwart 2* (pp. 107-132). Berlin, Deutschland: Springer.
- Harris, E. C. & Barraclough, B. (1994). Suicide as an outcome for medical disorders. *Medicine*, 73(6), 281-296.
- Harris, E. C. & Barraclough, B. (1997). Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 170(3), 205-228.

- Haukka, J., Suominen, K., Partonen, T. & Lönnqvist, J. (2008). Determinants and outcomes of serious attempted suicide: A nationwide study in Finland, 1996-2003. *American Journal of Epidemiology*, 167(10), 1155-1163.
- Hawton, K. (2000). Sex and suicide: Gender differences in suicidal behavior. *The British Journal of Psychiatry*, 177(6), 484-485.
- Hawton, K., Casañas i Comabella, C., Haw, C. & Saunders, K. (2013). Risk factors for suicide in individuals with depression: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 147(1-3), 17-28.
- Hawton, K. & Fagg, J. (1992). Deliberate self-poisoning and self-injury in adolescents. A study of characteristics and trends in Oxford, 1976-89. *The British Journal of Psychiatry*, 161, 816-823.
- Hawton, K., Fagg, J., Simkin, S., Bale, E. & Bond, A. (1997). Trends in deliberate self-harm in Oxford, 1985-1995. Implications for clinical services and the prevention of suicide. *The British Journal of Psychiatry*, 171, 556-560.
- Hawton, K., Sutton, L., Haw, C., Sinclair, J. & Deeks, J. J. (2005). Schizophrenia and suicide: Systematic review of risk factors. *The British Journal of Psychiatry*, 187, 9-20.
- Heikkinen, M. E., Isometsä, E. T., Aro, H. M., Sarna, S. J. & Löngvist, J. K. (1995). Age-related variation in recent life events preceding suicide. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 183(5), 325-331.
- Heikkinen, M. E., Isometsä, E. T., Marttunen, M. J., Aro, H. M. & Löngvist, J. K. (1995). Social factors in suicide. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 167(6), 747-753.
- Heinrich, L. M. & Gullone, E. (2006). The clinical significance of loneliness: A literature review. *Clinical Psychology Review*, 26, 695-718.
- Hernández Ávila, M. (2007). *Epidemiología. Diseño y análisis de estudios*. Buenos Aires, Argentina: Ed. Médica Panamericana.

- Hernández Sampieri, R., Fernández-Collado, C. y Baptista Lucio, P. (2006). *Metodología de la investigación* (4ª ed.). México: McGraw-Hill Interamericana.
- Hokans, K. D. & Lester, D. (2007). Motives for suicide in adolescents: A preliminary study. *Psychological Reports, 101*(3 Pt 1), 778.
- Hovey, J. D. (1999). Religion and suicidal ideation in a sample of Latin American immigrants. *Psychological Reports, 85*(1), 171-177.
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (2012). Censo nacional de población, hogares y viviendas 2010: Censo del bicentenario. Resultados definitivos, Serie B N° 2. Buenos Aires, Argentina: Autor.
- Isaza Nieto, P. A. (2015). *Glosario de epidemiología*. Colombia: Academia Nacional de Medicina de Colombia.
- Izcoyich, L. (2005). *La depresión en la modernidad*. Medellín, Colombia: Universidad Pontificia Bolivariana.
- Jackson, S. W. (1986). *Historia de la melancolía y la depresión. Desde los tiempos Hipocráticos a la Época Moderna*. Madrid, España: Turner.
- Jansen, E., Buster, M. C., Zuur, A. L. & Das, C. (2009). Fatality of suicide attempts in Amsterdam 1996-2005. *Crisis, 30*(4), 180-185.
- Jinkis, J. (1986). Interpretación psicoanalítica del suicidio. *Conjetural, (10)*, 21-38.
- Jones, W. H. (1982). Loneliness and social behavior. En L. A. Peplau & D. Perlman (Eds.), *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy* (pp. 238-252). New York, United States of America: Wiley.
- Jujuy encabeza las estadísticas de suicidio de jóvenes en el país (23 de julio 2012). *TodoJujuy.com*. Recuperado de http://www.todojujuy.com/salud/quotjujuy-encabeza-las-estadisticas-de-suicidio-de-jovenes-en-el-paisquot_151
- Juurlink, D. N., Herrmann, N., Szalai, J. P., Kopp, A. & Redelmeier, D. A. (2004). Medical illness and the risk of suicide in the elderly. *Archives of Internal Medicine, 164*(11), 1179-1184.

- Kant, I. (trad. 1988). Del suicidio. En I. Kant, *Lecciones de ética* (pp. 194-195). Barcelona, España: Crítica.
- Kaplan, M. S., McFarland, B. H., Huguet, N. & Newsom, J. T. (2007). Physical illness, functional limitations, and suicide risk: A population-based study. *American Journal of Orthopsychiatry*, 77(1), 56-60.
- Karatoprac, C., Karabulut, R., Kaya, B., Altindal, M., Ugurlukisi, B., Kilicaslan, M. H. et al. (2015). Demographic evaluation of attempted suicide by drug overdose in Istanbul. *Acta Médica Mediterránea*, 31(4), 857-861.
- Kassis, I. T., Ghuloum, S., Mousa, H. & Bener, A. (2014). Treatment non-compliance of psychiatric patients and associated factors: Are patients satisfied from their psychiatrist? *British Journal of Medicine & Medical Research*, 4(2), 785-796.
- Kessler, R. C., Borges, G. & Walters, E. E. (1999). Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 56(7), 617-626.
- Khan, A., Leventhal, R. M., Khan, S. & Brown, W. A. (2002). Suicide risk in patients with anxiety disorders: A meta-analysis of the FDA database. *Journal of Affective Disorders*, 68(2-3), 183-190.
- Kleinbaum, D. G., Sullivan, K. M. & Barker, N. D. (2007). *A pocket guide to epidemiology*. New York, United States of America: Springer.
- Kposowa, A. J. & D'Auria, S. (2010). Association of temporal factors and suicide in the United States, 2000-2004. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45(4), 433-445.
- Kposowa A. J. (2000). Marital status and suicide in the National Longitudinal Mortality Study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 54(4), 254-261.
- Kreitman, N., Philip, A. E., Greer, S. & Bagley, C. R. (1969). Parasuicide. *The British Journal of Psychiatry*, 115(523), 746-747.

- Krippendorff, K. (1982). *Content analysis*. Beverly Hills, CA, United States of America: Sage Publishing Co., Inc.
- Lacan, J. (1948/1997). La agresividad en psicoanálisis. En J. Lacan, *Escritos I* (pp. 94-116) (T. Segovia, Trad.). Madrid, España: Siglo Veintiuno.
- Lacan, J. (1949/1997). El estadio del espejo como formador de la función del yo [je] tal como se nos revela en la experiencia psicoanalítica. En J. Lacan, *Escritos I* (pp. 86-93) (T. Segovia, Trad.). Madrid, España: Siglo Veintiuno.
- Lacan, J. (1953/1997). Función y campo de la palabra y del lenguaje en psicoanálisis. En J. Lacan, *Escritos I* (pp. 227-310) (T. Segovia, Trad.). Madrid, España: Siglo Veintiuno.
- Lacan, J. (1955-1956/2002). *El seminario de Jacques Lacan: libro 3: las psicosis* (J.-L. Delmont-Mauri y D. S. Rabinovich, Trad.). Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Lacan, J. (1957-1958/1997). De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis. En J. Lacan, *Escritos II* (pp. 513-564) (T. Segovia, Trad.). Madrid, España: Siglo Veintiuno.
- Lacan, J. (1957-1958/1999). *El seminario de Jacques Lacan: libro 5: las formaciones del inconsciente* (E. Berenguer, Trad.). Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Lacan, J. (1958-1959/2014). *El seminario de Jacques Lacan: libro 6: el deseo y su interpretación* (G. Arenas, Trad.). Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Lacan, J. (1959-1960/1997). *El seminario de Jacques Lacan: libro 7: la ética del psicoanálisis* (E. Berenguer, Trad.). Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Lacan, J. (1962-1963/2006). *El seminario de Jacques Lacan: libro 10: la angustia* (E. Berenguer, Trad.). Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Lacan, J. (1964/2005). *El seminario de Jacques Lacan: libro 11: los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis* (J.-L. Delmont-Mauri y J. Sucre, Trad.). Buenos Aires, Argentina: Paidós.

- Lacan, J. (1966/1997). Del sujeto por fin cuestionado. En J. Lacan, *Escritos I* (pp. 219-226) (T. Segovia, Trad.). Madrid, España: Siglo Veintiuno.
- Lacan, J. (1967-1968). *Seminario 15: el acto psicoanalítico*. Inédito.
- Lacan, J. (1969-1970/1992). *El seminario de Jacques Lacan: libro 17: el reverso del psicoanálisis* (E. Berenguer y M. Bassols, Trad.). Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Lacan, J. (1970-1974/1993a). Radiofonía. En J. Lacan, *Psicoanálisis, radiofonía & televisión* (O. Masotta y O. Gimeno-Grendi, Trad.) (pp. 2-73). Barcelona, España: Anagrama.
- Lacan, J. (1970-1974/1993b). Televisión. En J. Lacan, *Psicoanálisis, radiofonía & televisión* (O. Masotta y O. Gimeno-Grendi, Trad.) (pp. 74-130). Barcelona, España: Anagrama.
- Lacan, J. (1972). Del discurso psicoanalítico. (Traducción de la Conferencia en Milán del 12 de mayo de 1972) (O. M. Máter, trad.). Recuperado de <http://elpsicoanalistalector.blogspot.com.ar/2013/03/jacques-lacan-del-discurso.html>
- Lacan, J. (1972/2012). *Hablo a las paredes*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Lacan, J. (1974-1975). *Seminario 22: R.S.I.* Inédito.
- Lacan, J. (1975-1976/2006). *El seminario de Jacques Lacan: libro 23: el sinthome* (N. A. González, Trad.). Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Lamnek, S. (1977/2002). *Teorías de la criminalidad* (I. del Carril, Trad.) (5ª ed.). Buenos Aires, Argentina: Siglo Veintiuno.
- Landry, R. (1998). L'analyse de contenu. En B. Gauthier (Ed.), *Recherche sociale. De la problématique à la collecte des données* (pp. 329-356). Sillery, Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Laplanche, J. y Pontalis, J.-B. (s.f.). *Diccionario de psicoanálisis*. Buenos Aires, Argentina: Labor.
- Laurent, É. (2000). *Psicoanálisis y Salud Mental*. Buenos Aires, Argentina: Tres Haches.
- Laurent, É. (2004). Hijos del trauma. En G. Belaga (Comp.), *La urgencia generalizada I: la práctica en el hospital* (pp. 23-31). Buenos Aires, Argentina: Grama Ediciones.

- Lawrence, R. E., Oquendo, M. A. & Stanley, B. (2016). Religion and suicide risk: A systematic review. *Archives of Suicide Research*, 20(1), 1-21.
- L'Écuyer, R. (1987). L'analyse de contenu: notions et étapes. En J.P. Deslauriers (Ed.), *Les méthodes de la recherche qualitative* (pp. 49-65). Sillery, Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Leenaars, A. A. (1995). Suicide. En H. Wass & R. A. Neimeyer (Ed.) (1995), *Dying: Facing the facts* (3rd ed., pp. 347-384). Washington, D.C., United States of America: Taylor & Francis.
- Le Gaufey, G. (2006). *El caso inexistente. Una compilación clínica*. México D. F., México: Epee.
- Lemus, J. (1996). *Manual de vigilancia epidemiológica*. Vol. IV. Washington, D. C.: OPS.
- Leserre, L. (2005). Acontecimiento y Ciencia. En M. I. Sotelo (Comp.), *Tiempos de urgencia: estrategias del sujeto, estrategias del analista* (pp. 63-67). Buenos Aires, Argentina: Grama Ediciones.
- Lester, D. (1996). *Patterns of suicide and homicide in the world*. New York, United States of America: Nova Science Publishers Inc.
- Lester, D. (2006). Suicide and Islam. *Archives of Suicide Research: Official Journal of the International Academy for Suicide Research*, 10(1), 77-97.
- Lester, D. & Yang, B. (1998). *Suicide and homicide in the 20th century: Changes over time*. New York, United States of America: Nova Science Publishers Inc.
- Lewinsohn, P. M., Rohde, P., Seeley, J. R. & Baldwin, C. L. (2001). Gender differences in suicide attempts from adolescence to young adulthood. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(4), 427-434.
- Lieb, R., Bronisch, T., Höfler, M., Schreier, A. & Wittchen, H.-U. (2005). Maternal suicidality and risk of suicidality in offspring: Findings from a community study. *The American Journal of Psychiatry*, 162(9), 1665-1671.

- Lizardi, D., Thompson, R. G., Keyes, K. & Hasin, D. (2009). Parental divorce, parental depression, and gender differences in adult offspring suicide attempt. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 197(12), 899-904.
- López, P., González-Pinto, A., Mosquera, F., Aldama, A., González, C., Fernández de Corres, B. et al. (2007). *Estudio de los factores de riesgo de la conducta suicida. Análisis de la atención sanitaria. Investigación Comisionada*. Vitoria-Gasteiz, España: Departamento de Sanidad, Gobierno Vasco. Informe n°: Osteba D-07-02.
- López García, M., Hinojal Fonseca, R. y Bobes García, J. (1993). El suicidio: aspectos conceptuales, doctrinales, epidemiológicos y jurídicos. *Revista de Derecho Penal y Criminología*, 3, 309-411.
- Maleval, J.-C. (2002). *La forclusión del Nombre del Padre: el concepto y su clínica* (A. Díez, Trad.). Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Mansilla Izquierdo, F. (2010). *Suicidio y prevención*. Palma de Mallorca (Illes Balears), España: InterSalud, www.intersalud.es. Recuperado de http://www.psiquiatria.com/wp-content/uploads/2013/08/archivo_doc12101.pdf
- Marchiori, H. (1999). *Criminología: introducción*. Córdoba, Argentina: Marcos Lerner Editora Córdoba.
- Martin-Mattera, P. (2005). *Théorie et clinique de la création. Perspective psychanalytique*. Paris: Anthropos Economica.
- Masocco, M., Pompili, M., Vanacore, N., Innamoraty, M., Lester, D., Girardi, P. et al. (2010). Completed suicide and marital status according to the Italian region of origin. *The psychiatric Quarterly*, 81(1), 57-71.
- Mattalia, G. (2004). Secretario, testigo... modos de la destitución subjetiva. *Heteridad, Revista de Psicoanálisis*, 5, 15-22.
- Mayer, R. & Quillet, F. (1991). *Méthodologie de recherche pour les intervenants sociaux*. Boucherville, Canada: Gaëtan Morin Editeur.

- McDonald, M. (1989). The medicalization of suicide in England: Laymen, physicians, and cultural change, 1500-1870. *The Milbank Quarterly*, 67(Suppl. 1), 69-91.
- McDonald, M. & Murphy, T. (1990). *Sleepless souls: Suicide in early modern England*. Oxford, United Kingdom: Clarendon Press.
- Mejías, Y., García Caro, M. P., Schmidt, J., Quero, A. y Gorlat, B. (2011). Estudio preliminar de las características del intento de suicidio en la provincia de Granada. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 34(3), 431-441.
- Melhem, N. M., Brent, D. A., Ziegler, M., Iyengar, S., Kolko, D., Oquendo, M. et al. (2007). Familial pathways to early-onset suicidal behavior: Familial and individual antecedents of suicidal behavior. *The American Journal of Psychiatry*, 164(9), 1364-1370.
- Menninger, K. A. (1938/1952). *El hombre contra sí mismo* (F. J. de Asúa, Trad.). Buenos Aires, Argentina: Losada.
- Millas, D., Fridman, P., Schor Landman, C., Markowicz, P. y Belaga, G. (2009). En encuentro en la ciudad: síntoma y lazo social. *Virtualia*, 19. Recuperado de <http://virtualia.eol.org.ar/019/template.asp?dossier/millas.html>
- Miller, J.-A. (1993). Clínica irónica. *Uno por Uno. Revista Mundial de Psicoanálisis (edición latinoamericana)*, (34), 6-12.
- Miller, J.-A. (1998). *Introducción al método psicoanalítico*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Miller, J.-A. (1999). Las contraindicaciones al tratamiento psicoanalítico. *El caldero de la Escuela*, (69), 7-12.
- Miller, J.-A. (2004). *La experiencia de lo real en la cura psicoanalítica*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Miller, M., Azrael, D. & Hemenway, D. (2004). The epidemiology of case fatality rates for suicide in the northeast. *Annals of Emergency Medicine*, 43(6), 723-730.

- Miller, A. B., Esposito-Sythers, C. & Leichtweis, R. N. (2015). Role of social support in adolescent suicidal ideation and suicide attempts. *The Journal of Adolescent Health, 56*(3), 286-292.
- Miller, T. R., Furr-Holden, C. D., Lawrence, B. A. & Weiss, H. B. (2012). Suicide deaths and non-fatal hospital admissions for deliberate self-harm: Temporality by day of week and month of year, United States. *Crisis, 33*(3), 169-177.
- Milner, A., Page, A. & LaMontagne, A. D. (2013). Long-term unemployment and suicide: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One, 8*(1), e51333. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.1371%2Fjournal.pone.0051333>
- Milner, A., Spittal, M. J., Pirkis, J. & LaMontagne, A. D. (2013). Suicide by occupation: Systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry, 203*(6), 409-416.
- Ministerio de Salud de la Nación (2007). *Encuesta Mundial de Salud Escolar. Resultados de 2007. Argentina*. Buenos Aires, Argentina: Ministerio de Salud de la Nación, Presidencia de la Nación.
- Ministerio de Salud de la Nación (2008). Capítulo 2: salud infantil y ambiente. En Ministerio de Salud, *Perfil SANA 2007: Perfil de la Salud Ambiental de la Niñez en la Argentina* (pp. 62-116). Buenos Aires, Argentina: Autor.
- Ministerio de Salud de la Nación (2013). *2° Encuesta Mundial de Salud Escolar. Argentina 2012*. Buenos Aires, Argentina: Ministerio de Salud de la Nación, Presidencia de la Nación.
- Ministerio de Salud de la Nación (2014). *Mortalidad por suicidio en Argentina. Período 1997-2012*. Buenos Aires, Argentina: Ministerio de Salud de la Nación, Presidencia de la Nación.
- Minois, G. (trad. 2001). *History of suicide: Voluntary death in western culture* (L. G. Cochrane, Trad.). Baltimore, United States of America: The Johns Hopkins University Press.
- Mojica Mojica, Y. A. (2014). *La feminización del lazo social contemporáneo: una lectura psicoanalítica* (Tesis de Maestría). Universidad Nacional de Colombia, Facultad Ciencias Humanas, Bogotá, Colombia.

- Mor Roig, M. (05 de julio 2014). El imperativo social y el imperativo de la pulsión. *Círculo Psicoanalítico Freudiano*. Recuperado de <http://www.circulofreudiano.com.ar/#!El-imperativo-social-y-el-imperativo-de-la-pulsi%C3%B3n/clvn/3E88B24B-C734-4E6F-9205-50997827200E>
- Morin, A. (2008). Sin palabras. Notas sobre la inexistencia del término ‘suicida’ en el latín clásico y medieval. *Circle de Clásicos y Modernos*, (12), 159-166.
- Morselli, E. (1882). *Suicide: An essay on comparative moral statistics*. New York, United States of America: D. Appleton and Company.
- Muñoz, P. D. (2009). *La invención lacaniana del pasaje al acto: de la psiquiatría al psicoanálisis*. Buenos Aires, Argentina: Manantial.
- Muñoz, P. D. (s.f.). Pasaje al acto: alienación \diamond separación. Recuperado de <http://borromeo.kennedy.edu.ar/Articulos/AlienaseparMu%C3%B1oz.pdf>
- Muñoz, P. D., Leibson, L., Smith, M. C., Berger, A., Acciardi, M. y Bugacoff, A. (2011). Pasaje al acto, *acting out* y acto analítico. Variaciones de la relación sujeto-Otro. *Anuario de investigaciones, Facultad de Psicología - UBA, Secretaría de Investigaciones*, 18, 113-121.
- Murguía, D. L. (1967). Exploración fenomenológica en 50 casos de intento de suicidio. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 32(187), 3-43.
- Murphy, G. E., Wetzel, R. D., Robins, E. & McEvoy, L. (1992). Multiple risk factors predict suicide in alcoholism. *Archives of General Psychiatry*, 49(6):459-463.
- Murray, A. (1998). *Suicide in the Middle Ages: The violent against themselves*. New York, United States of America: Oxford University Press.
- Mushtaq, R., Shoib, S., Shah, T. & Mushtaq, S. (2014). Relationship between loneliness, psychiatric disorders and physical health? A review on the psychological aspects of loneliness. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 8(9), WE01-WE04. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.7860%2FJCDR%2F2014%2F10077.4828>

- Nielsen, B., Wang, A. G. & Brille-Brahe, U. (1990). Attempted suicide in Denmark. IV. A five-year follow-up. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 81(3), 250-254.
- Nock, M. K., Borges, G., Bromet, E. J., Cha C. B., Kessler, R. C. & Lee, S. (2008). Suicide and suicidal behavior. *Epidemiologic Reviews*, 30(1), 133-154.
- Nock, M. K., Hwang, I., Sampson, N. A. & Kessler, R. C. (2010). Mental disorders, comorbidity and suicidal behavior: Results from the National Comorbidity Survey Replication. *Molecular Psychiatry*, 15(8), 868-876.
- Nock, M. K., Hwang, I., Sampson, N. A., Kessler, R. C., Angermeyer, M., Beautrais, A., et al. (2009). Cross-national analysis of the associations among mental disorders and suicidal behavior: Findings from the WHO World Mental Health Surveys. *PLoS Medicine*, 6(8), e1000123.
- Nordentoft, M. & Rubin, P. (1993). Mental illness and social integration among suicide attempters in Copenhagen. Comparison with the general population and a four-year follow-up study of 100 patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 88(4), 278-285.
- Novick, D. M., Swartz, H. A. & Frank, E. (2010). Suicide attempts in bipolar I and bipolar II disorder: A review and meta-analysis of the evidence. *Bipolar Disorders*, 12(1), 1-9.
- O'Carroll, P. W., Berman, A. L., Maris, R. W., Moscicki, E. K., Tanney, B. L. & Silverman, M. M. (1996). Beyond the Tower of Babel: A nomenclature for suicidology. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 26(3), 237-252.
- Oquendo, M. A., Dragatsi, D., Harkavy-Friedman, J., Dervic, K., Currier, D., Burke, A. K. et al. (2005). Protective factors against suicidal behavior in Latinos. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 193(7), 438-443.
- Organización Mundial de la Salud (1969). Prevención del suicidio. *Cuadernos de Salud Pública* N° 35. Ginebra, Suiza: Autor.
- Organización Mundial de la Salud (1999a). *Figures & facts about suicide*. Geneva, Switzerland: Autor. Recuperado de http://whqlibdoc.who.int/hq/1999/WHO_MNH_MBD_99.1.pdf

- Organización Mundial de la Salud (1999b). *WHO/Euro multicentre study on parasuicide. Facts and figures*. Copenhagen, Denmark: Autor.
- Organización Mundial de la Salud (2002). Definición y evaluación de los riesgos para la salud. En Organización Mundial de la Salud, *Informe sobre la salud en el mundo 2002: reducir los riesgos y promover una vida sana* (pp. 11-29). Ginebra, Suiza: Autor.
- Organización Mundial de la Salud (2003). La violencia autoinfligida. En Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud, *Informe mundial sobre la violencia y la salud* (pp. 199-231). Washington, D. C., Estados Unidos de América: Autor.
- Organización Mundial de la Salud (septiembre 2004). *El suicidio, un problema de salud pública enorme y sin embargo prevenible, según la OMS*. Ginebra, Suiza: Centro de Prensa, Autor. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr61/es/>
- Organización Mundial de la Salud (2006). *Prevención del suicidio. Recurso para consejeros*. Ginebra, Suiza: Autor. Recuperado de http://www.who.int/mental_health/media/counsellors_spanish.pdf
- Organización Mundial de la Salud (2012). *Public health: Action for the prevention of suicide. A framework*. Ginebra, Suiza: Autor. Recuperado de http://www.who.int/mental_health/publications/prevention_suicide_2012/en/
- Organización Mundial de la Salud (2014). *Preventing suicide: A global imperative*. Ginebra, Suiza: Autor. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131056/1/9789241564779_eng.pdf?ua=1
- Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud (2013). *Enfermedades transmisibles y análisis de salud/Información y análisis de salud: situación de salud en las Américas: indicadores básicos 2013*. Washington, D.C., Estados Unidos de América: Autor.

- Ortiz, Z., Esandi, M. E. y Bortman, M. (2004). Introducción a la epidemiología. En Z. Ortiz, M. E. Esandi y M. Bortman, *Epidemiología básica y vigilancia de la salud* (2^{da} ed.) (pp. 9-31). Buenos Aires, Argentina: Ministerio de Salud de la Nación.
- Palacios Delgado, J. R., Sánchez Torres, B. y Andrade Palos, P. (2010). Intento de suicidio y búsqueda de sensaciones en adolescentes. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 12(1), 53-75.
- Palomera, V. (2005). L'urgence généralisée. *La Lettre Mensuelle*, 234. Recuperado de <http://www.gramaediciones.com.ar/serie-praxia.html?task=leermas&catid=1&id=58>
- Palop Larrea, V. y Martínez Mir, I. (2004). Adherencia al tratamiento en el paciente anciano. *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud*, 28(5), 113-120. Recuperado de http://www.msssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/docs/vol28_5adherenciaTtoPacienteAnciano.pdf
- Pasturino, B., Vallarino, V. y Lima, M. (2004). Estudio sobre suicidios consumados. Población usuaria del Hospital Vilardebó. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 68(2), 147-161.
- Patton, G. C., Coffey, C., Sawyer, S. M., Viner, R. M., Haller, D. M., Bose, K. et al. (2009). Global patterns of mortality in young people: A systematic analysis of population health data. *Lancet*, 374(9693), 881-892.
- Paykel, E. S., Myers, J. K., Lindenthal, J. J. & Tanner, J. (1974). Suicidal feelings in the general population: A prevalence study. *The British Journal of Psychiatry*, 124(582), 460-469.
- Peck, D. L. (1983). The last moments of life: Learning to cope. *Deviant Behavior*, 4 (3-4), 313-332.
- Peplau, L. A. & Perlman, D. (1982). Perspectives on loneliness. En L. A. Peplau & D. Perlman (Eds.), *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy* (pp. 1-18). New York, United States of America: Wiley.
- Pérez López, C. (2004). *Técnicas de análisis multivariante de datos*. Madrid, España: Pearson Educación.

- Pipkin, M. (2009). *La muerte como cifra del deseo: una lectura psicoanalítica del suicidio*. Buenos Aires, Argentina: Letra Viva.
- Platón (trad. 1971). *Fedón* (C. Eggers Lan, Trad.). Buenos Aires, Argentina: Eudeba.
- Platón (trad. 1999). *Las Leyes* (F. Lisi, Trad.). Madrid, España: Gredos.
- Plumed Domingo, J. J. y Rojo Moreno, L. (2012). La medicalización del suicidio en la España del siglo XIX: aspectos teóricos, profesionales y culturales. *Asclepio*, 64(1), 147-166.
- Polaino, A. (1988). Depresión y suicidio infantil. En A. Polaino-Lorente, *Las depresiones infantiles* (pp. 124-160). Madrid, España: Morata.
- Polewka, A., Groszek, B., Targosz, D., Szkolnicka, B., Chrostek Maj, J., Kroch, S. et al. (2004). The frequency of suicide attempts depending on gender and the age structure. *Przegląd Lekarski*, 61(4), 265-268.
- Pompili, M., Girardi, P., Ruberto, A. & Tatarelli, R. (2005). Suicide in borderline personality disorder: A meta-analysis. *Nordyc Journal of Psychiatry*, 59(5), 319-324.
- Pompili, M., Girardi, P., Tatarelli, G., Ruberto, A. & Tatarelli, R. (2006). Suicide and attempted suicide in eating disorders, obesity and weight-image concern. *Eating Behaviors*, 7(4), 384-394.
- Pompili, M., Serafini, G., Innamorati, M., Dominici, G., Ferracuti, S., Kotzalidis, G. D. et al. (2010). Suicidal behavior and alcohol abuse. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 7(4), 1392-1431.
- Porta, L. y Silva, M. (2003). La investigación cualitativa: el análisis de contenido en la investigación educativa. *Red Nacional Argentina de Documentación e Información Educativa*. Recuperado de <http://anthropostudio.com/wp-content/uploads/2015/04/PORTA-Luis-y-SILVA-Miriam-2003.-La-investigaci%C3%B3n-cualitativa.-El-An%C3%A1lisis-de-Contenido-en-la-investigaci%C3%B3n-educativa..pdf>
- Porta, M. S. (Ed.) (2014). *A dictionary of epidemiology* (6th ed.). New York, United States of America: Oxford University Press.

- Portzky, G., van Heeringen, K. & Vervaet, M. (2014). Attempted suicide in patients with eating disorders. *Crisis*, 35(6), 378-387.
- Prinstein, M. J., Boergers, J., Spirito, A., Little, T. D. & Grapentine, W. L. (2000). Peer functioning, family dysfunction and psychological symptoms in a risk factor model for adolescent inpatients' suicidal ideation severity. *Journal of Clinical Child Psychology*, 29(3), 392-405.
- Puente García, R., Morcilla Peñalver, C. y González Lucas, R. (2008). Aspectos epidemiológicos y etiopatogénicos. En A. Chinchilla Moreno, *La depresión y sus máscaras* (pp. 37-50). Madrid, España: Panamericana.
- Puppo Touriz H., Toma, J. A. y Puppo Bosch, D. (1981). Suicidio. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 46(274),159-174.
- Qin, P., Agerbo, E., Westergård-Nielsen, N., Eriksson, T. & Mortensen, P. B. (2000). Gender differences in risk factors for suicide in Denmark. *The British Journal of Psychiatry*, 177(6), 546-550.
- Qin, P. & Mortensen, P. B. (2003). The impact of parental status on the risk of completed suicide. *Archives of General Psychiatry*, 60(8), 797-802.
- Rabinovich, D. S. (septiembre 1986). Teórico N° 5. Teóricos de Psicoanálisis Escuela Francesa. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. Recuperado de http://23118.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/informacion_adicional/electivas/francesa1/material/Teorico%205%20-%201986.pdf
- Rabinovich, D. S. (2003). Las tres formas de la falta de objeto. En D. S. Rabinovich, *El concepto de objeto en la teoría psicoanalítica. Sus incidencias en la dirección de la cura, I* (pp. 123-134). Buenos Aires, Argentina: Manantial.
- Real Academia Española (2001). *Diccionario de la lengua española (DRAE)* (22ª ed.) [versión electrónica]. Madrid, España: Autor, <http://www.rae.es>
- Recalcati, M. (2004). La cuestión preliminar en la época del Otro que no existe. *Virtualia*, 3(10). Recuperado de <http://virtualia.eol.org.ar/010/default.asp?notas/mrecalcati-01.html>

- Reddy, M. S. (2010). Suicide incidence and epidemiology. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 32(2), 77-82.
- Rich, A. R., Kirkpatrick-Smith, J., Bonner, R. L. & Jans, F. (1992). Gender differences in the psychosocial correlates of suicide ideation among adolescents. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 22(3), 364-373.
- Rist, J. M. (1995). *La filosofía Estoica*. Barcelona, España: Crítica.
- Roberts, R. E., Roberts, C. R. & Chen, Y. R. (1998). Suicidal thinking among adolescents with a history of attempted suicide. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 37(12), 1294-1300.
- Rodríguez, A. W. y Galetta de Rodríguez, B. (2001). *Fundamentos de derecho penal y criminología*. Rosario, Argentina: Juris.
- Rodríguez, J. E. y Ros-Montalbán, S. (1997). Introducción histórica. En S. Ros-Montalbán (Ed.), *La conducta suicida* (pp. 19-29). Madrid, España: Editorial Libro del Año.
- Rojas, M. A., Miari, A. S., Paturllane, E. L. y Rodríguez, L. (2014). *Psicoanálisis y Salud Mental: un lugar extraterritorial*. Ponencia presentada en VI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, 2014, Buenos Aires, Argentina. Recuperado de <https://www.aacademica.org/000-035/711.pdf>
- Romero Palanco, J. L., Gamero Lucas, J. J. y Martínez García, P. (2007). Aspectos epidemiológicos del suicidio consumado en la provincia de Cádiz (1999-2003). *Cuadernos de Medicina Forense*, 13(47), 33-44.
- Rose, G. (1985). Sick individuals and sick populations. *International Journal of Epidemiology*, 14, 32-38.
- Roškar, S., Podlesek, A., Kuzmanić, M., Demšar, L. O., Zaletel, M. & Marušić, A. (2011). Suicide risk and its relationship to change in marital status. *Crisis*, 32(1), 24-30.
- Rubinstein, A. (2009). El deseo del analista: saber hacer con lo que hay. *Virtualia*, 19(8). Recuperado de <http://virtualia.eol.org.ar/019/template.asp?variedades/rubistein.html>

- Runeson, B., Tidemalm, D., Dahlin, M., Lichtenstein, P. & Långström, N. (2010). Method of attempted suicide as predictor of subsequent successful suicide: National long term cohort study. *The British Medical Journal*, 341: c3222. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.c3222>
- Russell, D., Turner, R. J. & Joiner, T. E. (2009). Physical disability and suicidal ideation: A community-based study of risk/protective factors for suicidal thoughts. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 39(4), 440-451.
- Sánchez Ortiz de Urbina, R. (1968). Séneca. En F. Pérez-Embid (Dir.) (1963-1968), *Enciclopedia de la cultura española* (Tomo 5, pp. 264-265). Madrid, España: Editora Nacional.
- San Miguel, T. (2011). *Urgencia y discursos*. Ponencia presentada en III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, 2011, Buenos Aires, Argentina. Recuperado de <http://www.aacademica.org/000-052/250.pdf>
- Sareen, J., Cox, B. J., Afifi, T. O., de Graaf, R., Asmundson, G. J., ten Have, M. et al. (2005). Anxiety disorders and risk for suicidal ideation and suicide attempts: A population-based longitudinal study of adults. *Archives of General Psychiatry*, 62(11), 1249-1257.
- Sassaroli, S. (2005). Estrategias del analista. La urgencia, una respuesta. En M. I. Sotelo (Comp.), *Tiempos de urgencia: estrategias del sujeto, estrategias del analista* (pp. 185-188). Buenos Aires, Argentina: Grama Ediciones.
- Sassaroli, S. (2009). Tiempo y urgencia-Psicoanálisis aplicado-Deseo del analista. Un tiempo donde lo urgente es que haya analista. En M. I. Sotelo (Comp.), *Perspectivas de la clínica de la urgencia* (pp. 107-113). Buenos Aires, Argentina: Grama Ediciones.
- Scocco, P., de Girolamo, G., Vilagut, G. & Alonso, J. (2008). Prevalence of suicide ideation, plans and attempts and related risk factors in Italy: Results from the European Study on the Epidemiology of Mental Disorders-World Mental Health study. *Comprehensive Psychiatry*, 49, 13-21.

- Scocco, P. & de Leo, D. (2002). One-year prevalence of death thoughts, suicide ideation and behaviours in an elderly population. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 17(9), 842-846.
- Schmidtke, A., Bille-Brahe, U., Deleo, D., Kerkhof, A., Bjerke, T., Crepaf, P. et al. (1996). Attempted suicide in Europe: rates, trends and sociodemographic characteristics of suicide attempters during the period 1989-1992. Results of the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 93(5), 327-338.
- Schmitt, J.-C. (1976). Le suicide au Moyen Âge. *Annales. Économies, Sociétés, Civilisations*, 31(1), 3-28.
- Seldes, R. (2005). La urgencia subjetiva. En M. I. Sotelo (Comp.), *Tiempos de urgencia: estrategias del sujeto, estrategias del analista* (pp. 85-88). Buenos Aires, Argentina: Grama Ediciones.
- Selltiz, C., Wrightsman, L. y Cook, S. (1980). *Métodos de investigación en las relaciones sociales*. Madrid, España: Rialp.
- Séneca, L. A. (63-65 d.C./1989). *Cartas morales a Lucilio* (J. Bofill y Ferro, Trad.). Barcelona, España: Planeta.
- Serfaty, E., Andrade, J., Foglia, L., Masaútis, A. y Negri, G. (2006). Suicidio en adolescentes y jóvenes de 10-24 años: Argentina, 1991-2000. *Sinopsis. APSA Revista*, 42, 16-21.
- Shah, A. & Chandia, M. (2010). The relationship between suicide and Islam: A cross-national study. *Journal of Injury and Violence Research*, 2(2), 93-97.
- Shneidman, E. (1973). Suicide. En *Encyclopedia Britannica* (Vol. 21, pp. 383-385). Chicago, United States of America: William Benton.
- Shneidman, E. (1985/2004). The words. En E. Shneidman, *Definition of suicide* (pp. 6-22). Maryland, United States of America: Rowman & Littlefield Publishers, Inc.
- Silverman, M. M., Berman, A. L., Sanddal, N. D., O'Carroll, P. W. & Joiner T. E. (2007). Rebuilding the Tower of Babel: A revised nomenclature for the study of suicide and

suicidal behaviors. Part 1: Background, rationale, and methodology. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37(3), 248-263.

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.

Solano, L. (1994). Intervención. En Colegio Freudiano de Córdoba, *Cuadernos 7. I Seminario del texto De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis* (pp. 8-24). Córdoba, Argentina: Autor.

Soler, C. (1998). *¿Qué se espera del psicoanálisis y del psicoanalista?* Buenos Aires, Argentina: Letra Viva.

Soler, C. (2000-2001). *Declinaciones de la angustia*. Madrid, España: Publidisa.

Soler, C. (2007). *¿A qué se llama perversión?* Medellín, Colombia: Asociación Foro del Campo Lacaniano.

Soler, C. (01 de noviembre 2008). El fundamentalismo y el psicoanálisis se excluyen. Reportaje por M. Mazzuca. *Página 12*, Suplemento Psicología. Recuperado de <http://www.pagina12.com.ar/2001/suple/psico/01-11/01-11-08/psico01.htm>

Soler Insa, P. A. y Gascón Barrachina, J. (Coord.) (s.f.). *Recomendaciones terapéuticas en los trastornos mentales. RTM-III* (3ª ed.). Catalunya, España: Ars Medica.

Sotelo, M. I. (2007a). El sujeto en la urgencia institucional. En M. I. Sotelo, *Clínica de la urgencia* (pp. 21-57). Buenos Aires, Argentina: JCE Ediciones.

Sotelo, M. I. (2007b). Urgencia y psicosis. En M. I. Sotelo, *Clínica de la urgencia* (pp. 59-83). Buenos Aires, Argentina: JCE Ediciones.

Sotelo, M. I. (2009/2008). La urgencia en la maternidad. En M. I. Sotelo (Comp.), *Perspectivas de la clínica de la urgencia* (pp. 117-126). Buenos Aires, Argentina: Grama Ediciones.

Sotelo, M. I. (2009). ¿Qué hace un psicoanalista en la urgencia? En M. I. Sotelo (Comp.), *Perspectivas de la clínica de la urgencia* (pp. 23-30). Buenos Aires, Argentina: Grama Ediciones.

- Sotelo, M. I. (2015). *DATUS. Dispositivo analítico para el tratamiento de urgencias subjetivas*. Buenos Aires, Argentina: Grama Ediciones.
- Sotelo, M. I. y Belaga, G. (2008). Análisis de la demanda e intervenciones en la urgencia. Investigación en el hospital central de San Isidro. *Investigaciones en Psicología*, 13(2), 117-138.
- Sotelo, M. I., Fazio, V. P. y Miari, A. S. (2014). Dispositivos y abordaje de la problemática de la violencia en el marco de la atención a la demanda en urgencias en salud mental: una perspectiva psicoanalítica. *Anuario de Investigaciones*, 21, 139-146.
- Sotelo, M. I., Rojas, M. A. y Santimaria, L. (2013). *Conclusiones sobre la consulta de urgencia en salud mental en 4 hospitales generales del MERCOSUR*. Ponencia presentada en V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, 2013, Buenos Aires, Argentina. Recuperado de <http://www.academica.com/000-054/825.pdf>
- Stagnaro, J. C. (2006). Clínica, prevención y tratamiento del proceso suicida. En M. Suárez Richards (Comp.), *Introducción a la Psiquiatría* (3ª ed., pp. 491-522). Buenos Aires, Argentina: Polemos.
- Stengel, E. (trad. 1965). *Psicología del suicidio y los intentos suicidas* (É. Daro, Trad.). Buenos Aires, Argentina: Hormé.
- Stravynski, A. & Boyer, R. (2001). Loneliness in relation to suicide ideation and parasuicide: A population-wide study. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 31(1), 32-40.
- Stroebe, W., Stroebe, M., Abakoumkin, G. & Schut, H. (1996). The role of loneliness and social support in adjustment to loss: A test of attachment versus stress theory. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70(6), 1241-1249.
- Sullivan, H. S. (1953/2011). *The interpersonal theory of psychiatry*. New York, United States of America: Routledge.
- Suominen, K., Isometsä, E., Suokas, J., Haukka, J., Achte, K. & Lönngvist, J. (2004). Completed suicide after a suicide attempt: A 37-year follow-up study. *The American Journal of Psychiatry*, 161(3), 562-563.

- Suokas, J., Suominen, K., Isometsä, E., Ostamo, A. & Lönngvist, J. (2001). Long-term risk factor for suicide mortality after attempted suicide--findings of a 14-year follow-up study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 104(2), 117-121.
- Taj, R. & Khan, S. (2005). A study of reasons of non-compliance to psychiatric treatment. *Journal of Ayub Medical College, Abbottabad*, 17(2), 26-28.
- Tang, N. K. Y. & Crane, C. (2006). Suicidality in chronic pain: A review of the prevalence, risk factors and psychological links. *Psychological Medicine*, 36(5), 575-586.
- Tendlarz, S. E. y García, C. D. (2008). *¿A quién mata el asesino?* Buenos Aires, Argentina: Grama.
- Teti, G. L., Rebok, F., Rojas, S. M., Grendas, L. & Daray, F. M. (2014). Systematic review of risk factors for suicide and suicide attempt among psychiatric patients in Latin America and Caribbean. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 36(2), 124-133.
- Tidelman, D., Långström, N., Lichtenstein, P. & Runeson, B. (2008). Risk of suicide after suicide attempt according to coexisting psychiatric disorder: Swedish cohort study with long term follow-up. *The British Medical Journal*, 337:a2205. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.a2205>
- Tiwari, S. C. (2013). Loneliness: A disease? *Indian Journal of Psychiatry*, 55(4), 320-322.
- Torres, M. (2006). Todos contra la pared en la civilización del trauma. *Virtualia*, 5(14). Recuperado de <http://virtualia.eol.org.ar/014/default.asp?mesavirt/torres.html>
- Turvey, C. L., Conwell, Y., Jones, M. P., Phillips, C., Simonsick, E., Pearson, J. L. et al. (2002). Risk factors for late-life suicide: A prospective, community-based study. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 10(4), 398-406.
- Vanderhorst, R. K. & McLaren, S. (2005). Social relationships as predictors of depression and suicidal ideation in older adults. *Aging & Mental Health*, 9(6), 517-525.
- Van Heeringen, K. (2003). The neurobiology of suicide and suicidality. *Canadian Journal of Psychiatry*, 48(5), 292-300.

- Van Hooff, A. (1990). *From autothanasia to suicide. Self-killing in Classical Antiquity*. New York, United States of America: Routledge.
- Värnik, A., Kolves, K., van der Feltz-Cornelis, C. M., Marusic, A., Oskarsson, H., Palmer, A., Reisch, T., Scheerder, G., et al. (2008). Suicide methods in Europe: A gender-specific analysis of countries participating in the “European Alliance Against Depression”. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 62(6), 545-551.
- Vascheto, E. (2009). Preguntas y respuestas a la urgencia subjetiva. En M. I. Sotelo (Comp.), *Perspectivas de la clínica de la urgencia* (pp. 137-145). Buenos Aires, Argentina: Grama Ediciones.
- Venco Bonet, V. (2013). *Discursos acerca de la depresión. Un enlace psicoanalítico desde algunos referentes cinematográficos* (Tesis de Doctorado). Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Querétaro, México.
- Vicens, A. (octubre 2006). Del revés de la trama a la repetición del trazo. *NODVS XIX, L’Aperiòdic Virtual de la Secció Clínica de Barcelona*. Recuperado de <http://www.scb-icf.net/nodus/contingut/article.php?art=238&pub=5&rev=33&idsubarea=16>
- Verrotti, A., Cicconetti, A., Scorrano, B., de Berardis, D., Cotellessa, C., Chiarelli, F. et al. (2008). Epilepsy and suicide: pathogenesis, risk factors, and prevention. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 4(2), 365-370.
- Viscardi, N., Hor, F. y Dajas, F. (1994). Alta tasa de suicidio en Uruguay II. Evaluación de la desesperanza en adolescentes. *Revista Médica del Uruguay*, 10(2), 79-91.
- Voracek, M. & Loibl, L. M. (2007). Genetics of suicide: A systematic review of twin studies. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 119(15-16), 463-475.
- Warshaw, M. G., Dolan, R. T. & Keller, M. B. (2000). Suicidal behavior in patients with current or past panic disorder: Five years of prospective data from the Harvard/Brown Anxiety Research Program. *The American Journal of Psychiatry*, 157(11), 1876-1878.

- Watt, J. (2004). Introduction. Toward a history of suicide in early modern Europe. En J. Watt (Ed.), *From sin to insanity: Suicide in early modern Europe*, (pp. 1-8). New York, United States of America: Cornell University Press.
- Weaver, J. C. & Wright, D. (Ed.) (2009). *Histories of suicide: International perspectives on self-destruction in the Modern world*. Toronto, Canada: University of Toronto Press Inc.
- Weber, B., Metha, A. & Nelsen, E. (1997). Relationships among multiple suicide ideation risk factors in college students. *Journal of College Student Psychotherapy*, 11(3), 49-64.
- Weiss, R. S. (1973). *Loneliness: The experience of emotional and social isolation*. Cambridge MA, United States of America: The MIT Press.
- Wenz, F. V. (1977). Seasonal suicide attempts and forms of loneliness. *Psychological Reports*, 40, 807-810.
- Wheeler, L., Reis, H. & Nezlek, J. B. (1983). Loneliness, social integration, and sex roles. *Journal of Personality and Social Psychology*, 45, 943-953.
- Wichstrøm, L. (2000). Predictors of adolescent suicide attempts: a nationally representative longitudinal study of Norwegian adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39(5), 603-610.
- Wilcox, H. C., Conner, K. R. & Caine, E. D. (2004). Association of alcohol and drug use disorders and completed suicide: An empirical review of cohort studies. *Drug and Alcohol Dependence*, 76(Suppl.), S11-S19.
- Wong, P. W., Chan, W. S., Chen, E. Y., Chan, S. S., Law, Y. W. & Yip, P. S. (2008). Suicide among adults aged 30-49: A psychological autopsy study in Hong Kong. *BioMed Central Public Health*, 8(1):147. Recuperado de <http://doi.org/10.1186/1471-2458-8-147>
- Woo, J.-M., Okusaga, O. & Postolache, T. T. (2012). Seasonality of suicidal behavior. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 9(2), 531-547.

- Wunderlich, U., Bronisch, T. & Wittchen, H.-U. (1998). Comorbidity patterns in adolescents and young adults with suicide attempts. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 248(2), 87-95.
- Wyder, M., Ward, P. & De Leo, D. (2009). Separation as a suicide risk factor. *Journal of Affective Disorders*, 116(3), 208-213.
- Yoshimasu, K., Kiyohara, C., Miyashita, K. & The Stress Research Group of the Japanese Society for Hygiene (2008). Suicidal risk factors and completed suicide: Meta-analyses based on psychological autopsy studies. *Environmental Health and Preventive Medicine*, 13(5), 243-256.
- Zack, O. (2005). Lo que no llega al diván. En I. Sotelo (Comp.), *Tiempos de urgencia: estrategias del sujeto, estrategias del analista* (pp. 89-94). Buenos Aires, Argentina: Grama Ediciones.
- Zhang, J., McKeown, R. E., Hussey, J. R., Thompson, S. J. & Woods, J. R. (2005). Gender differences in risk factors for attempted suicide among young adults: Findings from the Third National Health and Nutrition Examination Survey. *Annals of Epidemiology*, 15(2), 167-174.
- Zhang, J., Xiao, S. & Zhou, L. (2010). Mental disorders and suicide among young rural Chinese: A case-control psychological autopsy study. *The American Journal of Psychiatry*, 167(7): 773-781.

9. ANEXOS.

9.1. Anexo: Factores de riesgo suicida analizados.

El *Estudio epidemiológico de factores de riesgo suicida* se dividió en dos grandes partes atento a las muestras que se analizaron en cada una de ellas. En la parte denominada *Análisis por grupos de motivo de consulta: intento de suicidio vs. otro motivo* se analizaron en las muestras homónimas los siguientes factores principales:

a. Distribución según factores temporales:

- **Periodo total de estudio.** El periodo total correspondió a la sumatoria de los registros de asistencias de casos durante los cuatro años de estudio (2007 + 2008 + 2011 + 2012).
- **Bienio de atención.** El primer bienio de atención se denominó 2007-2008 y correspondió a la sumatoria de los registros de asistencias de casos durante esos años. El primer bienio de atención se denominó 2011-2012 y correspondió a la sumatoria de los registros de asistencias de casos durante esos años.
- **Año de atención.** El análisis anual correspondió a la sumatoria de los registros de asistencias de casos durante cada uno de los años incluidos en este estudio (2007, 2008, 2011 y 2012).
- **Estación de atención.** Se atendió a la distribución de los casos en cada una de las cuatro estaciones calendario (verano, otoño, invierno y primavera).
- **Mes de atención.** Se atendió a la distribución de los casos en cada uno de los doce meses calendario (enero, febrero, marzo, abril, mayo, junio, julio, agosto, septiembre, octubre, noviembre y diciembre).
- **Día de atención.** Se atendió a la distribución de los casos en cada uno de los siete días de la semana (lunes, martes, miércoles, jueves, viernes, sábado y domingo).

b. Distribución según factores demográficos principales:

- **Sexo.** El sexo fue analizado como variable dicotómica (femenino - masculino), ya que se estableció con referencia a parámetros o diferencias biológicas.
- **Edad.** La edad se analizó en términos de franjas etarias, conformadas por estratos de 10 años de edad cada uno (amplitud de la clase). El límite aparente inferior del estrato menor fue fijado en 15 años de edad debido a que en el HPS se asisten a pacientes de ambos sexos de ≥ 15 años de edad.

En la parte denominada *Análisis de los intentos suicidas* se estudiaron factores de riesgo suicida reseñados como importantes por la bibliografía especializada, los que se analizaron en función de las variables de estratificación sustitutas establecidas en esta investigación (sexo y edad). De este modo se estudiaron:

a. Aspectos ocupacionales, socio-familiares y ambientales:

- **Situación ocupacional: general y específica.** En situación ocupacional general se agruparon los casos en dos grandes categorías: con ocupación - sin ocupación. La categoría general con ocupación incluyó las siguientes clases de situación ocupacional específica: estudiante y laboral (incluido ama de casa). La categoría general sin ocupación incluyó las siguientes clases de situación ocupacional específica: sin ocupación referida, desempleado, y jubilado. La clase sin ocupación referida reunió a pacientes que percibían de manera egosintónica el hecho de no tener ocupación, lo que la diferenció de la clase desempleado, que incluyó a pacientes que efectivamente percibían la situación de desocupación como desempleo problemático. La clase jubilado incluyó jubilado propiamente dicho, retirado y pensionado.
- **Estado civil: general y específico.** En estado civil general se agruparon los casos en dos grandes categorías: con relación - sin relación, según si el paciente mantenía o no una relación sentimental actual y estable. En estado civil específico se agruparon los casos según las siguientes clases: soltero, en pareja (relación de noviazgo no conviviente), separado (ruptura reciente de relación de noviazgo no conviviente), casado o concubinato (relación de pareja conviviente), divorciado (ruptura de pareja conviviente estuviera legalmente casado o no), viudo (fallecimiento de pareja conviviente estuviera legalmente casado o no).
- **Redes de contención socio-familiar.** Se consideraron las evaluaciones de redes de contención socio-familiar registradas a juicio de los psicólogos tratantes durante la asistencia de cada caso. En base a esas evaluaciones se agruparon los casos en función de la disponibilidad de redes de contención socio-familiar en dos categorías generales: disponible - no disponible.
- **Acompañamiento durante la asistencia.** En función de considerar si durante la asistencia cada paciente permaneció solo o acompañado por figuras afectivas

significativas para él (familiares, pareja, amigos, etc.), se agruparon los casos en dos grandes categorías: solo - acompañado.

- **Uso simple o combinado de métodos autolíticos.** Se agruparon los casos en dos grandes categorías: uso simple - uso combinado de métodos, según si los pacientes usaron un solo método, o bien, si usaron dos o más métodos en la realización del intento suicida respectivamente.
- **Tipos de métodos autolíticos.** Se registraron, contabilizaron y enlistaron todos los tipos de métodos utilizados por los pacientes en el intento suicida actual, conformándose las siguientes categorías: intoxicación medicamentosa (se distinguió a su interior entre casos de intoxicación psicofarmacológica y de intoxicación por otro tipo de medicamento); intoxicación etílica; intoxicación por ingesta de venenos (incluyó raticidas, órgano fosforado, otros); intoxicación por inhalación de gas; intoxicación por ingesta de productos de limpieza; intoxicación por sobredosis de drogas (incluyó cannabis, pasta base, cocaína, otras); autolesión (incluyó heridas auto-infligidas cortantes, punzo-cortantes, otras); arrojarse desde altura; ahorcamiento; asfixia; disparo con arma de fuego; prenderse fuego. Los tipos de métodos fueron analizados, por una parte, respecto del total de pacientes asistidos por intento suicida, y por otra, respecto del total de registros de tipos de métodos utilizados en virtud de que este último total superó al de pacientes debido a los casos en que hubo combinación de métodos en el intento suicida.

b. Aspectos clínicos:

- **Antecedente de intento suicida.** Se agruparon los casos en función de la presencia o ausencia de antecedente propio de intento suicida. Se entendió por presencia de ese tipo de antecedente casos de pacientes que habían realizado uno o más intentos suicidas con anterioridad a la tentativa por la cual estaban siendo asistidos.
- **Antecedente de conducta suicida en el entorno afectivo significativo.** Se agruparon los casos en función de la presencia o ausencia de antecedente de conducta suicida en el entorno. Se entendió por ese tipo de antecedente, casos de pacientes que narraron la ocurrencia de al menos un intento suicida o suicidio acontecido en su entorno afectivo significativo, protagonizado por familiar, pareja, amigo u otra figura afectiva.

- **Diagnóstico de trastorno mental.** Se agruparon los casos en función de la presencia o ausencia de diagnóstico actual de trastorno mental.
- **Categorías y Tipos diagnósticos en casos con trastorno mental.** Los casos con diagnóstico de trastorno mental fueron agrupados en función de Categorías y Tipos diagnósticos, de su conocimiento y desconocimiento. Se consideró la codificación de acuerdo a Categorías y Tipos diagnósticos del *DSM-IV-TR* (Asociación Americana de Psiquiatría, 2002). Para los casos de pacientes que no conocían el Tipo diagnóstico recibido se estableció la categoría general ‘diagnóstico desconocido’.
- **Tratamiento específico en casos con diagnóstico de trastorno mental.** El acceso a tratamiento específico fue analizado en los casos asistidos por intento suicida que tenían diagnóstico actual de trastorno mental. Se entendió por tratamiento específico el hecho de que el paciente estuviera o hubiese estado asistiendo a tratamiento psicológico y/o psiquiátrico y en cualquier modalidad (ambulatorio, internación completa, hospital de día, etc.) por el diagnóstico de trastorno mental. Se analizaron tres categorías: Recibe tratamiento (pacientes que al momento del intento suicida recibían tratamiento específico); No recibió tratamiento (pacientes que no habían iniciado tratamiento específico); Abandonó tratamiento (pacientes que habían iniciado tratamiento específico pero que previo al intento suicida lo habían abandonado).
- **Utilización de servicio telefónico de asistencia en la urgencia suicida.** En el total de casos asistidos por intento suicida se analizó si se hacía mención a que durante la urgencia suicida, los pacientes hubiesen utilizado o no el servicio telefónico de asistencia y contención especializada y gratuita que brinda la “Fundación Vida - Centro de Asistencia al Suicida”.
- **Enfermedad orgánica.** Se agruparon los casos en función de la presencia o ausencia de diagnóstico actual de enfermedad orgánica.
- **Tipos de diagnósticos en pacientes con enfermedad orgánica.** Los casos con enfermedad orgánica fueron agrupados en función de los tipos diagnósticos tal como estos fueron informados por los pacientes, por sus familiares o por médicos tratantes.

9.2. Anexo: Guías de decisión.

Nota: Cada una de estas guías se aplicó una vez a cada caso analizado individualmente.

N° 1. Guía de decisión SS: para la decisión de categorización de cada caso en la variable Sentimiento de soledad (SS).

Luego del análisis de contenido para detectar la presencia de Sentimiento de soledad en los registros escritos del caso: ¿Hay contenidos referidos a desencadenantes del intento suicida categorizados como Sentimiento de soledad?	
Sí SS → categorizar en Sentimiento de soledad.	No SS → no categorizar en esta variable.
Opciones de posibles combinaciones resultantes que decidirán la coyuntura desencadenante de urgencia suicida en este caso: - SS-AR - SS	Opciones de posibles combinaciones resultantes que decidirán la coyuntura desencadenante de urgencia suicida en este caso: - AR - Ninguna

N° 2. Guía de decisión AR: para la decisión de categorización de cada caso en la variable Ausencia de respuesta subjetiva acerca del sentido de la vida (AR).

Luego del análisis de contenido para detectar la presencia de Ausencia de respuesta en los registros escritos del caso: ¿Hay contenidos referidos a desencadenantes del intento suicida categorizados como Ausencia de respuesta?	
Sí AR → categorizar en Ausencia de respuesta.	No AR → no categorizar en esta variable.
Opciones de posibles combinaciones resultantes que decidirán la coyuntura desencadenante de urgencia suicida en este caso: - SS-AR - AR	Opciones de posibles combinaciones resultantes que decidirán la coyuntura desencadenante de urgencia suicida en este caso: - SS - Ninguna

N° 3. Guía de decisión de Coyuntura desencadenante de urgencia suicida: para la decisión de categorización de cada caso en una – y sólo una – Coyuntura desencadenante de urgencia suicida.

Luego de examinar el caso según análisis de contenido y según los resultados de las guías decisión SS y AR: ¿Cuál es la combinación resultante en este caso que decide su categorización en una coyuntura desencadenante de la urgencia suicida?
Sí SS + Sí AR → categorizar en: coyuntura desencadenante SS-AR .
Sí SS + No AR → categorizar en: coyuntura desencadenante SS .
No SS + Sí AR → categorizar en: coyuntura desencadenante AR .
No SS + No AR → categorizar en: Sin clasificación en coyunturas desencadenantes en estudio (también denominada ‘Sin coyuntura desencadenante’ o ‘Ninguna’).

9.3. Anexo: Aval del Comité Provincial de Bioética de Jujuy.

COMITÉ PROVINCIAL DE BIOETICA

Ref. "ESTUDIO CLINICO-PSICOLOGICO RETROSPECTIVO (PERIODO 2007/2008 - 2011/2012 PARA LA TEORIZACION DE LA COYUNTURA DESENCADENANTE DE INTENTOS SUICIDAS. APORTES PARA DISCUTIR LA CAPITULACION TEORICO-COGNITIVA ACERCA DE LA PREVENION DEL SUICIDO JUJUY"

Previo análisis y evaluación de los criterios científicos y éticos del Protocolo de Investigación presentado por la Psic. Cecilia Lopez Steinmetz, se informa que:

Objetivo: Teorizar acerca del proceso suicida para producir conocimientos generalizables en sus conclusiones y pasibles de transferirse en políticas y programas de salud referidos a este fenómeno, tanto en praxis asistenciales eficaces, como así también y más especialmente en praxis preventivas del suicidio, las cuales no desconozcan las especificidades (culturales, étnicas, religiosas, etc.) de las comunidades ni las subjetividades individuales.

Centro participante en Jujuy: Hospital Don Pablo Soria.

Investigador responsable en la Prov. Psic. Cecilia Lopez Steinmetz

Financiamiento. CONICET. Beca de posgrado 2012

Diseño de estudio. Correlacional y descriptivo, retrospectivo, que utilizará procedimientos de las lógicas cualitativa y cuantitativa para la recolección y análisis de datos

Duración de la investigación. 36 Meses.

Tamaño de la muestra. Casos de pacientes de ≥ 15 años de edad, que requirieron asistencia psicológica en Servicio de Guardia del Hospital "Pablo Soria" de Jujuy por haber realizado intento suicida

Criterios de inclusión y exclusión. Detallados y claros.

Consentimiento informado. Se exceptua la obtencion del CI.

Beneficio para el participante: Ningun beneficio por la participacion. Pero ayudará a generar conocimiento sobre un tema de extrema preocupación sanitaria y social en la Provincia de Jujuy.

Criterios éticos del estudio: Sera conducido siguiendo los principios planteados en la Resolución 1480/2011

Guia para Investigaciones con Seres Humanos. ANMAT.

COMITÉ PROVINCIAL DE BIOÉTICA

El Comité de Bioética de de la Provincia de Jujuy (CPBJ), aprueba el Protocolo de Investigación de referencia, por considerarlo éticamente aceptable y pertinente.

Se solicita la remisión de los resultados una vez concluida la investigación.

Se informa que ningún evaluador debió abstenerse de votar, por conflictos de intereses.

San Salvador de Jujuy Enero 8 del 2012



Dra. Maria de La Paz Bossio



Dra. Sonia García

9.4. Anexo: Tablas y Gráficos.

Tabla 1.
Cantidad de casos ambos sexos en el periodo total de estudio según grupo de motivo de consulta.

Motivo de consulta	Cantidad de casos	
	f	f'
Intento de suicidio	481	0.26
Otro motivo	1382	0.74
Todo motivo de consulta	1863	1

Gráfico 1. Porcentaje de casos ambos sexos en el periodo total de estudio según grupo de motivo de consulta.

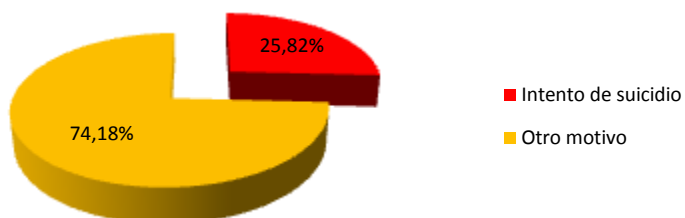


Tabla 2.
Cantidad de casos ambos sexos según bienio de atención y grupo de motivo de consulta.

Bienio	Intento de suicidio		Otro motivo		Todo motivo de consulta	
	f	f'	f	f'	f	f'
2007-2008	215	0.45	716	0.52	931	0.5
2011-2012	266	0.55	666	0.48	932	0.5
N	481	1	1382	1	1863	1

$(\chi_o^2 [7.21] > \chi_c^2 [6.64], df = 1), V = 0.06.$

Gráfico 2. Porcentaje de casos ambos sexos según motivo de consulta sobre los totales bianuales.

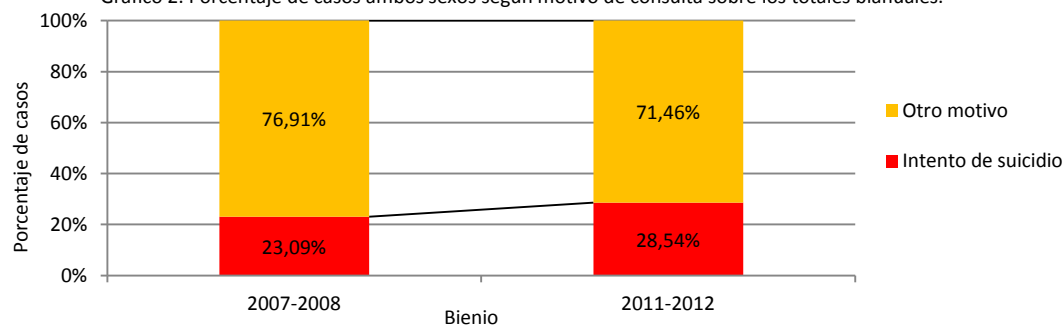


Tabla 3.

Cantidad de casos ambos sexos según año de atención y grupo de motivo de consulta.

Año	Intento de suicidio		Otro motivo		Todo motivo de consulta		
	f	f'	f	f'	f	f'	
2007		109	0.23	313	0.23	422	0.23
2008		106	0.22	403	0.29	509	0.27
2011		132	0.27	340	0.25	472	0.25
2012		134	0.28	326	0.23	460	0.25
N		481	1	1382	1	1863	1

$(\chi_o^2 [10.39] < \chi_c^2 [11.34], df = 3)$.

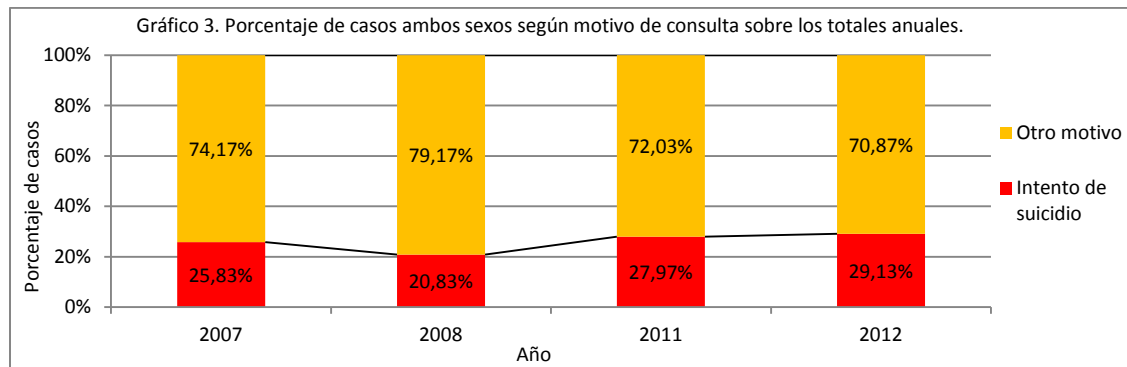


Tabla 4.

Cantidad de casos ambos sexos según estación de atención y grupo de motivo de consulta.

Estación	Intento de suicidio		Otro motivo		Todo motivo de consulta		
	f	f'	f	f'	f	f'	
Verano		99	0.2	333	0.24	432	0.23
Otoño		109	0.23	327	0.24	436	0.23
Invierno		125	0.26	341	0.25	466	0.25
Primavera		148	0.31	381	0.27	529	0.29
N		481	1	1382	1	1863	1

$(\chi_o^2 [3.57] < \chi_c^2 [11.34], df = 3)$.

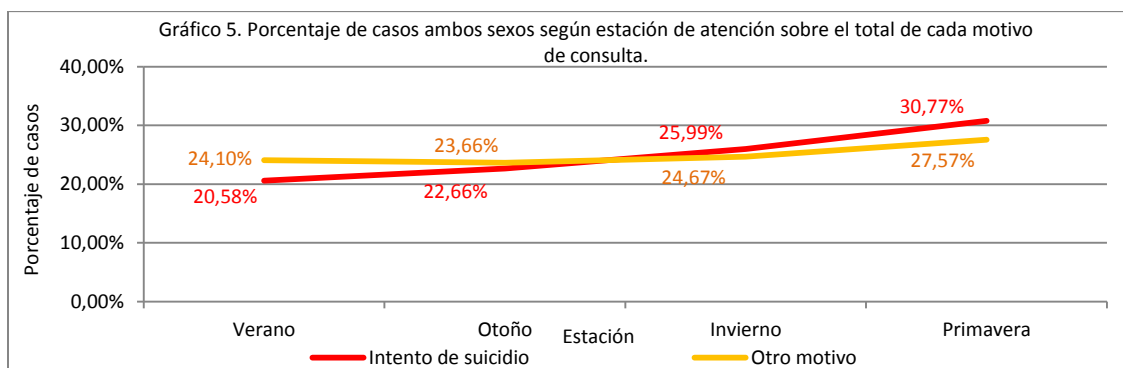
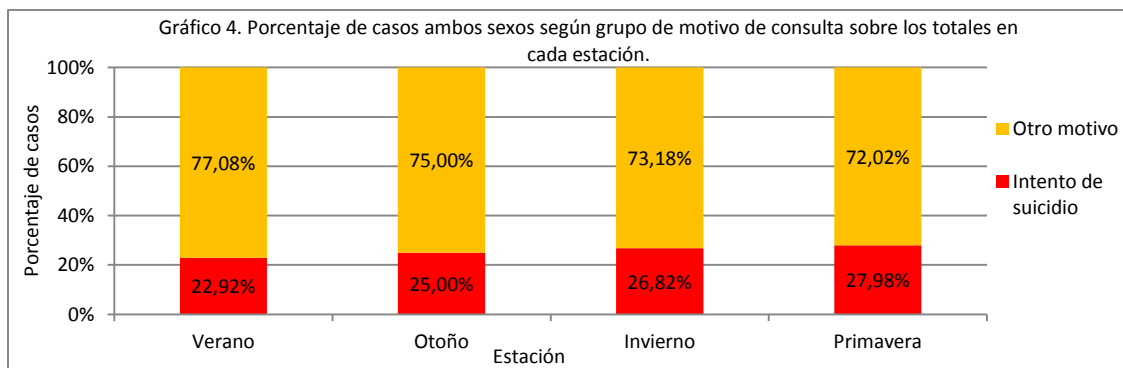


Tabla 5.
Cantidad de casos por intento de suicidio ambos sexos según estación, año y bienio de atención.

Estación	2007		2008		2007-2008		2011		2012		2011-2012	
	f	f'	f	f'	f	f'	f	f'	f	f'	f	f'
Verano	19	0.17	21	0.2	40	0.19	28	0.21	31	0.23	59	0.22
Otoño	22	0.2	20	0.19	42	0.2	38	0.29	29	0.22	67	0.25
Invierno	27	0.25	30	0.28	57	0.26	34	0.26	34	0.25	68	0.26
Primavera	41	0.38	35	0.33	76	0.35	32	0.24	40	0.3	72	0.27
Total	109	1	106	1	215	1	132	1	134	1	266	1

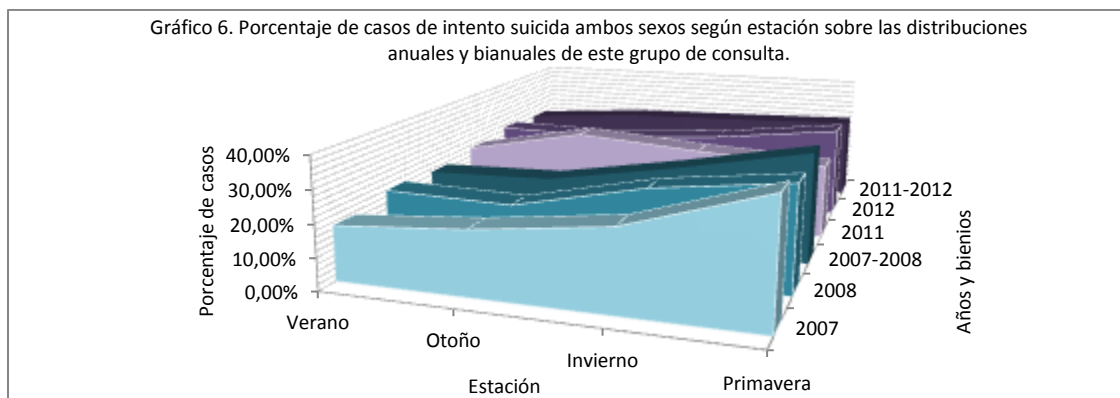
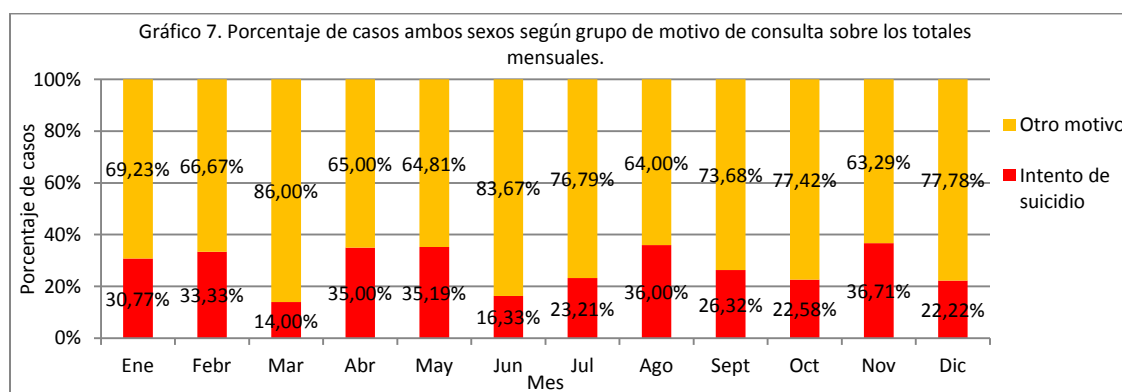


Tabla 6.
Cantidad de casos ambos sexos en el periodo total de estudio según mes de atención y grupo de motivo de consulta.

Mes	Intento de suicidio		Otro motivo		Todo motivo de consulta		
	f	f'	f	f'	f	f'	
Enero		33	0.07	100	0.07	133	0.07
Febrero		39	0.08	110	0.08	149	0.08
Marzo		26	0.05	123	0.09	149	0.08
Abril		48	0.1	133	0.1	181	0.1
Mayo		37	0.08	92	0.07	129	0.07
Junio		27	0.06	111	0.08	138	0.07
Julio		37	0.08	106	0.08	143	0.08
Agosto		46	0.09	114	0.08	160	0.09
Septiembre		47	0.1	101	0.07	148	0.08
Octubre		47	0.1	112	0.08	159	0.09
Noviembre		55	0.11	141	0.1	196	0.1
Diciembre		39	0.08	139	0.1	178	0.09
N		481	1	1382	1	1863	1

($\chi_o^2 [15.47] < \chi_c^2 [24.72], df = 11$).



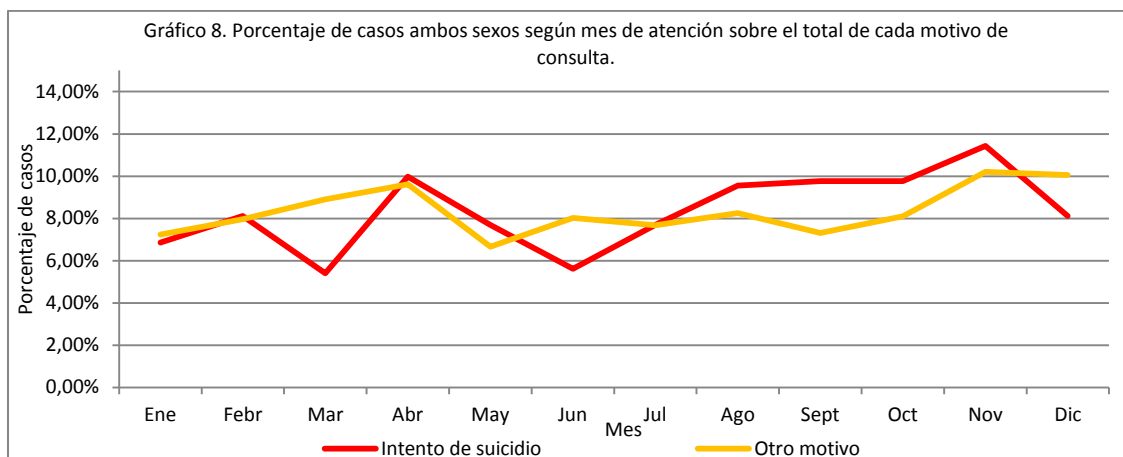
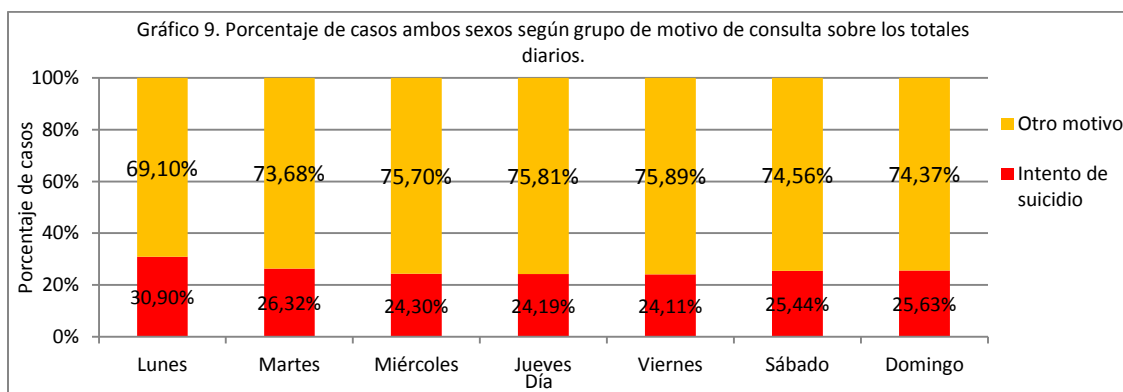


Tabla 7. Cantidad de casos ambos sexos en el periodo total de estudio según día de atención y grupo de motivo de consulta.

Día	Intento de suicidio		Otro motivo		Todo motivo de consulta		
	f	f'	f	f'	f	f'	
Lunes		72	0.15	161	0.12	233	0.13
Martes		65	0.13	182	0.13	247	0.13
Miércoles		52	0.11	162	0.12	214	0.11
Jueves		52	0.11	163	0.12	215	0.12
Viernes		61	0.13	192	0.14	253	0.14
Sábado		87	0.18	255	0.18	342	0.18
Domingo		92	0.19	267	0.19	359	0.19
N		481	1	1382	1	1863	1

$(\chi_o^2 [4.16] < \chi_c^2 [16.81], df = 6).$



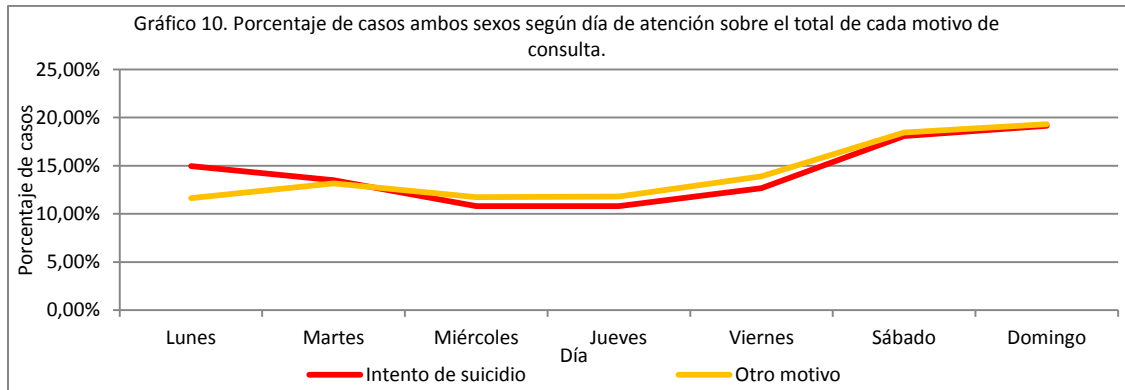


Tabla 8.
Cantidad de casos en el periodo total de estudio según grupo de motivo de consulta y sexo.

Motivo de consulta	Femenino		Masculino		Ambos sexos	
	f	f'	f	f'	f	f'
Intento de suicidio	293	0.25	188	0.28	481	0.26
Otro motivo	896	0.75	486	0.72	1382	0.74
Todo motivo de consulta	1189	1	674	1	1863	1

$(\chi_o^2 [2.37] < \chi_c^2 [6.64], df = 1)$.

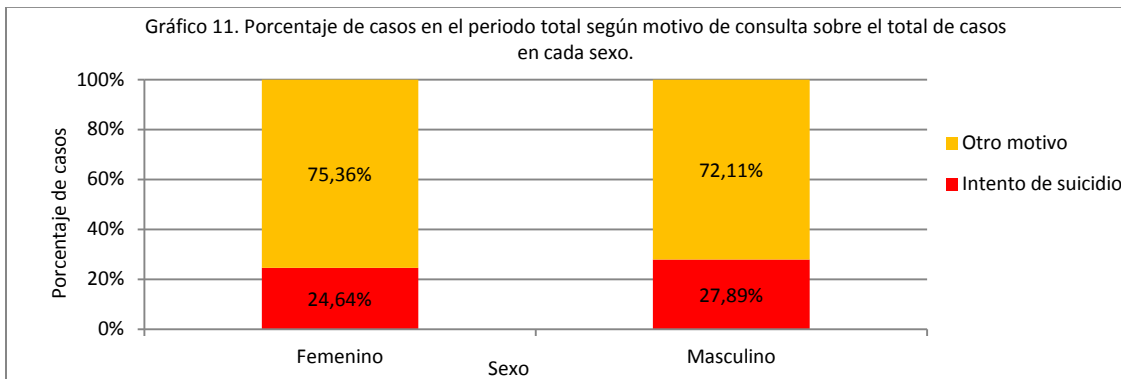


Tabla 9.
Cantidad de casos ambos sexos en el periodo total de estudio según franja etaria y grupo de motivo de consulta.

Franja etaria	Intento de suicidio		Otro motivo		Todo motivo de consulta		
	f	f'	f	f'	f	f'	
15-24		257	0.53	428	0.31	685	0.37
25-34		125	0.26	381	0.28	506	0.27
35-44		62	0.13	277	0.2	339	0.18
45-54		25	0.05	164	0.12	189	0.1
55-64		8	0.02	83	0.06	91	0.05
65-74		4	0.01	35	0.02	39	0.02
75-84		0	0	14	0.01	14	0.01
N		481	1	1382	1	1863	1

$(\chi_0^2 [98.50] > \chi_c^2 [16.81], df = 6).$

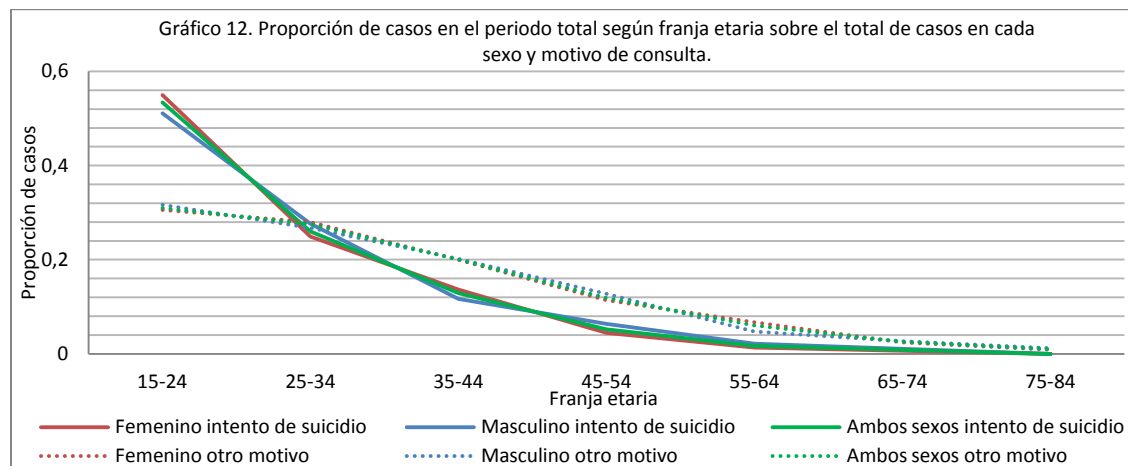


Tabla 10.
Cantidad de casos en el periodo total de estudio según grupo de motivo de consulta, franja etaria y sexo.

Franja etaria	Intento de suicidio				Otro motivo			
	Femenino		Masculino		Femenino		Masculino	
	f	f'	f	f'	f	f'	f	f'
15-24	161	0.55	96	0.51	274	0.31	154	0.32
25-34	73	0.25	52	0.28	251	0.28	130	0.27
35-44	40	0.14	22	0.12	179	0.2	98	0.2
45-54	13	0.04	12	0.06	102	0.11	62	0.13
55-64	4	0.01	4	0.02	60	0.07	23	0.05
65-74	2	0.01	2	0.01	22	0.02	13	0.02
75-84	0	0	0	0	8	0.01	6	0.01
N	293	1	188	1	896	1	486	1

Tabla 10a.

Cantidad de casos sexo femenino en el periodo total de estudio según grupo de motivo de consulta y franja etaria.

Franja etaria	Intento de suicidio		Otro motivo		Todo motivo de consulta		
	f	f'	f	f'	f	f'	
15-24		161	0.55	274	0.31	435	0.37
25-34		73	0.25	251	0.28	324	0.27
35-44		40	0.14	179	0.2	219	0.18
45-54		13	0.04	102	0.11	115	0.1
55-64		4	0.01	60	0.07	64	0.05
65-74		2	0.01	22	0.02	24	0.02
75-84		0	0	8	0.01	8	0.01
N		293	1	896	1	1189	1

$(\chi_o^2 [70.13] > \chi_c^2 [16.81], df = 6), V = 0.24.$

Tabla 10b.

Cantidad de casos sexo masculino en el periodo total de estudio según grupo de motivo de consulta y franja etaria.

Franja etaria	Intento de suicidio		Otro motivo		Todo motivo de consulta		
	f	f'	f	f'	f	f'	
15-24		96	0.51	154	0.32	250	0.37
25-34		52	0.28	130	0.27	182	0.27
35-44		22	0.12	98	0.2	120	0.18
45-54		12	0.06	62	0.13	74	0.11
55-64		4	0.02	23	0.05	27	0.04
65-74		2	0.01	13	0.02	15	0.02
75-84		0	0	6	0.01	6	0.01
N		188	1	486	1	674	1

$(\chi_o^2 [30.42] > \chi_c^2 [16.81], df = 6), V = 0.21.$

Tabla 10c.

Cantidad de casos de intento de suicidio en el periodo total de estudio según franja etaria y sexo.

Franja etaria	Femenino		Masculino		Ambos sexos		
	f	f'	f	f'	f	f'	
15-24		161	0.55	96	0.51	257	0.53
25-34		73	0.25	52	0.28	125	0.26
35-44		40	0.14	22	0.12	62	0.13
45-54		13	0.04	12	0.06	25	0.05
55-74		6	0.02	6	0.03	12	0.02
N		293	1	188	1	481	1

$(\chi_o^2 [2.44] < \chi_c^2 [13.28], df = 4).$

Tabla 10d.

Cantidad de casos de otro motivo de consulta en el periodo total de estudio según franja etaria y sexo.

Franja etaria	Femenino		Masculino		Ambos sexos	
	f	f'	f	f'	f	f'
15-24	274	0.31	154	0.32	428	0.31
25-34	251	0.28	130	0.27	381	0.28
35-44	179	0.2	98	0.2	277	0.2
45-54	102	0.11	62	0.13	164	0.12
55-64	60	0.07	23	0.05	83	0.06
65-74	22	0.02	13	0.02	35	0.02
75-84	8	0.01	6	0.01	14	0.01
N	896	1	486	1	1382	1

$(\chi_o^2 [3.27] < \chi_c^2 [16.81], df = 6).$

Tabla 11.

Cantidad de casos por intento de suicidio en el periodo total de estudio según situación ocupacional general y sexo.

Situación ocupacional general	Femenino		Masculino		Ambos sexos	
	f	f'	f	f'	f	f'
Con ocupación	255	0.87	147	0.78	402	0.84
Sin ocupación	38	0.13	41	0.22	79	0.16
N	293	1	188	1	481	1

$(\chi_o^2 [6.52] < \chi_c^2 [6.64], df = 1).$

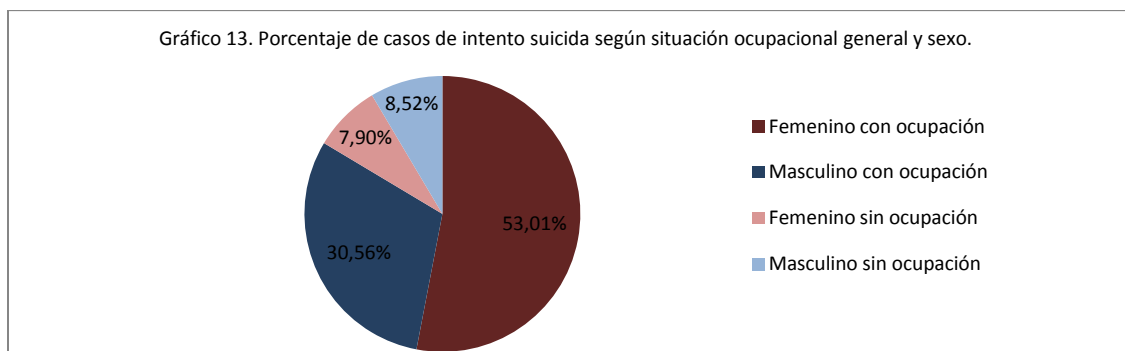


Tabla 12.

Cantidad de casos por intento de suicidio en el periodo total de estudio según situación ocupacional específica y sexo.

Situación ocupacional específica	Femenino		Masculino		Ambos sexos	
	f	f'	f	f'	f	f'
Estudiante	130	0.44	62	0.33	192	0.4
Laboral (incluye ama de casa)	125	0.43	85	0.45	210	0.44
Sin ocupación referida	30	0.1	36	0.19	66	0.14
Desempleado	5	0.02	3	0.02	8	0.01
Jubilado	3	0.01	2	0.01	5	0.01
N	293	1	188	1	481	1

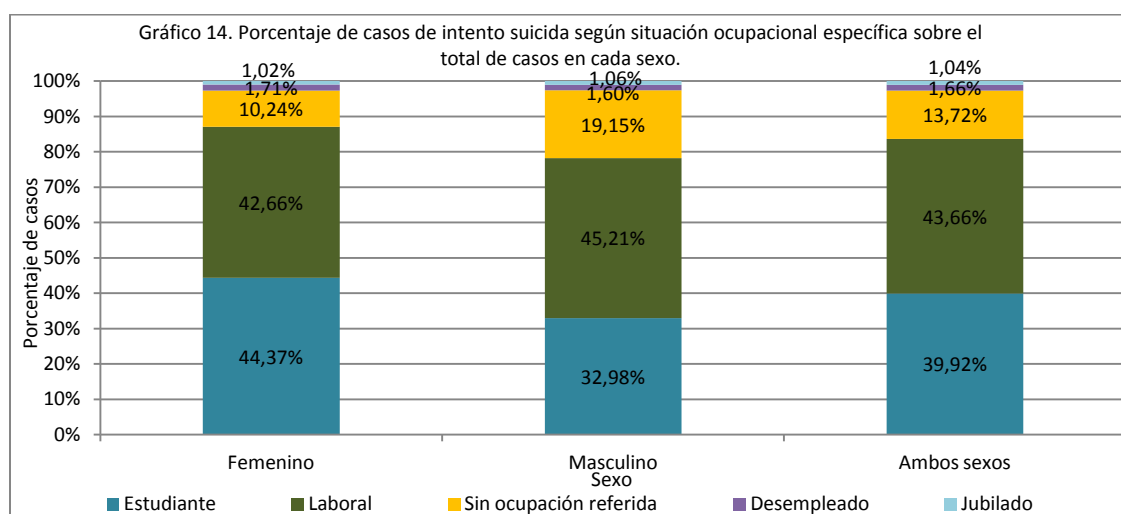


Tabla 12a.

Cantidad de casos por intento de suicidio en el periodo total de estudio según situación ocupacional específica y sexo.

Situación ocupacional específica	Femenino		Masculino		Ambos sexos	
	f	f'	f	f'	f	f'
Estudiante	130	0.44	62	0.33	192	0.4
Laboral (incluye ama de casa)	125	0.43	85	0.45	210	0.44
Sin ocupación referida + Jubilado	33	0.11	38	0.2	71	0.15
Desempleado	5	0.02	3	0.02	8	0.01
N	293	1	188	1	481	1

$(\chi_o^2 [10.12] < \chi_c^2 [11.34], df = 3)$.

Tabla 13.

Cantidad de casos por intento de suicidio en el periodo total de estudio según situación ocupacional general, sexo y franja etaria.

Franja etaria	Femenino				Masculino				Ambos sexos			
	Situación ocupacional general				Situación ocupacional general				Situación ocupacional general			
	Con ocupación		Sin ocupación		Con ocupación		Sin ocupación		Con ocupación		Sin ocupación	
	f	f'	f	f'	f	f'	f	f'	f	f'	f	f'
15-24	145	0.57	16	0.42	78	0.53	18	0.44	223	0.55	34	0.43
25-34	61	0.24	12	0.32	42	0.29	10	0.25	103	0.26	22	0.28
35-44	35	0.14	5	0.13	15	0.1	7	0.17	50	0.12	12	0.15
45-54	13	0.05	0	0	11	0.07	1	0.02	24	0.06	1	0.01
55-64	1	0.004	3	0.08	1	0.01	3	0.07	2	0.01	6	0.08
65-74	0	0	2	0.05	0	0	2	0.05	0	0	4	0.05
N	255	1	38	1	147	1	41	1	402	1	79	1

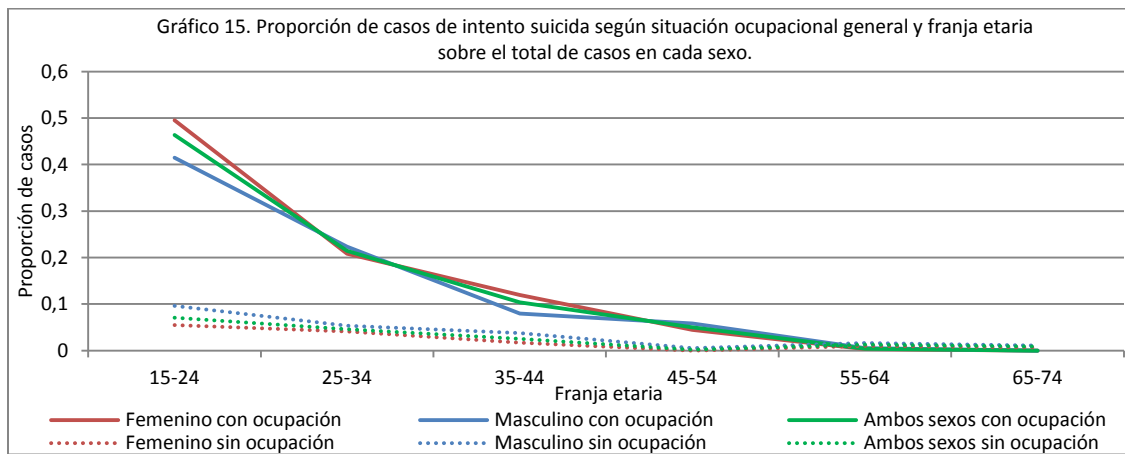


Tabla 13a.

Cantidad de casos por intento de suicidio ambos sexos en el periodo total de estudio según situación ocupacional general y franja etaria.

Franja etaria	Situación ocupacional general				Total	
	Con ocupación		Sin ocupación			
	f	f'	f	f'	f	f'
15-24	223	0.55	34	0.43	257	0.53
25-34	103	0.26	22	0.28	125	0.26
35-44	50	0.12	12	0.15	62	0.13
45-54	24	0.06	1	0.01	25	0.05
55-74	2	0.005	10	0.13	12	0.02
N	402	1	79	1	481	1

$(\chi_o^2 [44.40] > \chi_c^2 [13.28], df = 4), V = 0.30.$

Tabla 13b.

Cantidad de casos por intento de suicidio sexo femenino en el periodo total de estudio según situación ocupacional general y franja etaria.

Franja etaria	Situación ocupacional general				Total	
	Con ocupación		Sin ocupación		f	f'
	f	f'	f	f'		
15-24	145	0.57	16	0.42	161	0.55
25-34	61	0.24	12	0.32	73	0.25
35-44	35	0.14	5	0.13	40	0.14
45-54	13	0.05	0	0	13	0.04
55-74	1	0.004	5	0.13	6	0.02
N	255	1	38	1	293	1

$(\chi_o^2 [30.28] > \chi_c^2 [13.28], df = 4), V = 0.32.$

Tabla 13c.

Cantidad de casos por intento de suicidio sexo masculino en el periodo total de estudio según situación ocupacional general y franja etaria.

Franja etaria	Situación ocupacional general				Total	
	Con ocupación		Sin ocupación		f	f'
	f	f'	f	f'		
15-24	78	0.53	18	0.44	96	0.51
25-34	42	0.29	10	0.25	52	0.28
35-44	15	0.1	7	0.17	22	0.12
45-54	11	0.07	1	0.02	12	0.06
55-74	1	0.01	5	0.12	6	0.03
N	147	1	41	1	188	1

$(\chi_o^2 [16.59] > \chi_c^2 [13.28], df = 4), V = 0.30.$

Tabla 14.

Cantidad de casos por intento de suicidio ambos sexos en el periodo total de estudio según situación ocupacional específica y franja etaria.

Franja etaria	Situación ocupacional específica									
	Estudiante		Laboral		Sin ocupación referida		Desempleado		Jubilado	
	f	f'	f	f'	f	f'	f	f'	f	f'
15-24	180	0.94	43	0.21	32	0.48	2	0.25	0	0
25-34	12	0.06	91	0.43	19	0.29	3	0.375	0	0
35-44	0	0	50	0.24	9	0.14	3	0.375	0	0
45-54	0	0	24	0.11	1	0.01	0	0	0	0
55-64	0	0	2	0.01	5	0.08	0	0	1	0.2
65-74	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0.8
N	192	1	210	1	66	1	8	1	5	1

Tabla 15.

Cantidad de casos por intento de suicidio sexo femenino en el periodo total de estudio según situación ocupacional específica y franja etaria.

Franja etaria	Situación ocupacional específica									
	Estudiante		Laboral		Sin ocupación referida		Desempleado		Jubilado	
	f	f'	f	f'	f	f'	f	f'	f	f'
15-24	122	0.94	23	0.18	15	0.5	1	0.2	0	0
25-34	8	0.06	53	0.42	11	0.36	1	0.2	0	0
35-44	0	0	35	0.28	2	0.07	3	0.6	0	0
45-54	0	0	13	0.11	0	0	0	0	0	0
55-64	0	0	1	0.01	2	0.07	0	0	1	0.33
65-74	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0.67
N	130	1	125	1	30	1	5	1	3	1

Tabla 16.

Cantidad de casos por intento de suicidio sexo masculino en el periodo total de estudio según situación ocupacional específica y franja etaria.

Franja etaria	Situación ocupacional específica									
	Estudiante		Laboral		Sin ocupación referida		Desempleado		Jubilado	
	f	f'	f	f'	f	f'	f	f'	f	f'
15-24	58	0.94	20	0.23	17	0.47	1	0.33	0	0
25-34	4	0.06	38	0.45	8	0.22	2	0.67	0	0
35-44	0	0	15	0.18	7	0.19	0	0	0	0
45-54	0	0	11	0.13	1	0.03	0	0	0	0
55-64	0	0	1	0.01	3	0.09	0	0	0	0
65-74	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1
N	62	1	85	1	36	1	3	1	2	1

Tabla 14a.

Cantidad de casos por intento de suicidio ambos sexos en el periodo total de estudio según situación ocupacional específica y franja etaria.

Franja etaria	Situación ocupacional específica										Total	
	Estudiante		Laboral		Sin ocupación referida		Desempleado		Jubilado			
	f	f'	f	f'	f	f'	f	f'	f	f'		
15-34	192	1	134	0.64	51	0.77	5	0.62	0	0	382	0.79
35-54	0	0	74	0.35	10	0.15	3	0.37	0	0	87	0.18
55-74	0	0	2	0.01	5	0.08	0	0	5	1	12	0.02
N	192	1	210	1	66	1	8	1	5	1	481	1

$(\chi_o^2 [305] > \chi_c^2 [20.09], df = 8 [f_i < 5: +20\%]), V = 0.56.$

Tabla 15a.

Cantidad de casos por intento de suicidio sexo femenino en el periodo total de estudio según situación ocupacional específica y franja etaria.

Franja etaria	Situación ocupacional específica										Total	
	Estudiante		Laboral		Sin ocupación referida		Desempleado		Jubilado			
	f	f'	f	f'	f	f'	f	f'	f	f'	f	f'
15-34	130	1	76	0.61	26	0.87	2	0.4	0	0	234	0.8
35-54	0	0	48	0.38	2	0.07	3	0.6	0	0	53	0.18
55-74	0	0	1	0.01	2	0.07	0	0	3	1	6	0.02
N	130	1	125	1	30	1	5	1	3	1	293	1

$(\chi_o^2 [228.23] > \chi_c^2 [20.09], df = 8 [f_t < 5: +20\%]), V = 0.62.$

Tabla 16a.

Cantidad de casos por intento de suicidio sexo masculino en el periodo total de estudio según situación ocupacional específica y franja etaria.

Franja etaria	Situación ocupacional específica										Total	
	Estudiante		Laboral		Sin ocupación referida		Desempleado		Jubilado			
	f	f'	f	f'	f	f'	f	f'	f	f'	f	f'
15-34	62	1	58	0.68	25	0.69	3	1	0	0	148	0.79
35-54	0	0	26	0.31	8	0.22	0	0	0	0	34	0.18
55-74	0	0	1	0.01	3	0.08	0	0	2	1	6	0.03
N	62	1	85	1	36	1	3	1	2	1	188	1

$(\chi_o^2 [32.88] > \chi_c^2 [20.09], df = 8 [f_t < 5: +20\%]), V = 0.30.$

Tabla 17.

Cantidad de casos por intento de suicidio en el periodo total de estudio según estado civil general y sexo.

Estado civil general	Femenino		Masculino		Ambos sexos		
	f	f'	f	f'	f	f'	
Con relación		124	0.42	80	0.43	204	0.42
Sin relación		169	0.58	108	0.57	277	0.58
N		293	1	188	1	481	1

$(\chi_o^2 [0.003] < \chi_c^2 [6.64], df = 1).$

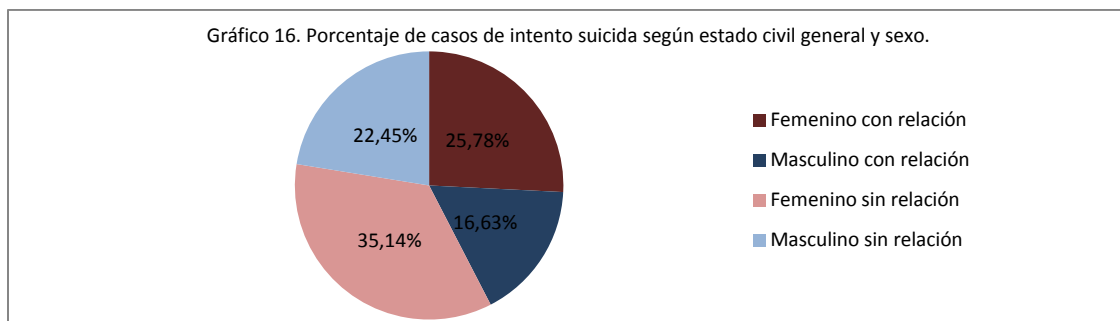


Tabla 18.

Cantidad de casos por intento de suicidio en el periodo total de estudio según estado civil específico y sexo.

Estado civil específico	Femenino		Masculino		Ambos sexos	
	f	f'	f	f'	f	f'
Soltero	122	0.42	82	0.44	204	0.42
En pareja (no conviviente)	65	0.22	47	0.25	112	0.23
Separado (ruptura de relación no conviviente)	34	0.12	19	0.1	53	0.11
Casado/concubinato	59	0.2	33	0.17	92	0.19
Divorciado (ruptura de relación conviviente)	12	0.04	6	0.03	18	0.04
Viudo	1	0.003	1	0.01	2	0.01
N	293	1	188	1	481	1

$(\chi_o^2 [1.47] < \chi_c^2 [15.09], df = 5).$

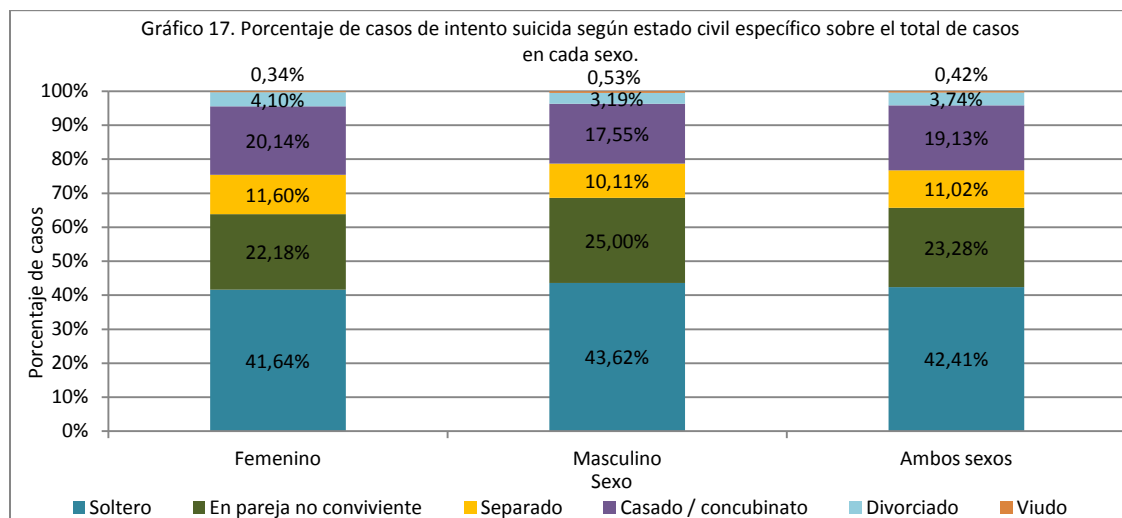


Tabla 19.

Cantidad de casos por intento de suicidio en el periodo total de estudio según estado civil general, franja etaria y sexo.

Franja etaria	Femenino				Masculino				Ambos sexos			
	Estado civil general				Estado civil general				Estado civil general			
	Con relación		Sin relación		Con relación		Sin relación		Con relación		Sin relación	
	f	f'	f	f'	f	f'	f	f'	f	f'	f	f'
15-24	46	0.37	115	0.68	34	0.43	62	0.57	80	0.39	177	0.64
25-34	41	0.33	32	0.19	28	0.35	24	0.22	69	0.34	56	0.2
35-44	23	0.19	17	0.1	10	0.12	12	0.11	33	0.16	29	0.1
45-54	9	0.07	4	0.02	7	0.09	5	0.05	16	0.08	9	0.03
55-64	3	0.02	1	0.01	0	0	4	0.04	3	0.01	5	0.02
65-74	2	0.02	0	0	1	0.01	1	0.01	3	0.01	1	0.01
N	124	1	169	1	80	1	108	1	204	1	277	1

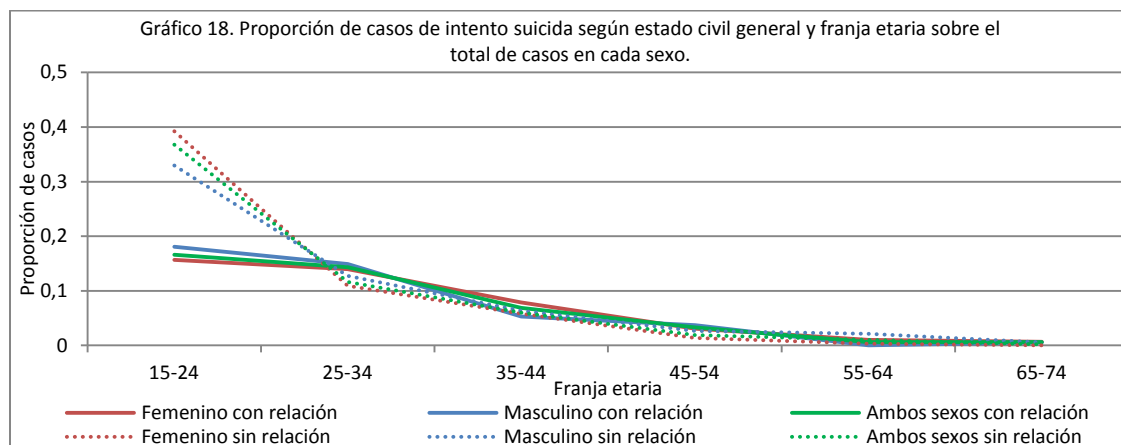


Tabla 19a.

Cantidad de casos por intento de suicidio ambos sexos en el periodo total de estudio según estado civil general y franja etaria.

Franja etaria	Estado civil general				Total	
	Con relación		Sin relación			
	f	f'	f	f'	f	f'
15-24	80	0.39	177	0.64	257	0.53
25-34	69	0.34	56	0.2	125	0.26
35-44	33	0.16	29	0.1	62	0.13
45-54	16	0.08	9	0.03	25	0.05
55-74	6	0.03	6	0.02	12	0.02
N	204	1	277	1	481	1

$(\chi_o^2 [29.80] > \chi_c^2 [13.28], df = 4), V = 0.25.$

Tabla 19b.

Cantidad de casos por intento de suicidio sexo femenino en el periodo total de estudio según estado civil general y franja etaria.

Franja etaria	Estado civil general				Total	
	Con relación		Sin relación			
	f	f'	f	f'	f	f'
15-24	46	0.37	115	0.68	161	0.55
25-34	41	0.33	32	0.19	73	0.25
35-44	23	0.19	17	0.1	40	0.14
45-54	9	0.07	4	0.02	13	0.04
55-74	5	0.04	1	0.01	6	0.02
N	124	1	169	1	293	1

$(\chi_o^2 [29.98] > \chi_c^2 [13.28], df = 4), V = 0.32.$

Tabla 19c.

Cantidad de casos por intento de suicidio sexo masculino en el periodo total de estudio según estado civil general y franja etaria.

Franja etaria	Estado civil general				Total	
	Con relación		Sin relación			
	f	f'	f	f'	f	f'
15-24	34	0.43	62	0.57	96	0.51
25-34	28	0.35	24	0.22	52	0.28
35-44	10	0.12	12	0.11	22	0.12
45-54	7	0.09	5	0.05	12	0.06
55-74	1	0.01	5	0.05	6	0.03
N	80	1	108	1	188	1

$(\chi_o^2 [7.64] < \chi_c^2 [13.28], df = 4).$

Tabla 20.

Cantidad de casos por intento de suicidio ambos sexos en el periodo total de estudio según estado civil específico y franja etaria.

Franja etaria	Estado civil específico											
	Soltero		En pareja (no conviviente)		Separado		Casado/ concubinato		Divorciado		Viudo	
	f	f'	f	f'	f	f'	f	f'	f	f'	f	f'
15-24	144	0.71	67	0.6	30	0.57	13	0.14	2	0.11	1	0.5
25-34	39	0.19	37	0.33	13	0.24	32	0.35	4	0.22	0	0
35-44	14	0.07	5	0.04	8	0.15	28	0.31	7	0.39	0	0
45-54	4	0.02	3	0.03	2	0.04	13	0.14	3	0.17	0	0
55-64	3	0.01	0	0	0	0	3	0.03	2	0.11	0	0
65-74	0	0	0	0	0	0	3	0.03	0	0	1	0.5
N	204	1	112	1	53	1	92	1	18	1	2	1

Tabla 21.

Cantidad de casos por intento de suicidio sexo femenino en el periodo total de estudio según estado civil específico y franja etaria.

Franja etaria	Estado civil específico											
	Soltero		En pareja (no conviviente)		Separado		Casado/ concubinato		Divorciado		Viudo	
	f	f'	f	f'	f	f'	f	f'	f	f'	f	f'
15-24	93	0.76	39	0.6	19	0.56	7	0.12	2	0.17	1	1
25-34	21	0.17	21	0.32	8	0.23	20	0.34	3	0.25	0	0
35-44	7	0.06	3	0.05	5	0.15	20	0.34	5	0.42	0	0
45-54	1	0.01	2	0.03	2	0.06	7	0.12	1	0.08	0	0
55-64	0	0	0	0	0	0	3	0.05	1	0.08	0	0
65-74	0	0	0	0	0	0	2	0.03	0	0	0	0
N	122	1	65	1	34	1	59	1	12	1	1	1

Tabla 22.

Cantidad de casos por intento de suicidio sexo masculino en el periodo total de estudio según estado civil específico y franja etaria.

Franja etaria	Estado civil específico											
	Soltero		En pareja (no conviviente)		Separado		Casado/ concubinato		Divorciado		Viudo	
	f	f'	f	f'	f	f'	f	f'	f	f'	f	f'
15-24	51	0.62	28	0.6	11	0.58	6	0.18	0	0	0	0
25-34	18	0.22	16	0.34	5	0.26	12	0.37	1	0.17	0	0
35-44	7	0.08	2	0.04	3	0.16	8	0.24	2	0.33	0	0
45-54	3	0.04	1	0.02	0	0	6	0.18	2	0.33	0	0
55-64	3	0.04	0	0	0	0	0	0	1	0.17	0	0
65-74	0	0	0	0	0	0	1	0.03	0	0	1	1
N	82	1	47	1	19	1	33	1	6	1	1	1

Tabla 20a.

Cantidad de casos por intento de suicidio ambos sexos en el periodo total de estudio según estado civil específico y franja etaria.

Franja etaria	Estado civil específico												Total	
	Soltero		En pareja (no conviviente)		Separado		Casado/ concubinato		Divorciado		Viudo			
	f	f'	f	f'	f	f'	f	f'	f	f'	f	f'	f	f'
15-24	144	0.71	67	0.6	30	0.57	13	0.14	2	0.11	1	0.5	257	0.53
25-34	39	0.19	37	0.33	13	0.24	32	0.35	4	0.22	0	0	125	0.26
35-54	18	0.09	8	0.07	10	0.19	41	0.45	10	0.56	0	0	87	0.18
55-74	3	0.01	0	0	0	0	6	0.06	2	0.11	1	0.5	12	0.02
N	204	1	112	1	53	1	92	1	18	1	2	1	481	1

$(\chi_o^2 [155.47] > \chi_c^2 [30.58], df = 15 [f_i < 5: +20\%]), V = 0.33.$

Tabla 21a.

Cantidad de casos por intento de suicidio sexo femenino en el periodo total de estudio según estado civil específico y franja etaria.

Franja etaria	Estado civil específico												Total	
	Soltero		En pareja (no conviviente)		Separado		Casado/ concubinato		Divorciado		Viudo			
	f	f'	f	f'	f	f'	f	f'	f	f'	f	f'	f	f'
15-24	93	0.76	39	0.6	19	0.56	7	0.12	2	0.17	1	1	161	0.55
25-34	21	0.17	21	0.32	8	0.23	20	0.34	3	0.25	0	0	73	0.25
35-54	8	0.07	5	0.08	7	0.21	27	0.46	6	0.5	0	0	53	0.18
55-74	0	0	0	0	0	0	5	0.08	1	0.08	0	0	6	0.02
N	122	1	65	1	34	1	59	1	12	1	1	1	293	1

$(\chi_o^2 [103.97] > \chi_c^2 [30.58], df = 15 [f_i < 5: +20\%]), V = 0.34.$

Tabla 22a.

Cantidad de casos por intento de suicidio sexo masculino en el periodo total de estudio según estado civil específico y franja etaria.

Franja etaria	Estado civil específico												Total	
	Soltero		En pareja (no conviviente)		Separado		Casado/ concubinato		Divorciado		Viudo			
	f	f'	f	f'	f	f'	f	f'	f	f'	f	f'	f	f'
15-24	51	0.62	28	0.6	11	0.58	6	0.18	0	0	0	0	96	0.51
25-34	18	0.22	16	0.34	5	0.26	12	0.37	1	0.17	0	0	52	0.28
35-54	10	0.12	3	0.06	3	0.16	14	0.42	4	0.66	0	0	34	0.18
55-74	3	0.04	0	0	0	0	1	0.03	1	0.17	1	1	6	0.03
N	82	1	47	1	19	1	33	1	6	1	1	1	188	1

$(\chi_o^2 [77.42] > \chi_c^2 [30.58], df = 15 [f_i < 5: +20\%]), V = 0.37.$

Tabla 23.

Cantidad de casos por intento de suicidio en el periodo total de estudio según evaluación de disponibilidad de red de contención socio-familiar y sexo del paciente.

Red de contención	Femenino		Masculino		Ambos sexos		
	f	f'	f	f'	f	f'	
Disponible		264	0.9	163	0.87	427	0.89
No disponible		29	0.1	25	0.13	54	0.11
N		293	1	188	1	481	1

$(\chi_o^2 [0.64] < \chi_c^2 [6.64], df = 1).$

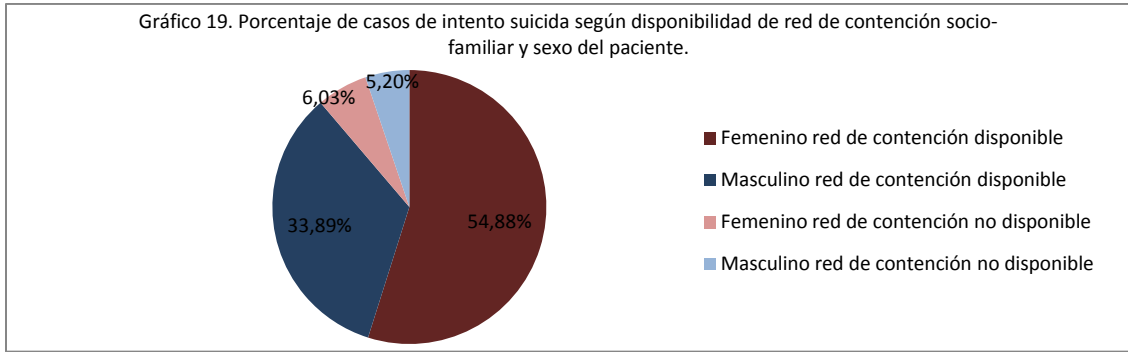


Tabla 24.

Cantidad de casos por intento de suicidio en el periodo total de estudio según evaluación de disponibilidad de red de contención socio-familiar, sexo y franja etaria del paciente.

Franja etaria	Femenino				Masculino				Ambos sexos			
	Red de contención Disponible		Red de contención No disponible		Red de contención Disponible		Red de contención No disponible		Red de contención Disponible		Red de contención No disponible	
	f	f'	f	f'	f	f'	f	f'	f	f'	f	f'
15-24	149	0.56	12	0.41	85	0.52	11	0.44	234	0.55	23	0.43
25-34	62	0.23	11	0.38	45	0.28	7	0.28	107	0.25	18	0.33
35-44	36	0.14	4	0.14	20	0.12	2	0.08	56	0.13	6	0.11
45-54	11	0.04	2	0.07	8	0.05	4	0.16	19	0.04	6	0.11
55-64	4	0.02	0	0	3	0.02	1	0.04	7	0.02	1	0.02
65-74	2	0.01	0	0	2	0.01	0	0	4	0.01	0	0
N	264	1	29	1	163	1	25	1	427	1	54	1

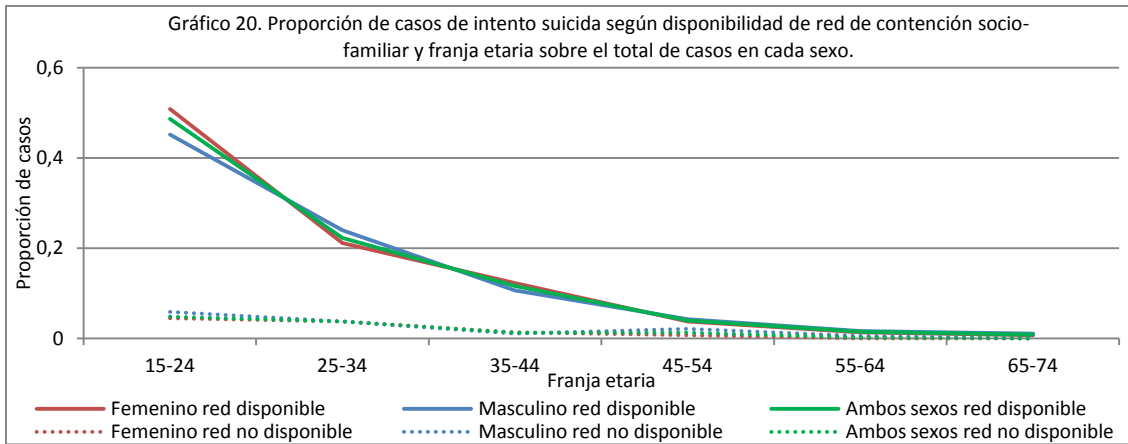


Tabla 24a.

Cantidad de casos por intento de suicidio ambos sexos en el periodo total de estudio según evaluación de disponibilidad de red de contención socio-familiar y franja etaria del paciente.

Franja etaria	Red de contención				Total	
	Disponible		No disponible		f	f'
	f	f'	f	f'		
15-24	234	0.55	23	0.43	257	0.53
25-34	107	0.25	18	0.33	125	0.26
35-44	56	0.13	6	0.11	62	0.13
45-54	19	0.04	6	0.11	25	0.05
55-74	11	0.03	1	0.02	12	0.02
N	427	1	54	1	481	1

$(\chi_o^2 [6.93] < \chi_c^2 [13.28], df = 4).$

Tabla 24b.

Cantidad de casos por intento de suicidio sexo femenino en el periodo total de estudio según evaluación de disponibilidad de red de contención socio-familiar y franja etaria del paciente.

Franja etaria	Red de contención				Total	
	Disponible		No disponible		f	f'
	f	f'	f	f'		
15-24	149	0.56	12	0.41	161	0.55
25-34	62	0.23	11	0.38	73	0.25
35-54	47	0.18	6	0.21	53	0.18
55-74	6	0.02	0	0	6	0.02
N	264	1	29	1	293	1

$(\chi_o^2 [4.04] < \chi_c^2 [11.34], df = 3).$

Tabla 24c.

Cantidad de casos por intento de suicidio sexo masculino en el periodo total de estudio según evaluación de disponibilidad de red de contención socio-familiar y franja etaria del paciente.

Franja etaria	Red de contención				Total	
	Disponible		No disponible		f	f'
	f	f'	f	f'		
15-24	85	0.52	11	0.44	96	0.51
25-34	45	0.28	7	0.28	52	0.28
35-54	28	0.17	6	0.24	34	0.18
55-74	5	0.03	1	0.04	6	0.03
N	163	1	25	1	188	1

$(\chi_o^2 [0.90] < \chi_c^2 [11.34], df = 3).$

Tabla 25.

Cantidad de casos por intento de suicidio en el periodo total de estudio según acompañamiento durante la asistencia y sexo del paciente.

Durante asistencia:	Femenino		Masculino		Ambos sexos	
	f	f'	f	f'	f	f'
Solo	77	0.26	51	0.27	128	0.27
Acompañado	216	0.74	137	0.73	353	0.73
N	293	1	188	1	481	1

$(\chi_0^2 [0.04] < \chi_c^2 [6.64], df = 1)$.

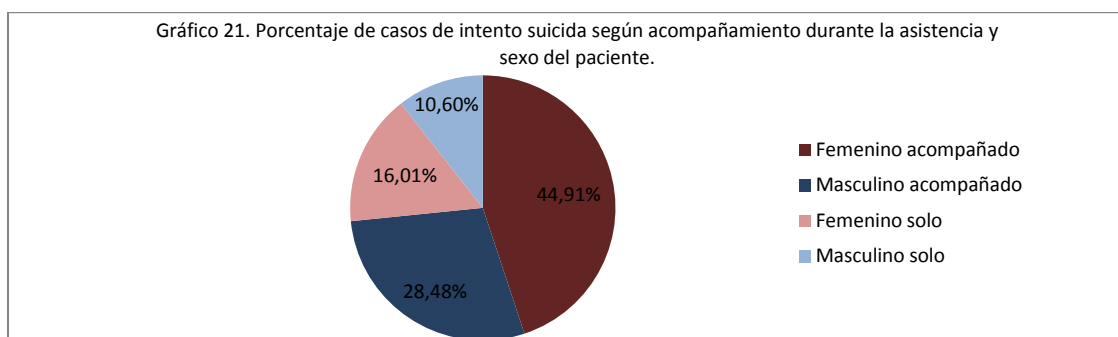


Tabla 26.

Cantidad de casos por intento de suicidio en el periodo total de estudio según acompañamiento durante la asistencia, sexo y franja etaria del paciente.

Franja etaria	Femenino				Masculino				Ambos sexos			
	Durante asistencia:		Durante asistencia:		Durante asistencia:		Durante asistencia:		Durante asistencia:		Durante asistencia:	
	Acompañado	Solo	Acompañado	Solo	Acompañado	Solo	Acompañado	Solo	Acompañado	Solo	Acompañado	Solo
	f	f'	f	f'	f	f'	f	f'	f	f'	f	f'
15-24	130	0.6	31	0.4	79	0.58	17	0.33	209	0.59	48	0.37
25-34	44	0.2	29	0.38	33	0.24	19	0.37	77	0.22	48	0.37
35-44	27	0.13	13	0.17	15	0.11	7	0.14	42	0.12	20	0.16
45-54	9	0.04	4	0.05	6	0.05	6	0.12	15	0.04	10	0.08
55-64	4	0.02	0	0	2	0.01	2	0.04	6	0.02	2	0.02
65-74	2	0.01	0	0	2	0.01	0	0	4	0.01	0	0
N	216	1	77	1	137	1	51	1	353	1	128	1

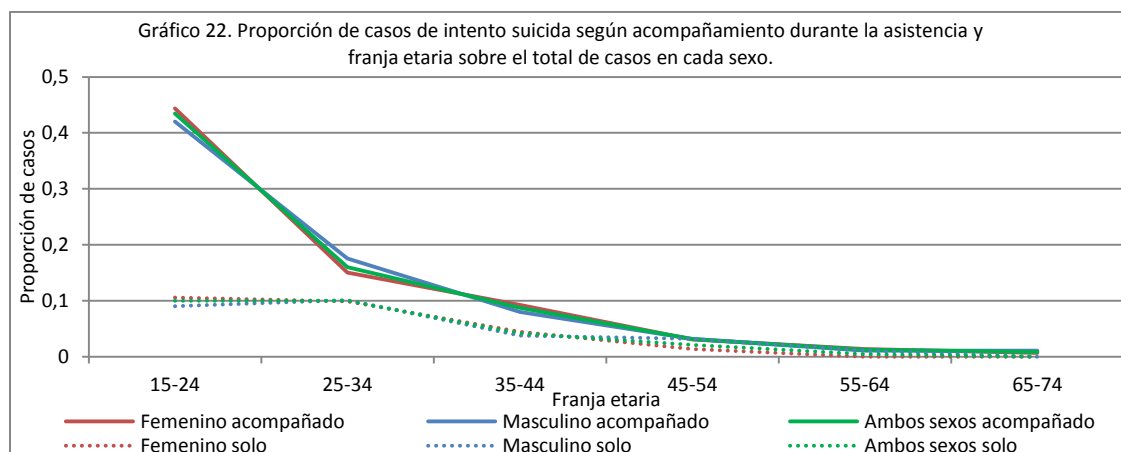


Tabla 26a.

Cantidad de casos por intento de suicidio ambos sexos en el periodo total de estudio según acompañamiento durante la asistencia y franja etaria del paciente.

Franja etaria	Durante la asistencia:				Total	
	Acompañado		Solo		f	f'
	f	f'	f	f'		
15-24	209	0.59	48	0.37	257	0.53
25-34	77	0.22	48	0.37	125	0.26
35-44	42	0.12	20	0.16	62	0.13
45-54	15	0.04	10	0.08	25	0.05
55-74	10	0.03	2	0.02	12	0.02
N	353	1	128	1	481	1

$(\chi_o^2 [21.09] > \chi_c^2 [13.28], df = 4), V = 0.21.$

Tabla 26b.

Cantidad de casos por intento de suicidio sexo femenino en el periodo total de estudio según acompañamiento durante la asistencia y franja etaria del paciente.

Franja etaria	Durante la asistencia:				Total	
	Acompañado		Solo		f	f'
	f	f'	f	f'		
15-24	130	0.6	31	0.4	161	0.55
25-34	44	0.2	29	0.38	73	0.25
35-44	27	0.13	13	0.17	40	0.14
45-54	9	0.04	4	0.05	13	0.04
55-74	6	0.03	0	0	6	0.02
N	216	1	77	1	293	1

$(\chi_o^2 [14.00] > \chi_c^2 [13.28], df = 4), V = 0.22.$

Tabla 26c.

Cantidad de casos por intento de suicidio sexo masculino en el periodo total de estudio según acompañamiento durante la asistencia y franja etaria del paciente.

Franja etaria	Durante la asistencia:				Total	
	Acompañado		Solo			
	f	f'	f	f'	f	f'
15-24	79	0.58	17	0.33	96	0.51
25-34	33	0.24	19	0.37	52	0.28
35-44	15	0.11	7	0.14	22	0.12
45-64	8	0.06	8	0.16	16	0.08
65-74	2	0.01	0	0	2	0.01
N	137	1	51	1	188	1

$(\chi_0^2 [11.86] < \chi_c^2 [13.28], df = 4)$.

Tabla 27.

Cantidad de casos por intento de suicidio en el periodo total de estudio según uso simple o combinado de métodos autolíticos y sexo.

Uso de métodos autolíticos	Femenino		Masculino		Ambos sexos	
	f	f'	f	f'	f	f'
Simple	260	0.89	144	0.77	404	0.84
Combinado	33	0.11	44	0.23	77	0.16
N	293	1	188	1	481	1

$(\chi_0^2 [12.55] > \chi_c^2 [6.64], df = 1), V = 0.16$.

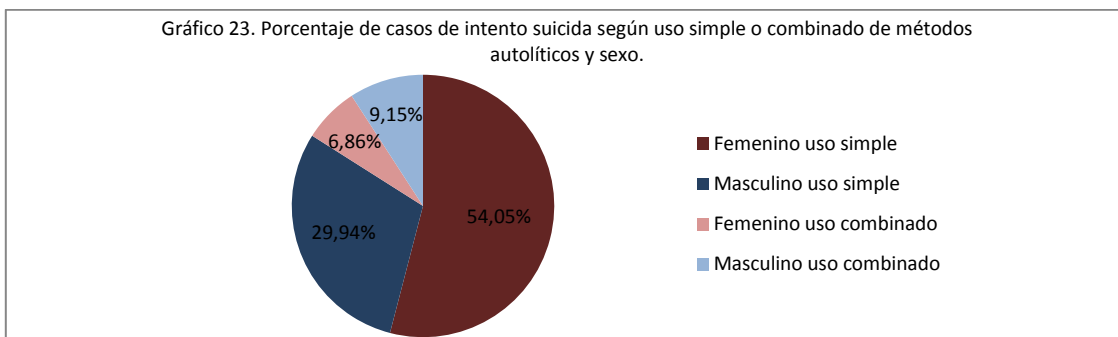


Tabla 28.

Cantidad de casos por intento de suicidio en el periodo total de estudio según uso simple o combinado de métodos autolíticos, franja etaria y sexo.

Franja etaria	Femenino				Masculino				Ambos sexos			
	Uso de métodos Simple		Uso de métodos Combinado		Uso de métodos Simple		Uso de métodos Combinado		Uso de métodos Simple		Uso de métodos Combinado	
	f	f'	f	f'	f	f'	f	f'	f	f'	f	f'
15-24	145	0.56	16	0.49	68	0.47	28	0.64	213	0.53	44	0.57
25-34	64	0.25	9	0.27	42	0.29	10	0.23	106	0.26	19	0.25
35-44	34	0.13	6	0.18	17	0.12	5	0.11	51	0.13	11	0.14
45-54	11	0.04	2	0.06	12	0.08	0	0	23	0.06	2	0.03
55-64	4	0.01	0	0	3	0.02	1	0.02	7	0.02	1	0.01
65-74	2	0.01	0	0	2	0.02	0	0	4	0.01	0	0
N	260	1	33	1	144	1	44	1	404	1	77	1

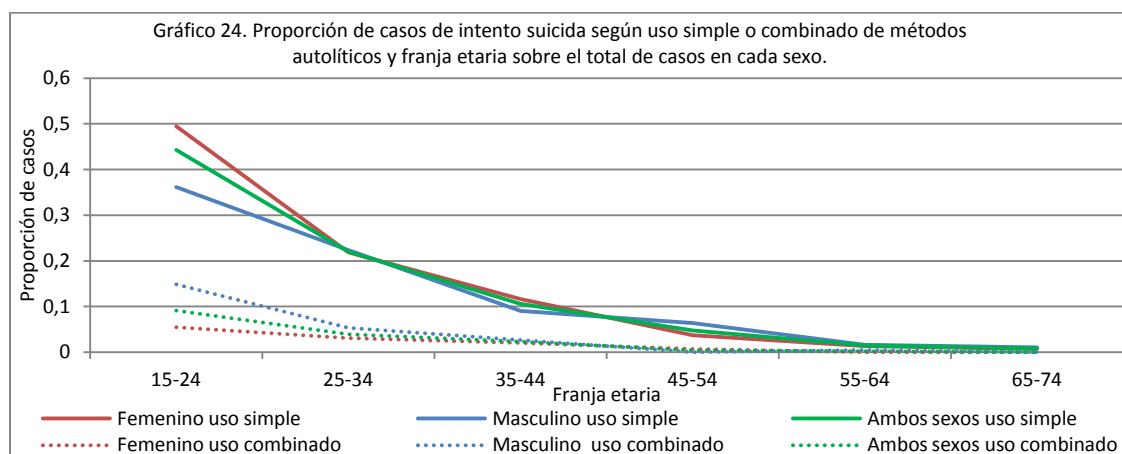


Tabla 28a.

Cantidad de casos por intento de suicidio ambos sexos en el periodo total de estudio según uso simple o combinado de métodos autolíticos y franja etaria.

Franja etaria	Uso de métodos				Total	
	Simple		Combinado			
	f	f'	f	f'	f	f'
15-24	213	0.53	44	0.57	257	0.53
25-34	106	0.26	19	0.25	125	0.26
35-44	51	0.13	11	0.14	62	0.13
45-54	23	0.06	2	0.03	25	0.05
55-74	11	0.03	1	0.01	12	0.02
N	404	1	77	1	481	1

$(\chi_o^2 [2.15] < \chi_c^2 [13.28], df = 4).$

Tabla 28b.

Cantidad de casos por intento de suicidio sexo femenino en el periodo total de estudio según uso simple o combinado de métodos autolíticos y franja etaria.

Franja etaria	Uso de métodos				Total	
	Simple		Combinado		f	f'
	f	f'	f	f'		
15-24	145	0.56	16	0.49	161	0.55
25-34	64	0.25	9	0.27	73	0.25
35-44	34	0.13	6	0.18	40	0.14
45-54	11	0.04	2	0.06	13	0.04
55-74	6	0.02	0	0	6	0.02
N	260	1	33	1	293	1

$(\chi_o^2 [1.91] < \chi_c^2 [13.28], df = 4).$

Tabla 28c.

Cantidad de casos por intento de suicidio sexo masculino en el periodo total de estudio según uso simple o combinado de métodos autolíticos y franja etaria.

Franja etaria	Uso de métodos				Total	
	Simple		Combinado		f	f'
	f	f'	f	f'		
15-24	68	0.47	28	0.64	96	0.51
25-34	42	0.29	10	0.23	52	0.28
35-44	17	0.12	5	0.11	22	0.12
45-54	12	0.08	0	0	12	0.06
55-74	5	0.03	1	0.02	6	0.03
N	144	1	44	1	188	1

$(\chi_o^2 [6.11] < \chi_c^2 [13.28], df = 4).$

Tabla 29.

Cantidad de métodos registrados en intento de suicidio durante el periodo total de estudio según tipo de método empleado y sexo.

Tipo de método	Femenino (293 casos)		Masculino (188 casos)		Ambos sexos (481 casos)	
	f	f'	f	f'	f	f'
Intox. medicamentosa*	173	0.51	56	0.24	229	0.4
Intox. etílica	18	0.05	35	0.15	53	0.09
Intox. con venenos	23	0.07	10	0.04	33	0.06
Intox. con gas	2	0.01	1	0.004	3	0.005
Intox. con productos de limpieza	6	0.02	1	0.004	7	0.01
Intox. con drogas	6	0.02	10	0.04	16	0.03
Autolesión	76	0.23	81	0.34	157	0.27
Arrojarse desde altura	20	0.06	10	0.04	30	0.05
Ahorcamiento	11	0.03	27	0.11	38	0.07
Asfixia	1	0.003	0	0	1	0.002
Arma de fuego	0	0.003	3	0.01	3	0.005
Prenderse fuego	1	0	4	0.02	5	0.01
Total	337	1	238	1	575	1

*Femenino: Psicofármacos 101 + Otros medicamentos 72. Masculino: Psicofármacos 26 + Otros medicamentos 30. Ambos sexos: Psicofármacos 127 + Otros medicamentos 102.

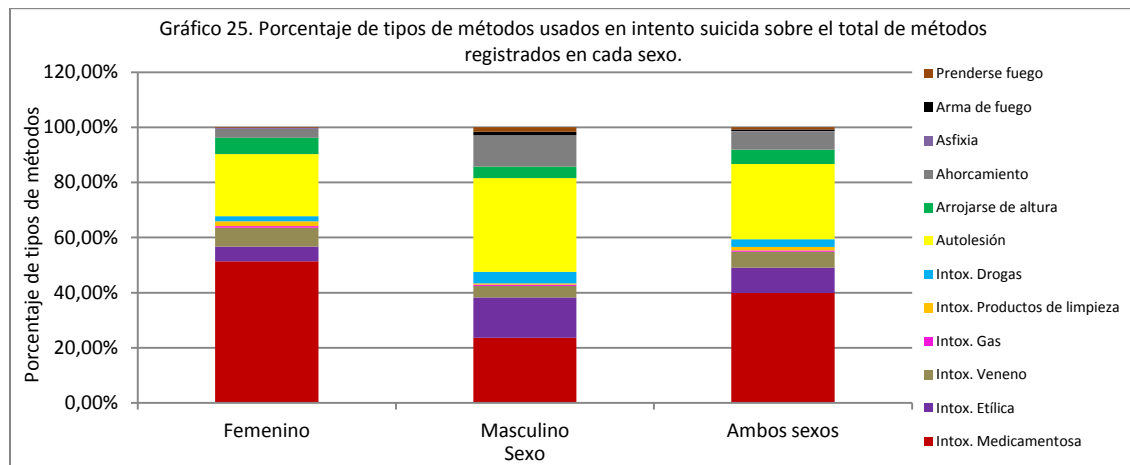


Tabla 29a.

Cantidad de métodos registrados en intento de suicidio durante el periodo total de estudio según tipo de método empleado y sexo.

Tipo de método	Femenino		Masculino		Ambos sexos	
	f	f'	f	f'	f	f'
Intox. medicamentosa	173	0.51	56	0.24	229	0.4
Intox. etílica	18	0.05	35	0.15	53	0.09
Intox. con venenos	23	0.07	10	0.04	33	0.06
Intox. con gas + Intox. con productos de limpieza	8	0.02	2	0.01	10	0.02
Intox. con drogas	6	0.02	10	0.04	16	0.03
Autolesión	76	0.23	81	0.34	157	0.27
Arrojarse desde altura	20	0.06	10	0.04	30	0.05
Ahorcamiento + Asfixia	12	0.04	27	0.11	39	0.07
Arma de fuego + Prenderse fuego	1	0.003	7	0.03	8	0.01
Total	337	1	238	1	575	1

$(\chi_o^2 [73.86] > \chi_c^2 [20.09], df = 8), V = 0.36.$

Tabla 30.

Cantidad de métodos registrados en intento de suicidio ambos sexos durante el periodo total de estudio según tipo de método empleado y franja etaria.

Tipo de método	Franja etaria											
	15-24		25-34		35-44		45-54		55-64		65-74	
	f	f'	f	f'	f	f'	f	f'	f	f'	f	f'
Intox. medicam.*	110	0.36	70	0.47	32	0.43	13	0.46	2	0.22	2	0.4
Intox. etílica	31	0.1	14	0.1	5	0.07	1	0.04	2	0.22	0	0
Intox. con venenos	14	0.04	8	0.05	8	0.11	3	0.11	0	0	0	0
Intox. con gas	2	0.01	0	0	0	0	0	0	1	0.11	0	0
Intox. con prod. de limpieza	5	0.02	1	0.01	1	0.01	0	0	0	0	0	0
Intox. con drogas	11	0.03	4	0.03	1	0.01	0	0	0	0	0	0
Autolesión	91	0.29	39	0.26	18	0.24	6	0.21	2	0.22	1	0.2
Arrojarse desde altura	17	0.06	7	0.05	4	0.05	2	0.07	0	0	0	0
Ahorcamiento	25	0.08	4	0.03	5	0.07	2	0.07	2	0.22	0	0
Asfixia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0.2
Arma de fuego	1	0.003	0	0	0	0	1	0.04	0	0	1	0.2
Prenderse fuego	2	0.01	3	0.02	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	309	1	150	1	74	1	28	1	9	1	5	1

* 15-24: Psicofármacos 46 + Otros medicamentos 64. 25-34: Psicofármacos 44 + Otros medicamentos 26. 35-44: Psicofármacos 27 + Otros medicamentos 5. 45-54: Psicofármacos 8 + Otros medicamentos 5. 55-64: Psicofármacos 1 + Otros medicamentos 1. 65-74: Psicofármacos 1 + Otros medicamentos 1.

Tabla 31.

Cantidad de métodos registrados en intento de suicidio sexo femenino durante el periodo total de estudio según tipo de método empleado y franja etaria.

Tipo de método	Franja etaria											
	15-24		25-34		35-44		45-54		55-64		65-74	
	f	f'	f	f'	f	f'	f	f'	f	f'	f	f'
Intox. medicam.*	85	0.47	49	0.57	26	0.55	10	0.65	2	0.5	1	0.33
Intox. etflica	9	0.05	5	0.06	3	0.06	1	0.06	0	0	0	0
Intox. con venenos	13	0.07	4	0.05	5	0.11	1	0.06	0	0	0	0
Intox. con gas	1	0.01	0	0	0	0	0	0	1	0.25	0	0
Intox. con prod. de limpieza	5	0.03	1	0.01	0	0	0	0	0	0	0	0
Intox. con drogas	3	0.02	2	0.02	1	0.02	0	0	0	0	0	0
Autolesión	47	0.26	18	0.21	8	0.17	2	0.13	0	0	1	0.33
Arrojarse desde altura	11	0.06	5	0.06	3	0.06	1	0.06	0	0	0	0
Ahorcamiento	7	0.04	1	0.01	1	0.02	1	0.06	1	0.25	0	0
Asfixia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0.33
Prenderse fuego	0	0	1	0.01	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	181	1	86	1	47	1	16	1	4	1	3	1

* 15-24: Psicofármacos 38 + Otros medicamentos 47. 25-34: Psicofármacos 32 + Otros medicamentos 17. 35-44: Psicofármacos 22 + Otros medicamentos 4. 45-54: Psicofármacos 7 + Otros medicamentos 3. 55-64: Psicofármacos 1 + Otros medicamentos 1. 65-74: Psicofármacos 1 + Otros medicamentos 0.

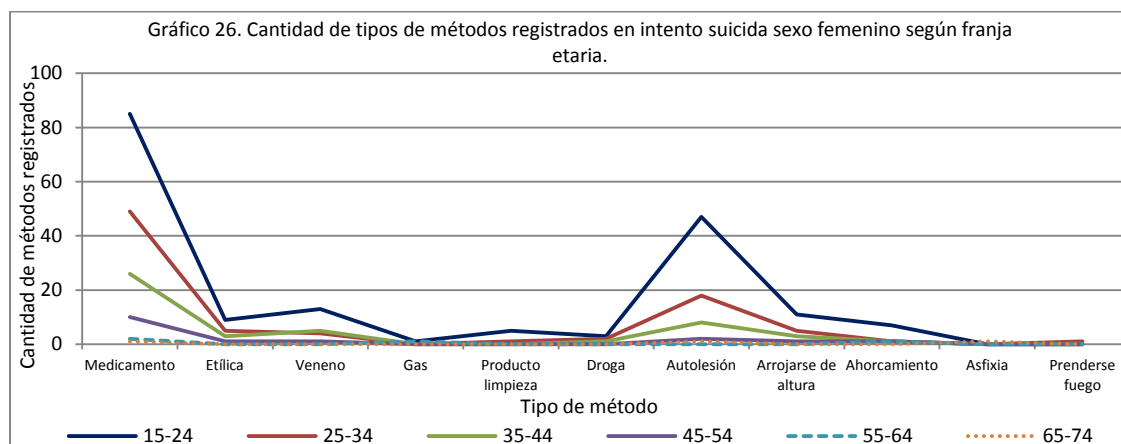


Tabla 32.

Cantidad de métodos registrados en intento de suicidio sexo masculino durante el periodo total de estudio según tipo de método empleado y franja etaria.

Tipo de método	Franja etaria											
	15-24		25-34		35-44		45-54		55-64		65-74	
	f	f'	f	f'	f	f'	f	f'	f	f'	f	f'
Intox. medicam.*	25	0.2	21	0.33	6	0.22	3	0.25	0	0	1	0.5
Intox. etílica	22	0.17	9	0.14	2	0.07	0	0	2	0.4	0	0
Intox. con venenos	1	0.01	4	0.06	3	0.11	2	0.17	0	0	0	0
Intox. con gas	1	0.01	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Intox. con prod. de limpieza	0	0	0	0	1	0.04	0	0	0	0	0	0
Intox. con drogas	8	0.06	2	0.03	0	0	0	0	0	0	0	0
Autolesión	44	0.34	21	0.33	10	0.37	4	0.33	2	0.4	0	0
Arrojarse desde altura	6	0.05	2	0.03	1	0.04	1	0.08	0	0	0	0
Ahorcamiento	18	0.14	3	0.05	4	0.15	1	0.08	1	0.2	0	0
Arma de fuego	1	0.01	0	0	0	0	1	0.08	0	0	1	0.5
Prenderse fuego	2	0.02	2	0.03	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	128	1	64	1	27	1	12	1	5	1	2	1

* 15-24: Psicofármacos 8 + Otros medicamentos 17. 25-34: Psicofármacos 12 + Otros medicamentos 9. 35-44: Psicofármacos 5 + Otros medicamentos 1. 45-54: Psicofármacos 1 + Otros medicamentos 2. 55-64: Psicofármacos 0 + Otros medicamentos 0. 65-74: Psicofármacos 0 + Otros medicamentos 1.

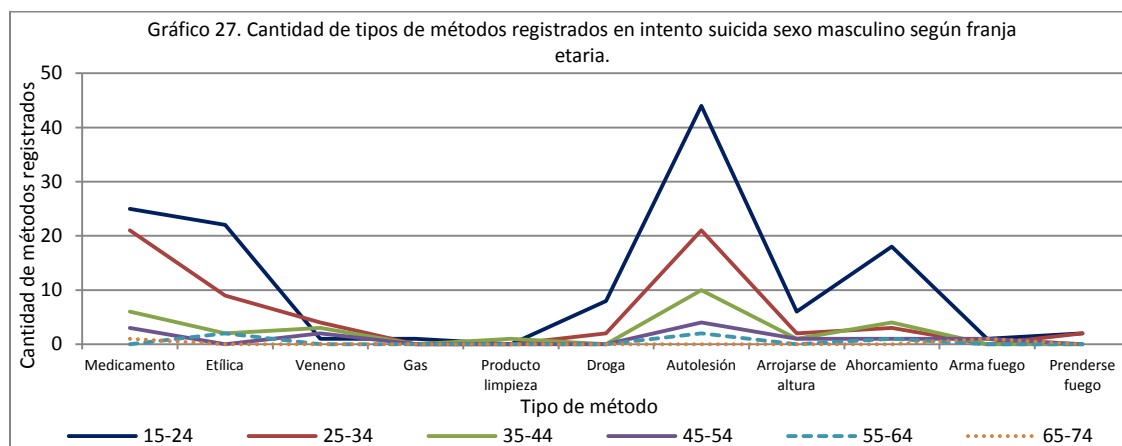


Tabla 30a.

Cantidad de métodos registrados en intento de suicidio ambos sexos durante el periodo total de estudio según tipo de método empleado y franja etaria.

Tipo de método	Franja etaria								Total	
	15-24		25-34		35-44		45-74			
	f	f'	f	f'	f	f'	f	f'	f	f'
Intox. medicamentosa	110	0.36	70	0.47	32	0.43	17	0.4	229	0.4
Intox. etílica + Intox. con drogas	42	0.14	18	0.12	6	0.08	3	0.07	69	0.12
Intox. con venenos + Intox. con gas + Intox. con productos de limpieza	21	0.07	9	0.06	9	0.12	4	0.1	43	0.07
Autolesión	91	0.29	39	0.26	18	0.24	9	0.21	157	0.27
Arrojarse desde altura + Arma de fuego + Prenderse fuego	20	0.06	10	0.07	4	0.05	4	0.1	38	0.07
Ahorcamiento + Asfixia	25	0.08	4	0.03	5	0.07	5	0.12	39	0.07
Total	309	1	150	1	74	1	42	1	575	1

$(\chi_o^2 [17.06] < \chi_c^2 [30.58], df = 15).$

Tabla 31a.

Cantidad de métodos registrados en intento de suicidio sexo femenino durante el periodo total de estudio según tipo de método empleado y franja etaria.

Tipo de método	Franja etaria						Total			
	15-24		25-44		45-74					
	f	f'	f	f'	f	f'	f	f'		
Intox. medicamentosa			85	0.47	75	0.56	13	0.57	173	0.51
Intox. etílica + Intox. con drogas			12	0.07	11	0.08	1	0.04	24	0.07
Intox. con venenos + Intox. con gas + Intox. con productos de limpieza			19	0.1	10	0.08	2	0.09	31	0.09
Autolesión			47	0.26	26	0.2	3	0.13	76	0.23
Arrojarse desde altura + Prenderse fuego			11	0.06	9	0.07	1	0.04	21	0.06
Ahorcamiento + Asfixia			7	0.04	2	0.01	3	0.13	12	0.04
Total			181	1	133	1	23	1	337	1

$(\chi_o^2 [12.78] < \chi_c^2 [23.21], df = 10).$

Tabla 32a.

Cantidad de métodos registrados en intento de suicidio sexo masculino durante el periodo total de estudio según tipo de método empleado y franja etaria.

Tipo de método	Franja etaria						Total	
	15-24		25-44		45-74			
	f	f'	f	f'	f	f'	f	f'
Intox. medicamentosa	25	0.2	27	0.3	4	0.21	56	0.24
Intox. etílica + Intox. con drogas	30	0.23	13	0.14	2	0.1	45	0.19
Intox. con venenos + Intox. con gas + Intox. con productos de limpieza	2	0.02	8	0.09	2	0.1	12	0.05
Autolesión	44	0.34	31	0.34	6	0.32	81	0.34
Arrojarse desde altura + Prenderse fuego	9	0.07	5	0.05	3	0.16	17	0.07
Ahorcamiento	18	0.14	7	0.08	2	0.1	27	0.11
Total	128	1	91	1	19	1	238	1

$(\chi_o^2 [16.51] < \chi_c^2 [23.21], df = 10 [f_i < 5: +20\%])$.

Tabla 33.

Cantidad de casos de intento de suicidio en el periodo total de estudio según presencia-ausencia de antecedente de intento suicida y sexo.

Antecedente intento suicida	Femenino		Masculino		Ambos sexos	
	f	f'	f	f'	f	f'
Sí	67	0.23	27	0.14	94	0.2
No	226	0.77	161	0.86	387	0.8
N	293	1	188	1	481	1

$(\chi_o^2 [5.27] < \chi_c^2 [6.64], df = 1)$.

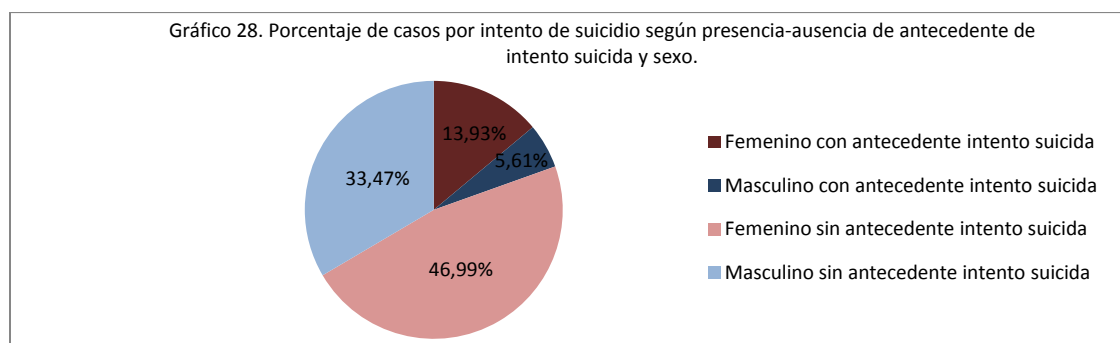


Tabla 34.

Cantidad de casos de intento de suicidio en el periodo total de estudio según presencia-ausencia de antecedente de intento suicida, franja etaria y sexo.

Franja etaria	Femenino				Masculino				Ambos sexos			
	Antecedente intento suicida				Antecedente intento suicida				Antecedente intento suicida			
	Sí		No		Sí		No		Sí		No	
	f	f'	f	f'	f	f'	f	f'	f	f'	f	f'
15-24	28	0.42	133	0.59	10	0.37	86	0.53	38	0.4	219	0.56
25-34	19	0.28	54	0.24	14	0.52	38	0.24	33	0.35	92	0.24
35-44	14	0.21	26	0.12	3	0.11	19	0.12	17	0.18	45	0.12
45-54	5	0.07	8	0.03	0	0	12	0.07	5	0.05	20	0.05
55-64	1	0.01	3	0.01	0	0	4	0.02	1	0.01	7	0.02
65-74	0	0	2	0.01	0	0	2	0.01	0	0	4	0.01
N	67	1	226	1	27	1	161	1	94	1	387	1

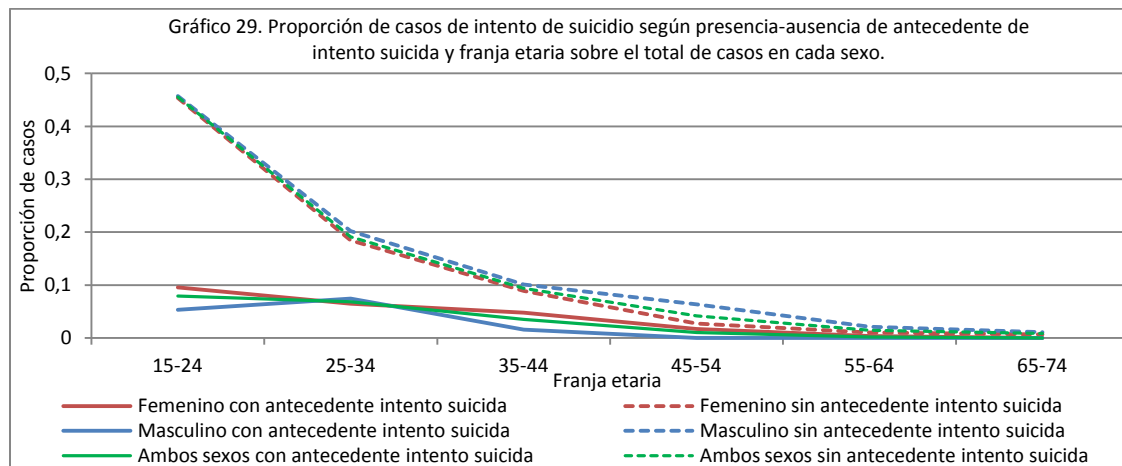


Tabla 34a.

Cantidad de casos de intento de suicidio ambos sexos en el periodo total de estudio según presencia-ausencia de antecedente de intento suicida y franja etaria.

Franja etaria	Antecedente intento suicida				Total	
	Sí		No		f	f'
	f	f'	f	f'		
15-24	38	0.4	219	0.56	257	0.53
25-34	33	0.35	92	0.24	125	0.26
35-44	17	0.18	45	0.12	62	0.13
45-54	5	0.05	20	0.05	25	0.05
55-74	1	0.01	11	0.03	12	0.02
N	94	1	387	1	481	1

$(\chi_o^2 [10.84] < \chi_c^2 [13.28], df = 4)$.

Tabla 34b.

Cantidad de casos de intento de suicidio sexo femenino en el periodo total de estudio según presencia- ausencia de antecedente de intento suicida y franja etaria.

Franja etaria	Antecedente intento suicida				Total	
	Sí		No		f	f'
	f	f'	f	f'		
15-24	28	0.42	133	0.59	161	0.55
25-34	19	0.28	54	0.24	73	0.25
35-44	14	0.21	26	0.12	40	0.14
45-74	6	0.09	13	0.06	19	0.06
N	67	1	226	1	293	1

$(\chi_o^2 [7.30] < \chi_c^2 [11.34], df = 3).$

Tabla 34c.

Cantidad de casos de intento de suicidio sexo masculino en el periodo total de estudio según presencia- ausencia de antecedente de intento suicida y franja etaria.

Franja etaria	Antecedente intento suicida				Total	
	Sí		No		f	f'
	f	f'	f	f'		
15-24	10	0.37	86	0.53	96	0.51
25-34	14	0.52	38	0.24	52	0.28
35-44	3	0.11	19	0.12	22	0.12
45-74	0	0	18	0.11	18	0.09
N	27	1	161	1	188	1

$(\chi_o^2 [10.92] < \chi_c^2 [11.34], df = 3).$

Tabla 35.

Cantidad de casos por intento de suicidio en el periodo total de estudio según presencia- ausencia de antecedente de conducta suicida en el entorno afectivo significativo y sexo.

Antecedente conducta suicida en entorno	Femenino		Masculino		Ambos sexos	
	f	f'	f	f'	f	f'
Sí	5	0.02	4	0.02	9	0.02
No	288	0.98	184	0.98	472	0.98
N	293	1	188	1	481	1

$(\chi_o^2 [0.04] < \chi_c^2 [6.64], df = 1).$

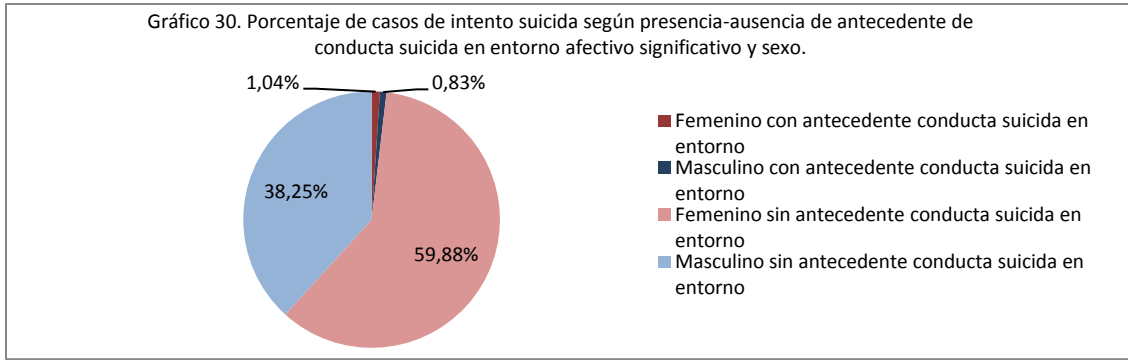


Tabla 36.

Cantidad de casos por intento de suicidio en el periodo total de estudio según presencia-ausencia de antecedente de conducta suicida en el entorno afectivo significativo, franja etaria y sexo.

Franja etaria	Femenino				Masculino				Ambos sexos			
	Antecedente conducta suicida en entorno				Antecedente conducta suicida en entorno				Antecedente conducta suicida en entorno			
	Sí		No		Sí		No		Sí		No	
	f	f'	f	f'	f	f'	f	f'	f	f'	f	f'
15-24	2	0.4	159	0.55	3	0.75	93	0.51	5	0.56	252	0.53
25-34	1	0.2	72	0.25	1	0.25	51	0.28	2	0.22	123	0.26
35-44	2	0.4	38	0.13	0	0	22	0.12	2	0.22	60	0.13
45-54	0	0	13	0.05	0	0	12	0.06	0	0	25	0.05
55-64	0	0	4	0.01	0	0	4	0.02	0	0	8	0.02
65-74	0	0	2	0.01	0	0	2	0.01	0	0	4	0.01
N	5	1	288	1	4	1	184	1	9	1	472	1

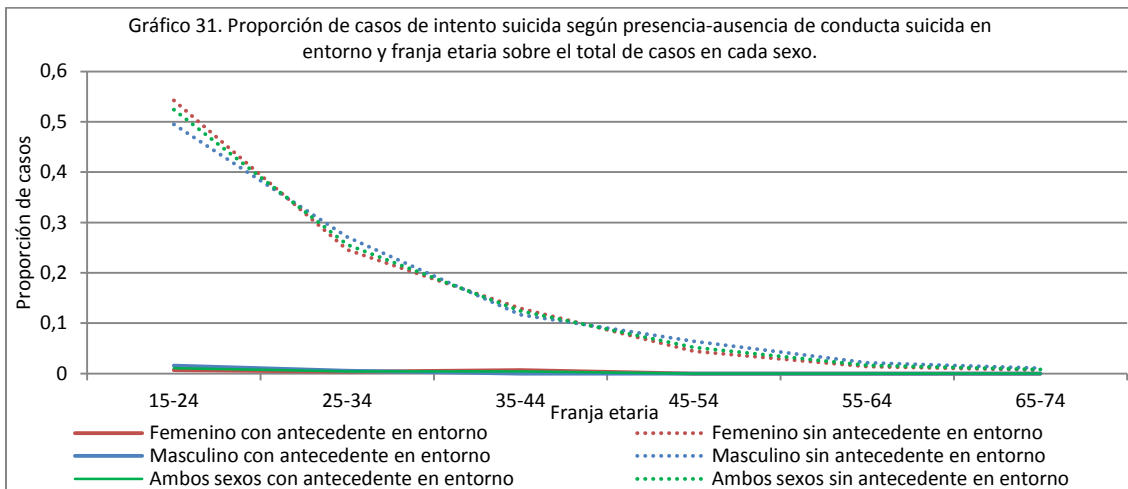


Tabla 36a.

Cantidad de casos por intento de suicidio ambos sexos en el periodo total de estudio según presencia-ausencia de antecedente de conducta suicida en el entorno afectivo significativo y franja etaria.

Franja etaria	Antecedente conducta suicida en entorno				Total	
	Sí		No			
	f	f'	f	f'	f	f'
15-24	5	0.56	252	0.53	257	0.53
25-44	4	0.44	183	0.39	187	0.39
45-74	0	0	37	0.08	37	0.08
N	9	1	472	1	481	1

$(\chi_o^2 [0.78] < \chi_c^2 [9.21], df = 2 [f_i < 5: +20\%])$.

Tabla 36b.

Cantidad de casos por intento de suicidio sexo femenino en el periodo total de estudio según presencia-ausencia de antecedente de conducta suicida en el entorno afectivo significativo y franja etaria.

Franja etaria	Antecedente conducta suicida en entorno				Total	
	Sí		No			
	f	f'	f	f'	f	f'
15-24	2	0.4	159	0.55	161	0.55
25-44	3	0.6	110	0.38	113	0.39
45-74	0	0	19	0.07	19	0.06
N	5	1	288	1	293	1

$(\chi_o^2 [1.13] < \chi_c^2 [9.21], df = 2 [f_i < 5: +20\%])$.

Tabla 36c.

Cantidad de casos por intento de suicidio sexo masculino en el periodo total de estudio según presencia-ausencia de antecedente de conducta suicida en el entorno afectivo significativo y franja etaria.

Franja etaria	Antecedente conducta suicida en entorno				Total	
	Sí		No			
	f	f'	f	f'	f	f'
15-24	3	0.75	93	0.51	96	0.51
25-44	1	0.25	73	0.4	74	0.39
45-74	0	0	18	0.1	18	0.1
N	4	1	184	1	188	1

$(\chi_o^2 [1.06] < \chi_c^2 [9.21], df = 2 [f_i < 5: +20\%])$.

Tabla 37.

Cantidad de casos por intento de suicidio en el periodo total de estudio según presencia-ausencia de diagnóstico actual de trastorno mental y sexo.

Diagnóstico trastorno mental	Femenino		Masculino		Ambos sexos	
	f	f'	f	f'	f	f'
Sí	72	0.25	63	0.34	135	0.28
No	221	0.75	125	0.66	346	0.72
N	293	1	188	1	481	1

$(\chi_o^2 [4.52] < \chi_c^2 [6.64], df = 1)$.

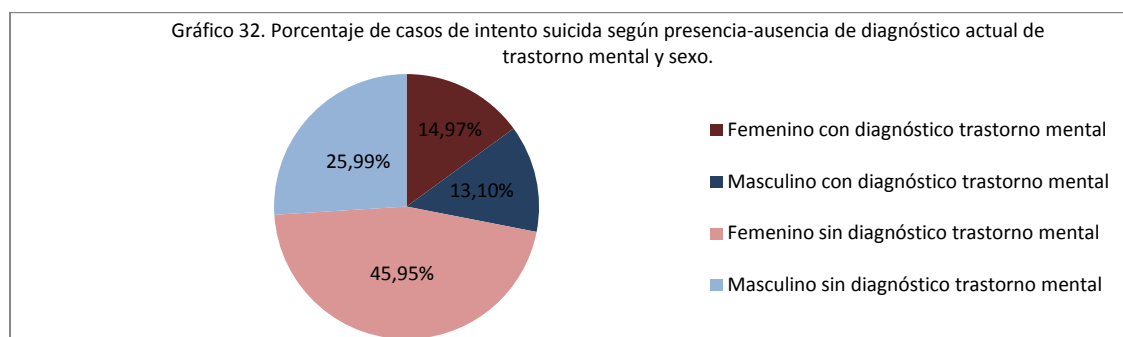


Tabla 38.

Cantidad de casos por intento de suicidio en el periodo total de estudio según presencia-ausencia de diagnóstico actual de trastorno mental, franja etaria y sexo.

Franja etaria	Femenino				Masculino				Ambos sexos			
	Diagnóstico trastorno mental		Diagnóstico trastorno mental		Diagnóstico trastorno mental		Diagnóstico trastorno mental		Diagnóstico trastorno mental		Diagnóstico trastorno mental	
	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
	f	f'	f	f'	f	f'	f	f'	f	f'	f	f'
15-24	26	0.36	135	0.61	26	0.41	70	0.56	52	0.38	205	0.59
25-34	21	0.29	52	0.23	19	0.3	33	0.26	40	0.3	85	0.24
35-44	16	0.22	24	0.11	12	0.19	10	0.08	28	0.21	34	0.1
45-54	5	0.07	8	0.04	3	0.05	9	0.07	8	0.06	17	0.05
55-64	3	0.04	1	0.005	3	0.05	1	0.01	6	0.04	2	0.01
65-74	1	0.01	1	0.005	0	0	2	0.02	1	0.01	3	0.01
N	72	1	221	1	63	1	125	1	135	1	346	1

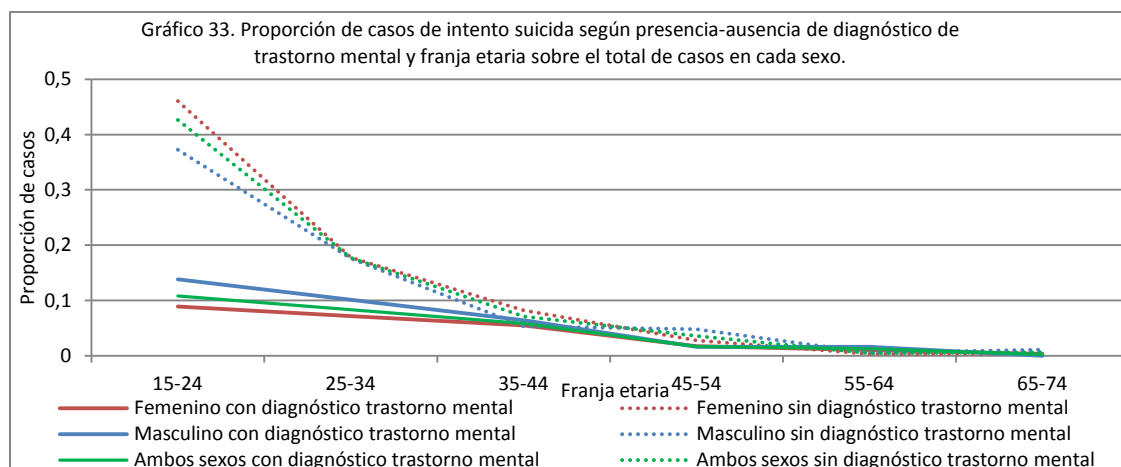


Tabla 38a.

Cantidad de casos por intento de suicidio ambos sexos en el periodo total de estudio según presencia-ausencia de diagnóstico actual de trastorno mental y franja etaria.

Franja etaria	Diagnóstico trastorno mental				Total	
	Sí		No		f	f'
	f	f'	f	f'		
15-24	52	0.38	205	0.59	257	0.53
25-34	40	0.3	85	0.24	125	0.26
35-44	28	0.21	34	0.1	62	0.13
45-54	8	0.06	17	0.05	25	0.05
55-74	7	0.05	5	0.01	12	0.02
N	135	1	346	1	481	1

$(\chi_o^2 [23.38] > \chi_c^2 [13.28], df = 4), V = 0.22.$

Tabla 38b.

Cantidad de casos por intento de suicidio sexo femenino en el periodo total de estudio según presencia-ausencia de diagnóstico actual de trastorno mental y franja etaria.

Franja etaria	Diagnóstico trastorno mental				Total	
	Sí		No		f	f'
	f	f'	f	f'		
15-24	26	0.36	135	0.61	161	0.55
25-34	21	0.29	52	0.23	73	0.25
35-44	16	0.22	24	0.11	40	0.14
45-74	9	0.13	10	0.05	19	0.06
N	72	1	221	1	293	1

$(\chi_o^2 [17.30] > \chi_c^2 [11.34], df = 3), V = 0.24.$

Tabla 38c.

Cantidad de casos por intento de suicidio sexo masculino en el periodo total de estudio según presencia- ausencia de diagnóstico actual de trastorno mental y franja etaria.

Franja etaria	Diagnóstico trastorno mental				Total	
	Sí		No			
	f	f'	f	f'	f	f'
15-24	26	0.41	70	0.56	96	0.51
25-34	19	0.3	33	0.26	52	0.28
35-44	12	0.19	10	0.08	22	0.12
45-74	6	0.1	12	0.1	18	0.09
N	63	1	125	1	188	1

$(\chi_0^2 [6.37] < \chi_c^2 [11.34], df = 3).$

Tabla 39.

Cantidad de casos por intento de suicidio con diagnóstico actual de trastorno mental en el periodo total de estudio según conocimiento o desconocimiento del Tipo diagnóstico y sexo.

Tipo diagnóstico	Femenino		Masculino		Ambos sexos	
	f	f'	f	f'	f	f'
Conoce	47	0.65	50	0.79	97	0.72
Desconoce	25	0.35	13	0.21	38	0.28
n	72	1	63	1	135	1

$(\chi_0^2 [3.28] < \chi_c^2 [6.64], df = 1).$

Tabla 40.

Cantidad de diagnósticos de trastorno mental en casos de intento de suicidio según Tipo diagnóstico y sexo.

Tipo diagnóstico	Femenino		Masculino		Ambos sexos		
	f	f'	f	f'	f	f'	
F50.9		2	0.03	0	0	2	0.01
F50.2		3	0.04	0	0	3	0.02
F60.31		4	0.05	0	0	4	0.03
F60.9		1	0.01	0	0	1	0.01
F63.9		1	0.01	0	0	1	0.01
F63.0		0	0	1	0.015	1	0.01
F32.9		10	0.14	12	0.18	22	0.16
F31.9		3	0.04	2	0.03	5	0.03
F41.9		2	0.03	1	0.015	3	0.02
F41.0		2	0.03	0	0	2	0.01
F43.1		0	0	1	0.015	1	0.01
F29		8	0.11	6	0.09	14	0.1
F22.00		0	0	1	0.015	1	0.01
F20.xx		0	0	6	0.09	6	0.04
F19.2x		9	0.12	10	0.15	19	0.14
F13.2x		1	0.01	0	0	1	0.01
F10.2x		0	0	13	0.2	13	0.09
F79.9		1	0.01	0	0	1	0.01
F03		2	0.03	0	0	2	0.01
Desconocido		25	0.34	13	0.2	38	0.27
Total		74	1	66	1	140	1

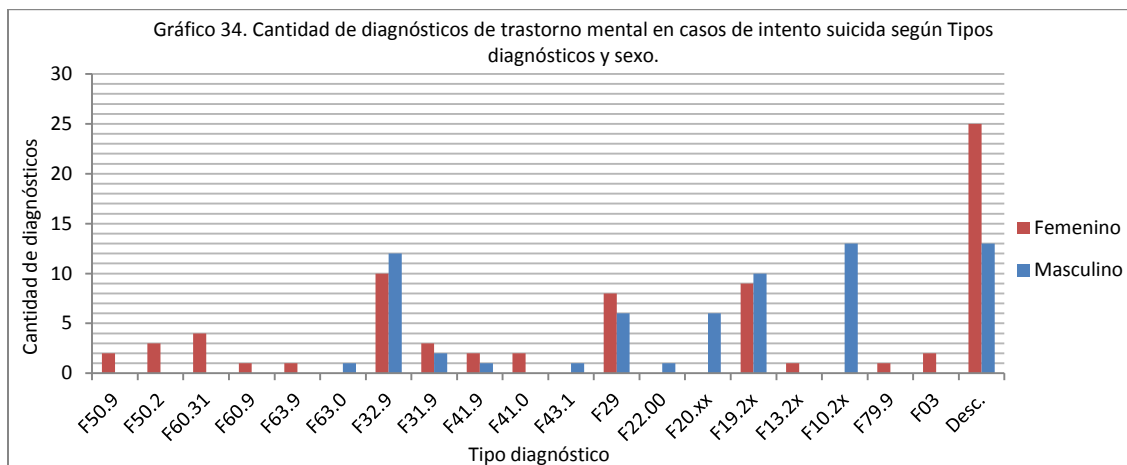


Tabla 41.

Cantidad de diagnósticos de trastorno mental en casos de intento de suicidio según Categoría diagnóstica y sexo.

Categoría diagnóstica	Femenino		Masculino		Ambos sexos	
	f	f'	f	f'	f	f'
Trast. de la conducta alimentaria	5	0.07	0	0	5	0.04
Trast. de la personalidad	5	0.07	0	0	5	0.04
Trast. del control de los impulsos no clasificados en otros apartados	1	0.01	1	0.01	2	0.01
Trast. del estado de ánimo	13	0.18	14	0.21	27	0.19
Trast. de ansiedad	4	0.05	2	0.03	6	0.04
Esquizofrenia y otros trast. psicóticos	8	0.11	13	0.2	21	0.15
Trast. relacionados con sustancias	10	0.13	23	0.35	33	0.24
Trast. de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia	1	0.01	0	0	1	0.01
Delirium, demencia, trast. amnésicos y otros trast. cognoscitivos	2	0.03	0	0	2	0.01
Desconocido	25	0.34	13	0.2	38	0.27
Total	74	1	66	1	140	1

$(\chi_o^2 [23.43] > \chi_c^2 [21.67], df = 9 [f_t < 5: +20\%]), V = 0.41.$

Tabla 42.

Cantidad de casos por intento de suicidio con diagnóstico actual de trastorno mental en el periodo total de estudio según conocimiento o desconocimiento del Tipo diagnóstico, franja etaria y sexo.

Franja etaria	Femenino				Masculino				Ambos sexos			
	Tipo diagnóstico		Tipo diagnóstico		Tipo diagnóstico		Tipo diagnóstico		Tipo diagnóstico		Tipo diagnóstico	
	Conoce	Desconoce	Conoce	Desconoce	Conoce	Desconoce	Conoce	Desconoce	Conoce	Desconoce	Conoce	Desconoce
	f	f'	f	f'	f	f'	f	f'	f	f'	f	f'
15-24	17	0.36	9	0.36	19	0.38	7	0.54	36	0.37	16	0.42
25-34	13	0.28	8	0.32	14	0.28	5	0.38	27	0.28	13	0.34
35-44	10	0.21	6	0.24	11	0.22	1	0.08	21	0.22	7	0.18
45-54	3	0.06	2	0.08	3	0.06	0	0	6	0.06	2	0.05
55-64	3	0.06	0	0	3	0.06	0	0	6	0.06	0	0
65-74	1	0.02	0	0	0	0	0	0	1	0.01	0	0
n	47	1	25	1	50	1	13	1	97	1	38	1

Tabla 42a.

Cantidad de casos por intento de suicidio ambos sexos con diagnóstico actual de trastorno mental en el periodo total de estudio según conocimiento o desconocimiento del Tipo diagnóstico y franja etaria.

Franja etaria	Tipo diagnóstico				Total	
	Conoce		Desconoce			
	f	f'	f	f'	f	f'
15-24	36	0.37	16	0.42	52	0.38
25-34	27	0.28	13	0.34	40	0.3
35-44	21	0.22	7	0.18	28	0.21
45-54	6	0.06	2	0.05	8	0.06
55-74	7	0.07	0	0	7	0.05
n	97	1	38	1	135	1

$(\chi_o^2 [3.48] < \chi_c^2 [13.28], df = 4).$

Tabla 42b.

Cantidad de casos por intento de suicidio sexo femenino con diagnóstico actual de trastorno mental en el periodo total de estudio según conocimiento o desconocimiento del Tipo diagnóstico y franja etaria.

Franja etaria	Tipo diagnóstico				Total	
	Conoce		Desconoce			
	f	f'	f	f'	f	f'
15-24	17	0.36	9	0.36	26	0.36
25-34	13	0.28	8	0.32	21	0.29
35-44	10	0.21	6	0.24	16	0.22
45-74	7	0.15	2	0.08	9	0.13
n	47	1	25	1	72	1

$(\chi_o^2 [0.78] < \chi_c^2 [11.34], df = 3).$

Tabla 42c.

Cantidad de casos por intento de suicidio sexo masculino con diagnóstico actual de trastorno mental en el periodo total de estudio según conocimiento o desconocimiento del Tipo diagnóstico y franja etaria.

Franja etaria	Tipo diagnóstico				Total	
	Conoce		Desconoce			
	f	f'	f	f'	f	f'
15-24	19	0.38	7	0.54	26	0.41
25-44	25	0.5	6	0.46	31	0.49
45-64	6	0.12	0	0	6	0.1
n	50	1	13	1	63	1

$(\chi_o^2 [2.22] < \chi_c^2 [9.21], df = 2).$

Tabla 43.

Cantidad de diagnósticos de trastorno mental en intento de suicidio ambos sexos según franja etaria y Tipo diagnóstico.

Tipo diagnóstico	Franja etaria												
	15-24		25-34		35-44		45-54		55-64		65-74		
	f	f'	f	f'	f	f'	f	f'	f	f'	f	f'	
F50.9	2	0.04	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
F50.2	3	0.05	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
F60.31	3	0.05	1	0.02	0	0	0	0	0	0	0	0	0
F60.9	0	0	1	0.02	0	0	0	0	0	0	0	0	0
F63.9	0	0	1	0.02	0	0	0	0	0	0	0	0	0
F63.0	1	0.02	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
F32.9	3	0.05	8	0.2	6	0.2	3	0.37	2	0.33	0	0	0
F31.9	2	0.04	1	0.02	1	0.03	0	0	0	0	1	1	1
F41.9	0	0	1	0.02	2	0.07	0	0	0	0	0	0	0
F41.0	1	0.02	0	0	1	0.03	0	0	0	0	0	0	0
F43.1	1	0.02	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
F29	3	0.05	5	0.12	3	0.1	2	0.25	1	0.17	0	0	0
F22.00	0	0	0	0	1	0.03	0	0	0	0	0	0	0
F20.xx	2	0.04	2	0.05	2	0.07	0	0	0	0	0	0	0
F19.2x	12	0.22	5	0.12	2	0.07	0	0	0	0	0	0	0
F13.2x	0	0	0	0	0	0	1	0.12	0	0	0	0	0
F10.2x	5	0.09	2	0.05	5	0.17	0	0	1	0.17	0	0	0
F79.9	0	0	1	0.02	0	0	0	0	0	0	0	0	0
F03	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0.33	0	0	0
Desconocido	16	0.3	13	0.32	7	0.23	2	0.25	0	0	0	0	0
Total	54	1	41	1	30	1	8	1	6	1	1	1	1

Tabla 44.
Cantidad de diagnósticos de trastorno mental en intento de suicidio ambos sexos según franja etaria y Categoría diagnóstica.

Categoría diagnóstica	Franja etaria												
	15-24		25-34		35-44		45-54		55-64		65-74		
	f	f'	f	f'	f	f'	f	f'	f	f'	f	f'	
Trast. de la conducta alimentaria	5	0.09	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Trast. de la personalidad	3	0.05	2	0.05	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Trast. del control de los impulsos no clasificados en otros apartados	1	0.02	1	0.02	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Trast. del estado de ánimo	5	0.09	9	0.22	7	0.23	3	0.37	2	0.33	1	1	1
Trast. de ansiedad	2	0.04	1	0.02	3	0.1	0	0	0	0	0	0	0
Esquizofrenia y otros trast. psicóticos	5	0.09	7	0.17	6	0.2	2	0.25	1	0.17	0	0	0
Trast. relacionados con sustancias	17	0.31	7	0.17	7	0.23	1	0.12	1	0.17	0	0	0
Trast. de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia	0	0	1	0.02	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Delirium, demencia, trast. amnésicos y otros trast. cognoscitivos	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0.33	0	0	0
Desconocido	16	0.3	13	0.32	7	0.23	2	0.25	0	0	0	0	0
Total	54	1	41	1	30	1	8	1	6	1	1	1	1

Tabla 45.

Cantidad de diagnósticos de trastorno mental en intento de suicidio sexo femenino según franja etaria y Tipo diagnóstico.

Tipo diagnóstico	Franja etaria												
	15-24		25-34		35-44		45-54		55-64		65-74		
	f	f'	f	f'	f	f'	f	f'	f	f'	f	f'	
F50.9	2	0.08	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
F50.2	3	0.11	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
F60.31	3	0.11	1	0.04	0	0	0	0	0	0	0	0	0
F60.9	0	0	1	0.04	0	0	0	0	0	0	0	0	0
F63.9	0	0	1	0.04	0	0	0	0	0	0	0	0	0
F32.9	0	0	2	0.09	5	0.29	2	0.4	1	0.33	0	0	0
F31.9	1	0.04	0	0	1	0.06	0	0	0	0	1	1	1
F41.9	0	0	1	0.04	1	0.06	0	0	0	0	0	0	0
F41.0	1	0.04	0	0	1	0.06	0	0	0	0	0	0	0
F29	2	0.08	5	0.23	1	0.06	0	0	0	0	0	0	0
F19.2x	5	0.19	2	0.09	2	0.12	0	0	0	0	0	0	0
F13.2x	0	0	0	0	0	0	1	0.2	0	0	0	0	0
F79.9	0	0	1	0.04	0	0	0	0	0	0	0	0	0
F03	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0.66	0	0	0
Desconocido	9	0.35	8	0.36	6	0.35	2	0.4	0	0	0	0	0
Total	26	1	22	1	17	1	5	1	3	1	1	1	1

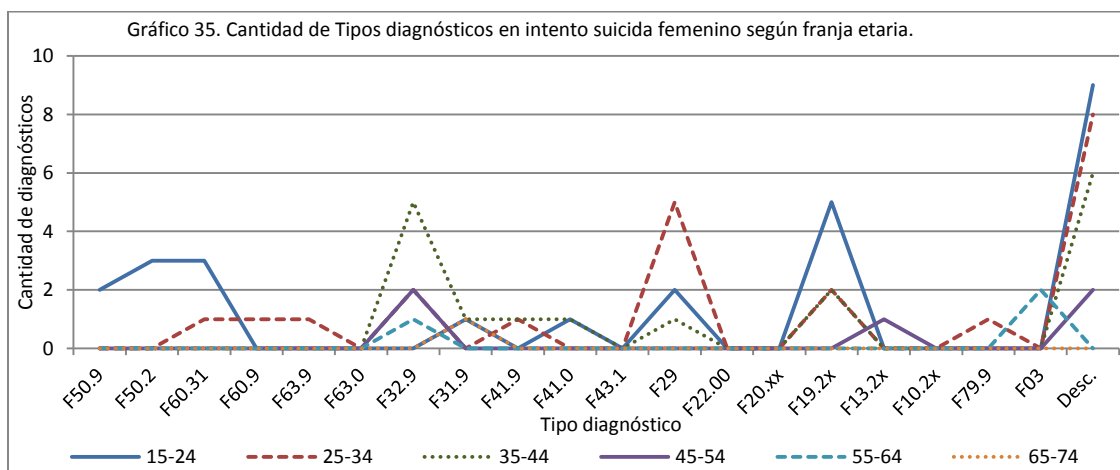


Tabla 46.
Cantidad de diagnósticos de trastorno mental en intento de suicidio sexo femenino según franja etaria y Categoría diagnóstica.

Categoría diagnóstica	Franja etaria												
	15-24		25-34		35-44		45-54		55-64		65-74		
	f	f'	f	f'	f	f'	f	f'	f	f'	f	f'	
Trast. de la conducta alimentaria	5	0.19	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Trast. de la personalidad	3	0.11	2	0.09	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Trast. del control de los impulsos no clasificados en otros apartados	0	0	1	0.04	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Trast. del estado de ánimo	1	0.04	2	0.09	6	0.35	2	0.4	1	0.33	1	1	1
Trast. de ansiedad	1	0.04	1	0.04	2	0.12	0	0	0	0	0	0	0
Esquizofrenia y otros trast. psicóticos	2	0.08	5	0.23	1	0.06	0	0	0	0	0	0	0
Trast. relacionados con sustancias	5	0.19	2	0.09	2	0.12	1	0.2	0	0	0	0	0
Trast. de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia	0	0	1	0.04	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Delirium, demencia, trast. amnésicos y otros trast. cognoscitivos	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0.66	0	0	0
Desconocido	9	0.35	8	0.36	6	0.35	2	0.4	0	0	0	0	0
Total	26	1	22	1	17	1	5	1	3	1	1	1	1

Tabla 47.
Cantidad de diagnósticos de trastorno mental en intento de suicidio sexo masculino según franja etaria y Tipo diagnóstico.

Tipo diagnóstico	Franja etaria										
	15-24		25-34		35-44		45-54		55-64		
	f	f'	f	f'	f	f'	f	f'	f	f'	
F63.0	1	0.03	0	0	0	0	0	0	0	0	0
F32.9	3	0.11	6	0.31	1	0.08	1	0.33	1	0.33	0.33
F31.9	1	0.03	1	0.05	0	0	0	0	0	0	0
F41.9	0	0	0	0	1	0.08	0	0	0	0	0
F43.1	1	0.03	0	0	0	0	0	0	0	0	0
F29	1	0.03	0	0	2	0.15	2	0.66	1	0.33	0.33
F22.00	0	0	0	0	1	0.08	0	0	0	0	0
F20.xx	2	0.07	2	0.1	2	0.15	0	0	0	0	0
F19.2x	7	0.25	3	0.16	0	0	0	0	0	0	0
F10.2x	5	0.18	2	0.1	5	0.38	0	0	1	0.33	0.33
Desconocido	7	0.25	5	0.26	1	0.08	0	0	0	0	0
Total	28	1	19	1	13	1	3	1	3	1	1

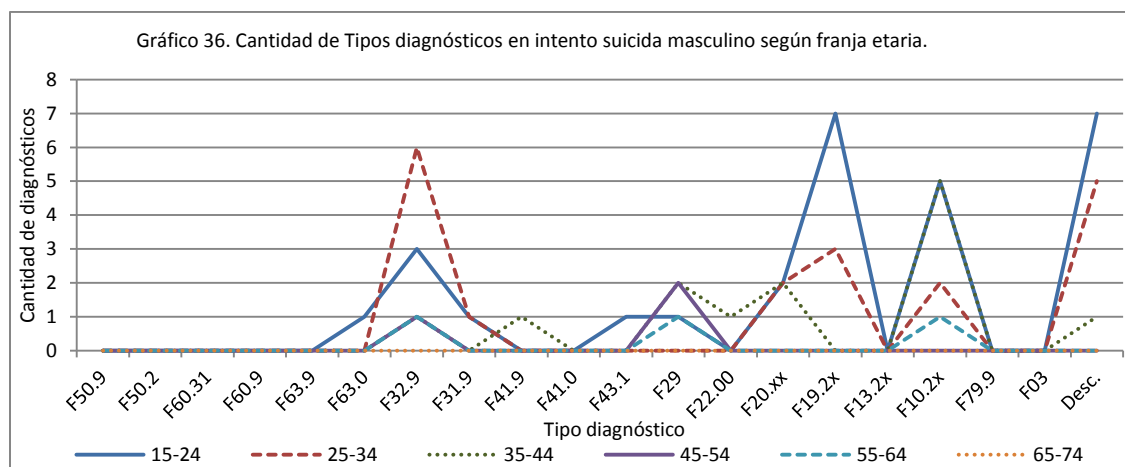


Tabla 48.
Cantidad de diagnósticos de trastorno mental en intento de suicidio sexo masculino según franja etaria y Categoría diagnóstica.

Categoría diagnóstica	Franja etaria										
	15-24		25-34		35-44		45-54		55-64		
	f	f'	f	f'	f	f'	f	f'	f	f'	
Trast. del control de los impulsos no clasificados en otros apartados	1	0.03	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Trast. del estado de ánimo	4	0.14	7	0.37	1	0.08	1	0.33	1	0.33	
Trast. de ansiedad	1	0.03	0	0	1	0.08	0	0	0	0	
Esquizofrenia y otros trast. psicóticos	3	0.11	2	0.1	5	0.38	2	0.66	1	0.33	
Trast. relacionados con sustancias	12	0.43	5	0.26	5	0.38	0	0	1	0.33	
Desconocido	7	0.25	5	0.26	1	0.08	0	0	0	0	
Total	28	1	19	1	13	1	3	1	3	1	

Tabla 44a.

Cantidad de diagnósticos de trastorno mental en intento de suicidio ambos sexos según franja etaria y Categoría diagnóstica.

Categoría diagnóstica	Franja etaria						Total	
	15-24		25-44		45-74		f	f'
	f	f'	f	f'	f	f'		
Trast. de la conducta alimentaria	5	0.09	0	0	0	0	5	0.04
Trast. de la personalidad	3	0.05	2	0.03	0	0	5	0.04
Trast. del control de los impulsos no clasificados en otros apartados	1	0.02	1	0.01	0	0	2	0.01
Trast. del estado de ánimo	5	0.09	16	0.23	6	0.46	27	0.2
Trast. de ansiedad	2	0.04	4	0.06	0	0	6	0.04
Esquizofrenia y otros trast. psicóticos	5	0.09	13	0.19	3	0.23	21	0.15
Trast. relacionados con sustancias	17	0.31	14	0.2	2	0.15	33	0.24
Desconocido	16	0.3	20	0.28	2	0.15	38	0.28
Total	54	1	70	1	13	1	137	1

$(\chi_o^2 [23.14] < \chi_c^2 [29.14], df = 14 [f_i < 5: +20\%])$.

Tabla 46a.

Cantidad de diagnósticos de trastorno mental en intento de suicidio sexo femenino según franja etaria y Categoría diagnóstica.

Categoría diagnóstica	Franja etaria						Total	
	15-24		25-44		45-74		f	f'
	f	f'	f	f'	f	f'		
Trast. de la conducta alimentaria	5	0.19	0	0	0	0	5	0.07
Trast. de la personalidad	3	0.11	2	0.05	0	0	5	0.07
Trast. del control de los impulsos no clasificados en otros apartados	0	0	1	0.03	0	0	1	0.01
Trast. del estado de ánimo	1	0.04	8	0.21	4	0.57	13	0.18
Trast. de ansiedad	1	0.04	3	0.08	0	0	4	0.06
Esquizofrenia y otros trast. psicóticos	2	0.08	6	0.16	0	0	8	0.11
Trast. relacionados con sustancias	5	0.19	4	0.1	1	0.14	10	0.14
Desconocido	9	0.35	14	0.37	2	0.29	25	0.35
Total	26	1	38	1	7	1	71	1

$(\chi_o^2 [23.45] < \chi_c^2 [29.14], df = 14 [f_i < 5: +20\%])$.

Tabla 48a.

Cantidad de diagnósticos de trastorno mental en intento de suicidio sexo masculino según franja etaria y Categoría diagnóstica.

Categoría diagnóstica	Franja etaria						Total	
	15-24		25-44		45-64			
	f	f'	f	f'	f	f'	f	f'
Trast. del control de los impulsos no clasificados en otros apartados	1	0.03	0	0	0	0	1	0.01
Trast. del estado de ánimo	4	0.14	8	0.25	2	0.33	14	0.21
Trast. de ansiedad	1	0.03	1	0.03	0	0	2	0.03
Esquizofrenia y otros trast. psicóticos	3	0.11	7	0.22	3	0.5	13	0.2
Trast. relacionados con sustancias	12	0.43	10	0.31	1	0.17	23	0.35
Desconocido	7	0.25	6	0.19	0	0	13	0.2
Total	28	1	32	1	6	1	66	1

$(\chi_o^2 [9.68] < \chi_c^2 [23.21], df = 10 [f_t < 5: +20\%])$.

Tabla 49.

Cantidad de casos por intento de suicidio con diagnóstico actual de trastorno mental en el periodo total de estudio según acceso a tratamiento específico y sexo.

Tratamiento específico	Femenino		Masculino		Ambos sexos	
	f	f'	f	f'	f	f'
Sí	45	0.63	31	0.49	76	0.56
Abandonó	14	0.19	5	0.08	19	0.14
No	13	0.18	27	0.43	40	0.3
n	72	1	63	1	135	1

$(\chi_o^2 [11.19] > \chi_c^2 [9.21], df = 2), V = 0.29$.

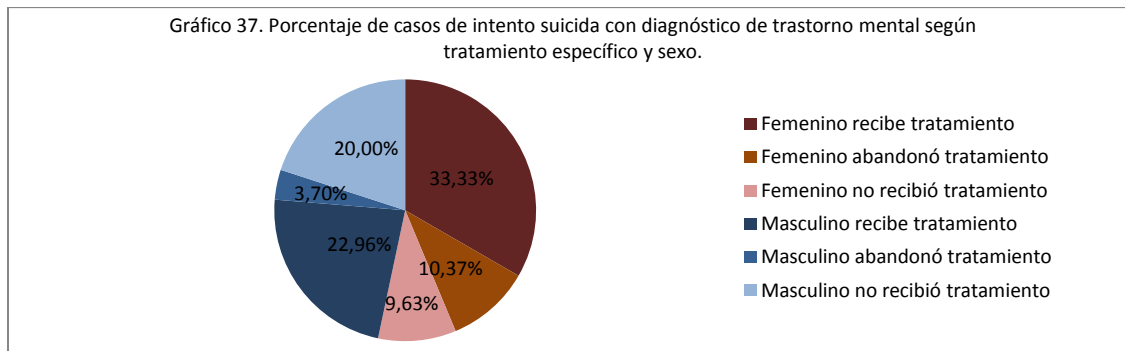


Tabla 50.

Cantidad de casos por intento de suicidio con diagnóstico actual de trastorno mental en el periodo total de estudio según acceso a tratamiento específico, sexo y franja etaria.

Franja etaria	Femenino						Masculino						Ambos sexos					
	Tratamiento específico						Tratamiento específico						Tratamiento específico					
	Sí		Aband.		No		Sí		Aband.		No		Sí		Aband.		No	
	f	f'	f	f'	f	f'	f	f'	f	f'	f	f'	f	f'	f	f'	f	f'
15-24	21	0.47	1	0.07	4	0.31	10	0.32	3	0.6	13	0.48	31	0.41	4	0.21	17	0.42
25-34	11	0.24	6	0.43	4	0.31	11	0.35	2	0.4	6	0.22	22	0.29	8	0.42	10	0.25
35-44	9	0.2	6	0.43	1	0.08	9	0.29	0	0	3	0.11	18	0.24	6	0.32	4	0.1
45-54	2	0.04	1	0.07	2	0.15	0	0	0	0	3	0.11	2	0.03	1	0.05	5	0.12
55-64	1	0.02	0	0	2	0.15	1	0.03	0	0	2	0.07	2	0.03	0	0	4	0.1
65-74	1	0.02	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0.01	0	0	0	0
n	45	1	14	1	13	1	31	1	5	1	27	1	76	1	19	1	40	1

Aband. = Abandonó

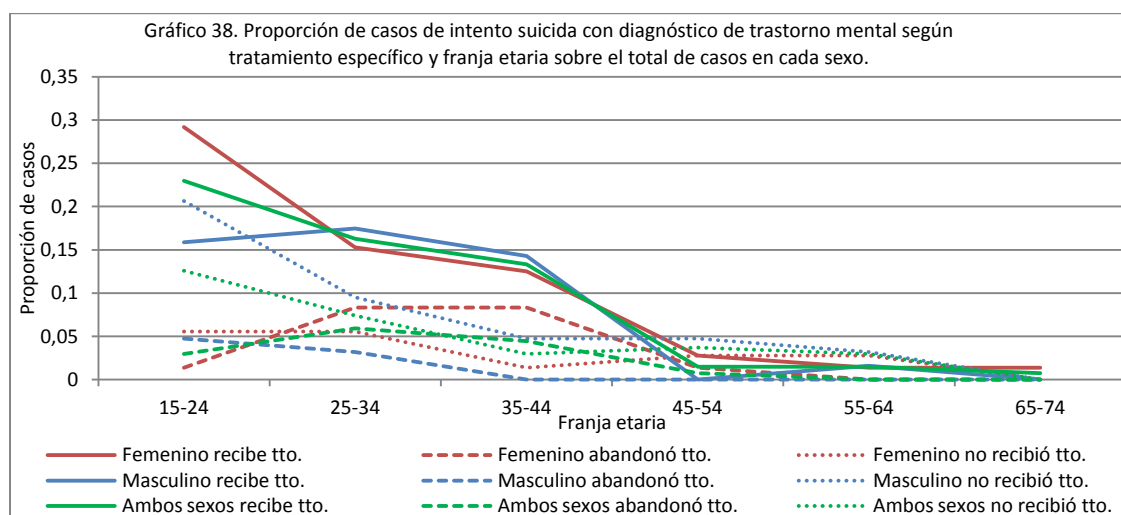


Tabla 50a.

Cantidad de casos por intento de suicidio ambos sexos con diagnóstico actual de trastorno mental en el periodo total de estudio según acceso a tratamiento específico y franja etaria.

Franja etaria	Tratamiento específico						Total	
	Sí		Abandonó		No			
	f	f'	f	f'	f	f'	f	f'
15-24	31	0.41	4	0.21	17	0.42	52	0.39
25-44	40	0.53	14	0.74	14	0.35	68	0.5
45-74	5	0.06	1	0.05	9	0.23	15	0.11
n	76	1	19	1	40	1	135	1

$(\chi_o^2 [12.44] < \chi_c^2 [13.28], df = 4).$

Tabla 50b.

Cantidad de casos por intento de suicidio sexo femenino con diagnóstico actual de trastorno mental en el periodo total de estudio según acceso a tratamiento específico y franja etaria.

Franja etaria	Tratamiento específico						Total	
	Sí		Abandonó		No		f	f'
	f	f'	f	f'	f	f'		
15-24	21	0.47	1	0.07	4	0.31	26	0.36
25-44	20	0.44	12	0.86	5	0.38	37	0.51
45-74	4	0.09	1	0.07	4	0.31	9	0.13
n	45	1	14	1	13	1	72	1

$(\chi_o^2 [13.05] < \chi_c^2 [13.28], df = 4).$

Tabla 50c.

Cantidad de casos por intento de suicidio sexo masculino con diagnóstico actual de trastorno mental en el periodo total de estudio según acceso a tratamiento específico y franja etaria.

Franja etaria	Tratamiento específico						Total	
	Sí		Abandonó		No		f	f'
	f	f'	f	f'	f	f'		
15-24	10	0.32	3	0.6	13	0.48	26	0.41
25-34	11	0.35	2	0.4	6	0.22	19	0.3
35-64	10	0.32	0	0	8	0.3	18	0.29
n	31	1	5	1	27	1	63	1

$(\chi_o^2 [3.95] < \chi_c^2 [13.28], df = 4 [f_i < 5: +20\%]).$

Tabla 51.

Cantidad de casos por intento de suicidio en el periodo total de estudio según presencia-ausencia de diagnóstico actual de enfermedad orgánica y sexo.

Enfermedad orgánica	Femenino		Masculino		Ambos sexos	
	f	f'	f	f'	f	f'
Sí	13	0.04	3	0.02	16	0.03
No	280	0.96	185	0.98	465	0.97
N	293	1	188	1	481	1

$(\chi_o^2 [2.87] < \chi_c^2 [6.64], df = 1).$

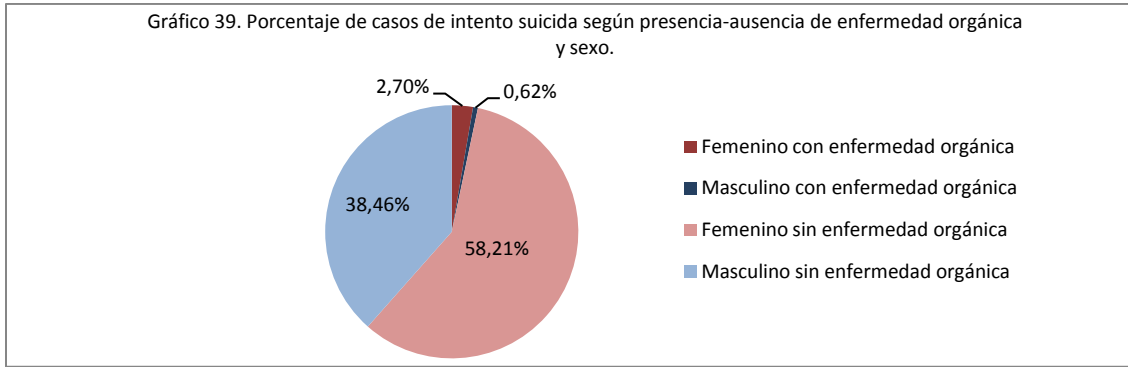


Tabla 52.

Cantidad de casos por intento de suicidio en el periodo total de estudio según presencia-ausencia de diagnóstico actual de enfermedad orgánica, sexo y franja etaria.

Franja etaria	Femenino				Masculino				Ambos sexos			
	Diagnóstico enfermedad orgánica		Diagnóstico enfermedad orgánica		Diagnóstico enfermedad orgánica		Diagnóstico enfermedad orgánica		Diagnóstico enfermedad orgánica		Diagnóstico enfermedad orgánica	
	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
	f	f'	f	f'	f	f'	f	f'	f	f'	f	f'
15-24	4	0.31	157	0.56	1	0.33	95	0.51	5	0.31	252	0.54
25-34	3	0.23	70	0.25	0	0	52	0.28	3	0.19	122	0.26
35-44	3	0.23	37	0.13	1	0.33	21	0.11	4	0.25	58	0.12
45-54	0	0	13	0.05	0	0	12	0.06	0	0	25	0.05
55-64	2	0.15	2	0.01	1	0.33	3	0.02	3	0.19	5	0.01
65-74	1	0.08	1	0.004	0	0	2	0.01	1	0.06	3	0.01
N	13	1	280	1	3	1	185	1	16	1	465	1

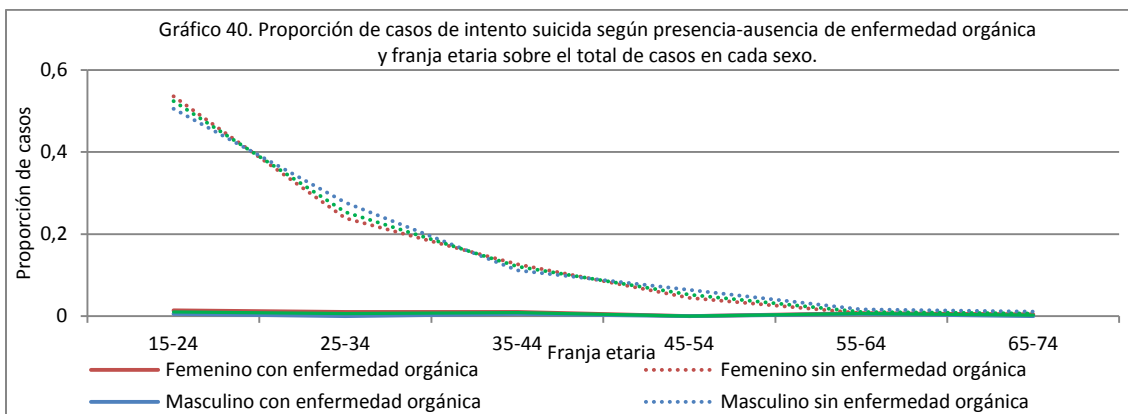


Tabla 52a.

Cantidad de casos por intento de suicidio ambos sexos en el periodo total de estudio según presencia- ausencia de diagnóstico actual de enfermedad orgánica y franja etaria.

Franja etaria	Diagnóstico enfermedad orgánica				Total	
	Sí		No			
	f	f'	f	f'	f	f'
15-24	5	0.31	252	0.54	257	0.53
25-44	7	0.43	180	0.39	187	0.39
45-74	4	0.25	33	0.07	37	0.08
N	16	1	465	1	481	1

$(\chi_o^2 [8.07] < \chi_c^2 [9.21], df = 2).$

Tabla 52b.

Cantidad de casos por intento de suicidio sexo femenino en el periodo total de estudio según presencia- ausencia de diagnóstico actual de enfermedad orgánica y franja etaria.

Franja etaria	Diagnóstico enfermedad orgánica				Total	
	Sí		No			
	f	f'	f	f'	f	f'
15-24	4	0.31	157	0.56	161	0.55
25-44	6	0.46	107	0.38	113	0.39
45-74	3	0.23	16	0.06	19	0.06
N	13	1	280	1	293	1

$(\chi_o^2 [7.46] < \chi_c^2 [9.21], df = 2).$

Tabla 52c.

Cantidad de casos por intento de suicidio sexo masculino en el periodo total de estudio según presencia- ausencia de diagnóstico actual de enfermedad orgánica y franja etaria.

Franja etaria	Diagnóstico enfermedad orgánica				Total	
	Sí		No			
	f	f'	f	f'	f	f'
15-24	1	0.33	95	0.51	96	0.51
25-44	1	0.33	73	0.39	74	0.39
45-74	1	0.33	17	0.1	18	0.1
N	3	1	185	1	188	1

$(\chi_o^2 [1.98] < \chi_c^2 [9.21], df = 2 [f_i < 5: +20%]).$

Tabla 53.

Cantidad de casos por intento de suicidio en el periodo total de estudio con diagnóstico actual de enfermedad orgánica según tipo diagnóstico y sexo.

Tipo diagnóstico enfermedad orgánica	Femenino		Masculino		Ambos sexos	
	f	f'	f	f'	f	f'
Epilepsia	7	0.54	2	0.67	9	0.56
Cáncer	1	0.08	0	0	1	0.06
Lupus	1	0.08	0	0	1	0.06
Insuficiencia renal crónica	2	0.15	0	0	2	0.13
Hipotiroidismo	1	0.08	0	0	1	0.06
Obesidad mórbida	0	0	1	0.33	1	0.06
Hipertensión arterial	1	0.08	0	0	1	0.06
n	13	1	3	1	16	1

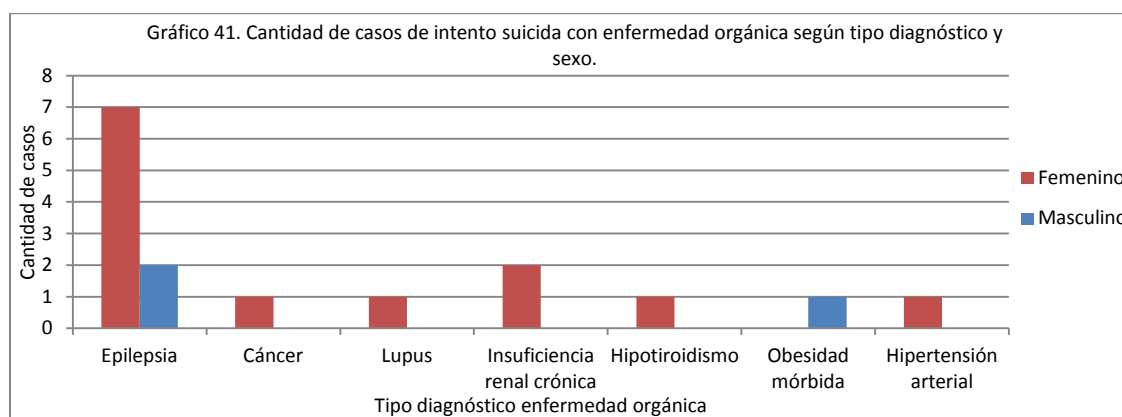


Tabla 54.

Cantidad de casos por intento de suicidio ambos sexos en el periodo total de estudio con diagnóstico actual de enfermedad orgánica según tipo diagnóstico y franja etaria.

Tipo diagnóstico enfermedad orgánica	Franja etaria											
	15-24		25-34		35-44		45-54		55-64		65-74	
	f	f'	f	f'	f	f'	f	f'	f	f'	f	f'
Epilepsia	3	0.6	3	1	2	0.5	0	0	1	0.33	0	0
Cáncer	0	0	0	0	1	0.25	0	0	0	0	0	0
Lupus	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Insuficiencia renal crónica	2	0.4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hipotiroidismo	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0.33	0	0
Obesidad mórbida	0	0	0	0	1	0.25	0	0	0	0	0	0
Hipertensión arterial	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0.33	0	0
n	5	1	3	1	4	1	0	0	3	1	1	1

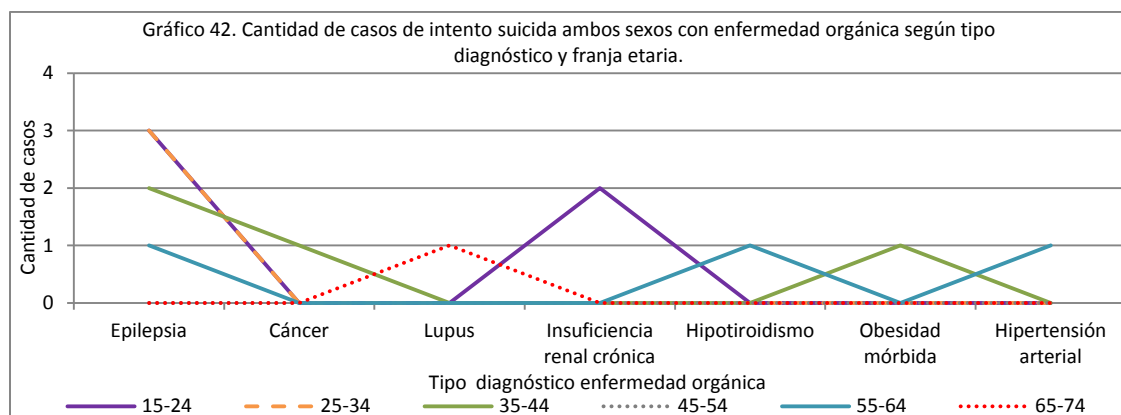


Tabla 55.

Cantidad de casos por intento de suicidio sexo femenino en el periodo total de estudio con diagnóstico actual de enfermedad orgánica según tipo diagnóstico y franja etaria.

Tipo diagnóstico enfermedad orgánica	Franja etaria											
	15-24		25-34		35-44		45-54		55-64		65-74	
	f	f'	f	f'	f	f'	f	f'	f	f'	f	f'
Epilepsia	2	0.5	3	1	2	0.67	0	0	0	0	0	0
Cáncer	0	0	0	0	1	0.33	0	0	0	0	0	0
Lupus	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Insuficiencia renal crónica	2	0.5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hipotiroidismo	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0.5	0	0
Hipertensión arterial	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0.5	0	0
n	4	1	3	1	3	1	0	0	2	1	1	1

Tabla 56.

Cantidad de casos por intento de suicidio sexo masculino en el periodo total de estudio con diagnóstico actual de enfermedad orgánica según tipo diagnóstico y franja etaria.

Tipo diagnóstico enfermedad orgánica	Franja etaria										
	15-24		25-34		35-44		45-54		55-64		
	f	f'	f	f'	f	f'	f	f'	f	f'	
Epilepsia	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Obesidad mórbida	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0
n	1	1	0	0	1	1	0	0	0	1	1

Tabla 57.

Cantidad de casos asistidos por intento suicida durante el periodo total según presencia-ausencia de contenidos categorizados en una o ambas variables desencadenantes de urgencias suicidas en estudio y sexo.

Contenidos variables desencadenantes	Femenino		Masculino		Ambos sexos	
	f	f'	f	f'	f	f'
Presencia	270	0.92	168	0.89	438	0.91
Ausencia	23	0.08	20	0.11	43	0.09
N	293	1	188	1	481	1

$(\chi_o^2 [1.10] < \chi_c^2 [6.64], df = 1)$.

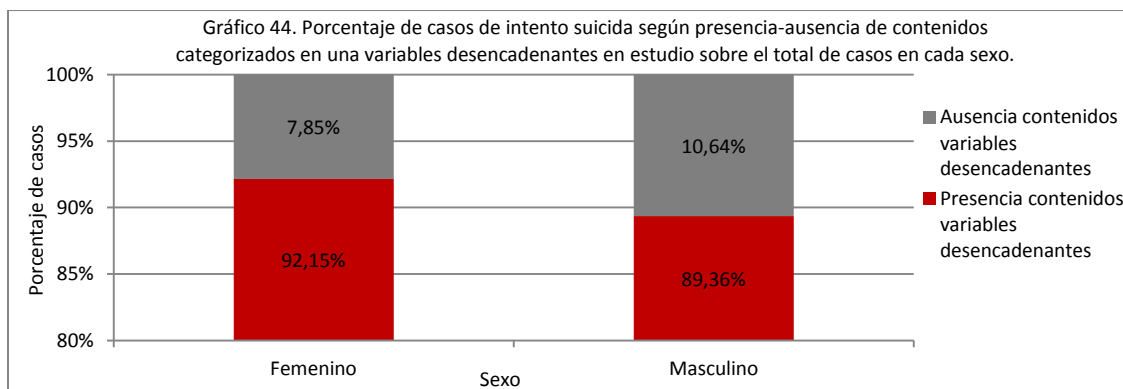
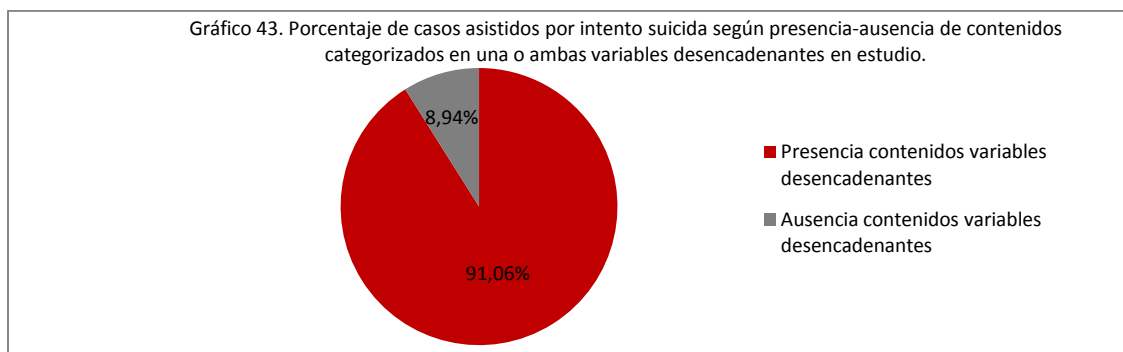


Tabla 58.

Cantidad de casos por intento de suicidio durante el periodo total según presencia-ausencia de contenidos categorizados en una o ambas variables desencadenantes de urgencias suicidas en estudio, franja etaria y sexo.

Franja etaria	Femenino				Masculino				Ambos sexos							
	Contenidos variables desencadenantes								Contenidos variables desencadenantes							
	Presencia		Ausencia		Presencia		Ausencia		Presencia		Ausencia					
	f	f'	f	f'	f	f'	f	f'	f	f'	f	f'				
15-24	149	0.55	12	0.52	85	0.51	11	0.55	234	0.53	23	0.53				
25-34	67	0.25	6	0.26	45	0.27	7	0.35	112	0.26	13	0.3				
35-44	37	0.14	3	0.13	20	0.12	2	0.1	57	0.13	5	0.12				
45-54	12	0.04	1	0.04	12	0.07	0	0	24	0.05	1	0.02				
55-64	3	0.01	1	0.04	4	0.02	0	0	7	0.02	1	0.02				
65-74	2	0.01	0	0	2	0.01	0	0	4	0.01	0	0				
N	270	1	23	1	168	1	20	1	438	1	43	1				

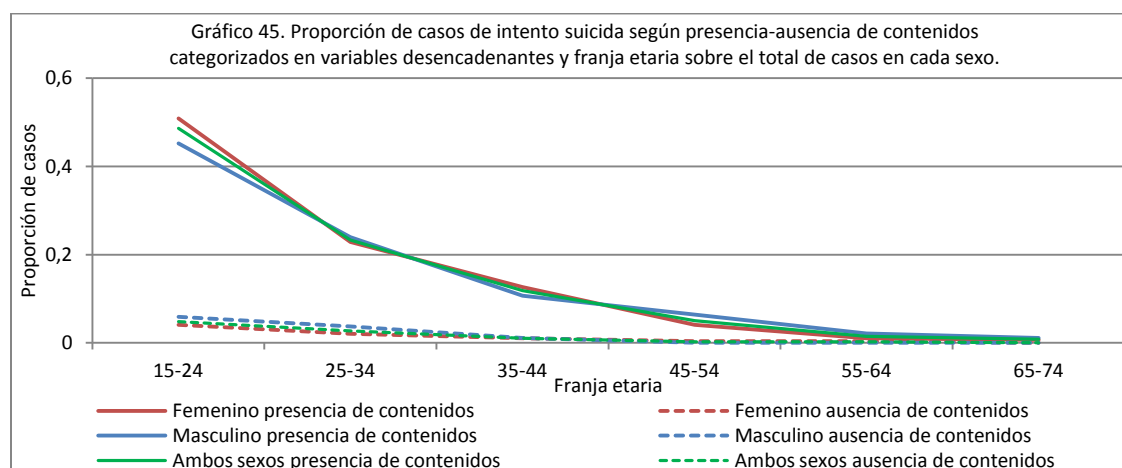


Tabla 58a.

Cantidad de casos por intento de suicidio ambos sexos durante el periodo total según presencia-ausencia de contenidos categorizados en una o ambas variables desencadenantes de urgencias suicidas en estudio y franja etaria.

Franja etaria	Contenidos variables desencadenantes				Total	
	Presencia		Ausencia			
	f	f'	f	f'	f	f'
15-24	234	0.53	23	0.53	257	0.53
25-34	112	0.26	13	0.3	125	0.26
35-44	57	0.13	5	0.12	62	0.13
45-54	24	0.05	1	0.02	25	0.05
55-74	11	0.03	1	0.02	12	0.02
N	438	1	43	1	481	1

$(\chi_o^2 [1.14] < \chi_c^2 [13.28], df = 4).$

Tabla 58b.

Cantidad de casos por intento de suicidio sexo femenino durante el periodo total según presencia-ausencia de contenidos categorizados en una o ambas variables desencadenantes de urgencias suicidas en estudio y franja etaria.

Franja etaria	Contenidos variables desencadenantes				Total	
	Presencia		Ausencia			
	f	f'	f	f'	f	f'
15-24	149	0.55	12	0.52	161	0.55
25-44	104	0.39	9	0.39	113	0.39
45-74	17	0.06	2	0.09	19	0.06
N	270	1	23	1	293	1

$(\chi_o^2 [0.22] < \chi_c^2 [9.21], df = 2).$

Tabla 58c.

Cantidad de casos por intento de suicidio sexo masculino durante el periodo total según presencia-ausencia de contenidos categorizados en una o ambas variables desencadenantes de urgencias suicidas en estudio y franja etaria.

Franja etaria	Contenidos variables desencadenantes				Total	
	Presencia		Ausencia			
	f	f'	f	f'	f	f'
15-24	85	0.5	11	0.55	96	0.51
25-44	65	0.39	9	0.45	74	0.39
45-74	18	0.11	0	0	18	0.1
N	168	1	20	1	188	1

$(\chi_o^2 [2.39] < \chi_c^2 [9.21], df = 2).$

Tabla 58d.

Cantidad de casos por intento de suicidio con presencia de contenidos categorizados en una o ambas variables desencadenantes de urgencias suicidas en estudio durante el periodo total según franja etaria y sexo.

Franja etaria	Contenidos variables desencadenantes						
	Femenino		Masculino		Total		
	f	f'	f	f'	f	f'	
15-24		149	0.55	85	0.51	234	0.53
25-34		67	0.25	45	0.27	112	0.26
35-44		37	0.14	20	0.12	57	0.13
45-54		12	0.04	12	0.07	24	0.05
55-74		5	0.02	6	0.03	11	0.03
n		270	1	168	1	438	1

$(\chi_o^2 [3.43] < \chi_c^2 [13.28], df = 4).$

Tabla 58e.

Cantidad de casos por intento de suicidio con ausencia de contenidos categorizados en una o ambas variables desencadenantes de urgencias suicidas en estudio durante el periodo total según franja etaria y sexo.

Franja etaria	Contenidos variables desencadenantes						
	Femenino		Masculino		Total		
	f	f'	f	f'	f	f'	
15-24		12	0.52	11	0.55	23	0.53
25-34		6	0.26	7	0.35	13	0.3
35-64		5	0.22	2	0.1	7	0.16
n		23	1	20	1	43	1

$(\chi_o^2 [1.21] < \chi_c^2 [9.21], df = 2 [f_i < 5: +20\%]).$

Tabla 59.

Cantidad de casos asistidos por intento suicida durante el periodo total según coyuntura desencadenante de urgencia suicida y sexo.

Coyuntura desencadenante	Femenino		Masculino		Ambos sexos		
	f	f'	f	f'	f	f'	
SS-AR		186	0.63	111	0.59	297	0.62
SS		53	0.18	33	0.17	86	0.18
AR		31	0.11	24	0.13	55	0.11
Ninguna		23	0.08	20	0.11	43	0.09
N		293	1	188	1	481	1

$(\chi_o^2 [1.86] < \chi_c^2 [11.34], df = 3).$

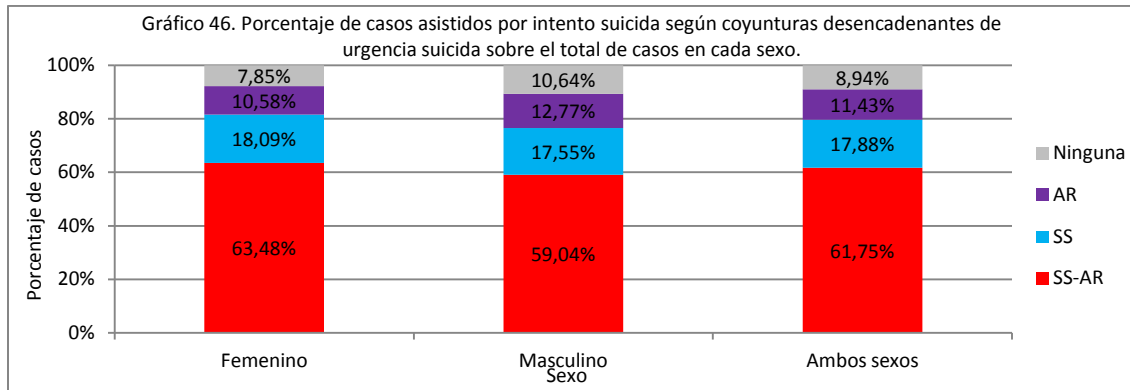


Tabla 60.

Cantidad de casos ambos sexos asistidos por intento suicida durante el periodo total de estudio según coyuntura desencadenante de urgencia suicida y franja etaria.

Franja etaria	Coyuntura desencadenante							
	SS-AR		SS		AR		Ninguna	
	f	f'	f	f'	f	f'	f	f'
15-24	159	0.54	44	0.51	31	0.56	23	0.53
25-34	79	0.27	19	0.22	14	0.25	13	0.3
35-44	36	0.12	15	0.17	6	0.11	5	0.12
45-54	15	0.05	7	0.08	2	0.04	1	0.02
55-64	4	0.01	1	0.01	2	0.04	1	0.02
65-74	4	0.01	0	0	0	0	0	0
N	297	1	86	1	55	1	43	1

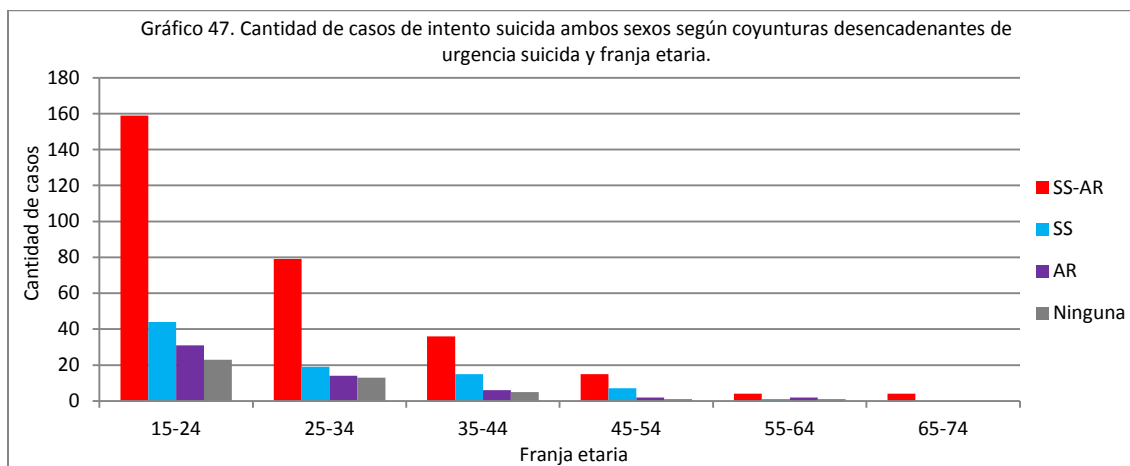


Tabla 60a.

Cantidad de casos ambos sexos asistidos por intento suicida durante el periodo total de estudio según coyuntura desencadenante de urgencia suicida y franja etaria.

Franja etaria	Coyuntura desencadenante								Total	
	SS-AR		SS		AR		Ninguna			
	f	f'	f	f'	f	f'	f	f'	f	f'
15-24	159	0.54	44	0.51	31	0.56	23	0.53	257	0.53
25-34	79	0.27	19	0.22	14	0.25	13	0.3	125	0.26
35-54	51	0.17	22	0.26	8	0.15	6	0.14	87	0.18
55-74	8	0.03	1	0.01	2	0.04	1	0.02	12	0.02
N	297	1	86	1	55	1	43	1	481	1

$(\chi_o^2 [5.58] < \chi_c^2 [21.67], df = 9)$.

Tabla 61.

Cantidad de casos sexo femenino asistidos por intento suicida durante el periodo total de estudio según coyuntura desencadenante de urgencia suicida y franja etaria.

Franja etaria	Coyuntura desencadenante							
	SS-AR		SS		AR		Ninguna	
	f	f'	f	f'	f	f'	f	f'
15-24	104	0.56	27	0.51	18	0.58	12	0.52
25-34	48	0.26	11	0.21	8	0.26	6	0.26
35-44	23	0.12	10	0.19	4	0.13	3	0.13
45-54	8	0.04	4	0.07	0	0	1	0.04
55-64	1	0.01	1	0.02	1	0.03	1	0.04
65-74	2	0.01	0	0	0	0	0	0
N	186	1	53	1	31	1	23	1

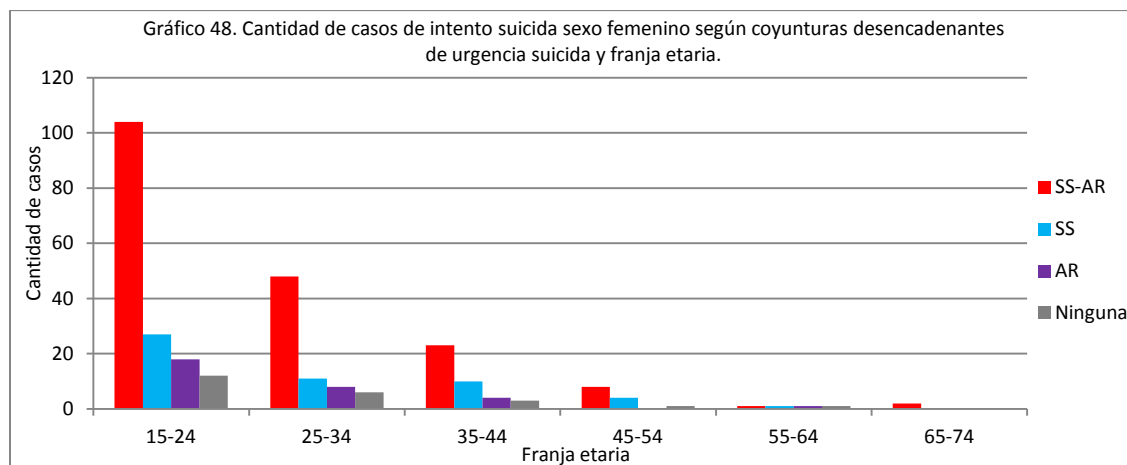


Tabla 61a.

Cantidad de casos sexo femenino asistidos por intento suicida durante el periodo total de estudio según coyuntura desencadenante de urgencia suicida y franja etaria.

Franja etaria	Coyuntura desencadenante								Total	
	SS-AR		SS		AR		Ninguna			
	f	f'	f	f'	f	f'	f	f'	f	f'
15-24	104	0.56	27	0.51	18	0.58	12	0.52	161	0.55
25-34	48	0.26	11	0.21	8	0.26	6	0.26	73	0.25
35-74	34	0.18	15	0.28	5	0.16	5	0.22	59	0.2
N	186	1	53	1	31	1	23	1	293	1

$(\chi_o^2 [3.08] < \chi_c^2 [16.81], df = 6).$

Tabla 62.

Cantidad de casos sexo masculino asistidos por intento suicida durante el periodo total de estudio según coyuntura desencadenante de urgencia suicida y franja etaria.

Franja etaria	Coyuntura desencadenante							
	SS-AR		SS		AR		Ninguna	
	f	f'	f	f'	f	f'	f	f'
15-24	55	0.49	17	0.51	13	0.54	11	0.55
25-34	31	0.28	8	0.24	6	0.25	7	0.35
35-44	13	0.12	5	0.15	2	0.08	2	0.1
45-54	7	0.06	3	0.1	2	0.08	0	0
55-64	3	0.03	0	0	1	0.04	0	0
65-74	2	0.02	0	0	0	0	0	0
N	111	1	33	1	24	1	20	1

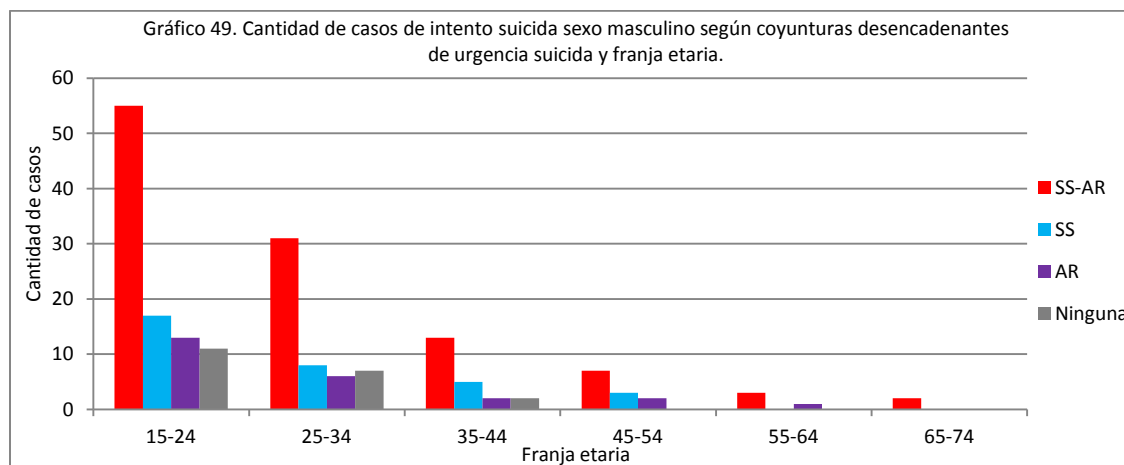


Tabla 62a.

Cantidad de casos sexo masculino asistidos por intento suicida durante el periodo total de estudio según coyuntura desencadenante de urgencia suicida y franja etaria.

Franja etaria	Coyuntura desencadenante								Total	
	SS-AR		SS		AR		Ninguna			
	f	f'	f	f'	f	f'	f	f'	f	f'
15-24	55	0.49	17	0.51	13	0.54	11	0.55	96	0.51
25-34	31	0.28	8	0.24	6	0.25	7	0.35	52	0.28
35-74	25	0.23	8	0.24	5	0.21	2	0.1	40	0.21
N	111	1	33	1	24	1	20	1	188	1

$(\chi_o^2 [2.17] < \chi_c^2 [16.81], df = 6)$.

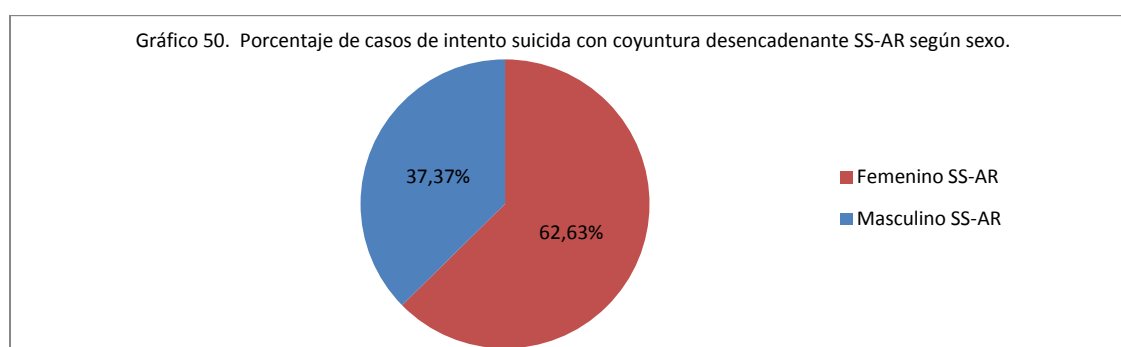


Tabla 63.

Cantidad de casos de intento suicida durante el periodo total de estudio con coyuntura desencadenante de urgencia suicida SS-AR según sexo y franja etaria.

Franja etaria	Sexo					
	Femenino		Masculino		Ambos sexos	
	f	f'	f	f'	f	f'
15-24	104	0.56	55	0.49	159	0.54
25-34	48	0.26	31	0.28	79	0.27
35-44	23	0.12	13	0.12	36	0.12
45-54	8	0.04	7	0.06	15	0.05
55-64	1	0.01	3	0.03	4	0.01
65-74	2	0.01	2	0.02	4	0.01
n	186	1	111	1	297	1

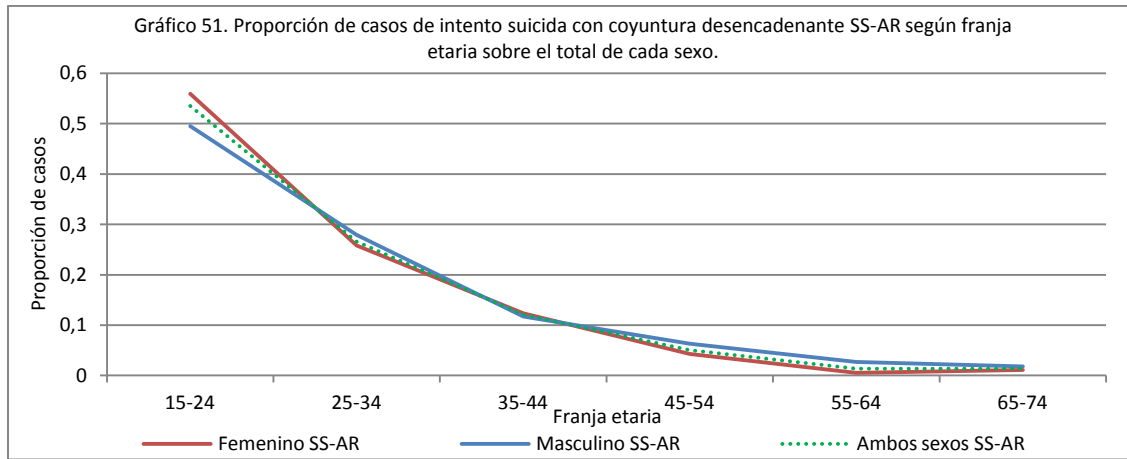


Tabla 63a.

Cantidad de casos de intento suicida durante el periodo total de estudio con coyuntura desencadenante de urgencia suicida SS-AR según sexo y franja etaria.

Franja etaria	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino			
	f	f'	f	f'	f	f'
15-24	104	0.56	55	0.49	159	0.54
25-34	48	0.26	31	0.28	79	0.27
35-44	23	0.12	13	0.12	36	0.12
45-54	8	0.04	7	0.06	15	0.05
55-74	3	0.02	5	0.05	8	0.03
n	186	1	111	1	297	1

$(\chi_0^2 [3.38] < \chi_c^2 [13.28], df = 4).$

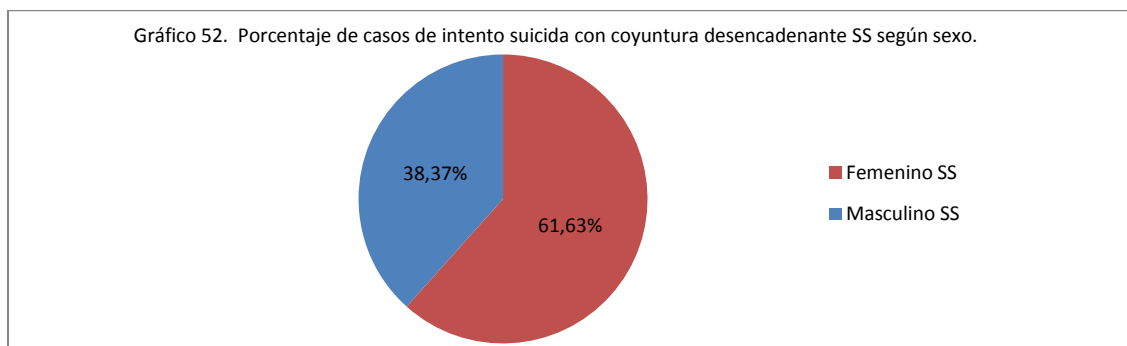


Tabla 64.

Cantidad de casos de intento suicida durante el periodo total de estudio con coyuntura desencadenante de urgencia suicida SS según sexo y franja etaria.

Franja etaria	Sexo					
	Femenino		Masculino		Ambos sexos	
	f	f'	f	f'	f	f'
15-24	27	0.51	17	0.51	44	0.51
25-34	11	0.21	8	0.24	19	0.22
35-44	10	0.19	5	0.15	15	0.17
45-54	4	0.07	3	0.1	7	0.08
55-64	1	0.02	0	0	1	0.01
n	53	1	33	1	86	1

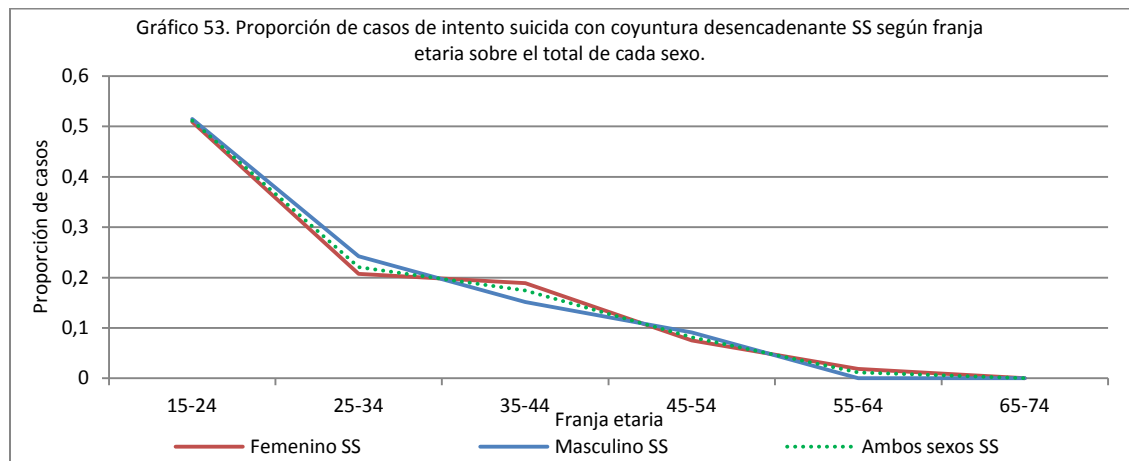


Tabla 64a.

Cantidad de casos de intento suicida durante el periodo total de estudio con coyuntura desencadenante de urgencia suicida SS según sexo y franja etaria.

Franja etaria	Sexo					
	Femenino		Masculino		Total	
	f	f'	f	f'	f	f'
15-24	27	0.51	17	0.51	44	0.51
25-34	11	0.21	8	0.24	19	0.22
35-44	10	0.19	5	0.15	15	0.17
45-64	5	0.09	3	0.09	8	0.09
n	53	1	33	1	86	1

$(\chi_o^2 [0.27] < \chi_c^2 [11.34], df = 3).$

Gráfico 54. Porcentaje de casos de intento suicida con coyuntura desencadenante AR según sexo.

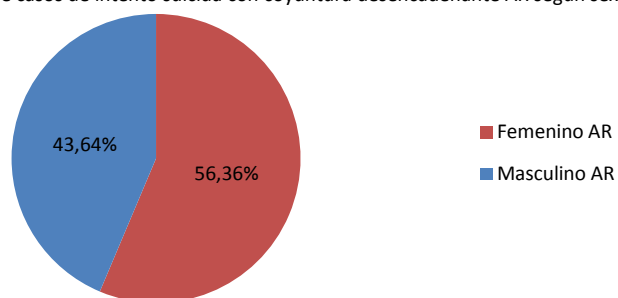


Tabla 65.

Cantidad de casos de intento suicida durante el periodo total de estudio con coyuntura desencadenante de urgencia suicida AR según sexo y franja etaria.

Franja etaria	Sexo					
	Femenino		Masculino		Ambos sexos	
	f	f'	f	f'	f	f'
15-24	18	0.58	13	0.54	31	0.56
25-34	8	0.26	6	0.25	14	0.25
35-44	4	0.13	2	0.08	6	0.11
45-54	0	0	2	0.08	2	0.04
55-64	1	0.03	1	0.04	2	0.04
n	31	1	24	1	55	1

Gráfico 55. Proporción de casos de intento suicida con coyuntura desencadenante AR según franja etaria sobre el total de cada sexo.

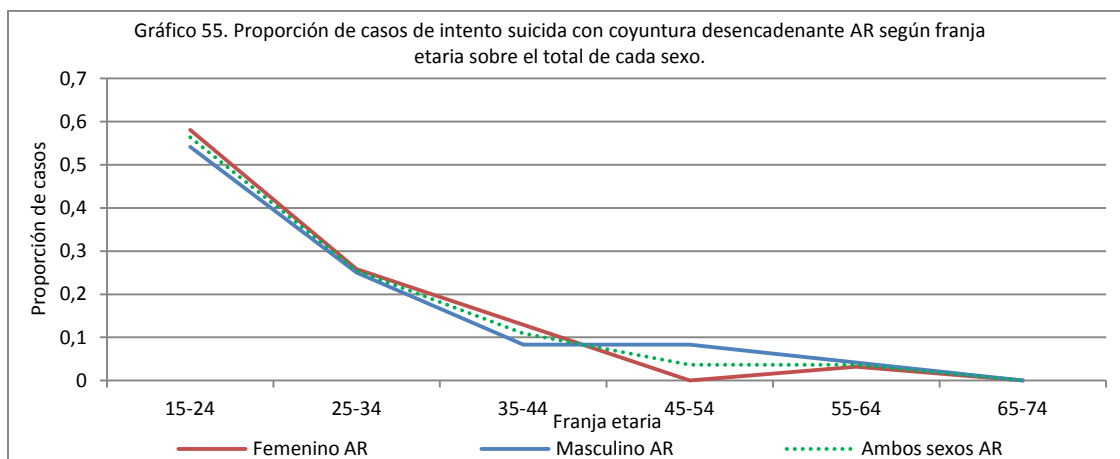


Tabla 65a.

Cantidad de casos de intento suicida durante el periodo total de estudio con coyuntura desencadenante de urgencia suicida AR según sexo y franja etaria.

Franja etaria	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino			
	f	f'	f	f'	f	f'
15-24	18	0.58	13	0.54	31	0.56
25-34	8	0.26	6	0.25	14	0.25
35-64	5	0.16	5	0.21	10	0.18
n	31	1	24	1	55	1

$(\chi_o^2 [0.20] < \chi_c^2 [9.21], df = 2).$

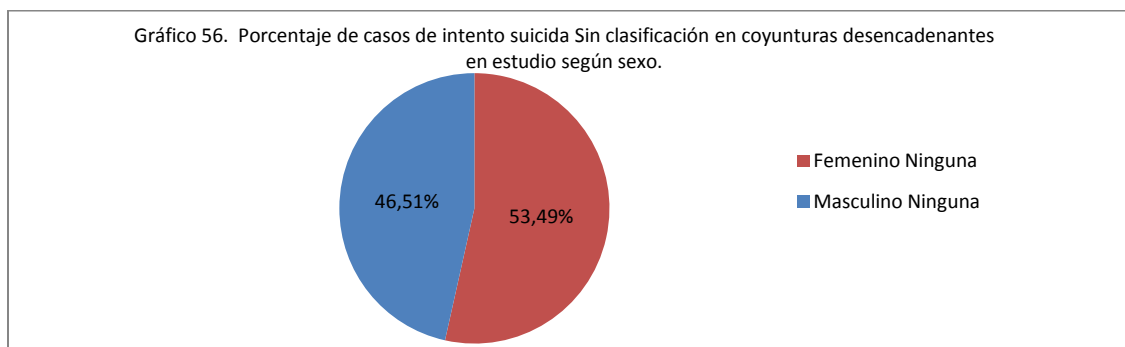


Tabla 66.

Cantidad de casos de intento suicida durante el periodo total de estudio Sin clasificación en coyunturas desencadenantes en estudio según sexo y franja etaria.

Franja etaria	Sexo					
	Femenino		Masculino		Ambos sexos	
	f	f'	f	f'	f	f'
15-24	12	0.52	11	0.55	23	0.53
25-34	6	0.26	7	0.35	13	0.3
35-44	3	0.13	2	0.1	5	0.12
45-54	1	0.04	0	0	1	0.02
55-64	1	0.04	0	0	1	0.02
n	23	1	20	1	43	1

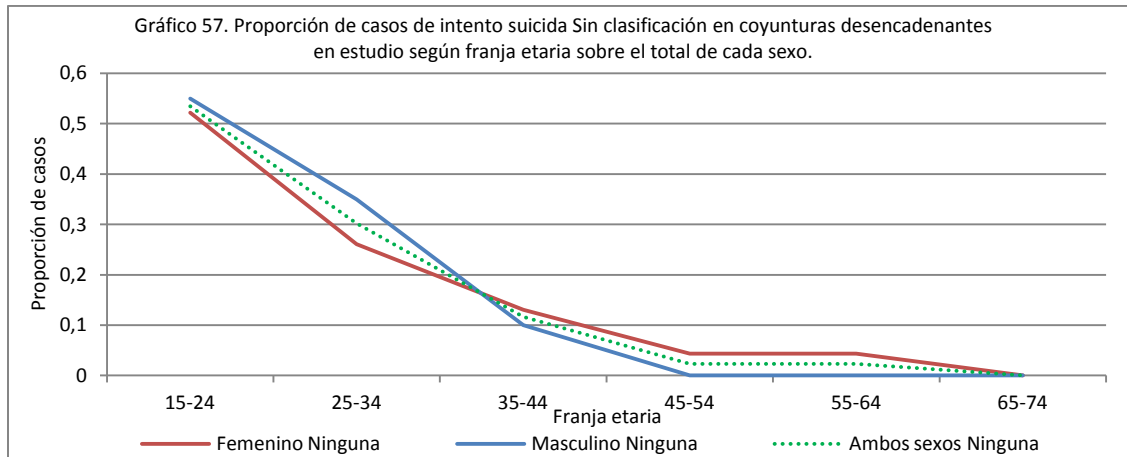


Tabla 66a.

Cantidad de casos de intento suicida durante el periodo total de estudio Sin clasificación en coyunturas desencadenantes en estudio según sexo y franja etaria.

Franja etaria	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino			
	f	f'	f	f'	f	f'
15-24	12	0.52	11	0.55	23	0.53
25-34	6	0.26	7	0.35	13	0.3
35-64	5	0.22	2	0.1	7	0.16
n	23	1	20	1	43	1

$(\chi_0^2 [1.21] < \chi_c^2 [9.21], df = 2 [f_i < 5: +20\%])$.