



"Análisis y caracterización de factores de riesgo del proceso suicida. Estudio clínico-psicológico bianual (períodos 2007-2008) de intentos suicidas en servicio de guardia. Jujuy."

Autora: Lic. López Steinmetz, Lorena Cecilia. Psicóloga. M. P. 271. Psicología Clínica y Comunitaria.
Psicoanalista. Investigadora. (Nefronoa s. a.-Comisión Nacional Salud Investiga. Ministerio de Salud de la Nación)
steinramirez@hotmail.com

Breve Currículum Vitae.

Licenciada en Psicología. Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Córdoba.

Especialización en Psicología Clínica y Psicología Comunitaria. Ministerio de Salud de la Nación y Ministerio de Salud Jujuy.

Psicoanalista. Centro de Investigación y Formación "Acto Analítico", Córdoba. Centro Descartes, asociado al Instituto del Campo Freudiano, Buenos Aires.

Investigadora, área Clínica. Comisión Nacional Salud Investiga. Ministerio de Salud de la Nación. Presidencia de la Nación.

Ex-Profesora Universitaria de Plantilla en las Carreras de Licenciatura en Psicología y Licenciatura en Psicopedagogía. Universidad Católica de Santiago del Estero, Departamento Académico San Salvador (UCSE-DASS).

Ex-Investigadora de Plantilla, Responsable del Área Psicología Clínica, en "Gabinete de Investigación en Psicología y Educación" (GIPE), Área de Investigación y Desarrollo Científico. Universidad Católica de Santiago del Estero, Departamento Académico San Salvador (UCSE-DASS).

Postgrados:

2009 - Titulación de Postgrado: ESPECIALIZACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA Y COMUNITARIA. Doble Especialización y Titulación: Clínica y Comunitaria. Sistema de Residencias del Arte de Curar. Diseño Curricular aprobado por Disposición Nº 16/03 del Ministerio de Salud de la Nación. Ministerio de Salud Jujuy y Ministerio de Salud de la Nación. Argentina. 2006 - 2009.

2005 - Titulación de Postgrado: PSICOANALISTA. Postgrado en Teoría y Clínica Psicoanalítica. Centro de Investigación y Formación: "Acto Analítico". Córdoba. Argentina. 2004 - 2005.

2005 - Titulación de Postgrado: PSICOONCÓLOGA. Servicio de Psicopatología del Hospital Nacional de Clínicas. Secretaría de Graduados en Ciencias de la Salud. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Córdoba. Córdoba. Argentina. 2005.



Resumen.

Desde una perspectiva clínico-psicológica, se investigó el proceso de suicidio en Jujuy. Dicho estudio se enfocó en el análisis y caracterización de los factores de riesgo del proceso suicida en una muestra bianual, de los períodos 2007 y 2008, de pacientes que requirieron y recibieron asistencia psicológica en Servicio de Guardia del Hospital “Pablo Soria” de Jujuy tras cometer intento suicida. En el diseño, de tipo exploratorio-descriptivo, se recurrió a herramientas de las lógicas cuantitativas y cualitativas para la recolección y análisis de los datos. Los resultados obtenidos permitieron obtener una caracterización de la muestra estudiada en los aspectos atinentes a los factores de riesgo del proceso suicida específicos de la misma, los cuales son susceptibles de generalizarse a la población jujeña. Y con ello, esta investigación aportó a comenzar a llenar con conocimiento científico, el vacío epistémico reinante en lo que se refiere a producción de ese conocimiento referido a la temática en la provincia de Jujuy.

Palabras Clave.

Intentos de suicidio – Factores de riesgo – Psicología – Proceso de suicidio.

Introducción y Fundamentación.

El actualmente conocido y reconocido término suicidio, es un neologismo. Éste bajo su forma latina: sui: de sí mismo y caedes: asesinato, fue acuñado hace mucho tiempo atrás por Sir Thomas Browne en su obra *Religio Medici*, del año 1.642.

A lo largo de la historia de la humanidad el suicidio cargó con diferentes acepciones, las cuales corrieron a la par de las concepciones de las épocas. Sin embargo, la tendencia social predominante respecto de la muerte voluntaria tendió mayoritariamente a la estigmatización de dicha conducta. Tal es así, que el drástico gesto de darse “muerte a sí mismo” aún hoy constituye uno de los temas tabú que atraviesan a nuestra época.

Y la atraviesa de un modo tal, que es imposible no abocarse a él. Por ejemplo la OMS reconoció que el suicidio consumado constituye un problema de salud pública actual notable, altamente prevenible, pero que, paradójicamente, provoca casi la mitad de muertes violentas en todo el mundo. Asimismo, las tasas de suicidio informadas por Organizaciones Nacionales e Internacionales de Salud elevaron el fenómeno a la categoría de pandemia. Siendo sumamente alarmante el



hecho de que Jujuy haya superado la tasa media de suicidios establecidas por dichas Organizaciones, convirtiéndose en la segunda provincia Argentina con mayor índice de suicidios. Se hace hincapié en el hecho de que ello es sumamente alarmante más aún cuando se compara la densidad poblacional de Jujuy con 673.307 habitantes, respecto de otras provincias Argentinas con densidades poblacionales mucho mayores, como lo son por ejemplo: Buenos Aires con 15.625.084 habitantes, Córdoba con 3.308.876 habitantes, Santa Fe con 3.194.537 habitantes, entre otras [1].

Siendo el proceso suicida una problemática de suma actualidad, multiplicidad de investigaciones, tanto a nivel nacional como internacional, se abocan a su estudio. Ello contrasta con el vacío epistémico sobre esta problemática a nivel local en la provincia de Jujuy. Luego de un trabajo de revisión bibliográfica exhaustiva por parte de quien suscribe, se concluyó que son escasísimas las investigaciones realizadas sobre este fenómeno en Jujuy. De hecho, descontando las investigaciones realizadas y publicadas por quien suscribe, se encontraron sólo dos investigaciones realizadas en Jujuy. Ambas estudiaron el suicidio consumado y arribaron a conclusiones desde todo punto inaplicables o transferibles en acciones de asistencia y/o prevención efectiva. Estas son las investigaciones de Agüero et al. [2] y la de Sánchez [3].

Por otra parte, es de destacar que 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 de la población [4]. Por ello, que la enfermedad mental surja como un importante marcador de status de salud y que se calcule que por cada muerte atribuible a suicidio se producen entre 10 y 20 tentativas suicidas [5], que se traducen en lesiones, hospitalizaciones, traumas emocionales y mentales, y que pese a ello, en Jujuy no se disponga de datos fiables sobre el verdadero alcance de los mismos, ni con lineamientos o políticas de intervención específicas para ello, se torna como mínimo, atendible, como máximo, urgente [6].

Por otra parte, de acuerdo al Registro de Guardia de la Residencia de Psicología Clínica y Comunitaria de la provincia de Jujuy, sólo en el periodo comprendido entre el 20 de noviembre de 2006 al 31 de diciembre de 2007, de 523 interconsultas médico-psicológicas recibidas para atención psicológica en Servicio de Guardia del Hospital "Pablo Soria", 109 de ellas correspondían a intentos de suicidio [7].



En la provincia de Jujuy, las Guardias Activas de Psicología fueron implementadas como experiencia pionera por la Residencia de Psicología Clínica y Comunitaria en el año 2004, para cubrir la demanda en salud mental que se presentaba como urgencia-emergencia hasta entonces no cubierta. Ya que hasta entonces, el sistema de salud público de la provincia de Jujuy no contaba con Servicio de Guardia en el campo de la salud mental [8]. Respecto de estas carencias del sistema, desde entonces y hasta la fecha actual, se están produciendo algunos avances, entre los cuales se cuentan: que la Residencia de Psicología Clínica y Comunitaria amplió su horario de cobertura en Servicio de Guardia, aunque aún no alcanzó una cobertura de 24 horas; y que gracias al apoyo y financiamiento de la Coordinación de Salud Mental del Ministerio de Salud de Nación, muy próximamente se pondrán en funcionamiento las Guardias Activas de Salud Mental en el Hospital “San Roque” de Jujuy. La cobertura de éstas últimas sí será de 24 horas y se contará para ello en cada Guardia con un psicólogo, un psiquiatra y un enfermero especializado en salud mental.

Atento a las consideraciones anteriores, la temática de este estudio es susceptible de englobarse dentro de los criterios que definen una prioridad en Salud Pública. Es por ello que, aún siendo una aproximación inicial y pionera al conocimiento de las características del proceso suicida, esta investigación es relevante y pertinente, ya que caracteriza local y específicamente a la población jujeña que comete intento suicida. Y, lo que es más importante, esta investigación es necesaria visto el vacío epistémico, referido a la temática en estudio, reinante en Jujuy.

**Objetivo:**

Explorar la muestra de pacientes que, tras realizar intento suicida, recibió atención psicológica en el Servicio de Guardia del Hospital “Pablo Soria” de la provincia de Jujuy, durante los años 2007 y 2008, a fin de caracterizar los factores de riesgo del proceso suicida que describen a la misma.

Contexto Conceptual.

Desde su publicación y aún hasta el momento actual, la tesis de Durkheim [9], en la que estudió el suicidio desde una perspectiva sociológica, marcó la reflexión sobre el tema al señalar la estacionalidad y la contagiosidad del suicidio. Creó el término anomia para designar la situación social que atraviesa un individuo cuya integración a la sociedad - debido, por ejemplo, a crisis económicas personales o colectivas - está severamente alterada. A tal estado de anomia social le atribuyó una potencialidad suicida. Simple y sintéticamente, se hará mención al hecho de que además del suicidio anómico, Durkheim estudió desde una perspectiva sociológica el suicidio egoísta y el suicidio altruista.

Desde el psicoanálisis, Freud [10] interpretó al suicidio como una agresión dirigida hacia un objeto introyectado al que el sujeto está ligado en forma ambivalente, resultando la conducta autolesiva de un deseo inconsciente de matarlo. Este sería el mecanismo psíquico del suicidio en la neurosis. Así, desde el psicoanálisis se entiende al suicidio como un síntoma social, es decir, como un nuevo síntoma del malestar en la cultura. Con Lacan [11], el suicida, más que cualquier otro, es aquel que aspira, de manera más radical, a volverse un signo para el Otro. Ya que la dimensión simbólica es algo esencial en la vida del hombre, es lo que hace que un sujeto se afirme en la vida. En esa vía, también el intento de suicidio, es el intento de hacer reconocer un deseo.

Desde otro contexto teórico, se afirma también que la conducta suicida no es un comportamiento exclusivo de la enfermedad mental, ni de la depresión [12]. De manera concordante con esa aseveración, se distingue entre: crisis suicidas de origen psicosocial y crisis suicidas de una persona afectada por una enfermedad mental. Actualmente existe consenso en afirmar que el comportamiento suicida es una conducta compleja. Es así que se lo teoriza como proceso suicida, extendiéndose ésta desde la aparición de las primeras ideas de suicidio hasta su resolución (o su repetición) incluyendo o no un pasaje al acto suicida. El proceso suicida dura, en promedio, de 6 a 8 semanas. Visto entonces como proceso, y no



como simple y aislada conducta suicida, se esquematiza un “recorrido del suicida” que distingue tres fases: 1) Fase pre-suicida: de duración variable dependiendo de los factores psicológicos y precipitantes en causa, los mecanismos de adaptación del sujeto y la existencia de recursos posibles de ayuda del exterior; esta fase se subdivide en etapas: a- un acontecimiento traumático o desencadenante; b- los intentos del sujeto para resolver la situación no alcanzan su objetivo y la tensión psíquica aumenta. Esta sub-fase se caracteriza por estar preñada de dudas y ambivalencia y es donde suele aparecer la idea suicida; c- el aumento de la agresividad y el sentimiento de impotencia para resolver la situación generan un estado de exasperación que precipita el pasaje al acto como única salida posible y, puede instalarse la decisión que prepara para pasar al acto. 2) Fase suicida o de pasaje al acto, más o menos brutal. 3) Fase post-suicida: puede revestir un carácter resolutivo y catártico o, por el contrario, ser el comienzo de una nueva crisis suicida [12]. Desde esta perspectiva teórico-conceptual, y a los fines de ordenar este trabajo, se adoptarán los factores de riesgo que intervienen en el proceso de suicidio enumerados por Stagnaro [12]. Los cuales son indicados y descriptos por la bibliografía especializada como sigue:

Factores biológicos: edad y sexo.

Edad: los datos de la literatura médica indican que hay una sobremortalidad por suicidio en los ancianos. Pero también en la última década se vio un incremento de suicidios en la adolescencia, en relación a ello es necesario detectar otros factores de riesgo asociados como ser: familias disfuncionales, abuso sexual en la infancia, inserción social y/o escolar precarias, suicidios de familiares, consumos de sustancias, trastornos psicóticos, trastorno borderline, etc. [12]. Autores como Vázquez [13] refieren que en Buenos Aires, las principales causas de muerte entre 15 y 24 años corresponden a homicidios y suicidios.

Sexo: la literatura especializada afirma que los hombres se suicidan más que las mujeres, aunque éstas lo intentan más. La proporción de suicidios consumados que se indica en los textos es de casi 5:1 hombres-mujeres respectivamente, y la proporción de hombres que intentan suicidarse en relación a las mujeres es la inversa [14; 12].

Factores estacionales: la bibliografía especializada indica que hay un aumento de suicidios en primavera y otoño, lo cual - según se afirma - se correlaciona con la variación estacional de la enfermedad depresiva [12].

Factores socio-familiares: el estado civil (viudez, divorcio, separación), el aislamiento social, las situaciones conflictivas de parejas o familiares, la pérdida de



un ser querido, son indicados por la bibliografía especializada como factores de riesgo del proceso suicida [12].

Factores socio-profesionales: el desempleo y la pérdida del trabajo. Según afirma Stagnaro [12], en Argentina se verificó bastante recientemente un incremento de ideas suicidas entre los desocupados. Dentro de lo que engloba este factor de riesgo, también se analizan los conocimientos para llevar a cabo el suicidio y la disponibilidad de herramientas (métodos) necesarias en el medio.

Enfermedades orgánicas: la mala salud, es decir, enfermedades orgánicas crónicas o incurables suelen funcionar como precipitantes del intento autolítico, es decir, son factor de riesgo del proceso suicida [12].

Factores psicopatológicos: la bibliografía especializada señala que el porcentaje de enfermos mentales con respecto al total de individuos que se suicidan es de alrededor del 95%, y sólo en un 5% se trataría de suicidas sin patología psiquiátrica. La mitad de los enfermos mentales que se suicidan corresponden a enfermos afectados de una u otra forma de depresión. Un porcentaje elevado de enfermos depresivos que se suicidan habían consultado con un médico, muchas veces psiquiatra, en los 6 meses anteriores al suicidio [15]. Autores como Vázquez [13] informan que estudios realizados mediante la utilización de autopsias psicológicas demostraron que hasta un 86% de las personas que se suicidan cursaban un episodio depresivo mayor en ese momento, y que muchos de ellos habían sido diagnosticados por un profesional de la salud dentro de los 6 meses previos a su muerte.

Aspectos Metodológicos.

Diseño: estudio exploratorio-descriptivo que combinó herramientas de las lógicas cualitativa y cuantitativa para el relevamiento y análisis de los datos [16; 17; 18; 19].

Muestra: el muestreo fue de tipo intencional no probabilístico [20]. La muestra estuvo constituida por 172 pacientes con edades ≥ 15 años.

Criterio de inclusión: casos de pacientes de ≥ 15 años de edad que recibieron asistencia psicológica en Servicio de Guardia del Hospital "Pablo Soria" por haber realizado intento de suicidio, en el periodo que se extendió la investigación.

Criterios de exclusión de la muestra: casos de pacientes ≤ 15 años de edad; casos cuyo motivo de interconsulta médico-psicológica fue otro que intento suicida; pacientes que se negaron a realizar entrevista psicológica, o que se encontraban físicamente imposibilitados de realizarla.

Instrumento de recogida de datos: Entrevistas psicológicas clínicas en profundidad, semidirigidas, con preguntas de tipo abierto [17].



Los datos corresponden a las atenciones brindadas durante las Guardias Activas de Psicología en el Servicio de Guardia del Hospital “Pablo Soria” (hospital polivalente, cabecera y referencial de la provincia de Jujuy, que brinda atención a pacientes de ≥ 15 años de edad). En el lapso en que se realizó esta investigación, dichas Guardias Psicológicas funcionaban los 365 días del año con una cobertura de 5 horas diarias de lunes a viernes y de 8 horas diarias los sábados y domingos. Esto sumaba un total de 41 horas semanales cubiertas en asistencia psicológica de Guardia, y visto que, una semana totaliza 168 horas, los datos de recabados corresponden a una cobertura del 24,40% del total de horas semanales.

Procedimientos: Los datos surgidos de las entrevistas fueron consignados por el psicólogo de guardia que brindó la atención en un registro diario de atenciones brindadas que recolecta información referida a: datos personales del paciente; estructura familiar; recursos sociales; motivo de Interconsulta Médico-Psicológica y quién la realizó; diagnóstico médico si lo hubiera; impresión diagnóstica psicológica; descripción de la conflictiva del paciente, del motivo de consulta y de disponibilidad de redes de contención socio-familiar; tipo de intervenciones realizadas (contención, derivación, esclarecimiento, etc.); datos de entrevistas con familiares del paciente u otros significativos; otros datos relevantes.

Tratamiento de datos: Para realizar el análisis de los datos se siguieron, de acuerdo a la literatura sobre el tema, los factores de riesgo que intervienen en el proceso de suicidio enumerados por Stagnaro [12]. En el tratamiento cualitativo de datos se realizó análisis discursivo aplicado a material de entrevistas. Se realizó análisis cualitativo para los siguientes factores de riesgo que intervienen en el proceso suicida: socio-familiares; y socio-profesionales. En el tratamiento cuantitativo de datos se trabajó desde el marco de la estadística inferencial, aplicando los estadísticos acordes al nivel de medición alcanzado. Se realizó análisis cuantitativo trabajando con nivel de medición escala nominal [20] para los siguientes factores de riesgo que intervienen en el proceso suicida: biológicos (edad y sexo); estacional; enfermedades orgánicas crónicas e incurables; y psicopatológicos.

Se calculó el porcentaje de intentos de suicidio como motivo de interconsulta médico-psicológica respecto del total de motivos de interconsulta médico-psicológica en el lapso temporal estudiado.

Para el factor biológico edad: se contabilizó la muestra de acuerdo a franjas etarias agrupadas en décadas desde los 15 años de edad, y reagrupando las franjas etarias de mayor casuística con el fin de proceder a realizar cálculos correspondientes que brindaran mayor información.



Para el factor biológico sexo: se contabilizó la muestra agrupada según sexo femenino o masculino, y se calculó la relación de proporción entre sexos. Asimismo se entrecruzaron los datos de los componentes edad-sexo.

Para el factor estacional: se entendió por estaciones los períodos del año en los que las condiciones climáticas se mantienen, en una determinada región, dentro de un cierto rango, durando cuatro períodos estacionales de aproximadamente tres meses cada uno. Por ello se contabilizó la muestra de pacientes agrupándolos según la estación del año en que realizaron el intento suicida. Para esto se siguió el método astronómico de división de las cuatro estaciones del año cuyo inicio y final vienen marcados por acontecimientos astronómicos: equinoccios y solsticios. Así, se agruparon los casos registrados en fechas de: verano: 21 de diciembre al 20 de marzo; otoño: 21 de marzo al 20 de junio; invierno: 21 de junio al 20 de septiembre; primavera: 21 de septiembre al 20 de diciembre.

Para los factores socio-familiares: se recabaron los datos de las descripciones escritas realizadas por los psicólogos que brindaron las atenciones oportunamente, atendiendo a los aspectos socio-familiares, como el estado civil (viudez, divorcio, separación), el aislamiento social, las situaciones conflictivas de pareja, familiares u otras, y la pérdida de seres queridos, que según lo referido por los pacientes, gravitaron de manera relevante en la precipitación del intento autolítico.

Para los factores socio-profesionales: se recabaron los datos de las descripciones escritas realizadas por los psicólogos que brindaron las atenciones oportunamente, atendiendo a la importancia otorgada por los pacientes a aspectos socioeconómicos en la precipitación del intento autolítico, los conocimientos para llevar a cabo el suicidio y la disponibilidad de herramientas (métodos) necesarias en el medio.

Para el factor enfermedades orgánicas: se contabilizó la muestra agrupando a pacientes con diagnóstico médico de enfermedad orgánica crónica e incurable (previo al intento suicida), que refirieron a la enfermedad como relacionada o precipitante del intento autolítico.

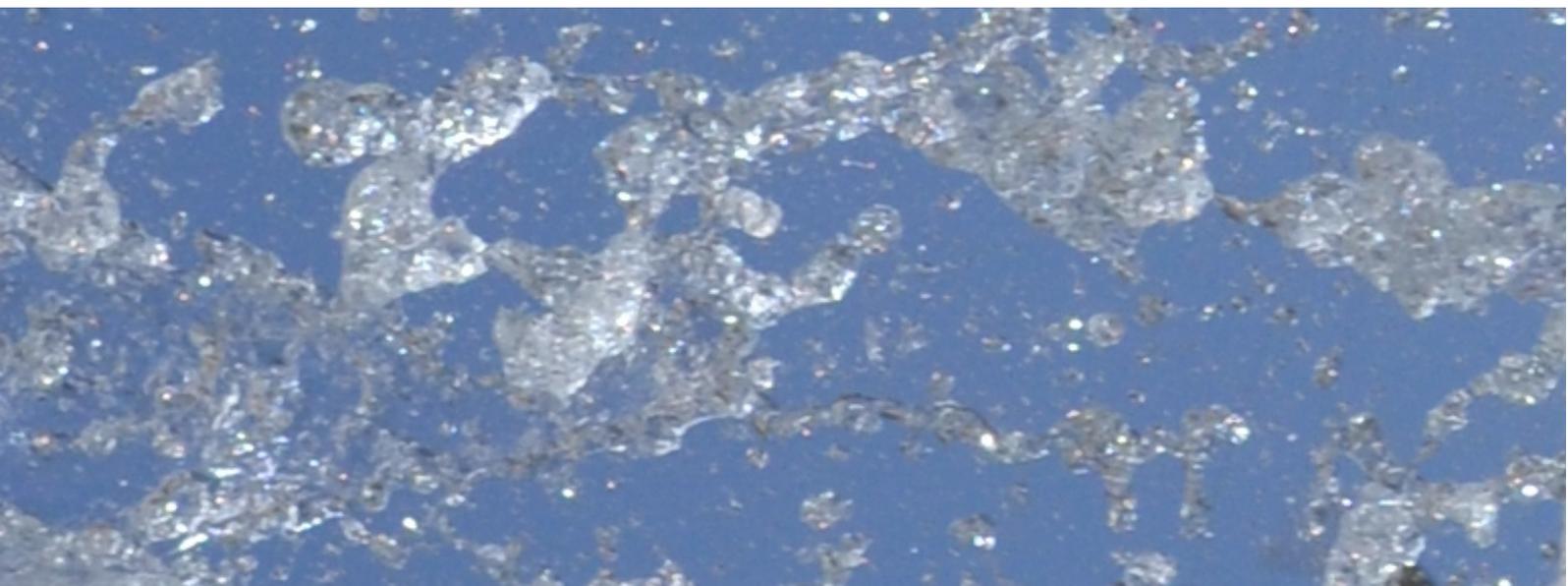
Para los factores psicopatológicos: se contabilizó la muestra tomando como criterio de agrupación el hecho de que el paciente estuviera bajo tratamiento psicológico y/o psiquiátrico al momento de realizar el intento autolítico o que hubiese recibido indicación por parte de un especialista de realizar tratamiento psicológico y/o psiquiátrico dentro de los 6 meses anteriores al intento suicida. No se incluyeron en la contabilización de este factor los diagnósticos psicológicos presuntivos

realizados en la atención psicológica de Guardia ya que se consideró que por encontrarse atravesando el paciente una situación de crisis subjetiva, esto podría hacer incurrir en falsos positivos para el factor psicopatológico.

Presentación y análisis de datos.

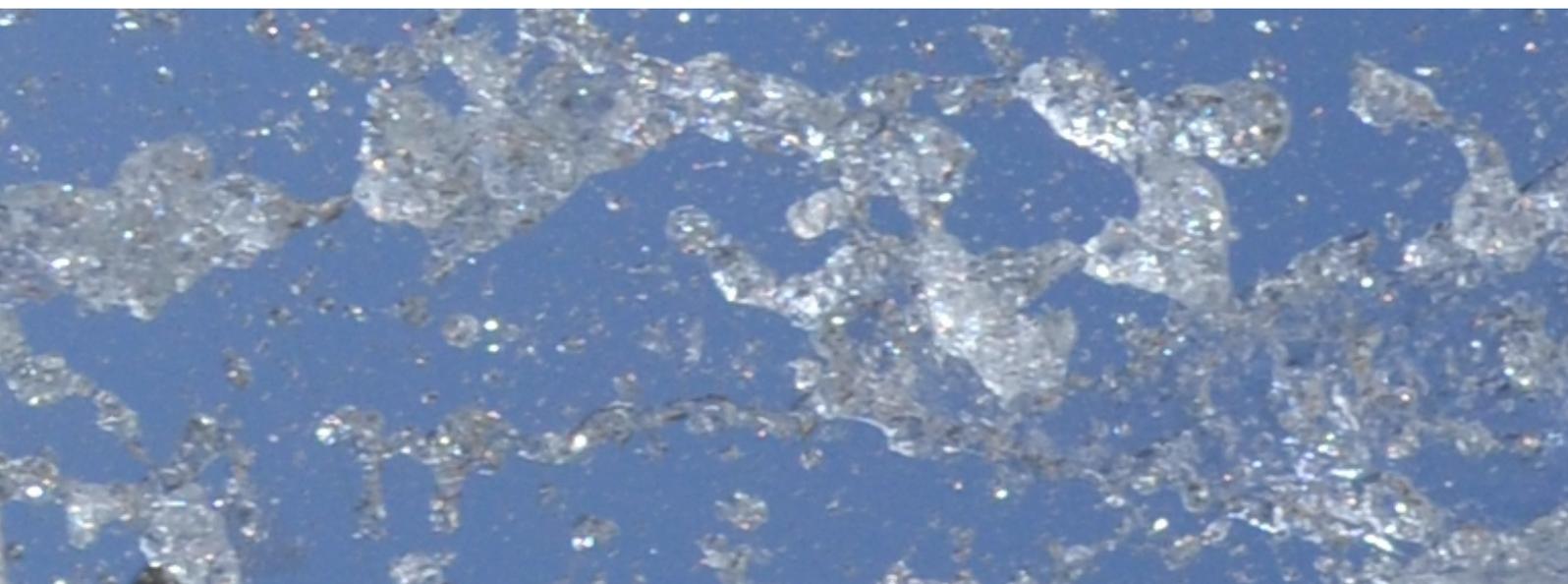
Del total de 984 interconsultas médico-psicológicas recibidas en los años 2007 y 2008, 172 casos, esto es, prácticamente el 17% del total (17,48%) correspondieron a intento suicida (Tabla 1). Del análisis de los factores de riesgo del proceso suicida (antes descriptos) en esta muestra de N = 172 casos, se encontró que:

La franja etaria de 15 a 24 años fue la de mayor frecuencia de registro de intentos suicidas con 90 casos (Tabla 2), esto es, prácticamente el 52% de N (52,32%). De los cuales, 56 casos fueron femeninos y los restantes 34 casos fueron masculinos (Tablas 1 y 2). El cálculo de relación femenino-masculino en esa franja etaria arrojó una proporción menor a 2:1 respectivamente (1,65:1). La franja etaria que le siguió fue la 25 a 34 años con 47 casos, esto es, prácticamente el 27% de N (27,33%). De los cuales, 29 casos fueron femeninos y los restantes 18 casos fueron masculinos. Es decir que sólo en estas dos franjas etarias, cuyas frecuencias acumuladas sumaron 137 casos, se acopiaron prácticamente el 80% de N (79,65%). La franja etaria de 35 a 44 años registró 24 casos. La franja etaria de 45 a 54 años registró 7 casos. Las franjas etarias de 55 a 64 años y 75 a 84 años registraron sólo un caso cada una de ellas. La franja etaria de 65 a 74 años registró 2 casos. Y la franja etaria de 85 años o más no registró ningún caso. La sumatoria total de casuística femenina y masculina arrojó un total de 106 casos femeninos y 66 casos masculinos (Tablas 1 y 2). El cálculo de relación femenino-masculino correspondiente al total de N arrojó una proporción menor a 2:1 respectivamente (1,60:1).



El análisis del factor estacional demostró ir in crescendo de verano a primavera en ambos años, ya que se registraron 27 casos en verano (14 casos en 2007; 13 casos en 2008), 35 casos en otoño (18 casos en 2007; 17 casos en 2008), 49 casos en invierno (24 casos en 2007; 25 casos en 2008) y 61 casos en primavera (28 casos en 2007; 33 casos en 2008). (Tabla 3). Es decir que la mayor frecuencia de casos se registraron en primavera con 61 casos, seguido por 49 casos en invierno. Y luego, con 35 casos en otoño y 27 casos en verano. La frecuencia de casuística siguió un patrón de orden creciente conforme a la sucesión calendario de las estaciones del año. Es decir, iniciando con los registros más bajos en verano y aumentando los registros progresivamente conforme avanzaba el año, hasta alcanzar su pico máximo de registro en primavera, para luego descender y recomenzar el ciclo. Esto es, que dicho patrón se repitió de igual manera en ambos años. (Tabla 3).

En lo socio-familiar el aspecto que se destacó con significativa frecuencia en relación a la gravitación del intento autolítico fue el sentimiento de soledad referido por los pacientes, el cual mostró ser independiente del estado civil y de la disponibilidad de redes de contención social. Ya que fue referido tanto por aquellos pacientes que no contaban con redes de contención social y/o familiar, como por los que sí contaban con disponibilidad de las mismas, y también por los que contaban con la presencia física de las mismas en la institución hospitalaria durante la atención, ya que aún así insistían en el hecho de sentirse solos. Este aspecto fue referido, en su generalidad, sin relación al estado civil. De los pacientes que se encontraban acompañados al momento de la evaluación psicológica, la mayoría estaba acompañado por su madre. Pese al sentimiento de soledad referido, del discurso de la mayoría de los pacientes se infirió que mantenían una vida social activa, no evidenciando indicadores de aislamiento social. Las conflictivas





vinculares referidas con significativa frecuencia fueron las de pareja y las de grupo familiar primario. Siendo predominantes entre estas últimas las conflictivas paterno-filiales. Duelos por seres queridos fueron referidos como precipitantes en muy pocos casos, cuya frecuencia no resultó significativa. No se registraron casos precipitados por hechos traumáticos del tipo de abuso sexual u otros.

Respecto de los factores socio-profesionales surgió que de acuerdo a lo referido por los pacientes, aspectos socioeconómicos tales como desempleo - sea por pérdida del empleo anterior o por dificultad en conseguir uno -, inestabilidad o precariedad laboral, bajo nivel socioeconómico o remuneración, y relaciones conflictivas en el ámbito laboral, tuvieron en algunos casos alguna relevancia en la precipitación del intento autolítico, aunque mayormente no fueron referidas como de primera importancia, sino como secundarias al citado sentimiento de soledad del factor socio-familiar.

Sobre los conocimientos para llevar a cabo el suicidio y la disponibilidad de herramientas necesarias en el medio, la muestra se caracterizó por el hecho de que la significativa mayoría de pacientes utilizó como método para realizar el intento suicida la intoxicación. Siendo ésta mayormente de tipo medicamentoso, con acusada predominancia de intoxicaciones psicofarmacológicas, entre las cuales predominó la ingesta de benzodiazepinas y antidepresivos. Se registraron con menor frecuencia intoxicaciones con otro tipo de fármacos. Luego, continuando con el método autolítico intoxicación, le siguieron en frecuencia de registro intoxicaciones con plaguicidas, con veneno y con productos de limpieza, entre otras. Otros tipos de métodos autolíticos que le siguieron en frecuencia de registro fueron: autolesiones (mayormente heridas cortantes autoinfligidas), seguidas en frecuencia por ahorcamiento y arrojarse desde altura. Los pacientes que utilizaron la intoxicación medicamentosa como método, disponían de la misma en sus hogares, habiendo sido prescrita ésta por médicos para tratamiento del paciente o bien de familiares convivientes. Un aspecto sociocultural evidenciado en este aspecto fue el hecho de que la totalidad de pacientes confiaba en la letalidad del método escogido, aún cuando en ocasiones éste era objetivamente inocuo (por ejemplo ingerir una tableta de aspirinas). La modalidad se caracterizó también por la utilización de un solo método determinado por la disponibilidad del recurso en el medio (por ejemplo, pacientes que trabajan en la cosecha de tabaco ingirieron órgano fosforado), sin tendencia predominante a potenciar métodos.



4 casos, esto es, aproximadamente el 2% de N (1,74%) padecían enfermedad orgánica crónica e incurable, la cual manifestaron en relación al intento autolítico. Siendo dichas enfermedades de tipo oncológicas en 3 casos y VIH en el restante. (Tabla 4).

Se agruparon en el factor psicopatológico 35 pacientes, esto es, prácticamente el 20% de N (20,35%) (Tabla 5) y de sus discursos se evidenció que predominantemente presentaban o habían presentado escasa adherencia a los tratamientos psicológicos y/o psiquiátricos.

Conclusiones.

De la exploración de los datos de la muestra de pacientes que, tras realizar intento de suicidio, recibieron atención psicológica en Servicio de Guardia del Hospital “Pablo Soria” de la provincia de Jujuy, en el periodo comprendido entre el 01 de enero de 2007 al 31 de diciembre de 2008, resultó que dicho motivo de interconsulta médico-psicológica representó el 17% del total de interconsultas recibidas y de asistencias psicológicas brindadas. De la exploración de los factores de riesgo del proceso suicida que caracterizaron a la muestra de N = 172 casos se concluyó que:

Las frecuencias acumuladas de las franjas etarias que reunieron a los casos de 15 a 34 años de edad, conglomeraron el 80% de N. Resultando indicativo y concluyente de que adolescentes y adultos jóvenes son la población de mayor riesgo de cometer intento suicida. Es de destacar que la frecuencia de casos se reduce abruptamente a partir de la franja de 45 a 54 años y en las subsiguientes. Siendo que no se registraron casos para el grupo de 85 años o más, y en casi todas las franjas etarias anteriores hasta la de 45 a 54 años de edad, predominó el mínimo de registro.

Del factor biológico sexo resultó que el 62% de casos correspondieron a pacientes femeninas y el restante 38% de casos a pacientes masculinos. Esto es indicativo de que las mujeres intentan suicidarse con mayor frecuencia que los hombres, pero en una proporción que no alcanza a 2:1 respectivamente (1,60:1).

La mayor frecuencia de casos se registró en primavera, seguido por la casuística registrada en invierno. La frecuencia de casos siguió un patrón de orden creciente conforme a la sucesión calendario de las estaciones del año, de verano a primavera. Dicho patrón se repitió de igual manera en ambos años.



En lo socio-familiar la muestra se caracterizó por el predominio del sentimiento de soledad vivenciado subjetivamente. El cual mostró ser independiente del estado civil y del hecho de contar o no con redes de contención socio-familiar. Asimismo, se caracterizó por sujetos socialmente activos e inmersos. Cuyas conflictivas predominantes fueron las de pareja y familiares. El aspecto duelo por seres queridos correspondiente a este factor, no evidenció registros significativos que llevaran a aseverar que fuera este un aspecto del factor pasible de ser indicador de riesgo de intento suicida en la población jujeña.

En lo socio-profesional, respecto de la precipitación del intento autolítico aspectos socioeconómicos fueron referidos como de relevancia secundaria en relación al sentimiento de soledad del factor socio-familiar. Los aspectos referidos al método autolítico y la disponibilidad del mismo en el medio, en síntesis, se caracterizaron por la confianza en la letalidad del método, mediante intoxicación medicamentosa del tipo psicofarmacológica (con benzodiazepinas y antidepresivos), de fácil acceso y disponibilidad en el medio, sin tendencia a la potenciación de métodos.

El factor enfermedades médicas, orgánicas crónicas e incurables, no evidenció registros significativos que llevaran a aseverar que fuera este un factor indicador de riesgo de intento suicida en la población jujeña.

Prácticamente el 20% de N (20,35%) puntuó en el factor psicopatológico. Caracterizándose por antecedentes o actual patrón de conductas negligentes para con su salud al evidenciar baja observancia y escasa adherencia terapéutica a sus tratamientos psicológicos y/o psiquiátricos.

Discusión.

El porcentaje de interconsultas recibidas en el lapso temporal estudiado susceptibles de incluirse dentro del proceso suicida, y con ello, dentro de la investigación, podría ser mayor que el presentado. Ya que esta investigación no incluyó casos de pacientes con ideación suicida (sin intento suicida) - los cuales, empero, se encuentran dentro de lo que se conceptualizó como proceso suicida - ni casos de pacientes que presentaron autoagresión, intoxicación u otro motivo de interconsulta y que negaron intencionalidad suicida de dichas conductas. Asimismo, una importante fracción de casuística que debiera haber sido incluida en esta investigación, no lo fue, dada la franja horaria de cobertura parcial en que se realizan las Guardias de Psicología. Empero, aún sin contabilizar los casos que escaparon a esta investigación, los datos aportados por la misma ya son



indicativos de la importancia del fenómeno en estudio. En este sentido, cabe agregar además, que hay consenso en afirmar que la cantidad de casos de suicidios consumados e intentos de suicidio informados por diversas fuentes varían y dependen mucho de la manera en que cada sociedad o grupos los definen y los contabilizan [12].

Las conclusiones de esta investigación respecto del factor biológico edad son coincidentes con los resultados de investigaciones tanto producidas en, y referidas a, otros contextos como con investigaciones producidas en, y referidas a, el contexto local-Jujuy [21] que indican que en la última década se vio un incremento de procesos suicidas en la adolescencia. No así con la literatura especializada producida en otros contextos que señala también a la población anciana como población de riesgo, la cual afirma que la tasa de suicidio de las personas de edad avanzada es mayor que la de la población general. Por ejemplo, autores como Stagnaro [12] señalan que entre los hombres la tasa de suicidio comienza a aumentar a partir de los 65 años de edad y llega a su máximo nivel en torno a los 85 años. Y que pese a ello, médicos e incluso especialistas en psiquiatría consideran que el suicidio de los ancianos es excepcional. Los resultados de esta investigación no permiten concluir para esta muestra que dicha franja etaria sea de riesgo, lo cual coincide con investigaciones locales [21]. Sin embargo, es este un aspecto discutible. Es por ello que se abre la posibilidad de cuestionar los propios resultados de esta investigación en este aspecto, ya que se considera que la escasez de casos de intentos suicida registrados en esa franja etaria pueda deberse a varios factores que, con frecuencia, suelen enmascarar el dolor moral, las ideas de suicidio y las conductas suicidas, los cuales son: 1) Quejas hipocondríacas, déficit cognitivos, indiferencia afectiva, ansiedad o agitación, que llevan, más bien, a un diagnóstico de demencia o trastorno de conducta senil [12]; 2) *Syndrome de glissement* o depresión con anorexia (estado depresivo mayor del anciano con anorexia grave); 3) Fenómeno de hacerse el muerto o *playing dead* [22]; 4) Actos suicidas indirectos, que consisten en la toma de medicamentos adecuadamente indicados pero en dosis excesivas o con interacciones desaconsejables o, por el contrario, la suspensión deliberada de un medicamento indispensable; 5) Entre otros.

Los resultados obtenidos en esta investigación para el factor biológico sexo indican una frecuencia levemente mayor de intentos suicida en mujeres que en hombres, pero en una proporción que no alcanza a ser de 2:1 respectivamente. Lo cual indica como característico de la muestra de esta investigación que la razón de femineidad no coincide con las conclusiones de investigaciones producidas en otros contextos,



las cuales ubican dicha proporción en 5:1 respectivamente [14; 12], pero sí coincide o se acerca bastante a resultados de investigaciones locales [21].

En lo que hace al factor estacional, los resultados de esta investigación coinciden sólo parcialmente con lo afirmado por otras investigaciones. Estas últimas indican que hay un aumento de suicidios en primavera y otoño, lo cual suele atribuirse a la variación estacional de la enfermedad depresiva. En cambio, los resultados de esta investigación ubicaron el pico de registros de intentos de suicidio en primavera, seguida por la casuística de invierno.

En lo socio-familiar, resultó en primer plano el *sentimiento de soledad* referido y vivenciado por los pacientes. Analizado éste, se concluyó que la referencia al mismo fue independiente de la presencia/ausencia de miembros de redes socio-familiares. Ello reveló una importante diferencia entre: a) la soledad como hecho fáctico, propio de determinada realidad concreta o circunstancia objetiva que atravesara el paciente; y b) la soledad como sentimiento o vivencia subjetiva, que remite a la realidad psíquica de cada sujeto. Siendo esta última, la que se circunscribió como hallazgo y/o componente característico de este factor. Es de inferir, a partir de lo anterior y de lo referido por los pacientes, que las redes socio-familiares de los mismos se caracterizaran por tener escasa capacidad contenedora y de sostén emocional. Y pese al sentimiento de soledad vivenciado, la gran mayoría de pacientes estaban insertos socialmente, lo cual contradice a lo que señala la bibliografía especializada, la cual indica al aislamiento social como factor de riesgo del proceso suicida. Empero, todo ello coincide con resultados de investigaciones locales [21]. Si bien el duelo patológico, en tanto referido a la muerte de un ser querido, es señalado por otras investigaciones como frecuente disparador de intentos de suicidio, en esta investigación su gravitación no resultó significativa. Sin embargo, si se adoptara una definición extensa de duelo patológico, que incluya diferentes modalidades de pérdida, sea de seres queridos, de objetos, de abstracciones como ilusiones, etc., entonces prácticamente la totalidad de la muestra sería susceptible de ser incluida en ese aspecto del factor. En lo referido a los factores socio-profesionales, la relevancia secundaria en la



precipitación del intento autolítico de aspectos socioeconómicos, permiten acercar los resultados de esta investigación a aseveraciones tales como la que invoca un incremento en las ideas de suicidio entre los desocupados en Argentina [12]. Por otra parte, es interesante destacar la veta socio-cultural evidenciada en la confianza en la letalidad de los métodos escogidos y la tendencia a no potenciar métodos entre sí.

La presencia del factor enfermedades orgánicas crónicas e incurables no arrojó porcentajes reveladores, sin embargo, este factor es susceptible de incluirse en las consideraciones y cuestionamientos expuestos más arriba para el factor biológico edad (ancianos).

En lo que hace a la consideración de factores psicopatológicos como factor de riesgo en el proceso suicida, algunas investigaciones señalan que éstos estarían presentes en alrededor del 95% del total de individuos que se suicidan, y que sólo el 5% restante serían suicidas sin patología psiquiátrica identificable [15]. Mientras que otras investigaciones señalan que puede establecerse un diagnóstico psiquiátrico de manera retrospectiva en el 97% de los casos de suicidio [13]. Las frecuencias totales registradas como indicadores de la presencia de este factor en la muestra de esta investigación son, por mucho, menores a las cifras citadas. Ya que el resultado para este factor en esta investigación, expresado en términos porcentuales, fue prácticamente del 20% de N (20,35%). Empero, aporta a esta discusión considerar que dichas brechas y divergencias porcentuales podrían estar relacionadas con el criterio de contabilización establecido en esta investigación para este factor. Ya que siguiendo dicho criterio sólo se puntuaron en este factor casos de pacientes que se encontraban en tratamiento psicológico y/o psiquiátrico o bien, que habían recibido indicación de realizarlo/s dentro de los 6 meses anteriores al intento autolítico. Y, además, siguiendo dicho criterio se excluyeron de la contabilización los diagnósticos psicológicos presuntivos realizados en las atenciones en Guardia por considerarse que la situación de crisis subjetiva que atravesaba el paciente podría hacer incurrir en muchos falsos positivos para este factor. Es decir que, de modificarse los lineamientos de este criterio, es predecible que el porcentaje de casuística que



puntuara en el factor psicopatológico aumentara sensiblemente.

Asimismo, cabe tomar nota de que se había afirmado - con sustento bibliográfico - que el proceso suicida no es una conducta exclusiva de la enfermedad mental ni de la depresión. Es por ello que debe distinguirse entre, por una parte, crisis suicida de origen psicosocial, la cual es consecutiva a una acumulación de acontecimientos negativos cuya progresión, en general, es lenta en función de la capacidad del individuo de implementar estrategias de afrontamiento o *coping*. Y por otra parte, la crisis suicida de una persona afectada por una enfermedad mental, cuya progresión puede ser rápida en función de la mayor dificultad para encontrar otras soluciones a su sufrimiento [12]. Asimismo, mencionar que diversos autores sitúan la ansiedad y el Trastorno de angustia como uno de los factores más implicados en el riesgo inminente de suicidio en pacientes afectados por depresión [23]; mientras que la desesperanza y la anhedonia grave son señalados como factores de más peso en el suicidio a largo plazo - según indica el estudio de Fawcett [24] -, y ese plazo sería de más de un año.

Tablas

TABLA 1: Motivos de interconsulta médico-psicológica:

Ordenamiento por intento de suicidio o bien otro motivo de interconsulta, según sexo de los pacientes y mes de atención.

	Intento de suicidio				Otro motivo de IC			
	Femenino		Masculino		Femenino		Masculino	
	2007	2008	2007	2008	2007	2008	2007	2008
Enero	6	4	0	5	27	16	14	10
Febrero	1	4	0	0	12	33	3	11
Marzo	7	1	1	0	15	34	12	11
Abril	4	5	3	6	18	33	8	21
Mayo	2	3	3	1	11	23	7	8
Junio	3	5	1	1	15	28	11	15
Julio	3	5	3	4	20	14	10	14
Agosto	9	2	3	5	20	33	6	5
Septiembre	3	6	5	1	19	19	18	5
Octubre	4	11	3	4	19	20	19	13
Noviembre	3	8	10	2	27	31	16	23
Diciembre	2	5	5	0	25	24	3	13
	47	59	37	29	228	308	127	149
	106		66		536		276	
	172				812			
N	984							

TABLA 2: Factores biológicos: Casos de intento de suicidio según sexo y grupo etario.

Edad	Femenino			Masculino			N
	Año 2007	Año 2008	F'	Año 2007	Año 2008	F'	
15 a 24 años	25	31	56	19	15	34	90
25 a 34 años	17	12	29	9	9	18	47
35 a 44 años	2	12	14	6	4	10	24
45 a 54 años	2	3	5	1	1	2	7
55 a 64 años	1	0	1	0	0	0	1
65 a 74 años	0	1	1	1	0	1	2
75 a 84 años	0	0	0	1	0	1	1
85 años o más	0	0	0	0	0	0	0
N	47	59	106	37	29	66	172

TABLA 3: Factor estacional: Casos de intento de suicidio por estación del año.

Estación del año	Casos de intento de suicidio		F'
	Año 2007	Año 2008	
Verano	14	13	27
Otoño	18	17	35
Invierno	24	25	49
Primavera	28	33	61
N	84	88	172
	172		

TABLA 4: Casos de intento de suicidio según presencia o ausencia de enfermedad orgánica crónica e incurable como precipitante.

Intento de suicidio: enfermedad orgánica crónica e incurable			
Sí		No	
Año 2007	Año 2008	Año 2007	Año 2008
2	2	82	90
4		168	
N = 172			

TABLA 5: Casos de intento de suicidio según presencia o ausencia de factores psicopatológicos.

Intento de suicidio: factor psicopatológico:			
Sí		No	
Año 2007	Año 2008	Año 2007	Año 2008
19	16	65	42
35		107	
N = 172			



Bibliografía.

2. Agüero, M. et al. (2007). Suicidio: Abordaje socio-epidemiológico del fenómeno en niños y adolescentes en Jujuy. Jujuy. Edición Departamento Académico San Salvador - UCSE.
16. Cook, T. D. & Reichardt, CH. S. (1986). Métodos cualitativos y cuantitativos en investigación evaluativa. Madrid, España. Edit. Moranta.
9. Durkheim, É. (1897): El suicidio. Buenos Aires. Miño y Dávila Editores. 2006.
23. Farberow, J. L. & McEvoy, T. L. (1996). "Suicide among patients with diagnosis of anxiety reaction or depressive reaction in general medical and surgical hospitals", en *J. Abnorm Psychol.*, 71 (4): 287-299.
24. Fawcett, J. (1992). "Suicide risk factors in depressive disorders and in panic disorders", en *J. Clin. Psychiatry*, 53 (3 supl.): 9-13.
17. Festinger, L. & Katz, D. (Comps.) (1992). Los métodos de investigación en las ciencias sociales. Barcelona, España. Paidós Básica.
10. Freud, S. (1917). "Duelo y melancolía", en *Obras Completas*. Madrid, España. Ediciones Biblioteca Nueva. 1998.
20. Grasso, L. (1999). Introducción a la Estadística en Ciencias Sociales y del Comportamiento. Córdoba. Facultad de Filosofía y Humanidades. Universidad Nacional de Córdoba.
18. Hernández Sampieri, R. et al. (2007). Metodología de la investigación: enfoques cuantitativo, cualitativo y mixto. Argentina. Mc Graw-Hill Interamericana Editores.
1. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC) (2010). Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas. Buenos Aires. INDEC. Instituto Geográfico Nacional (IGN). Presidencia de la Nación. 2012.
11. Lacan, J. (1962-1963). El Seminario. Libro X. La angustia. Buenos Aires. Paidós. 2006.

22. Léger, J. M. (1989). "Rôle des troubles psychiques", en *Psychopathologie du vieillissement*. París. Soin.
5. López, A. & Murray, C. (1998). "The global burden of disease", en *Nat. Med.*, November, 4 (11), 1241-1243.
21. López Steinmetz, L. C. (2011-2012, Inédito). "Evaluación y abordaje psicológico del proceso de suicidio en adolescentes y adultos jóvenes en Servicio de Guardia. Hacia la elaboración de algoritmos de evaluación-atención mediante análisis de factores y procesos de riesgo y protectores. Jujuy." Jujuy. Institución financiadora de investigación: Comisión Nacional Salud Investiga. Ministerio de Salud de la Nación.
6. _____ (2011). "Discusión sobre modelos de investigación aplicados al suicidio: el caso de intoxicaciones por plaguicidas", en *Revista Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 57 (2), 151-159. Buenos Aires. Fundación Acta.
8. _____ (2010). "Aproximación AL factor de riesgo del proceso de suicidio. Estudio bianual en Servicio de Guardia - Jujuy", en *Revista Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 56 (1), 22-28. Buenos Aires. Fundación Acta.
7. _____ (2009). "Sondeo de factores de riesgo del proceso de suicidio en pacientes que recibieron atención psicológica de Guardia por intento de suicidio en la provincia de Jujuy en el año 2007", en *Clepios, una revista de residentes en Salud Mental*, 15 (1), 22-25. Buenos Aires. Polemos.
14. Miró, E. (2000). "Depresión y suicidio", en Vallejo Ruiloba & Gastó Ferrer (2000). *Trastornos afectivos: ansiedad y depresión*. Cap. 35. Barcelona. Masson.
4. Puente García et al. (2008). "Aspectos epidemiológicos y etiopatogénicos", en Chinchilla Moreno. *La depresión y sus máscaras*. (Cap. II, pp. 37-50). España. Editorial Panamericana.
15. Robins, E. et al. (1959). "Some clinical considerations in the prevention of suicide base don a study of 134 successful suicides", en *Am. J. Public Health*, 49: 888-899.
3. Sánchez, M. (2005). *Un mundo maravilloso*. San Salvador de Jujuy, Jujuy. Autor.
12. Stagnaro, J. C. (2006). "Clínica, prevención y tratamiento del proceso suicida", en Suárez Richards, M. (Comp.) (2006). *Introducción a la psiquiatría*. (pp. 491-521). Buenos Aires. Polemos.
19. Taylor, S. J. & Bogdan, R. (1984). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación: la búsqueda de significados*. España. Paidós Básica. 1992.
13. Vázquez, G. (2007). *Trastornos del estado de ánimo: depresión y bipolaridad*. Buenos Aires. Polemos.