

Análisis de soledad objetiva y subjetiva en intentos de suicidio.

Analysis of objective and subjective loneliness in suicide attempts.

López Steinmetz, Lorena Cecilia

RESUMEN

Objetivo: analizar los registros de casos asistidos psicológicamente por intento suicida en un Servicio de Guardia hospitalario (Jujuy) durante 2007-2008/2011-2012 (N = 481), según factores de riesgo suicida indicativos de soledad, y según la presencia de la variable Sentimiento de soledad (SS) entre los contenidos concernientes a desencadenantes de intentos suicidas, atendiendo a sus distribuciones según sexo y edad, y testeando posibles asociaciones entre ellos. Método: estudio epidemiológico, descriptivo, transversal, retrospectivo. Resultados: 57.59% sin relación sentimental, 11.23% sin red de contención socio-familiar, 26.61% permaneció solo durante la asistencia, 79.63% presencia de SS. Ninguno de los factores de riesgo analizados en la muestra se halló con tan alta frecuencia como SS. Hubo diferencias estadísticamente significativas por edad según estado civil y acompañamiento durante la asistencia, las que sin embargo parecieron reflejar características esperables de hallarse en la población general. Lo hallado 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. Conclusión: Se destaca la importancia de SS para el desencadenamiento de intentos suicidas a nivel individual.

Palabras clave: Soledad - Sentimiento de soledad - Intento de suicidio.

ABSTRACT

Aim: to analyze psychologically assisted case records by suicide attempts in a Hospital Emergency Service (Jujuy) during 2007-2008/2011-2012 (N = 481), according to suicidal risk factors indicative of isolation, and according to the presence of the variable Feeling of loneliness (FL) among contents concerning to triggers of suicide attempts, attending to their distributions according to sex and age, and testing possible associations between them. Method: epidemiological, descriptive, cross-sectional, retrospective study. Results: 57.59% without sentimental relationship, 11.23% without socio-familiar containment network, 26.61% remained alone during care, 79.63% presence of FL. None of the risk factors analyzed in the sample was found to be as high as the FL. There were statistically significant differences by age according to marital status and accompaniment

during care, which however seemed to reflect characteristics expected to be found in the general population. The findings seem to indicate that, in order to develop a characterization that is specific to suicidal attempts, instead of evaluating aspects indicative of

objective loneliness it would be useful to evaluate aspects that subjectively define loneliness. Conclusion: the importance of FL for triggering suicide attempts at the individual level is highlighted.

Key words: Isolation - Feeling of loneliness - Suicide attempt.

Universidad Nacional de Córdoba (UNC). Licenciada en Psicología, UNC. Doctora en Psicología, Universidad de Buenos Aires (UBA). Postgrado en Teoría y Clínica Psicoanalítica, Centro de Investigación y Formación Acto Analítico. Residencia Completa en las Especialidades de Psicología Clínica y Comunitaria, Ministerio de Salud, Jujuy

1. Introducción. 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 permanencia a través del tiempo implican un presente de suma actualidad para esta problemática que también atraviesa la época. Muestra de ello son la multiplicidad de materiales – teóricos, clínicos, científicos, literarios y artísticos, entre otros posibles - que la abordan desde diversos enfoques y objetivos. Es notorio que la valoración del suicidio no fue unívoca ni estática a lo largo del tiempo. En la actualidad, el modelo preponderante de estudio y de abordaje preventivo de la problemática suicida en el campo de la Epidemiología y de la Salud Pública - que incluye a la Salud Mental - es el que se centra en el análisis de factores de riesgo suicida.

Los datos epidemiológicos destacan la relevancia actual del suicidio. De acuerdo a esos datos, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014) estimó que en el año 2012 la tasa (x 100000 habitantes) de mortalidad mundial por esta causa, ajustada según edad fue de 11.4 (15.0 en hombres, 8.0 en mujeres). En Argentina, las tasas de mortalidad por suicidio se mantuvieron relativamente estables en su evolución entre los años 1988 y 2008, con rangos de un mínimo de 6.0 en el año 1991 y un máximo de 8.7 en 2003 (Dirección de Estadísticas e Información en Salud [DEIS] y Ministerio de Salud de la Nación, 2011). En cambio, si se considera el período 1997-2012, se observa que la tasa de mortalidad por suicidio aumentó

progresivamente desde un mínimo de 6.3 en el año 1997 hasta un máximo de 8.7 en 2003 (Ministerio de Salud de la Nación, 2014). El análisis de las tasas de suicidio del período 1988-2008 desagregadas por regiones muestran 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. Sin embargo, 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, por lo que si bien durante varios años esta región tuvo la tasa de suicidio más baja del país, progresivamente pasó a ocupar el segundo lugar detrás de la Patagónica (DEIS y Ministerio de Salud de la Nación, 2011). Para la adecuada apreciación de esos datos cabe señalar que dada la distribución poblacional desigual de las tasas de suicidio, los estudios epidemiológicos reconocen determinados marcadores socio-demográficos importantes del riesgo suicida, principalmente el sexo y la estructura etaria, que desde hace décadas son indicados como los marcadores cruciales que determinan las dimensiones del suicidio (Nock et al., 2008; Polewka et al., 2004).

Sin perjuicio de la importancia de las cifras de suicidio, cabe 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 poblacional (Puentes García et al., 2008). Por eso mismo, estimar la magnitud de los intentos suicidas resulta de importancia, ya que estos pueden acarrear consecuencias físicas y psíquicas de gravedad (OMS, 2014). Estimaciones mundiales indican que mientras que en 1969 se calculaba que 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, 1999). La estimación mundial del año 2012 ratificó que por cada persona que murió por suicidio, otras 20 realizaron uno o más intentos suicidas, pero al igual que ocurre con las tasas de suicidio, en las de intento de suicidio también hay una amplia variación según región, sexo y edad, entre otros factores (OMS, 2014). De entre los muchos factores de riesgo suicida destacados por la bibliografía especializada, numerosos estudios atribuyen riesgo suicida a diversos aspectos relacionados con la falta de recursos de apoyo social, al aislamiento y a la soledad (Cocaña Rodríguez, 1997; Heikkinen et al., 1995; Masocco et al., 2010; Prinstein et al., 2000; Schmidtke et al., 1996; Turvey et al., 2002; Vanderhorst & McLaren, 2005; Wong et al., 2008; Wyder et al., 2009). Por ejemplo, un meta-análisis realizado en base a estudios publicados en inglés entre los años 1990 a 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 y que no

tener cónyuge o cohabitante se asocia de manera estadísticamente significativa con el riesgo suicida (Yoshimasu et al., 2008). En este sentido, un estudio más reciente en Italia informó que en comparación con estar casado o vivir en pareja, el estado civil soltero se asocia a tasas de suicidio más altas (Masocco et al., 2010). Sin embargo, un estudio anterior realizado en Estados Unidos corroboró la asociación entre estado civil divorciado y mayor riesgo suicida sólo para el sexo masculino, a la par que informó que ni el estado civil soltero ni el viudo tuvieron efecto significativo sobre el riesgo suicida (Kposowa, 2000). Otros estudios señalaron a 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). Además, un análisis de los factores de riesgo de la conducta parasuicida en un Servicio de Urgencias de un Hospital de Asturias, en España, halló que en tentativas suicidas de personas con pareja estable fue frecuente una reciente ruptura de pareja por separación o divorcio (Cocaña Rodríguez, 1997). También cabe citar un estudio realizado en Queensland, Australia, que postuló 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).

Atento a que la prevalencia y características del comportamiento suicida varían mucho entre diferentes comunidades, grupos demográficos y en el tiempo, actualmente se afirma que la vigilancia epidemiológica actualizada de suicidios e intentos suicidas es un componente esencial de los esfuerzos nacionales y locales destinados a su prevención (OMS, 2014). Teniendo en cuenta 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 los datos oficiales sobre la problemática suicida en la provincia de Jujuy – extremo de la región Noroeste de Argentina – revelan elevadas cifras (Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, 2012; Dirección Provincial de Estadística y Censos, 2012), 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 este trabajo será el de indagar si factores indicativos de soledad, comúnmente reseñados como de riesgo suicida por la bibliografía internacional, caracterizan

también a la población local que realiza intentos suicidas o si, en cambio, esta población presenta particularidades que la distinguen respecto de las caracterizaciones de factores de riesgo basadas en datos de poblaciones foráneas. De manera complementaria a ese planteamiento del problema de investigación cabe mencionar que 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 para la caracterización del suicidio consumado o intentado. 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 (Hernández Ávila, 2007) – o de los actos suicidas en este particular –. Esa literatura también reconoce la dificultad inherente al modelo de la caja negra para distinguir entre los determinantes individuales y poblacionales de las enfermedades (Hernández Ávila, 2007). Atento a todo lo anterior, el problema de investigación a abordar en este estudio

se continúa en la indagación de si, por comparación con los factores indicativos de soledad usualmente señalados como de riesgo suicida, acaso la presencia de variables indicativas de aspectos subjetivos de la soledad se registrarían con mayores frecuencias que aquellos, y si del análisis de estas últimas podría resultar una incipiente caracterización de las urgencias suicidas que pudiera ser utilizada para dar cuenta, al menos en parte, del surgimiento de dichas urgencias a nivel individual. De acuerdo a todo lo expuesto, el objetivo general que guía esta investigación es el de analizar los registros de casos asistidos psicológicamente por intento suicida en el Servicio de Guardia del Hospital Pablo Soria (Jujuy) durante 2007-2008/2011-2012, a fin de conocer su caracterización según factores indicativos de soledad comúnmente reseñados como de riesgo suicida por la bibliografía, y según la presencia de la variable Sentimiento de soledad entre los contenidos concernientes a desencadenantes de intentos suicidas, teniendo en cuenta sus distribuciones según los marcadores demográficos sexo y edad, y testeando posibles asociaciones entre ellos.

2. Materiales y Método.

2.1. Ámbito de estudio.

El Servicio de Guardia (o Servicio de Urgencia) del Hospital Pablo Soria (HPS) se escogió como ámbito de estudio por ser el principal hospital público de Jujuy, y debido a que hasta julio de 2012 era el único en toda la provincia cuyo Servicio

de Guardia contaba con asistencia de urgencias en salud mental. Se trata de una institución polivalente, de tercer nivel de complejidad, que asiste a pacientes de ambos sexos desde 15 años de edad.

2.2. Fuentes e instrumentos de recolección de datos.

Las fuentes de datos consistieron en los registros escritos de asistencias psicológicas brindadas en el Servicio de Guardia del HPS. Estos registros de guardia consisten en la transcripción de los datos de las entrevistas psicológicas realizadas con cada paciente durante la asistencia 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 y las preguntas son abiertas.

2.3. Diseño y tipo de estudio.

El estudio realizado fue observacional, de tipo descriptivo, de diseño básico, transversal, no direccional, y de temporalidad retrospectiva (Kleinbaum et al., 2007; Porta, 2014).

2.4. Muestra.

La muestra analizada incluyó los registros escritos de todos los casos asistidos psicológicamente por intento de suicidio como motivo de consulta en el Servicio de Guardia del HPS durante el periodo de estudio delimitado de manera intencional a los años 2007, 2008, 2011

y 2012 (N = 481). La conceptualización de intento de suicidio adoptada fue la que lo define como la conducta auto-infligida y potencialmente lesiva que no produce la muerte pero para la que hay una intención evidente, sea explícita o implícita, de morir (O'Carroll et al., 1996).

2.5. Factores de riesgo, variable y marcadores demográficos que se analizan.

a. Factores de riesgo. Se enlistan a continuación los factores de riesgo suicida que se analizan y sus correspondientes definiciones operacionales.

- Estado civil: general y específico.

En estado civil *general* se agruparon los casos en dos grandes categorías establecidas en función de si el paciente mantenía una relación sentimental actual y estable al momento del intento suicida o no mantenía una relación de ese tipo: con relación-sin relación. 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 dos categorías generales establecidas en función de la disponibilidad de redes de contención socio-familiar o la no disponibilidad de las mismas: disponible-no disponible (o con red-sin red).

- Acompañamiento durante la asistencia. Se agruparon los casos en dos grandes categorías en función de considerar si durante su asistencia en el Servicio de Guardia cada paciente permaneció solo o en compañía de figuras afectivas significativas para él (familiares, pareja, amigos, etc.): solo-acompañado.

b. Variable. La presencia-ausencia de la variable **Sentimiento de soledad (SS)** entre los contenidos concernientes a desencadenantes de intentos suicidas en los registros de casos se determinó previamente mediante análisis de contenido cualitativo (datos no presentados, López Steinmetz, n.d.), el cual permitió realizar los correspondientes análisis cuantitativos que se presentan aquí. El citado análisis de contenido se orientó por las siguientes definiciones de la variable SS:

Definición conceptual: 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.

Definición operacional: 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.

En el análisis de contenido efectuado, el universo a analizar fueron todos los registros escritos de casos asistidos psicológicamente por intento de suicidio correspondientes a la muestra homónima. La unidad de análisis utilizada fue el ítem, el que consistió en cada registro escrito de asistencia psicológica de caso individual. Para efectuar la categorización se siguieron las definiciones conceptuales y operacionales de la variable SS, tal como fueron establecidas precedentemente. La regla de numeración o recuento aplicada fue la de presencia-ausencia de contenidos indicativos de dicha variable entre los desencadenantes del intento suicida referidos por los pacientes.

c. Marcadores demográficos principales. Se analizaron las distribuciones de frecuencias de los factores de riesgo seleccionados y de la variable SS en función de los factores demográficos sexo y edad, conforme a las siguientes definiciones operacionales:

- **Sexo:** se analizó como variable dicotómica (femenino-masculino), ya que se estableció con referencia a parámetros o diferencias biológicas.

- **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 ≥ 15 años de edad.

2.6. Tratamiento y análisis de los datos.

El procesamiento estadístico de los datos incluyó análisis descriptivos y correlacionales. Se informan tablas de contingencia con frecuencias absolutas (f) y frecuencias relativas (f'), medidas de frecuencia en términos de proporciones (o porcentajes) y razones, y las medidas de tendencia central Modo (M_o) y Media (M) con desviación standard (s) como medida de variabilidad.

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 estadística (α) se fijó en $p < .05$. 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). Dado que en la aplicación de la Prueba de Chi-cuadrado no debe haber más de un 20% de las celdas cuyas frecuencias teóricas (f_t) tengan valores menores que 5, cuando este fue el caso, el tipo de corrección aplicada dependió del tamaño de las tablas de contingencia (Álvarez Cáceres, 2007). Para los datos analizados en tablas de 2×2 no fue necesario aplicar correcciones ya que en ellas no se hallaron $f_t < 5$. En tablas de mayor tamaño ($K \times R$) el procedimiento de corrección fue el de agrupar categorías de análisis y/o intervalos adyacentes y volver a calcular las f_t con las nuevas tablas (Álvarez Cáceres, 2007). Pese a las correcciones aplicadas, en algunos análisis persistieron las f_t con valores menores que 5 en más del 20% de las celdas. En estos casos, se informó el resultado obtenido de χ^2 acompañado de la leyenda " $f_t < 5$: +20%" para advertir la persistencia de esta situación que debe ser tenida en cuenta al interpretar los resultados, y en caso de haberse hallado diferencias estadísticamente significativas se señalaron las principales asociaciones que influyeron en el valor observado de χ^2 . Respecto de las tablas que se presentan, cabe señalar tres aspectos. Por una parte, al informar los resultados de χ^2 en análisis que se aplicaron las correcciones mencionadas, los grados de libertad indicados corresponden a las

tablas agrupadas, pero las tablas que se presentan corresponden a las que contienen las distribuciones originales y no las agrupadas. Por otra parte, si bien en todas las tablas se informan f y f' , los grados de libertad aplicados para cada cálculo de χ^2 son los que corresponden a filas y columnas sólo de f . Por último, para no duplicar información y también por cuestiones de espacio, se presentan las tablas de mayor complejidad (p.e. con las frecuencias de casos para cada sexo y ambos sexos) pero no se presentan las tablas derivadas de ellas utilizadas para los cálculos (p.e. con las frecuencias de casos sólo del sexo femenino). No obstante, dado que todos los datos en base a los cuales se realizaron los cálculos están incluidos en las tablas que se presentan, las tablas utilizadas para los cálculos son deducibles de ellas.

2.7. Programas utilizados en el procesamiento de datos.

En el procesamiento informático de los datos se utilizó software del entorno de Windows. Para el procesamiento estadístico 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).

2.8. Consideraciones éticas de la investigación.

El protocolo de esta investigación fue aprobado por el Comité Provincial de Bioética Jujuy.

3. Resultados.

3.1. Estado civil: general y específico.

a. Sexo. Según categorías de estado civil general, el 42.41% de los casos mantenía una relación sentimental estable al momento del intento suicida, mientras que el restante 57.59% no tenía una relación de ese tipo (Tabla 1). La razón entre sexos (femenino-masculino) fue 1.55:1 en casos con relación y 1.56:1 en casos sin relación. La razón entre casos con-sin 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 ($\chi^2 (1) = 0.003, p > .05$).

Según estado civil específico, en cada sexo el Modo correspondió a la clase soltero (Tabla 2). No se hallaron diferencias significativas entre estado civil específico y sexo de los pacientes ($\chi^2 (5) = 1.47, p > .05$).

b. Franja etaria y sexo. En ambas categorías de estado civil general 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 con relación en 25-34 y 45-54 años, mientras que predominó la categoría sin relación en 15-24, 35-44 y 55-64 años, y hubo un caso en cada categoría en 65-74 años (Tabla 3). En la composición por edad, los pacientes

que tenían una relación difirieron significativamente de los que no la tenían en el grupo ambos sexos ($\chi^2 (4) = 29.80, p < .05$) y en el sexo femenino ($\chi^2 (4) = 29.98, p < .05$), pero no así en el masculino ($\chi^2 (4) = 7.64, p > .05$). 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 para las clases soltero, en pareja no conviviente y separado (ruptura reciente de relación no conviviente) fue 19.5 años en 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 mayor en el masculino (Tablas 4, 5 y 6). Se hallaron diferencias significativas entre tipo de estado civil específico y edad en pacientes del grupo ambos sexos ($\chi^2 (15) = 155.47, p < .05$ [$f_t < 5: +20\%$]), del sexo femenino ($\chi^2 (15) = 103.97, p < .05$ [$f_t < 5: +20\%$]) y del masculino ($\chi^2 (15) = 77.42, p < .05$ [$f_t < 5: +20\%$]) analizados separadamente. La fuerza de las asociaciones halladas fue de $V = 0.33$, $V = 0.34$ y $V = 0.37$ respectivamente. Los elevados valores

de χ^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.

3.2. Redes de contención socio-familiar.

a. Sexo. El 88.77% de los pacientes asistidos por intento suicida disponía de redes de contención socio-familiar y el restante 11.23% no disponía de dichas redes (Tabla 7). La razón entre sexos (femenino-masculino) fue 1.62:1 en casos con red de contención y 1.16:1 en casos sin red de contención. 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 ($\chi^2 (1) = 0.64, p > .05$).

b. Franja etaria y sexo. En ambas categorías de 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 (Tabla 8). 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 ($\chi^2 (4) = 6.93, p > .05$), ni en el sexo femenino ($\chi^2 (3) = 4.04, p > .05$), ni en el masculino ($\chi^2 (3) = 0.90, p > .05$) analizados separadamente.

3.3. Acompañamiento durante la asistencia.

a. Sexo. El 73.39% de pacientes asistidos por intento suicida permaneció en compañía de figuras afectivas durante la asistencia en el Servicio de Guardia, mientras que el restante 26.61% permaneció solo (Tabla 9). La razón entre sexos (femenino-masculino) fue 1.58:1 en pacientes acompañados y 1.51:1 en pacientes solos. 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, no se hallaron diferencias significativas entre el grupo de pacientes que permaneció acompañado durante la asistencia y el grupo que estuvo solo durante la misma ($\chi^2 (1) = 0.04, p > .05$).

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 (Tabla 10). 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 ($\chi^2 (4) = 21.09, p < .05$), en el sexo femenino ($\chi^2 (4) = 14.00, p < .05$) y en el masculino ($\chi^2 (4) = 11.86, p < .05$). La fuerza de las asociaciones halladas fue de $V = 0.21, V = 0.22$ y $V = 0.25$ respectivamente. Se caracterizaron por haber estado acompañados los casos de 15-24 años principalmente, y también 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.

3.4. Sentimiento de soledad.

a. Sexo. En el 79.63% de los casos se halló presencia de contenidos categorizados en la variable SS, mientras que el 20.37% restante se caracterizó por ausencia de contenidos concernientes a desencadenantes del intento suicida que se correspondieran con dicha variable (Tabla 11). La razón entre sexos (femenino-masculino)

fue 1.66:1 en casos con presencia de contenidos categorizados en la variable SS y 1.23:1 en casos con ausencia de dichos contenidos. La razón entre casos según presencia-ausencia de contenidos categorizados en la variable SS fue 4.43:1 en el sexo femenino y 3.27:1 en el masculino. En la composición por sexo, el grupo de casos con presencia de contenidos categorizados en la variable SS no se diferenció significativamente del grupo caracterizado por ausencia de dichos contenidos ($\chi^2 (1) = 1.75, p > .05$).

b. Franja etaria y sexo. Tanto para presencia como para ausencia de contenidos categorizados en la variable SS y en cada sexo el Modo por edad fue 19.5 años. Sobre el total de cada sexo, en todas las franjas etarias del sexo masculino y en casi todas las del femenino la cantidad de casos con presencia de contenidos categorizados en la variable SS superó a la cantidad de casos con ausencia de dichos contenidos, a sola excepción de la franja etaria 55-64 años en la que hubo igual cantidad de casos con y sin esos contenidos. Se registraron casos con presencia de contenidos categorizados en la variable SS en todas las franjas etarias. En cambio, se registraron casos con ausencia de dichos contenidos hasta la franja etaria 55-64 años de cada sexo (Tabla 12). En la composición por edad, los casos con presencia de contenidos categorizados en la variable SS no difirieron significativamente de los casos con ausencia de dichos contenidos en el grupo ambos sexos ($\chi^2 (4) = 1.67, p >$

.05), ni en el sexo femenino ($\chi^2 (4) = 1.92, p > .05$), ni en el masculino ($\chi^2 (4) = 0.99, p > .05$) analizados separadamente. Considerando sólo el grupo de casos con presencia de contenidos categorizados en la variable SS no se hallaron diferencias significativas en cuanto a la composición por sexo y edad ($\chi^2 (4) = 2.54, p > .05$). Asimismo, entre casos con ausencia de dichos contenidos, sexo y edad fueron atributos independientes ($\chi^2 (3) = 0.51, p > .05$).

4. Discusión.

El mayoritario 57.59% de los pacientes no tenía una relación sentimental estable al momento del intento de suicidio. En esta investigación se hallaron asociaciones estadísticamente significativas cuya interpretación, sin embargo, no parece 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 (general y específico) y edad, las que más que abonar una caracterización particular de intentos suicidas, parecieron reflejar características esperables de hallarse en la población general, ya que se destacó principalmente la asociación de la franja etaria 15-24 años con la categoría sin relación, específicamente con la clase soltero, además de 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 el mismo durante su asistencia en el Servicio de Guardia, y 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. Por otra parte, la evaluación de redes de contención socio-familiar evidenció que el mayoritario 88.77% de pacientes asistidos por intento suicida disponía de dichas redes.

En relación con lo anterior, 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 et al., 1995; Wong et al., 2008) pero también vivir con los padres, especialmente en hombres de entre 30 a 39 años (Heikkinen 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 socio-familiar, 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 el sentido de lo propuesto, 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).

Los casos con presencia de contenidos categorizados en SS 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. El elevado porcentaje de casos en los que se halló presencia de contenidos categorizados en SS (79.63%) destaca

la importancia de esta variable para el desencadenamiento de intentos suicidas ya que, además, ninguno de los factores de riesgo analizados en la muestra se halló con tan alta frecuencia. Aunque a primera vista ese elevado porcentaje podría compararse con el porcentaje de casos que no tenían una relación sentimental al momento del intento suicida (57.59%), cabe señalar que no tener una relación caracterizó fundamentalmente a los casos de 15-24 años, los que sin embargo se caracterizaron a su vez por haber permanecido acompañados durante la asistencia y el mayoritario 91.05% de los 257 casos correspondientes a esa franja etaria contaban con redes de contención socio-familiar, todo lo cual relativiza la importancia de estos factores indicativos de soledad objetiva en intentos suicidas. No obstante, queda pendiente dar respuesta a la cuestión de si, dado el elevado porcentaje de casos que refirió SS entre los desencadenantes del intento suicida, ¿ello implica acaso admitir que la presencia de esta variable caracteriza diferencialmente a los pacientes asistidos por intento suicida respecto de los que son asistidos por otros motivos de consulta psicológica en urgencias? Desde luego, los análisis efectuados en esta investigación no permiten dar respuesta a ese interrogante y su resolución requerirá del desarrollo de investigaciones futuras, cuyos diseños epidemiológicos de mayor complejidad incluyan población clínica comparable. Continuar las investigaciones para 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 y otros indicativos de soledad objetiva – además de muchos otros factores usualmente señalados como de riesgo suicida tales como situación ocupacional, tipo de ocupación, estacionalidad, etc. –, 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 aludido 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. Como destaca Hernández Ávila (2007), una de las principales ventajas de ese modelo radica en la posibilidad de aplicar medidas correctivas eficaces aún 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, se destaca que el resultado más grave del seguimiento mecánico de este modelo consistió “en la búsqueda desenfadada 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). Asimismo, el citado 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 variable SS 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. Párrafos arriba en esta discusión se afirmó que la interpretación de lo hallado en la muestra en cuanto a

estado civil, acompañamiento durante la asistencia y disponibilidad de redes de contención socio-familiar 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, que son fruto de los análisis de contenido efectuados en los registros de casos para determinar la presencia o ausencia de la variable SS (datos no presentados) como paso previo al análisis epidemiológico aquí presentado, brindan apoyo adicional a esa afirmación. Tales son, por ejemplo, casos en los que el SS vivenciado y referido por los pacientes discrepaba con lo informado en 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 (López Steinmetz, n.d.). Esos casos evidenciaron que hay una distancia de separación entre la soledad como sentimiento o vivencia referida, y la soledad como hecho fáctico semejable a estar solo. Ello converge con aseveraciones efectuadas desde diversas orientaciones teóricas, tal como la que señala 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). Adicionalmente, reportes de diversos estudios apoyan a la citada aseveración, a la vez que a lo hallado en esta investigación. 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). 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 esta investigación apoyan la orientación de esa indicación, pero no así su forzamiento extremo, tal como el que surge de estudios que propusieron que la soledad debe ser considerada una enfermedad y tener un lugar en la clasificación de trastornos psiquiátricos (Tiwari, 2013).

Referencias Bibliográficas

- ÁLVAREZ CÁCERES, R. (2007). *Estadística aplicada a las ciencias de la salud*. Madrid: Ed. Díaz de Santos.
- ASHER, S. R. & PAQUETTE, J. A. (2003). Loneliness and peer relations in childhood. *Current Directions in Psychological Science*, 12, 75-78.

BEAUTRAIS, A. L. (2002). A case control study of suicide and attempted suicide in older adults. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 32(1), 1-9.

COCAÑA RODRÍGUEZ, I. (1997). Análisis de los factores de riesgo de la conducta parasuicida. (Tesis Doctoral). Oviedo: Universidad de Oviedo, Departamento de Medicina.

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: Wiley.

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: Autor.

DIRECCIÓN NACIONAL DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES (2012). *Lineamientos para la atención del intento de suicidio en adolescentes*. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación.

DIRECCIÓN PROVINCIAL DE ESTADÍSTICA Y CENSOS (2012). 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). Jujuy: Autor. Recuperado de http://www.dipec.jujuy.gov.ar/idx_anuario/anuario2012.pdf

ERLANGSEN, A., JEUNE, B., BILLEBRAHE, 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.

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.

GRASSO, L. (1999). *Introducción a la estadística en ciencias sociales y del comportamiento*. Córdoba: Universidad Nacional de Córdoba.

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: Ed. Médica Panamericana.

HOKANS, K. D. & LESTER, D. (2007). Motives for suicide in adolescents: A preliminary study. *Psychological Reports*, 101(3 Pt 1), 778.

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: Wiley.

KLEINBAUM, D. G., SULLIVAN, K. M. & BARKER, N. D. (2007). *A pocket guide to epidemiology*. New York: Springer.

KPOSOWA A. J. (2000). Marital status and suicide in the National Longitudinal Mortality Study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 54(4), 254-261.

LÓPEZ STEINMETZ, L. C. (n.d.). *Coyunturas desencadenantes de urgencias suicidas: un enfoque psicoanalítico y epidemiológico*. Tesis doctoral (inédito). Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.

MASOCCO, M., POMPILI, M., VANACORE, N., INNAMORATY, M., LESTER, D., GIRARDI, P.,... & VICHI, M (2010). Completed suicide and marital status according to the Italian region of origin. *The psychiatric Quarterly*, 81(1), 57-71.

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.

MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN (2014). *Mortalidad por suicidio en Argentina. Período 1997-2012*. Buenos Aires: Autor.

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.

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/10.4103/0973-8459.130777>

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.

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.

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.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1999). *Figures & facts about suicide*. Ginebra: Autor. Recuperado de http://whqlibdoc.who.int/hq/1999/WHO_MNH_MBD_99.1.pdf

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (septiembre 2004). *El suicidio, un problema de salud pública enorme y sin embargo prevenible, según la OMS*. Ginebra: 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: 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: 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: Autor. Recuperado de http://apps.who.int/iris/handle/10665/131056/1/9789241564779_eng.pdf?ua=1

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.

POLEWKA, A., GROSZEK, B., TARGOSZ, D., SZKOLNICKA, B., CHROSTEK MAJ, J., KROCH, S. & PACH, J. (2004). The frequency of suicide attempts depending on gender and the age structure. *Przegląd Lekarski*, 61(4), 265-268.

PORTA, M. S. (Ed.) (2014). *A dictionary of epidemiology* (6th ed.). New York: Oxford University Press.

PRINSTEIN, M. J., BOERGER, 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: Panamericana.

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.

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.

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.

SCHMIDTKE, A., BILLE-BRAHE, U., DELEO, D., KERKHOF, A., BJERKE, T., CREPEF, P.,... & SAMPAIO-FARIA, J. G. (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.

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., ABAKOUKIN, 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.

TIWARI, S. C. (2013). Loneliness: A disease? *Indian Journal of Psychiatry*, 55(4), 320-322.

TURVEY, C. L., CONWELL, Y., JONES, M. P., PHILLIPS, C., SIMONSICK, E., PEARSON, J. L. & WALLACE, R. (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.

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: The MIT Press.

WHEELER, L., REIS, H. & NEZLEK, J. B. (1983). Loneliness, social integration, and sex roles. *Journal of Personality and Social Psychology*, 45, 943-953.

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>

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.

Tablas.

Tabla 1.

Casos asistidos por intento de suicidio 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

Tabla 2.

Casos asistidos por intento de suicidio 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

Tabla 3.

Casos asistidos por intento de suicidio 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 4.

Casos asistidos por intento de suicidio ambos sexos según estado civil específico y franja etaria.

Franja etaria	Estado civil específico											
	Soltero		En pareja (no conv.)		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 5.

Casos asistidos por intento de suicidio sexo femenino según estado civil específico y franja etaria.

Franja etaria	Estado civil específico											
	Soltero		En pareja (no conv.)		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		65	1	34	1	59	1	12	1	1	1

Tabla 6.

Casos asistidos por intento de suicidio sexo masculino según estado civil específico y franja etaria.

Franja etaria	Estado civil específico											
	Soltero		En pareja (no conv.)		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 7.

Casos asistidos por intento de suicidio 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

Tabla 8.

Casos asistidos por intento de suicidio 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 9.

Casos asistidos por intento de suicidio 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

Tabla 10.

Casos asistidos por intento de suicidio según acompañamiento durante la asistencia, sexo y franja etaria del paciente.

Franja etaria	Femenino				Masculino				Ambos sexos			
	Durante asistencia:				Durante asistencia:				Durante asistencia:			
	Acomp.		Solo		Acomp.		Solo		Acomp.		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 11.

Casos asistidos por intento de suicidio según presencia-ausencia de contenidos categorizados en la variable Sentimiento de soledad (SS) y sexo.

SS	Femenino		Masculino		Ambos sexos	
	f	f'	f	f'	f	f'
Presencia	239	0.82	144	0.77	383	0.80
Ausencia	54	0.18	44	0.23	98	0.20
N	293	1	188	1	481	1

Tabla 12.

Casos asistidos por intento de suicidio según presencia-ausencia de contenidos categorizados en la variable Sentimiento de soledad (SS), sexo y franja etaria.

Franja etaria	Femenino SS				Masculino SS				Ambos sexos SS			
	Presencia		Ausencia		Presencia		Ausencia		Presencia		Ausencia	
	f	f'	f	f'	f	f'	f	f'	f	f'	f	f'
15-24	131	0.55	30	0.55	72	0.5	24	0.55	203	0.53	54	0.55
25-34	59	0.25	14	0.26	39	0.27	13	0.3	98	0.26	27	0.28
35-44	33	0.14	7	0.13	18	0.13	4	0.09	51	0.13	11	0.11
45-54	12	0.05	1	0.02	10	0.07	2	0.04	22	0.06	3	0.03
55-64	2	0.01	2	0.04	3	0.02	1	0.02	5	0.01	3	0.03
65-74	2	0.01	0	0	2	0.01	0	0	4	0.01	0	0
N	239	1	54	1	144	1	44	1	383	1	98	1