



Revista Argentina de Ciencias del
Comportamiento

E-ISSN: 1852-4206

ceciliareyna@gmail.com

Universidad Nacional de Córdoba
Argentina

López Steinmetz, Lorena Cecilia

Caracterización de riesgo diferencial-demográfico en urgencias psicológicas: intento de
suicidio y otros motivos de consulta.

Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento, vol. 9, núm. 1, abril, 2017, pp. 44-53

Universidad Nacional de Córdoba
Córdoba, Argentina

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=333450394007>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Caracterización de riesgo diferencial-demográfico en urgencias psicológicas: intento de suicidio y otros motivos de consulta.

Marzo 2017, Vol. 9, N°1,
44-53

revistas.unc.edu.ar/index.
php/racc

López Steinmetz, Lorena Cecilia*, a

Artículo Original

Resumen	Abstract	Tabla de Contenido
<p>El objetivo de este estudio fue determinar si los marcadores demográficos de riesgo sexo y edad caracterizan diferencialmente a intento de suicidio respecto de otros motivos de consulta psicológica en urgencias. Se analizaron los registros de casos asistidos psicológicamente por consultas referidas a urgencias en salud mental en el Servicio de Guardia del principal hospital polivalente de Jujuy, durante un cuatrienio. Los resultados sugieren que el sexo no es un marcador de riesgo diferencial - demográfico en pacientes asistidos por intento de suicidio. En cambio, con independencia del sexo, la edad como marcador demográfico de riesgo caracteriza diferencialmente a pacientes asistidos por intento de suicidio respecto de los que son asistidos por otros motivos de consulta psicológica en urgencias. La franja etaria 15-24 años caracteriza diferencialmente a los consultantes por intento suicida tanto femeninos como masculinos. Son necesarios más estudios para determinar características del riesgo suicida típicas de la casuística local.</p> <p>Palabras clave: Intento de suicidio, Motivos de Consulta Psicológica en Urgencias, Sexo, Grupos de Edad</p>	<p>Differential-demographic risk characterization in psychological emergencies: suicide attempt and other psychological consultations. The aim of this study was to determine whether demographic risk markers sex and age differentially characterize suicide attempt from other psychological consultations in emergencies. Case records assisted due to psychological consultations in the Emergency Service of the main polyvalent hospital of Jujuy during a four-year period were analyzed. The results suggest that sex is not a differential - demographic risk marker in patients assisted by suicide attempt. On the other hand, irrespective of sex, the age as demographic risk marker differentially characterizes patients assisted by suicide attempt from those who are assisted by other psychological consultations in emergencies. The 15-24 age range differentially characterizes consultants by suicide attempt both female and male. Further studies are needed to determine characteristics of suicidal risk that are typical of local casuistry.</p> <p>Key Words: Suicide Attempt. Psychological Consultations in Emergencies, Sex, Age Groups</p>	<p>Introducción 44 Método 46 Resultados 46 Discusión 50 Conclusiones 52 Referencias 52</p>

Recibido el: 8 de diciembre de 2015; Recibida la revisión el 1 de septiembre de 2016; Aceptado el 19 de octubre de 2016
Editaron este artículo: Angel Elgier, María Soledad Sartori, Yanina Michelini y Estefanía Caicedo

1. Introducción

El suicidio es reconocido por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014) como un importante problema social y de salud pública, con tendencia creciente a nivel mundial. En el año 1998 el suicidio constituía el 1.8% de la carga mundial de enfermedad, cifra que se estimó ascenderá hasta el 2.4% en 2020 (Bertolote & Fleischmann, 2009). Pero las muertes por suicidio son sólo una parte de este grave problema, ya que muchas personas más sobreviven a intentos suicidas, a menudo causándose daño suficientemente grave como para requerir atención médica (Móscicki, 1985). Visto 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 (Puente García, Morcilla Peñalver, & González Lucas, 2008), estimar la magnitud de los intentos suicidas resulta de importancia por las consecuencias físicas y psíquicas de gravedad que estos pueden acarrear (OMS, 2014). A nivel mundial se estima que por cada persona que muere por suicidio otras 20 realizan uno o más intentos suicidas (Diekstra & Gulbinat, 1993; OMS, 2014).

Clásicamente se reconoce la distinción entre factor y marcador de riesgo, establecida en función de

* Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET)

Enviar correspondencia a: López Steinmetz, L. C. E-mail: steinramirez@hotmail.com

la posibilidad o imposibilidad de producir modificación sobre el mismo respectivamente (Grundy, 1973). Dada la distribución poblacional desigual de las tasas de suicidio, los estudios epidemiológicos reconocen determinados marcadores socio-demográficos importantes del riesgo suicida. Tal es el caso del sexo y la estructura etaria, que desde hace décadas son indicados como los marcadores cruciales que determinan las dimensiones del suicidio (Polewka et al., 2004).

El marcador biológico sexo provee una caracterización ampliamente generalizada del suicidio e intentos suicidas en la bibliografía especializada. En efecto, el sexo se encuentra bien documentado como un correlato socio-demográfico asociado significativamente con el comportamiento suicida (García-Resa et al., 2002; Zhang, McKeown, Hussey, Thompson, & Woods, 2005). Se indica que el suicidio es más prevalente entre hombres mientras que los intentos suicidas son más prevalentes entre mujeres (Canetto & Sakinofsky, 1998; Nock et al., 2008), aunque excepciones a esa caracterización se reportaron en China, con predominio de suicidios femeninos (Zhang, Xiao, & Zhou, 2010). No obstante, en la mayoría de los países del mundo, y fundamentalmente en países occidentales, las proporciones de suicidio entre los sexos son mayores en hombres y las de intentos suicidas lo son en mujeres, con relaciones inversamente recíprocas de aproximadamente 3:1 (Diekstra & Gulbinat, 1993). También se informaron razones masculino-femenino para suicidios de 4:1 por ejemplo en Polonia (Polewka et al., 2004) y en Canadá (Langlois & Morrison, 2002). Otros estudios informaron razones femenino-masculino para intento de suicidio muy divergentes entre sí, como de 1.7:1 en Bretaña, Francia (Batt, Tron, Depoivre, & Trehony, 1993) y de 7.8:1 en Lima, Perú (Durán, Mazzotti, & Vivar, 1999). Incluso hay antecedentes que indicaron que al parecer, la significativa diferencia de sexo hallada en la prevalencia de por vida de intento suicida (7.58% en mujeres, 3.69% en hombres) no podría explicarse por la exposición diferencial a determinados factores de riesgo (Zhang et al., 2005). Dado que las proporciones de suicidio entre los sexos son mayores en hombres y las de intentos suicidas lo son en mujeres, se suele asentar que el sexo masculino es un marcador de riesgo para suicidio consumado (Maris, 1992; Móscicki, 1994) y que el femenino lo es para intento suicida (Móscicki, 1994).

En cuanto a la edad, actualmente hay una tendencia al aumento de las tasas de suicidio e intentos suicidas entre adolescentes y adultos

jóvenes, al punto de convertirlos en el grupo de mayor riesgo en un tercio de los países del mundo (Organización Mundial de la Salud, 2012). Entre las causas de muerte a nivel mundial, el suicidio está entre las tres primeras en sujetos de 15 a 44 años (Patton et al., 2009), es la segunda en el grupo de 15 a 29 años y la quinta en 30 a 49 años de edad (OMS, 2014). En Argentina, entre los años 2007 a 2009 se registraron 123000 lesiones por causas externas, de las cuales 1179 correspondieron a lesiones auto-infligidas. De estas últimas, el 98% fueron propias de intentos suicidas y sólo el 2% restante fueron suicidios consumados. La distribución entre los sexos fue pareja (51% femenino, 49% masculino), pero en cuanto a la edad, más de la mitad de los intentos suicidas (54%) fueron protagonizados por sujetos de entre 15 a 29 años (15-19 años: 19%, 20-29 años: 35%), a la vez que se destacaron los de 30 a 39 años con el 21% de los casos (Ministerio de Salud de la Nación, 2011).

El intento de suicidio es una urgencia médica que suele llegar a los servicios de emergencia de hospitales generales en mayor proporción que a los de hospitales psiquiátricos (Durán et al., 1999). Los datos sanitarios nacionales ubican a Jujuy entre las provincias de Argentina que tienen las tasas más elevadas de suicidios (Ministerio de Salud de la Nación, 2011). Pese a ello, en Jujuy predomina una escasez de estudios sobre precursores del suicidio – como son los intentos suicidas – y sobre indicadores de riesgo suicida. Los estudios sobre factores y marcadores de riesgo sirven para identificar sujetos o grupos poblacionales que presentan un riesgo sanitario mayor en comparación al de los que no están expuestos o no tienen esos factores y marcadores. Por lo tanto, este tipo de estudios es utilizado, entre otras cosas, para orientar con eficacia políticas y acciones en salud, primordialmente preventivas, hacia esos grupos determinados. Dado que la prevalencia y las características del comportamiento suicida, tanto consumado como intentado, varían mucho entre diferentes comunidades, grupos demográficos y en el tiempo (OMS, 2014), si las políticas y acciones en salud locales se basan en conocimientos sobre marcadores de riesgo que caracterizan a poblaciones foráneas, puede ocurrir que las medidas preventivas no se orienten eficazmente. Teniendo en cuenta todo lo anterior, esta investigación se propuso estudiar casuística local que realiza intento suicida con el objetivo de determinar si los marcadores demográficos sexo y edad caracterizan diferencialmente a pacientes

asistidos por intento suicida respecto de pacientes asistidos por otros motivos de consulta psicológica en urgencias en la provincia de Jujuy.

2. Método

2.1. *Ámbito de estudio.*

El ámbito de estudio fue el Servicio de Guardia del Hospital Pablo Soria (HPS), principal hospital público de Jujuy, extremo noroeste de Argentina. El HPS es una institución polivalente, de tercer nivel de complejidad y de referencia provincial, que asiste a pacientes de ambos sexos desde los 15 años de edad.

2.2. *Tipo de estudio y fuente de datos.*

El estudio realizado fue clínico epidemiológico, de abordaje no experimental. El diseño fue descriptivo transversal. Las fuentes de datos utilizadas consistieron en los registros escritos de asistencias psicológicas brindadas en el Servicio de Guardia del HPS durante el periodo delimitado por el cuatrienio 2007, 2008, 2011 y 2012. El periodo de estudio fue delimitado de manera intencional no probabilística. El tratamiento de los datos fue cuantitativo.

2.3. *Grupos de motivo de consulta.*

Se incluyó la totalidad de registros de casos asistidos psicológicamente por consultas referidas a urgencias en salud mental en el Servicio de Guardia del HPS durante el periodo de estudio (N = 1863). A ese total se denominó *todo motivo de consulta psicológica en urgencias* (en adelante también mencionado como *todo motivo de consulta o todo motivo*) y fue dividido en dos grupos mutuamente excluyentes establecidos en función del motivo de consulta:

Intento de suicidio: casos asistidos psicológicamente por intento de suicidio como motivo de consulta (n = 481).

Otro motivo de consulta (en adelante también mencionado como *otro motivo*): casos asistidos psicológicamente por los demás motivos de consulta referidos a urgencias en salud mental distintos que intento de suicidio (n = 1382).

2.4. *Marcadores demográficos analizados.*

Se describieron y analizaron las distribuciones de casos en los grupos de motivo de consulta según dos de los marcadores demográficos de riesgo suicida reseñados como principales por la bibliografía especializada: *Sexo:* analizado como variable dicotómica (femenino-masculino) ya que se estableció con referencia a parámetros o diferencias biológicas. Por lo tanto, se excluyeron las referencias a significaciones culturales tales como el concepto de

identidad de género u otras; *Edad:* analizado en términos de franjas etarias, conformadas por estratos de 10 años de edad cada una, con 15 años de edad como límite aparente inferior del estrato menor.

2.5. *Análisis de datos.*

Se analizaron los grupos de motivo de consulta según los marcadores demográficos de riesgo suicida para el periodo total de estudio y también desagregados en subcomponentes temporales bianuales correspondientes a 2007-2008 como primer bienio (1° B) y a 2011-2012 como segundo bienio (2° B). En el procesamiento estadístico de los datos se elaboraron gráficos y tablas de contingencia. Se describieron las distribuciones de frecuencias de acuerdo a su forma, informando la Asimetría (As). Se calcularon las medidas de tendencia central Modo (Mo), Mediana (Mdn) y Media (M). Para esta última se informó la desviación estándar ($\pm DE$) como medida de variabilidad. Para la puesta a prueba de la hipótesis de independencia - asociación entre marcadores demográficos de riesgo suicida y motivos de consulta se aplicó la Prueba de Chi-Cuadrado (χ^2). El nivel de significación estadística fue fijado en 95% ($\alpha = .05$), por lo tanto, se rechazó la hipótesis nula siempre que p fue $< \alpha$, esto es, las asociaciones entre las variables se consideraron estadísticamente significativas siempre que $\chi_o^2 \geq \chi_c^2$ para $\alpha = .05$ y df correspondientes (χ_o^2 : valor observado de χ^2 ; χ_c^2 : valor crítico de χ^2 ; df : grados de libertad). Por el contrario, se consideró que las asociaciones carecieron de significación estadística cuando p fue $>$ que α . En los análisis que se hallaron asociaciones estadísticamente significativas, se determinó la fuerza de las mismas mediante el cálculo del coeficiente V de Cramer (V).

2.6. *Aspectos Éticos.*

Este estudio forma parte de la investigación titulada *Estudio clínico-psicológico retrospectivo (período 2007/2008 - 2011/2012) para la teorización de la coyuntura desencadenante de intentos suicidas. Aportes para discutir la capitulación teórico-cognitiva acerca de la prevención del suicidio. Jujuy*, cuyo protocolo de investigación fue aprobado por el Comité Provincial de Bioética del Ministerio de Salud Jujuy (08 de enero de 2012). La investigación fue conducida siguiendo los principios planteados en la Resolución 1480/2011, Guía para Investigaciones con Seres Humanos, Ministerio de Salud de la Nación.

3. Resultados

3.1. *Motivos de consulta y sexo.*

3.1.1. *Periodo total.*

Intento de suicidio representó el 25.82% de las asistencias por todo *motivo de consulta psicológica*. Del total de casos asistidos por *intento de suicidio*, el 60.91% correspondió al sexo femenino. Del total de casos asistidos por *otro motivo de consulta* referido a urgencias en salud mental, el 64.83% también correspondió al sexo femenino. Las razones entre sexos (femenino-masculino) fueron de 1.56:1 en *intento de suicidio* y de 1.84:1 en *otro motivo* (Tabla 1). Por otra parte, respecto del total de casos asistidos por *todo motivo de consulta* en cada sexo, el porcentaje que correspondió a intento de suicidio fue mayor entre masculinos antes que entre femeninos (Gráfico 1). Las razones entre motivos de consulta (*otro motivo-intento de suicidio*) fueron de 3.05:1 en el sexo femenino y de 2.59:1 en el masculino. No obstante, las diferencias entre motivos de consulta y sexo de los pacientes en el periodo total no fueron estadísticamente significativas ($\chi^2 = 2.37$, $df = 1$, $p > .05$).

Tabla 1.

Cantidad de casos en el periodo total según motivo de consulta y sexo.

Motivo de consulta	Sexo		Ambos sexos
	Femenino	Masculino	
Intento de suicidio	293	188	481
Otro motivo	896	486	1382
Todo motivo de consulta	1189	674	1863

3.1.2. Bienios.

En los sub-totales bienales de casos asistidos por *intento de suicidio*, prevaleció el sexo femenino con 60.47% de los casos en el 1° B y 61.28% en el 2° B. Ello representó razones entre sexos de 1.53:1 en el 1° B y

de 1.58:1 en el 2° B. En los sub-totales bienales asistidos por *otro motivo de consulta*, también prevaleció el sexo femenino con 64.66% de los casos en el 1° B y 65.02% en el 2° B. Ello representó razones entre sexos de 1.83:1 en el 1° B y de 1.86:1 en el 2° B (Tabla 2). Con todo, las diferencias halladas entre bienios de atención y sexo de los pacientes no alcanzaron significación estadística en *intento de suicidio* ($\chi^2 = 0.03$, $df = 1$, $p > .05$) ni en *otro motivo de consulta* ($\chi^2 = 0.02$, $df = 1$, $p > .05$).

Los sub-totales bienales de *todo motivo de consulta* en cada sexo se mantuvieron constantes entre los bienios estudiados (Tabla 2). En cambio, el porcentaje de casos que de esos sub-totales correspondió a cada motivo de consulta se modificó entre los bienios. Así, del 1° B al 2° B el porcentaje de casos que representó *intento de suicidio* aumentó aproximadamente 5.50% en cada sexo (femenino: + 5.43%, masculino: + 5.50%). El porcentaje de pacientes asistidos por *intento suicida* en cada bienio fue mayor entre masculinos antes que entre femeninos (Gráfico 2). Las razones entre motivos de consulta (*otro motivo-intento de suicidio*) en el sexo masculino fueron de 2.98:1 en el 1° B y de 2.26:1 en el 2° B, mientras que en el sexo femenino fueron de 3.56:1 y de 2.66:1 en el 1° B y en el 2° B respectivamente. Las diferencias halladas entre bienios de atención y motivos de consulta alcanzaron significación estadística en el sexo femenino ($\chi^2 = 4.71$, $df = 1$, $p < .05$) pero no en el masculino ($\chi^2 = 2.54$, $df = 1$, $p > .05$). Sin embargo, la asociación hallada en el sexo femenino fue muy débil ($V = .06$).

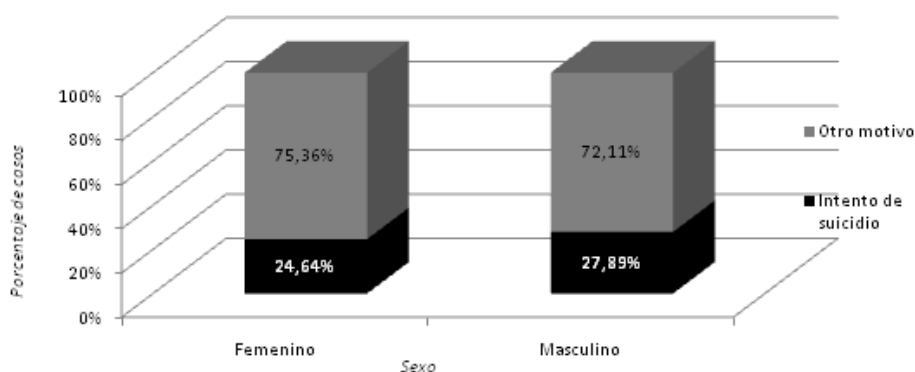


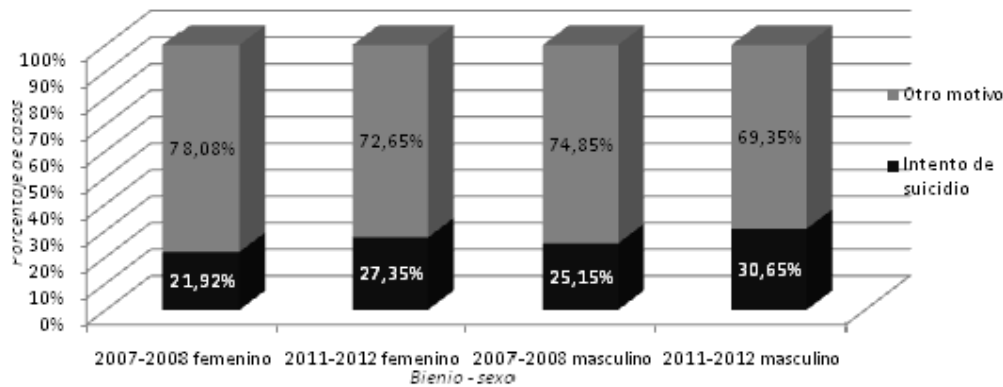
Gráfico 1.

Porcentaje de casos en el periodo total según motivo de consulta sobre el total de cada sexo

Tabla 2.

Cantidad de casos según bienio de atención, motivo de consulta y sexo.

Motivo de consulta	Primer bienio			Segundo bienio		
	Femenino	Masculino	Ambos sexos	Femenino	Masculino	Ambos sexos
Intento de suicidio	130	85	215	163	103	266
Otro motivo	463	253	716	433	233	666
Todo motivo	593	338	931	596	336	932

**Gráfico 2.**

Porcentaje de casos según motivo de consulta sobre los registros bianuales de cada sexo

3.2. Motivos de consulta, edad y sexo.

3.2.1. Periodo total.

El Modo por edad en cada grupo de motivo de consulta y sexo se ubicó en la franja etaria menor ($Mo = 19.5$ años), pero esa franja etaria modal representó un mayor porcentaje de casos en *intento de suicidio* (54.95% femenino, 51.06% masculino) antes que en *otro motivo de consulta* (30.58% femenino, 31.69% masculino). Las frecuencias de casos fueron decrecientes hacia las franjas etarias subsiguientes de cada motivo de consulta y sexo. Se registraron casos hasta 65-74 años en *intento de suicidio* y hasta 75-84 años en *otro motivo* (Tabla 3).

Tabla 3.

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

Franja etaria	Intento de suicidio		Otro motivo	
	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino
15-24	161	96	274	154
25-34	73	52	251	130
35-44	40	22	179	98
45-54	13	12	102	62
55-64	4	4	60	23
65-74	2	2	22	13
75-84	0	0	8	6
<i>n</i>	293	188	896	486

La Mediana de edad en *intento de suicidio* fue 24 años en cada sexo (femenino $Mdn = 23.60$, masculino $Mdn = 24.29$). En *otro motivo de consulta* fue 31 años en cada sexo (femenino $Mdn = 31.43$, masculino $Mdn = 31.35$).

La Media de edad en *intento de suicidio* fue 27 años en el sexo femenino ($M = 26.94, \pm 10.15$) y 28 años en el masculino ($M = 27.90, \pm 11.04$). En *otro motivo de consulta* fue 34 años en cada sexo (femenino $M = 34.15, \pm 14.01$; masculino $M = 34.01, \pm 14.10$).

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

Se hallaron diferencias significativas entre motivos de consulta y edad de pacientes femeninas ($\chi^2 = 70.13, df = 6, p < .05$) y de pacientes masculinos ($\chi^2 = 30.42, df = 6, p < .05$). El grado de las asociaciones fue de $V = .24$ y de $V = .21$ respectivamente. En el sexo femenino, *intento de suicidio* sólo se asoció con la franja etaria menor, mientras que en *otro motivo* se destacaron las asociaciones con las franjas etarias 45-54 y 55-64 años.

En el sexo masculino, *intento de suicidio* se asoció principalmente con la franja etaria menor y en mucha menor medida con 25-34 años, en tanto que en *otro motivo* se destacaron las asociaciones con 35-44 y 45-54 años.

En cambio, no se hallaron diferencias significativas entre edad y sexo en el grupo asistido por *intento de suicidio* ($\chi^2 = 2.44$, $df = 5$, $p > .05$), ni en el grupo asistido por *otro motivo de consulta* ($\chi^2 = 3.27$, $df = 6$, $p > .05$).

3.2.2. Bienios.

El Modo por edad en *intento suicida* correspondió a la franja etaria menor en cada bienio y

sexo ($Mo = 19.5$ años). En cada sexo de *otro motivo de consulta* también correspondió a la franja etaria menor durante el 1° B ($Mo = 19.5$ años) pero durante el 2° B correspondió a la franja etaria siguiente ($Mo = 29.5$ años) (Gráfico 3).

La Mediana de edad en *intento de suicidio* estuvo contenida en la franja etaria menor en cada bienio y sexo (femenino: 1° B $Mdn = 24.20$, 2° B $Mdn = 23.17$; masculino: 1° B $Mdn = 24.38$, 2° B $Mdn = 24.22$). En *otro motivo de consulta* estuvo contenida en la franja etaria 25-34 años en cada bienio y sexo (femenino: 1° B $Mdn = 31.40$, 2° B $Mdn = 31.46$; masculino: 1° B $Mdn = 30.87$, 2° B $Mdn = 31.78$).

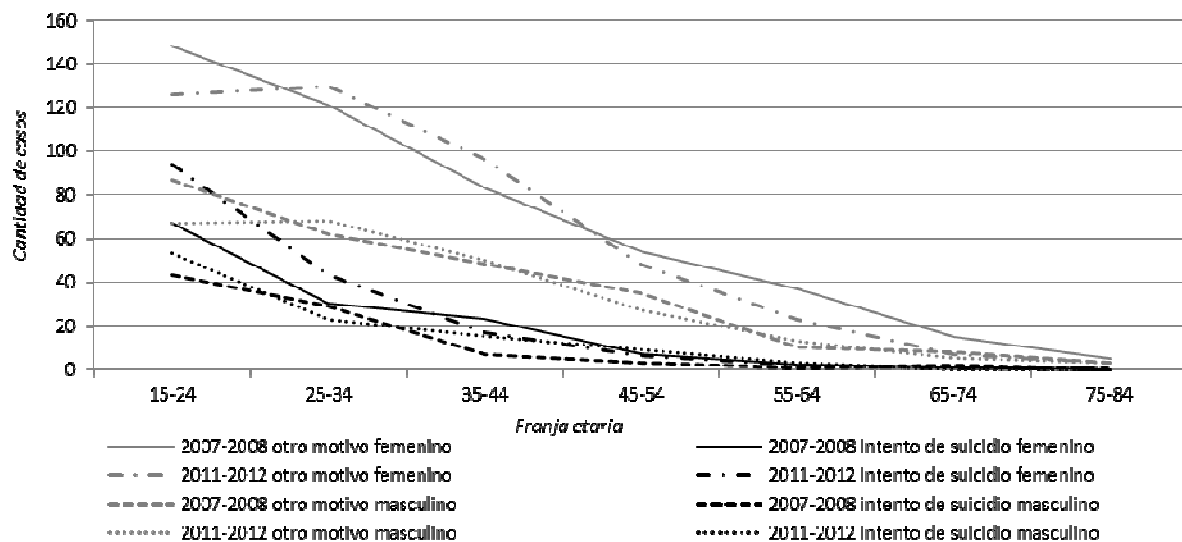


Gráfico 3.

Cantidad de casos según bienio de atención, motivo de consulta, sexo y franja etaria.

Para el sexo femenino, la Media de edad en *intento suicida* fue 28 años durante el 1° B ($M = 27.96$, ± 11.13) y descendió a 26 años durante el 2° B ($M = 26.13$, ± 9.40), mientras que en *otro motivo de consulta* fue 35 años durante el 1° B ($M = 34.66$, ± 15.13) y descendió a 34 años durante el 2° B ($M = 33.61$, ± 12.97). Para el sexo masculino, la Media de edad en *intento suicida* fue 27 años durante el 1° B ($M = 27.26$, ± 10.99) y ascendió a 28 años durante el 2° B ($M = 28.43$, ± 11.22), mientras que en *otro motivo de consulta* se mantuvo relativamente constante en 34 años durante el 1° B ($M = 33.77$, ± 14.35) y el 2° B ($M = 34.26$, ± 12.87).

Todas las distribuciones bianuales fueron asimétricas positivas ($M > Mdn > Mo$). Las Asimetrías de las distribuciones de casos en *intento suicida*

durante el 1° B y el 2° B fueron de $As = 0.76$ y de $As = 0.71$ en el sexo femenino, y de $As = 0.71$ y de $As = 0.80$ en el masculino respectivamente. En *otro motivo de consulta* las Asimetrías de las distribuciones de casos disminuyeron notablemente del 1° B al 2° B, pasando de $As = 1.01$ a $As = 0.32$ en el sexo femenino, y de $As = 0.99$ a $As = 0.37$ en el masculino respectivamente.

En el sexo femenino los grupos de motivo de consulta difirieron significativamente en cuanto a la edad de las pacientes durante el 1° B de atención ($\chi^2 = 25.11$, $df = 6$, $p < .05$) y también durante el 2° B ($\chi^2 = 49.22$, $df = 6$, $p < .05$). La fuerza de la asociación de este último ($V = .29$) fue mayor que la del 1° B ($V = .21$). En cada bienio *intento de suicidio* sólo se asoció con la franja etaria menor, mientras que en *otro motivo de consulta* se destacaron las asociaciones

con 45-54 años en ambos bienios, además de 55-64 años en el 1° B y 35-44 años en el 2° B. Por su parte, en el sexo masculino los grupos de motivo de consulta también difirieron significativamente en cuanto a la edad de los pacientes durante el 1° B ($\chi^2 = 19.68$, $df = 6$, $p < .05$) y durante el 2° B ($\chi^2 = 18.45$, $df = 6$, $p < .05$). La fuerza de la asociación del 1° B ($V = .24$) fue muy similar a la del 2° B ($V = .23$). En el 1° B *intento de suicidio* se asoció con 15-24 y 25-34 años, pero en el 2° B sólo lo hizo con la franja etaria menor, mientras que en *otro motivo de consulta* se destacaron las asociaciones con 35-44 años en ambos bienios, además de 45-54 años en el 1° B.

En cambio, en el grupo asistido por *intento suicida* no se hallaron diferencias significativas entre edad y sexo de los pacientes durante el 1° B ($\chi^2 = 6.92$, $df = 5$, $p > .05$) ni durante el 2° B ($\chi^2 = 6.21$, $df = 5$, $p > .05$). Del mismo modo, en casos asistidos por otro motivo de consulta, edad y sexo de los pacientes fueron atributos independientes durante el 1° B ($\chi^2 = 5.26$, $df = 6$, $p > .05$) y durante el 2° B ($\chi^2 = 0.95$, $df = 6$, $p > .05$).

4. Discusión

4.1. Motivos de consulta y sexo.

En el periodo total, el 25.82% de los casos asistidos por *todo motivo de consulta psicológica* correspondió a *intento suicida*, con una razón entre sexos (femenino - masculino) de 1.56:1. Al indagar posibles variaciones temporales, el análisis desagregado en periodos bienales mostró que *intento de suicidio* como motivo de consulta aumentó aproximadamente 5.50 puntos porcentuales del 1° B al 2° B estudiado, con razones entre sexos que se mantuvieron relativamente constantes (1° B 1.53:1, 2° B 1.58:1). Las razones entre sexos halladas en *intento suicida* fueron próximas a las de estudios que las reportaron en 1.7:1 (Batt et al., 1993), pero se alejaron de valores superiores para esa razón que la ubicaron en 3:1 (Diekstra & Gulbinat, 1993) y hasta en 7.8:1 (Durán et al., 1999). Conviene subrayar enseguida que los valores hallados sólo indican que en el total asistido por *intento suicida* la cantidad de pacientes femeninos fue mayor que la de masculinos. Sin embargo, la interpretación de estos resultados no permite admitir, como lo hace Móscicki (1994), que el sexo femenino sea un marcador de riesgo diferencial para *intento suicida* ya que el predominio femenino fue una regularidad hallada también en *otro motivo de consulta*, aún con razones femenino-masculino superiores a las de aquél motivo de consulta (1.84:1 en el periodo total, 1.83:1 en el 1° B y 1.86:1 en el 2° B).

Incluso a contra pelo de la típica prevalencia femenina usualmente señalada para intento suicida (Canetto & Sakinofsky, 1998; Diekstra & Gulbinat, 1993; Móscicki, 1994; Nock et al., 2008; Zhang et al., 2005), el análisis de estos resultados demostró que respecto de los totales de casos en cada sexo asistidos por *todo motivo de consulta*, la proporción que correspondió a *intento de suicidio* fue mayor entre masculinos antes que entre femeninos. Empero, estos hallazgos tampoco permiten asegurar que el sexo masculino sea un marcador de riesgo diferencial - demográfico para *intento de suicidio*, ya que las diferencias encontradas entre motivos de consulta y sexo no alcanzaron significación estadística. En este punto caben recordar algunas indicaciones básicas para la investigación epidemiológica que abogan a favor de lo aquí discutido. Como explican Moreno, López, y Hernández Ávila (2007), para comparar adecuadamente la frecuencia de los eventos de salud en epidemiología es necesario que las medidas calculadas consideren el tamaño de la población en la que se realiza la medición. Esas comparaciones no pueden realizarse con cifras de número absoluto de eventos ya que estas pueden dar lugar a interpretaciones incorrectas. Por ello, las proporciones son medidas que deben expresar la frecuencia con la que ocurre un evento con relación a la población total, ya que sólo así permitirán establecer si la mayor o menor probabilidad de que un evento ocurra se debe a los factores que se sospecha intervienen en su génesis y no debido a la variación biológica natural que se observa en los diferentes fenómenos, es decir al azar. Entonces, teniendo en cuenta esas indicaciones básicas, el supuesto mayor riesgo de realizar intento suicida en el sexo femenino por sobre el masculino que es señalado mayoritariamente por la bibliografía (Canetto & Sakinofsky, 1998; Diekstra & Gulbinat, 1993; Móscicki, 1994; Nock et al., 2008; Zhang et al., 2005), en realidad estaría reflejando y reproduciendo una variación biológica natural de acuerdo a los análisis efectuados en la presente investigación. Como demostraron los resultados, esto implica convenir que la característica femenil atribuida a *intento suicida* no es privativa de este motivo de consulta, sino que constituye una característica compartida con *otros motivos de consulta* psicológica en urgencias. Asimismo, ello implica incluir en las consideraciones el hecho cierto de que la predominancia femenina es una característica intrínseca a la distribución demográfica del Departamento Dr. Manuel Belgrano, capital de Jujuy, según datos del más reciente censo poblacional del año 2010 (Instituto Nacional de Estadísticas y

Censos, 2012). A su vez, otros estudios parecen aportar evidencia en el sentido de lo aquí discutido. Al respecto, hay un antecedente de un estudio realizado en Dinamarca que reportó una tendencia a la igualación de las razones entre sexos en intento suicida (Bille-Brahe, 1993). También hay investigaciones realizadas en España, que si bien hallaron que el riesgo en la ideación y elaboración de un plan suicida era mayor en mujeres, informaron que el riesgo de realizar un intento suicida, en cambio, aun siendo mayor en mujeres era similar al de hombres ya que la diferencia hallada carecía de significación estadística (Gabilondo et al., 2007; Ibáñez Fleta, 2009; Mejías, García Caro, Schmidt, Quero, & Gorlat, 2011).

4.2. Motivos de consulta, edad y sexo.

En cuanto a la caracterización de los dos grupos de motivo consulta según el marcador demográfico *edad*, las medidas de tendencia central calculadas arrojaron valores que correspondieron a la franja etaria menor o bien a la siguiente. No obstante, hay que subrayar algunas diferencias entre esas medidas que son informativas en cuanto a qué representaron para cada grupo de motivo de consulta.

En el periodo total el Modo fue 19.5 años en cada grupo de motivo de consulta y sexo, pero la franja etaria modal representó un porcentaje mayor de casos en *intento suicida* (54.95% femenino, 51.06% masculino) antes que en *otro motivo de consulta* (30.58% femenino, 31.69% masculino). Aparte de ello, en el 2° B el Modo en *otro motivo de consulta* ascendió a 29.5 años, lo que no ocurrió en *intento suicida*. Otros estudios también ubicaron el Modo por edad para *intento suicida* en franjas etarias similares a estas, aunque representando porcentajes de casos inferiores a los hallados aquí. Por ejemplo, un estudio americano de vigilancia del intento suicida en el servicio de emergencia de cuatro hospitales generales de los Estados Unidos de América encontró que el rango de edad con mayor cantidad de pacientes era el de 15 a 19 años (23%), seguido del rango de 25 a 34 años (22%) (Birkhead, Galvin, Meehan, O'Carroll, & Mercy, 1993).

Durante el periodo total y en cada bienio, las Medianas de edad para *intento de suicidio* femenino y masculino fueron de aproximadamente 24 años, en tanto que en *otro motivo de consulta* tuvieron valores próximos a 31 años. Lo hallado se asemeja a la Mediana de 22.5 años de edad reportada en pacientes masculinos asistidos por intento suicida en la Guardia de salud mental de un hospital polivalente de La Pampa, en Argentina, pero dista de la Mediana de 35 años informada para el sexo femenino (Morra, Elorza,

& Echenique, 2013). Lo hallado también fue próximo a lo informado en el Servicio de Emergencia de un hospital general de Perú, donde se reportó que más del 50% de los pacientes asistidos por intento suicida estuvieron comprendidos en edades de entre 15 a 24 años (Durán et al., 1999).

En cada grupo de motivo de consulta y sexo, las estimaciones puntuales de la Media de edad quedaron comprendidas en la franja etaria 25-34 años. No obstante, en el periodo total y en los bienios, las Medias de edad en *intento suicida* estuvieron entre 27 y 28 años aproximadamente, mientras que las de *otro motivo de consulta* fueron cercanas al límite aparente superior de esa franja etaria. En comparación con otros estudios sobre intentos suicidas en Servicios de Emergencia de hospitales generales, las medias de edad halladas en esta investigación se aproximan a lo hallado en el sexo masculino (29.5 años) pero no en el femenino (14.5 años) en Galicia, España (Francisco Gallego, Páramo Fernández, & Gude Sampedro, 1999), mientras que superan el promedio de 23.4 años de edad informado en pacientes de ambos sexos en Lima, Perú (Durán et al., 1999).

En cada grupo de motivo consulta y sexo, la forma de las distribuciones de casos por franjas etarias fueron asimétricas y positivas. La Asimetría de *otro motivo de consulta* en cada sexo disminuyó notablemente del 1° B al 2° B, lo que no ocurrió en *intento de suicidio*. Estos datos deben ser tenidos en cuenta si se opta por describir los grupos de motivo de consulta en función de la edad promedio de los pacientes, ya que cuando una distribución es marcadamente asimétrica se reduce la capacidad de la Media para resumir y representar cabalmente el conjunto de datos (Grasso, 1999).

Intento de suicidio se diferenció significativamente de *otro motivo de consulta* en cuanto a la edad de los pacientes en el sexo femenino y también en el masculino. La franja etaria 15-24 años caracterizó diferencialmente a *intento de suicidio* como motivo de consulta en ambos sexos y también, aunque sólo secundariamente, la caracterizó 25 - 34 años en el sexo masculino pero no en el femenino. Lo secundario de esta última estuvo influido por la constatación de dicha asociación en el sexo masculino durante el 1° B pero no durante el 2° B. Lo hallado concuerda con antecedentes que señalan a adolescentes y adultos jóvenes de entre 15 a 34 años de edad como población con mayor riesgo de cometer intento suicida (Beautrais, 2000; Beautrais, Joyce, & Mulder, 1997, 1999; Wichstrøm, 2000) y apoyan la aseveración de que el riesgo de presentar

conductas precursoras del suicidio aumenta a medida que disminuye la edad, siendo mayor en los individuos más jóvenes (Gabilondo et al., 2007). Por el contrario, los marcadores demográficos edad y sexo fueron atributos independientes en el grupo asistido por *intento suicida*, y también en el grupo asistido por *otro motivo de consulta*. Por lo tanto, los resultados hallados objetan señalamientos conforme a los cuales el sexo femenino se encontraría entre los predictores de intentos suicidas en adolescentes (Wichstrøm, 2000), o que adolescentes de sexo femenino presentarían mayor suicidalidad que sus pares masculinos (Salvo & Melipillán, 2008). Al respecto cabe citar el antecedente de un estudio que halló que la tasa de riesgo de intento suicida para adolescentes femeninas era significativamente más alta que para adolescentes masculinos de 14 a 18 años, pero que reportó la desaparición de esa diferencia de sexo en adultos jóvenes, ya que a la edad de 19 años la tasa de riesgo de intento suicida para adolescentes femeninas se redujo a un nivel comparable con la de los masculinos (Lewinsohn, Rohde, Seeley, & Baldwin, 2001).

5. Conclusiones

Entre pacientes asistidos por *intento de suicidio* la distribución por sexos indicó mayoría de casos femeninos. Sin embargo, el predominio femenino es una regularidad que también se observó entre pacientes asistidos por *otros motivos de consulta* psicológica en urgencias. Además, respecto de los totales en cada sexo asistidos por *todo motivo de consulta*, la proporción de consultantes por *intento suicida* en el sexo masculino fue mayor que su comparativo del sexo femenino. Por lo tanto, el sexo no resultó ser un marcador de riesgo diferencial-demográfico para *intento de suicidio* en pacientes asistidos en Servicio de Guardia hospitalaria de Jujuy. Los análisis realizados sugirieron la necesidad de que los estudios que se proponen analizar el riesgo diferencial según sexo en *intento de suicidio* incluyan población clínica comparable en sus diseños a fin de evitar posibles errores en la interpretación de los resultados.

En cambio, se halló que con independencia del sexo, la edad de los pacientes fue un marcador de riesgo diferencial-demográfico entre quienes consultaron por *intento de suicidio* y quienes lo hicieron por *otros motivos de consulta* psicológica en urgencias. La franja etaria 15-24 años caracterizó diferencialmente a *intento de suicidio* como motivo de consulta psicológica en urgencias.

Son necesarios más estudios en Jujuy para

determinar las características del riesgo suicida que son típicas de la casuística local.

Referencias

- Batt, A., Tron, I., Depoivre, C., & Trehony, A. (1993). Suicide attempts in Brittany (France). Distribution at the regional level. *L'Encephale*, 19(6), 619-625.
- Beautrais, A. L. (2000). Risk factors for suicide and attempted suicide among young people. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 34(3), 420-436. doi: 10.1080/j.1440-1614.2000.00691.x
- Beautrais, A. L., Joyce, P. R., & Mulder, R. T. (1997). Precipitating factors and life events in serious suicide attempts among youths aged 13 through 24 years. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(11), 1543-1551. doi: 10.1016/S0890-8567(09)66563-1
- Beautrais, A. L., Joyce, P. R., & Mulder, R. T. (1999). Personality traits and cognitive styles as risk factors for serious suicide attempts among young people. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 29(1), 37-47.
- Bertolote, J. M. & Fleischmann, A. (2009). A global perspective on the magnitude of suicide mortality. In D. Wasserman & C. Wasserman (Eds.), *Oxford textbook of suicidology and suicide prevention: A global perspective* (pp. 91-98). Oxford: Oxford University Press.
- Bille-Brahe, U. (1993). The role of sex and age in suicidal behavior. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 87(S371), 21-27. doi: 10.1111/j.1600-0447.1993.tb05369.x
- Birkhead, G. S., Galvin, V. G., Meehan, P. J., O'Carroll, P. W., & Mercy, J. A. (1993). The emergency department in surveillance of attempted suicide: Findings and methodologic considerations. *Public Health Reports*, 108(3), 323-331.
- Canetto, S. S. & Sakinofsky, I. (1998). The gender paradox in suicide. *Suicide and life-threatening behavior*, 28(1), 1-23.
- Diekstra, R. F. & Gulbinat, W. (1993). The epidemiology of suicidal behavior: A review of three continents. *World Health Statistics Quarterly*, 46(1), 52-68.
- Durán, D., Mazzotti, G., & Vivar, A. (1999). Intento de suicidio y depresión mayor en el servicio de emergencia de un hospital general. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 62, 226-241.
- Francisco Gallego, J. C., Páramo Fernández, M., & Gude Sampedro, F. (1999). Perfil de los intentos de suicidio en el servicio de urgencias de un hospital. *Psiquis*, 20(1), 1-7.
- Gabilondo, A., Alonso, J., Pinto-Meza, A., Vilagut, G., Fernández, A., Serrano-Blanco, A., ... & Haro, J. M. (2007). Prevalencia y factores de riesgo de las ideas, planes e intentos de suicidio en la población general española: resultados del estudio ESEMeD. *Medicina Clínica*, 129(13), 494-500.
- García-Resa, E., Braquehais, D., Blasco, H., Ramírez, A., Jiménez, L., Díaz-Sastre, C., ... & Sáiz, J. (2002). Aspectos sociodemográficos de los intentos de

- suicidio. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 30(2), 112-119.
- Grasso, L. (1999). *Introducción a la estadística en ciencias sociales y del comportamiento*. Córdoba: Universidad Nacional de Córdoba.
- Grundy, P. F. (1973). A rational approach to the "at risk" concept. *Lancet*, 2(7844), 1489.
- Ibáñez Fleta, E. (2009). Factores asociados a intentos autolíticos y clases diagnósticas de enfermería en enfermos mentales hospitalizados. *Biblioteca Lascasas*, 5(1). Recuperado de <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0403.pdf>
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2012). Censo nacional de población, hogares y viviendas 2010: Censo del bicentenario. Resultados definitivos, Serie B N° 2. Buenos Aires: Autor.
- Langlois, S. & Morrison, P. (2002). Suicide deaths and suicide attempts. *Health Reports*, 13(2), 9-22.
- Lewinsohn, P. M., Rohde, P., Seeley, J. R., & Baldwin, C. L. (2001). Gender differences in suicide attempts from adolescence to young adulthood. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(4), 427-434. doi: 10.1097/00004583-200104000-00011
- Maris, R. W. (1992). Overview of the study of suicide assessment and prediction. In R. W. Maris, A. L. Berman, J. T. Maltsberger, & R. I. Yufit (Eds.), *Assessment and prediction of suicide* (pp. 3-22). New York: The Guilford Press.
- Mejías, Y., García Caro, M. P., Schmidt, J., Quero, A., & Gorlat, B. (2011). Estudio preliminar de las características del intento de suicidio en la provincia de Granada. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 34(3), 431-441.
- Ministerio de Salud de la Nación (2011). Perfil epidemiológico del suicidio en la Argentina, 1998-2008. En *Boletín de vigilancia de enfermedades no transmisibles y factores de riesgo N° 2* (pp. 58-78). Buenos Aires: Autor.
- Moreno, A. A., López, M. S., & Hernández Ávila, M. (2007). Principales medidas. En M. Hernández Ávila (Ed.), *Epidemiología, diseño y análisis de estudios* (pp. 33-50). México: Médica Panamericana.
- Morra, A. P., Elorza, C., & Echenique, H. (2013). Perfil epidemiológico de los intentos de suicidio atendidos en el Hospital Dr. Lucio Molas, Santa Rosa, La Pampa, 2011. *Revista Argentina de Salud Pública*, 4(15), 26-31.
- Móscicki, E. K. (1985). Epidemiology of suicidal behavior. In M. M. Silverman & R. W. Maris (Eds.), *Suicide prevention: Toward the year 2000* (pp. 22-35). New York: Guilford.
- Móscicki, E. K. (1994). Gender differences in completed and attempted suicides. *Annals of Epidemiology*, 4(2), 152-158. doi: 10.1016/1047-2797(94)90062-0
- 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. doi: 10.1093/epirev/mxn002
- Organización Mundial de la Salud. (2012). *Public health: Action for the prevention of suicide. A framework*. Geneva: Autor.
- Organización Mundial de la Salud. (2014). *Preventing suicide: A global imperative*. Geneva: Autor.
- Patton, G. C., Coffey, C., Sawyer, S. M., Viner, R. M., Haller, D. M., Bose, K., ... & Mathers, C. D. (2009). Global patterns of mortality in young people: A systematic analysis of population health data. *Lancet*, 374(9693), 881-892. doi: 10.1016/S0140-6736(09)60741-8
- 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.
- Puente García, R., Morcilla Peñalver, C., & González Lucas, R. (2008). Aspectos epidemiológicos y etiopatogénicos. En A. Chinchilla Moreno (Ed.), *La depresión y sus máscaras* (pp. 37-50). Madrid: Panamericana.
- Salvo, L. & Melipillán, R. (2008). Predictores de suicidalidad en adolescentes. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 46(2), 115-123. doi: 10.4067/S0717-92272008000200005
- Wichstrøm, L. (2000). Predictors of adolescent suicide attempts: A nationally representative longitudinal study of Norwegian adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39(5), 603-610. doi: 10.1097/00004583-200005000-00014
- Zhang, J., McKeown, R. E., Hussey, J. R., Thompson, S. J., & Woods, J. R. (2005). Gender differences in risk factors for attempted suicide among young adults: Findings from the Third National Health and Nutrition Examination Survey. *Annals of Epidemiology*, 15(2), 167-174. doi: 10.1016/j.annepidem.2004.07.095
- Zhang, J., Xiao, S., & Zhou, L. (2010). Mental disorders and suicide among young rural Chinese: A case-control psychological autopsy study. *American Journal of Psychiatry*, 167(7): 773-781. doi: 10.1176/appi.ajp.2010.09101476