

Actualización

Investigación en psicología clínica aplicada a la función de prevención: algunas articulaciones en torno a los intentos suicidas

LORENA CECILIA LÓPEZ STEINMETZ, JUAN CARLOS GODOY

LORENA CECILIA LÓPEZ STEINMETZ
Doctora en Psicología.
Laboratorio de Psicología,
Instituto de Investigaciones
Psicológica (IIPsi),
Facultad de Psicología,
Universidad Nacional de
Córdoba (UNC) y
Consejo Nacional de
Investigaciones Científicas y
Técnicas (CONICET).
Córdoba, R. Argentina

JUAN CARLOS GODOY
Doctor en Psicología.
Laboratorio de Psicología,
Instituto de Investigaciones
Psicológica (IIPsi),
Facultad de Psicología,
Universidad Nacional de
Córdoba (UNC) y
Consejo Nacional de
Investigaciones Científicas y
Técnicas (CONICET).
Córdoba, R. Argentina

FECHA DE RECEPCIÓN: 18/10/2020

FECHA DE ACEPTACIÓN: 27/11/2020

CORRESPONDENCIA
Dra. Lorena Cecilia López Steinmetz.
Boulevard de La Reforma
esquina Enfermera Gordillo s/n,
5000, Facultad de Psicología,
2do piso; Ciudad Universitaria.
Córdoba, R. Argentina;
cecilia-lopez-steinmetz@unc.edu.ar

Las funciones básicas de la psicología clínica son investigación, prevención, evaluación y asistencia. Sin embargo, la transmisión académica de la psicología clínica en Argentina priorizó la evaluación y la asistencia, produciendo diversos sesgos y déficits. En este trabajo nos focalizamos en el déficit en la transmisión académica de la investigación en psicología clínica. Nuestro principal objetivo fue mostrar la importancia de la investigación en psicología clínica y articularla con posibles aplicaciones en prevención mediante el abordaje de intentos suicidas en Jujuy, Argentina. Para ello, ejemplificamos lineamientos de posibles programas de prevención que se derivarían, por una parte, de la evidencia con base en poblaciones de países desarrollados y, por otra, de la evidencia con base en población local, y discutimos sus implicancias.

Palabras claves: Investigación aplicada – Prevención de enfermedades – Trastornos mentales – Países en desarrollo – Educación superior.

Research in Clinical Psychology Applied to the Prevention Function: Linkage to Suicidal Attempts

The basic functions of clinical psychology are research, prevention, evaluation, and assistance. However, the academic transmission of clinical psychology in Argentina prioritized evaluation and assistance, producing diverse biases and deficits. This work focuses on the deficit in the academic transmission of the research in clinical psychology. The main aim of this study was to demonstrate the importance of clinical psychology research and to link it with possible applications in prevention by addressing suicide attempts in Jujuy, Argentina. To do this, guidelines of possible prevention programs were exemplified, that would derive, on the one hand, from evidence based on populations from developed countries and, on the other, from evidence based on local population, and their implications were discussed.

Keywords: Applied Research – Disease Prevention – Mental Disorders – Developing Countries – Higher Education.

Introducción

En el campo de la salud, la clínica, en su surgimiento, fue esencialmente médica. Teniendo en cuenta este contexto, la *clínica*, en cuanto tal, no surge de la etimología ni agota su carga semántica en esta, aun cuando la referencia etimológica es utilizada cotidianamente en la introducción a esta temática (ver e.g., [30, 44], entre otros). La etimología demuestra cierta presencia actual, la cual se refleja como herencia o lastre en cierto posicionamiento profesional asistencialista. Sin embargo, el surgimiento de la clínica tiene unos determinantes mucho más fundamentales [18], que debieran ser recorridos, en su estudio, a los fines de alcanzar una comprensión de la magnitud de esta.

La clínica, en psicología, es algo más reciente. La psicología clínica es la rama de la psicología que aborda las condiciones de malestar y sufrimiento de los sujetos humanos. Empero, también trabaja e interviene en pos de la conservación de las condiciones de bienestar o salud de los sujetos humanos. Esta amplitud viene a significar que la psicología clínica se ocupa de todo lo atiente al continuo salud-enfermedad. Hablar de continuo de salud y enfermedad [45] implica dejar de lado las nociones que consideran a la salud y a la enfermedad como estados totales, globales o estáticos. Entonces, siempre pensando en términos de continuo de salud-enfermedad, puede afirmarse que la psicología clínica abarca y aborda el amplísimo espectro que va, desde todo lo que puede teorizarse como campo de la salud mental, hasta todo lo que puede teorizarse como campo de la enfermedad mental, pasando entremedio por todas las gradaciones posibles e interrelaciones entre ambos campos así divididos un tanto artificialmente.

De acuerdo con los contenidos mínimos establecidos para la enseñanza de la psicología clínica en universidades argentinas, por dar sólo un ejemplo, en la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Córdoba (ver: Ord. HCD 1/13 – Psicología Clínica), la psicología clínica ha sido caracterizada como aquella que realiza sus abordajes apoyándose en los aportes del método clínico y a través de sus cuatro funciones básicas: prevención, evaluación, asistencia e investigación. En

efecto, diversos textos sobre psicología clínica señalan que las funciones de la psicología clínica pueden ser agrupadas, básicamente, en las cuatro antes mencionadas (ver, e.g. [32]). En consonancia con ello, los programas de formación en el nivel de grado en psicología apuntan a abordar esas cuatro funciones esenciales de la psicología clínica y, de hecho, las universidades más prestigiosas en la enseñanza de la psicología en el nivel de grado —de acuerdo con los datos del *Times Higher Education's World University Rankings* [46]— desarrollan los varios roles del psicólogo clínico en la práctica y en la investigación (ver, e.g., los programas de psicología de la Stanford University y de la Princeton University, entre otros).

Sin embargo, es importante reconocer que, en Argentina, las funciones de asistencia y de evaluación han sido, con mucho, las que se han priorizado en la transmisión de la psicología clínica en contextos académicos y, particularmente, en asignaturas homónimas. Esto se constata en las carreras de psicología de universidades argentinas, a través de los contenidos de los programas de asignaturas denominadas *Psicología Clínica* y en otras similares y correlativas (ver, e.g., los programas de Psicología Clínica de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Córdoba vigentes desde 2014 y también en el de 2019; asimismo, en los vigentes programas de Psicología Clínica I y II de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de San Luis; entre otros). Por una parte —y sólo en parte—, tal priorización en la transmisión de la psicología clínica pudo deberse a la preeminencia y centralidad conferida al método clínico. Este último, en su surgimiento, fue esencialmente método *patológico* clínico [41] y, con ello, hunde sus raíces en el campo de la medicina [18]. Por otra parte, la mencionada priorización de las funciones de asistencia y de evaluación en la transmisión académica pudo deberse a una impronta propia de la historia misma de la psicología. Esto es, que mucho antes de que hubiera una ciencia psicológica, hubo una práctica de la psicología. De hecho, la práctica de la psicología, por ejemplo, como prestación de ayuda a personas con problemas psicológicos, probablemente existió desde el comienzo de la historia

humana [6]. Incluso en esa misma línea argumentativa, aunque sin remontarnos a tan tempranísimos inicios, es dable atribuir tal priorización académica en la transmisión de la psicología clínica al hecho de que las funciones en cuestión —*i.e.*, asistencia y evaluación— han sido precursoras de la psicología clínica [6]. Asimismo, la priorización de las ya mencionadas funciones de la psicología clínica en la transmisión académica, puede haber sido el reflejo de una toma de posición —consciente o no— similar a la de Frank [19] y opuesta a la de Benjamin [6] en lo que se refiere a la evaluación de los programas basados en el modelo Boulder o científico-practicante en psicología.

Por su parte, la función de prevención en psicología clínica no ha sido objeto de tan amplios desarrollos en la transmisión académica como lo han sido las dos funciones antes mencionadas. No obstante, es justo decir que la función de prevención ha conservado su lugar en las programaciones de asignaturas como Psicología Clínica en universidades argentinas.

En cuanto a la restante función de la psicología clínica, en América del Sur y, en nuestro caso particular, en Argentina, la transmisión académica de la función de investigación ha constituido un núcleo central en los déficits formativos a nivel de grado en psicología clínica, principalmente en universidades de gestión pública [17]. En términos más generales incluso, el déficit en la formación en investigación en psicología —*i.e.*, no sólo en investigación en psicología *clínica*— ha sido señalado en diversos informes de la Asociación de Unidades Académicas de Psicología (AUAPsi), de la Unidad de Vinculación Académica de Psicología (UVAPsi) y en estudios que abordaron esta problemática en la formación a nivel de grado [17]. Volviendo a la psicología clínica específicamente, este déficit también es constatable en los contenidos de las programaciones curriculares de las asignaturas denominadas Psicología Clínica u otras relacionadas con esta (ver, *e.g.*, los programas de estas asignaturas en facultades de psicología como la de la Universidad Nacional de Córdoba y la de la Universidad Nacional de San Luis, así como de otras universidades argentinas). En

esas programaciones, la función de investigación en psicología clínica, desde hace años, ha sido ya sea escasamente desarrollada o bien referida casi con exclusividad a la aplicación del método clínico en el contexto de la evaluación psicológica o de la entrevista psicológica. Esta perspectiva, sesgada en cuanto a lo que es la función de investigación en psicología clínica, de seguro no ha sido sin consecuencias, ya que entre las calificaciones que ello le ha valido se encuentran las de ser clinicista, dogmática y ajena a la investigación, cuando no también monoteórica e irrelevante en lo social [15, 49], por mencionar sólo algunas evaluaciones. Pese a estas fallas en la transmisión académica, afortunadamente hay indicios que sugieren que —cuanto menos en la Universidad de Buenos Aires— los/las estudiantes de psicología conservan un marcado interés por la investigación en psicoterapia y reivindican la integración de esta área y sus productos en el Plan de Estudios de la Carrera de Psicología [43].

Ya sea error, ya sea deficiencia, el estado de cosas descripto precedentemente sobre la transmisión de la psicología clínica no es una invención local ni se agota aquí. Por el contrario, la falacia de la transmisión académica de dos modelos aparentemente conflictivos —el modelo de investigación científica y el modelo de profesional clínico—, que resulta en lo que Garfield [21] dio por llamar problemas de identidad para el/la psicólogo/a clínico/a, ha sido una problemática histórica en la transmisión académica en diferentes partes del mundo. En efecto, la consecuencia de tal falacia en la transmisión académica ha sido que la mayoría de los/las estudiantes tiende a identificarse con el modelo profesional o bien con el de investigación científica —con mucha menor frecuencia, admitámoslo— y borra el otro modelo o se defiende contra él. Así, si a los/las estudiantes no se les transmite un modelo integrado (profesional y científico) con el cual identificarse, la situación persistirá en el *statu quo*. Por todo ello, el enfoque que adoptamos en este trabajo coincide con lo expresado por Garfield [21], en cuanto a que la necesidad más apremiante en psicología clínica se refiere a una reorganización de la capacitación, la práctica y la investigación en los entornos universitarios, para ayudar a proporcionar una

identidad sólida para la psicología clínica y, entonces, posibilitar el desarrollo de valiosas contribuciones para el abordaje de la salud y de la enfermedad mental. La psicología requiere su propia identidad clínica, en la cual la investigación y la práctica estén íntimamente relacionadas y unidas. Sin embargo, esto está lejos de ser una realidad.

Los determinantes profundos de este estado de cosas podrían encuadrarse en la discusión del modelo profesional versus el modelo científico practicante o modelo Boulder, en el que se pueden ubicar argumentos a favor [6] y argumentos en contra [19]. Esta discusión en torno a modelo Boulder sí versus modelo Boulder no, que no ha sido zanjada a la fecha, no pretende hacerlo en este escrito. No obstante, consideramos que no es necesario tomar posición por uno u otro lado de ese debate para poder abordar la importancia de la investigación en psicología clínica señalando, a modo de ejemplo, algunos aportes que la investigación puede hacer en términos de prevención en psicología clínica. Al respecto, queremos explicitar que hemos escogido, *ad hoc* y especialmente, las dos funciones de la psicología clínica más descuidadas en la formación en el área en Argentina —i.e., las funciones de investigación y de prevención—, para basar en ellas este trabajo. De manera consistente con lo desarrollado hasta aquí, un objetivo de este trabajo es mostrar la importancia de la investigación en psicología clínica y ejemplificar posibles aplicaciones en su función preventiva mediante el abordaje de una problemática sumamente actual, como es la de los intentos suicidas, para el campo de la salud mental. Otro objetivo de este trabajo, articulado con el anterior, es responder a algunas preguntas que expondremos a continuación, las cuales se derivan del planteamiento de algunas hipótesis de trabajo vinculadas con la formación académica de los/las psicólogos/as argentinos/as.

Supuestos y preguntas de partida

¿Es la transmisión académica en el nivel de grado un reflejo aproximado de las temáticas y funciones prioritarias en un determinado campo disciplinar? Asumamos que sí. Trabajemos entonces con un supuesto que, empíricamente, es posible inferir a partir del

exiguo desarrollo otorgado a la investigación científica en psicología clínica en nuestro país: *el desarrollo de investigaciones en psicología clínica no es prioritario*. Esto se deriva de que su transmisión en los programas académicos de grado no es prioritaria y no ocupa un lugar central. En los restantes párrafos de este trabajo intentaremos demostrar las consecuencias de este supuesto e indicar algunas implicancias prácticas en el campo de la prevención en psicología clínica o, de modo más general, en el campo de la salud mental.

A lo largo de su historia, la psicología desarrolló un campo disciplinar y tuvo progresos que le valieron su lugar en la enseñanza en universidades. En el marco de ese campo disciplinar se halla el de la psicología clínica con sus cuatro funciones ya mencionadas. Si ello sucedió, es porque la psicología desarrolló fundamentos científicos que la distinguen, entre otras cosas, de terapéuticas alternativas. Dado que la psicología tiene un lugar en las intervenciones en el campo de la salud, esto requiere que sus intervenciones estén basadas en evidencias y conocimientos científicos. Sin embargo, Argentina tiene una escasa tradición de realización de estudios epidemiológicos en salud mental. Por ejemplo, hay estimaciones que indicaban que en Argentina probablemente el 21% de la población de 15 o más años padecía algún trastorno mental en 2010 [35], pero ninguna encuesta epidemiológica a gran escala había sido realizada en Argentina para fundamentar dichas estimaciones, las que se realizaron extrapolando datos relevados en algunos otros países de América Latina y el Caribe. En el caso específico de la epidemiología de los factores de riesgo de los intentos suicidas sucede algo similar, sólo que, además, la práctica frecuente es la de adoptar los conocimientos científicos producidos con base en poblaciones de países desarrollados. En consecuencia, si no hay generación de conocimientos sobre las realidades locales —o la hay de manera insuficiente—, dado que en alguna evidencia y conocimientos científicos deben basarse las prácticas psicológicas, sólo resta como solución asumir que las características psicológicas de poblaciones de países desarrollados son las mismas que las

de poblaciones de países en vías de desarrollo y que, por lo tanto, las intervenciones adecuadas para las primeras lo son también para las segundas. Desde luego, es esta una solución apriorística. Intentemos entonces, contrastarla para el caso de los intentos suicidas, aunque sea con base en los pocos datos de los que disponemos para el caso de la provincia de Jujuy [25-29].

Si planificáramos un programa de intervención en prevención de conductas suicidas en esta provincia, ¿a cuál o cuáles grupos blanco lo deberíamos dirigir y qué características tendrían?, ¿serían estos grupos blanco los mismos si diseñáramos el programa con base en los factores de riesgo establecidos para poblaciones de países desarrollados que si lo diseñáramos con base en las características de la población local? Deberían serlo. Este *deberían* tiene el sentido de una expresión de deseo, porque indica que eso es lo que esperamos, dado que en el campo de la salud mental en Jujuy —y en la mayoría de las provincias de Argentina— es lo que, empíricamente, venimos asumiendo. Esperamos entonces que los foráneos y los locales sean similares, ya que, de lo contrario, estaríamos errando el blanco. Hagamos el ejercicio de comprobarlo.

Para hacer este ejercicio de comprobación seguiremos los siguientes pasos. En primer lugar, señalaremos la carga global de los suicidios y de sus principales predictores, *i.e.*, los intentos suicidas, para contextualizar la importancia de la problemática que abordamos. En segundo lugar, haremos una breve presentación de los principales factores de riesgo suicida reportados en la literatura científica producida con base en poblaciones de países desarrollados. En tercer lugar, haremos lo propio con la literatura científica producida con base en poblaciones de países en desarrollo como Argentina, abordando especialmente el caso de la provincia de Jujuy. Posteriormente, en cuarto y último lugar, haremos el ejercicio de establecer los lineamientos de los programas de prevención que se derivarían en cada uno de esos dos casos para, así, contrastar nuestra expectativa empírica de que los foráneos y los locales son similares.

Desarrollo

1. La carga global de suicidios e intentos suicidas

El suicidio es un importante problema de salud pública. De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud [39], en el mundo se registraron 804.000 muertes por suicidio durante el año 2012. Sin embargo, ya sea debido a factores relacionados con lo sensible del tema y/o a fallas en los sistemas de registro, a esa cifra escapan los numerosos casos que quedan ocultos en la cifra negra y la subnotificación, con lo cual, es dable pensar que la carga global de suicidios es todavía mayor [37, 39]. En Argentina, algunas cifras indican que las tasas de mortalidad por suicidio se mantuvieron relativamente estables en el período 1997-2011, con el mayor pico en 2003 con una tasa de 8.7 (por 100.000 habitantes) [34].

Los intentos de suicidio son reportados como el principal predictor de suicidios consumados [8]. Debido a ello y a los obvios impedimentos para evaluar a suicidas, así como a las dificultades para medir con alguna precisión la prevalencia de ideación suicida, la evaluación de personas que realizaron intento suicida es hasta ahora la vía regia utilizada por la mayoría de las investigaciones sobre conductas suicidas. En cuanto a cifras, las mencionadas dificultades para registrar con precisión la cantidad de suicidios se acentúan aún más en el caso de intentos suicidas. De acuerdo con las estimaciones disponibles en la literatura, por cada suicidio consumado habría 20 o más intentos suicidas [7, 39].

2. Algunos factores de riesgo de intento suicida según investigaciones con base en poblaciones de países desarrollados

La más prolífica literatura sobre factores de riesgo de suicidios consumados e intentados corresponde a estudios realizados en poblaciones de países desarrollados, principalmente, norteamericanas y europeas (ver, *e.g.*, [9]). La preponderancia de estas producciones junto con la escasez de estudios en Argentina resulta en que, frecuentemente, las conclusiones y recomendaciones de esos estudios se adoptan como válidas para la realidad local.

De acuerdo con lo que señalan aquellos estudios, en cuanto a los factores demográficos más típicos, *i.e.*, sexo y edad, los intentos de suicidio son tres veces más frecuentes en mujeres que en hombres [1], mientras que los suicidios consumados son más frecuentes en hombres que en mujeres [1, 3]. Teniendo en cuenta la edad, el mayor riesgo de suicidio consumado se asocia a mayor edad [3, 5, 7], pero en adolescentes el riesgo también es elevado [7].

De los factores de riesgo de conductas suicidas, los mayores consensos se hallan en destacar como principales a los intentos suicidas previos [5, 7], los cuales están presentes en el 30% [22] al 50% [42] de los casos de suicidio, tanto intentado como consumado. Junto con ello, son factores de riesgo principales la presencia de trastornos mentales, de factores estresantes psicosociales y económicos desencadenantes —como pueden ser la falta de y/o la falla en los vínculos sociales y el desempleo— y la disponibilidad de métodos para cometer suicidio [7].

En intentos de suicidio, específicamente, se señalan como factores de riesgo haber sido víctima de abuso sexual y tener algún trastorno mental, especialmente, depresión, ansiedad y problemas relacionados con el consumo de alcohol, ya sean estos abuso o dependencia [5]. Sin embargo, también se sugirió que el diagnóstico actual de trastorno de ansiedad sería, en cuanto a trastornos mentales, el factor de riesgo con especial importancia para intento suicida, mientras que tener diagnóstico actual de psicosis no afectiva lo sería para suicidio consumado [3]. Con todo, lo que prevalece es el consenso en señalar la importancia de la presencia de trastornos mentales para el desarrollo de suicidios intentados y consumados [7].

Por otra parte, el aislamiento social parece ser un factor de riesgo de intentos suicidas graves [3]. En relación con esto, cabe señalar que de entre los muchos factores de riesgo suicida destacados por la bibliografía especializada, numerosos estudios atribuyen este riesgo a diversos aspectos relacionados con la falta de recursos de apoyo social, al aislamiento y a la soledad [10, 31, 42, 48, 50]. En términos generales, este tipo de estu-

dios se refiere principalmente a lo que en otra parte dimos en denominar aspectos de soledad objetiva, por oposición a soledad subjetiva (ver [25]). En esa orientación de evaluar aspectos de soledad objetiva se encuentran numerosos estudios. Así, por ejemplo, estudios realizados en Italia [31] y en Irlanda del Norte [11] reportaron que estar casado o vivir en pareja protege contra el suicidio en ambos sexos, aunque el efecto es mayor en hombres que en mujeres, mientras que los hombres divorciados, particularmente, son una población que está en mayor riesgo suicida [11]. De manera similar, un estudio realizado en Estados Unidos ya había reportado la asociación entre estado civil divorciado y mayor riesgo suicida sólo en hombres, a la par que había informado que ni el estado civil soltero ni el viudo habían tenido efecto significativo sobre el riesgo suicida [23]. Otros estudios señalaron a la viudez como factor de riesgo para el suicidio en la vejez —según datos de Estados Unidos— [48], principalmente en hombres y durante el primer año de haber enviudado —según datos de Dinamarca— [16]. 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 [10]. 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 [50].

Por su parte, la relación entre desempleo e intentos suicidas es compleja y parece estar influida, en cierta medida, por el distrés subsecuente al desempleo [24] y la co-presencia de trastornos mentales [4]. No obstante, el desempleo también ha sido señalado, en sí mismo, como un factor subyacente a los intentos suicidas [12].

En lo que se refiere a los métodos, existe amplia evidencia indicando que el aumento del riesgo basal de suicidio se relaciona con

la disponibilidad de métodos tales como armas de fuego, medicamentos, drogas, fuentes de monóxido de carbono [33] y vías con circulación de trenes [47]. Por otra parte, hay argumentos sólidos para afirmar que habría una estabilidad en el tipo de métodos que eligen sujetos que realizan intentos suicidas repetidos [14]. No obstante, hay también estudios que aseguran que el método de la primera tentativa no predice ni se corresponde con el de subsiguientes tentativas [2].

3. Algunos factores de riesgo de intento suicida según investigaciones con base en poblaciones locales: el caso de Jujuy

En Argentina son pocas las investigaciones científicas empíricas con base en casuísticas que realizaron intentos suicidas. Por ejemplo, a la fecha, si se hace una búsqueda en SciELO, para todos los índices, introduciendo los términos clave *intento de suicidio* y *Argentina*, la búsqueda arroja cinco artículos científicos. Con todo, es posible señalar algunos hallazgos que tipifican a casuísticas locales, aunque sea, de manera incipiente. Para hacerlo, nos basaremos en investigaciones de autoría propia, realizadas sobre casos asistidos en el servicio de urgencias del principal hospital general de Jujuy, durante dos bienios.

De acuerdo con esos estudios, los análisis de los factores demográficos más típicos sugieren que el sexo no es un marcador de riesgo diferencial en intentos de suicidio. Aún más, contrario a lo que se hubiera esperado con base en la literatura de países desarrollados, se halló que, si bien las diferencias no alcanzaron significación estadística, entre los casos asistidos por motivos de consultas relacionados con salud mental, los casos de intentos suicidas de hombres tendieron a ser más frecuentes que los de mujeres. En cambio, con independencia del sexo, la edad más joven —15 a 24 años— caracterizó diferencialmente a pacientes asistidos por intento de suicidio respecto de los que fueron asistidos por otros motivos de consulta psicológica en urgencias [26].

En el total de casos de intentos suicidas, las tentativas suicidas previas estuvieron presentes en poco menos del 20% del total (19.54%). También respecto del total, menos

del 30% de casos (28.07%) había sido diagnosticado con algún trastorno mental. Los diagnósticos más frecuentes fueron trastornos del ánimo, especialmente depresivos, y trastornos relacionados con sustancias. Según factores demográficos típicos, la presencia de diagnóstico de trastorno mental fue significativamente más frecuente en hombres que en mujeres. Por edad, la presencia de diagnóstico de trastorno mental afectó principalmente a las franjas 35-44 y 55-64 años, mientras que la ausencia de trastorno mental caracterizó a la franja 15-24 años [27].

En cuanto a los aspectos indicativos de soledad objetiva, la mayoría (57.59%) no tenía una relación sentimental en el momento que intentó suicidarse. No obstante, es importante notar que ello caracterizó fundamentalmente a pacientes de la franja etaria 15-24, en la cual el estado civil soltero suele ser, naturalmente, predominante. Otros tipos de estado civil que, de acuerdo con la literatura con base en países desarrollados serían factores de riesgo suicida, tales como viudez y divorciado, afectaron a muy pocos casos (viudez 1%, divorciado 4%). La ausencia de redes de contención sociofamiliar no fue prevalente (11.23%) entre quienes intentaron suicidarse, aunque alrededor de un cuarto del total de pacientes (26.61%) permaneció solo durante la asistencia. No obstante, un porcentaje claramente mayoritario (79.63%) refirió *sentirse* solo, aun cuando reconocieran no *estar* solos y tener familia, amigos y otros tipos de vínculos [25].

En el grupo ambos sexos, fue prevalente que los pacientes que realizaron intento suicida tuvieran ocupación (83.58% laboral y/o estudiante). En los análisis según sexos, la categoría general sin ocupación caracterizó a hombres. Al respecto es importante notar que la categoría específica denominada sin ocupación referida (*i.e.*, no trabaja, no estudia y esta situación es egosintónica) contribuyó principalmente a esa asociación. En cambio, contrario a lo esperado con base en la literatura de países desarrollados, la presencia de desempleo fue ínfima (1.6%) [29].

El uso de un solo método para realizar el intento suicida fue prevalente (84%) en el grupo de ambos sexos, pero en los análisis

según sexos, la combinación de métodos caracterizó a los hombres. En ambos sexos, los métodos más frecuentes fueron auto envenenamiento con medicamentos (39.8%) —principalmente psicofármacos—, autolección mediante objeto cortante (27.3%), intoxicación con bebidas alcohólicas (9.2%) —el cual fue usado principalmente como método potenciador de otros métodos—, ahorcamiento, estrangulamiento y sofocación (6.8%), entre otros. Cuando se analizó el grupo ambos sexos, los métodos no violentos fueron prevalentes. Sin embargo, en los análisis según sexos, se halló que los hombres tendieron a usar métodos más violentos y potencialmente más letales que las mujeres [28].

4. Los lineamientos de los programas de prevención que se derivan con base en la evidencia

Para poder establecer los lineamientos de los programas de prevención que se derivan de los grupos de evidencias antes desarrollados, en primer lugar, es menester acordar qué buscaremos prevenir, dado que los intentos suicidas y los suicidios no comparten, punto por punto, todos los mismos factores de riesgo [3]. En este sentido, 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 [40]. Por esto mismo, hacer foco en los intentos suicidas resulta de importancia, ya que estos pueden acarrear consecuencias físicas y psíquicas de gravedad [39]. Adoptando este fundamento, optaremos entonces por enfocarnos en la prevención de los intentos suicidas. Ahora sí, desarrollemos algunos lineamientos de los programas de prevención que elaboraríamos con base en los dos grupos de evidencias.

De acuerdo con la prolífica literatura científica producida a través de la investigación con base en poblaciones de países desarrollados, un programa de prevención de intentos suicidas debería orientarse especialmente a mujeres [1] —lo que no significa que se oriente exclusivamente a ellas— de mayor edad [3, 5, 7] y también adolescentes [7]. Se deberían destinar parte de las intervenciones

del programa especialmente a personas con antecedentes de intentos suicidas previos [5, 7], ya que esperaríamos que entre el 30% [22] y el 50% [42] de quienes realicen intento suicida, tendrán historia de intentos previos. El programa debería contemplar intervenciones destinadas especialmente a prevenir trastornos de ansiedad [3, 5] y, secundariamente, trastornos depresivos y relacionados con el consumo de alcohol, a la vez que orientarse también a quienes fueron víctimas de abuso sexual [5]. En cuanto al estado civil, este sería utilizado como un aspecto que permitiría focalizar las demás intervenciones en ciertos grupos específicos. Así, sobre todo cuando se trate de intervenciones dirigidas a hombres, estas deberían hacer foco en quienes estén divorciados [10, 11, 23], pero en el caso de hombres adultos mayores el foco se orientaría a quienes estén viudos [16, 48], mientras que en varones de 15 a 24 años el foco estaría en quienes hayan tenido una ruptura de relación (*i.e.*, separación, como categoría diferente a la de divorcio [50]). En cuanto a la situación ocupacional, el programa debería contemplar intervenciones orientadas a quienes estén en situación de desempleo [12]. Finalmente, en lo que se refiere a los métodos utilizados para intentar suicidio, el programa debería incluir acciones destinadas a restringir el acceso a métodos tales como armas de fuego, medicamentos, drogas [33] y vías con circulación de trenes [47]. Si bien esperaríamos que las fuentes de monóxido de carbono también sean usadas como un importante método [33], difícilmente en el programa podríamos incluir intervenciones que restrinjan su acceso dada su amplia disponibilidad. No obstante, en la planificación del programa debería tenerse en cuenta que el enfoque por el cual se reduce el acceso a métodos mediante la instalación de barreras físicas (*e.g.*, para restringir el acceso a vías de trenes o a lugares de salto) es el que mayor efectividad tendría, ya que cuenta con evidencia relativamente sólida [13]. De modo que, los mayores esfuerzos en lo que se refiere a métodos se centrarían en este enfoque de reducción de acceso.

Veamos ahora qué lineamientos surgirían para el otro programa basado en la evidencia local. Con base en la literatura científica producida a través de la investigación de la

población de Jujuy, un programa de prevención de intentos suicidas debería dirigirse a ambos sexos, pero —al contrario de lo que sucedía si diseñábamos el programa con base en los factores de riesgo establecidos para poblaciones de países desarrollados— sería aconsejable que tuviera un cierto énfasis en hombres [26]. Además, el programa con base local debería centrar su foco principal, decididamente, en jóvenes de 15 a 24 años en ambos sexos [26] y no tanto en adultos como se sugería en el otro programa. De manera similar al programa con base en poblaciones de países desarrollados, en este programa con base en población local se deberían destinar parte de las intervenciones a personas con antecedentes de intentos suicidas, aunque en este caso esperaremos que aproximadamente sólo el 20% de quienes realicen intento suicida tendrá historia de intentos previos [27], esto es, una cifra sensiblemente menor comparada con el otro programa. En lugar de enfocarse en la prevención de trastornos de ansiedad, como sugería el programa con base en poblaciones de países desarrollados, el programa con base en datos locales debería contemplar intervenciones destinadas especialmente a prevenir trastornos depresivos y, secundariamente, trastornos relacionados con sustancias, aunque en la asignación de recursos también se debería tener presente que el factor psicopatológico de riesgo suicida es mucho menos prevalente en la casuística local (28.07% [27]) comparado con reportes en poblaciones de países desarrollados (80% aproximadamente [36]). Además, en el marco del programa con base en población local, la prevención de trastornos mentales debería concentrarse especialmente en hombres, mientras que, en cuanto a la edad, debería concentrarse en las franjas de 35-44 y 55-64 [27]. Por su parte, a diferencia de lo que sugería el programa con base en poblaciones de países desarrollados, en el programa con base local, la información sobre estado civil no sería relevante en términos de que pudiera ser utilizada para focalizar las demás intervenciones en ciertos grupos específicos [25]. Respecto a las redes de contención sociofamiliar, el programa con base local debería destinar acciones en el sentido de impulsar, desarrollar y/o fortalecer dichas redes, aun cuando su ausencia no se espere que sea prevalente [25]. En cambio, la posibi-

lidad de focalizar las demás intervenciones en este programa estaría dada, muy importante-mente, por la evaluación de aspectos subjetivos de la soledad [25], lo cual agregaría un grado de complejidad en su aplicación práctica. En cuanto a la situación ocupacional, a diferencia de lo que sugería el programa con base en poblaciones de países desarrollados, en el programa con base local el foco principal no se orientaría a quienes estén en situación de desempleo, sino a quienes corresponden a la categoría sin ocupación referida [29]. Finalmente, en lo que se refiere a los métodos utilizados para intentar suicidio, el programa con base local se toparía con mayores dificultades que el programa con base en poblaciones de países desarrollados a la hora de implementar estrategias de restricción de acceso. En efecto, el programa con base local debería prever que los métodos utilizados más frecuentemente en intentos suicidas son métodos difíciles de restringir, como medicamentos, objetos cortantes, bebidas alcohólicas y medios de ahorcamiento, estrangulamiento y sofocación [28]. Si bien para el caso de medicamentos en el programa se podrían incluir acciones destinadas a controlar su venta sin receta y, a su vez, concientizar acerca del uso de medicamentos y para el caso de la venta de bebidas alcohólicas también se podrían incluir algunas intervenciones, en el caso de los objetos cortantes y de medios de ahorcamiento, estrangulamiento y sofocación, en cambio, sería poco lo que se podría implementar. Atento a ello, en el programa con base local se deberían fortalecer otros aspectos pasibles de intervención en lugar de esperar alcanzar efectividad vía reducción de acceso a métodos, lo cual, por el contrario, si hubiera sido esperable en el programa con base en poblaciones de países desarrollados. Además, advertidos de las diferencias que venimos señalando, en el programa con base local se debería tener presente que, en todo caso, el enfoque por el cual se reduce el acceso a métodos mediante la instalación de barreras físicas no cuenta con evidencia de efectividad en Jujuy, ya que no se han realizado estudios locales sobre ello.

Conclusiones

De esta sucinta exposición se puede colegir que las caracterizaciones de intentos suicidas basadas en poblaciones de países

desarrollados, si bien tienen algunos puntos de contacto, no se condicen punto por punto con las basadas en poblaciones de países en vías de desarrollo como fue, en este caso, la población de Jujuy, en Argentina. Consistentemente, los lineamientos de programas preventivos que serían apropiados para una y otra población son disímiles en muchos aspectos sensibles.

Los costos de aplicar programas inadecuados en salud son inaceptables cuando se trata de problemas orgánicos, porque estos costos implican —como mínimo— en términos de salud, aumento de morbilidad, de mortalidad y detrimento de la calidad de vida de las poblaciones y, en términos económicos, elevadas sumas de dinero y mal utilización de recursos. Por ejemplo, frente a la pandemia actual de coronavirus —que lleva 1.000.000 de muertes y 37.000.000 de contagios a nivel mundial al 11 de octubre de 2020 [38]—, a nadie se le ocurriría implementar un programa de vacunación que utilizara cepas

de la gripe común de 2019. Naturalmente, ello sería inadecuado e inaceptable, tanto en términos de eficacia como de eficiencia en la utilización de recursos. Pero las objeciones a este accionar, que parece tan obvio cuando nos referimos a problemas orgánicos de salud, ¿por qué es tolerado y naturalizado cuando se trata de problemas de salud mental? Y, en el caso particular que hemos abordado aquí, ¿por qué es tolerado cuando se trata de conductas suicidas, cuya mortalidad anual mundial se estima en 800.000 casos según la OMS [37] y cuya prevalencia anual en términos de intentos suicidas se estima que es, al menos, 20 veces superior (*i.e.*, 16.000.000 aproximadamente)? Ensayar respuestas a esa pregunta excede los límites de esta revisión. No obstante, si queremos dejar señalado que la actitud por la cual en la transmisión académica de la psicología clínica se concede tan exiguo espacio a la función de investigación, nos imputa al menos alguna carga de responsabilidad en el resultado.

Referencias

1. Bachmann S. Epidemiology of suicide and the psychiatric perspective. *Int J Environ Res Public Health*. 2018;15(7):1425. PMID: PMC6068947 DOI: 10.3390/ijerph15071425
2. Bhaskaran J, Wang Y, Roos L, Sareen J, Skakum K, Bolton JM. Method of suicide attempt and reaction to survival as predictors of repeat suicide attempts: A longitudinal analysis. *J Clin Psychiatry*. 2014;75(8):e802-e808. PMID: 25191917 DOI: 10.4088/JCP.13m08879
3. Beautrais AL. Suicides and serious suicide attempts: Two populations or one? *Psychol Med*. 2001;31(5):837-45. PMID: 11459381 DOI: 10.1017/s0033291701003889
4. Beautrais AL, Joyce PR, Mulder RT. Unemployment and serious suicide attempts. *Psychol Med*. 1998;28:209-18. PMID: 9483698 DOI: 10.1017/s0033291797005990
5. Beghi M, Rosnebaum JF, Cerri C, Cornaggia CM. Risk factors for fatal and nonfatal repetition of suicide attempts: A literature review. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2013;9:1725-36. PMID: PMC3825699 DOI: 10.2147/NDT.S40213
6. Benjamin LT Jr. A history of clinical psychology as a profession in America (and a glimpse at its future). *Annu Rev Clin Psychol*. 2005;1:1-30. PMID: 17716080 DOI: 10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.143758
7. Bilsen J. Suicide and youth: Risk factors. *Front Psychiatry*. 2018;9:540. PMID: 30425663 DOI: 10.3389/fpsyt.2018.00540
8. Bostwick JM, Pabbati C, Geske JR, McKean AJ. Suicide attempt as a risk factor for completed suicide: Even more lethal than we knew. *Am J Psychiatry*. 2017;173(11):1094-100. DOI: 10.1176%2Fappi.ajp.2016.15070854
9. Cardinal C. Three decades of Suicide and Life-Threatening Behavior: A Bibliometric study. *Suicide Life Threat Behav*. 2008;38(3):260-73. PMID: 18611125 DOI: 10.1521/suli.2008.38.3.260
10. Cocaña Rodríguez I. Análisis de los factores de riesgo de la conducta parasuicida. (Tesis Doctoral). Oviedo: Universidad de Oviedo, Departamento de Medicina; 1997.
11. Corcoran P, Nagar A. Suicide and marital status in Northern Ireland. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2010;45(8):795-800. PMID: 19763365 DOI: 10.1007/s00127-009-0120-7
12. Córdoba Doña JA, San Sebastián M, Escolar Pujolar A, Martínez Faure JE, Gustafsson PE. Economic crisis and suicidal behaviour: the role of unemployment, sex and age in Andalusia, southern Spain. *Int J Equity Health*. 2014;25:13-55. PMID: PMC4119181 DOI: 10.1186/1475-9276-13-55

13. Cox GR, Owens C, Robinson J, Nicholas A, Lockley A, Williamson M, Cheung YTD, Pirkis J. Interventions to reduce suicides at suicide hotspots: A systematic review. *BMC Public Health*. 2013;13:214. DOI: 10.1186%2F1471-2458-13-214
14. Daigle MS. Suicide prevention through means restrictions: Assessing the risk of substitution: A critical review and synthesis. *Accid Anal Prev*. 2005;37(4):625-32. PMID: 15949453 DOI: 10.1016/j.aap.2005.03.004
15. Di Doménico C. La psicología en la Argentina de cara al Mercosur. En Di Doménico C, Vilanova A, editores. *Formación de Psicólogos en el Mercosur*. Mar del Plata: Universidad Nacional de Mar del Plata; 1999. p.97-104.
16. Erlangsen A, Jeune B, Bille-Brahe U, Vaupel JW. Loss of partner and suicide risks among oldest old: A population based-register study. *Age Ageing*. 2004;33(4):378-83. PMID: 15151913 DOI: 10.1093/ageing/afh128
17. Fierro C, Iacovella JD, Toselli L. Las deudas de la psicología clínica del Cono Sur. Raíces históricas, limitaciones epistemológicas e intentos resolutivos de un problema formativo y de entrenamiento psicoclínico de los psicólogos argentinos. *Memorias. VII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. Tomo 1*. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires; 2015. p.72-77.
18. Foucault M. El nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada médica (20° ed.). Buenos Aires: Siglo Veintiuno; 1996.
19. Frank G. The Boulder model: History, rationale, and critique. *Prof Psychol: Res Pr*. 1984;15(3):417-35. DOI: 10.1037/0735-7028.15.3.417
20. García LN. La disciplina que no es: los déficits en la formación del psicólogo argentino. *Psiencia Rev Latinoam Cienc Psicol [Internet]* 2009 [citado 15/10/2020]; 1(2). Disponible en: <http://www.psiencia.org/ojs/index.php/psiencia/article/view/17> DOI: <http://dx.doi.org/10.5872/psiencia.v1i2.17>
21. Garfield SL. Clinical psychology and the search for identity. *Am Psychol*. 1966;21(4):353-62. DOI: 10.1037/h0023529
22. Haukka J, Suominen K, Partonen T, Lonnqvist J. Determinants and outcomes of serious attempted suicide: A nationwide study in Finland, 1996-2003. *Am J Epidemiol*. 2008;167(10): 1155-63. PMID: 18343881 DOI: 10.1093/aje/kwn017
23. Kposowa AJ. Marital status and suicide in the National Longitudinal Mortality Study. *J Epidemiol Community Health*. 2000;54(4):254-61. PMID: 10827907 DOI: 10.1136/jech.54.4.254
24. Li Z, Page A, Martin G, Taylor R. Attributable risk of psychiatric and socio-economic factors for suicide from individual-level, population-based studies: A systematic review. *Soc Sci Med*. 2011;72(4):608-16. PMID: 21211874 DOI: 10.1016/j.socscimed.2010.11.008
25. López Steinmetz LC. Análisis de soledad objetiva y subjetiva en intentos de suicidio. Premio Facultad de Psicología Universidad de Buenos Aires 2017: aportes de la psicología para la lectura del mundo contemporáneo. 2017;103-129. Disponible en: http://www.psi.uba.ar/institucional/premio/2017/trabajos/analisis_de_soledad_objetiva_y_subjetiva.pdf
26. López Steinmetz LC. Caracterización de riesgo diferencial-demográfico en urgencias psicológicas: intento de suicidio y otros motivos de consulta. *Rev Argent Cienc Comport*. 2017;9 (1):44-53.
27. López Steinmetz LC. Factores psicopatológicos de riesgo en intentos de suicidio. *Cienc Psicol [Internet]*. 2017 [citado 15/10/2020]; 11(1):89-100. Disponible en: <http://www.scielo.edu.uy/pdf/cp/v11n1/1688-4221-cp-11-01-00089.pdf> DOI: 10.22235/cp.v11i2.1350
28. López Steinmetz LC. Perfil de métodos en intentos de suicidio: tendencias e implicancias para la prevención. Jujuy, noroeste de Argentina. *Cienc Psicol [Internet]*. 2019 [citado 15/10/2020]; 13(2):197-208. Disponible en: <http://www.scielo.edu.uy/pdf/cp/v13n2/1688-4221-cp-13-02-197.pdf> DOI: 10.22235/cp.v13i2.1872.
29. López Steinmetz LC, López Steinmetz RL, Godoy JC. Is unemployment less important than expected for suicide attempted in developing regions? Occupational profile of suicide attempts in Jujuy, north westernmost Argentina. *Int J Soc Psychiatry*. 2020;66(1):67-75. PMID: 31623478 DOI: 10.1177/0020764019882728
30. Martínez Clavería V, Quinteros Carrasco I. Un estudio hermenéutico de la práctica clínica psicológica contemporánea: modelo integrativo supraparadigmático. *Summa Psicol [Internet]* 2003 [citado 15/10/2020]; 1(2):25-36. Disponible en: <https://summapsicologica.cl/index.php/summa/article/view/13/pdf> DOI: 10.18774/448x.2003.1.13
31. Masocco M, Pompili M, Vanacore N, Innamoraty M, Lester D, Girardi P, Tatarelli R, Vichi M. Completed suicide and marital status according to the Italian region of origin. *Psychiatr Q*. 2010;81(1):57-71. PMID: 20041348 DOI: 10.1007/s11126-009-9118-2

32. Mensh IN. Las funciones de la psicología clínica. En: Mensh IN. *Psicología clínica. Ciencia y profesión* (1° ed.). Buenos Aires: Paidós; 1971. p.23-54.
33. Milner A, Witt K, Maheen H, LaMontagne AD. Access to means of suicide, occupation and the risk of suicide: A national study over 12 years of coronial data. *BMC Psychiatry*. 2017;17(1):125. PMID: PMC5379531 DOI: 10.1186/s12888-017-1288-0
34. Ministerio de Salud Argentina. Información relacionada con suicidios. s.f. Disponible en <http://www.msal.gov.ar/index.php/component/content/article/46-ministerio/401-informacion-relacionada-con-suicidios>
35. Ministerio de Salud. Sistema de vigilancia epidemiológica en salud mental y adicciones, 1. Estimación de la población afectada de 15 años y más por trastornos mentales y del comportamiento en Argentina. Buenos Aires: Ministerio de Salud; 2010.
36. Nock MK, Hwang I, Sampson NA, Kessler RC. Mental disorders, comorbidity and suicidal behavior: Results from the National Comorbidity Survey Replication. *Mol Psychiatry*. 2010;15(8):868-76. PMID: PMC2889009 DOI: 10.1038/mp.2009.29
37. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Ginebra: Suiza Suicidio. septiembre 2019. [Consultado 18/10/2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/suicide>
38. Organización Mundial de la Salud. Weekly epidemiological update. Coronavirus disease 2019 (COVID-19). En : OMS, Coronavirus disease (COVID-19) weekly epidemiological update and weekly operational update. 11 de octubre de 2020. Available from: <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20201012-weekly-epi-update-9.pdf>
39. Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. Prevención del suicidio. Un imperativo global. Washington, D.C.: OPS; 2014.
40. Puente García R, Morcilla Peñalver C, González Lucas R. Aspectos epidemiológicos y etiopatogénicos. En: Chinchilla Moreno A. *La depresión y sus máscaras*. Madrid: Panamericana; 2008. p.37-50.
41. Rossi L. Genealogía de tradiciones conceptuales en psicología, su valoración en el marco político social e institucional e impacto en la conformación de la identidad profesional. *Revista de Historia de la Psicología en Argentina*. 2009;(2):15-36. Recuperado de http://23118.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/informacion_adicional/obligatorias/034_historia_2/Archivos/inv/revista_virtual_historia_de_la_psicologia2.pdf
42. Schmidtke A, Bille-Brahe U, Deleo D, Kerkhof A, Bjerke T, Crepef P, Haring C, Hawton K, et al. 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 Psychiatr Scand*. 1996;93(5):327-38. PMID: 8792901 DOI: 10.1111/j.1600-0447.1996.tb10656.x
43. Scotti S. Opinión de los estudiantes de psicología de la UBA sobre la investigación en psicoterapia. *Psiciencia Rev Latinoam Cienc Psicol*. 2010;2(2):96-100.
44. Suárez NE. Psicología clínica de adultos y gerontes. Programa 2013. Facultad de Psicología, Universidad Nacional de La Plata; 2013. Recuperado de: <http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/programas/pp.7959/pp.7959.pdf>
45. Terris M. Approaches to an epidemiology of health. *Am J Public Health*. 1975;65(10):1037-45. PMID: 1163697 DOI: 10.2105%2Fajph.65.10.1037
46. The World University Ranking. Best universities for psychology degrees 2020. Noviembre 2019. Available from: <https://www.timeshighereducation.com/student/best-universities/best-universities-psychology-degrees>
47. Too LS, Spittal MJ, Bugeja L, McClure L, Milner A. Individual and community factors for railway suicide: A matched case-control study in Victoria, Australia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2016;51(6):849-86. PMID: 27028229 DOI: 10.1007/s00127-016-1212-9
48. Turvey CL, Conwell Y, Jones MP, Phillips C, Simonsick E, Pearson JL, Wallace R. Risk factors for late-life suicide: A prospective, community-based study. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2002;10(4):398-406. PMID: 12095899 DOI: 10.1097/00019442-200207000-00006
49. Vilanova A (1997). Las deudas de la psicología del Cono Sur. *Acta Psiquiatr Psicol Am Lat*. 1997;43(2):103-11.
50. Wyder M, Ward P, De Leo D. Separation as a suicide risk factor. *J Affect Disord*. 2009;116(3):208-13. PMID: 19128839 DOI: 10.1016/j.jad.2008.11.007