

## **Suicidio y Conductas suicidas: Descripción poblacional y análisis de las características vinculadas al intento de suicidio.**

Hospital Escuela Eva Perón

Año 2022

Alumno: Faggi Celina Jael<sup>1</sup>

Tutores: Albertina M. Ghelfi<sup>2</sup> - Jorge G. Kilstein<sup>3</sup>

---

<sup>1</sup> Médica. Residencia de Clínica Médica en Hospital Escuela Eva Perón, años 2017-2020.

<sup>2</sup> Médica. Especialista Universitario en Clínica Médica. Tutora de Residentes de Clínica Médica, Hospital Escuela Eva Perón. Docente Estable de la Carrera de Posgrado Universitario de Clínica Médica de la Universidad Nacional de Rosario.

<sup>3</sup> Médico. Especialista Universitario en Clínica Médica. Instructor de Residentes de Clínica Médica, Hospital Escuela Eva Perón. Docente Estable de la Carrera de Posgrado Universitario de Clínica Médica de la Universidad Nacional de Rosario.

# INDICE

---

- <b>Resumen</b> .....	2
- <b>Listado de abreviaturas</b> .....	3
- <b>Introducción</b> .....	4-5
- <b>Objetivos</b> .....	6
Objetivo general .....	6
Objetivos específicos .....	6
- <b>Materiales y métodos</b> .....	7-10
Diseño .....	7
Población y ámbito .....	7
Criterios de selección de muestra .....	7
Muestreo .....	7
Intervenciones .....	8
Definiciones .....	8
Variables.....	9-10
Análisis estadístico .....	10
Consideraciones éticas .....	10
- <b>Resultados</b> .....	11-16
- <b>Discusión</b> .....	17-19
- <b>Limitaciones</b> .....	20
- <b>Conclusiones</b> .....	20
- <b>Referencias bibliográficas</b> .....	21-23

## RESUMEN

---

**Introducción.** El suicidio y las conductas suicidas constituyen un complejo problema de salud pública a nivel mundial con una gran carga económica, social y psicológica para el individuo, su familia, amigos y toda la comunidad de la que forma parte. Las cifras globales son alarmantes, sin embargo, las medidas de prevención de suicidio no son prioridad en políticas de salud en la mayoría de los países del mundo; esto sumado a su complejidad, atravesada por creencias, tabúes, estigmatización, determinan un subregistro y mala calidad de datos, sobre todo en países de bajos y medianos ingresos.

**Objetivo.** Describir las características de la población ingresada tras un intento de suicidio (IS) y/o ideación suicida con inminencia de intento (ISII); los métodos utilizados y la severidad en los casos de intento. Analizar la relación entre el método utilizado y la gravedad del mismo; con las características demográficas y el antecedente de consumo de drogas y/o alcohol; y con el antecedente de intento previo.

**Materiales y métodos.** Trabajo descriptivo y analítico, observacional, de tipo transversal; retrospectivo, llevado a cabo mediante revisión de historias clínicas de pacientes ingresados consecutivamente en el Hospital Escuela Eva Perón tras un IS o ISII, en el periodo de 1 de junio del 2017 y 31 de diciembre del 2019.

**Resultados.** La muestra constó de 179 pacientes, con una edad media de  $32 \pm 14.1$  años, hubo 67.6% mujeres y 32.4% hombres. El motivo de ingreso fue 159 IS y 20 ISII. El método más frecuente utilizado en el IS fue la ingesta de tóxicos (50.3%). El 46.4% de los sujetos había presentado uno o más intentos de suicidios previos. En un 53,6% de los casos la gravedad del intento fue moderada. Entre las mujeres el método más frecuente fue la ingesta de tóxicos (60,3%; OR=1.69; IC95%=1.30-2.21;  $p<0.0001$ ) y entre los hombres hubo un mayor riesgo de utilización de métodos de asfixia (29,31%; OR=2.75; IC95%=1.89-4.01;  $p<0.0001$ ). Los hombres presentaron mayor riesgo de un intento de suicidio grave (OR=1.79; IC95%=1.19-2.70;  $p<0.008$ ).

**Conclusión.** La modalidad de intento más frecuentemente observada fue la intoxicación medicamentosa. El intento de suicidio catalogado como grave fue más frecuente en hombres que en mujeres, y en los hombres existió más riesgo de intento por ahorcamiento.

**Palabras claves:** Intento de Suicidio, Conductas Suicidas, prevención.

## LISTADO DE ABREVIATURAS

---

CM: Clínica Médica

CS: Conducta Suicida

HC: Historia Clínica

HEEP: Hospital Escuela Eva Perón

IS: Intento de Suicidio

ISII: Ideación suicida con Inminencia de Intento

OMS: Organización Mundial de la Salud

OPS: Organización Panamericana de la Salud

SM: Salud Mental

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences

UCI: Unidad de Cuidados Intensivos

## INTRODUCCIÓN

---

El Suicidio es definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como “El acto deliberado de quitarse la vida”(1). En él intervienen diversas etapas de un continuo llamado Conducta Suicida: autolesión, conducta suicida no determinada, intento y suicidio consumado.

Edwin Shneidman pionero en el campo de la prevención y atención del suicidio, considerado padre de la suicidología moderna(2) definió el suicidio como el “acto consciente de auto-aniquilación, que se entiende como un malestar pluridimensional en un individuo que percibe este acto como la mejor solución” (3).

El suicidio y las conducta suicida constituyen un complejo problema de salud pública a nivel mundial con una gran carga económica, social y psicológica para el individuo, su familia, amigos y toda la comunidad de la que forma parte(4). Representa la décima causa de muerte en todo el mundo, y la cuarta entre varones de 15 a 29 años de edad, luego de accidentes de tránsito, tuberculosis y violencia interpersonal, y la tercera causa entre mujeres de la misma edad, luego de la tuberculosis y muerte materna.(5) Más de 700.000 personas mueren por año por esta causa en el mundo, la mayoría de los casos ocurren en países de bajos y medianos ingresos(6). Si bien a nivel global la tasa de suicidios desciende, en las Américas se describe un incremento de un 17% en el periodo 2000-2019.(5)

Las cifras son alarmantes, sin embargo, las medidas de prevención de suicidio no son prioridad en políticas de salud en la mayoría de los países del mundo, hasta hoy sólo 38 países han notificado que cuentan con una estrategia nacional de prevención específica (7), esto sumado a su complejidad, atravesada por creencias, tabúes, estigmatización, determinan un subregistro y mala calidad de datos, sobre todo en países de bajos y medianos ingresos (4).

La OMS se propuso como meta para el 2030 reducir la tasa mundial de mortalidad por suicidio en un tercio, procurando que los países tomen medidas para evitarlo a través de una estrategia nacional integral de prevención, aplicando el enfoque “VIVIR LA VIDA”, cuyos pilares básicos de abordaje son: limitar el acceso a los medios de suicidio (por ejemplo, pesticidas, armas de fuego, ciertos fármacos, etc.); interactuar con los medios de comunicación para informar responsablemente sobre el suicidio; fomentar habilidades socioemocionales en los adolescentes; identificar, evaluar, gestionar y realizar un seguimiento temprano de las personas afectadas por conductas suicidas. Estos deben ir de la mano con tareas de análisis de situación, colaboración multisectorial, sensibilización, desarrollo de capacidades, financiación, vigilancia y seguimiento y evaluación(8).

En Argentina, en 2015 se promulgó La Ley 27.130, llamada “Ley Nacional de Prevención del Suicidio” que tiene como objetivo la disminución de la incidencia y prevalencia del suicidio, a

través de la prevención, la asistencia y la posvención, que son las acciones destinadas a trabajar con el entorno de la persona que se quitó la vida, para evitar nuevos eventos(9).

Es de destacar que se estima que, por cada muerte por esta causa, existen 20 Intentos de Suicidio, lo que determina cifras aún más alarmantes con aproximadamente 14.000.000 de IS por año en todo el mundo (10).

La epidemiología de los intentos es diferente a la del suicidio, con las tasas más altas de autolesiones entre mujeres y jóvenes en el primer caso y mayor porcentaje en hombres en el segundo. Entre las personas que lo intentan, el 1,6% muere por suicidio en los próximos 12 meses y el 3,9% en los próximos 5 años(11)

En Argentina el último registro del Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Salud Mental y Adicciones (2011), informa que el suicidio representa el 16 % de las lesiones por causas externas y estas representan la quinta causa de muerte(12). Además según un estudio realizado en nuestro país, queda demostrado que estas cifras están subestimadas(13).

En la Ciudad de Rosario existen estudios respecto a esta problemática realizados en Instituciones de salud Privadas (14), no siendo caracterizada la población referenciada en la institución que se llevó a cabo esta investigación.

El registro oportuno y el seguimiento regular del suicidio y las conductas suicidas forman la columna vertebral de las estrategias nacionales eficaces de prevención del suicidio(15).

Actualmente no se dispone de datos sobre los IS en la población referenciada en el Hospital Escuela Eva Perón; como así tampoco se dispone de datos relacionados a las características de las personas que lo llevan a cabo, la gravedad de los episodios, ni la recurrencia de estas conductas. Consideramos que trabajar sobre la descripción de estas variables de interés, es un primer paso que podría mejorar la atención a futuro y que podría permitir desarrollar estrategias de prevención en torno a este grave problema social, especialmente en el ámbito de la salud pública.

# OBJETIVOS

---

## Objetivos generales

- Describir las características sociodemográficas de la población ingresada tras un intento de suicidio y/o ideación suicida con inminencia de intento.
- Describir los métodos utilizados y la severidad en los casos de IS.

## Objetivos específicos

- Analizar la relación entre el método utilizado en el intento de suicidio y las características demográficas de la población en estudio.
- Analizar la relación entre la gravedad del método utilizado y el tipo de método elegido para el intento de suicidio.
- Analizar la relación entre la gravedad del método utilizado y los antecedentes de consumo de drogas y/o alcohol.
- Analizar la relación entre el antecedente de intento de suicidio previo y: la gravedad del método actual, sexo, edad, nivel de escolaridad, presencia de contención socio-familiar, historia familiar de conducta suicida y desempleo.

## **MATERIALES Y METODOS**

---

### **Diseño**

Estudio descriptivo y analítico, observacional, de tipo cohortes retrospectivas con corte transversal.

### **Población y Ámbito**

Pacientes ingresados consecutivamente tras cometer un IS o manifestar una Ideación Suicida con Inminencia de Intento (ISII) ; en el período de tiempo comprendido entre el 1 de junio del 2017 y 31 de diciembre del 2019; ingresados en el HEEP de Granadero Baigorria, Santa Fe, Argentina.

El HEEP se erige como centro de referencia para la derivación, en vistas de tratarse de un Hospital de 3° nivel de complejidad en la región del cordón industrial. Se encuentra ubicado en Av. San Martín 1645 (Ruta 11) en la ciudad de Granadero Baigorria del Departamento Rosario, provincia de Santa Fe, Argentina.

Cuenta con 137 camas para pacientes internados, presta servicios a la población del norte del Gran Rosario (Granadero Baigorria, distrito norte de la ciudad de Rosario, la localidad de Ibarlucea, y otras localidades pertenecientes al cordón industrial), desempeñándose como hospital base de nueve centros de salud. En el efector se cuenta con el Equipo de Salud Mental conformado por un equipo interdisciplinario, psiquiatría, psicología, trabajo social y terapia ocupacional, donde paralelamente se desarrolla la Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental, RISaM.

### **Criterios de Selección de Muestra**

**Criterios de inclusión:** Pacientes de ambos sexos, mayores a 14 años de edad, admitidos en el HEEP y a quienes se les otorgó el diagnóstico de intento de suicidio (IS) o ideación suicida con inminencia de intento (ISII). (Ver definiciones)

**Criterios de exclusión:** Casos de gesto suicida en los cuales no se consideró que existiera una real intencionalidad de morir tras evaluación del equipo de Salud Mental. (Ver definiciones).

### **Muestreo**

Muestreo de tipo no probabilístico, consecutivo, de tipo por conveniencia.

## Intervenciones

Se realizó revisión de la base de datos estadística del Servicio de Salud Mental del Hospital, de Clínica Médica y de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Se determinó el número total de pacientes ingresados por intento de suicidio en el período de tiempo contemplado. Se realizó revisión de las historias clínicas (HC) de todos los pacientes identificados. Tras la aplicación de los criterios de selección de muestra se procedió a la recolección de los datos necesarios para la constitución de las variables definidas y la confección de la base de datos (**Tabla 1**).

## Definiciones

**Intento de suicidio (IS):** En base a la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) 10, el IS puede definirse como un acto con una consecuencia no fatal, en la cual el individuo realiza deliberadamente una conducta no habitual, que sin la intervención de otros, le causará autolesión o muerte, o ingiere una sustancia en dosis superior a la generalmente reconocida y cuyo objetivo es producir cambios que él o ella desea a través de las consecuencias físicas y/o psíquicas reales o esperadas cercanas a la muerte.(16) A los fines prácticos, y en base a esta definición, en este estudio se consideró IS en aquellas personas que voluntariamente realizaron un acto con autolesión (daño real), independientemente de la gravedad del daño y con verdadera intencionalidad de morir.

**Ideación suicida con inminencia de intento (ISII):** Individuos en los que no hubo daño físico, pero por la fuerte intencionalidad de auto provocarse la muerte, dada por una idea clara, con plan establecido, antecedente de IS y en quienes el equipo de Salud Mental (SM) evaluó un riesgo inminente de intento de suicidio.

**Gesto suicida:** Conducta potencialmente lesiva autoinflingida para la que existe evidencia, implícita o explícita, de que la persona no tiene la intención de matarse. La persona desea utilizar la aparente intencionalidad de morir con alguna finalidad. Este tipo de conducta puede no provocar lesiones, provocar lesiones o provocar la muerte (muerte autoinflingida no intencionada).

Cabe destacar que las diferenciaciones entre IS, ISII y gesto suicida fueron realizadas por la pericia del equipo de Salud Mental del Hospital.

**Gravedad de intento de suicidio:** Se determina en función de la necesidad de cuidados médicos tras el intento. Se clasificó el IS en tres categorías:

- **Leve:** Requerimiento de cuidados de primeros auxilios básicos en la guardia.
- **Moderado:** Requerimiento de atención y observación en el servicio de Guardia y/o internación durante 24-48 horas.

- **Grave:** Requerimiento de atención e ingreso en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) o ingreso en sala de internación para cuidados por especialidad (Intervención quirúrgica, Clínica Médica para monitorización o seguimiento estrecho).

**Medio socio-familiar continente / no continente:** en base a la información recabada en la HC del equipo de SM, se definió:

- **Medio socio familiar continente:** pacientes que contaban con núcleo familiar presente, acompañamiento durante la internación y adherencia de la familia a los cuidados del paciente.
- **No continente:** Pacientes solos, o en los que se describían historias de experiencias adversas en infancia / adolescencia, antecedente de abuso sexual o físico, abuso de sustancias en el hogar, violencia de género, violencia interparental, acoso escolar, violencia laboral, sin acompañamiento o sostén familiar actual.

## Variables

Se analizaron por cada paciente incluido en el estudio un total de 34 variables, descritas en la literatura científica, relacionadas con la CS. Estas variables, comprenden datos sociodemográficos, antecedentes e historia evolutiva del paciente, enfermedades somáticas y tratamientos, abordajes previos por equipo de SM y otras variables de interés; como mecanismo empleado, solicitud de atención, necesidad de hospitalización, etc. Todas las variables que fueron recogidas se especifican en la **Tabla 1**.

**Tabla 1-** Variables recolectadas en el trabajo.

Sociodemográficas
Sexo - (cualitativa nominal dicotómica)
Edad - (cuantitativa discreta)
Motivo : intento de suicidio o ideación suicida con inminencia de intento (cualitativa dicotómica)
Lugar de residencia – (cualitativa nominal)
Trabajo (Situación laboral) – (cualitativa nominal dicotómica)
Nivel máximo de estudios alcanzado – (cualitativa ordinaria)
Medio sociofamiliar continente - (cualitativa nominal dicotómica)
Fecha de ingreso - (cuantitativa discreta)
Fecha de egreso – (cuantitativa discreta)
Día de ingreso - (cualitativa nominal politómica)
Área de ingreso del paciente - (cualitativa nominal politómica)
Área de seguimiento e internación - (cualitativa nominal politómica)
Duración de la internación - (cuantitativa discreta)
Seguimiento por equipo de SM tras su ingreso - (cualitativa nominal politómica)
Método de intento de suicidio empleado - (cualitativa nominal politómica)
Desencadenante del intento de suicidio conocido - (cualitativa nominal dicotómica)
Tipo de desencadenante de intento de suicidio – (cualitativa nominal politómica)
Gravedad del método de intento de suicidio - (cualitativa nominal politómica)
Uso de psicofármacos en la sobreingesta - (cualitativa nominal dicotómica)

Intento de suicidio previo - (cualitativa nominal dicotómica)
Más de un intento de suicidio previo - (cualitativa nominal dicotómica)
Modalidad de intento de suicidio previo - (cualitativa nominal politómica)
Historia familiar de conducta suicida - (cualitativa nominal dicotómica)
Fallecimiento en internación - (cualitativa nominal dicotómica)
Psicoterapia indicada tras el intento de suicidio - (cualitativa nominal dicotómica)
Tratamiento psicofarmacológico indicado tras el intento de suicidio - (cualitativa nominal dicotómica)
Atención previo al ingreso por equipo de SM - (cualitativa nominal dicotómica)
Consumo de drogas - (cualitativa nominal dicotómica)
Consumo de alcohol - (cualitativa nominal dicotómica)
Enfermedad psiquiátrica conocida - (cualitativa nominal dicotómica)
Enfermedad orgánica conocida - (cualitativa nominal dicotómica)
Padecimiento de dolor crónico - (cualitativa nominal dicotómica)
Medicaciones previas (no psicofármacos) - (cualitativa nominal dicotómica)
Prescripción previa de psicofármacos - (cualitativa nominal dicotómica)

### **Análisis estadístico.**

Se analizaron los datos utilizando SPSS para Windows versión 21. Se realizó análisis descriptivo de las variables incluidas en el trabajo. Las variables cuantitativas se expresaron como medias y desvíos estándar, mientras que las cualitativas como porcentajes. Las medias entre grupos se compararon con la prueba de la t de Student o con la prueba de la U de Mann-Whitney, dependiendo de la distribución de la variable. Para comparación de proporciones se empleó la prueba de X<sup>2</sup> o prueba exacta de Fisher, dependiendo del tamaño muestral. Se consideró significativa una  $p < 0,05$ . El riesgo se calculó utilizando la medida de Odds Ratio (OR) con un intervalo de confianza del 95% (IC95%).

### **Consideraciones éticas.**

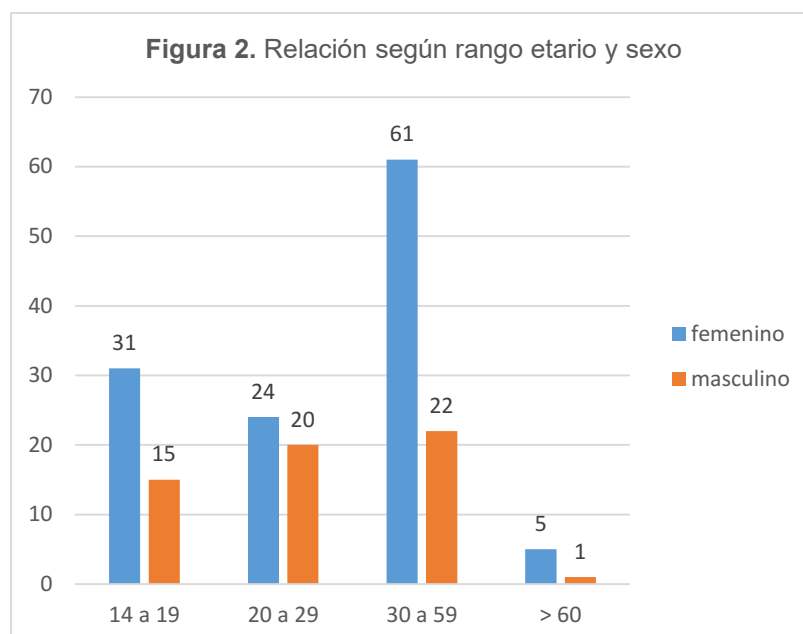
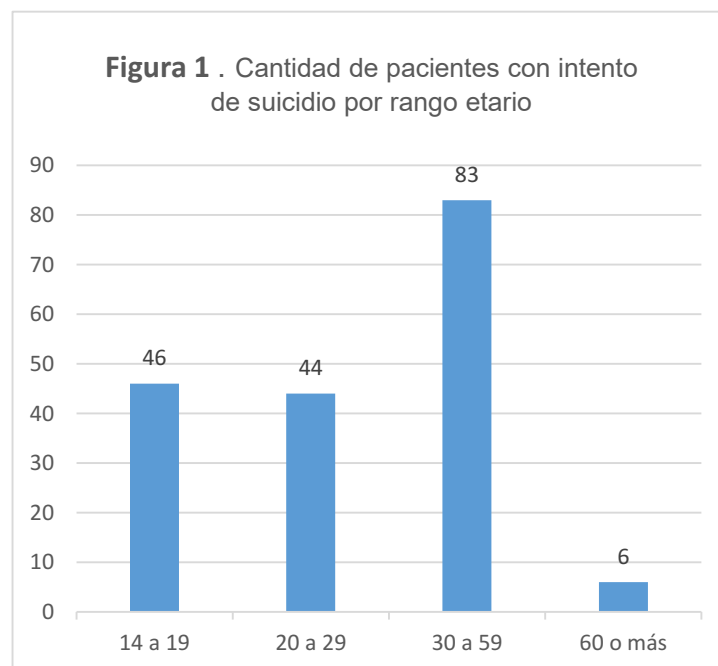
Este trabajo se desarrolló en base a la declaración de Helsinki que regula las investigaciones en seres humanos. Previo a su realización se obtuvo la aprobación por parte del Comité de Docencia e Investigación del Hospital Escuela Eva Perón. Se garantizó la confidencialidad de los datos recolectados a través de la revisión de HC según regula la Ley de protección de datos N° 25.326.

## RESULTADOS

### Análisis descriptivo:

La totalidad de la muestra consto de 179 pacientes, 121 (67.6%) mujeres y 58 (32.4%) hombres. La edad media fue de  $31.9 \pm 14.1$  años (mín. 14; máx. 69). Hubo 159 pacientes que ingresaron por intento de suicidio (IS) y 20 pacientes por ideaciones suicidas con inminencia de intento (ISII).

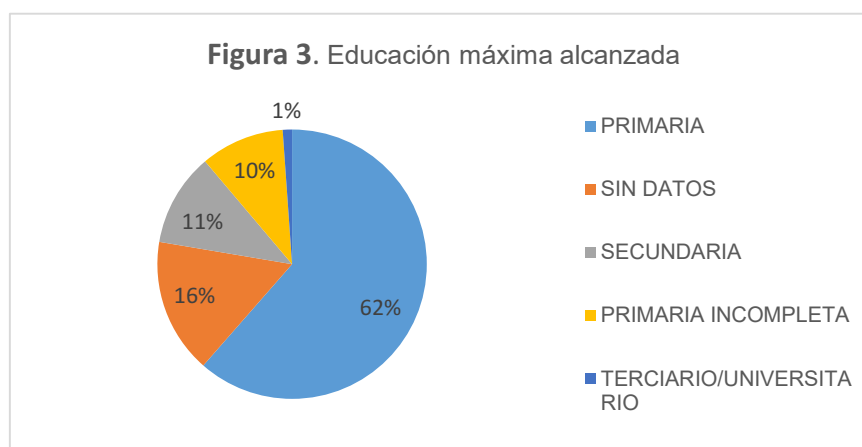
La cantidad de pacientes por rangos etarios pueden observarse en la **Figura 1** y su distribución por rango etario y sexo en la **Figura 2**.



De los pacientes que se obtuvo el dato de la localidad de origen (n=176), 53 (29.6%) fueron de la ciudad de Granadero Baigorria, 45 (25.1%) de Rosario, 26 (14.5%) de Capitán Bermúdez, 16 (8.9%) de Fray Luis Beltrán, 11 (6.1%) de Puerto General San Martín, 7 (3.9%) de San Lorenzo, y 18 (10.1%) de otras localidades (Ibarlucea, Timbúes, Clark, Pérez, Oliveros, Villa Gobernador Gálvez y San Genaro).

En cuanto a la situación laboral, 114 pacientes (63,7%) estaban desempleados en el momento del ingreso hospitalario, 50 (27,9%) tenían trabajo y en 15 (8,4%) no se recabaron datos de su situación laboral.

De la muestra, puede observarse el nivel de educación máximo alcanzado en la **Figura 3**.

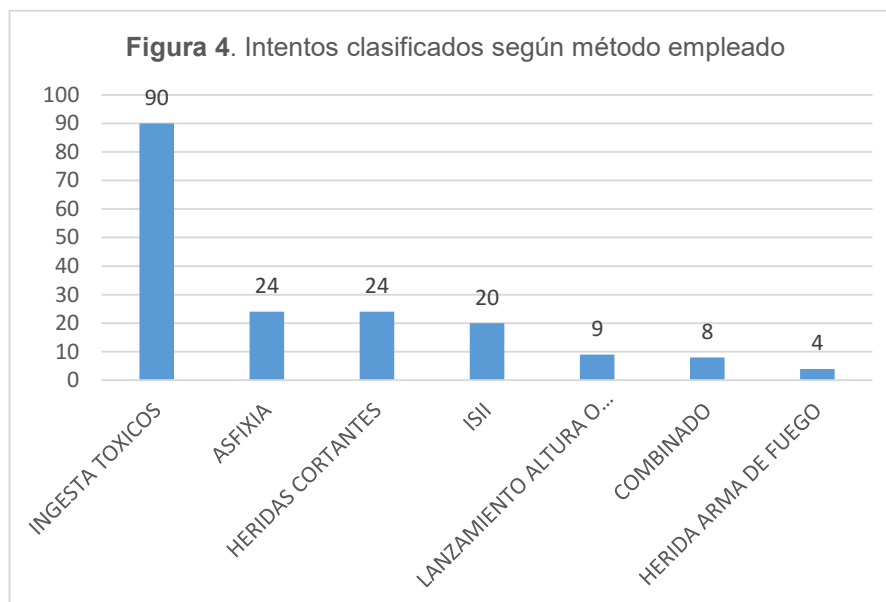


Por otro lado, se indagó sobre el consumo de alcohol y de drogas de usos recreativos o ilícitos. Según lo registrado en las historias clínicas, 22 (12,3%) individuos consumían tanto alcohol como drogas, 25 (14%) solo consumían drogas, 7 (3,9%) solo consumían alcohol, 112 (62,6%) no consumían ninguna de las 2 sustancias y en 13 (7,3%) no se recabó dicho dato.

Entre los casos en los que se contaba con el dato de contención socio familiar (n=122, 68.2%), se observó que 79 (64.8%) no presentaban un contexto socio familiar continente.

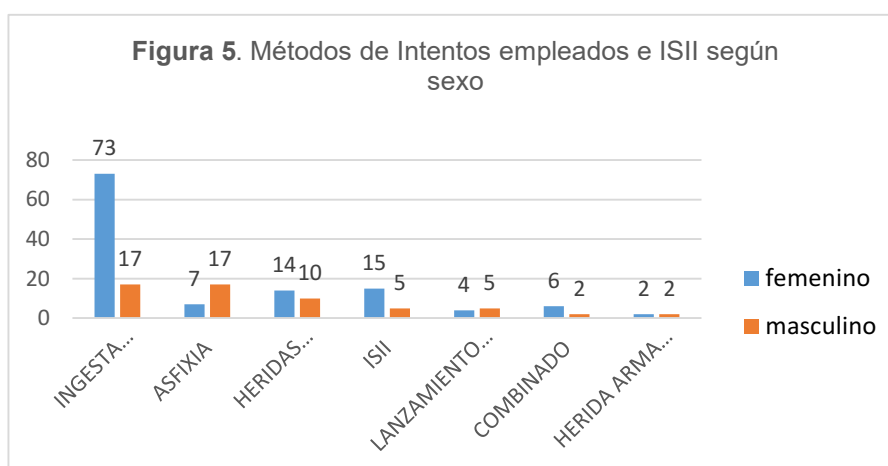
En cuanto a los antecedentes familiares de conducta suicida, se observó que en 145 (81%) no tenían antecedentes familiares conocidos, 13 personas (7,3%) si lo tenían y en 21 individuos (11,7%) no se pudo recabar el dato.

Con respecto al método de intento de suicidio empleado, 50,3% correspondían a la ingesta de tóxicos, seguido por 13,4% heridas cortantes, 13,4% de asfixia, 5% de lanzamientos de altura o sobre vehículos, 4,5 % utilizaron método combinado (más de un método), 2,2% heridas de armas de fuego, 11,2% correspondieron a ISII. **Figura 4**.



Abreviaturas: ISSI: Ideaciones Suicidas con Inminencia de Intento

En la **Figura 5** se observa la distribución de casos según sexo y los métodos de intento de suicidio / ISSI



Abreviaturas: ISSI: Ideaciones Suicidas con Inminencia de Intento

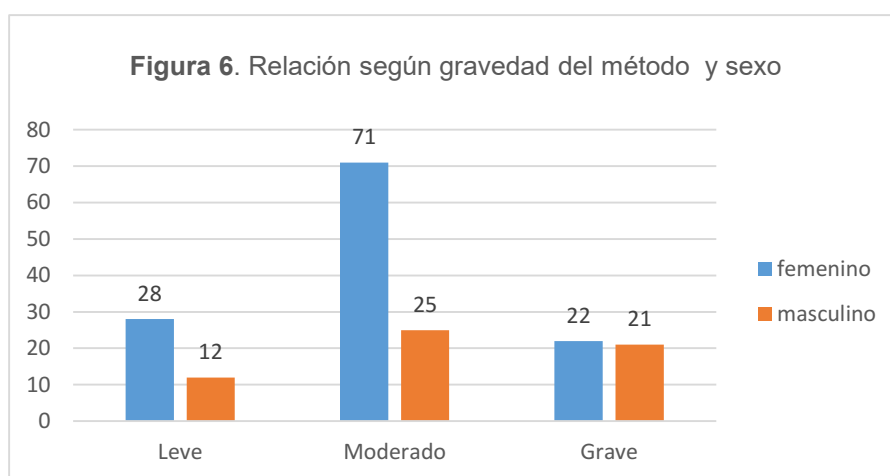
Se debe aclarar que, a cada una de las categorías de métodos presentadas, le corresponden diferentes sub-categorías de metodologías. En este sentido, se destaca que: *Asfixia* incluyó métodos de ahorcamiento y sumersión; *Ingesta de tóxicos* incluyó ingesta de fármacos, de plaguicidas u otros tóxicos; y *Lanzamiento* incluyó caídas desde altura y lanzamiento sobre vehículos en movimiento. *Heridas de arma blanca* y *heridas de arma de fuego* pudieron ser efectuadas con diferentes elementos.

Tras esta aclaración, puede observarse que pacientes que tuvieron cómo método suicidio “ingesta de tóxicos”, el mayor porcentaje fue por intoxicación medicamentosa, n=86 (95,5%), y menor cantidad por ingesta de plaguicidas u otros tóxicos, n=4 (4.5%).

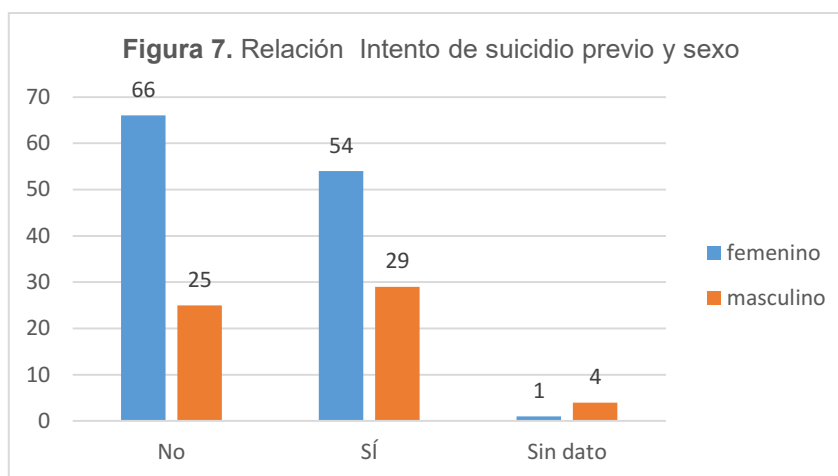
Entre los pacientes cuyo intento de suicidio fue por intoxicación medicamentosa se observó que, en 71 de ellos (82%) la sobre ingesta fue con psicofármacos, en 15 de ellos (18%) la sobre ingesta fue con otro grupo de fármacos.

Cuando el método fue por “asfixia”, el mayor porcentaje fue por ahorcamiento n=24 (87,5%) y en menor medida por sumersión, n=3 (12.5%).

Del total de 179 casos, fueron clasificados según la gravedad en su mayoría como moderados, 96 (53.6%), luego en menor porcentaje graves, 43 (24%) y leves 40 (22.3%). En la **Figura 6** puede observarse la distribución de eventos según gravedad y sexo. Cabe aclarar que en casos donde la elección de métodos fue combinada (más de un método utilizado) se eligió para la categorización del intento aquel método que revestía mayor gravedad.



Al recabar el antecedente de intentos de suicidio previos, 83 casos (46,4%) habían presentado uno o más IS con antelación, 91 casos (50,8%) no tenían antecedentes de intentos y en 5 de ellos (2,8%) no se recabó el dato. En la **Figura 7** puede observarse la relación del antecedente de IS y sexo.



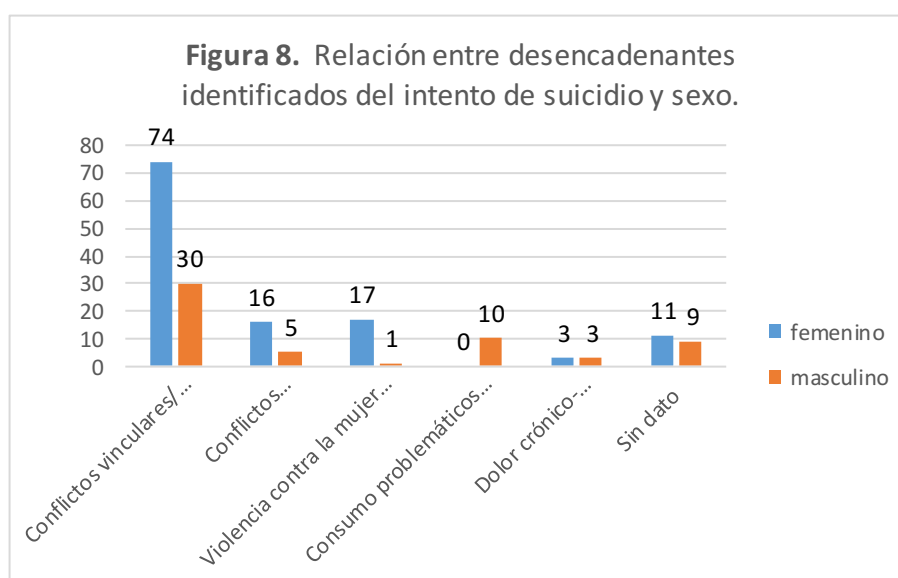
En cuanto antecedentes personales de diagnóstico de patología psiquiátrica, se observó que hubo 51 (28,5%) que presentaban diagnóstico de una entidad previamente.

El área de ingreso del hospital de los pacientes fue en su gran mayoría por servicio de emergencias: Guardia externa 128 (71.5%), 33 (18.4%) UCI, 12 (6.7%) desde consultorios externos (SM, Ginecología y Obstetricia, entre otros), 5 (2.8%) derivados de otros efectores a un servicio de internación.

De los 179 pacientes ingresados por intento de suicidio, 105 (58.7%) continuaron internación en el Servicio de Clínica Médica con seguimiento por equipo de Salud Mental, 61 (34.1%) permanecieron internados en Guardia Externa, 3 (1.7%) internados por equipos de abordaje quirúrgico (Cirugía, Traumatología y/o Ginecología y Obstetricia), 6 (3.4%) fueron derivados desde el servicio de Guardia Externa a otro efector y 4 (2.2%) cursaron una única internación en UCI, y fallecieron dentro de la unidad.

De los pacientes ingresados por IS, hubo 110 (61.5 %) que fueron abordados por equipo de Salud Mental (SM) durante internación, 41 (22.9%) continuaron con seguimiento ambulatorio, 13 (7.3%) fueron derivados a otro efector, 11 (6.1%) se retiraron sin abordaje por SM (Alta voluntaria/ Fuga) y en un 2.2% por la severidad del episodio, los pacientes fallecieron en Unidad Crítica antes de lograr el abordaje por parte de SM.

Entre los aparentes desencadenantes en los IS, identificados en la entrevista interdisciplinaria detallada en la historia clínica, se recabó: que en 104 pacientes (58,1%) el IS estuvo asociado a problemáticas vinculares o duelos, en 21 casos (11,7%) se vinculan a conflictos laborales o económicos, en 18 (10,1%) se relacionaron a violencia de género y/o abuso sexual, en 10 (5,6%) con el consumo de sustancias tóxicas, en 6 (3,4%) con el diagnóstico de enfermedades y/o mal control del dolor. En los 20 casos restantes (11,2%) no se obtuvo el dato. En la **Figura 8** se observa la misma variable discriminada por sexo.



Respecto a tratamientos indicados pos-evento, se obtuvo el dato en 160 (89,4%) individuos. Entre estos, 110 (68,8%) egresaron con indicación de terapia farmacológica. Finalmente, 4 de los 179 pacientes (2,2%) fallecieron.

## **Análisis inferencial:**

Al analizar las modalidades de IS, se observó que el sexo femenino presentó mayor riesgo de proceder mediante la ingesta de tóxicos (OR=1.69; IC95%=1.30-2.21;  $p<0.0001$ ). Asimismo, al realizar un análisis similar sobre el sexo masculino, se observó que estos pacientes procedieron en mayor medida con la modalidad asfixia (OR=2.75; IC95%=1.89-4.01;  $p<0.0001$ ). No se halló relación entre otras metodologías.

Respecto de la gravedad relacionada al método seleccionado, se observó que la metodología vinculada a un desenlace más grave fue la herida de arma de fuego (OR=3.90; IC95%=3.0-5.2;  $p=0.005$ ); mientras que el método de intoxicación se vinculó a una presentación no grave (OR=0.38; IC95%=0.18-0.79;  $p=0.008$ ). El resto de los métodos no tuvieron relación estadísticamente significativa con la gravedad del método.

Cuando se analizó la relación entre el sexo y la gravedad del método, se observó que entre los hombres existió mayor riesgo de un intento de suicidio grave (OR=1.79; IC95%=1.19-2.70;  $p<0.008$ ).

Al relacionar la gravedad del método con el antecedente de consumo de drogas, se observó que entre los mismos el método fue clasificado como grave (OR=2.49; IC95%=1.06-2.27;  $p=0.032$ ); así como también en los casos de antecedente de consumo de alcohol (OR=2.49; IC95%=1.05-5.88;  $p=0.034$ ).

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la edad y la elección de un método de IS específico.

Al analizar la relación entre el antecedente de intentos de suicidio previo y: el sexo, edad, escolaridad alcanzada, contención socio-familiar, historia familiar de conducta suicida, desempleo, gravedad del método actual; no se halló relación estadísticamente significativa entre las variables.

No se halló relación estadísticamente significativa entre la modalidad utilizada en el intento previo y el método elegido en el IS actual.

No se encontró una relación con significancia estadística entre el método de intoxicación medicamentosa con psicofármacos y la prescripción previa de los mismos.

## DISCUSIÓN

---

La muerte autoprovocada nunca es el resultado de un solo factor o hecho. No obstante, los profesionales de la salud que trabajan en esta problemática advierten que pueden identificarse algunas causas que, combinadas con otros factores, podrían llevar a una conducta suicida.

A instancia de los resultados que se exhiben, se observa que el porcentaje de IS es mayor en el sexo femenino que masculino en todos los grupos de edad y en el mismo período evaluado, destacándose tal como refiere la bibliografía revisada, que la epidemiología de los IS es diferente a los suicidios consumados, siendo los intentos más frecuentes entre mujeres y el suicidio consumado más frecuente en hombres (7,14,15). En concordancia con esto, se halló además que los hombres tuvieron tendencia a tener intentos con mayor severidad (moderado – grave) en comparación con las mujeres, cuyos intentos fueron clasificados en su mayoría con menor gravedad (moderados – leves). Los comportamientos culturales atribuidos al género masculino, tales como menor tendencia a comunicar sus problemas y a reconocer que necesitan ayuda o que tienen dificultades, lleva quizás a los varones a concretar las acciones de manera más frecuente que las mujeres. Además, la tendencia de usar métodos más letales como ahorcamiento o la utilización de armas de fuego.(19)

Un dato a destacar es el alto porcentaje que estaban desempleados, se sostiene que una de las causas de mayor preocupación y necesidad de dar fin a la vida es la percepción de no alcanzar a cubrir las necesidades básicas de la supervivencia, lo cual en algunas personas afecta al límite de dar por concluida su vida en forma voluntaria. Numerosas investigaciones han intentado encontrar la relación entre las crisis económicas y el aumento de las conductas suicidas. En un estudio europeo se describe que estas crisis van acompañadas de un incremento en la prevalencia de trastornos afectivos, de ansiedad, y de trastornos por uso de sustancias (20). Sin embargo la relación entre estas y las tasas de suicidio es controvertida, está sujeta a diferentes interpretaciones, y presenta diferencias entre unos países y otros; el mismo estudio refiere que el aumento del PBI (Producto Bruto Interno) reduce las tasas de suicidio en los países europeos, y sin embargo las incrementa en los países latinoamericanos, esto podría explicarse por el desigual reparto de la riqueza que tiene lugar en las economías de países emergentes

Si se visualizan los porcentajes de individuos que consumían drogas y/o alcohol, se destaca que en aproximadamente 3 de cada 10 tenían este antecedente. Es conocido que el consumo de drogas y/o alcohol se ha relacionado con mayor riesgo de conducta suicida (21). La Organización Panamericana de la Salud describe que el riesgo de tener ideas suicidas, IS y suicidio consumado aumentan de 2 a 3 veces en las personas con trastornos derivados del consumo de alcohol, si se compara con la población general(22).

Al analizar la variable de consumo de sustancias pero discriminada por sexo se observó que el IS relacionado con consumo de sustancias tóxicas sólo se encuentra en hombres y que los conflictos vinculares, conflictos laborales/económicos y violencia de género se describieron en mayor medida a mujeres lo que subraya el gran valor del trabajo de prevención de estas problemáticas.

Respecto a la edad, se destaca que el grupo etario predominante pertenece al de 30 a 59 años, por lo que la comorbilidad generada, y tiempo de internación tras IS implica un impacto profundo en la situación socioeconómica, ya que pertenecen a la población llamada económicamente activa. Merece atención además el grupo de 14 a 19 años que representa el segundo grupo etario predominante, dicha población es la más alejada de los servicios sanitarios, lo que compromete a los agentes de salud a prestar especial atención, en detectar posibles indicadores que orienten a un mayor riesgo de conductas suicidas, y dar espacio al diálogo, escucha, que vaya más allá del “control de salud”. En Argentina, un estudio publicado por UNICEF en 2019, indica que los casos de suicidio en la adolescencia se triplicaron en los últimos 30 años. La cifra ascendió a 12,7 cada 100.000 adolescentes entre los 15 y los 19 años, y hoy constituye la segunda causa de muerte en la franja de 10 a 19 años (23).

Entre otros factores, la ausencia de personas significativas o instituciones que puedan contener, sostener, proteger y acompañar a los chicos y las chicas en su desarrollo psicosocial, las dificultades para cumplir con los estándares sociales aceptados al momento de atravesar la transición de la juventud a la adultez, el padecimiento mental no atendido y el abuso sexual son otros factores que podrían precipitar la decisión de quitarse la vida y que se debe tener muy presentes y no perder la oportunidad de detectarlos en el encuentro con estos jóvenes en el consultorio.

El estudio que presentó UNICEF que evaluó el nivel educativo en adolescentes que fallecieron por suicidio se observaron mayores tasas de suicidio entre los jóvenes que tienen menores niveles de educación (23). En este estudio aproximadamente el 60% de los individuos, sólo tenía primaria completa, alrededor de un 11% habían finalizado el secundario, y menos del 2% tenían estudios universitarios o terciarios. Este dato podría indicar un vínculo entre eventos relativos al suicidio y grados de vulneración social.

Se debe destacar que la historia de IS previo en la población estudiada, estuvo presente en un porcentaje cercano al 50%. Este dato resulta de especial interés, debido a que numerosos estudios han identificado dicho antecedente como unos de los principales factores de riesgo para el reintento de suicidio o suicidio consumado, sobretudo en el período de 180 días posterior al primer intento.(6,24) Por dicho motivo, es de crucial importancia como estrategia de prevención el seguimiento estrecho de los pacientes en los primeros meses tras el IS.

Finalmente, se observó que cuando el método empleado fue intoxicación medicamentosa, los psicofármacos, han sido el recurso más utilizado, lo cual podría indicar que existe un mercado de comercialización que no está perfectamente controlado, ya que todos los psicofármacos deben dispensarse con receta archivada, por cuanto no estarían cumpliendo con la legislación vigente los proveedores de dichos fármacos. Aquí se instala otro interrogante y a la vez una oportunidad de pesquisa para los agentes de salud, y se resalta que pueden ser éstos, potenciales facilitadores de medios para los IS (psicofármacos), así es que resulta necesario interiorizarse en las historias de las personas que buscan en el médico ayuda. Nuevamente, se vuelve indiscutible la importancia de una buena relación médico-paciente. Vale indicar que se debe trabajar pensando en la promoción de que “no están solos”, que “hablar y escuchar” seguramente contiene un valor adicional en la prevención.

La información contenida en el presente estudio aporta algunos datos que podrían resultar útiles para el diseño de programas de prevención relacionados con este problema, comenzando con los grupos más afectados, y haciéndolo extensivo a toda la población, través de la oportuna detección y/o manejo de posibles factores asociados a las CS.

**Limitaciones.** Se trató de un estudio unicéntrico, por lo que los datos obtenidos en esta investigación pueden no ser extrapolables a otras poblaciones. Se trató de un trabajo con recogida de datos tipo retrospectiva, lo cual pudo limitar la riqueza descriptiva del estudio. Resulta necesaria la replicación de este trabajo mediante nuevas experiencias prospectivas y multicéntricas.

## CONCLUSIONES

---

La población observada comprendió mujeres de edad media (30-59 años). El método de IS más frecuente fue el de intoxicación medicamentosa, siendo los psicofármacos los más utilizados.

Las mujeres presentaron mayor riesgo de proceder mediante la intoxicación medicamentosa y los hombres tuvieron mayor riesgo de proceder mediante la modalidad de ahorcamiento.

La metodología relacionada con un desenlace más grave fue la de herida de arma de fuego, mientras que el método de ingesta de tóxicos se relacionó con una presentación no grave. Los hombres tuvieron intentos de suicidio categorizados como más graves respecto a las mujeres.

Hubo 3 de cada 10 individuos presentaban el antecedente de consumo de alcohol y/o drogas. En estos casos se observó mayor riesgo de realizar intentos de suicidio clasificados como graves.

El antecedente de un IS estuvo presente en cerca de la mitad de la población pero dicho antecedente no se relacionó con variables como la edad, sexo, nivel educativo, desempleo, ni con la gravedad del método actual.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

---

1. Altavilla D, Antequera A, Basile H, Beines F, Bentolila S, Boronat C, et al. Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones - Descripción. Dir Nac Salud Ment y Adicciones [Internet]. 2010; 6–59. Disponible en:<http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000879cnt-2018-lineamientos-atencion-intento-suicidio-adolescentes.pdf>
2. Chávez-Hernández AM, Leenaars AA. Edwin S Shneidman y la suicidología moderna. Salud Ment. 2010; 33(4):355–60.
3. García de Jalón, E; Peralta V. Suicide and risk of suicide. An Sist Sanit Navar. 2009; 25(Suppl 3):87–96. Disponible en: [https://www.academia.edu/29053089/Suicide\\_and\\_risk\\_of\\_suicide](https://www.academia.edu/29053089/Suicide_and_risk_of_suicide)
4. World Health Organization. Suicide prevention: A global imperative Suicide Prevention. 2014. Disponible en: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/136083/9789275318508\\_spa.pdf;jsessionid=FF4735A7527A5A91B1657D0C5B7818A0?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/136083/9789275318508_spa.pdf;jsessionid=FF4735A7527A5A91B1657D0C5B7818A0?sequence=1)
5. World Health Organization. Suicide worldwide in 2019: global health estimates. World Heal Organ 2021 Disponible en: <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1350975/retrieve>
6. OPS/OMS. Prevención de la conducta suicida. Vol. ISBN: 978-, Organización Panamericana de la Salud 2016. 2016. 149–154 p.
7. World Health Organization. Suicide [Internet]. 2 September 2019. 2019. Disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
8. Organización Panamericana de la Salud. Vivir la vida. Guía de aplicación para la prevención del suicidio en los países. Guía de aplicación para la prevención del suicidio en los países. Washington, D.C.; 2021.
9. Congreso de la Nación - Ley 27130 Texto completo | Argentina.gob.ar [cited 2022 Oct 29]. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-27130-245618/texto>
10. Novas Sandra, Martínez Carlos, equipo técnico del Ministerio de Salud de la Nación y colaboradores. Lineamientos para la atención del intento de suicidio en adolescentes. 2018. Disponible en: <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-08/2020-lineamientos-atencion-intento-suicidio-adolescentes.pdf>
11. Fazel S, Runeson B. Suicide. N Engl J Med. 2020 Jan 15; 382(3):266–74.

12. Ministerio Nacional de la Salud. Perfil epidemiológico del suicidio en argentina algunas aproximaciones. 2011. Disponible en:  
[https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios\\_catedras/obligatorias/065\\_salud1/material/archivos/fichas/perfil\\_epidemiologico\\_del\\_suicidio.pdf](https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/065_salud1/material/archivos/fichas/perfil_epidemiologico_del_suicidio.pdf)
13. Santoro A. Recálculo de las tendencias de mortalidad por accidentes, suicidios y homicidios en Argentina, 1997-2018. *Rev Panam Salud Pública*. 2021;45:1.
14. Ruiz MG, Kuvischansky JM, Hess L, Fransescutti M, Tejera Y, Matacín MJ. El comportamiento suicida en el departamento de emergencia. Serie de casos en un periodo de 2 años en el Centro de Emergencia y Trauma de Rosario. 2016;52–9.
15. World Health Organization. Suicide in the world- Global Health Estimates. 2019. Disponible en:  
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/326948>
16. Schmidtke A, Bille-Brahe U, DeLeo D, Kerkhof A, Bjerke T, Crepet P. 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* ISSN 0001-6YUX Attempted. 1996; 328.
17. Cantoral-Cancino DC, Betancourt-Ocampo D. Intento de suicidio y ambiente familiar en adolescentes de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. *Rev Educ y Desarrollo*. 2011;8(19):59-66. Disponible en: [http://www.cucs.udg.mx/revistas/edu\\_desarrollo/anteriores/19/019\\_Cantoral.pdf](http://www.cucs.udg.mx/revistas/edu_desarrollo/anteriores/19/019_Cantoral.pdf)
18. Ruiz de Pellón Santamaría Á. Estudio descriptivo de pacientes atendidos en un Hospital General tras tentativa suicida en Guipuzcoa, España. 2016; Disponible en:  
<http://hdl.handle.net/10902/9665>
19. Mejías-Martín Y, de Dios Luna del Castillo J, Rodríguez-Mejías C, Martí-García C, Pablo Valencia-Quintero J, Paz García-Caro M. Factors Associated with Suicide Attempts and Suicides in the General Population of Andalusia (Spain). 2019. Disponible en:  
[www.mdpi.com/journal/ijerph](http://www.mdpi.com/journal/ijerph)
20. Sánchez SM, Jorge PG, García S, García DF, Barreiro LP, Fernández LM, et al. Suicidal Behaviour and Economic Crisis. *Norte salud Ment*. 2014;XII(1):36–43. Disponible en:  
<http://revistanorte.es/index.php/revista/article/view/764>
21. Sanidad MDE. Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. 2010; 27. Disponible en:  
[http://www.guiasalud.es/GPC/GPC\\_481\\_Conducta\\_Suicida\\_Avaliat\\_vol1\\_compl.pdf](http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_481_Conducta_Suicida_Avaliat_vol1_compl.pdf)
22. Salud OP de la. El alcohol y el suicidio. 2021; 39870. Disponible en:  
<https://iris.paho.org/handle/10665.2/55184>

23. UNICEF. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2019): El suicidio en la adolescencia. Situación en la Argentina. Buenos Aires, Argentina: UNICEF. 2019;17,18.
24. Espandian A, González M, Reijas T, Florez G, Ferrer E, Saiz PA, et al. Factores predictores de riesgo de repetición de intento de suicidio en una muestra de pacientes ambulatorios. Rev Psiquiatr Salud Ment. 2020;13(1):11–21.