

Análisis multidimensional de factores clínicos, demográficos y culturales en la ideación y conducta suicida en una sala de internación psiquiátrica

Sebastián Malleza[✉], Lara A. Remezovski[✉], Fernando C. Bertolani[✉] y Daniel Matusевич[✉]

Departamento de Psiquiatría, Hospital Italiano de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina

RESUMEN

Introducción: el suicidio es responsable del 1,5% de las muertes mundiales, totalizando aproximadamente 800 000 muertes al año. Se estima que se convertirá en uno de los mayores contribuyentes a la carga mundial de morbilidad en las próximas 2 décadas. La formación clínica adecuada en el campo de la suicidología y la prevención de la conducta suicida resulta de especial relevancia en el contexto de la sala de internación de Psiquiatría. El presente estudio tiene como objetivo analizar los factores que contribuyen a la ideación y al comportamiento suicida en pacientes hospitalizados en la sala de internación de Psiquiatría de un hospital general universitario.

Materiales y métodos: se realizó un estudio transversal de pacientes hospitalizados durante un año (octubre de 2018 a septiembre de 2019, n=254). Se examinaron las variables sociodemográficas, culturales y clínicas asociadas al suicidio.

Resultados: el 39,4% de los pacientes que ingresaron en el período de estudio refería ideación suicida, el 13,4% un plan suicida y el 10,6% había presentado un intento de suicidio. Las mujeres tuvieron mayor chance de hospitalización debido a ideación suicida (OR=2,22, IC 95% [1,28-3,77]), plan suicida (OR=2,77, IC 95% [1,15-6,62]) e intento suicida (OR=3,12, IC 95% [1,13-8,47]). El 70% de los pacientes mayores de 65 años que tenían un plan suicida vivían solos, mientras que dicho porcentaje fue del 80% para quienes ingresaron luego de un intento de suicidio.

Conclusiones: la mayor parte de los datos epidemiológicos en relación con la conducta suicida provienen de países desarrollados. Tratándose de un fenómeno de suma complejidad, creemos necesario incorporar al análisis aristas sociales, político-económicas, culturales y de género. La aplicación del método ideográfico podría brindar una herramienta útil para avanzar nuestro entendimiento en el campo de la suicidología, planteando un abordaje que se nutra de información tanto cuantitativa como cualitativa centrada en la persona, en un proceso iterativo que parta del individuo y luego busque elementos comunes contextualizados.

Palabras clave: suicidio, epidemiología, aislamiento, mujer, cultura, ideográfico.

Autor para correspondencia: sebastian.malleza@hospitalitaliano.org.ar, Malleza S.

Recibido: 24/08/23 Aceptado: 16/04/23 En línea: 21/05/24

DOI: <http://doi.org/10.51987/revhospitalbares.v44i2.290>

Malleza S, Remezovski LA, Matusевич D. Análisis multidimensional de factores clínicos, demográficos y culturales en la ideación y conducta suicida en una sala de internación psiquiátrica. Rev. Hosp. Ital. B. Aires. 2024;44(2):e0000290

Multidimensional Analysis of Clinical, Demographic, and Cultural Factors in Suicidal Ideation and Behavior in a Psychiatric Inpatient Ward

ABSTRACT

Introduction: Suicide is responsible for 1.5% of deaths worldwide, totaling approximately 800,000 deaths per year. Estimates suggest that it will become one of the leading contributors to the global burden of morbidity in the next two decades. Proper clinical training in the field of suicidology and the prevention of suicidal behavior is particularly relevant in the context of the psychiatric inpatient ward. This study aims to analyze the factors that contribute to suicidal ideation and behavior in patients hospitalized in the psychiatric inpatient ward of a general university hospital.

Materials and Methods: We conducted a cross-sectional study of hospitalized patients over one year (October 2018 to September 2019, n=254). We examined sociodemographic, cultural, and clinical variables related to suicide.

Results: Of the patients admitted during the study period, 39.4% reported suicidal ideation, 13.4% had a suicidal plan, and 10.6% had attempted suicide. Women had a higher chance of hospitalization due to suicidal ideation (OR=2.22, 95% CI [1.28-3.77]), suicidal plan (OR=2.77, 95% CI [1.15-6.62]), and suicide attempt (OR=3.12, 95% CI [1.13-8.47]). Seventy percent of patients over 65 years old with a suicidal plan lived alone, while this percentage was 80% for those admitted after a suicide attempt.

Conclusions: Most epidemiological data on suicidal behavior come from developed countries. Considering the complexity of this phenomenon, we believe it is necessary to incorporate social, political-economic, cultural, and gender perspectives into the analysis. Application of the idiographic method could provide a useful tool to advance our understanding of suicidology by proposing an approach that draws on quantitative and qualitative information centered on the individual in an iterative process that starts with the individual and then seeks contextualized common elements.

Key words: suicide, epidemiology, isolation, women, culture, ideographic, ideographic.

INTRODUCCIÓN

Cada año alrededor de 800 000 personas se suicidan en todo el mundo, lo que representa el 1,5% de las muertes a nivel global. En 2019, el suicidio fue la causa más frecuente de defunción en el grupo etario de 15 a 29 años¹. Por cada suicidio, se calculan aproximadamente 20 tentativas suicidas, que alcanzan entonces 16 millones de intentos por año, y 160 millones de pacientes que presentan ideación suicida². Se estima que el suicidio se convertirá en uno de los mayores contribuyentes a la carga mundial de morbilidad en las próximas 2 décadas³.

Las tasas de suicidio varían en función del sexo y el grupo etario, con mayor prevalencia en ancianos y en hombres (15,6 suicidios cada 100 000 hombres vs. 7 suicidios cada 100 000 mujeres)⁴. La epidemiología de las conductas autoagresivas (ya sea con fines suicidas o no suicidas) difiere en este sentido, con mayor prevalencia en mujeres y jóvenes. Aproximadamente 1 de cada 50 personas que realiza un intento de suicidio morirá luego por un suicidio consumado dentro de los siguientes 12 meses, y 1 de cada 25 personas lo hará al cabo de los siguientes 5 años⁵.

La contundencia alarmante de estas cifras subraya la relevancia y gravedad que el fenómeno suicida ha adquirido para la Salud Pública, y nos insta a profundizar su estudio en uno de los dispositivos en el que cobra mayor protagonismo: la sala de internación psiquiátrica.

Consideramos este entorno como un escenario ventajoso donde se pueden estudiar las diversas facetas del comportamiento suicida, con el propósito final de brindar una atención mejorada a las personas que enfrentan padecimientos de salud mental graves⁶.

Como profesionales en el campo de la Salud Mental nos enfrentamos a un desafío que resalta la necesidad de proporcionar una educación clínica adecuada en el campo de la suicidología. Esta formación debe priorizar la adquisición de conocimientos y habilidades tanto en el cuidado de individuos en riesgo de autolesiones como en la implementación de estrategias de prevención y posvención del suicidio⁷. En el marco de un hospital general universitario nos convoca especialmente en este sentido la formación de los residentes médicos y psicólogos^{8,9}.

El objetivo del presente trabajo es examinar determinantes epidemiológicos, clínicos y culturales que podrían vincularse con la ideación y conducta suicida, en los pacientes hospitalizados en la sala de internación de Psiquiatría de un hospital general universitario del sector privado. Conscientes de estar frente a uno de los temas más sensibles de la Salud Mental, aplicamos un método donde la información cuantitativa se complementa con el análisis cualitativo, con el objeto de evitar reflexiones abstractas generadoras de confusión en un escenario no exento de complejidad.

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño

Se realizó un estudio de corte transversal en el que se relevaron datos sociodemográficos, clínicos y terapéuticos de pacientes internados en la Sala de Psiquiatría entre el 1 de octubre de 2018 y el 30 de septiembre de 2019 inclusive¹⁰. A partir de la información obtenida decidimos profundizar el análisis en los determinantes vinculados con el fenómeno suicida. En relación con los detalles de diseño y las especificaciones metodológicas del trabajo, estos se encuentran en la publicación de referencia¹⁰.

Ámbito y población

La Sala de Internación de Psiquiatría se encuentra en la sede central de la red hospitalaria. Los pacientes que se internan en dicho dispositivo son de ambos sexos. Se trata de un dispositivo para pacientes agudos y subagudos. A la fecha de realización de este trabajo, la sala de internación contaba con 31 camas en total¹⁰.

Análisis estadístico

Se representaron las variables cuantitativas a través de medidas de tendencia central, ya sea la media o la mediana (según corresponda), junto con el desvío estándar (SD) o el rango intercuartílico (IQR). Para las variables categóricas, se expresaron en forma de proporciones. En cuanto al análisis estadístico se llevaron a cabo comparaciones entre las variables cuantitativas mediante pruebas T-Test o Mann-Whitney, mientras que para las variables categóricas se utilizaron las pruebas de Chi-Cuadrado y Fisher.

Se consideró que los resultados eran estadísticamente significativos cuando el valor de *p* (*p*-valor) era inferior a 0,05. El *software* empleado para realizar estos análisis estadísticos fue R-4.0.3.

Consideraciones éticas

El protocolo del presente estudio fue aprobado por el Comité de Ética de Protocolos de Investigación institucional y fue conducido de acuerdo con los principios éticos y normas regulatorias de investigación en salud humana a nivel nacional e internacional, en concordancia con la Resolución del Ministerio de Salud de La Nación, la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial y todas sus enmiendas, y respetando las Normas de Buenas Prácticas Clínicas ICH E6. La principal fuente de datos utilizada fue el registro electrónico de salud institucional, en el cual los pacientes firmaron en todos los casos, al momento del registro, un consentimiento informado voluntario y certificado para el uso de sus datos. El estudio no presentó ningún tipo de riesgo para el paciente. La confidencialidad de los datos del paciente fue garantizada, con acceso restringido a la información solo para los investigadores del estudio.

RESULTADOS

Se examinaron 259 casos de pacientes que habían experimentado una hospitalización en la unidad de psiquiatría durante el período de investigación. De este conjunto se excluyeron cuatro pacientes debido a que

eran menores de 18 años, y una paciente adicional fue excluida debido a la insuficiencia de datos requeridos para completar el formulario de egreso. En consecuencia, la muestra final incluyó a 254 pacientes¹⁰. Los resultados generales se encuentran en la publicación de referencia¹⁰. Analizaremos en el presente trabajo exclusivamente los aspectos relevantes a la ideación y conducta suicida (Tabla 1). A tales efectos utilizamos la definición de comportamiento suicida desarrollada por Mann y Oquendo¹¹, de acuerdo con lo plasmado en la Escala Columbia para Evaluar la Seriedad de la Ideación Suicida (C-SSRS)¹².

Con el objeto de estructurar el análisis decidimos separar los resultados en tres grupos:

A. En primer término, considerando que la presencia de ideación suicida confiere un aumento del riesgo de suicidio consumado aun en ausencia de patología psiquiátrica¹³, creemos relevante profundizar con respecto a aquellos pacientes que presentan ideación suicida sin plan específico (IS) al momento del ingreso.

B. Posteriormente, nos centramos en determinantes que resultaron relevantes en aquellos pacientes que presentan un plan suicida (PS).

C. Por último, analizamos al grupo de pacientes que ingresaron luego de haber realizado una tentativa de suicidio (TS).

A. Grupo de pacientes con ideación suicida

De los 254 pacientes internados en la sala de Psiquiatría durante el período de estudio, 100 (el 39,4%) presentaba al ingreso ideación suicida sin plan específico. De acuerdo con lo observado en la tabla 2, un porcentaje significativamente mayor de pacientes con ideación suicida eran de sexo femenino (OR=2,22, [IC 95%=1,28-3,77], *p*=0,004). Esta tendencia también se observa en los diferentes grupos etarios, lo que resulta concordante con lo descrito por la literatura^{5,14}.

A propósito de la estratificación por edad observamos una mayor proporción de hospitalizaciones en los pacientes adultos de entre 35 y 65 años (45%), sin ser estadísticamente significativa (*p*=0,70). Los jóvenes y ancianos presentaron una frecuencia relativa similar de ideación suicida. Identificamos una proporción elevada de población mayor de 65 años que vivía sola al momento del ingreso (59,2%).

Observamos asimismo un porcentaje significativamente mayor de pacientes con antecedentes de tentativa suicida previa, lo que constituye un indicador epidemiológico para considerar en la valoración del riesgo autoagresivo y es consistente con lo descrito en la literatura (OR= 4,02 [IC 95%=2,34-6,91], *p*<0,001)¹⁵. Con respecto a los antecedentes familiares, las diferencias halladas no fueron significativas (OR=1,47 [IC 95%=0,73-2,94], *p*=0,27).

B. Grupo de pacientes con plan suicida

En la tabla 3 se muestran los resultados del grupo de pacientes que presentaban al ingreso un plan suicida específico, que alcanzó al 13,4% de los pacientes internados durante el período del estudio. Encontramos nuevamente

Tabla 1. Epidemiología del suicidio. Total de pacientes hospitalizados

	Total n = 254	De 18 a 35 años n = 67	De 35 a 65 años n = 111	Mayores de 65 años n = 76
Sexo				
Masculino	99 (39%)	32 (47,8%)	44 (39,6%)	23 (30,3%)
Femenino	155 (61%)	35 (52,2%)	67 (60,4%)	53 (69,7%)
Edad (media DS)	51,9 (21,2)	24,8 (4,9)	50,4 (8,7)	77,8 (7)
Duración Int (media DS)	28,8 (32,3)	37 (53,4)	24,1 (18,5)	28,6 (20,7)
Conductas autoagresivas = Sí (%)	48 (18,9%)	18 (26,9%)	20 (18,0%)	10 (13,2%)
Ideación autoagresiva = Sí (%)	100 (39,4%)	28 (41,8%)	45 (40,5%)	27 (35,5%)
Plan suicida = Sí (%)	27 (10,6%)	8 (11,9%)	9 (8,1%)	10 (13,2%)
Tentativa suicida = Sí (%)	34 (13,4%)	10 (14,9%)	14 (12,6%)	10 (13,2%)
Antecedente personal de tentativa suicida = Sí (%)	93 (36,6%)	37 (55,2%)	44 (39,6%)	12 (15,8%)
Antecedente familiar de tentativa suicida = Sí (%)	38 (15,0%)	8 (11,9%)	21 (18,9%)	9 (11,8%)

Tabla 2. Grupo de pacientes que presentaban al ingreso ideación suicida

	Total n = 100	De 18 a 35 años n = 28	De 35 a 65 años n = 45	Mayores de 65 años n = 27
Sexo				
Masculino	28 (28%)	10 (35,7%)	14 (31,1%)	4 (14,8%)
Femenino	72 (72%)**	18 (64,3%)	31 (68,9%)	23 (85,2%)
Edad (media DS)	49,9 (21,2)	23,5 (4,24)	49,8 (8,4)	77,4 (6,52)
Duración int (media DS)	29,4 (38)	37,6 (65,3)	23,6 (13,7)	30,7 (25,1)
Vive solo/a	35 (35%)	3 (10,7%)	14 (31,1%)	16 (59,2%)***
Institucionalizado/a	35 (35%)	1 (3,6%)	0 (0%)	1 (3,7%)
Antecedente personal de tentativa suicida = Sí (%)	56 (56%)*	22 (78,6%)	29 (64,4%)	5 (18,5%)
Antecedente familiar de tentativa suicida = Sí (%)	19 (19%)	4 (14,3%)	11 (24,4%)	3 (11,1%)

* $p \leq 0,05$ ** $p \leq 0,01$ *** $p \leq 0,001$

Tabla 3. Grupo de pacientes que presentaban al ingreso plan suicida

	Total n=34	De 18 a 35 años n=10	De 35 a 65 años n=14	Mayores de 65 años n=10
Sexo				
Masculino	7 (20,6%)	2 (20%)	4 (28,6%)	1 (10%)
Femenino	27 (79,4%)*	8 (80,0%)	10 (71,4%)	9 (90,0%)
Edad (media DS)	50,7 (21,5)	23,3 (5,2)	52,4 (8,4)	75,6 (5,7)
Duración int (media DS)	27,7 (20,7)	31,1 (30,8)	24,4 (16,4)	29 (13,9)
Vive solo/a	12 (35,3%)	1 (10%)	4 (28,6%)	7 (70%)*
Institucionalizado/a	1 (2,9%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (10%)
Antecedente personal de tentativa suicida = Sí (%)	24 (70,6%)**	8 (80%)	12 (85,7%)	4 (40%)
Antecedente familiar de tentativa suicida = Sí (%)	9 (26,4%)*	2 (20%)	5 (35,7%)	2 (20%)

* $p \leq 0,05$ ** $p \leq 0,001$

en este grupo de alto riesgo epidemiológico una amplia predominancia de mujeres, que totalizaron el 79,4% de los pacientes (OR=2,77, IC 95% [1,15-6,62], p=0,018).

Consistentemente con los hallazgos del grupo anterior, el 28,6% de los pacientes que presentaban plan suicida vivían solos al momento del ingreso, porcentaje que ascendía al 70% en la población mayor de 65 años.

Observamos, de igual manera que en el grupo precedente, un porcentaje significativamente mayor de pacientes con antecedentes de tentativa suicida previa (OR=5,27, IC 95% [2,38-11,6], p<0,001). Con respecto a los antecedentes de tentativas suicidas en familiares también se identificó una asociación significativa (OR 2.37, IC 95% [1,01-5,58], p=0,04).

C. Grupo de pacientes con tentativa suicida

Consideramos dentro de este grupo tanto los intentos reales, como los interrumpidos y abortados de acuerdo con lo conceptualizado en la literatura^{11,12}. En nuestra muestra, el 10,6% de los pacientes ingresaron luego de haber realizado una tentativa suicida. De ellos, el 81,4% eran mujeres (OR=3,12, IC 95% [1,13-8,47], p=0,02). En el seguimiento realizado dos años después de la externación, ninguno de dichos pacientes había presentado un suicidio consumado, lo que jerarquiza el trabajo de prevención que realiza nuestro equipo de trabajo. En relación con los grupos etarios, el 37% de los pacientes con tentativas de suicidio eran mayores de 65 años. En relación con el grupo de convivencia, de los pacientes que ingresaron tras una tentativa de suicidio, el 44,4% vivía solo. Dicho porcentaje ascendía a 80% para los mayores de 65 años. La tabla 4 resume hallazgos relevantes en este grupo.

Observamos una duración de la internación significativamente mayor en los pacientes que ingresaron después de una tentativa de suicidio (13,8 días más de hospitalización en promedio, IC 95% [0,9-26,7], p=0,03).

El haber presentado tentativa de suicidio previamente triplicó las chances de hospitalización por una nueva tentativa (OR=3,38, IC 95% [1,48-7,73], p=0,003). Lo mismo

resulta consistente con lo descrito en la literatura en relación con la importancia de dicho elemento como factor predictivo^{14,16}.

DISCUSIÓN

En el presente trabajo nos propusimos describir y analizar una serie de determinantes epidemiológicos relevantes para caracterizar la ideación y conducta suicida en población hospitalizada de un hospital general universitario. Los resultados del estudio sugieren que las mujeres constituyen un grupo de mayor vulnerabilidad en todo el espectro suicida. Específicamente, la población de sexo femenino mostró al ingreso más del doble de chances de presentar ideación suicida, y casi el triple de chances de tener un plan suicida específico en comparación con los hombres. Las mujeres presentaron, asimismo, más de tres veces las chances de hospitalización posterior a una tentativa suicida que los hombres. Estos resultados resaltan la necesidad de priorizar el desarrollo de estrategias dirigidas a la prevención e intervención en grupos específicos.

Los hallazgos de nuestro estudio requieren profundizar el análisis de los factores socioculturales que podrían contribuir a este fenómeno¹⁷. La mayor parte de los datos epidemiológicos con respecto al suicidio en la mujer provienen de países centralizados, e identifican que las mujeres tienen tasas más elevadas de tentativas suicidas, mientras que los hombres presentan una mayor incidencia de suicidios consumados¹⁴. Hay, sin embargo, una marcada heterogeneidad intercultural en los patrones de conducta suicida. En Estados Unidos, por ejemplo, el suicidio es más frecuente en hombres blancos de edad adulta y ha sido considerado desde la época de la industrialización tanto un comportamiento "masculino" como un "acto individual". El suicidio en la mujer fue así relegado a interpretarse como un acto propio del varón, "desajustado", indicativo de psicopatología¹⁸. En contraposición, en sociedades como la de China, el suicidio surge como respuesta a la vulnerabilidad socioeconómica y a las adversidades, y es

Tabla 4. Grupo de pacientes que ingresaron posteriormente a una tentativa suicida

	Total n = 27	De 18 a 35 años n = 8	De 35 a 65 años n = 9	Mayores de 65 años n = 10
Sexo				
Masculino	6 (22,2%)	1 (12,5%)	3 (33,3%)	1 (10%)
Femenino	21 (77,8%)*	7 (87,5%)	6 (66,7%)	9 (90%)
Edad (media DS)	51,8 (21,1)	22,8 (4,43)	49,8 (8,9)	76,2 (6,2)
Duración int (media DS)	41,1 (61,6)*	72 (110)	28 (15)	27 (10)
Vive solo/a	12 (44,4%)	0 (0%)	4 (44,4%)	8 (80%)**
Institucionalizado/a	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Antecedente personal de tentativa suicida = Sí (%)	17 (63%)**	7 (87,5%)	6 (66,7%)	4 (40%)
Antecedente familiar de tentativa suicida = Sí (%)	7 (26%)	2 (25%)	2 (22,2%)	3 (30%)

*p ≤ 0,05 **p ≤ 0,001

más frecuente en mujeres jóvenes; en el hombre tiende a ser considerado como un acto de cobardía, un signo de debilidad. En este sentido, el suicidio adquiere allí el carácter de un “gesto público”, un intento desesperado por cambiar la realidad¹⁹.

Lo referido ilustra la manera en que los factores culturales e históricos complejizan una interpretación lineal del proceso suicida y muestra las limitaciones de los métodos estadísticos en capturar sus matices y complejidades, lo que deviene en una comprensión superficial o incompleta de un fenómeno que presenta múltiples aristas de análisis. En su lugar, creemos importante examinar los contextos en los que se produce el suicidio, desde una perspectiva tanto cultural como histórica. En este sentido, se podría hipotetizar que uno de los motivos por los cuales las mujeres constituirían un grupo de mayor riesgo suicida estaría relacionado con las construcciones culturales y las imposiciones de roles sociales. Emerge el fenómeno suicida como una forma de responder al estrés individual suscitado por los mandatos de género²⁰. No se pueden soslayar, asimismo, las implicaciones que tienen tanto la inequidad de oportunidades, como el hecho de que sufrir violencia de género aumenta dramáticamente las probabilidades de ser hospitalizadas por un intento de suicidio²¹. Esto último resalta la importancia de abordar la violencia de género como un factor en la prevención del suicidio.

En segundo término, un porcentaje elevado de pacientes mayores de 65 años que presentaban al ingreso ideación suicida, plan suicida o habían realizado una tentativa suicida vivían solos. A los efectos de aguzar la valoración clínica del riesgo autoagresivo, resulta importante reflexionar con respecto a las implicaciones del aislamiento social y la soledad. Aunque los términos aislamiento social y soledad a menudo se utilizan indistintamente, son conceptos distintos. El aislamiento social apunta a la pérdida objetiva de la red social^{22,23}, mientras que el sentimiento de soledad alude a la valoración subjetiva de la persona, a la percepción de una discrepancia entre las conexiones sociales deseadas y reales de un individuo²⁴. De esta forma, una persona puede vivir acompañada pero aún así experimentar soledad, y viceversa, vivir sola pero sentirse conectada a su red social. Si bien tanto el aislamiento como la soledad pueden darse en cualquier etapa vital, esta distinción es particularmente relevante en la población mayor de 65 años, que es más susceptible tanto al aislamiento social como a la soledad debido a cambios en el estilo de vida, la disminución de las condiciones de salud y los duelos inherentes a este período^{25,26}. Nuestra investigación indica que tanto el aislamiento social como la soledad son frecuentes en las personas mayores y que una proporción mayor de aislamiento social está presente en todo el espectro del comportamiento suicida.

El estudio del fenómeno suicida en la población gerontológica amerita introducir en el análisis determinadas particularidades; como hemos planteado previamente, la ruptura de la continuidad identitaria y la consecuente pérdida de la autonomía²⁷ constituyen algunos de los

retos más significativos de los muchos que se presentan en la vejez. Esto puede traer aparejada en ocasiones la sensación de pérdida del control, síntomas depresivos y desesperanza, delineando un mapa existencial de imprevisibles consecuencias. El suicidio aparecería así como una manera última y desesperada de recuperar el control perdido. Estos factores vendrían en tentativas más impulsivas, no premeditadas, donde la menor reserva cognitiva podría incidir en la utilización de métodos de mayor letalidad^{27,28}. Al adoptar un enfoque integral que reconozca las particularidades propias del ciclo vital por el que transitan los adultos mayores, los proveedores de atención médica pueden identificar mejor a aquellos en riesgo y brindar intervenciones adecuadas para reducir el riesgo de suicidio.

Como limitación del presente trabajo es pertinente notar que fue realizado a partir de un estudio de corte transversal cuyo objetivo principal radicaba en caracterizar variables epidemiológicas de pacientes internados en una sala de Psiquiatría, no diseñado específicamente a los efectos de indagar con respecto a la conducta suicida. En ese sentido, la variable sexo se encuentra dicotomizada en masculino/femenino ya que los datos fueron extraídos de bases secundarias, y no se contaba con información relacionada con la identidad de género. Caracterizar la epidemiología suicida teniendo en cuenta dicha variable resulta de sumo interés y constituirá una futura línea de trabajo.

Aunque este estudio brinda algunas reflexiones clínicamente relevantes, no permite la exploración de relaciones causales ni la valoración de resultados a largo plazo. Además, nuestros hallazgos se refieren a una población específica de un área de captación puntual, y es posible que no sean directamente aplicables a otros contextos culturales. Por lo tanto, es crucial tener precaución al extrapolar estos hallazgos a otras poblaciones, pues es necesario desarrollar trabajos específicos que permitan profundizar en relación con el fenómeno suicida en nuestro ámbito.

Pese a dichas limitaciones, creemos que nuestro estudio ubica elementos de interés clínico para evaluar el riesgo autoagresivo y que da cuenta de determinantes epidemiológicos que no son habitualmente relevados en el marco regional. Es igualmente valioso considerar los aportes cualitativos en la interpretación de datos cuantitativos, especialmente al tratar con fenómenos complejos y multifacéticos como el comportamiento suicida. Al combinar perspectivas cualitativas y cuantitativas, podemos obtener una comprensión más completa y articulada de esta problemática, así como identificar y acompañar con medidas de intervención y seguimiento específicas a la población de mayor riesgo.

CONCLUSIONES

Los resultados de este estudio transversal resaltan la importancia de proporcionar una formación adecuada a los profesionales de psiquiatría y psicología en el campo de la suicidología, especialmente a la luz de la alta prevalencia de ideación suicida entre los pacientes ingresados en la sala de internación de Psiquiatría. Concebimos el

proceso suicida como un fenómeno transdiagnóstico complejo que está moldeado por una multitud de factores entre los que se encuentran elementos socioculturales, antropológicos, biológicos, políticos y económicos. No podemos pensar al suicidio como una entidad homogénea, sino elegimos conceptualizarlos como los suicidios, problematizando el significado individual para la persona a la luz de determinantes colectivos. Si bien estamos convencidos de la importancia de contar con datos epidemiológicos que den cuenta de nuestra práctica, somos conscientes también de las limitaciones de aproximarse al fenómeno suicida únicamente a partir de generalizaciones.

En consonancia con lo desarrollado, la tendencia en los últimos años en el campo de la suicidología es considerar la ideación y la conducta suicida como emergentes de procesos dinámicos contextualizados y altamente específicos a nivel del individuo⁶. Se habla de procesos dinámicos de forma intencional: son varios los factores que interactúan para determinar el riesgo suicida, y la manera en la que dichos elementos se relacionan entre sí es variable. El contexto de la historia de la persona, incluidas sus experiencias personales y circunstancias, contribuye aún más a esta especificidad a nivel individual. El suicidio se manifiesta, entonces, como resultado de contingencias intraindividuales, y existen diferencias interindividuales que las enmarcan⁸⁰. Si la investigación en suicidología continúa valiéndose mayoritariamente de métodos estadísticos incapaces de capturar las particularidades individuales, nuestra habilidad para comprender y prevenir el suicidio continuará adoleciendo de limitaciones. Para superar estos obstáculos, creemos que es necesario adoptar un enfoque ideográfico (es decir, el estudio de casos individuales como medio para comprender el comportamiento, en lugar de buscar formular leyes generales) que se nutra tanto de la información cuantitativa como cualitativa en un proceso iterativo, comenzando desde el individuo y luego buscando elementos comunes^{6,31}. Este abordaje proporcionaría una comprensión más integral de las causas subyacentes y los factores que contribuyen al suicidio, lo que permitirá desarrollar estrategias de prevención y acompañamiento más personalizadas y eficaces.

Contribuciones de autores: Conceptualización: SM, LR, DM. Metodología: SM. Escritura manuscrito y versión final: SM, LR, FCB, DM. Análisis formal: SM. Revisión y Edición: SM, LR, FCB, DM.

Conflictos de intereses: los autores declaran no tener conflictos de intereses.

REFERENCIAS

- Naghavi M; Global Burden of Disease Self-Harm Collaborators. Global, regional, and national burden of suicide mortality 1990 to 2016: systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *BMJ*. 2019;364:l94. <https://doi.org/10.1136/bmj.l94>.
- World Health Organization. Preventing suicide: a global imperative [Internet]. Geneva: WHO; 2014 [citado 2023 ago 20]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564779>.
- Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Med*. 2006;3(11):e442. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0030442>.
- World Health Organization. The Global Health Observatory. Age standardized suicide rates (per 100 000 population) [Internet]. Geneva: WHO; 2019 [citado 2023 ago 20]. Disponible en: [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/age-standardized-suicide-rates-\(per-100-000-population\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/age-standardized-suicide-rates-(per-100-000-population)).
- Olfson M, Wall M, Wang S, et al. Suicide following deliberate self-harm. *Am J Psychiatry*. 2017;174(8):765-774. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2017.16111288>.
- Sewall CJR, Wright AGC. Personalizing suicidology. *Crisis*. 2021;42(6):405-410. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000834>.
- Shneidman ES. *The suicidal mind*. Oxford: Oxford University Press; 1998. 187 p.
- Strejilevich SA, Vallejos F, Bustin J. How Argentina is training their mental health residents to face its Silver Tsunami? *Int Psychogeriatr*. 2018;30(10):1573-1574. <https://doi.org/10.1017/S1041610218000182>.
- Matusевич D. Aplicación de los siete principios del aprendizaje pleno en una sala de internación de psiquiatría en el entrenamiento médico. *Rev Hosp Ital B. Aires* (2004). 2016;32(6):50-52.
- Malleza S, Abudarham T, Bertolani FC, et al. Análisis epidemiológico de la sala de internación de psiquiatría de un hospital general metropolitano de comunidad de la Ciudad de Buenos Aires, Argentina. *Vertex*. 2022;33(158, oct-dic):6-19. <https://doi.org/10.53680/vertex.v33i158.314>.
- Oquendo MA, Halberstam B, Mann JJ. Risk factors for suicidal behavior. En: First MB, ed. *Standardized evaluation in clinical practice*. Washington, DC: American Psychiatric Pub; 2003. p.103-129.
- Posner K, Brent D, Lucas C, et al. Columbia-suicide severity rating scale (C-SSRS): version 6/23/10 [Internet]. New York, NY: Columbia University Medical Center; 2008 [citado 2023 ago 20]. Disponible en: https://cssrs.columbia.edu/wp-content/uploads/C-SSRS_Pediatric-SLC_11.14.16.pdf.
- Fazel S, Runeson B. Suicide. *N Engl J Med*. 2020;382(3):266-274. <https://doi.org/10.1056/NEJMra1902944>. Errata en: *N Engl J Med*. 2020;382(11):1078. <https://doi.org/10.1056/NEJMx200005>.
- Iribarren C, Sidney S, Jacobs DR Jr, et al. Hospitalization for suicide attempt and completed suicide: epidemiological features in a managed care population. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2000;35(7):288-296. <https://doi.org/10.1007/s001270050241>.
- García de la Garza Á, Blanco C, Olfson M, et al. Identification of suicide attempt risk factors in a national US survey using machine learning. *JAMA Psychiatry*. 2021;78(4):398-406. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.4165>.
- Bostwick JM, Pabbati C, Geske JR, et al. Suicide attempt as a risk factor for completed suicide: even more lethal than we knew. *Am J Psychiatry*. 2016;173(11):1094-1100. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2016.15070854>.
- Wasserman D, Wasserman C. *Oxford textbook of suicidology and suicide prevention*. Oxford: Oxford University Press; 2020. 760 p.
- Canetto SS. Women and suicidal behavior: a cultural analysis. *Am J Orthopsychiatry*. 2008;78(2):259-266. <https://doi.org/10.1037/a0013973>.
- Kleinman A, Good BJ, eds. *Culture and depression: studies in the anthropology and cross-cultural psychiatry of affect and disorder*. Berkeley: University of California Press; 1985. 535 p.
- González RMS, Segura IP. Impacto diferencial del estrés entre hombres y mujeres: una aproximación desde el género. *Revistas Alternativas en Psicología*. 2016;36:112-120.
- Bergman B, Brismar B. Suicide attempts by battered wives. *Acta Psychiatr Scand*. 1991;83(5):380-384. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1991.tb05560.x>.
- Havens B, Hall M, Sylvestre G, et al. Social isolation and loneliness: differences between older rural and urban Manitobans. *Can J Aging*. 2004;23(2):129-140. <https://doi.org/10.1353/cja.2004.0022>.
- Clare Wenger G, Davies R, Shahtahmasebi S, et al. Social isolation and loneliness in old age: review and model refinement. *Ageing & Society*. 1996;16(3):333-358. <https://doi.org/10.1017/S0144686X00003457>.
- Peplau LA, Perlman D. Blueprint for a social psychological theory of loneliness. En: Cook M, Wilson G, eds. *Love and attraction: an international conference* [Internet]. Oxford: Pergamon; 1979 [citado 2023 ago 20]. p. 101-109. Disponible en: <https://books.google.com.ar/books?hl=en&lr=&id=rFRFBQAAQBA>