



Disponible en [www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com)

Acta de Investigación Psicológica  
Psychological Research Records

Acta de Investigación Psicológica 7 (2017) 2802–2810

[www.psicologia.unam.mx/acta-de-investigacion-psicologica/](http://www.psicologia.unam.mx/acta-de-investigacion-psicologica/)



Original

# Funcionamiento familiar e intentos de suicidio en un hospital público de Argentina

*Family functioning and suicide attempts at a public hospital of Argentina*

Graciela Verónica Burgos<sup>a,\*</sup>, Nilda Natalia Narváez<sup>a</sup>,  
Pamela Sabrina de las Mercedes Bustamante<sup>a</sup>, María Soledad Burrone<sup>b</sup>,  
Ruth Fernández<sup>c</sup> y Roberto Ariel Abeldaño<sup>d</sup>

<sup>a</sup> Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental, Hospital Diego Alcorta, Ministerio de Salud de Santiago del Estero, Santiago del Estero, Argentina

<sup>b</sup> Instituto de Ciencias de la Salud, Universidad de O'Higgins, Rancagua, Chile

<sup>c</sup> Escuela de Salud Pública, Universidad Nacional de Córdoba, Córdoba, Argentina

<sup>d</sup> División de Estudios de Posgrado, Universidad de la Sierra Sur, Oaxaca, México

Recibido el 31 de marzo de 2017; aceptado el 6 de noviembre de 2017

Disponible en Internet el 8 de diciembre de 2017

## Resumen

**Objetivo:** Analizar los componentes funcionales de la dinámica familiar y factores asociados al intento de suicidio en pacientes asistidos en un hospital público de Argentina en el año 2015.

**Métodos:** Se realizó un estudio descriptivo transversal en la guardia del Hospital Regional Dr. Ramón Carrillo. La muestra fue de 116 pacientes. Se administró un cuestionario con 2 instrumentos validados: el Apgar familiar y la Escala de riesgo de suicidio.

**Resultados:** El 51% de los casos fueron mujeres. El método más utilizado fue la ingesta de fármacos. Predominaron las personas sin pareja. Se obtuvo una media de edad de 28 años y un promedio de 2 intentos de suicidio por persona. Los componentes funcionales respecto de la comunicación y el afecto fueron los más afectados. Los factores asociados al riesgo suicida más importantes fueron los afectos negativos, los sentimientos de soledad y la ideación suicida. Se observó una correlación negativa entre funcionamiento familiar y riesgo suicida.

**Conclusiones:** La dinámica del grupo familiar influye de manera directa o indirecta sobre las conductas suicidas de un miembro del grupo familiar, por lo que es imprescindible reforzar las estrategias que prioricen la salud familiar y la detección precoz de conductas suicidas.

© 2016 Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

**Palabras clave:** Suicidio; Intento de suicidio; Relaciones familiares; Factores de riesgo; Argentina

## Abstract

**Objectives:** To analyze the functional components of family dynamics and factors associated with attempted suicide in assisted patients in a public hospital in the city of Santiago del Estero in 2015.

\* Autor para correspondencia. Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental. Hospital Diego Alcorta, Ministerio de Salud de Santiago del Estero. Ruta 9 S/N. Santiago del Estero, Capital. Argentina. Teléfono + 543854387988.

Correo electrónico: [gray\\_2200@hotmail.com](mailto:gray_2200@hotmail.com) (G.V. Burgos).

La revisión por pares es responsabilidad de la Universidad Nacional Autónoma de México.

<https://doi.org/10.1016/j.aiprr.2017.11.009>

2007-4719/© 2016 Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

**Methods:** A cross-sectional descriptive study was performed at the Regional Hospital Dr. Ramón Carrillo. The sample was 116 patients. A questionnaire was administered with two validated instruments: the family Apgar and the Suicide Risk Scale.

**Results:** A total of 51% of the cases were women; the most commonly used method was drug ingestion. People with no partner predominated. An average age of 28 years was obtained. An average of two suicide attempts per person. The functional components regarding communication and affect were the most affected. The factors associated with the most important suicidal risk were negative affections, feelings of loneliness and suicidal ideation. There was a negative correlation between family functioning and suicidal risk.

**Conclusions:** The dynamics of the family group directly or indirectly influence the suicidal behavior of a member of the family group. Therefore, it is essential to reinforce strategies that prioritize family health and the early detection of suicidal behavior.

© 2016 Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

**Keywords:** Suicide; Suicide attempt; Family relations; Risk factors; Argentina

## Introducción

El suicidio es definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como el «acto deliberado de quitarse la vida» (Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones [DNSMyA], 2012.). Dicha conducta se encuentra enmarcada dentro de un concepto más amplio denominado conductas suicidas (Bertolote, 2009). Según los informes epidemiológicos de la OMS (Organización Mundial de la Salud, 2014), cada año mueren alrededor de un millón de personas por suicidio, razón por la cual se encuentra entre las 10 principales causas de defunción en personas mayores de 5 años de edad. Se destaca que en la población de 15 a 24 años se evidenció un aumento significativo, por lo que pasó a ser la tercera causa de muerte para este grupo. Por cada suicidio se registran 20 intentos (Bertolote, 2009).

En la Argentina (DNSMyA, 2015), la tasa de mortalidad por suicidio para el año 2013 fue de 7.2/100,000 habitantes, con un aumento considerable en el grupo de 15 a 24 años (13.8/100,000 habitantes), mientras que se redujo en los grupos de mayor edad (más de 55 años), que históricamente registraron las tasas más altas.

Son múltiples los factores que se asocian a las conductas suicidas (Casullo et al., 2000; Cortés Alfaro, Aguilar Valdés, Suarez Medina, Rodríguez Dávila y Duran Rivero, 2011; Molina y Lechuga, 2003; Núñez Gómez et al., 2008), entre las que se destacan la presencia de enfermedad psiquiátrica o síntomas psicológicos, especialmente la depresión (Borges et al., 2010; Botega, 2005; Gómez-Durán, 2016; Organización Mundial de la Salud, 2000), el consumo problemático de sustancias psicoactivas, algunas características sociodemográficas (Borges et al., 2010; Coope et al., 2014; Nock et al., 2008; Värnik et al., 2008) la presencia de enfermedades

crónicas (Molina y Lechuga, 2003; Organización Mundial de la Salud, 2000) y los antecedentes de conducta suicida (Bertolote, 2009; DNSMyA, 2012; OMS, 2000).

A los factores mencionados arriba se agregan aquellos relacionados con los procesos familiares y su capacidad para cumplir funciones propias (Louro, 2003; Reyes y Miranda, 2001; Muñoz, Pinto, Callata, Napa y Perales, 2006), tales como la contención familiar, la red de apoyo social y la protección de los individuos ante las situaciones hostiles del ambiente. Numerosos estudios internacionales, tanto a nivel regional como global (Goldstein et al., 2009; Herrera Santi y Betancourt, 2000; Li, Li y Cao, 2012; Louro, 2003; Ovalle Borrego y Santana Evelio, 2013; Yen et al., 2015) demostraron la correlación entre el funcionamiento familiar y los intentos de suicidio.

En Santiago del Estero (DEIS, 2014), no se evidenciaron grandes cambios en cuanto a la mortalidad por suicidios, sin embargo, no se encontró bibliografía que permita hacer una lectura más compleja de la problemática en esta provincia.

Los intentos de suicidio representan una urgencia en el ámbito de la salud, y son asistidos con mayor frecuencia en los hospitales generales.

El objetivo de este trabajo fue analizar los componentes funcionales de la dinámica familiar y factores asociados al intento de suicidio en pacientes atendidos en un hospital público de la ciudad de Santiago del Estero, en el año 2015.

## Materiales y métodos

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, en el Servicio de Guardia Central del Hospital Regional Dr. Ramón Carrillo, de la ciudad de Santiago del Estero (Argentina), durante el año 2015.

Los *participantes* fueron pacientes mayores de 18 años que ingresaron por intento de suicidio en la guardia de dicha institución. Se excluyeron los pacientes que se encontraban en fase de intoxicación aguda (por uso de algún tipo de sustancia psicoactiva o tóxica para el intento de suicidio), al momento de la aplicación de los instrumentos de recolección de datos.

La muestra fue no probabilística, por conveniencia. Se incluyó a todos los pacientes a los que se tuvo acceso en el periodo de estudio. Constituyeron un total de 116 personas ingresadas a la guardia con criterios diagnósticos entre X60 y X82, de acuerdo con la Clasificación Internacional de Enfermedades, décima revisión (CIE 10) (OMS, 1992).

Para la recolección de los datos se procedió al trabajo con casos clínicos de pacientes que habían sido ingresados al Servicio de Guardia del hospital, los cuales cumplían los criterios de inclusión para la muestra. Se aplicó el instrumento, en algunos casos, a los pacientes durante la asistencia en guardia y, en otros casos, debido al estado clínico o a la gravedad de la lesión, se acordó una entrevista posterior por consultorio externo. En los casos en los que no se tuvo acceso al paciente en la instancia de guardia, se contactó y se programaron entrevistas a través de los centros de atención primaria.

#### *Técnicas e instrumentos de recolección de datos*

La técnica para la recolección de datos fue la entrevista personal. En ella se aplicaron 2 instrumentos. Para captar la funcionalidad familiar se aplicó el cuestionario de Apgar familiar, construido por Smilkstein (1978), el cual fue traducido al español, validado y utilizado por diversos autores en el contexto latinoamericano (Santos Céspedes, Armas, González y Viñas, 1997; Constanza Cañón et al., 2011; Forero Ariza et al., 2006; Toro, Paniagua Suárez, González y Montoya, 2009). Es un cuestionario de 5 preguntas que explora el impacto de la función familiar sobre el comportamiento y la salud del individuo. Se puntúa en una escala de tipo Likert. Las puntuaciones de cada uno de los reactivos se suman y se define como familia muy funcional cuando alcanza un *score* entre 7 y 10 puntos; una familia moderadamente disfuncional entre 4 y 6 puntos y una familia con grave disfunción con un *score* entre 0 y 3 puntos.

El instrumento que se aplicó para identificar los factores asociados al comportamiento suicida fue la Escala de riesgo de suicidio construida y validada por Urzúa y Caqueo-Urfar (2011), la cual es factible de ser aplicada tanto en personas que hayan tenido un intento de suicidio como en las que no. Está conformada por 36 ítems que se agrupan en las siguientes dimensiones:

Conductas suicidas, 17 aseveraciones que evalúan los componentes: deseo de morir, representaciones suicidas, ideas suicidas y amenaza suicida.

Satisfacción, 8 ítems que evalúan el grado de satisfacción con uno mismo y con la vida.

Afecto negativo, 5 ítems que evalúan la presencia de sintomatología asociada fundamentalmente a la depresión.

Sentido de vida, 5 ítems que evalúan aspectos vinculados a la autoestima y a la proyección con la vida.

Intento suicida, un ítem que indaga respecto de la tentativa de suicidio, intento de autoeliminación o autolesión intencionada.

Durante la realización de las entrevistas, cada paciente debía expresar su grado *de acuerdo o desacuerdo* con cada una de las aseveraciones propuestas, en una medida de 1 a 4, donde 1 corresponde a la categoría *completamente en desacuerdo* y el 4 a *completamente de acuerdo*. Para el análisis se invirtió el puntaje de las preguntas que implicaban estar de acuerdo con una aseveración de valencia negativa. La interpretación de los resultados en estos casos es a menor puntaje, mayor riesgo en cada dimensión y en la escala total.

El valor de cada dimensión fue obtenido a través del promedio simple de las preguntas que la comprenden. Se calculó además un puntaje total equivalente al promedio de las 4 dimensiones.

#### *Análisis de los datos*

En primer lugar, para caracterizar a los pacientes, el funcionamiento familiar y los factores asociados al intento de suicidio se realizó un análisis exploratorio para variables mensurables con estadísticos de tendencia central y de dispersión, utilizando las puntuaciones obtenidas en ambas escalas.

Luego se realizaron análisis de asociación bivariada con el estadístico chi cuadrado y correlación bivariada con el estadístico *r* de Pearson a un nivel de significación de  $p < 0.05$ . Los datos se procesaron con el *software* SPSS.

#### *Consideraciones éticas*

El protocolo del estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación del Centro Provincial de Salud Infantil de la Provincia de Santiago del Estero, con fecha 26 de febrero de 2015. Todos los participantes fueron informados de las características y objetivos del estudio y otorgaron su consentimiento para su inclusión. Por otro lado, como cada uno de estos pacientes fueron evaluados y asistidos en la guardia por profesionales que

estaban dentro del equipo de investigación o por colaboradores, fueron derivados de acuerdo al riesgo suicida que presentaban: a seguimiento por consultorio externo, a interconsultas o a internación en el área de salud mental. Al finalizar el estudio se realizó una presentación oficial a los actores e instituciones intervinientes de los resultados y recomendaciones.

## Resultados

### Características sociodemográficas

Con respecto a las características de la muestra, se seleccionó un total de 116 pacientes. El 54.5% fue de género femenino; el 80.9% residía en el aglomerado urbano que comprende Santiago del Estero y La Banda. El 87.9% fueron personas solteras y separadas/divorciadas. El 17.6% fueron estudiantes y el 16.2%, amas de casas. En cuanto a la situación laboral, el 40.3% declaró que trabaja, el 30.9% declaró que busca trabajo y el 28.4% manifestó que no trabaja ni busca trabajo. En cuanto al grupo familiar conviviente, el 7.6% de los pacientes vivían solos, el 57.6% convivía con una familia nuclear y el 31.8% con una familia extensa.

La media de años de edad obtenida en la muestra fue de 28.33 (DE 11.6), mientras que la media de años de educación formal obtenida fue de 15.1 (DE 3.2), lo que da la pauta de que en la muestra analizada el patrón educativo común es el de haber obtenido educación primaria y secundaria (educación de nivel medio completo en Argentina).

Los métodos más utilizados en el intento de suicidio fueron la ingesta de fármacos (44.1%), el ahorcamiento (19.1%) y la autolesión con objetos cortantes o con arma blanca (23.6%), mientras que el método menos utilizados fue las autolesiones por arma de fuego (2.9%). La media de intentos de suicidio contabilizando este último por el cual fue atendido fue de 2.28 (DE 2.6).

### Funcionamiento familiar

La funcionalidad familiar evaluada a través del cuestionario Apgar familiar puede observarse en la [tabla 1](#). En esta dimensión, en el 21.2% de los pacientes se observó un funcionamiento familiar muy bueno, mientras que en el 37.9 se observó un funcionamiento familiar moderado y en el restante 40.9% se observó una grave disfunción familiar.

El funcionamiento familiar no tuvo asociaciones con el tipo de familia, ni con la situación laboral ni con el sexo de los pacientes ( $p > 0.05$ ). A su vez, se observó una correlación positiva débil entre las variables Apgar familiar total y edad de los pacientes ( $r = 0.27$ ,  $p < 0.05$ ). Esto quiere decir que a mayor edad mejoraría levemente la percepción del funcionamiento familiar; también se observó el mismo patrón de correlación entre las horas de trabajo semanales y el funcionamiento familiar ( $r = 0.31$ ,  $p < 0.05$ ). A su vez, el funcionamiento familiar no tuvo correlación ni con los años de educación formal ni con la cantidad de intentos suicidas ( $p > 0.05$ ).

### Factores de riesgo suicida

Las puntuaciones medias más bajas —entendiendo que a menor puntaje, mayor riesgo— se obtuvieron en el factor relacionado con los afectos negativos (media 1.8; DE 0.5) y en el factor relacionado con la satisfacción (media 2.3; DE 0.6). Mientras que el factor con las medias más altas fue el relacionado con el sentido de vida (media 2.8; DE 0.5). La media de toda la escala fue de 2.4 (DE 0.5).

Al interior de cada componente de la escala de riesgo suicida desarrollada por [Urzúa y Caqueo-Urizar \(2011\)](#) ([tabla 2](#)) se observó que, dentro de la subescala de conductas suicidas, los ítems con menor puntaje están relacionados con los sentimientos de que la vida no vale la pena, con el deseo de estar muerto y lejos de todo, mientras que las representaciones vinculadas a imaginar

Tabla 1  
Distribución de los puntajes obtenidos en el cuestionario Apgar Familiar de los pacientes ingresados por intentos de suicidio (n 116)

| Apgar familiar   | Casi siempre (%) | Algunas veces (%) | Casi nunca (%) |
|--|------------------|-------------------|----------------|
| Estoy contento de pensar que puedo recurrir a mi familia en busca de ayuda cuando algo me preocupa                           | 42.6             | 30.9              | 26.5           |
| Estoy satisfecho con el modo que tiene mi familia de hablar las cosas conmigo y de cómo compartimos los problemas            | 32.4             | 39.7              | 27.9           |
| Me agrada pensar que mi familia acepta y apoya mis deseos de llevar a cabo nuevas actividades o seguir una nueva dirección   | 50.0             | 30.9              | 19.1           |
| Me satisface el modo que tiene mi familia de expresar su afecto y cómo responde a mis emociones, como enojo, tristeza y amor | 34.3             | 29.9              | 35.8           |
| Me satisface la forma en que mi familia y yo pasamos el tiempo juntos  | 47.0             | 27.3              | 25.8           |

Tabla 2

Medias y desvíos estándares para cada ítem de la escala según factores y componentes vinculados al riesgo de suicidio en la muestra total (n 116)

| Factor  | Componente   | Preguntas   | Media  | DE  |
|---|--|---|--|-----|
| Conductas suicidas  | Deseo de morir   | Creo que no merece la pena seguir viviendo                                  | 2.6  | 0.9 |
|   |  | Estoy aburrido/a de vivir   | 2.5  | 0.9 |
|   |  | Quisiera morirme  | 2.5  | 0.9 |
|   |  | Siento que la vida tal como la vivo no vale la pena                         | 2.3  | 0.9 |
|   | Representación suicida                                 | A veces me gustaría estar muerto/a y lejos de todo                          | 2.3  | 1.0 |
|   |  | Algunas veces me he imaginado a mí mismo/a sin vida                         | 2.2  | 1.0 |
|   | Ideas suicidas   | He pensado en mi propio suicidio  | 2.2  | 0.9 |
|   |  | La idea de quitarme la vida me viene repetidamente a la cabeza              | 2.4  | 1.0 |
|   |  | Si me quisiera suicidar, tengo claro cómo lo haría                          | 2.4  | 1.0 |
|   |  | He simulado mentalmente mi suicidio   | 2.5  | 0.9 |
|   |  | Sé con claridad cómo poder suicidarme sin fallar                            | 2.6  | 0.9 |
|   |  | Tengo planificada la forma de cómo podría quitarme la vida                  | 2.6  | 0.9 |
|   |  | A veces he tenido la fantasía de verme ahorcado/a o muerto/a                | 2.4  | 1.0 |
|   |  | No sé cómo, pero me quiero quitar la vida                                   | 2.5  | 0.9 |
|   |  | A veces pienso en suicidarme de cualquier manera                            | 2.5  | 0.9 |
|   |  | Amenaza suicida   | Les he comentado a mis amigos que me gustaría quitarme la vida | 2.8 |
| Afectos negativos   | Le he dicho a alguien que ya no quiero seguir viviendo | 2.3   | 1.0  |     |
|   | A veces pienso que no sirvo para nada                  | 2.0   | 0.8  |     |
|   | Me he sentido solo/a                                   | 1.6   | 0.7  |     |
|   | Me inclino a pensar que, en conjunto, soy un fracaso   | 2.3   | 0.8  |     |
|   | He tenido frecuentemente sentimientos negativos        | 1.5   | 0.6  |     |
|   | Satisfacción   | Consigo mismo   | En general, estoy satisfecho conmigo mismo/a                   | 2.3 |
| Me siento orgulloso/a de quién soy y de la vida que llevo |  |   | 2.2  | 0.9 |
| Estoy contento/a conmigo mismo/a                          |  |   | 2.3  | 0.8 |
| Con la vida   |  | Estoy conforme con mi vida actual   | 2.2  | 0.9 |
|   |  | Las condiciones de mi vida son excelentes                                   | 2.2  | 0.9 |
|   |  | Estoy satisfecho/a con mi vida  | 2.4  | 0.7 |
|   |  | Hasta el momento, he conseguido las cosas importantes que quiero en mi vida | 2.4  | 0.8 |
|   |  | Si pudiera volver a vivir mi vida, no cambiaría casi nada                   | 2.2  | 0.8 |
| Sentido de vida   | Autoestima   | Creo que soy importante para otros  | 3.0  | 0.8 |
|   |  | Creo que tengo muchos motivos para enorgullecerme                           | 2.8  | 0.7 |
|   | Proyección al futuro                                   | Tengo claro qué es lo que intento conseguir en la vida                      | 2.8  | 0.9 |
|   |  | Tengo gente a mi alrededor que entiende mis puntos de vista y pensamientos  | 2.7  | 0.8 |
| Intento suicida   |  | Tengo clara la dirección y el objetivo de mi vida                           | 2.6  | 0.8 |
|   |  | He intentado quitarme la vida   | 3.4  | 0.7 |

el propio suicidio también tuvieron puntajes que señalan a estas afirmaciones como los factores de riesgo más importantes.

Dentro de la subescala que evalúa los afectos negativos, los ítems con menores puntajes fueron aquellos que indicaron la idea de sentirse solo y tener frecuentemente sentimientos negativos.

Al interior de la subescala satisfacción, los puntajes indicativos de mayor riesgo se encontraron vinculados a la satisfacción con la propia vida.

Dentro de la subescala sentido de vida, la percepción de no tener gente alrededor que entienda sus puntos de vista y pensamientos, y el hecho de no tener claridad en la dirección y en los objetivos de vida fueron las áreas que evidenciaron el mayor riesgo.

Finalmente, ante el ítem en el que los pacientes debían señalar si efectivamente habían intentado quitarse la

vida, hubo personas que indicaron que no, a pesar de haber sido ingresados al servicio con el diagnóstico clínico de intento de suicidio.

Las mujeres evidenciaron mayor riesgo en las 4 subescalas y en la escala total, con relación a los varones. Además, el hecho de que el paciente trabaje implicó un puntaje de menor riesgo de suicidio en las subescalas que involucran la satisfacción y el sentido de vida (tabla 3). Finalmente, la cantidad de suicidios que los pacientes reportaron correlacionaron de forma negativa con la dimensión «conductas suicidas», es decir, que a mayor cantidad de intentos de suicidio, mayor riesgo reportado en esta dimensión de la escala ( $r = -0.26$ ,  $p < 0.05$ ).

A su vez, la variable edad evidenció una correlación negativa con la dimensión que evalúa los afectos negativos, de manera que a mayor edad es posible

Tabla 3

Medias y desvíos estándares para las subescalas y escala total de Riesgo de Suicidio, según sexo y situación laboral en pacientes ingresados por intento de suicidio (n 116)

| Categorías | Conductas suicidas (DE) | Satisfacción (DE) | Afectos negativos (DE) | Sentido de la vida (DE) | Total escala (DE) |
|------------|-------------------------|-------------------|------------------------|-------------------------|-------------------|
| Mujer      | 2.3 (0.5)               | 2.2 (0.5)         | 1.7 (0.5)              | 2.6 (0.5)               | 2.2 (0.4)         |
| Varón      | 2.7 (0.7)*              | 2.4 (0.6)*        | 2.2 (0.6)*             | 3.0 (0.5)*              | 2.6 (0.5)*        |
| No trabaja | 2.4 (0.7)               | 2.1 (0.5)         | 1.9 (0.5)              | 2.7 (0.6)               | 2.3 (0.6)         |
| Sí trabaja | 2.5 (0.6)               | 2.5 (0.6)*        | 1.8 (0.5)              | 2.9 (0.4)*              | 2.5 (0.8)         |

\*  $p < 0.05$ .

observar menor riesgo en la dimensión de afectos negativos ( $r = -0.22$ ,  $p < 0.05$ ).

Finalmente, el puntaje de la escala de Apgar familiar tuvo correlaciones negativas (aunque débiles) con todas las dimensiones de riesgo suicida: conductas suicidas ( $r = -0.37$ ;  $p < 0.05$ ), satisfacción ( $r = -0.38$ ;  $p < 0.05$ ), afectos negativos ( $r = -0.25$ ;  $p < 0.05$ ), sentido de vida ( $r = -0.29$ ,  $p < 0.05$ ).

## Discusión

Las características de la población bajo estudio no difieren en gran medida de la literatura actual respecto del tema. Los intentos de suicidio prevalecieron en la población femenina, coincidiendo con los datos aportados por el Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Salud Mental y Adicciones (2011) a nivel nacional, que registró un 51% de mujeres en una población de 1,179 personas con lesiones autoinfligidas, durante un periodo de 3 años (2007-2009). Así también, [Morra, Elorza y Echenique. \(2013\)](#), en su estudio en un hospital general de la provincia de La Pampa (Argentina), determinaron un 63% de casos de mujeres con intento de suicidio.

Con relación a ello, resulta oportuno destacar que son las mujeres quienes presentaron mayor riesgo suicida, según la escala utilizada en este estudio, lo que coincide con otros estudios ([Borges et al., 2010](#); [Ovalle Borrego y Santana Evelio, 2013](#)), que reportaron que las mujeres presentan una prevalencia mayor de ideación y conductas suicidas. Sin embargo, son los varones quienes presentan mayor porcentaje de suicidios consumados ([Bertolote, 2009](#); [Molina y Lechuga, 2003](#)), debido a la letalidad del método que utilizan. Con relación a esto, [Ovalle Borrego y Santana Evelio \(2013\)](#) argumentan que la conducta suicida se presenta de manera diferente en hombres y en mujeres por las características de los roles de género, es decir, por factores biológicos inherentes al sexo, por los patrones de formación influidos por elementos contextuales caracterizados cultural y socialmente.

En cuanto al lugar de procedencia, hubo un predominio significativo de pacientes pertenecientes al aglomerado urbano, lo cual se podría explicar, por un lado, teniendo en cuenta la ubicación del hospital donde se realizó el estudio y, por otro lado, se podría pensar en la urbanización como un factor de riesgo ([Bonaldi, 2000a](#)), por lo que [Castro et al. \(2006\)](#) proponen investigar la supuesta estabilidad de la zona rural.

Con respecto al estado civil o situación de pareja, se determinó que las personas solteras, separadas o divorciadas son quienes más intentan quitarse la vida; este hecho podría estar asociado a los sentimientos de soledad, de falta de apoyo, de una red de contención. En este sentido, la [OMS \(2000\)](#) sostiene que el matrimonio parece ser un medio protector para los varones en términos del riesgo suicida, pero que no es significativo para las mujeres. Pese a estas limitaciones, las situaciones de separación marital y el vivir solo aumentan el riesgo suicida. Por otro lado, [Ovalle Borrego y Santana Evelio \(2013\)](#) agregan que el hecho de tener hijos también funcionaría como un factor de protección, debido al sentido de responsabilidad frente a ellos. Sin embargo, resaltan que hay otras situaciones conflictivas dentro de la dinámica de la vida en pareja que favorecen acciones de escape o aislamiento.

La media de edad obtenida caracteriza a una población joven, tal como lo detallan los antecedentes consultados ([Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Salud Mental y Adicciones, 2011](#); [Bertolote, 2009](#); [DNSMyA, 2015](#); [Molina y Lechuga, 2003](#)), que sostienen que en los últimos años ha aumentado significativamente la tasa de mortalidad por suicidio en esta población, por lo que, autores como [Bonaldi \(2000\)](#) refieren que esto estaría relacionado con los efectos de un debilitamiento cada vez mayor de los lazos sociales, característica propia de la época actual. En este sentido, existiría una presencia constante de sentimientos de depresión, desesperanza o desesperación, que hacen que el joven y el adolescente se sientan incapaces de resolver problemas sentidos como irresolubles, lo que abriría una posibilidad de pasaje al acto

autodestructivo. Altieri (2006) propone estudiar en forma desagregada los grupos que componen la población juvenil y sus probabilidades de riesgo, debido a que esto podría ayudar a una mejor comprensión del fenómeno y a la elaboración de programas eficaces de prevención y tratamiento.

Los métodos más utilizados en el intento de suicidio fueron: ingesta de fármacos (codificado como X61, envenenamiento autoinfligido intencionalmente por exposición a drogas, CIE 10), lo que coincide de forma amplia con los antecedentes consultados a nivel nacional y regional (Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Salud Mental y Adicciones, 2011; Ovalle Borrego y Santana Evelio, 2013), seguido por lesiones autoinfligidas intencionalmente por objeto cortante (X78) y ahorcamiento (X70). Con relación al promedio de intentos de suicidio por paciente, se observó que gran parte de la población estudiada tiene antecedentes de intentos previos. A su vez, esto se asoció significativamente con el riesgo suicida determinado por la escala aplicada, situación muy documentada por la literatura científica (Bertolote, 2009; Cortés Alfaro et al., 2011; Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, 2012).

En cuanto a los componentes familiares analizados en este estudio, se observó una prevalencia de familias disfuncionales (Reyes y Alonso Roldán, 2001; Santos Céspedes et al., 1997; Herrera Santi y Betancourt, 2000; Castro et al., 2006; Hernández Trujillo, Rebastillo Escuder, Danauy Enamorado y Bess Constantene, 1999). Dentro de ello, casi la mitad de esta población determinó una disfunción grave, en las que las dimensiones más afectadas fueron la comunicación y el afecto (Santos Céspedes et al., 1997). Con relación a ello, Reyes y Alonso Roldán (2001) sostienen que las familias de los suicidas se caracterizan por presentar falta de unidad física y emocional, por poner de manifiesto relaciones discordantes y hostiles entre los 2 padres o entre estos y sus hijos, y por otras alteraciones más sutiles, como una disciplina dura o incoherente (en la que hay disparidad entre los padres) o un control y una supervisión inefectivos con falta de límites para los adolescentes y enfermedad psiquiátrica familiar, lo que confirma que el factor precipitante más frecuente es el conflicto familiar (Rueda-Jaimes, Martínez-Villalba, Castro-Rueda y Camacho, 2010) y la violencia intrafamiliar. A su vez, el hecho de que la mayoría de las familias sean clasificadas como disfuncionales y que existan más familias severamente disfuncionales que funcionales explica la ocurrencia del intento de suicidio con mayor frecuencia en edades tempranas de la vida (Ovalle Borrego y Santana Evelio, 2013).

En cuanto a los factores asociados al riesgo suicida, tuvieron mayor incidencia los indicadores asociados a la depresión, tales como la percepción de no servir para nada, los sentimientos de soledad, de tristeza y ansiedad. Hallazgos similares obtuvieron Reyes y Alonso Roldán (2001), quienes observaron un predominio de depresión mayor, sentimiento de culpa y desesperanza, de soledad y minusvalía, seguido de descompensación situacional. Las conductas suicidas detectadas con la escala están relacionadas con sentimientos de desesperanza e ideación suicida, lo cual es un hallazgo coincidente con múltiples estudios (Botega et al., 2005; Cubillas, Román, Valdez y Galaviz, 2012; Ovalle Borrego y Santana Evelio, 2013).

Por último, si bien fue débil la asociación entre el funcionamiento familiar y el riesgo suicida, resultó un hallazgo coincidente con otros estudios (Louro, 2003; Reyes y Alonso Roldán, 2001), por lo que se considera que se deberían profundizar los estudios respecto de estas variables, especialmente en la población joven, la cual en la actualidad es la más afectada con esta problemática.

Finalmente, resulta oportuno aclarar que las conductas suicidas son muy estudiadas a nivel mundial, pero no se encontraron antecedentes técnicos locales, lo cual fue una limitación al momento de contrastar los datos obtenidos. De esta manera, este estudio se constituye en el primero realizado en Santiago del Estero. Por otro lado, al ser un estudio realizado con casos clínicos del hospital referencial de la provincia, la muestra posee representatividad estadística solo en la casuística de dicha institución, lo cual limita las posibilidades de extrapolación de los hallazgos hacia la población general. Tampoco permite establecer zonas de riesgo. Sin embargo, los datos poseen gran importancia como reveladores de casos agudos de atención hospitalaria. Sus valores son suficientemente expresivos de una problemática local cuya prevención no puede soslayarse y, por lo tanto, contribuyen a ampliar la sensibilidad pública.

## Financiación

Este estudio fue financiado por la beca Ramón Carrillo-Arturo Oñativia 2015. Dirección de Investigación para la Salud. Ministerio de Salud de la Nación. Argentina.

## Conflicto de intereses

Los autores del presente trabajo declaran no tener conflictos de interés.

## Referencias

- Altieri, D. (2006). Mortalidad por suicidios en Argentina. Nivel, tendencia y diferenciales. *II Congreso Internacional de Suicidología, Corrientes, Argentina, 15 y 16 de septiembre*.
- Bertolote, J. (2009). Prevención y control del riesgo suicida. Washington D.C. Organización Panamericana de la Salud (Ed.), Salud Mental en la Comunidad (2.<sup>a</sup> ed).
- Bonaldi, P. D. (2000). El suicidio juvenil en la Argentina. En *Comportamientos suicidas en la adolescencia* (Primera, pp. 69-85). Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Borges, G., Nock, M. K., Medina-Mora, M. E., Hwang, I. y Kessler, R. C. (2010). Psychiatric disorders, comorbidity, and suicidality in Mexico. *Journal of Affective Disorders, 124*(1-2), 98–107. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2009.10.022>
- Bonaldi, D. (2000). El estudio del suicidio desde una perspectiva sociológica Cap. 2. In *Comportamientos suicidas en la adolescencia-morir antes de la muerte*. Buenos Aires: Lugar Editorial., 2000. ISBN: 950-9129-091-2.
- Boteaga, N. J., Barros, M. B., Oliveira, H. B., Dalgalarondo, P. y Marín-Leon, L. (2005). Suicidal behavior in the community: Prevalence and factors associated with suicidal ideation. *Revista Brasileña de Psiquiatría, 27*(1), 45–53. [S1516-44462005000100011](https://doi.org/10.1516/44462005000100011).
- Castro, P., Obergoso, O. y Rosales, P. (2006). Caracterización del paciente con intento de suicidio en un Hospital General de Lima 1995-2004. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública, 23*(4), 293–296 [consultado 10 Abr 2015]. Disponible en: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=25383144&lang=es&site=ehost-live>.
- Casullo, M., Bonaldi, D. y Fernández Liporace, M. (2000). *Comportamientos suicidas en la adolescencia. Morir antes de la muerte*. Buenos Aires: Lugar Editorial S. A., Ed.
- Constanza Cañón, S., Castaño Castrillón, J. J., Atehortúa Rojas, B. E., Botero Mejía, P., García Ruiz, L. K., Rodríguez Vane-gas, L. M. y Rincón Urrego, E. (2011). Factor de riesgo para suicidio según dos cuestionarios y factores asociados en población estudiantil de la Universidad de Manizales (Colombia), 2011, 29(3), 632–664. Disponible en: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=fua&AN=91515586&lang=es&site=ehost-live>
- Coope, C., Gunnell, D., Hollingworth, W., Hawton, K., Kapur, N., Fearn, V. y Metcalfe, C. (2014). Suicide and the 2008 economic recession: Who is most at risk? Trends in suicide rates in England and Wales 2001-2011. *Social Science & Medicine (1982), 117*(100), 76–85. <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.07.024>
- Cortés Alfaro, A., Aguilar Valdés, J., Suarez Medina, R., Rodríguez Dávila, E. y Duran Rivero, J. (2011). Factores de riesgo asociados con el intento suicida y criterios sobre lo ocurrido con adolescentes. *Revista Cubana de Medicina Integral, 27*(1), 33–41. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252011000100004&lng=es&tng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252011000100004&lng=es&tng=es).
- Cubillas, M., Román, R., Valdez, E. y Galaviz, A. (2012). Depresión y comportamiento suicida en estudiantes de educación media superior en Sonora. *Salud Mental, 35*(1), 45–50.
- Dirección de Estadísticas e Información de la Salud (2014). Estadísticas vitales. Información básica, año 2014. Ciudad Autónoma de Buenos Aires [consultado 20 Oct 2014]. Disponible en: <http://deis.msal.gov.ar/wp-content/uploads/2016/01/Serie5Nro58.pdf>.
- Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (2012). Lineamiento para la atención del intento de suicidio en adolescentes. Buenos Aires.
- Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (2015). Mortalidad por suicidio 2000-2013. Informe preliminar. Buenos Aires [consultado 20 Oct 2014]. Disponible en: [http://www.msal.gov.ar/saludmental/images/stories/info-equipos/pdf/2015-01-13\\_informe-tecnico-preliminar-mortalidad-por-suicidio.pdf](http://www.msal.gov.ar/saludmental/images/stories/info-equipos/pdf/2015-01-13_informe-tecnico-preliminar-mortalidad-por-suicidio.pdf).
- Forero Ariza, L. M., Avendaño Durán, M. C., Duarte Cubillos, Z. J. y Campo Arias, A. (2006). Consistencia interna y análisis de factores de la escala APGAR para evaluar el funcionamiento familiar. *Revista Colombiana de Psiquiatría, 35*(1), 23–29 [consultado 10 Nov 2014]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/resumen.oa?id=80635103>
- Goldstein, T. R., Birmaher, B., Axelson, D., Goldstein, B. I., Gill, M. K., Esposito-Smythers, C. y Keller, M. (2009). Family environment and suicidal ideation among bipolar youth archives of suicide research. *Official Journal of the International Academy for Suicide Research, 13*(4), 378. <http://dx.doi.org/10.1080/13811110903266699>
- Gómez-Durán, E. L., Forti-Buratti, M. A., Gutiérrez-López, B., Belmonte-Ibáñez, A. y Martín-Fumadó, C. (2016). Trastornos psiquiátricos en los casos de suicidio consumado en un área hospitalaria entre 2007 y 2010. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental, 9*(1), 31–38. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsm.2014.02.001>
- Hernández Trujillo, A., Rebastillo Escuder, G. T., Danauay Enamorado, M. y Bess Constantane, M. (1999). Influencia del medio familiar en un grupo de 5 a 19 años con riesgo suicida. *Revista Cubana de Medicina General Integral, 15*(4), 372–377. Disponible en: [http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol15\\_4\\_99/mgi05499.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol15_4_99/mgi05499.htm).
- Herrera Santi, P. M. y Betancourt, A. (2000). Factores familiares de riesgo en el intento suicida. *Revista Cubana de Medicina General Integral, 16*(2), 134–137. Disponible en: [http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol16\\_2\\_00/mgi05200.htm#x](http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol16_2_00/mgi05200.htm#x).
- Li, Y., Li, Y. y Cao, J. (2012). Factors associated with suicidal behaviors in mainland China: a meta-analysis. *BMC Public Health, 12*, 524.
- Louro, I. (2003). La familia en la determinación de la salud. *Revista Cubana de Salud Pública, 29*(1), 48–51.
- Molina, R. T. y Lechuga, E. N. (2003). Factores de riesgo asociados al suicidio e intento de suicidio. *Salud Uninorte, 17*, 19–28.
- Morra, A. P., Elorza, C. y Echenique, H. (2013). Perfil epidemiológico de los intentos de suicidio atendidos en el hospital del Dr. Lucio Molas, Santa Rosa La Pampa, 2011. *Revista Argentina de Salud Pública, 4*(15), 26–31.
- Muñoz, J., Pinto, V., Callata, H., Napa, N. y Perales, A. (2006). Ideación suicida y cohesión familiar en estudiantes preuniversitarios entre 15 y 24 años Lima 2005. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública, 23*(4), 239–247. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1726-46342006000400002&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1726-46342006000400002&script=sci_arttext).
- Nock, M. K., Borges, G., Bromet, E. J., Cha, C. B., Kessler, R. C. y Lee, S. (2008). Suicide and suicidal behavior. *Epidemiologic Reviews, 30*(1), 133–154.
- Núñez Gómez, N. A., Olivera Plaza, S. L., Losada Ramírez, I. D., Pardo Torres, M. P., Díaz Monrroy, L. G. y Rojas Vega, H. A. (2008). Perfil multidimensional de personas que han realizado intento de suicidio. *Pensamiento Psicológico, 4*, 85–100.
- Organización Mundial de la Salud (1992). Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10. *Sld.Cu* [consultado 13 Oct 2014]. Disponible en: [http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/dne/vol3\\_sec1\\_k.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/dne/vol3_sec1_k.pdf).
- Organización Mundial de la Salud (2000). Prevención del suicidio: un instrumento para trabajadores de atención primaria de salud. Trastornos mentales y cerebrales. Departamento de Salud Mental y Toxicomanías, Organización Mundial de



- la Salud, Ginebra [consultado 16 Oct 2014]. Disponible en: [http://www.who.int/mental\\_health/media/primaryhealthcare\\_workers\\_spanish.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/primaryhealthcare_workers_spanish.pdf).
- Organización Mundial de la Salud (2014). Prevención del suicidio, un imperativo global: Epidemiología mundial del suicidio y de los intentos de suicidio. Organización Mundial de la Salud [consultado 16 Oct 2014]. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/9780470774120>.
- Ovalle Borrego, I. y Santana Evelio, R. (2013). Caracterización clínica-epidemiológica del intento suicida en la Caloma. *Revista de Ciencias Médicas*, 17(5), 74–84. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-31942013000500008&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942013000500008&lng=es).
- Reyes, W. G. y Miranda, N. T. (2001). Intento suicida y funcionamiento familiar. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 17(5), 452–460.
- Reyes, W. G. y Alonso Roldán, A. P. (2001). Factores epidemiológicos y psicosociales que inciden en los intentos suicidas. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 17(2), 155–163.
- Rueda-Jaimes, G.E., Martínez-Villalba, A.M., Castro-Rueda, V. A., y Camacho, P.A. (2010). Suicidabilidad en adolescentes, una comparación con población adulta. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 39(4), 683–692. 10.1016/S0034-7450(14)60208-0.
- Santos Céspedes, B., Armas, D., González, P. y Viñas, G. R. (1997). Tentativa de suicidio y Apgar familiar modificado. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 13(4), 325–329 [consultado 5 Nov 2014]. Disponible en: [http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol13\\_4\\_97/mgi02497.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol13_4_97/mgi02497.htm).
- Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Salud Mental y Adicciones (2011). Perfil epidemiológico del suicidio en la Argentina. Algunas aproximaciones. Ciudad Autónoma de Buenos Aires [consultado 18 Jul 2015]. Disponible en: <http://www.fmed.uba.ar/depto/toxico1/articulos/20.pdf>.
- Smilkstein, G. (1978). The family APGAR: A proposal for a family function test and its use by physicians. *The Journal of Family Practice*,
- Toro, G. D., Paniagua Suárez, R. E., González, P. C. M. y Montoya, G. B. (2009). Caracterización de adolescentes escolarizados con riesgo de suicidio en Medellín, 2006. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 27(3), 302–308.
- Urzúa, M. A. y Caqueo-Urizar, A. (2011). Construcción y evaluación psicométrica de una escala para pesquisar factores vinculados al comportamiento suicida en adolescentes chilenos. *Universitas Psychologica*, 10(3), 721–734.
- Värnik, A., Kõlves, K., van der Feltz-Cornelis, C. M., Marusic, A., Oskarsson, H., Palmer, A. y Hegerl, U. (2008). Suicide methods in Europe: a gender-specific analysis of countries participating in the “European Alliance Against Depression”. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 62(6), 545–551.
- Yen, S., Kuehn, K., Tezanos, K., Weinstock, L. M., Solomon, J. y Spirito, A. (2015). Perceived family and peer invalidation as predictors of adolescent suicidal behaviors and self-mutilation. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 25(2), 124–130.