



FCM Facultad de
Ciencias Médicas



CLÍNICA MÉDICA
Hospital Centenario

Pacientes internados por intento de suicidio en un hospital público de tercer nivel: perfil clínico-epidemiológico y factores asociados a letalidad, gravedad y reintento (2022–2025).

Carrera de posgrado de especialización en Clínica Médica.
Facultad de Cs Médicas, UNR.
Hospital Provincial del Centenario.

Alumno: Jukic, Vinka.
Tutor: Lagrutta, Mariana.
Colaboradores: Nader, Valeria

ÍNDICE

RESUMEN.....	2
INTRODUCCIÓN	3
OBJETIVOS	6
Objetivos Generales:	6
Objetivos Específicos Descriptivos:	6
Objetivos Específicos Analíticos:	6
MATERIALES Y MÉTODOS.....	7
Criterios de Inclusión:.....	7
Criterios de Exclusión:	7
Definición y Operacionalización de Variables	7
Análisis Estadístico.....	17
Consideraciones Éticas	17
RESULTADOS.....	18
DISCUSIÓN	28
LIMITACIONES	33
CONCLUSIONES	34
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	35

RESUMEN

Introducción: La conducta suicida constituye un fenómeno complejo, dinámico y multifactorial con un elevado impacto en la salud pública. En el ámbito del hospital general, la caracterización clínica de los pacientes ingresados por intento de suicidio y el análisis de los factores determinantes de la letalidad, la gravedad y la recurrencia resultan fundamentales para diseñar e implementar estrategias efectivas de prevención secundaria.

Objetivo: Caracterizar el perfil clínico y psicosocial de los pacientes hospitalizados por intento de suicidio en el Hospital Provincial del Centenario, y evaluar la asociación de variables clínicas: consumo de sustancias, tratamiento psicofarmacológico activo y tipo de medio familiar con la letalidad potencial del método, la gravedad clínica al ingreso y el reintento suicida durante el seguimiento.

Materiales y métodos: Estudio observacional, analítico y retrospectivo. Se evaluó una muestra de 140 pacientes hospitalizados por intento de suicidio. Se recabaron variables sociodemográficas, antecedentes psiquiátricos, características del episodio índice y desenlaces clínicos. El análisis inferencial se realizó mediante pruebas de χ^2 , Odds Ratio (OR) e intervalos de confianza del 95% (IC 95%), fijando el nivel de significación en $p < 0,05$.

Resultados: Se incluyeron 140 pacientes, con predominio de mujeres (65,7%) y una mediana de edad de 27 años. El 55,7% presentó antecedentes de intentos suicidas previos, el 66,4% antecedentes de consumo de sustancias y el 68,6% un medio familiar no continente. Los métodos de baja letalidad fueron los más frecuentes (62,9%), con predominio de la intoxicación por psicofármacos. El consumo de sustancias durante el episodio se asoció significativamente con una mayor utilización de métodos de alta letalidad ($p = 0,002$) y con una mayor frecuencia de reintentos ($p = 0,010$). La ausencia de tratamiento psicofarmacológico activo se asoció con una mayor utilización de métodos de alta letalidad (OR = 5,25; IC95%: 2,45–11,26; $p < 0,001$), mientras que el tratamiento psicofarmacológico activo se asoció con una mayor probabilidad de utilización de psicofármacos como método del intento (OR = 29,41; IC95%: 11,45–75,49; $p < 0,001$). No se observaron asociaciones significativas entre el medio familiar y las variables clínicas analizadas, ni entre el tratamiento psicofarmacológico activo y la gravedad clínica o la recurrencia.

Conclusiones: Los pacientes internados correspondieron principalmente a mujeres jóvenes con elevada vulnerabilidad social y antecedentes psiquiátricos. El consumo de sustancias se asoció con mayor letalidad y recurrencia, mientras que la falta de tratamiento activo se vinculó al uso de métodos más letales. Estos hallazgos resaltan la importancia de la pesquisa sistemática de sustancias durante la internación, la custodia segura de psicofármacos y la necesidad de estrategias integrales de prevención secundaria, seguimiento interdisciplinario y postvención.

Palabras clave: Intento de suicidio; conducta suicida; trastornos relacionados con sustancias; psicotrópicos; relaciones familiares; letalidad del método; factores de riesgo; prevención del suicidio.

INTRODUCCIÓN

La conducta suicida se conceptualiza actualmente como un continuo que abarca desde la ideación suicida hasta el suicidio consumado, siendo la intencionalidad de morir el criterio central de definición (1). Según la definición estandarizada de la Organización Mundial de la Salud, el intento de suicidio se define como una conducta autoinfligida potencialmente lesiva realizada con intención de morir, independientemente del resultado final (2).

A lo largo de la historia, el estudio de la conducta suicida ha evolucionado desde modelos sociológicos hacia enfoques multidimensionales e integradores. *Émile Durkheim* fue uno de los primeros autores en conceptualizar el suicidio como un fenómeno influenciado por factores sociales (3), mientras que posteriormente investigadores como *Edwin Shneidman* y *Aaron T. Beck* incorporaron dimensiones psicológicas y cognitivas, destacando el papel del dolor psíquico, la desesperanza y las distorsiones cognitivas (4, 5). Más recientemente, modelos como la teoría interpersonal de *Thomas Joiner* han contribuido a explicar la transición desde la ideación hasta el intento suicida mediante la interacción de factores individuales y relacionales (6). En la actualidad, la conducta suicida se entiende como un fenómeno dinámico y multifactorial, resultado de la interacción entre vulnerabilidades biológicas, trastornos psiquiátricos, factores psicológicos, consumo de sustancias y determinantes sociales y familiares cuya expresión clínica varía a lo largo del tiempo y según el contexto individual (7).

El intento de suicidio constituye un problema de elevada relevancia clínica y de salud pública, y representa una causa frecuente de consulta en los servicios de urgencias y de internación hospitalaria. Además del riesgo físico inmediato, se asocia con una elevada carga de enfermedad, un mayor riesgo de nuevos intentos y de suicidio consumado, por lo que la atención del episodio constituye una oportunidad fundamental para implementar estrategias de prevención secundaria (2).

A nivel global, la Organización Mundial de la Salud estima que más de 720.000 personas mueren por suicidio cada año y que, por cada suicidio consumado, se producen entre 10 y 20 intentos de suicidio. Entre el 15% y el 25% de las personas que sobreviven a un intento presentarán un nuevo episodio en los meses posteriores. En este contexto, el antecedente de intento de suicidio constituye el predictor individual más sólido tanto de nuevos intentos como de suicidio consumado, por lo que su identificación resulta fundamental durante la evaluación clínica y el seguimiento de estos pacientes (8, 9).

En la Región de las Américas, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha informado un incremento sostenido de las tasas de suicidio durante las últimas décadas, con aproximadamente 100.000 muertes anuales. Aunque el impacto de la pandemia de COVID-19 sobre estas tasas fue heterogéneo entre los países, esta exacerbó múltiples factores de riesgo para la conducta suicida, particularmente en poblaciones jóvenes y socialmente vulnerables (2).

Hasta años recientes, en Argentina no se disponía de datos sistematizados a nivel nacional sobre los intentos de suicidio debido a la ausencia de un sistema de notificación obligatoria y a la heterogeneidad de los registros disponibles. En consecuencia, la información epidemiológica provenía principalmente de estudios locales, series hospitalarias y estimaciones indirectas. A partir de 2023, la incorporación de los intentos de suicidio como evento de notificación obligatoria al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud permitió contar con información epidemiológica estandarizada a nivel nacional(10).

Entre abril de 2023 y octubre de 2025 se notificaron 22.249 intentos de suicidio, de los cuales aproximadamente el 5% correspondieron a eventos con desenlace fatal. Las tasas más elevadas se registraron en adolescentes y adultos jóvenes de 15 a 24 años, con predominio femenino entre los intentos no fatales y mayor proporción de desenlaces fatales en varones, en concordancia con el patrón epidemiológico descrito internacionalmente. Entre los antecedentes más frecuentemente registrados se destacaron los trastornos de salud mental, los intentos de suicidio previos y el consumo problemático de sustancias (10, 11).

La evidencia disponible ha identificado múltiples factores asociados al riesgo de intento de suicidio, su recurrencia y la utilización de métodos de mayor letalidad. Entre los más consistentemente descritos se encuentran los trastornos psiquiátricos, el consumo de sustancias, los antecedentes de conducta suicida, la disfunción familiar y diversas condiciones de vulnerabilidad social(9, 12–14). No obstante, pese al amplio conocimiento acumulado, la capacidad predictiva de los modelos actuales continúa siendo limitada, lo que refuerza la necesidad de caracterizar poblaciones específicas y comprender los factores contextuales involucrados en cada ámbito asistencial (15). En consecuencia, la evaluación clínica de estos pacientes requiere un enfoque integral que considere simultáneamente los aspectos biológicos, psicológicos y sociales, evitando interpretaciones basadas en un único factor de riesgo(16).

La carga de enfermedad atribuible a los trastornos por consumo de sustancias ha mostrado un incremento sostenido en la Región de las Américas, especialmente entre adolescentes y adultos jóvenes. Dado que el consumo problemático de alcohol y otras drogas se asocia con mayor impulsividad, desregulación emocional, utilización de métodos más letales y mayor riesgo de conducta suicida, constituye un factor de especial interés para el estudio de los intentos de suicidio(17).

Las guías internacionales, en particular la estrategia *Vivir la vida (LIVE LIFE)* de la Organización Mundial de la Salud, enfatizan la necesidad de un abordaje clínico contextualizado y multidimensional, evitando el uso exclusivo de escalas simplificadas de riesgo y promoviendo estrategias integrales de evaluación, seguimiento y continuidad del cuidado(8).

A nivel local, en Rosario y el Gran Rosario, la información epidemiológica sobre suicidio e intentos de suicidio ha sido históricamente limitada debido a la ausencia de sistemas locales estandarizados de vigilancia. Datos relevados por la Fiscalía del Ministerio Público de la Acusación

evidenciaron un incremento sostenido de los suicidios registrados en la segunda circunscripción judicial, pasando de 232 casos en 2020 a más de 440 en 2025. En algunos períodos recientes, el número de suicidios superó al de los homicidios dolosos y al de las muertes por siniestros viales, particularmente tras la pandemia. En este sentido, un estudio local retrospectivo realizado a partir de los registros del Instituto Médico Legal de la ciudad de Rosario analizó 292 casos de suicidio ocurridos entre marzo de 2019 y marzo de 2021, evidenciando una tendencia creciente en la frecuencia de suicidios durante el período evaluado(18, 19)

La internación hospitalaria representa una instancia crítica de intervención y una oportunidad para implementar estrategias de promoción de la salud mental, prevención secundaria y *postvención*, favoreciendo la continuidad del cuidado y disminuyendo el riesgo de nuevos episodios (20). En este marco, el médico clínico desempeña un papel central en el abordaje integral de los pacientes con intento de suicidio, no solo en el manejo de las complicaciones médicas agudas derivadas del episodio, sino también en la identificación de factores de vulnerabilidad biopsicosocial, la detección del riesgo de recurrencia y la articulación con los equipos interdisciplinarios de salud mental y trabajo social (21).

El Hospital Provincial del Centenario, como hospital público de tercer nivel y centro de referencia regional, recibe de manera habitual pacientes con intento de suicidio. Sin embargo, no dispone de información sistematizada sobre las características clínicas y sociodemográficas de esta población ni sobre los factores asociados a la gravedad de los episodios y su evolución. En este contexto, creemos relevante generar evidencia local que permita caracterizar a los pacientes que requieren internación por intento de suicidio, identificar factores asociados con la gravedad del episodio y explorar variables relacionadas con la recurrencia de la conducta suicida. Esta información constituye una base fundamental para adecuar las estrategias asistenciales a la realidad local, fortalecer las intervenciones preventivas y orientar futuras líneas de investigación.

OBJETIVOS

Objetivos Generales:

Describir las características sociodemográficas, clínicas, psiquiátricas, familiares, los métodos utilizados y la evolución hospitalaria de los pacientes de 15 años de edad o más, internados por intento de suicidio en sala de Clínica Médica, en el Hospital Provincial del Centenario durante el período comprendido entre el mes de enero de 2022 hasta, el mes de diciembre de 2025.

Objetivos Específicos Descriptivos:

1. Describir las características sociodemográficas de los pacientes internados, incluyendo edad, género, nivel educativo, situación laboral, situación vincular, convivencia, situación habitacional y medio familiar.
2. Describir los antecedentes médicos, psiquiátricos, de consumo de sustancias, de conducta suicida previa y de situaciones de abuso o violencia.
3. Describir los eventos desencadenantes identificados en relación con el episodio índice.
4. Caracterizar los métodos utilizados en el intento de suicidio y su letalidad potencial.
5. Describir la evolución hospitalaria, incluyendo duración de internación, necesidad de intervenciones agudas, gravedad clínica del episodio, destino al egreso e indicación de psicofármacos al alta.
6. Describir la ocurrencia de reintentos suicidas registrados en la institución durante el período de observación disponible.

Objetivos Específicos Analíticos:

1. Explorar la asociación entre género y letalidad del método utilizado.
2. Explorar la asociación entre el consumo de alcohol y/u otras sustancias psicoactivas durante el episodio índice y la letalidad potencial del método utilizado, la gravedad clínica del episodio y el reintento suicida registrado durante el período de observación institucional.
3. Explorar la asociación entre el tratamiento psicofarmacológico activo al momento del episodio índice y la letalidad potencial del método utilizado, la gravedad clínica del episodio y el reintento suicida registrado durante el período de observación institucional. Como análisis secundario, se exploró la asociación entre los pacientes en tratamiento con psicofármacos y el uso de los mismos como método de intento.
4. Explorar la asociación entre el medio familiar y la letalidad potencial del método utilizado, la gravedad clínica del episodio y el reintento suicida registrado durante el período de observación institucional.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y analítico, con recolección retrospectiva de datos. Se incluyeron pacientes internados en sala general por intento de suicidio en el Servicio de Clínica Médica del Hospital Provincial del Centenario, hospital de tercer nivel de atención de la ciudad de Rosario, Santa Fe, durante el período comprendido entre enero de 2022 y diciembre de 2025.

La identificación de los casos se realizó a partir de bases de datos del Servicio de Clínica Médica, registros del servicio de Salud Mental y del Departamento de Estadística hospitalaria.

Posteriormente, se llevó a cabo la revisión de historias clínicas completas para la extracción de las variables de estudio.

Criterios de Inclusión:

- Pacientes de 15 años de edad o más.
- Internación en sala de Clínica Médica por intento de suicidio. Se consideró intento de suicidio confirmado cuando la historia clínica consignaba conducta autoinfligida potencialmente lesiva con intención de morir, documentada por el equipo tratante, el equipo de salud mental, el relato del paciente o información aportada por terceros.
- En pacientes con más de una internación por intento de suicidio durante el período estudiado, se incluyó únicamente el primer episodio registrado en dicho período, considerado episodio índice.
- Internación ocurrida entre el 1 de enero de 2022 y el 31 de diciembre de 2025.

Criterios de Exclusión:

- Episodios en los que se documentó conducta no intencional (accidentes, intoxicaciones involuntarias).
- Pacientes con ideación suicida sin intento.
- Se excluyeron historias clínicas incompletas cuando no permitían confirmar el intento de suicidio o impedían obtener las variables mínimas indispensables: edad, género, método utilizado, fecha de internación, evolución hospitalaria y destino al egreso. No se excluyeron pacientes por ausencia de información en variables secundarias; en esos casos, los datos fueron registrados como “no consignado” cuando correspondiera.

Definición y Operacionalización de Variables

Para cada paciente incluido en el estudio se analizó un total de 42 variables, descriptas en la literatura científica, relacionadas con el intento de suicidio.

Intento de suicidio (intento de autólisis): se consideró como intento de suicidio toda conducta autoinfligida potencialmente lesiva, con resultado no fatal, realizada con evidencia de intención explícita o implícita de morir, independientemente del desenlace clínico final, en concordancia con la nomenclatura internacional propuesta para la conducta suicida y las definiciones utilizadas por

la Organización Mundial de la Salud (22). No obstante, en el presente trabajo se utiliza de manera indistinta el término "intento de autólisis", por corresponder a la nomenclatura empleada habitualmente en los registros institucionales y en la práctica asistencial local. A los fines de este estudio, ambos términos fueron considerados equivalentes.

Edad: edad cronológica del paciente al momento del ingreso hospitalario, expresada en años cumplidos.

Fecha de ingreso y Fecha de egreso hospitalario: variables temporales registradas en formato día/mes/año, correspondientes al inicio y finalización de la internación hospitalaria. A partir de estas, se calculó la estancia hospitalaria, expresada en días.

Identidad de género: definida como vivencia interna e individual del género tal como fue consignada en la historia clínica al momento del episodio. Se clasificó en varón cisgénero, mujer cisgénero, varón transgénero y mujer transgénero. Dado el diseño retrospectivo del estudio, la información se obtuvo exclusivamente a partir de los registros clínico-administrativos disponibles. En la práctica asistencial de la institución, la historia diferencia el sexo registrado al nacer y el género auto percibido informado por el paciente.

Nivel educativo: máximo nivel de estudios alcanzado por el paciente según el registro médico, clasificado en las siguientes categorías:

- Bajo nivel educativo: sin escolaridad o hasta educación primaria completa.
- Medio: educación secundaria (incompleta o completa).
- Alto: educación superior, terciaria o universitaria (incompleta o completa).
- No consignado: casos sin registro explícito del nivel educativo en la historia clínica.

Situación vincular: evalúa la presencia de un vínculo afectivo o de pareja estable al momento del evento, según lo consignado en la historia clínica. Se clasificó en las siguientes categorías:

- Con pareja: pacientes casados/as, en unión de hecho, concubinato o con pareja estable.
- Sin pareja: pacientes solteros/as, separados/as, divorciados/as o viudos/as), sin vínculo de pareja actual.
- No consignado: ausencia de registro explícito sobre situación vincular en la historia clínica.

Convivencia: Se definió como la situación de cohabitación habitual del paciente al momento del evento índice, según lo consignado en la historia clínica. Esta variable se clasificó en:

- Sí: el paciente convive habitualmente con al menos una persona (familiar o no familiar).
- No: el paciente vive solo.
- No consignado: ausencia de registro o datos insuficientes en la historia clínica, respecto a esta variable.

Medio familiar: variable cualitativa nominal dicotómica que evalúa la funcionalidad y la capacidad de contención del soporte familiar al momento del episodio. Se clasificó como continente cuando existía apoyo emocional y/o práctico efectivo frente a la crisis, definido por la presencia de al menos dos indicadores de soporte familiar positivo y en ausencia total de criterios de disfunción severa.

Se clasificó como no continente ante la presencia de al menos uno de los indicadores de disfunción o ante la ausencia de soporte funcional aun cuando existiera presencia física o acompañamiento formal de la familia durante la internación. En caso de superposición de indicadores, prevaleció el criterio de no continencia si se registraba alguna dinámica disfuncional grave (violencia, sabotaje o conflicto). Por último, se clasificó como No consignado en los casos en que la historia clínica no contaba con datos suficientes para evaluar estas dimensiones.

La clasificación se realizó a partir de la información consignada en la historia clínica, incluyendo las entrevistas efectuadas por el equipo de salud mental durante la internación. Debido al carácter retrospectivo del estudio, no fue posible aplicar instrumentos estandarizados de manera directa, por ello, la variable se construyó mediante criterios clínicos descriptos en la (Tabla 1), fundamentados en las dimensiones de funcionamiento familiar descriptas en la literatura (apoyo emocional, cohesión, adaptabilidad y capacidad de resolución de problemas), presentes en escalas validadas como el Family APGAR y el modelo Circumplejo de Olson (FACES) (23–25). Cuando el vínculo familiar se modificó como consecuencia del episodio o la internación, se evaluó la situación familiar previa al intento de suicidio.

Tabla 1. Clasificación de medio familiar.

CONTINENTE	NO CONTINENTE
Presencia de soporte emocional y funcional efectivo (≥ 2 ítems y ausencia de factores disfuncionales): - Vínculo colaborativo con el equipo. - Apoyo en adherencia terapéutica. - Disponibilidad real ante crisis. - Convivencia o contacto frecuente funcional. - Comunicación no conflictiva.	Presencia de al menos 1 indicador de disfunción relevante o ausencia de soporte: - Conflicto familiar grave. - Violencia o negligencia. - Sabotaje terapéutico. - Abandono previo. - Aislamiento afectivo. - Acompañamiento solo formal o inconsistente. - Convivencia sin contención emocional.

Situación habitacional: clasifica la condición de residencia del paciente al momento del intento de suicidio en las siguientes categorías:

- Vivienda estable: residencia permanente en domicilio propio, alquilado o de familiares, con permanencia habitual en el mismo inmueble.

- Vivienda inestable: residencia transitoria o irregular, incluyendo pensiones, hoteles, casas de terceros sin permanencia estable.
- Situación de calle: ausencia de residencia fija, con permanencia habitual en la vía pública, paradores nocturnos o espacios no destinados a vivienda.
- Institucionalizado: residencia en instituciones de cuidado (hogares de ancianos, residencias de salud mental, comunidades terapéuticas, entre otros).
- Privado de la libertad: residencia o detención en establecimiento penitenciario, alcaldía o centro de privación de libertad.
- No consignado: ausencia de información suficiente en la historia clínica para determinar la situación habitacional.

Cabe destacar que, en caso de alternancia entre situación de calle y residencia inestable, se registró la categoría de mayor vulnerabilidad (situación de calle).

A los fines de este estudio, la categoría vivienda estable se definió como la presencia de un domicilio habitual o residencia fija al momento del episodio. Debido al carácter retrospectivo del diseño, no fue posible evaluar de forma sistemática, el grado de hacinamiento, el acceso a servicios básicos u otros indicadores de calidad habitacional.

Situación laboral: Se registró la situación laboral al momento del intento de suicidio, clasificándola en:

- Empleo formal/Empleo registrado: Actividad laboral remunerada registrada. Incluye: relación de dependencia o trabajo independiente/cuentapropista formalmente registrado.
- Empleo informal/Empleo no registrado: actividad laboral remunerada no registrada, de carácter ocasional, transitorio o sin protección social (por ejemplo, empleos informales, "changas").
- Desempleo: ausencia de trabajo remunerado al momento del evento. Incluye a quienes realizan búsqueda laboral activa o registran despido reciente.
- Estudiante: persona cuya actividad principal es el estudio dentro del sistema educativo formal (secundario, terciario o universitario), sin ocupación remunerada regular.
- Inactivo/trabajo no remunerado: personas fuera del mercado laboral activo, incluyendo jubilación, pensión, incapacidad laboral permanente o dedicación exclusiva a tareas del hogar y cuidados no remuneradas.
- No consignado: ausencia de registro o información insuficiente en la historia clínica para determinar la situación laboral.

Método utilizado: variable cualitativa nominal dicotómica que clasifica el mecanismo empleado en el episodio según su probabilidad intrínseca de causar la muerte en consonancia con la literatura epidemiológica (26). Se clasificó en las siguientes categorías (Tabla 2).

- **Alta letalidad:** métodos que, por su mecanismo fisiopatológico y letalidad potencial, presentan una elevada probabilidad de desenlace fatal o de daño corporal grave sin una intervención médica inmediata.
- **Baja letalidad:** métodos que presentan una menor probabilidad de desenlace fatal inmediato, menor letalidad intrínseca y mayor ventana de tiempo para el rescate o la asistencia médica.

Tabla 2. Clasificación de letalidad potencial del método utilizado.

MÉTODOS DE ALTA LETALIDAD	MÉTODOS DE BAJA LETALIDAD
• Ahorcamiento / estrangulación. • Arma de fuego. • Salto de altura. • Arma blanca en región vital. • Quemaduras extensas. • Ingesta de sustancias altamente tóxicas (plaguicidas, raticidas, cáusticos). • Combinación de dos o más métodos.	• Intoxicación medicamentosa (sin compromiso vital agudo) • Cortes superficiales (sin compromiso vascular mayor) • Ingesta de alcohol u otras sustancias de baja toxicidad • Otros métodos sin compromiso vital inmediato

Nota. Combinación de 2 o más métodos: se clasificaron en esta categoría aquellos episodios donde el paciente empleó dos o más mecanismos o donde se utilizó la ingesta medicamentosa o sustancias de forma concomitante/potenciadora de otro método principal.

Utilización de psicofármacos en el episodio: variable cualitativa nominal politómica que evalúa si el intento de suicidio se realizó mediante la ingesta de psicofármacos (benzodicepinas, antidepresivos, antipsicóticos, estabilizadores del ánimo, entre otros), independientemente si se utilizaron de manera exclusiva o combinada con otras sustancias.

Se clasificó en las siguientes categorías:

- **Sí:** cuadros en los que la intoxicación involucro al menos un psicofármaco como mecanismo o parte del mecanismo del intento de suicidio.
- **No:** incluye a los pacientes que emplearon métodos no medicamentosos, así como aquellos con intoxicación debida exclusivamente a otros grupos farmacológicos o sustancias no psiquiátricas (p.ej., AINEs, antihipertensivos, antidiabéticos, entre otros)
- **No consignado:** casos con información insuficiente en la historia clínica para precisar los fármacos involucrados en el episodio.

Para determinados análisis esta variable se recodificó en forma dicotómica: Sí (intoxicación con psicofármacos) y No (agrupando intoxicaciones por otros fármacos y métodos no medicamentosos). Los casos sin registro del fármaco (no consignado) se trataron como valores perdidos.

Declaración de intención: manifestación verbal registrada en la historia clínica del paciente respecto a la intencionalidad de morir asociada al episodio de suicidio.

Consumo de sustancias durante el episodio índice: variable cualitativa dicotómica (Sí/No) considerada positiva cuando se registró consumo de alcohol y/o sustancias psicoactivas no alcohólicas en las horas previas o concomitantes al intento de suicidio. Además, se evaluó de forma diferenciada el consumo de:

- **Alcohol durante el episodio:** variable cualitativa dicotómica (Sí/No) que registró el consumo de bebidas alcohólicas por parte del paciente en las horas previas o concomitantes al intento de suicidio, independientemente de la cantidad ingerida.
- **Otras drogas durante el episodio:** variable cualitativa nominal que registró el consumo de sustancias psicoactivas distintas del alcohol en las horas previas o concomitantes al evento, ya sea por autorreporte del paciente, referencia de terceros o evaluación médica. Se categorizó según el tipo de sustancia consumida en: ninguna (sin consumo), cocaína, marihuana, drogas sintéticas o policonsumo (más de una sustancia).

Evento desencadenante, “gatillo”: Se definió como la presencia de un evento o situación identificable, ocurrido en el período inmediatamente previo al intento de autólisis, que pudiera haber actuado como factor precipitante del episodio, según lo consignado en la historia clínica o referido por el paciente. Se clasificó en categorías predefinidas (conflicto de pareja/conflicto familiar, problemas laborales/económicos, problemas de salud, consumo de sustancias, eventos legales, pérdidas significativas, violencia, sin desencadenante identificable y no consignado).

Historia familiar de conductas suicidas: Se consideró presente cuando existía antecedente de conducta suicida en familiares de primer o segundo grado, incluyendo intento de suicidio o suicidio consumado, según lo consignado en la historia clínica.

Diagnóstico psiquiátrico principal previo: Se consideró presente cuando existía antecedente de diagnóstico psiquiátrico documentado en la historia clínica de manera previa al episodio de autólisis.

Para mantener categorías mutuamente excluyentes en el análisis descriptivo, en casos de comorbilidad (coexistencia de dos o más diagnósticos), se consignó como diagnóstico principal aquel de mayor complejidad o severidad clínica. La presencia de comorbilidad se registró de manera independiente mediante variable dicotómica secundaria.

La variable se clasificó en las siguientes categorías:

1. **Ninguno:** ausencia de antecedente de diagnóstico psiquiátrico al momento del episodio.
2. **Trastornos depresivos:** depresión mayor, distimia o episodio depresivo único.
3. **Trastorno de ansiedad:** trastorno de ansiedad generalizado, trastorno de pánico, trastorno de estrés post-traumático, entre otros.
4. **Psicosis aguda:** cuadro disruptivo y agudo (duración menor a 1 mes), frecuentemente secundario a estrés extremo o consumo de sustancias.
5. **Trastorno del ánimo/bipolares:** Trastorno bipolar tipo I, tipo II, ciclotimia, entre otros.

6. Trastorno de personalidad: trastorno límite de la personalidad, histriónico, antisocial etc.
7. Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos crónicos: cuadros psicóticos de más de 6 meses de evolución, con deterioro progresivo.
8. Otros/No filiado: antecedente psiquiátrico confirmado y registrado en la historia clínica, pero cuyo diagnóstico exacto no está precisado o no calza en categorías anteriores.
9. No consignado: ausencia de registro o falta de información en la historia.

Cabe destacar que, para determinados análisis, la variable diagnóstico psiquiátrico principal previo fue recodificado en forma dicotómica (Sí/No). Se determinó la presencia de antecedentes ante la existencia de cualquier diagnóstico registrado, incluyendo aquellos casos clasificados como Otros/No filiado. Se estableció ausencia cuando no existía registro de diagnóstico previo. Los casos con información insuficiente se consignaron como datos perdidos para el análisis descriptivo.

Comorbilidad psiquiátrica: se definió como la presencia documentada de dos o más diagnósticos psiquiátricos previos al episodio. Esa variable se registró de manera independiente y dicotómica (presente/ausente), complementando la clasificación anterior.

Tratamiento con psicofármacos: variable cualitativa nominal dicotómica (Sí/No), definida según la situación del tratamiento psicofarmacológico al momento del episodio índice. Se consideró Sí cuando el paciente se encontraba realizando tratamiento psicofarmacológico activo, independientemente del tipo de fármaco o del tiempo de evolución del tratamiento, y No cuando no se encontraba bajo tratamiento psicofarmacológico al momento del episodio. Los pacientes con antecedente de tratamiento psicofarmacológico previo, pero sin tratamiento activo al momento del episodio, fueron clasificados como No.

Clase de psicofármaco en curso: variable cualitativa nominal evaluada en aquellos pacientes con tratamiento psicofarmacológico activo al momento del episodio, y clasificada según el grupo farmacológico en: ansiolíticos/hipnóticos, antidepresivos, antipsicóticos, eutimizantes, otros, combinación (más de una clase) o no consignado. La categoría -otros psicofármacos- incluyó medicamentos de uso psiquiátrico no comprendidos en la clasificación anterior (ej., psicoestimulantes). Los pacientes sin tratamiento activo se categorizaron como no corresponde.

Enfermedades orgánicas crónicas: variable cualitativa nominal dicotómica (Sí/No) que evalúa la presencia o ausencia de patología médica no psiquiátrica al momento del episodio.

Clasificación de enfermedades crónicas: variable cualitativa nominal registrada únicamente en los pacientes con presencia de enfermedad orgánica. Se clasificó en:

1. Enfermedad Cardiovascular: cardiopatía isquémica, insuficiencia cardiaca, arritmias, miocardiopatías y otras cardiopatías crónicas.

2. Enfermedad respiratoria crónica: asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), fibrosis pulmonar y otras enfermedades respiratorias crónicas.
3. Enfermedad metabólica/endócrina: diabetes mellitus, obesidad, dislipidemia, trastornos tiroideos y otras enfermedades metabólicas o endocrinas.
4. Enfermedad neurológica: accidente cerebrovascular (ACV) y sus secuelas, epilepsia, demencia, enfermedad de Parkinson y otras enfermedades neurológicas crónicas.
5. Enfermedades infecciosas: HIV, hepatitis B o C crónica, tuberculosis y otras infecciones crónicas de relevancia clínica.
6. Enfermedad oncológica/hematológica: neoplasias activas, antecedentes oncológicos relevantes y enfermedades hematológicas crónicas de relevancia clínica.
7. Enfermedad osteoarticular crónica/dolor crónico: artrosis, enfermedades reumatológicas, lumbalgia crónica, fibromialgia y otras enfermedades musculoesqueléticas crónicas.
8. Otras enfermedades crónicas relevantes: enfermedad renal crónica, enfermedad hepática crónica, enfermedades autoinmunes y otras patologías crónicas relevantes no incluidas en las categorías anteriores.
9. Más de una categoría: pacientes con enfermedades pertenecientes a dos o más de las categorías anteriores.

Índice de comorbilidad de Charlson: la comorbilidad basal se evaluó mediante el Índice de Comorbilidad de Charlson ajustado por edad (Age-Adjusted Charlson Comorbidity Index, ACCI). Este instrumento asigna un puntaje ponderado a diversas patologías crónicas en función de su impacto sobre el riesgo de mortalidad y la carga global de comorbilidad. Adicionalmente, incorpora la edad como variable de ajuste, agregando 1 punto por cada década de vida a partir de los 50 años (50–59 años: 1 punto; 60–69 años: 2 puntos; 70–79 años: 3 puntos; ≥80 años: 4 puntos). Los puntajes más elevados indican una mayor carga de enfermedad y un peor pronóstico clínico(27). Esta variable se analizó de forma continua (puntaje total obtenido).

Antecedente de intento suicida previo: variable cualitativa nominal dicotómica (Sí/No), obtenida a partir del registro en la historia clínica. Se consideró presente cuando existía registro de al menos un episodio de intento de suicidio anterior al episodio índice, independientemente del método o del tiempo transcurrido desde su ocurrencia.

Número de intentos suicidas: variable cualitativa ordinal evaluada únicamente en los pacientes con antecedente de intento suicida previos. Describe la cantidad de episodios ocurridos antes del evento índice y se clasificó en: 1 episodio previo o 2 o más episodios previos.

Reintento durante el período de estudio: variable cualitativa nominal dicotómica (Sí/No). Se definió como reintento suicida a la ocurrencia de un nuevo episodio de intento de suicidio registrado en la institución, ocurrido desde la fecha de salida del episodio índice hasta el 31/12/2025. Debido al diseño retrospectivo, la duración del seguimiento fue heterogénea entre

los participantes, por lo cual los resultados deben interpretarse considerando potenciales sesgos asociados al tiempo de exposición al riesgo.

Antecedente de consumo de sustancias: variable cualitativa nominal politómica (sí/no/no evaluable). Se consideró Sí, cuando en la historia clínica o en la evaluación realizada por el equipo de Salud Mental se consignó el antecedente de consumo de una o más sustancias psicoactivas (alcohol, tabaco, cannabis, cocaína, pasta base, drogas sintéticas u otras). En aquellos casos en los que la historia clínica no contenía información suficiente, la variable se clasificó como no consignado.

Consumo específico por tipo de sustancia: adicionalmente, el antecedente de consumo se registró de forma independiente para cada sustancia (las categorías no son mutuamente excluyentes, pudiendo un mismo paciente presentar consumo de más de 1 sustancia).

- Consumo de tabaco: variable cualitativa nominal dicotómica (Si/No) que registra el antecedente de consumo de tabaco.
- Consumo problemático de alcohol: variable cualitativa nominal dicotómica (Sí/No) que registra la presencia de consumo nocivo o dependencia de alcohol, determinado según la evaluación del equipo de Salud Mental consignada en la historia clínica.
- Consumo de cocaína: variable cualitativa nominal dicotómica (Sí/No) que registra el antecedente de consumo de cocaína independientemente de su presentación o vía de administración, según constaba en la historia clínica o en la evaluación realizada por el equipo de Salud Mental.
- Consumo de cannabis: variable cualitativa nominal dicotómica (Sí/No) que registra el antecedente de consumo de cannabis con fines no terapéuticos, en cualquiera de sus formas de presentación y vías de administración, según constaba en la historia clínica o en la evaluación realizada por el equipo de Salud Mental. El uso de cannabis medicinal indicado por prescripción médica no fue considerado como antecedente de consumo para esta variable.
- Consumo de drogas sintéticas: variable cualitativa nominal dicotómica (Sí/No) que registra el antecedente de consumo de drogas sintéticas o nuevas sustancias psicoactivas, según constaba en la historia clínica o en la evaluación realizada por el equipo de Salud Mental.
- Consumo de otras sustancias: variable cualitativa nominal dicotómica (Sí/No) que registra el antecedente de consumo de otras sustancias en las que se incluyen inhalantes, pegamentos o combustibles, según constaba en la historia clínica o en la evaluación realizada por el equipo de Salud Mental.

Antecedente de internación para deshabituación de consumo de sustancias: variable cualitativa nominal politómica (Sí/No/No corresponde). Se consideró Sí, cuando en la historia clínica constaba el antecedente de al menos una internación previa destinada al tratamiento de consumo de sustancias o proceso de deshabituación, independientemente del tipo de institución.

Se consideró No, cuando el paciente presentaba antecedente de consumo de sustancias, pero no había registrado internaciones previas por dicho motivo. No corresponde: pacientes sin antecedentes de consumo de sustancias.

Antecedente de abuso o violencia: variable cualitativa nominal politómica (Sí/No/No consignado). Se consideró Sí, cuando en la historia clínica o en la evaluación realizada por el equipo de Salud Mental se registró el antecedente de abuso o violencia física, sexual, psicológica o doméstica ocurrido con anterioridad al episodio índice. Se clasificó como No consignado, cuando la historia clínica no contenía información suficiente para determinar la presencia o ausencia de este antecedente.

Necesidad de intervención aguda: variable cualitativa nominal dicotómica (Sí/No). Se consideró presente cuando, como consecuencia del episodio índice, el paciente requirió al menos una intervención terapéutica inmediata durante el abordaje inicial. La clasificación se realizó a partir de la información consignada en la historia clínica.

En los pacientes que requirieron intervención, se registró adicionalmente el tipo de intervención de mayor complejidad o jerarquía asistencial realizada, clasificándose en: lavado gástrico, administración de antídotos específicos, sutura de heridas o ingreso a unidad de cuidados intensivos.

Gravedad clínica del intento: variable cualitativa ordinal (leve, moderado, grave), definida según el mayor compromiso clínico documentado en la historia clínica durante la atención del episodio índice. Dado que no existe una clasificación estandarizada que categorice la gravedad clínica del intento de suicidio según el compromiso orgánico y los recursos terapéuticos requeridos, se elaboró una clasificación operacional para este estudio, basada en las recomendaciones de la bibliografía disponible y adaptada al contexto hospitalario(28).

- Leve: ausencia de compromiso orgánico significativo, con lesiones leves o sin lesiones objetivables, que requirió únicamente observación e internación para evaluación clínica y psiquiátrica, sin necesidad de tratamiento específico complejo, soporte vital ni cuidados críticos.
- Moderado: presencia de lesiones o alteraciones clínicas o de laboratorio que requirieron tratamiento médico específico y/o monitoreo hospitalario prolongado, en ausencia de criterios de riesgo vital inminente. Incluye intoxicaciones que precisaron administración de antídotos, alteraciones metabólicas clínicamente significativas o lesiones que requirieron intervención médica hospitalaria.
- Grave: presencia de compromiso orgánico mayor, definido por la existencia de inestabilidad hemodinámica y/o al menos uno de los siguientes criterios: ingreso a unidad de cuidados intensivos, requerimiento de ventilación mecánica, desarrollo de falla orgánica aguda o necesidad de soporte vital avanzado.

Destino al egreso hospitalario: variable cualitativa nominal politómica que registra la situación asistencial del paciente al momento del egreso correspondiente al episodio índice. Se clasificó en las siguientes categorías:

- Alta a domicilio sin seguimiento especializado consignado.
- Derivación a seguimiento ambulatorio por Salud Mental.
- Internación en unidad de Psiquiatría.
- Derivación a institución para tratamiento o deshabitación de trastornos por uso de sustancias.
- Derivación a otra institución de salud.
- Derivación a institución geriátrica.
- Fuga o alta no autorizada (“alta voluntaria” /retiro no médico)
- Óbito intrahospitalario.

Medicación indicada al egreso: variable cualitativa nominal que registró la indicación de tratamiento psicofarmacológico al momento del egreso hospitalario correspondiente al episodio índice. Se evaluó la presencia o ausencia de indicación de psicofármacos (Sí, No, No corresponde). En los pacientes que recibieron indicación al egreso se registró la clase farmacológica prescrita, clasificándose en: ansiolíticos, antidepresivos, antipsicóticos, eutimizantes, otros psicofármacos o combinación (más de una clase farmacológica).

Análisis Estadístico

Las variables cualitativas se expresaron como frecuencia absoluta y porcentaje [n (%)]. Las variables cuantitativas se expresaron como media $\pm$ desvío estándar o mediana y rango intercuartilo (percentil 25–75), según su distribución. Para la comparación de variables cualitativas se utilizaron las pruebas de Chi-cuadrado de Pearson o exacta de Fisher, según correspondiera. Para las variables cuantitativas se emplearon pruebas no paramétricas. La magnitud de las asociaciones entre variables dicotómicas se estimó mediante el cálculo de Odds Ratio (OR) con sus respectivos intervalos de confianza del 95% (IC95%). Se consideró estadísticamente significativo un valor de $p < 0,05$. El análisis estadístico se realizó mediante el programa IBM SPSS Statistics versión 25 (IBM Corp., Armonk, NY, Estados Unidos).

Consideraciones Éticas

La confidencialidad de los datos de los pacientes fue resguardada en todo momento durante el desarrollo del estudio. El acceso a la información quedó restringido exclusivamente a los investigadores responsables, sin participación de personal no autorizado. En ningún caso se registraron datos identificatorios personales ni se incluyó información que permitiera la identificación directa o indirecta de los pacientes.

El presente trabajo se realizó conforme a los principios éticos establecidos en la Declaración de Helsinki para investigación en seres humanos. Se trató de un estudio observacional retrospectivo basado en la revisión de historias clínicas, utilizando información secundaria previamente registrada con fines asistenciales.

Se garantizó la confidencialidad y protección de los datos personales conforme a lo establecido por la Ley Nacional de Protección de Datos Personales N.º 25.326. Los datos recolectados fueron anonimizados al momento de su registro en la base de datos para análisis, resguardando la identidad de los pacientes durante todo el proceso.

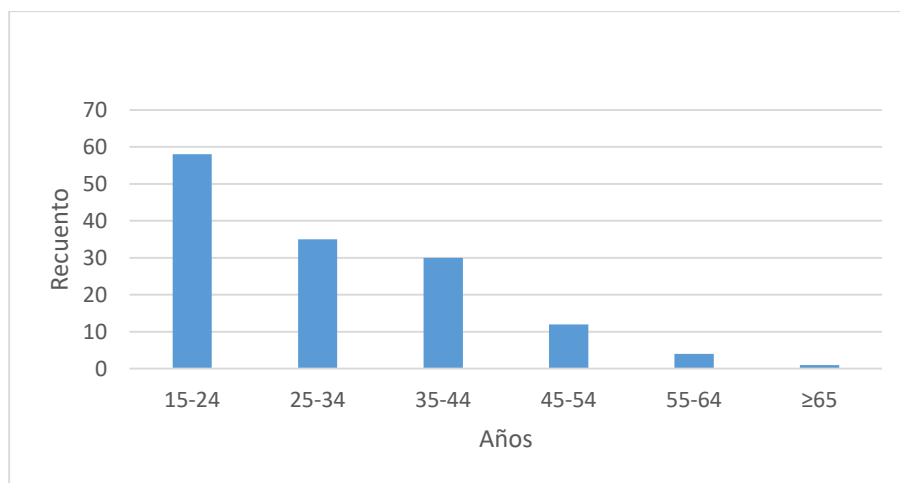
RESULTADOS

Se revisó un total de 235 historias clínicas correspondientes a pacientes con registro de internación por intento de suicidio durante el período comprendido entre 2022 y 2025. Luego de aplicar los criterios de inclusión y exclusión establecidos, se incluyeron 140 pacientes en el análisis final. Se excluyeron 95 casos por corresponder a episodios no intencionales, presentar historias clínicas incompletas o no cumplir criterios de internación en sala general al momento del episodio índice.

Respecto a la identidad de género, la muestra (N=140) estuvo conformada, en un 65,7% (n=92), por mujeres cisgénero, un 32,1% (n=45) por varones cisgénero, un 1,4% (n=2) por varones transgénero y un 0,7% (n=1) por mujeres transgénero.

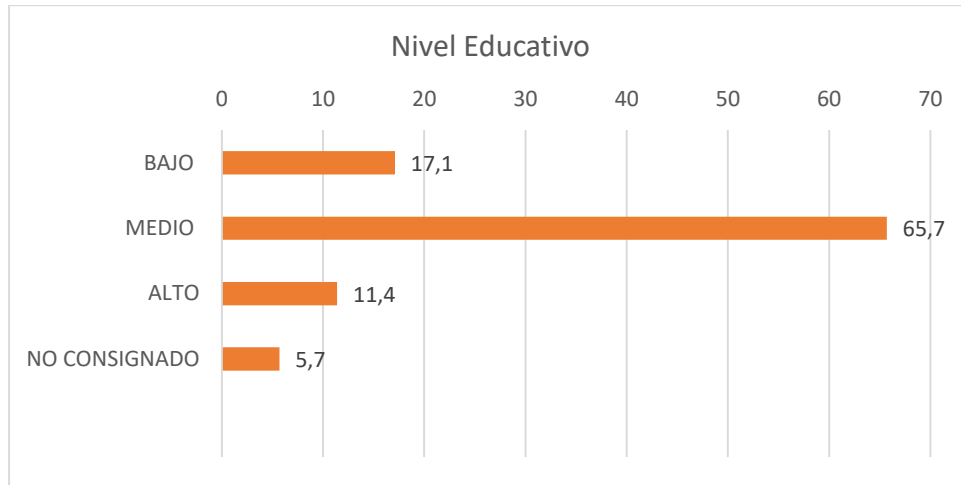
La edad mediana fue de 27 años (RIC: 20-39 años; rango: 15-66 años). Respecto de la distribución por grupos etarios, la mayor frecuencia de casos se concentró en el grupo de 15 a 24 años (41,4%; n=58), seguido por los grupos de 25 a 34 años (25,0%; n=35) y de 35 a 44 años (21,4%; n=30). Los grupos de 45 a 54 años (8,6%; n=12), 55 a 64 años (2,9%; n=4) y ≥ 65 años (0,7%; n=1) presentaron una menor frecuencia de casos (Gráfico 1).

Gráfico 1. Distribución de pacientes según grupo etario.



En relación con el nivel educativo, predominó el nivel educativo medio en el 65,7% (n=92) de los casos, seguido del nivel bajo en el 17,1% (n=24). El nivel educativo alto se observó en el 11,4% (n=16), mientras que en el 5,7% (n=8) restante no se contó con información consignada en la historia clínica (Gráfico 2).

Gráfico 2. Distribución de pacientes según nivel educativo.



En el análisis de las variables vinculadas a la contención socio-familiar, predominó la ausencia de pareja al momento del episodio, observada en el 63,6% (n=89) de los pacientes, mientras que el 36,4% (n=51) contaba con pareja. No obstante, la mayoría se encontraba en situación de convivencia en el 85,7% (n=120), mientras que el 14,3% (n=20) vivía solo.

En relación con el entorno familiar, se observó que el 68,6% de los pacientes (n=96) presentaba un medio familiar no continente, mientras que el 31,4% restante (n=44) contaba con un medio familiar continente (Tabla 3).

Tabla 3. Distribución de pacientes según variables relacionales, de convivencia y medio familiar.

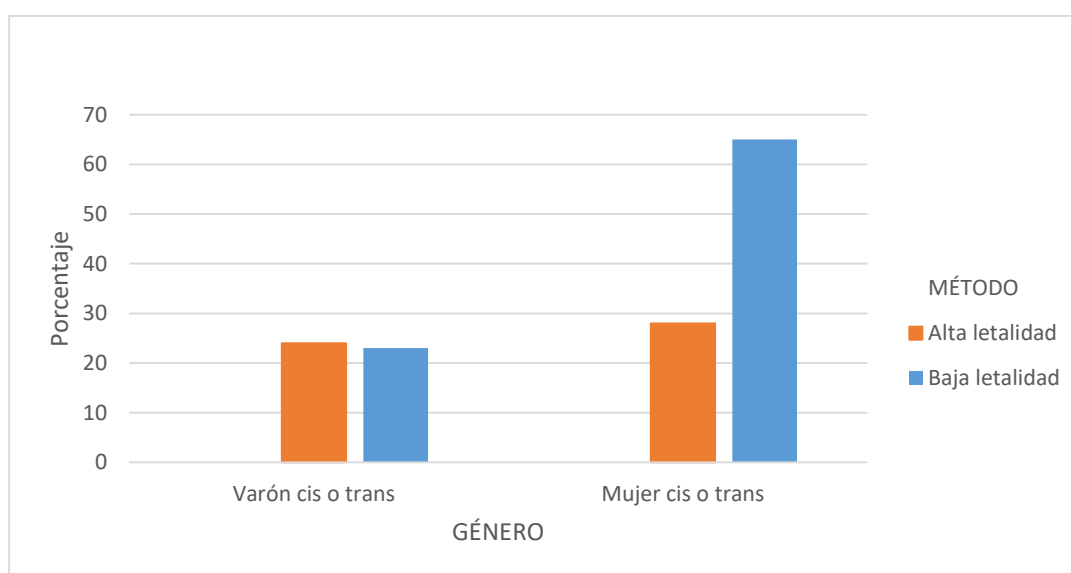
Variable	Categoría	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Situación vincular	Ausencia de pareja	89	63,6%
	Presencia de pareja	51	36,4%
Condición de convivencia	Convivencia	120	85,7%
	Vivía solo	20	14,3%
Medio familiar	No continente	96	68,6%
	Continente	44	31,4%

Con respecto a la situación habitacional, el 84,3% (n=118) de los pacientes contaba con una vivienda estable al momento del episodio. Por otra parte, el 6,4% (n=9) presentaba vivienda inestable, el 5,7% (n=8) se encontraba en situación de calle, el 2,9% (n=4) estaba institucionalizado y el 0,7% (n=1) privado de la libertad.

Al evaluar la situación laboral, un 45,7% (n=64) se encontraba desempleado al momento del episodio. En relación con las categorías de empleo formal y estudiante, representaron un 16,4% (n=23) cada una, seguidas por el empleo informal en el 15,0% (n=21), y los grupos inactivos económicamente en el 5,0% (n=7). En el 1,4% (n=2) restante no se pudo categorizar la variable por no constar información en la historia clínica.

En relación con las características del episodio índice, los métodos de baja letalidad fueron los más prevalentes en la muestra total (n=140) representando un 62,9% (n=88) en contraste con los métodos de alta letalidad en un 37,1% (n=52). Al estudiar la prevalencia de los métodos según el género, se observó que, en los varones (incluyendo varones cisgénero y transgénero), la distribución fue prácticamente equilibrada, con una ligera predominancia de métodos de alta letalidad (51,1%; n=24) frente a métodos de baja letalidad (48,9%; n=23). En las mujeres, (incluyendo mujeres cisgénero y transgénero), predominó la utilización de métodos de baja letalidad (69,9%; n=65), mientras que el 30,1% (n=28) recurrió a métodos de alta letalidad (Gráfico 3). Esta diferencia según género fue estadísticamente significativa ($p=0,015$, OR=2,42; IC 95%: 1,17-4,99).

Gráfico 3. Letalidad del método según el género.



En relación con el método empleado, se observó una mayor prevalencia de la intoxicación medicamentosa, presente en 56,4% de los episodios (n=79), de los cuales 75 pacientes utilizaron como método único (53,6%) y 4 como parte de una combinación de métodos (2,9%). En segundo lugar, se ubicó el ahorcamiento o estrangulación con un 20,0% (n=28). Con una menor frecuencia se registraron la ingesta de sustancias altamente tóxicas y los cortes superficiales, con un 7,1% (n=10) cada uno. Las modalidades restantes representaron individualmente valores iguales o inferiores al 3,6% de la muestra como se observa en la (Tabla 4).

Tabla 4. Métodos utilizados en la población en estudio.

Método registrado	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Intoxicación medicamentosa	75	53,6
Ahorcamiento/estrangulación	28	20,0
Ingesta de sustancias altamente tóxicas	10	7,1
Cortes superficiales	10	7,1
Arma blanca en región vital	5	3,6
Combinación de dos o más métodos	4	2,9
Arma de fuego	2	1,4
Salto de altura	2	1,4
Ingesta de alcohol o sustancias de baja toxicidad	2	1,4
Quemaduras extensas	1	0,7
Otros métodos sin compromiso vital inmediato	1	0,7
Total	140	100,0

Entre los pacientes que recurrieron a la ingesta medicamentosa como método (n=79), el 78,5% (n=62) empleó psicofármacos, mientras que el 17,7% (n=14) utilizó fármacos de otros grupos terapéuticos. En el 3,8% (n=3), no fue posible determinar el grupo farmacológico utilizado a partir de la información disponible en la historia clínica.

La totalidad de los pacientes incluidos en la muestra (N=140) presentó un intento de suicidio con intencionalidad constatada en los registros de la historia clínica. En el 95,7% de los casos (n=134) se identificó al menos un factor desencadenante del episodio. El más frecuente correspondió a conflictos de pareja o familiares, presentes en el 55,0% de los pacientes (n=77), seguido por el consumo de sustancias presente en el 12,9% de los casos (n = 18), el duelo o pérdidas recientes (12,1%; n=17) y los problemas de salud física (7,1%; n=10). Los problemas laborales y los episodios de violencia representaron cada uno el 4,3% de los casos (n=6). Finalmente, en el 4,3% restante (n=6) no fue posible establecer un desencadenante.

Con respecto al consumo de sustancias durante el episodio índice, se constató ingesta de alcohol y/o drogas en el 39,3% (n=55) de la muestra total.

De manera específica, el consumo de alcohol se registró en el 22,9% (n=32) de los pacientes, mientras que el 77,1% (n=108) no presentó consumo de esta sustancia.

En cuanto al consumo de otras sustancias psicoactivas durante el evento, el 71,4% (n=100) de los pacientes no registró consumo. Entre quienes sí consumieron, la cocaína fue la sustancia más prevalente (21,4%; n=30), seguida por el policonsumo en un 5,7% (n=8) y el consumo exclusivo de cannabis en el 1,4% (n=2). No se registró consumo de sustancias sintéticas durante el episodio en la muestra analizada.

Por otra parte, al evaluar el antecedente de consumo de sustancias el 66,4% (n=93) de los pacientes presentaba este antecedente, frente al 33,6% (n=47) que no registraba consumo.

Entre las sustancias registradas, el tabaquismo constituyó el antecedente de consumo más frecuente, presente con un 60,0% de los casos (n=84), seguida por la cocaína (35,7%; n=50), el cannabis en el 30,7% (n=43) y el consumo problemático de alcohol (22,9%; n=32). Se registraron antecedentes de consumo de drogas sintéticas en un 2,1% (n=3) y de otras sustancias en el 1,4% (n= 2). Dado que se trató de categorías no mutuamente excluyentes, los porcentajes se interpretan de forma independiente.

Al evaluar los antecedentes de deshabituación entre los pacientes con antecedente de consumo activo de sustancias (n=93) el 18,3% (n=17) había realizado al menos un intento previo de deshabituación, mientras que el 81,7% (n=76) no registraba intentos.

En relación con los antecedentes de diagnóstico psiquiátrico, el 52,9% de los pacientes (n=74) no presentaba antecedentes previos al episodio índice, mientras que el 47,1% (n=66) presentaba al menos un diagnóstico psiquiátrico previo.

Entre aquellos pacientes que sí contaban con un diagnóstico psiquiátrico previo (n=66), el trastorno depresivo fue el más prevalente con un 60,6% (n=40), seguido por el trastorno de ansiedad (15,2%; n=10), la esquizofrenia (9,1%; n=6) y el trastorno de la personalidad (9,1%; n=6). En menor proporción se registraron el trastorno bipolar (3,0%; n=2), la psicosis aguda (1,5%; n=1) y otros diagnósticos no filiados (1,5%; n=1).

Por último, dentro de este grupo de pacientes con antecedentes psiquiátricos (n=66), el 22,7% (n=15) presentó comorbilidad psiquiátrica por coexistencia de dos o más diagnósticos, lo que representó un 10,7% del total de la muestra (n=140).

En relación con el consumo actual de psicofármacos, el 49,3% de los pacientes (n=69) se encontraba bajo tratamiento activo al momento del episodio índice, frente al 50,7% (n=71) que no registraba uso de medicación.

Al evaluar la clase de psicofármaco exclusivamente dentro del grupo de pacientes en tratamiento (n=69), casi la mitad de la muestra tratada (47,8%; n=33) recibía esquemas combinados de más de un fármaco. En lo referente a las monoterapias, el tratamiento con ansiolíticos alcanzó el 24,6% (n=17), seguida por otros psicofármacos (14,5%; n=10), antidepresivos (5,8%; n=4), antipsicóticos (5,8%; n=4) y eutimizantes (1,4%; n=1).

Entre los pacientes con antecedentes psiquiátricos (n=66), el 80,3% (n=53) se encontraba bajo tratamiento psicofarmacológico al momento del episodio, mientras que el 19,7% (n=13) no recibía tratamiento. Por el contrario, entre los pacientes sin antecedentes psiquiátricos registrados el 21,6% (n=16) se encontraba bajo tratamiento psicofarmacológico, mientras que el 78,4% (n=58) no realizaba este tipo de tratamiento.

En cuanto a los antecedentes de conducta suicida, el 55,7% de los pacientes (n=78) había realizado al menos un intento de suicidio previo, mientras que el 44,3% (n=62) no presentaba dichos antecedentes. Al analizar la recurrencia dentro del subgrupo de pacientes que presentó

conducta suicida previa (n=78), el 11,5% (n=9) había realizado un único intento, mientras que el 88,5% (n=69) presentaba dos o más intentos.

En relación con los antecedentes familiares de conducta suicida, el 30,0% de los pacientes (n=42) presentó antecedentes de intento de suicidio o suicidio consumado en familiares, mientras que el 70,0% (n=98) no registró dichos antecedentes.

Con respecto a los antecedentes de abuso o violencia, el 6,4% de los pacientes (n = 9) presentó antecedente de al menos una situación de violencia o abuso a lo largo de la vida, mientras que el 93,6% (n = 131) no presentó dichos antecedentes.

En relación con los antecedentes de enfermedades orgánicas, el 69,3% de los pacientes (n = 97) no registraba antecedentes de enfermedad orgánica, mientras que el 30,7% (n = 43) presentaba al menos una enfermedad previa. Las enfermedades metabólicas/endocrinas fueron las más frecuentes, presentes en el 6,4% de los pacientes (n = 9), seguidas por las enfermedades cardiovasculares y neurológicas, cada una de ellas presente en un 5,0% (n = 7). El resto de las categorías presentó una frecuencia inferior al 5%. La distribución completa se presenta en la (Tabla 5).

Tabla 5. Clasificación de antecedentes de enfermedades crónicas según su prevalencia.

Enfermedades crónicas	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
No presenta antecedentes	97	69,3
Enf. metabólica/endócrina	9	6,4
Enf. cardiovasculares	7	5,0
Enf. neurológicas	7	5,0
Otras enfermedades crónicas relevantes.	6	4,3
Enf. respiratorias	4	2,9
Enf. infecciosas	3	2,1
Enf. oncohematológicas	3	2,1
Más de una categoría	2	1,4
Enf. osteoarticulares/dolor crónico	2	1,4
Total	140	100,0

*Notas: (n): frecuencia absoluta. Otras: incluye enfermedad renal o hepática crónica, para una mayor caracterización ir al apartado "Materiales y Métodos".

Los porcentajes están calculados sobre el total de la muestra (n=140) y pueden no sumar exactamente 100% debido al redondeo decimal.

Al evaluar la comorbilidad mediante el Índice de Charlson, se observó que la mayoría de los pacientes no presentaba comorbilidad según este índice, con una puntuación de 0 en el 80,7% de los casos (n = 113), mediana de 0 (RIC:0-0) con un rango entre 0 y 10 (Tabla 6).

Tabla 6. Distribución del Índice de Comorbilidad de Charlson en la población en estudio.

Puntación del Índice de Charlson	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)	Porcentaje acumulado (%)
0	113	80,7	80,7
1	14	10,0	90,7
2	6	4,3	95,0
3	1	0,7	95,7
4	2	1,4	97,1
6	3	2,1	99,3
10	1	0,7	100,0
Total	140	100,0	

Al analizar la duración de la internación de la población estudiada (N=140), se observó una mediana de 6 días (RIC: 3-10) con un rango que varió entre un mínimo de 1 día y un máximo de 48 días.

Respecto de las características clínicas del episodio, se observó que el 67,9% (n=95) de los pacientes no requirió intervenciones agudas durante la atención inicial. Por el contrario, el 32,1% (n=45) requirió algún tipo de intervención terapéutica aguda, descriptos en la siguiente (Tabla 7).

Tabla 7. Tipo de intervención requerida durante el episodio en la población estudiada.

Intervención aguda	N (N=140)	% Total (N=140)	%Válido(n=45)
No requirió	95	67,9%	-
Requirió	45	31,1%	100%
Lavado gástrico	20	14,3%	44,4%
Ingreso UCIN/UTI	11	7,9%	24,4%
Antídoto	8	5,7%	17,8%
Sutura de heridas	6	4,3%	13,3%

Al analizar la gravedad clínica del episodio, predominaron los eventos leves, representando el 59,3% de los casos (n=83). En menor proporción se observaron eventos moderados en el 32,9% (n=46), mientras que los eventos graves correspondieron al 7,9% (n=11) de los pacientes.

Respecto del destino al egreso hospitalario, el 78,6% de los pacientes (n = 110) fue derivado a seguimiento ambulatorio por psiquiatría. Por otra parte, el 11,4% (n = 16) se retiró voluntariamente antes del alta médica. En menor proporción, el 3,6% (n = 5) fue derivado a instituciones de deshabitación, el 2,9% (n = 4) a otras instituciones de salud y el 1,4% (n = 2) a instituciones geriátricas u hogares. Asimismo, el 1,4% (n = 2) recibió el alta sin indicación de controles posteriores, mientras que el 0,7% (n = 1) requirió internación psiquiátrica.

Al momento del alta, el 85,7% de los pacientes (n=120) tuvo indicación de tratamiento psicofarmacológico al egreso hospitalario, mientras que el 14,3% (n=20) no tuvo dicha indicación. Entre los pacientes que egresaron con indicación farmacológica (N=120), predominó la prescripción de esquemas combinados de más de un psicofármaco (80,0%; n=96). En relación con las monoterapias, la indicación de antipsicóticos representó el 13,3% (n=16), seguida de ansiolíticos (3,3%; n=4), antidepresivos (2,5%; n=3) y eutimizantes (0,8%; n=1).

Considerando los hallazgos descriptivos observados y la relevancia clínica de determinados factores de riesgo, se realizó un análisis inferencial exploratorio destinado a evaluar asociaciones entre consumo de sustancias, el tratamiento psicofarmacológico activo y el medio familiar con distintos desenlaces clínicos: la letalidad potencial del método utilizado, la gravedad clínica del episodio y ocurrencia de reintentos registrados durante el período de estudio.

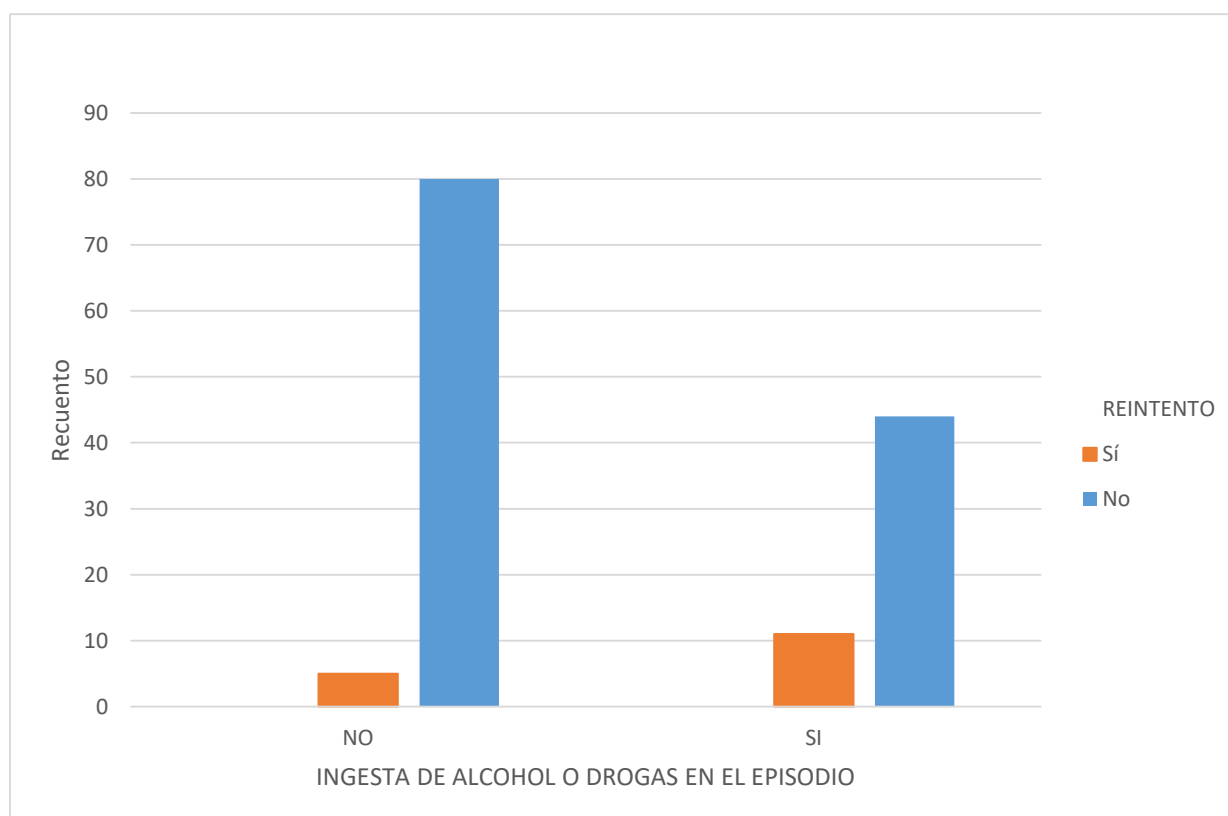
Entre los pacientes que no presentaron consumo de alcohol u otras sustancias durante el episodio (n=85), el 72,9% de los casos (n=62) utilizaron métodos de baja letalidad, mientras que el 27,1% (n=23) empleó métodos de alta letalidad. En contraste, entre los pacientes que presentaron consumo de alcohol u otras sustancias durante el episodio (n=55), el 52,7% (n=29) utilizó métodos de alta letalidad y el 47,3% (n=26), métodos de baja letalidad. El análisis evidenció una asociación estadísticamente significativa ($p=0,002$; OR=3,00; IC95%: 1,47–6,13)(Tabla 8).

Tabla 8. Asociación entre el consumo de sustancias durante el episodio y letalidad del método utilizado.



También se analizó la asociación entre el consumo de sustancias durante el episodio y la ocurrencia de reintento suicida durante el período de estudio. La tasa global de reintento en la muestra fue del 11,4%. Entre los pacientes que no habían consumido sustancias (n=85), el 5,9% (N=5) presentó al menos un reintento suicida, mientras que esta proporción ascendió al 20,0% (N=11) entre aquellos que sí registraban consumo (n=55), siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($p=0,010$). El análisis de riesgo determinó que el consumo de sustancias actuó como un factor asociado relevante, cuadruplicando las chances de registrar un reintento suicida en comparación con aquellos sin consumo (OR = 4,00; IC 95%: 1,30–12,19)(Tabla 9).

Tabla 9. Relación entre el consumo de sustancias durante el episodio y el reintento durante el período de estudio.



En cambio, no se encontraron diferencias significativas entre el consumo de sustancias durante el episodio índice y la gravedad clínica al ingreso. Entre los pacientes sin consumo, el 61,2% (n=52) presentó gravedad clínica leve, el 32,9% (n=28) moderada y el 5,9% (n=5) grave. En aquellos con consumo, estas proporciones fueron 56,4% (n=31), 32,7% (n=18) y 10,9% (n=6), respectivamente, sin asociación estadísticamente significativa entre ambas variables ($p=0,547$).

Asimismo, se analizó la relación entre el consumo actual de psicofármacos y la letalidad del método empleado, hallándose una asociación estadísticamente significativa ($p < 0,001$). En el grupo de pacientes sin consumo actual de psicofármacos (n=71), el 54,9% (n=39) utilizó un método de alta letalidad, mientras que esta proporción descendió notablemente al 18,8% (n=13) entre quienes se encontraban en tratamiento con psicofármacos (n=69). El análisis bivariado

determinó que la ausencia de tratamiento farmacológico activo multiplicó por más de cinco las chances de emplear un método de alta letalidad (OR=5,25; IC 95%: 2,45–11,26)

Con el objetivo de explorar posibles diferencias en la elección de los métodos empleados, se analizó la relación entre el tratamiento psicofarmacológico activo y la utilización de psicofármacos durante el episodio sobre un total de 137 casos válidos, excluyéndose 3 casos donde no constaba registro explícito en la historia clínica del tipo de fármaco utilizado.

Entre los pacientes que se encontraban en tratamiento activo con psicofármacos (n=68), el 79,4% (n=54) utilizó psicofármacos como método del intento de suicidio. En contraste, entre los pacientes sin tratamiento activo (n=69), esta conducta se observó en el 11,6% (n=8), siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,001$). Así, la probabilidad de utilizar psicofármacos durante el episodio fue significativamente mayor en pacientes con tratamiento activo (OR=29,41; IC 95%: 11,45–75,49) (Tabla 10).

Tabla 10. Asociación entre el tratamiento psicofarmacológico activo y la utilización de psicofármacos como método en el intento de suicidio.

Consumo actual de psicofármacos	Método: psicofármacos (n, [%])	Método: Otros/No medicamentosos (n, [%])	Total (n, [%])	p-valor	OR (IC 95%)
En tratamiento activo	54 (79,4%)	14 (20,6%)	68 (100%)	<0,001*	29,41 (11,46-75,50)
Sin tratamiento activo	8 (11,6%)	61 (88,4%)	69 (100%)		
					Ref.
Total	62 (45,3%)	75 (54,7%)	137 (100%)		

Nota. * Prueba de Chi-cuadrado de Pearson (χ^2). Excluidos 3 casos por falta de registro del fármaco. Ref.= categoría de referencia.

Posteriormente se analizó la relación entre tratamiento psicofarmacológico activo y reintento suicida durante el período de estudio. Entre los pacientes sin tratamiento al momento del episodio, el 7,0% (n=5) presentó al menos un reintento, mientras que en el grupo en tratamiento activo esta proporción fue del 15,9% (n=11), esta diferencia no alcanzó significación estadística ($p = 0,098$).

Tampoco se observaron diferencias significativas entre el tratamiento psicofarmacológico actual y la gravedad clínica del evento. En el grupo sin tratamiento, el 56,3% (n=40) presentó gravedad leve, el 35,2% (n=25) moderada y el 8,5% (n=6) grave. En el grupo bajo tratamiento activo, estas proporciones fueron 62,3% (n=43), 30,4% (n=21) y 7,2% (n=5), respectivamente, sin asociación estadísticamente significativa ($p=0,772$).

Por último, no se hallaron asociaciones estadísticamente significativas entre el tipo de medio familiar y las variables clínicas analizadas. Respecto a la letalidad del método, si bien se registró una tendencia hacia una mayor proporción de procedimientos de alta letalidad en pacientes con un medio familiar continente, dicha diferencia no alcanzó significación estadística ($p=0,079$). De

igual manera, tampoco se evidenció una asociación significativa con el reintento suicida ($p=0,556$) ni con la severidad o gravedad clínica del evento ($p=0,930$).

Los resultados del análisis inferencial mencionados anteriormente se resumen en la (Tabla 11).

Tabla 11. Resumen de resultados.

Exposición	Desenlace	Resultado principal	Test	p	OR / IC95%
Género	Método de alta letalidad	51,1% VS 30,1%	χ^2	$p=0,015$	OR=2,42 IC 95%: 1,17-4,99
Consumo de sustancias durante episodio	Método alta letalidad	52,7% vs 27,1%	χ^2	0,002	OR 3 IC95%:1,47-6,13
	Reintento	20,0% vs 5,9%	χ^2	0,010	OR 4 IC 95%: 1,31-12,20
	Gravedad clínica	10,9% vs.5,9% (graves)	χ^2	0,547	—
Tratamiento psicofarmacológico activo	Método alta letalidad (ausencia de tratamiento)	18,8% vs 54,9%	χ^2	<0,001	OR 5,25 IC 95%: 2,45-11,26
	Uso de psicofármacos en el intento	79,4% vs 11,6%	χ^2	<0,001	OR 29,41 IC 95%: 11,46-75,49
	Reintento	15,9% vs 7,0%	χ^2	0,098	—
	Gravedad clínica	-	χ^2	0,772	—
Medio familiar	Reintento	-	χ^2	0,556	—
	Gravedad clínica	-	χ^2	0,930	—
	Letalidad método	Tendencia no significativa	χ^2	0,079	—

Nota. χ^2 : prueba de Chi cuadrado; OR: Odds Ratio; IC95%: Intervalo de confianza del 95%. Nivel de significación $p<0,05$

DISCUSIÓN

La muestra estuvo conformada por 140 pacientes que cursaron internación por intento de suicidio durante el período estudiado. Se observó un predominio del género femenino (65,7%) y una edad mediana de 27 años, hallazgos que coinciden con lo reportado en la literatura nacional e internacional, donde los intentos de suicidio se presentan con mayor frecuencia en adolescentes y adultos jóvenes (2, 10).

Asimismo, se observaron diferencias según el género en relación con los métodos utilizados. Las mujeres recurrieron predominantemente a métodos de baja letalidad, mientras que los varones presentaron una distribución más equilibrada, con una mayor proporción relativa de métodos de alta letalidad. Estos hallazgos son consistentes con la denominada "*paradoja de género*" de la conducta suicida, caracterizada por una mayor frecuencia de intentos de suicidio en mujeres y

mayores tasas de suicidio consumado en varones. Se han propuesto diversos mecanismos para explicar este fenómeno, entre ellos se incluyen la mayor prevalencia de trastornos depresivos y de ansiedad en mujeres, una mayor tendencia a expresar el sufrimiento emocional y buscar ayuda profesional, así como diferencias en los métodos utilizados. A su vez, factores psicosociales, culturales y relacionales probablemente contribuyan a las diferencias observadas entre ambos sexos, lo que refuerza el carácter multifactorial de la conducta suicida (29).

Desde el punto de vista socioeconómico, la población estudiada presentó predominantemente un nivel educativo medio y una elevada proporción de desempleo (45,7%), características que podrían interpretarse como indicadores de vulnerabilidad social. En relación con el contexto familiar y vincular, predominó el medio familiar no continente (68,6%) y la ausencia de pareja (63,6%), aunque la mayoría de los pacientes convivía con otras personas (85,7%). Estos hallazgos sugieren que la convivencia por sí sola no garantiza la disponibilidad de redes de apoyo efectivas, destacando la importancia de la calidad de los vínculos y de la contención sociofamiliar (23, 30). La elevada proporción de pacientes que presentaban condiciones de vulnerabilidad social observada en nuestra serie coincide con los modelos contemporáneos de conducta suicida, que reconocen la influencia de factores estructurales como la pobreza, la exclusión social, la inestabilidad habitacional, el desempleo y la debilidad de las redes de apoyo. Diversos estudios han demostrado que estas condiciones actúan como factores estresores crónicos capaces de incrementar el sufrimiento psicológico, favorecer trastornos mentales y aumentar el riesgo de conducta suicida (31). En este sentido, la conducta suicida no puede interpretarse exclusivamente desde una perspectiva individual o psicopatológica, sino como el resultado de la interacción entre vulnerabilidades personales y determinantes sociales de la salud (2, 31, 32).

Por otra parte, se registró una elevada frecuencia de consumo de sustancias (66,4%) y más de la mitad de los pacientes presentó antecedentes de intentos previos, dos factores ampliamente reconocidos como marcadores de riesgo para la conducta suicida y para la recurrencia de nuevos episodios(13, 14).

Asimismo, una proporción importante de la muestra presentaba antecedentes de diagnóstico psiquiátrico. Entre estos pacientes, el 80,3% se encontraba bajo tratamiento psicofarmacológico activo al momento del episodio, lo que indica que una proporción considerable de quienes realizaron un intento de suicidio contaba con antecedentes de atención y tratamiento en salud mental. Este hallazgo resulta concordante con la evidencia que señala una elevada frecuencia de trastornos psiquiátricos entre las personas que presentan conductas suicidas (15). Sin embargo, la presencia de tratamiento psicofarmacológico al momento del episodio no permite inferir por sí misma un adecuado control de la enfermedad, adherencia terapéutica o continuidad asistencial.

La ocurrencia de un intento de suicidio en pacientes que se encontraban bajo tratamiento pone de manifiesto la naturaleza compleja y dinámica de la conducta suicida, en la que intervienen múltiples factores individuales, clínicos y contextuales. Estos resultados refuerzan la necesidad de

un abordaje integral que no se limite al tratamiento farmacológico, sino que incorpore la evaluación dinámica del riesgo, el seguimiento clínico y de salud mental, la intervención sobre factores psicosociales y la continuidad del cuidado(8, 33).

En conjunto, este estudio describe una población predominantemente joven, femenina y expuesta a múltiples factores de vulnerabilidad clínica y psicosocial. La concordancia con la evidencia regional e internacional refuerza la relevancia del intento de suicidio como problema de salud pública complejo y subraya la necesidad de estrategias de prevención, detección precoz y seguimiento interdisciplinario adaptadas al contexto local(8, 32).

A partir de las características observadas en la población estudiada, se realizó un análisis inferencial con el objetivo de explorar la posible asociación entre determinados factores clínicos y psicosociales y algunos desenlaces de interés, particularmente la letalidad del método utilizado, la gravedad clínica y la ocurrencia de reintentos.

En el presente estudio, el consumo de alcohol u otras sustancias durante el episodio se asoció significativamente con una mayor utilización de métodos clasificados como de alta letalidad (OR = 3,00; IC95%: 1,47–6,13). Este hallazgo resulta concordante con la evidencia disponible, que identifica al consumo agudo de alcohol y otras sustancias psicoactivas como un factor facilitador de conductas impulsivas, se ha postulado que la intoxicación aguda puede disminuir la inhibición conductual, alterar la capacidad de juicio, incrementar la impulsividad y reducir la percepción del riesgo, favoreciendo la elección de métodos de mayor letalidad(34).

Asimismo, se observó una mayor frecuencia de reintentos suicidas entre los pacientes que habían consumido sustancias durante el episodio índice. Este resultado coincide con lo descrito en la literatura internacional, que reconoce al consumo problemático de alcohol y drogas como uno de los principales factores asociados a la recurrencia de la conducta suicida. Una revisión sistemática y meta-análisis reciente identificó que el abuso de alcohol y drogas incrementa significativamente el riesgo de nuevos intentos luego de un episodio inicial, constituyendo uno de los factores de riesgo más consistentes para la repetición de estas conductas(35, 36).

Por el contrario, no se encontró una asociación significativa entre el consumo de sustancias durante el episodio índice y la gravedad clínica al ingreso. Si bien los pacientes con consumo presentaron una proporción ligeramente superior de cuadros graves, las diferencias observadas no alcanzaron significación estadística. Este hallazgo podría estar relacionado con el tamaño muestral o con la influencia de otros factores que condicionan la gravedad clínica, tales como el método utilizado, la magnitud de la exposición, las comorbilidades médicas asociadas y el tiempo transcurrido hasta la atención. Asimismo, debido al carácter retrospectivo del estudio, no fue posible disponer de información homogénea y detallada acerca la cantidad o concentración de las sustancias consumidas antes del episodio, variables que podrían influir de manera significativa en

la gravedad clínica observada. En este sentido, la severidad inicial podría depender de múltiples factores y no exclusivamente de la presencia de consumo de sustancias al momento del intento.

En conjunto, los resultados obtenidos refuerzan la importancia del consumo de sustancias como un factor asociado tanto a la utilización de métodos de mayor letalidad como a la recurrencia de la conducta suicida. Estos hallazgos son consistentes con las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud y de la Organización Panamericana de la Salud, que reconocen a los trastornos relacionados con el consumo de alcohol y otras drogas como factores de riesgo relevantes y potencialmente modificables para el suicidio y los intentos de suicidio, destacando la importancia de su detección y tratamiento(8, 22).

En cuanto al uso de psicofármacos, se observó una asociación significativa entre el tratamiento psicofarmacológico activo al momento del episodio y la letalidad del método utilizado. Los pacientes que no se encontraban bajo tratamiento presentaron una frecuencia considerablemente mayor de utilización de métodos de alta letalidad en comparación con aquellos que recibían tratamiento psicofarmacológico, con una probabilidad más de cinco veces superior según el análisis de estimación de riesgo.

La literatura ha demostrado que los trastornos psiquiátricos constituyen uno de los principales factores de riesgo para la conducta suicida; sin embargo, diversos estudios han señalado que el tratamiento adecuado de estas patologías puede contribuir a reducir la intensidad de los síntomas afectivos, la desesperanza, la impulsividad y otros factores estrechamente vinculados al comportamiento suicida. En particular, la evidencia disponible para los trastornos depresivos indica que el tratamiento antidepresivo se asocia con una disminución del riesgo suicida a largo plazo, especialmente cuando forma parte de un abordaje integral que incluye seguimiento clínico, terapias conductuales y apoyo psicosocial(37, 38).

No obstante, los análisis complementarios realizados en este estudio sugieren que la asociación observada podría estar influida, al menos en parte, por la disponibilidad del método empleado. Los pacientes que se encontraban bajo tratamiento psicofarmacológico activo presentaron una probabilidad significativamente mayor de utilizar psicofármacos durante el episodio suicida (OR = 29,41; IC95%: 11,45-75,49; $p < 0,001$), modalidad habitualmente clasificada dentro de los métodos de baja letalidad. Este hallazgo sugiere que la menor letalidad observada en el grupo bajo tratamiento podría no depender exclusivamente de un posible efecto clínico del tratamiento sobre la conducta suicida, sino también de la mayor accesibilidad a medicamentos en el contexto de la crisis.

Esta interpretación resulta consistente con la hipótesis de la disponibilidad del método (*means availability*), según la cual la elección del mecanismo durante un intento de suicidio se encuentra fuertemente condicionada por el acceso inmediato a medios potencialmente lesivos (8, 39). En

este sentido, la elevada concordancia descrita en la literatura entre los fármacos prescritos y los empleados en episodios de autointoxicación sugiere que la accesibilidad es un determinante clave en la selección del método(40, 41), por lo que la menor letalidad observada en pacientes bajo tratamiento debe interpretarse con cautela.

Asimismo, este hallazgo reviste una clara relevancia para las estrategias de prevención. La iniciativa LIVE LIFE de la Organización Mundial de la Salud posiciona a la restricción del acceso a medios suicidas como una de las intervenciones de mayor efectividad para reducir la mortalidad. En la práctica clínica, la alta proporción de intentos con psicofármacos en pacientes en tratamiento subraya la necesidad de implementar medidas de uso seguro, tales como la dispensación fraccionada, la supervisión familiar en el almacenamiento de fármacos y la educación sobre el control de medicamentos en momentos de crisis(8).

No se halló una asociación significativa entre el tratamiento psicofarmacológico activo y el reintento suicida durante el seguimiento, como tampoco con la gravedad clínica del episodio. Si bien los pacientes en tratamiento presentaron una mayor frecuencia de reintentos, esta diferencia no alcanzó significación estadística, lo que sugiere que tanto la recurrencia de la conducta suicida como la gravedad del cuadro podrían responder a múltiples factores más allá de la presencia de tratamiento farmacológico(9, 15). Estos hallazgos refuerzan la necesidad de interpretar la conducta suicida desde una perspectiva multifactorial, en la que el tratamiento farmacológico constituye un componente relevante, pero no exclusivo, dentro de las estrategias de prevención y manejo del riesgo suicida(9).

En el presente estudio no se observaron asociaciones estadísticamente significativas entre el tipo de medio familiar y la ocurrencia de reintentos suicidas, la gravedad clínica al ingreso o la letalidad del método utilizado. Estos hallazgos difieren parcialmente de lo reportado en la literatura, donde las dificultades en el funcionamiento familiar, la baja cohesión y el escaso apoyo percibido han sido identificados como factores asociados a la conducta suicida y su recurrencia(24, 42).

Una posible explicación radica en las características metodológicas del estudio. Debido a su diseño retrospectivo, la clasificación del medio familiar se realizó a partir de información consignada en historias clínicas y entrevistas de Salud Mental, sin utilizar instrumentos validados para la evaluación de la funcionalidad familiar. Si bien esos registros permitieron recuperar información clínica relevante sobre el entorno familiar y establecer una clasificación operativa, la ausencia de una medición estandarizada pudo limitar la sensibilidad de la variable para captar dimensiones complejas como la calidad de los vínculos, el apoyo emocional percibido, la cohesión familiar o la capacidad de resolución de conflictos. En este contexto, la influencia del entorno familiar podría haber quedado parcialmente enmascarada por otros factores de riesgo de mayor impacto, como los antecedentes psiquiátricos, los intentos previos y el consumo de sustancias. Por lo tanto, si

bien el papel del entorno familiar es ampliamente reconocido en los modelos actuales de conducta suicida, su influencia sobre los desenlaces analizados no pudo demostrarse en la población estudiada.

Los resultados de este estudio refuerzan la naturaleza multifactorial y dinámica de la conducta suicida. Si bien múltiples factores clínicos, sociales y familiares intervienen en su génesis, el acto suicida no debe entenderse como un proceso estático, sino como un fenómeno en constante evolución, donde las vulnerabilidades individuales interactúan con determinantes contextuales y pueden modificarse a lo largo del tiempo. En este escenario, la internación hospitalaria se convierte en una instancia crítica de intervención, en la que el médico clínico desempeña un rol central: manejar las complicaciones médicas agudas, identificar factores de riesgo modificables y articular con equipos interdisciplinarios para asegurar continuidad asistencial. En concordancia con las recomendaciones de la OMS y la OPS, la prevención secundaria del suicidio requiere un abordaje integral, contextualizado y multidimensional, donde el médico clínico actúe como primer eslabón en la detección y derivación oportuna, apoyado en estrategias innovadoras que fortalezcan las redes de atención en salud pública(8, 20).

En síntesis, los hallazgos identifican una población clínicamente compleja, con alta carga de vulnerabilidad psicosocial, antecedentes suicidas y consumo de sustancias. Las asociaciones observadas deben interpretarse como exploratorias, pero aportan señales relevantes para orientar la detección de riesgo, la planificación del seguimiento y la articulación interdisciplinaria durante y después de la internación.

LIMITACIONES

Al interpretar los resultados de este trabajo, deben considerarse diversas limitaciones metodológicas.

En primer lugar, su diseño retrospectivo basado en la revisión de registros clínicos secundarios implicó una dependencia directa de la calidad y exhaustividad del volcamiento de datos por parte del equipo tratante. Asimismo, la evaluación de ciertas variables complejas, como el medio familiar, se realizó sin el uso de escalas estandarizadas y validadas, lo que pudo restar sensibilidad para captar aspectos dinámicos del funcionamiento interindividual.

En segundo lugar, al tratarse de una muestra de pacientes hospitalizados en un único centro asistencial, los hallazgos podrían reflejar a un subgrupo de mayor severidad o vulnerabilidad clínica, limitando la generalizabilidad de los resultados a otros ámbitos asistenciales o de atención primaria. Por último, el tamaño muestral en determinados subgrupos y la imposibilidad de controlar la totalidad de las variables de confusión (tales como la adherencia terapéutica efectiva o intervenciones psicosociales externas) exigen interpretar las asociaciones observadas con cautela, revistiendo un carácter primariamente exploratorio y generador de hipótesis.

Adicionalmente, deben señalarse posibles fuentes de sesgo vinculadas a la naturaleza de los registros. Por un lado, la variable de tratamiento psicofarmacológico se basó en la prescripción documentada, sin poder verificar de manera directa la adherencia terapéutica efectiva por parte del paciente ni el cumplimiento del esquema. Por otro lado, el seguimiento posterior al alta estuvo sujeto a eventuales pérdidas de contacto o consultas en otras instituciones, lo que podría haber condicionado un subregistro en la frecuencia de reintentos.

Finalmente, la imposibilidad de evaluar de forma sistemática el grado de intencionalidad suicida previa o la presencia de eventos estresantes desencadenantes inmediatos constituye una fuente de confusión residual a considerar al interpretar los desenlaces.

CONCLUSIONES

Los pacientes internados por intento de suicidio en el Hospital Provincial del Centenario correspondieron predominantemente a mujeres jóvenes, con elevada frecuencia de antecedentes de intentos previos, consumo de sustancias, trastornos psiquiátricos y condiciones de vulnerabilidad social y familiar. La intoxicación medicamentosa constituyó el método más frecuentemente utilizado, predominando la ingesta de psicofármacos.

En el análisis inferencial, el consumo de sustancias durante el episodio se asoció significativamente con la utilización de métodos de alta letalidad y con una mayor frecuencia de reintentos suicidas durante el período evaluado. Por su parte, la ausencia de tratamiento psicofarmacológico activo se relacionó con una mayor utilización de métodos de alta letalidad. En cambio, no se observaron asociaciones significativas entre el tratamiento psicofarmacológico y la gravedad clínica o la recurrencia de la conducta suicida, ni entre el tipo de medio familiar y las variables clínicas analizadas.

Estos hallazgos refuerzan el carácter multifactorial de la conducta suicida y destacan la importancia de identificar factores potencialmente modificables, particularmente el consumo de sustancias y la vinculación a dispositivos de salud mental. La caracterización clínica y psicosocial de esta población aporta evidencia local valiosa para orientar estrategias de prevención secundaria. En este marco, la internación hospitalaria constituye una oportunidad crítica para detectar factores de riesgo, implementar intervenciones integrales y articular un seguimiento interdisciplinario, con el objetivo de disminuir la recurrencia y la morbilidad en nuestro medio.

Finalmente, se requieren futuros estudios prospectivos, con mayor tamaño muestral y evaluación estandarizada de las variables psicosociales y familiares, que permitan profundizar la comprensión de los determinantes de letalidad, gravedad clínica y recurrencia de la conducta suicida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sveticic J, Leo DD. The hypothesis of a continuum in suicidality: a discussion on its validity and practical implications. *Mental Illness*. 2012; 4(2):73–8.
2. Organización Panamericana de la Salud. Suicidio en la Región de las Américas. Informe regional correspondiente al año 2021 [Internet]. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud (OPS); 2025. Available from: <https://www.paho.org/es/documentos/suicidio-region-america-informe-regional-correspondiente-al-ano-2021>.
3. Durkheim É. El suicidio: un estudio de sociología. 2nd ed. Madrid: Ediciones Akal; 2012.
4. Beck AT, Brown GK, Steer RA, Dahlsgaard KK, Grisham JR. Suicide ideation at its worst point: a predictor of eventual suicide in psychiatric outpatients. *Suicide Life Threat Behav*. 1999; 29(1):1–9.
5. Chávez-Hernández A-M, Leenaars AA. Edwin S Shneidman y la suicidología moderna. *Salud Mental*. 2010; 33:355–60.
6. Van Orden KA, Witte TK, Cukrowicz KC, Braithwaite SR, Selby EA, Joiner TE. The interpersonal theory of suicide. *Psychol Rev*. 2010; 117(2):575–600.
7. Goodfellow B, Kölves K, De Leo D. Contemporary Definitions of Suicidal Behavior: A Systematic Literature Review. *Suicide Life Threat Behav*. 2019; 49(2):488–504.
8. Vivir la vida. Guía de aplicación para la prevención del suicidio en los países - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. 2021 [cited 2026 June 27]. Available from: <https://www.paho.org/es/documentos/vivir-vida-guia-aplicacion-para-prevencion-suicidio-paises>.
9. Tachikawa H, Takahashi S, Nemoto K, Yonemoto N, Oda H, Miyake Y, et al. Predictive factors for recurrent suicide attempts: Evidence from the ACTION-J study. *PCN Rep*. 2022; 1(2):e7.
10. Ministerio de Salud de la Nación. Boletín Epidemiológico Nacional. [Internet]. Buenos Aires: Dirección de Epidemiología; 2025. Available from: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2025/01/ben_788_se_51_vf2.pdf.
11. Ministerio de Salud de la Nación. Boletín Epidemiológico Nacional. [Internet]. Buenos Aires, Argentina: Ministerio de Salud de la Nación; 2025. Available from: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2025/01/ben-758-se-21_02062025.pdf.
12. 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 (Engl Ed)*. 2020; 13(1):11–21.
13. Camino S, Expósito R, Rodante D. Problematic substance abuse and history of suicidal behavior in female patients in an acute mental health service. *Vertex*. 2016; XXVII(128):245–51.
14. Tunagur MT, Kurt Tunagur EM. Substance Use and Suicide Attempts in Adolescents: A Comparative Analysis of Clinical and Psychosocial Risk Factors. *Children*. 2026; 13(2):186.

15. Franklin JC, Ribeiro JD, Fox KR, Bentley KH, Kleiman EM, Huang X, et al. Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analysis of 50 years of research. *Psychol Bull.* 2017; 143(2):187–232.
16. Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe. Guía de cuidados. Abordaje de suicidios, intentos de suicidios y autolesiones [Internet]. Santa Fe, Argentina: Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe; 2025. Available from: https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/download/283675/1467205/file/Gu%C3%ADa%20de%20cuidados_Versi%C3%B3n%20digital.pdf.
17. Martinez R, Zapata MA, Tausch A, Lange S, Russell C, Hennis A, et al. The rising burden of drug use disorders in the Americas, 2000–2021. *Rev Panam Salud Publica.* 2025; 49:1.
18. Bellagamba Enrique YI. Impacto de la pandemia por COVID-19 en los suicidios en el Gran Rosario [Trabajo final de Especialización en Medicina Legal], [Internet]. Rosario, Argentina: Universidad Nacional de Rosario; 2024 [cited 2026 May 13]. Available from: <https://rehip.unr.edu.ar/items/29cb623c-c96f-4022-a724-51da6dbc65c0>.
19. Fiscalía Regional 2. Informe de Gestión 2025 [Internet]. Santa Fe, Argentina: Ministerio Público de la Acusación; 2025. Available from: <https://mpa.santafe.gov.ar/static/files/a8ec2217a7f3fd9d0827e37769a12b8e>.
20. Ministerio de Salud de la Nación. Recomendaciones para la atención de situaciones de intento y/o riesgo de suicidio en el primer y segundo nivel de atención [Internet]. Buenos Aires, Argentina: Ministerio de Salud de la Nación; 2025. Available from: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2018/09/recomendaciones_para_la_atencion_de_situaciones_de_intento_y_o_riesgo_suicidio_en_el_primer_y_segundo_nivel_de_atencion_172025.pdf.
21. Sarkhel S, Vijayakumar V, Vijayakumar L. Clinical Practice Guidelines for Management of Suicidal Behaviour. *Indian J Psychiatry.* 2023; 65(2):124–30.
22. World Health Organization. Preventing suicide: A global imperative [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2014 [cited 2026 June 28]. Available from: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/5bd12922-b362-458f-8025-f613da4922e7/content>.
23. Olson DH, Sprenkle DH, Russell CS. Circumplex Model of Marital and Family Systems: I. Cohesion and Adaptability Dimensions, Family Types, and Clinical Applications. *Family Process.* 1979; 18(1):3–28.
24. Smilkstein G. The family APGAR: a proposal for a family function test and its use by physicians. *J Fam Pract.* 1978; 6(6):1231–9.
25. Bellón Saameño JA, Delgado Sánchez A, Luna del Castillo JD, Lardelli Claret P. Validity and reliability of the family Apgar family function test. *Aten Primaria.* 1996; 18(6):289–96.
26. Oh SH, Lee KU, Kim SH, Park KN, Kim YM, Kim HJ. Factors associated with choice of high lethality methods in suicide attempters: a cross-sectional study. *Int J Ment Health Syst.* 2014; 8(1):43.
27. Charlson M, Szatrowski TP, Peterson J, Gold J. Validation of a combined comorbidity index. *J Clin Epidemiol.* 1994; 47(11):1245–51.

28. Conner KR, Wiegand TJ, Gorodetsky R, Schult RF, Kaukeinen K. Poisoning Severity Associated with a Range of Medications in Suicide Attempts by Ingestion. *Suicide Life Threat Behav.* 2019; 49(3):635–42.
29. Canetto SS, Sakinofsky I. The gender paradox in suicide. *Suicide Life Threat Behav.* 1998; 28(1):1–23.
30. Kleiman EM, Liu RT. Social support as a protective factor in suicide: Findings from two nationally representative samples. *J Affect Disord.* 2013; 150(2):540–5.
31. Lemmi V, Bantjes J, Coast E, Channer K, Leone T, McDaid D, et al. Suicide and poverty in low-income and middle-income countries: a systematic review. *Lancet Psychiatry.* 2016; 3(8):774–83.
32. Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Cha CB, Kessler RC, Lee S. Suicide and Suicidal Behavior. *Epidemiologic Reviews.* 2008; 30(1):133–54.
33. D’Anci KE, Uhl S, Giradi G, Martin C. Treatments for the Prevention and Management of Suicide: A Systematic Review. *Ann Intern Med.* 2019; 171(5):334–42.
34. Sher L, Oquendo MA, Richardson-Vejlgaard R, Makhija NM, Posner K, Mann JJ, et al. Effect of acute alcohol use on the lethality of suicide attempts in patients with mood disorders. *J Psychiatr Res.* 2009; 43(10):901–5.
35. Pemau A, Marin-Martin C, Diaz-Marsa M, Torre-Luque A de la, Ayad-Ahmed W, Gonzalez-Pinto A, et al. Risk factors for suicide reattempt: a systematic review and meta-analysis. *Psychol Med.* 2024; 54(9):1897–904.
36. Esang M, Ahmed S. A Closer Look at Substance Use and Suicide. *AJP Residents’ Journal.* 2018; 13(6):6–8.
37. Kozhevnikova S, Emilian C, Scola G, Chang Z, Yukhnenko D, Fazel S. Effect of psychotropic medications on suicide-related outcomes: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *EClinicalMedicine.* 2026; 93:103800.
38. Zisook S, Domingues I, Compton J. Pharmacologic Approaches to Suicide Prevention. *Focus (Am Psychiatr Publ).* 2023; 21(2):137–44.
39. Yip PS, Caine E, Yousuf S, Chang S-S, Wu KC-C, Chen Y-Y. Means restriction for suicide prevention. *Lancet.* 2012; 379(9834):2393–9.
40. Florentine JB, Crane C. Suicide prevention by limiting access to methods: a review of theory and practice. *Soc Sci Med.* 2010; 70(10):1626–32.
41. Hawton K, Townsend E, Deeks J, Appleby L, Gunnell D, Bennewith O, et al. Effects of legislation restricting pack sizes of paracetamol and salicylate on self poisoning in the United Kingdom: before and after study. *BMJ.* 2001; 322(7296):1203–7.
42. Nruugham L, Holen A, Sund AM. Associations Between Attempted Suicide, Violent Life Events, Depressive Symptoms, and Resilience in Adolescents and Young Adults. *J Nerv Ment Dis.* 2010; 198(2):131–6.