



UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN  
INSTITUTO CIENCIAS DE LA REHABILITACIÓN Y  
EL MOVIMIENTO  
LICENCIATURA EN TERAPIA OCUPACIONAL

ASIGNATURA: DISEÑO DE TRABAJO FINAL

Equipo docente:

- Dra. Mariela Nabergoi
- Esp. Andrea Albino
- Lic. Florencia Itovich
- Lic. Luisa Rossi
- Lic. Macarena Lopez

Docente tutor: Lic. Luisa Rossi

**TRABAJO FINAL INTEGRADOR**

**TEMA:** “Aspectos volitivos y el impacto ambiental en los roles previos al comportamiento suicida”

**Grupo N°:** 15

**Año de cursada:** 2018

**Alumnos:**

- Gibbons, Estefani 38906484 estefanigibbons@gmail.com
- Noziglia, Milagros 38889011 milinoziglia@hotmail.com

**Fecha de presentación:** 12/03/2019

## **Agradecimientos**

*A todos los profesionales del Servicio de Emergencia y del Servicio de Rehabilitación del Hospital Braulio A. Moyano, por su interés y colaboración durante el proceso de este trabajo.*

*Queremos realizar una mención especial a la Lic. T.O. Luciana Covre, a quien tuvimos el privilegio de tener como tutora de campo y quien nos compartió sus conocimientos durante esta etapa. Gracias a su invaluable apoyo y dedicación, entusiasmo y optimismo fue posible realizar nuestro proyecto.*

*A nuestra docente tutora Luisa Rossi y las docentes de la cátedra: Mariela Nabergoi, Andrea Albino, Florencia Itovich, Macarena López; por su orientación y guía para el desarrollo del trabajo final.*

*A quienes fueron entrevistadas por darnos la oportunidad de compartir sus experiencias de vida.*

*A nuestras familias y amigos por su comprensión y constante apoyo necesarios en los desafíos de este trabajo.*

*El siguiente trabajo fue aprobado por el Jefe de Servicio de Emergencia, el Comité de Docencia e Investigación y el Comité de Ética e Investigación del Hospital Braulio A. Moyano como proyecto de investigación. Como investigadora principal la Lic. TO. Luciana Covre y con nuestra participación como parte del equipo de investigación en calidad de colaboradoras.*

## Índice

Tema	5
Área	5
Palabras claves	5
Planteamiento del problema de investigación	5
Pregunta de investigación	8
Relevancia y justificación	8
Hipótesis y supuestos	9
Objetivos	9
Objetivos generales y específicos	9
Marco teórico	10
Metodología	22
Tipo de diseño	22
Diseño del universo y las muestras	23
Matrices de Datos	26
Instrumento	31
Pilotaje	33
Análisis de los datos	34
Resultados	35
Conclusión	54
Bibliografía	57
Anexos	63
Instrumento	64
Consentimiento informado	68
Autorización del Jefe de Servicio Emergencia	71
Formulario requeridos por el CEI	73

## Tema

Aspectos volitivos y el impacto ambiental en los roles previos al comportamiento suicida en pacientes con menos de un mes de internación en el Servicio de Emergencia del Hospital Dr. Braulio A. Moyano de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en 2019.

## Área

Terapia Ocupacional en salud mental.

## Palabras claves

Roles – comportamiento suicida – valor - causalidad personal - impacto ambiental - Modelo de Ocupación Humana.

## Planteamiento del problema de investigación

E. García de Jalón (2002) menciona que

la conducta suicida no es una conducta aleatoria (...) se observó que hasta cierto punto se podía predecir, ya que se encontraba asociadas a diversos factores sociales, psicológicos y biológicos. Conocer bien estos factores es de gran importancia para evaluar adecuadamente el riesgo autolítico de un individuo. (p. 88).

Existen varios factores de riesgo que aumentan la vulnerabilidad de una persona al comportamiento suicida. La Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2014) agrupa los factores de riesgo según las siguientes características: individuales, institucionales, familiares y comunitarios. “Es importante señalar en primer lugar que los factores de riesgo enumerados distan mucho de ser exhaustivos” (p. 30).

A su vez, la OPS (2016) en un informe establece que la identificación de los factores de riesgo correspondientes al contexto es la base para la prevención del suicidio.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2000) afirma que “el suicidio no es en sí una enfermedad, ni necesariamente la manifestación de una enfermedad, pero los trastornos mentales son un factor muy importante asociado con el suicidio” (p. 7). Se ha registrado un número de 279 pacientes psiquiátricos por cada 100.000 habitantes que cometen el acto de suicidio, mientras que el registro estadístico de la tasa de suicidio en la población general es de 12 por cada 100.000 habitantes (Pokorny, 1983). De esta manera dichos autores consideran que la presencia de un trastorno mental implica un factor de riesgo al comportamiento suicida al poseer un alto índice en esta población.

Tomando en cuenta lo mencionado por Hernández Figaredo, García Gutierrez y Clavijo Portieles (2004) es sabido que la presencia o predisposición a desarrollar trastornos mentales inciden en el desempeño ocupacional, provocando una alteración en los roles, intereses y actividades que realizaba previamente.

Pérez Cadena (2003) considera desde un enfoque social la relevancia de las relaciones de las personas con comportamiento suicida, a partir del cual da a conocer cómo afecta el grupo al individuo, cómo se relaciona el individuo con los integrantes del grupo, cómo asimila o pierde valores éticos, religiosos; respecto a la relación de pareja, de padres a hijos de compromiso comunitario, cómo se manejan las costumbres, los hábitos y las adicciones. (Pérez Cadena, 2003, p.13).

A su vez, Pérez García, Del Pino Montesinos, Ortega Beviá (2002) relaciona al suicidio como “el desenlace de un fracaso progresivo en la adaptación con aislamiento y alteración de las redes relacionales humanas que nos sostienen y dan significado a la vida” (p.4). A partir del concepto de adaptación descrito por Kielhofner (2004) en el Modelo de la Ocupación Humana (en adelante MOHO), se observa que en esta población hay una dificultad para satisfacer “las necesidades y deseos personales” (p.88) como también participar plenamente en roles. Este aspecto permite demostrar la afectación en el subsistema de la habituación, dimensión correspondiente al MOHO. Además, hace referencia que la ausencia de roles suficientes incide directamente en la “identidad, propósito y estructura en la vida cotidiana” (p.86).

Otro subsistema involucrado es la volición, definida como el “modo en que las personas son motivadas hacia la ocupación de elegir y realizar las cosas que llenan sus vidas” (Kielhofner, 2004, p.15).

Van Gastel y cols (1997), en su estudio sobre 338 pacientes afectivos, consideraron demostrado que los ítems con el valor predictivo más potente para la ideación suicida eran la desesperanza, el estado de ánimo depresivo, los sentimientos de culpabilidad, la pérdida de la ilusión y la baja autoestima. (Ceverino Domínguez et al., 2004, p. 147).

Además, el MOHO sostiene que el modo en el que el sujeto se desempeña está influido por el medio ambiente, el cual abarca las “características físicas y sociales particulares del contexto específico en el cual se hace algo que tiene impacto sobre lo que uno hace y sobre el modo en que se hace” (Kielhofner, 2004, p. 115). Se debe tener en cuenta ya que, según Kielhofner (2011) “cada medio ambiente ofrece una cantidad de oportunidades y recursos, demandas y limitaciones. Que sean observados o percibidos, y que influyan en la conducta depende de los valores actuales, los intereses,

la causalidad personal, los roles, los hábitos y las capacidades de desempeño de cada persona” (p. 116).

A partir de las características establecidas de la población a evaluar se considera pertinente tomar el MOHO como corriente teórica del trabajo de investigación al verse involucrados dos de sus subsistemas y tener en cuenta el impacto ambiental en su participación en roles.

Esta problemática representa los alcances de la Terapia Ocupacional como profesión sociosanitaria, delimitadas por la Ley 27051, la cual regula el “Ejercicio de la profesión de Terapeutas Ocupacionales, Terapistas Ocupacionales y Licenciados en Terapia Ocupacional”. Por un lado, al tratarse de una situación que debe ser abordada para proveer herramientas para evaluar las disfunciones ocupacionales presentes en esta población. Como también, se busca brindar conocimiento científico para orientar el proceso de tratamiento sobre los roles de personas con comportamiento suicida, para una mayor integración y competencia en el ámbito social, laboral, educativo y personal. Se considera esto como prevención, ya que “el cultivo y el mantenimiento de relaciones estrechas sanas pueden aumentar la capacidad de recuperación individual y actuar como un factor protector contra el riesgo de suicidio” (OPS, 2014, p.44).

La temática que se pretende abordar presenta un vacío de conocimiento dentro de nuestra disciplina. Del Río Sáez R. (2011) refiere que “no se han encontrado datos sobre el estudio del desempeño ocupacional en diagnósticos de salud mental con riesgo de suicidio asociado” (p. 3). A su vez, Teti, Rebok, Grendas, Rodante, Fógola y Daray (2014), mencionan que, en Argentina, hay escasos estudios publicados sobre comportamiento suicida en pacientes adultos, hecho que dificulta establecer estrategia.

El objeto de investigación es el valor y causalidad personal en roles previos al comportamiento suicida desde las perspectivas del paciente con menos de un mes de internación en el Servicio de Emergencia del Hospital Dr. Braulio A. Moyano de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en 2019. Además, se evaluó el impacto del ambiente en los roles valorados previos a la internación.

Se llevaron a cabo entrevistas a pacientes entre 20 y 49 años con motivo de ingreso por comportamiento suicida, con un periodo de internación menor a un mes. Se considera este lapso tomando como referencia a Marquetti, Vilarubia y Milek (2014) dónde refieren que los sujetos al mes del acto son considerados como una población vulnerable donde es necesario intervenir. Los pacientes fueron provenientes de un pabellón de internación del servicio de agudos que cumple con este requisito.

Se realizó un recorte de las patologías a tener en cuenta en el trabajo de investigación, excluyendo la psicosis y psicosis por consumo de sustancias, debido a

que el intento de suicidio en estos casos se produce por alucinaciones o concepciones delirantes a lo que Durkheim (2008) considera como suicidio maniático, sin ser de utilidad su acto al estar influenciado por estos síntomas positivos. También, se excluyen los trastornos bipolares con sintomatología psicótica, que según la Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM V (2013) suelen ser trastornos bipolares con episodio maníaco (tipo I). Por último, otro criterio de exclusión es vivir en situación de calle antes de la internación al presentar en su mayoría ausencia de roles.

## Pregunta de investigación

¿Cuáles son los roles previos al comportamiento suicida? ¿cuáles son los aspectos volitivos asignados a los roles previos? ¿cuál es el motivo de la causalidad personal asignada? ¿Cómo impacta el ambiente en la participación en los roles valorados previos al comportamiento suicida en pacientes con menos de un mes de internación en el Servicio de Emergencia del Hospital Dr. Braulio A. Moyano de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en 2019?

## Relevancia y justificación

La relevancia teórica del trabajo de investigación es dar a conocer los factores de riesgo y de protección. Se brinda información sobre los roles de esta población y el impacto ambiental percibido, para así, contribuir con conocimiento científico desde la disciplina de Terapia Ocupacional. En estudios realizados por Pokorny (1993) se concluye acerca de las limitaciones presentes en el campo de la salud mental para la predicción del suicidio, pero considera de gran importancia la necesidad de tomar en cuenta los factores de riesgo que se relacionan con esta conducta, para su estudio.

Respecto a la relevancia práctica, la problemática a investigar puede aplicarse desde terapia ocupacional en pacientes que reciban tratamiento tanto en el campo físico como mental. Según la OMS (2000), los “trastornos psiquiátricos (depresión, alcoholismo y trastornos de la personalidad)” y la “enfermedad física (enfermedad terminal, dolorosa o debilitante, SIDA)” (p. 13) son factores de riesgo de comportamiento suicida. Este trabajo aportaría a los profesionales de Terapia Ocupacional herramientas para evaluar la participación en roles, tomando en cuenta los aspectos volitivos en roles y el impacto ambiental percibido por los pacientes; y así poder intervenir desde esta base de acción. En un estudio realizado en un Hospital público de Salud Mental de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 1 de cada 4 pacientes internadas son admitidas por ideación o intento

de suicidio, reflejando el impacto en el sistema de salud (Teti et al., 2014). Se brinda herramientas a los profesionales de los aspectos necesarios a identificar y valorar; para lograr un mejor manejo de la situación de aquellos sujetos que se encuentren en riesgo cierto e inminente.

La relevancia social implica concientizar sobre el comportamiento suicida a la comunidad, al ser un estigma social. El suicidio afecta a toda la sociedad con una preocupante tasa de mortalidad en aumento en los últimos años. Se encuentran instaurados varios mitos sobre la temática, que deben ser derribados para ayudar a las personas con riesgo cierto e inminente y a sus familiares y allegados. Por ejemplo, se cree que no es conveniente hablar del tema, aunque según la OPS (2014), “hablar abiertamente puede dar a una persona otras opciones o tiempo para reflexionar sobre su decisión, previniendo así el suicidio” (p. 65). El trabajo final pretende aumentar el conocimiento sobre la temática a la comunidad y alertar sobre la importancia y gravedad del problema en ámbitos cotidianos, como escuelas, empresas y hogares.

## Hipótesis y supuestos

Los pacientes con menos de un mes de internación en un Servicio de Emergencia del Hospital Dr. Braulio A. Moyano de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en 2019 previo al comportamiento suicida suelen participar en roles vinculados a miembro de familia. La mayoría le asignan a sus roles previos la categoría “no muy valioso y/o importante” y consideran que desempeñarse en las actividades involucradas en dichos roles son “un gran problema” debido a que no cumplían con las expectativas. A su vez, el impacto del ambiente social y físico es considerado como un limitante para la participación en roles valorados.

## Objetivos

### Objetivos generales y específicos

- Caracterizar roles previos al comportamiento suicida y su grado de valor y causalidad personal asignado por los pacientes internados por comportamiento suicida en el Servicio de Emergencia del Hospital Dr. Braulio A. Moyano de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en enero del 2019.
- Identificar la participación en roles previos al comportamiento suicida de los pacientes internados por comportamiento suicida en el Servicio de Emergencia

del Hospital Dr. Braulio A. Moyano de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en enero del 2019.

- Detectar el valor asignado a roles previos al comportamiento suicida por pacientes internados por comportamiento suicida en el Servicio de Emergencia del Hospital Dr. Braulio A. Moyano de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en enero del 2019.
  - Detectar la causalidad personal en actividades involucradas en los roles previos al comportamiento suicida por pacientes internados por comportamiento suicida en el Servicio de Emergencia del Hospital Dr. Braulio A. Moyano de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en enero del 2019.
  - Conocer los motivos de la causalidad personal asignada a las actividades involucradas en los roles previos al comportamiento suicida por pacientes internados por comportamiento suicida en el Servicio de Emergencia del Hospital Dr. Braulio A. Moyano de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en enero del 2019.
- Analizar el impacto ambiental en los roles valorados previos al comportamiento suicida percibido por los pacientes internados por comportamiento suicida en el Servicio de Emergencia del Hospital Dr. Braulio A. Moyano de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en enero del 2019.
    - Identificar el impacto del ambiente físico en aquellos roles valorados previos al comportamiento suicida por los pacientes internados por comportamiento suicida en el Servicio de Emergencia del Hospital Dr. Braulio A. Moyano de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en enero del 2019.
    - Identificar el impacto del ambiente social en los roles valorados previos al comportamiento suicida por los pacientes internados por comportamiento suicida en el Hospital Servicio de Emergencia del Hospital Dr. Braulio A. Moyano de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en enero del 2019.

## Marco teórico

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) en 2014, determina que el comportamiento suicida involucra el acto de “pensar en el suicidio (o ideación suicida), planificar el suicidio, intentar un suicidio y cometer un suicidio” (p.12). Desde el punto de vista sociológico, según Durkheim (2008), el suicidio es

todo caso de muerte que resulte, directa o indirectamente, de un acto, positivo o negativo, realizado por la víctima misma, a sabiendas del resultado. La tentativa es el mismo acto cuando no llega a término y no arroja como resultado la muerte. (p.5).

Constituye además un problema de salud pública que tiene un gran impacto económico, social y psicológico a nivel mundial (Ministerio de Salud de la Nación Argentina, 2013). Según la OPS (2014), en 2012 aproximadamente hubo 804.000 muertes por suicidio en el mundo, esto representa una muerte cada 40 segundos y por cada muerte por suicidio se registran 20 intentos de suicidio. Además, el suicidio es la segunda causa de defunción en el grupo etario de 15 a 29 años. Se debe tener en cuenta que como el suicidio es todavía un estigma social, por lo que puede haber un subregistro.

En Argentina, según un informe de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (2013), en base a datos suministrados por la Dirección de Estadísticas e Información en Salud (DEIS), la tendencia en la tasa de mortalidad por suicidio en el período 1997-2011 fue en ascenso. En 2016, según datos del Ministerio de Salud de la Nación, se suicidaron 3.139 personas en nuestro país.

El Código Penal de la Nación Argentina, no califica al intento de suicidio como delito. Además, Argentina cuenta con la Ley 27.130 “Ley Nacional de Prevención del Suicidio” sancionada en el año 2015 donde el artículo 1 declara de

interés nacional en todo el territorio de la República Argentina, la atención biopsicosocial, la investigación científica y epidemiológica, la capacitación profesional en la detección y atención de las personas en riesgo de suicidio y la asistencia a las familias de víctimas del suicidio.

El suicidio es “un trastorno multidimensional, el cual resulta de una compleja interacción de factores biológicos, genéticos, psicológicos, sociológicos y ambientales” (OMS, 2000, p. 6).

“En los países de ingresos altos hasta el 90% de quienes se suicidan tienen trastornos mentales y el 10% restante, que no tiene un diagnóstico claro, presenta síntomas psiquiátricos semejantes a los de quienes se suicidan” (OPS, 2014 p. 40).

Según la OMS (2006), los trastornos mentales “ocurren cuando existen problemas en el funcionamiento cognitivo, emocional o perceptual de una persona causando disfunción significativa en una o más áreas del desempeño social u ocupacional.” (p. 7). No hay una explicación única del suicidio, pero estudios revelan que

la presencia de trastornos mentales se objetiva en alrededor del 90% de las personas que consuman el suicidio, siendo los trastornos más frecuentemente asociados, la depresión, el abuso de sustancias, los trastornos psicóticos, los

trastornos de la personalidad y los trastornos de ansiedad, entre otros (Bartoli, 2015, p. 149).

En un estudio con pacientes con previos intentos de suicidio, se observó que ellos presentaban sufrimiento psicológico en el momento previo al acto suicida y poseían “desesperanza- pesimismo respecto al futuro-, la impotencia - vivencia de incapacidad para resolver problemas- y la indefensión - vivencia de que nadie puede ayudarle-.” (Díaz Suárez et al., 2004, p. 4).

Sobre estas dimensiones, Baca García, Díaz Sastre, Blasco Fontecilla, Jiménez Treviño, Navío Acosta y Saiz Ruiz (2004) consideran que se asocia la desesperanza a la depresión mientras que la desolación es cercana a la ansiedad. Estos autores, advierten que la ansiedad es frecuente como síntoma en personas con intentos de suicidio y “parece ser que en pacientes agresivos e impulsivos facilita la puesta en acción del acto” (p.217). Otro trastorno mental a considerar son los trastornos de la personalidad, ya que “presentan síntomas diana caracterizados por impulsividad, desinhibición conductual, comportamiento autodestructivo, desesperanza, consumo de drogas, etc., síntomas que favorecen el comportamiento suicida” (Rubio Larrosa, 2004, p.232).

Según Ceverino Domínguez, Baca García, Díaz Sastre y Saiz Ruiz (2004), los suicidios consumados son principalmente por personas con trastornos del estado de ánimo, y particularmente con depresión, siendo una de cada dos personas que consuman el suicidio con trastorno depresivo. Esta población está conformada por adolescentes, adultos y adultos mayores. Además, los autores afirman que las personas con depresión poseen mayor antecedente de intentos de suicidio que el resto de los grupos diagnósticos. Por otro lado, mencionan “un subgrupo de suicidas diagnosticados de “depresión reactiva” que aparentemente habían realizado el suicidio impulsivamente tras un acontecimiento estresante” (p.145). Sin embargo, “la presencia de un episodio agudo de depresión o psicosis no es suficiente para justificar un suicidio” (Ceverino Domínguez et al., 2004, p.141).

“El suicidio constituye la mayor causa de mortalidad temprana en el trastorno bipolar (Sharma R, Markar HR, 1994)” (Reinares Gagnetén, Vieta Pascual, Nieto Rodríguez y Sanchez Moreno, 2004, p.178). En fases maníacas el riesgo de suicidio es bajo, pero probablemente no coincida en fases mixtas (Ceverino Domínguez et al. 2004). Algunos estudios concluyen que los intentos de suicidio en bipolaridad

son generalmente más impredecibles (Nieto-Rodríguez, Vieta-Pascual, 1997) y graves (en relación con un inicio temprano de la enfermedad y una mayor duración de la misma) (Roy-Byrne, Post, Hambrick, Leveric y Rosoff, 1988) y en fases más

precoces de la vida que los unipolares (Agren, 1983). Posee “mayor riesgo al número, duración e intensidad de las fases depresivas (Vieta, Colom, Corbella, Martínez Arán, Reinares, Benabarre y Gastó, 2001) sobre todo cuando hay un cambio de fase brusco de manía a depresión sin periodo de eutimia intercalado. (Ceverino Domínguez et al. 2004. pp.150 - 151).

Estos autores, también resaltan que los estudios demuestran que esta población no suele presentar antecedentes de suicidio previos y utilizan métodos más violentos que en depresión monopolar.

Cabe resaltar, como se mencionó con anterioridad, la presencia de un trastorno mental no es el único factor determinante a una conducta suicida. Estudios sobre comportamiento suicida en depresión mayor han identificado problemas conyugales como la separación o divorcio entre los sujetos con mayor riesgo y, por el otro lado, la presencia de niños en la familia y la existencia de una red familiar extensa podrían proteger ante el comportamiento suicida (Ceverino Domínguez et al., 2004). Por este motivo, se tiene en cuenta que “los programas de prevención del suicidio deberían informar y estar orientados a reducir o controlar, en la medida de lo posible, los factores de riesgo que podrían preceder al suicidio, así como a potenciar los factores protectores.” (Reinares Gagnetten M., et al., 2004, p.192).

Por un lado, los factores protectores contra el riesgo de suicidio son fundamentales para las intervenciones de prevención ya que “el uso de los ‘enfoques anticipatorios’, como abordar los factores de riesgo y de protección tempranamente en la vida, permite con el transcurso del tiempo ‘desplazar las probabilidades a favor de los resultados más adaptativos’.” (OPS, 2014 p.44). Los factores protectores destacados en el informe son: las “sólidas relaciones personales”, “creencias religiosas o espirituales” (según las prácticas e interpretaciones contextuales y culturales específicas) y “estrategias prácticas positivas de afrontamiento y bienestar como modo de vida” (p.44). Por ejemplo, “los amigos y familiares pueden ser una fuente significativa de apoyo social, emocional y financiero y pueden amortiguar la repercusión de factores externos estresantes” (OPS 2014 p.44).

Los factores de riesgo pueden clasificarse “teniendo en cuenta el individuo, la familia, la comunidad y las instituciones formales y no formales del Estado, incluyendo los contextos económicos y ambientales” (Corona Miranda, Hernández Sánchez y García Pérez, 2016, p.16). Dentro de estas áreas se mencionan los siguientes ejemplos:

- Individuales: vulnerabilidades genéticas; problemas de salud (v.g. enfermedades crónicas), descuido y maltrato de los menores, (...) dificultades en el ámbito

educativo, problemas interpersonales con los pares o con la familia y el uso de sustancias;

- Familiares: conflictos o desorganización familiar; antecedentes familiares de trastornos mentales graves y persistentes; violencia doméstica e incesto; ausencia de los padres, tanto psicológica como física; bajo nivel educativo del grupo familiar; aislamiento social o conducta antisocial; y problemas familiares de comunicación;

- Comunitarios: pobreza extrema; vecindario inseguro; exposición a agresiones y violencia; discriminación; pertenencia a una minoría discriminada; falta de acceso a los servicios relacionados con la salud y la educación; oportunidades limitadas para estudiar, trabajar o realizar actividades extracurriculares (v.g. culturales y recreativas); e

- Institucionales: violaciones sistemáticas de los derechos fundamentales de los pacientes en centros de tratamiento de las adicciones al alcohol y otras drogas; cárceles y escuelas desorganizadas y con marcado clima de violencia. (OPS, 2011, pp. 37 - 38).

En un informe de la OPS (2014) se establece que cada factor depende del contexto e influencia tanto en el comportamiento suicida como para la vulnerabilidad a los trastornos mentales.

A continuación, se mencionan otros factores de riesgo relacionados con la problemática a investigar.

Según Teti et al. (2014) uno de los factores de riesgo con mayor asociación con “el suicidio consumado es el intento de suicidio previo” (p.210). Además, presentar ideación suicida ya es un factor de riesgo hacia el intento de suicidio. En un estudio demuestran que “uno de cada cuatro personas con ideación suicida pasan a tener una conducta suicida y que este pasaje se realiza durante el primer año de aparición de la ideación” (p. 210).

La OPS (2014) afirma que el “sentido de aislamiento y falta de apoyo social” (p. 36) es un factor de riesgo en donde la persona percibe que está separada de sus amigos, familia y compañeros. Establece que, generalmente cuando esto sucede, se presenta también la depresión, sentimientos de soledad y desesperación. Es fundamental, tener en cuenta que cuando una persona siente este aislamiento al atravesar un momento difícil, no logra compartirlo con otra persona al tener carencia de fuentes de apoyo.

Además, la OPS (2014) afirma que “las relaciones insalubres también pueden ser un factor de riesgo” por ejemplo, “los conflictos en las relaciones (por ejemplo, separaciones), las disputas (por ejemplo, controversias sobre la custodia de los hijos) o las pérdidas (por ejemplo, la muerte de una pareja)”, “la violencia contra las mujeres,

incluida la violencia sexual” (p.37). También, menciona la “pérdida de trabajo o pérdidas financieras” (p.40), como un factor de riesgo suicida.

Desde la terapia ocupacional, los factores de riesgos y protectores mencionados se vinculan con los roles ocupacionales desempeñados por el paciente.

Levy (1993) menciona que debe considerarse a los roles “como la base fundamental para la restauración y mantenimiento de la salud” (p.76). La pirámide de las ocupaciones de Christiansen establece a los roles en lo más alto de los niveles de ocupaciones, al cual le siguen las tareas y por último las actividades (Llorens, 1991). Este concepto, considera que la actividad (base de la pirámide) es el accionar hacia un fin. Luego, las tareas conformadas por el conjunto de actividades la cuales poseen un propósito en común y, finalmente, los roles, que implican los lugares distintivos en la sociedad otorgados por ese rol.

Según el Marco de Trabajo para la Práctica de Terapia Ocupacional: Dominio & Proceso 3rd Edición, los roles forman parte de los patrones de ejecución, junto con las rutinas, los hábitos y rituales utilizados durante la “participación en las ocupaciones o actividades que pueden apoyar u obstaculizar el desempeño ocupacional” (Asociación Americana de Terapia Ocupacional, 2014, p.12).

Según Oakley, Kielhofner y Barris (1985) en el protocolo de la evaluación de *Listado de Roles*, se identifican 10 roles descriptos de la siguiente manera:

- Estudiante: Asistir a la escuela a tiempo completo o a tiempo parcial.
- Trabajador: Empleado a tiempo completo o a tiempo parcial.
- Voluntario: Ofrecer servicios sin recibir paga alguna a algún hospital, escuela, comunidad, grupo político, etc. Por lo menos 1 vez por semana
- Proveedor de cuidados: Tener la responsabilidad de cuidar niños,
  - esposa/esposo, familiar o amigo, por lo menos 1 vez por semana.
  - Ama o amo de casa: Tener responsabilidad de tareas de limpieza de hogar o arreglo del patio, por lo menos 1 vez por semana.
  - Amigo: Pasar algún tiempo y/o realizar alguna actividad con un amigo, por lo menos 1 vez por semana.
  - Miembro de familia: Pasar algún tiempo y/o realizar alguna actividad con algún miembro de la familia tales como hijos, esposa/esposo, padres u otro familiar, por lo menos una vez por semana.
  - Miembro activo de grupo religioso: Participar e involucrarse en grupos o actividades afiliadas a alguna religión, por lo menos una vez por semana.

- Aficionado: Participar y/o involucrarse en algún pasatiempo o afición tal como coser, tocar algún instrumento, deportes, teatro, trabajo en madera o participar en algún club o equipo, por lo menos 1 vez por semana.
- Participante de Organizaciones: Participar en organizaciones tales como Club de Leones, Legión Americana, Asociación de fútbol, Alcohólicos Anónimos, asociaciones profesionales, etc. por lo menos 1 vez por semana.
- Otros roles: Algún otro rol el cual haya realizado anteriormente, el cual realiza ahora o el cual planea realizar. Escriba el rol en la línea en blanco y marca las columnas apropiadas (p. 2).

Los roles son definidos como “un conjunto de comportamientos esperados por la sociedad, moldeados por la cultura y que pueden ser conceptualizados y definidos posteriormente por el cliente” (Asociación Americana de Terapia Ocupacional, 2014, p.43). A partir de la relación entre el contexto y los roles, se afirma que tanto las funciones, cómo los roles del individuo cambian en la sociedad. Refiriendo que hay “roles específicos de la edad” que cada individuo se hace responsable, actuando a partir de las expectativas de esta sociedad a la cual pertenece. “Además, todas las sociedades utilizan sistemas de gradación de la edad para definir y clasificar quién es joven, de edad mediana y viejo” (Levy, 1993, p.133).

Debido a la población estudiada se toma la clasificación realizada por Llorens (1991), en donde se identifican los rangos etarios, el desempeño ocupacional y los roles específicos de cada uno de ellos, de las siguientes etapas: adultez joven, adultez media, adultez tardía.

La etapa de adultez joven se caracteriza por una población entre los 20 a 35 años de edad y por “la asunción de responsabilidades crecientes en los roles de hijo, nieto, padre, amigo, colega, trabajador, estudiante y voluntario” (p.13) y también en actividades de hobbies, participación en clubes/deportes. Responsabilidad asociada a su participación en las actividades de cuidado personal, lograr la independencia económica, incorporación de habilidades para desempeñarse en actividades de manejo del hogar, establecer una relación íntima y formación de una familiar.

En la adultez media, abarca la población desde los 35 años a 50 años. Los roles característicos de esta etapa son de ser “hijo, padre, abuelo, nieto, amigo, colega y tal vez cuidador” (p. 14). Las conductas adaptativas presentes con los roles mencionados se encuentran vinculados con “las responsabilidades cívicas y sociales, la manutención económica, la asistencia familiar (niños, padres de edad), y el logro de relaciones satisfactorias con amigos” (p. 14).

Por último, la adultez tardía, etapa de un rango etario entre los 50 y 65 años. “Los roles ocupacionales y sociales en esta etapa incluyen: padre, abuelo, hijo, amigo, colega y trabajador” (p. 16). Se producen cambios en su participación en roles y hasta pérdida de roles.

Se observa de esta manera que los roles determinan los comportamientos y modos de accionar esperados (Levy, 1993). Considerados por un lado útiles para orientar en la selección de ocupaciones, y a su vez, sirven para identificar las actividades en las que el sujeto participa. Cabe destacar que los roles identificados en cada etapa dan cuenta de aquellos roles seleccionados por la persona, a partir del cual se construyen sus ocupaciones e identidad, basada en sus valores y creencias. Los patrones de ejecución se desarrollan con el tiempo y son influenciados por todos los demás aspectos del dominio. Al considerar estos, es posible comprender cómo y cuándo son integradas las destrezas y ocupaciones en el día a día de la persona. Los roles son influenciados por la cultura, no se deben considerar como “modelos normativos” modelados, sino lo que la persona cree que es desde su perspectiva personal (Crepeau y Boyt Schell, 2011 p. 362).

Trombly (1995), afirma que, para lograr participar satisfactoriamente en un rol, una persona debe poder hacer las tareas y actividades que conforman a ese rol dentro del contexto.

Levy LL. (1993) menciona que “una premisa central del modelo de Reilly es que el propósito principal de terapia ocupacional era la reparación de la disfunción del rol ocupacional (Reilly, 1985)” (p.76) debiéndose orientar el tratamiento con una mirada biopsicosocial, y con el interés de promover la salud y satisfacción a través de la participación en “actividades (ocupaciones) que promovían los roles deseados socialmente” (p.76).

La presencia de una discapacidad “puede crear problemas del desempeño del rol como no poder participar en el rol en formas compatibles con las expectativas propias o de los otros para ese rol” (Kielhofner, 2004, p.85). Hay investigaciones que sugieren que la falta o “la participación en pocos roles es incluso más probable que sea perjudicial para el bienestar psicológico que tener demasiados roles (Marks, 1977; Seiber, 1974; Spreitzer, Snyder y Larson, 1979)” (Kielhofner, 2004, p.86). Del Río Sáez R, (2011) refiere que el

“intento suicida es más frecuente en jubilados y personas que no tienen vínculo laboral o de estudios, considerando en términos generales que hay una mayor tendencia a intentar el suicidio entre aquellas personas que no están vinculadas

al desarrollo de actividades que implican una realización personal (Ruiz Méndez, Poveda Palomo, Hernández Fabelo, Ribero Canto, 2000)

De acuerdo a Pellegrini Spangenberg (2013), el ser humano funcional se da cuando “la persona es capaz de cumplir con las exigencias de sus roles ocupacionales, es decir, (...) realizar de la manera más autónoma posible las actividades y tareas relacionadas o exigidas por sus roles ocupacionales” (p. 135). En el campo de salud mental se ve alterada la capacidad funcional de la persona. Debido a esto, la terapia ocupacional debe evaluar la participación en roles y el grado de equilibrio que existe con relación a las diferentes áreas ocupacionales y sus componentes volitivos (Pellegrini Spangenberg, 2013).

El MOHO sostiene que los terapeutas “deben prestar cuidadosa atención a los valores, deseos, intereses y autoconceptos de sus pacientes” (Kielhofner, 2004, p.8).

Kielhofner (2004) resalta y define el término “ocupación humana” como concepto central de que “la ocupación es parte de la condición humana (...) dentro de un contexto temporal, físico o sociocultural que caracteriza gran parte de la vida humana” (p. 1). Considera que este medio ambiente puede actuar como “favorecedor de la ocupación y como barrera para ella” (p.8). Tomando en cuenta que “las circunstancias tanto de la persona como del medio ambiente que contribuyen a la motivación, los patrones de comportamiento y el desempeño de una persona” (p.8). A su vez, menciona que toda participación ocupacional, es decir, el “hacer en el sentido más amplio” (p. 131), estará vinculada e influida por las: “capacidades de desempeño, habituación, volición y condiciones ambientales” (p. 132).

Este trabajo de investigación se centra en evaluar los subsistemas de volición y habituación y el medio ambiente.

Cuando se habla de volición Kielhofner (2004) la define como la “motivación por la ocupación” (p.16) Este autor afirma que toda persona presenta una necesidad intrínseca para la acción que brinda “fundamento para la motivación hacia la ocupación” (p.16). Esta necesidad por la acción se presenta a partir del deseo de los seres humanos de ser eficiente ante su relación con el mundo.

Este subsistema se encuentra relacionado con tres hechos: “lo capaz y eficaz que uno se siente, lo que uno considera importante, y lo que uno disfruta y le da satisfacción. Estos se denominan causalidad personal, valores e intereses.” (Kielhofner, Forsyth, Kramer, Melton y Dobson, 2011, p. 448).

“La causalidad se refiere al propio sentido de competencia y experiencia” (Kielhofner, 2004, p.16) A partir del cual los sujetos logran incorporar una noción de que pueden ser la causa o tener efectos en su entorno. Resaltando la relación entre la intencionalidad

del sujeto y las consecuencias externas; la apreciación de sus propias capacidades y el sentido de eficacia. Reconociendo sus “fortalezas y debilidades, la confianza o ansiedad al enfrentar una tarea y el sentido de satisfacción al haber realizado algo” (Kielhofner et al., 2011, p. 448). El autoconocimiento se va acumulando según lo que sabemos y sentimos que somos capaces de lograr. La mirada que se tiene sobre su capacidad de desenvolverse está influenciada por las experiencias vivenciadas y se extienden “hasta construir una visión del futuro que deseamos basada sobre los valores” (Kielhofner, 2004, p. 137).

Mientras que los valores hacen referencia “a lo que uno encuentra importante y significativo hacer” (Kielhofner, 2004, p.17) los cuales guían la elección del sujeto para su accionar. Como “señala Bruner (1990): los valores son inherentes al compromiso con “formas de vida” y las formas de vida en su interacción compleja constituyen una cultura” (Kielhofner, 2004, p.56). Por lo que uno guía su comportamiento a partir de estos valores significativos para uno y su entorno, vivenciando un sentido de pertenencia y corrección. “Las personas experimentan un sentido de lo correcto y pertenencia cuando participan en actividades que reflejan sus valores” (Kielhofner et al., 2011, p. 448).

Según Kielhofner (2004) estos aspectos plasman cómo están conformados los pensamientos y sentimientos volitivos de cada sujeto. Y concluye que la volición determina lo que disfrutamos, valoramos y cómo experimentamos por ende está relacionada con la calidad de vida de las personas y la percepción que ellas tienen acerca de su accionar.

Por otro lado, Kielhofner (2004) define la habituación como “una disposición internalizada para mostrar patrones consistentes de comportamiento guiados por nuestros hábitos y roles y ajustado a las características de los ambientes temporales, físicos y sociales de rutina” (p.25).

El trabajo de investigación se enfoca en los roles previos al comportamiento suicida en los que se desempeñaba la población. Kielhofner (2004) define al rol como la incorporación de “una posición definida social y/o personalmente y un conjunto relacionado de actitudes y comportamientos” (p.24). Esta internalización del rol significa que el sujeto adopta “una identidad, un perfil y acciones” (Kielhofner, 2004, p.81) propias de cada rol. Cabe destacar que dicho autor refiere que los roles pueden surgir tanto de las circunstancias en las que se encuentra el sujeto como de las necesidades personales que presenta.

Se puede observar una alteración de las personas en su desempeño de roles por distintos motivos. Uno de ellos puede ser “cuando no se han internalizado los guiones apropiados de los roles, y por lo tanto, no se cumplen las expectativas del grupo social”

(Kielhofner, 2004, p.85). Otro motivo destacado es la presencia de una discapacidad, la cual puede ocasionar que la persona participe en roles que no cumplan con sus “expectativas propias o de los otros para ese rol” (Kielhofner, 2004, p.85). “Puede ocurrir la pérdida de identidad y autoestima a medida que las personas adoptan roles que creen que son menos importantes o a medida que pierden roles (Thomas, 1966; Werner-Beland, 1980)” (Kielhofner, 2004, p.86).

“Los valores de una persona, su sentido de competencia, sus intereses y los roles y hábitos internalizados son reflejos de la pertenencia de esa persona a una cultura particular” (Kielhofner, 2004, p. 114). La cultura moldea al medio ambiente y al modo en que los sujetos interactúan con este. Se considera al medio ambiente a las “características físicas y sociales particulares del contexto específico en el cual se hace algo” (Kielhofner, 2004, p.113). De esta manera los recursos presentados por el medio ambiente influyen en el modo de accionar y en las decisiones que se toman, como también puede “proporcionar recursos para sostener nuestra motivación” (Kielhofner, 2004. p.114) recibiendo apoyo de terceros, como familia o amigos, que actúan como sostén para lograr el objetivo. Kielhofner (2004) considera estos tipos de recursos como facilitadores del desempeño.

“La oportunidad, el apoyo, la demanda y la limitación que los aspectos físicos y sociales del medio ambiente tienen sobre un individuo particular se denomina impacto ambiental” (Kielhofner, 2004. p.116). Por lo que son aquellos que se obtienen a partir de una interacción entre las características de las personas y del medio. “Cuando las demandas van mucho más allá de la capacidad, pueden hacer que una persona se sienta ansiosa, abrumada y desesperanzada.” (Kielhofner, 2004, p.116). Por este motivo, se debe tomar en cuenta el ambiente de la población a investigar, ya que las demandas pueden generar situaciones que resulten factores de riesgo a un comportamiento suicida.

Kielhofner (2004) clasifica al medio ambiente en: Medio ambiente físico y Medio ambiente social.

El medio ambiente físico está conformado por “los espacios en los cuales actuamos (Lawton, 1983) y los objetos que encontramos dentro de ellos (...) el acceso (...) se ve profundamente afectado por los recursos económicos que tienen las personas a su disposición” (Kielhofner, 2004, p. 116). Los espacios pueden ser tanto naturales como arquitectónicos. Al igual que los espacios los objetos están relacionados con el accionar del hombre en la naturaleza, definiéndose como “naturales o fabricados” (Kielhofner, 2004. p.117)

Mientras que el medio ambiente social “incluye los grupos de personas con las que uno se reúne y las formas ocupacionales que uno realiza” (Kielhofner, 2004. p.122) Los grupos sociales dan oportunidades y responsabilidades de asumir roles. Y en la vida cotidiana, cada persona tiene “formas convencionales de hacer cosas se denominan formas ocupacionales (Nelson, 1988)” (Kielhofner, 2004. p.123).

Kielhofner (2004) refiere que aquellas personas con discapacidad pueden ser excluidas por los grupos sociales a los cuales pertenecían y abandonar los roles en los que participaban y renunciar a las formas ocupacionales. De esta manera se puede observar como el medio ambiente “puede contribuir a discapacitar o habilitar a una persona que tiene un deterioro”. (p. 113). Como se mencionó previamente, la OPS (2014) refiere que el aislamiento social y la soledad son factores de riesgo relevantes al comportamiento suicida.

Se tiene en cuenta que el suicidio es un trastorno multidimensional, que comprende la interacción entre diversos factores (OMS, 2000) y se utilizan los conceptos de volición, habituación y medio ambiente del MOHO para llevar a cabo el trabajo de investigación. Las dimensiones de volición y habituación se encuentran alteradas en la población a tratar. Esto se debe a que las personas con un previo comportamiento suicida no presentan “un sentido de cierto objetivo futuro valorado o estado por el cual uno está luchando, las personas pueden cuestionarse el valor de la vida o encontrarse alienadas y sin sentido de propósito (Frank, 1975; Korner 1970; Menninger, 1962; Mitchell, 1975; Schiamberg, 1973)” (Kielhofner, 2004, p.59). Por otro lado, “en el estudio de la familia y el miembro suicida (...) se aprecian infinitas posibilidades que intervienen para generar una motivación hacia el suicidio y en donde la corresponsabilidad se manifiesta en la generación de insatisfacciones psicológicas de afecto y de logros, necesidades que todo ser humano tiene de sentirse amado y poder amar” (Pérez Cadena. 2003. P.13). Según, el Centro de Asistencia al Suicida (2016) la mayoría de las personas que poseen ideación suicida se sienten decepcionadas con sus lazos sociales, se provoca como consecuencia un aislamiento progresivo. El objetivo del trabajo de investigación comprende conocer estos aspectos en pacientes internados en el Servicio de Emergencia del Hospital Dr. Braulio A. Moyano de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en 2019 por motivo de comportamiento suicida.

## Metodología

### Tipo de diseño

Se tomó en cuenta la clasificación de paradigmas realizada por Bottinelli (2007), a partir del cual se consideró a dicho trabajo final como una investigación cualitativa, ya que “el interés está puesto en comprender la conducta humana desde el propio marco de referencia del sujeto que actúa” (p.78). Se realizó una interpretación de la realidad con una mirada holista porque “considera al objeto como complejo, diverso y cambiante” (p.78). Por lo que se buscó “captar las dimensiones subjetivas del otro: las creencias, las interpretaciones, los deseos, los puntos de vista” (p.91).

Mientras que según el enfoque metodológico fue una investigación mixta. Por un lado, la técnica de recolección de datos fue cuantitativo debido a que se realizaron “preguntas cerradas, con opciones predeterminadas” (p. 84). El instrumento presentó un listado de los roles establecidos y alternativas del valor identificado (“no muy valioso y/o importante”, “con algún valor y/o importancia”, “muy valioso y/o importante”) y de causalidad personal (“era un gran problema para mí”, “era un poco difícil para mí”, “lo hacía bien” o “lo hacía sumamente bien”). A su vez, el análisis de los datos obtenidos se realizó a través de material ilustrativo empleando tablas de frecuencia y gráficos, los cuales permiten una “rápida y fácil comprensión” (Bottinelli, 2007 p.77) de la información presentada. Mientras que, por el otro lado, se consideró cualitativa, ya que parte de los datos se obtuvieron a través de preguntas abiertas, sin opciones predeterminadas. “Permiten diferenciar versiones de un mismo suceso, reconstruir procesos de decisiones, y estudiar las condiciones en las que se desarrolló un fenómeno” (Bottinelli, 2007, p.87).

Fue un diseño de campo, según la concepción de Sabino (1992), al ser datos recogidos en “forma directa de la realidad” (p. 68), a través de entrevistas dirigidas a los pacientes del Hospital Dr. Braulio A. Moyano de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. De esta manera según la clasificación realizada por Samaja (1993), se consideró la posición del investigador como “observacional no interactivo” en donde el investigador toma un rol pasivo sin manipular la realidad (p. 301). En este trabajo de investigación, se realizaron preguntas a los pacientes sin participar en su entorno.

Según las clasificaciones de Hernández Sampieri, Fernández Collado y Baptista Lucio (2006), se lo consideró como una investigación transversal o transeccional al recolectar datos en un momento determinado durante el año 2019. Se consultó sobre

su actual grado de valor asignado a los roles previos, la causalidad personal identificada y el impacto del ambiente en los roles valorados previos al comportamiento suicida.

El diseño fue de tipo descriptivo ya que, estaba orientado a “describir el comportamiento de variables, y/o identificar tipos o pautas características resultantes de las combinaciones de valores entre varias de ellas” (Ynoub, 2007 p. 9). Desde la base de datos recolectados se buscó describir y caracterizar las variables: participación en roles previos al comportamiento suicida, valor del rol previo al comportamiento suicida, causalidad personal en actividades involucradas en los roles previos al comportamiento suicida, motivos del grado asignado de su causalidad personal de su desempeño y el impacto ambiental en los roles valorados previos al comportamiento suicida.

La temporalidad de los datos fue retrospectivo, es decir, se trató “de reconstruir hacia atrás ese proceso” tal como define Ynoub (2007, p. 5). En el trabajo de investigación, la información analizada abordó las perspectivas de los pacientes acerca de roles en los que se desempeñaba y el impacto ambiental en los roles valorados previos a un comportamiento suicida.

## Diseño del universo y las muestras

Universo: Todos los pacientes internados por comportamiento suicida en el Servicio de Emergencia del Hospital Dr. Braulio A. Moyano de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Unidad de análisis: Cada uno los pacientes internados por comportamiento suicida en el Servicio de Emergencia del Hospital Dr. Braulio A. Moyano de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en enero del 2019.

### Características:

Criterios de inclusión:

- Pacientes entre 20 a 65 años.
- Motivo de ingreso por comportamiento suicida.
- Menos de un mes de internación en el Servicio de Emergencia.

Criterios de exclusión:

- Motivo de ingreso por descompensación psicótica.
- Diagnóstico de psicosis.
- Psicosis por consumo de sustancias.
- Trastorno bipolar tipo I con sintomatología psicótica.

- En situación de calle antes de la internación.

### Tipo y subtipo

Según la clasificación realizada por Padua (1994), la muestra fue de tipo no probabilística, al no conocer las probabilidades de que cada uno de los pacientes internado por comportamiento suicida del Hospital Dr. Braulio A. Moyano de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en enero del 2019, sea seleccionado para la muestra. Al presentar el trabajo final al Comité de Ética de Investigaciones (CEI) del Hospital Dr. Braulio A. Moyano se estableció previamente el tamaño de la muestra considerando la disponibilidad de los profesionales del hospital que autorizaron y supervisaron el trabajo de campo. Por eso, el subtipo de muestra fue accidental porque “se van tomando elementos hasta que la muestra adquiere un tamaño preciso” (Rubio y Varas, 1999, p. 335).

Fue pertinente para el “entendimiento del fenómeno” y la “naturaleza del fenómeno bajo análisis (si los casos son frecuentes y accesibles)” considerar diversos estudios de investigación en población con comportamiento suicida (Hernández Sampieri et al., 2006, p. 562). A nivel regional, un trabajo de investigación realizado en el Hospital Dr. Braulio A. Moyano durante agosto del 2012 hasta febrero del 2014 se conoce que un total de 949 pacientes mujeres que fueron internadas durante los 19 meses que duró el estudio, de los cuales “108 pacientes (11%) ingresaron por ideación suicida, 148 (16%) por intento de suicidio y 693 (73%) por otras causas” (Teti et al., 2014, p. 205). Esto implica que hubo 256 (27%) pacientes internadas por comportamiento suicida en el Hospital Braulio A. Moyano de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. También, se tuvo en cuenta que el servicio de agudos donde se realizó el trabajo de investigación cuenta con 17 camas para la internación de pacientes por mes. Además, a nivel mundial, las estadísticas centrales del universo son los registros oficiales de comportamiento suicida. Según la Organización Mundial de la Salud (2007) se estima que un “intento suicida ocurre, aproximadamente cada tres segundos, y un suicidio completo ocurre aproximadamente cada un minuto” (p. 7), y, según la OPS (2014) por cada suicidio se registran 20 intentos. Cabe destacar, que los intentos suicidas son más frecuentes en mujeres, mientras, que el acto suicida es más frecuente en hombres (Martínez Glattli, 2014). Esto es importante para nuestro estudio ya que la muestra está únicamente conformada por mujeres.

Se esperaba realizar el trabajo de campo durante el periodo de dos meses, pero debido al tiempo transcurrido para su aprobación y la disponibilidad de los profesionales, se redujo a un mes.

### Procedimiento muestral

Se tomaron en cuenta los procedimientos operativos estandarizados de Investigaciones Biomédicas del Comité de Ética en Investigaciones (CEI), con el objetivo de llevar a cabo el trabajo de campo en el Servicio de Emergencia una vez aprobado por el CEI. El estudio se realizó durante enero del año 2019 con un total de 10 pacientes.

La selección de la población para la muestra se realizó con todos aquellos pacientes que se encontraban internados los días de las entrevistas; y que cumplían con los criterios de inclusión y exclusión observando las historias clínicas; y con autorización de los profesionales correspondientes. A cada paciente se le entregó un consentimiento informado, y se le explicó el objetivo del estudio, el proceso de evaluación, remarcando que la participación en este es voluntaria pudiendo negarse a participar en él si así lo deseaba. Además, se les garantizó la confidencialidad de sus datos. El trabajo de investigación aseguraba la adecuada protección de los derechos y bienestar de los pacientes, al llevarse a cabo dentro del ambiente de un hospital, sin poseer riesgo para los participantes.

Aquellos que confirmaron su participación del estudio, eran evaluados con el instrumento en un periodo de tiempo de cuarenta minutos. En este tiempo se explicaron los conceptos evaluados (roles, valor, causalidad personal, impacto ambiental) y se brindó un espacio para que el paciente consulte cualquier duda que presentaba. Esto se debe a como menciona Bottinelli (2013) el trabajo de análisis de la información obtenida deriva de los datos que construyen la realidad de cada paciente. Esto implica “la inclusión en el relevamiento de datos y la construcción de matrices de datos de aspectos relacionados específicamente con consideraciones éticas y con los derechos de los involucrados” (Bottinelli, 2013, p.16), los cuales no son únicamente obtener la firma del paciente en el consentimiento informado sino que debe incluir “el esclarecimiento de los participantes, los valores en juego en los marcos teóricos subyacentes y las propuestas de implementación, la revisión de las herramientas de recolección de información y de evaluación con las que se trabaje” (Bottinelli, 2013, p.16).

## Matrices de Datos

**Unidad de Análisis:** Cada uno los pacientes internados por comportamiento suicida en el Servicio de Emergencia del Hospital Dr. Braulio A. Moyano de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en enero del 2019.

### Variables Necesarias

#### **Participación en roles previos al comportamiento suicida.**

**V1:** Rol de hija previo al comportamiento suicida

R: sí - no.

**V2:** Rol de hermana previo al comportamiento suicida

R: sí - no.

**V3:** Rol de pareja previo al comportamiento suicida.

R: sí - no.

**V4:** Rol de madre previo al comportamiento suicida.

R: sí - no.

**V5:** Otro rol familiar previo al comportamiento suicida.

R: sí - no.

**V6:** Rol de amiga previo al comportamiento suicida.

R: sí - no.

**V7:** Rol de proveedor de cuidados previo al comportamiento suicida.

R: sí - no.

**V8:** Rol de ama de casa previo al comportamiento suicida.

R: sí - no.

**V9:** Rol de miembro activo de un grupo religioso previo al comportamiento suicida

R: sí - no.

**V10:** Rol de estudiante previo al comportamiento suicida.

R: sí - no.

**V11:** Rol de trabajadora previo al comportamiento suicida.

R: sí - no.

**V12:** Rol de voluntaria previo al comportamiento suicida.

R: sí - no.

**V13:** Rol de participante de organizaciones previo al comportamiento suicida.

R: sí - no.

**V14:** Rol de aficionada previo al comportamiento suicida.

R: sí - no.

**I:** Se le explica al paciente que es un rol y se le pide que identifique los roles en los que se desempeñaba un mes antes de su internación. Se utiliza un cuestionario con opciones predeterminadas (miembro de familia, amigo, proveedor de cuidados, ama de casa, miembro activo de grupo religioso, estudiante, trabajador, voluntario, participante de organizaciones, aficionado) a las cuales responde “sí” o “no”.

**Fuente:** entrevista al paciente, fuente primaria, ya que “proporcionan datos de primera mano” (Hernández Sampieri et al., 2006, p.66).

Valor asignado al rol previo al comportamiento suicida.

**R: (Solo de los roles identificados)**

**V15:** Valor del rol de hija previo al comportamiento suicida

**R:** no muy valioso y/o importante, con algún valor y/o importancia, muy valioso y/o importante.

**V16:** Valor del rol de hermana previo al comportamiento suicida

**R:** no muy valioso y/o importante, con algún valor y/o importancia, muy valioso y/o importante.

**V17:** Valor del rol de pareja previo al comportamiento suicida.

**R:** no muy valioso y/o importante, con algún valor y/o importancia, muy valioso y/o importante.

**V18:** Valor del rol de madre previo al comportamiento suicida.

**R:** no muy valioso y/o importante, con algún valor y/o importancia, muy valioso y/o importante.

**V19:** Valor del otro rol previo al comportamiento suicida

**R:** no muy valioso y/o importante, con algún valor y/o importancia, muy valioso y/o importante.

**V20:** Valor del rol de amiga previo al comportamiento suicida.

**R:** no muy valioso y/o importante, con algún valor y/o importancia, muy valioso y/o importante.

**V21:** Valor del rol de proveedor de cuidados previo al comportamiento suicida.

**R:** no muy valioso y/o importante, con algún valor y/o importancia, muy valioso y/o importante.

**V22:** Valor del rol de ama de casa previo al comportamiento suicida.

**R:** no muy valioso y/o importante, con algún valor y/o importancia, muy valioso y/o importante.

**V23:** Valor del rol de miembro activo de un grupo religioso previo al comportamiento suicida.

**R:** no muy valioso y/o importante, con algún valor y/o importancia, muy valioso y/o importante.

**V24:** Valor del rol de estudiante previo al comportamiento suicida.

**R:** no muy valioso y/o importante, con algún valor y/o importancia, muy valioso y/o importante.

**V25:** Valor del rol de trabajadora previo al comportamiento suicida.

**R:** no muy valioso y/o importante, con algún valor y/o importancia, muy valioso y/o importante.

**V26:** Valor del rol de voluntaria previo al comportamiento suicida.

**R:** no muy valioso y/o importante, con algún valor y/o importancia, muy valioso y/o importante.

**V27:** Valor del rol de participante en organizaciones previo al comportamiento suicida.

**R:** no muy valioso y/o importante, con algún valor y/o importancia, muy valioso y/o importante.

**V28:** Valor del rol de aficionada previo al comportamiento suicida.

**R:** no muy valioso y/o importante, con algún valor y/o importancia, muy valioso y/o importante.

**I:** Se le explica al paciente que valor implica y luego se le pregunta al paciente que grado de valor le asigna a cada rol identificado con opciones predeterminadas (no muy valioso y/o importante, con algún valor y/o importancia, muy valioso y/o importante).

**Fuente:** entrevista al paciente, tipo primaria.

### **Causalidad personal en actividades involucradas en los roles previos al comportamiento suicida**

**V29:** Causalidad personal del rol de hija previo al comportamiento suicida

**R:** Esto era un gran problema- Esto era un poco difícil- Esto lo hacía bien-Esto lo hacía sumamente bien.

**V30:** Causalidad personal del rol de hermana previo al comportamiento suicida

**R:** Esto era un gran problema- Esto era un poco difícil- Esto lo hacía bien-Esto lo hacía sumamente bien.

**V31:** Causalidad personal del rol de pareja previo al comportamiento suicida.

**R:** Esto era un gran problema- Esto era un poco difícil- Esto lo hacía bien-Esto lo hacía sumamente bien.

**V32:** Causalidad personal del rol de madre previo al comportamiento suicida.

**R:** Esto era un gran problema- Esto era un poco difícil- Esto lo hacía bien-Esto lo hacía sumamente bien.

**V33:** Causalidad personal del otro rol previo al comportamiento suicida

**R:** Esto era un gran problema- Esto era un poco difícil- Esto lo hacía bien-Esto lo hacía sumamente bien.

**V34:** Causalidad personal del rol de amiga previo al comportamiento suicida.

**R:** Esto era un gran problema- Esto era un poco difícil- Esto lo hacía bien-Esto lo hacía sumamente bien.

**V35:** Causalidad personal del rol de proveedor de cuidados previo al comportamiento suicida.

**R:** Esto era un gran problema- Esto era un poco difícil- Esto lo hacía bien-Esto lo hacía sumamente bien.

**V36:** Causalidad personal del rol de ama de casa previo al comportamiento suicida.

**R:** Esto era un gran problema- Esto era un poco difícil- Esto lo hacía bien-Esto lo hacía sumamente bien.

**V37:** Causalidad personal del rol de miembro activo de un grupo religioso previo al comportamiento suicida.

**R:** Esto era un gran problema- Esto era un poco difícil- Esto lo hacía bien-Esto lo hacía sumamente bien.

**V38:** Causalidad personal del rol de estudiante previo al comportamiento suicida.

**R:** Esto era un gran problema- Esto era un poco difícil- Esto lo hacía bien-Esto lo hacía sumamente bien.

**V39:** Causalidad personal del rol de trabajadora previo al comportamiento suicida.

**R:** Esto era un gran problema- Esto era un poco difícil- Esto lo hacía bien-Esto lo hacía sumamente bien.

**V40:** Causalidad personal del rol de voluntaria previo al comportamiento suicida.

**R:** Esto era un gran problema- Esto era un poco difícil- Esto lo hacía bien-Esto lo hacía sumamente bien.

**V41:** Causalidad personal del rol de participante de Organizaciones previo al comportamiento suicida.

**R:** Esto era un gran problema- Esto era un poco difícil- Esto lo hacía bien-Esto lo hacía sumamente bien.

**V42:** Causalidad personal del rol de aficionada previo al comportamiento suicida.

**R:** Esto era un gran problema- Esto era un poco difícil- Esto lo hacía bien-Esto lo hacía sumamente bien.

**I:** Se le pregunta al paciente que identifique cómo cree que se desempeñaba en las actividades de cada rol, con opciones predeterminadas (Esto era un gran problema- Esto era un poco difícil- Esto lo hacía bien-Esto lo hacía sumamente bien).

**Fuente:** entrevista al paciente, tipo primaria.

**V43: Motivos del grado asignado de su causalidad personal de su desempeño.**

Se realiza un análisis del contenido de las respuestas dadas por los pacientes, para luego crear categorías que permitan describir e interpretar los datos obtenidos.

**I:** Se le pregunta al paciente por qué clasifica su participación en las actividades de cada rol como: esto no lo hacía bien, esto lo hacía un poco bien o esto lo hacía muy bien.

**Fuente:** entrevista al paciente, tipo primaria.

**Impacto ambiental en los roles valorados previos al comportamiento suicida.**

**V44:** Impacto del ambiente físico en los roles previos al comportamiento suicida.

Se realiza un análisis del contenido de las respuestas dadas por los pacientes, para luego crear categorías que permitan describir e interpretar los datos obtenidos.

**I:** Se le pregunta al paciente cómo considera que el ambiente físico (vivienda/trabajo, barrio, accesibilidad, ingresos) le brindan oportunidades o limitaba su participación en las actividades de cada rol valorado.

**Fuente:** entrevista al paciente, tipo primaria.

**V45:** Impacto del ambiente social en los roles previos al comportamiento suicida.

Se realiza un análisis del contenido de las respuestas dadas por los pacientes, para luego crear categorías que permitan describir e interpretar los datos obtenidos.

**I:** Se le pregunta al paciente si hubo personas que lo apoyaban o limitaban en sus roles valorados.

**Fuente:** entrevista al paciente, tipo primaria.

Variables suficientes

**V46:** Edad.

**R:** 20-35, 36-50, 51-65.

**I:** Se obtiene la fecha de nacimiento de la historia clínica del paciente. Se realiza la cuenta del periodo de tiempo hasta la fecha de la entrevista.

**Fuente:** registro hospitalario, se considera fuente secundaria directa, es decir, estas fuentes “reprocesan información de primera mano” (Hernández Sampieri et al., 2006, p.66).

**V47:** Tiempo de internación.

**R:** 1° semana, 2° semanas, 3° semanas, 4° semanas.

**I:** Se obtiene la fecha de ingreso de la historia clínica del paciente. Se realiza cuenta del periodo de tiempo internado hasta la fecha de la entrevista, para clasificarlo según la semana de internación en la que se encuentra.

**Fuente:** registro hospitalario, se considera fuente secundaria directa.

### **Diagnóstico**

**V48:** Trastorno de personalidad

**R:** sí - no.

**V49:** Trastorno bipolar tipo II

**R:** sí - no.

**V50:** Depresión mayor

**R:** sí - no.

**V51:** Trastorno de ansiedad

**R:** sí - no.

**V52:** Trastorno de estrés postraumático

**R:** sí - no.

**I:** Se obtiene el diagnóstico de la historia clínica del paciente.

**Fuente:** registro hospitalario, se considera fuente secundaria directa al ser registro de datos brutos generados por otros profesionales.

### **Motivo de ingreso**

**V53:** Ideación suicida:

**R:** sí - no

**V54:** Planificación:

**R:** sí - no

**V55:** Intento de suicidio:

**R:** sí - no

**I:** Se obtiene el motivo de ingreso de la historia clínica del paciente.

**Fuente:** registro hospitalario, se considera fuente secundaria directa al ser registro de datos brutos generados por otros profesionales.

## **Instrumento**

El instrumento utilizado para la recolección de datos fue una entrevista estructurada, ya que presenta “una lista de preguntas que formula en un orden preciso (máxima

estructuración) (...). La entrevista es conducida enteramente por el entrevistador” (Rubio y Varas, 1999, p. 412). Se escogió esta herramienta ya que se buscaba conocer la perspectiva de los pacientes ante el comportamiento suicida. Los beneficios de obtener esta información desde la experiencia del paciente es que “nadie mejor que la misma persona involucrada para hablarnos acerca de todo aquello que piensa y siente, de lo que ha experimentado o proyecta hacer” (Sabino, 1992. p.116).

Además, la entrevista se confeccionó con preguntas abiertas donde el paciente presentaba libertad de responder lo que deseaba. Según Rubio y Varas (1999), esto brinda mayor “riqueza informativa” al trabajo de investigación (p. 285).

Para la confección de la entrevista se toma como referencia el *Listado de Roles* de Oakley, Kielhofner y Barris (1985) y la Auto-evaluación Ocupacional (OSA) basados en el MOHO. La primera evaluación brinda la percepción de los roles en los que que participa el paciente y el “grado de valor” (Kielhofner, 2004, p.246) que le otorga. La población destinataria para la evaluación está conformada por adolescentes, adultos y adultos mayores. La evaluación posee diez roles con una breve descripción de cada uno, y la posibilidad de incluir un rol no mencionado. Los roles son: miembro de familia, amigo, proveedor de cuidados, ama/o de casa, miembro activo de un grupo religioso, estudiante, trabajador, voluntario, participante de organizaciones y aficionado. El paciente debe indicar en cuáles ha participado en el pasado, en cuáles participa en el presente y cree que participará en el futuro. Finalmente, el paciente indica el grado de valor adjudicado a cada rol.

Este instrumento fue validado en francés, español y portugués. La versión en español tuvo aceptable fiabilidad de prueba – repetición de prueba (Kielhofner, 2011). En este estudio se utiliza esta evaluación, ya que se busca evidencia de validez a partir de la relación con variables externas según convergencia. Por lo tanto, la herramienta construida se relaciona con otro instrumento validado. Al realizar la evaluación a personas internadas en el Hospital Dr. Braulio A. Moyano, se posee una población que forma parte del grupo de personas con discapacidad, siendo una de las instancias específicas de prácticas de “pruebas imparciales” descritas por Millar Polgar (2011, p. 532). Esto implica que se debe tener en cuenta la forma en que la discapacidad puede afectar la fiabilidad y validez de sus inferencias.

El instrumento utilizado para la investigación fue construido a partir del Listado de Roles con las siguientes modificaciones: en primer lugar, se toma el rol de “miembro de familia” como categoría que incluye los roles de hija, hermana, pareja, madre y la posibilidad de agregar otros roles al grupo.

También, se adapta la temporalidad en base al comportamiento suicida identificando únicamente los roles en los que se desempeñaba un mes antes de su internación. A diferencia del Listado de Roles, la entrevista realizada para la recolección de datos no toma en cuenta el desempeño del paciente en roles realizados en el “presente”, ya que la instancia de internación limita su desempeño en ellos. Como menciona Tundidor (2013) “la reclusión en una institución asilar psiquiátrica constituye una forma de exclusión la cual lleva implícita una marginación social, por lo tanto, independientemente de los supuestos fines proteccionales, la institucionalización también detiene, obstaculiza y distorsiona los procesos constitutivos y de reconstrucción de la sociabilidad de la persona. (Faraone, 1993)” (p. 4).

A su vez, en el instrumento confeccionado, se evalúa la causalidad personal sobre actividades involucradas en los roles identificados del pasado, como también el impacto ambiental en la participación de estos roles.

La causalidad personal se evalúa tomando en cuenta la Autoevaluación Ocupacional v2.2 que permite obtener una mirada del sujeto acerca de “su propia función ocupacional y la influencia del medio ambiente” (Baron, Kielhofner, Iyenger, Goldhammer, Wolenski, 2006, p. 1). Se utilizan las opciones predeterminadas de la OSA (“esto era un gran problema - esto era un poco difícil - esto lo hacía bien - esto lo hacía sumamente bien”) del Paso 1 de la sección de “mi persona”. A su vez, se consulta al paciente el motivo de la elección con una pregunta abierta, ya que, según Kielhofner (2004) “el rol internalizado es altamente personal (...) Identificarse con cualquier rol significa tanto internalizar elementos de lo que la sociedad atribuye al rol como la interpretación personal de ese rol” (p. 82).

Por último, la percepción del impacto ambiental en los roles previos al comportamiento suicida se evalúa mediante dos preguntas abiertas. Distinguiendo el ambiente físico del social, y el modo que éstos incidían en su participación en los roles valorados.

La evaluación en el trabajo de investigación se administra por los investigadores y, por ende, se modifican las afirmaciones de primera persona a segunda persona.

## Pilotaje

El pilotaje del instrumento se realizó a una cierta cantidad de personas con características similares a la población de estudio. A partir de esto, se realizaron cambios en el diseño y metodología del trabajo final. Se agregó la variable cualitativa del motivo

de las elecciones de la causalidad personal para obtener más datos sobre su eficacia percibida en el rol.

Además, se incorporó el concepto de impacto ambiental en roles según el MOHO al ser relevante para evaluar y tener en cuenta la influencia del ambiente en la participación en roles. Las entrevistadas compartieron relatos en donde la participación se encontraba limitada por el ambiente, mientras que otras mencionaron que el ambiente social le brindaba oportunidades para desempeñarse en sus roles. Se consideró que este aspecto debía ser tenido en cuenta ya que, según Kielhofner (2011) “cada medio ambiente ofrece una cantidad de oportunidades y recursos, demandas y limitaciones. Que sean observados o percibidos, y que influyan en la conducta depende de los valores actuales, los intereses, la causalidad personal, los roles, los hábitos y las capacidades de desempeño de cada persona” (p. 116).

## Análisis de los datos

En primer lugar, en el procesamiento de datos, se enumeraron las entrevistas realizadas según fecha de nacimiento de las pacientes en orden ascendente. En segundo lugar, se confeccionó la traducción de los datos obtenidos: se calcula la edad de cada paciente y la semana de internación en la que se encuentra. Luego, se codificó en la base de datos la respuesta de la “Participación en roles previos a la conducta suicida” de la siguiente manera: si participa en el rol se continuó evaluando las variables implicadas, y si no participó en el rol, se colocaron guiones. En relación a los subsistemas evaluados, las respuestas adjudicadas a el valor (“V”) y a causalidad personal (“C”) tomaron los siguientes códigos:

<b>Codificación</b>	<b>Descripción</b>
V1	No muy valioso
V2	Algún valor
V3	Muy valioso
C1	Era un gran problema para mi
C2	Era un poco difícil para mi
C3	Esto lo hacía bien
C4	Esto lo hacía sumamente bien

La codificación de las preguntas abiertas se realizó a partir de un análisis de contenido, “categorización, inferencia, descripción e interpretación” (Romeu Gomez, 20112, p.94). A través de la lectura de las respuestas a las preguntas abiertas de la entrevista, se exploró el material distribuyendo “frases o fragmentos de cada texto del análisis en esquema de clasificación inicial” (Romeu Gómez, 2012, p. 98), y se buscaron temas más amplios en los cuales se reagruparon las partes del texto encontradas.

La sistematización se realizó con el programa Microsoft Office Excel para la organización y el volcado de la información en base de datos cuantitativa. Con el programa Microsoft Office Word se organizó el corpus de las respuestas cualitativas. Se reagruparon las edades de los pacientes según los rangos etarios correspondientes a la clasificación realizada por Llorens (1991).

En relación a los datos obtenidos a través de las preguntas abiertas se realizó un análisis temático del contenido. El cual, según Romeu Gomes (2012), “consiste en descubrir los ‘núcleos de sentido’ que componen la comunicación y cuya presencia, o frecuencia de aparición, puede significar algo para el objetivo analítico elegido (Bardin, 1979, p.105)”.

Los resultados obtenidos se presentaron mediante el uso de tablas de frecuencia y se volcaron en gráficos de barra y columnas superpuestas. Según Raimondo (2006), “los gráficos en columna apiladas representan más de un dato en cada columna” (p.41) el cual permite realizar comparaciones de los datos a analizar.

## Resultados

### Características de la muestra

La muestra de pacientes con menos de un mes de internación por comportamiento suicida en el Servicio de Emergencia del Hospital Dr. Braulio A. Moyano de la Ciudad en enero del 2019 se conformó con 10 mujeres.

Se encontraban en el rango de 20 a 49 años con mediana de 23 años. Se utilizó la mediana como medida de tendencia central, ya que la muestra era asimétrica al existir dos puntajes extremos que afectaban a la media. Se utilizó la clasificación etarea realizada por Llorens (1991), donde se obtuvo que 7 pacientes se encontraban en la etapa de adultez joven y 3 en la adultez media.

La mayoría de las pacientes presentaban trastorno límite de la personalidad (70%), 20% diagnóstico de trastorno de estrés postraumático y 10% trastorno depresivo mayor. Se tuvo en cuenta lo expuesto por Rubio Larrosa (2004), donde describe que los síntomas presentes en los trastornos de la personalidad son “caracterizados por

impulsividad, desinhibición conductual, comportamiento autodestructivo, desesperanza, consumo de drogas, etc., síntomas que favorecen el comportamiento suicida” (p.232). El porcentaje que se obtuvo de los trastornos mentales de las pacientes internadas no coincide con los más frecuentes asociados con el comportamiento suicida por la OMS (2014), estos son la depresión y los trastornos debidos al consumo de alcohol.

El motivo de ingreso de las pacientes en su mayor parte fue por intento de suicidio con cortes o sobreingesta medicamentosa. En cambio, 2 pacientes ingresaron por planificación suicida y 2 por ideación suicida. La semana de internación en el cual se encontraban las pacientes para el momento de la entrevista, era la segunda semana en 7 pacientes y las restantes en la cuarta semana de internación.

Resultado respecto a la participación en roles previos al comportamiento suicida

- Identificar la participación en roles previos al comportamiento suicida de los pacientes internados por comportamiento suicida en el Servicio de Emergencia del Hospital Dr. Braulio A. Moyano de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en enero del 2019.

Se confeccionó una tabla de frecuencias múltiples dado que las pacientes cumplían más de un rol, el número de respuestas fue mayor que el N muestral.

**Tabla 1. Número de roles previos al comportamiento suicida en los que participaban los pacientes internados por comportamiento suicida en el Servicio de Emergencia del Hospital Dr. Braulio A. Moyano de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en enero del 2019. N=69.**

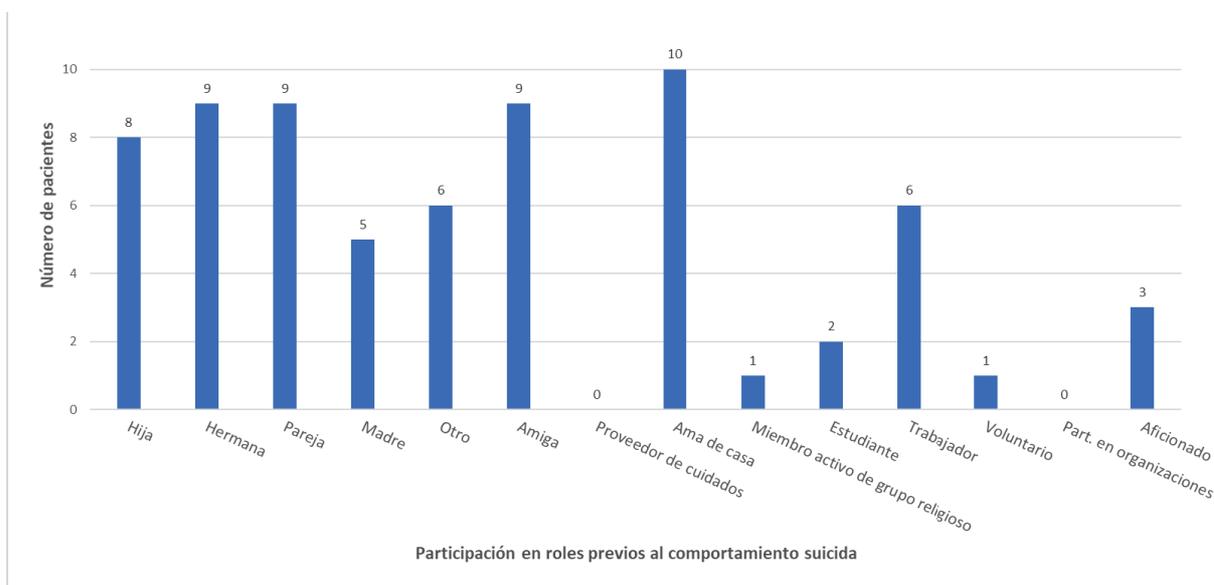
U.A.	N° de roles
1	4
2	5
3	8
4	7
5	9
6	7
7	8
8	7
9	6
10	8
Total	69

**Tabla 2. Número de pacientes que participaban en cada uno de los roles previos al comportamiento suicida en pacientes internados por comportamiento suicida en el Servicio de Emergencia del Hospital Dr. Braulio A. Moyano de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en enero del 2019. N=69.**

Participación en roles previos al comportamiento suicida.	N° respuestas	F. porcentual (%)
Hija	8	12%
Hermana	9	13%

Pareja	9	13%
Madre	5	7%
Otro	6	9%
Amiga	9	13%
Proveedor de cuidados	0	0%
Ama de casa	10	14%
Miembro activo de grupo religioso	1	1%
Estudiante	2	3%
Trabajador	6	9%
Voluntario	1	1%
Part. en organizaciones	0	0%
Aficionado	3	4%
Total	69	100%

**Gráfico 1. Número de pacientes que participan en cada uno de los roles previos al comportamiento suicida en paciente internados por comportamiento suicida en el Servicio de Emergencia del Hospital Dr. Braulio A. Moyano de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en enero del 2019. N=69.**



Las 10 pacientes identificaron los roles que desempeñaban entre los 12 posibles roles descriptos previos al comportamiento suicida. El total de respuestas fue de 69 roles, es decir que, en promedio, cada una se desempeñaba aproximadamente en 7 roles.

Dentro de la categoría de miembro de familia, 8 pacientes desempeñaban el rol de hija, 9 el rol de hermana y 9 el rol de pareja. En cambio, el rol de madre lo desempeñaba la mitad de la muestra, al ser la mayoría del grupo etario de adultez joven. Otros roles familiares referidos por los pacientes fueron nuera, sobrina, prima, nieta y abuela. Estos roles familiares eran considerados como un vínculo de participación frecuente antes de la internación.

Cabe destacar que 9 pacientes participaban en el rol de amiga antes de la internación.

Ningún paciente participaba como proveedor de cuidados ni participante de organizaciones un mes antes de internarse. Por este motivo se eliminan dichos roles de los siguientes análisis.

Todas las pacientes evaluadas participaban en el rol de ama de casa y 6 pacientes realizaban el rol de trabajadoras antes de internarse.

Sólo 2 pacientes presentaban el rol de estudiante y 3 pacientes el rol de aficionado con actividades como ir al gimnasio, bailar y coser. Los roles con menor frecuencia (1 paciente) fueron: miembro activo de grupo religioso y voluntario.

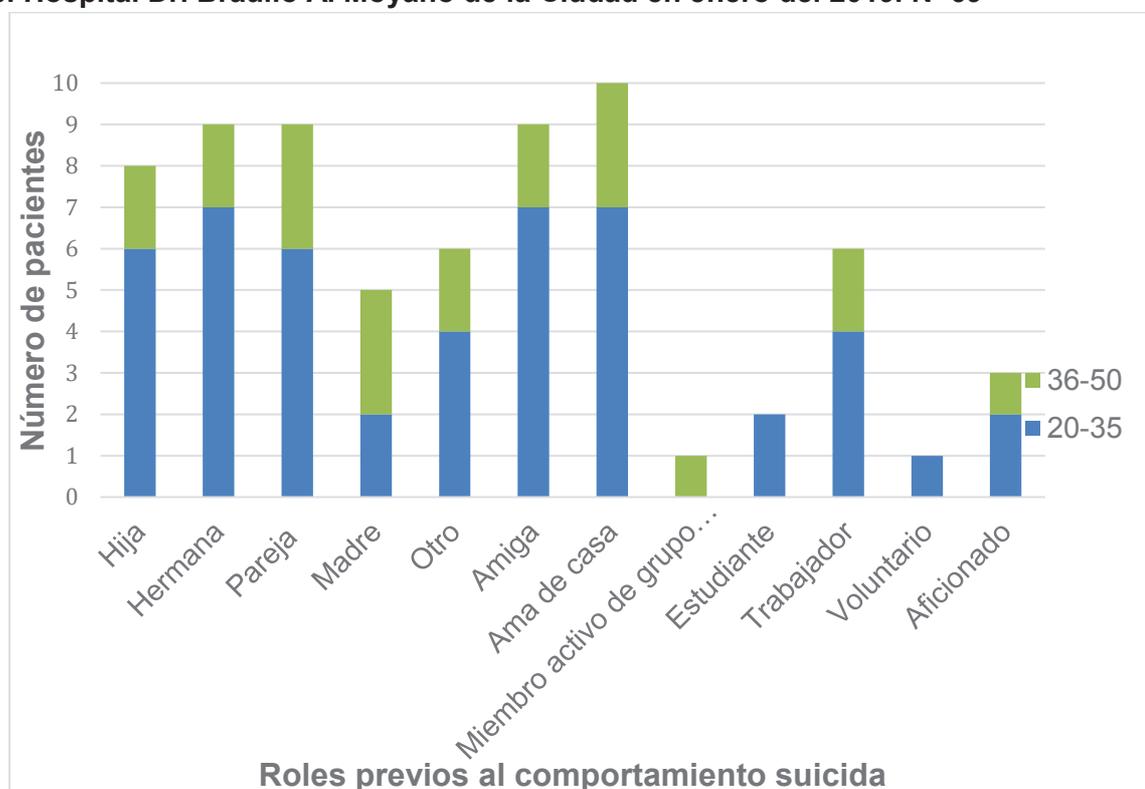
Se realizó el cruce de variables para analizar los roles según las edades de las pacientes.

**Tabla 3. Roles previos al comportamiento suicida según edad de los pacientes internados por comportamiento suicida en el Servicio de Emergencia del Hospital Dr. Braulio A. Moyano de la Ciudad en enero del 2019. N=69**

	20-35		36-50		Total	
	F.A.	F. %	F.A.	F%	F.A.	F. %.
Hija	6	75%	2	25%	8	12%
Hermana	7	78%	2	22%	9	13%
Pareja	6	67%	3	33%	9	13%
Madre	2	40%	3	60%	5	7%

Otro	4	67%	2	33%	6	9%
Amiga	7	78%	2	22%	9	13%
Ama de casa	7	70%	3	30%	10	14%
Miembro activo de grupo religioso	0	0%	1	100%	1	1%
Estudiante	2	100%	0	0%	2	3%
Trabajador	4	67%	2	33%	6	9%
Voluntario	1	100%	0	0%	1	1%
Aficionado	2	67%	1	33%	3	4%
Total	48	70%	21	30%	69	100%

**Gráfico 2. Roles previos al comportamiento suicida según edad de las pacientes internadas por comportamiento suicida en el Servicio de Emergencia del Hospital Dr. Braulio A. Moyano de la Ciudad en enero del 2019. N=69**



Se observa que las pacientes en adultez media no realizan el rol de estudiante y voluntario. Una paciente, perteneciente a este grupo etario, refirió participar en el rol de miembro activo de grupo religioso.

Cabe destacar que 9 pacientes participaban en el rol de amiga antes de la internación tanto pacientes en adultez joven como en adultez media. Todas participaban en el rol de ama de casa sin diferencias según su edad.

Los roles de miembro de familia previos al comportamiento suicida identificados por los pacientes con menos de un mes de internación coincidieron con los descriptos por Llorens (1991) en ambos grupos etarios, sin embargo, se observó una baja frecuencia en el rol de estudiante, trabajador y aficionado según la bibliografía.

El rol identificado con mayor frecuencia fue ama de casa (100% de las participantes) y, en segundo lugar, los roles de amiga, hermana y pareja, con 9 pacientes en cada rol.

Se corrobora la hipótesis que refiere que los pacientes con menos de un mes de internación en el Servicio de Emergencia del Hospital Dr. Braulio A. Moyano de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en 2019 luego de un comportamiento suicida participaban en roles vinculados a miembro de familia (hija, hermana, pareja, madre, otro) y se incorpora que esta población también participa frecuentemente en el rol de ama de casa y rol de amiga.

Resultado respecto al valor asignado a los roles previos al comportamiento suicida

- Detectar el valor asignado a los roles previos al comportamiento suicida por pacientes internados por comportamiento suicida en el Servicio de Emergencia del Hospital Dr. Braulio A. Moyano de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en enero del 2019.

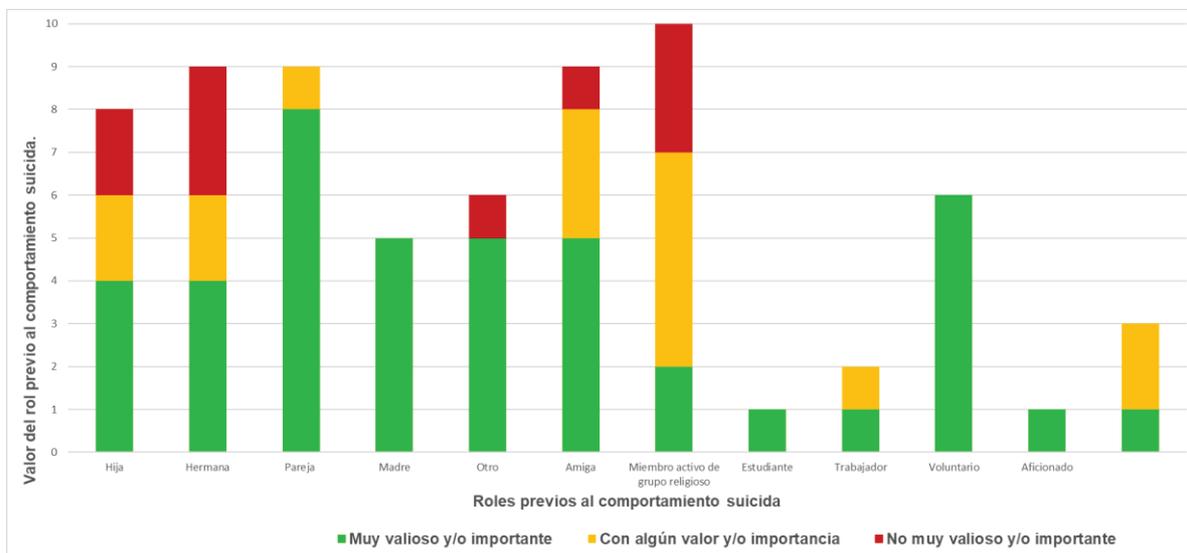
Se realizó una tabla de cruce de variables, mediante la cual se detectó la proporción del valor asignado a cada rol en el que participaba la paciente y el porcentaje total de cada grado de valor atribuido a sus roles.

**Tabla 4. Tabla de cruce de variables participación en roles previos al comportamiento suicida y valor del rol previo al comportamiento suicida en pacientes internados por comportamiento suicida en el Servicio de Emergencia del Hospital Dr. Braulio A. Moyano de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en enero del 2019. N=69.**

	Hija		Hermana		Pareja		Madre		Otro		Amiga		Ama de casa		Miembro activo de grupo religioso		Estudiante		Trabajador		Voluntario		Aficionado		Total	
	F. A.	F. %	F. A.	F. %	F. A.	F. %	F. A.	F. %	F. A.	F. %	F. A.	F. %	F. A.	F. %	F. A.	F. %	F. A.	F. %	F. A.	F. %	F. A.	F. %	F. A.	F. %	F. A.	F. %
Muy valioso y/o importante	4	50%	4	44%	8	89%	5	100%	5	83%	5	56%	2	20%	1	100%	1	50%	6	100%	1	100%	1	33%	4	62%
Con algún valor y/o importancia	2	25%	2	22%	1	11%	0	0%	0	0%	3	33%	5	50%	0	0%	1	50%	0	0%	0	0%	2	67%	1	23%
No muy valioso y/o importante	2	25%	3	33%	0	0%	0	0%	1	17%	1	11%	3	30%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	14%
Total	8	100%	9	100%	9	100%	5	100%	6	100%	9	100%	10	100%	1	100%	2	100%	6	100%	1	100%	3	100%	6	100%

El número de respuesta obtenidos se volcó en un gráfico de columnas superpuestas.

**Gráfico 3. Valor asignado a los roles previos al comportamiento suicida en paciente internados por comportamiento suicida en el Servicio de Emergencia del Hospital Dr. Braulio A. Moyano de la Ciudad en enero del 2019. N=69.**



Con este formato de gráfico es posible visualizar qué cantidad de personas sobre el total de entrevistadas le asignaron cada valor a cada uno de roles en los que se desempeñaban durante el mes previo al comportamiento suicida.

Dentro de la categoría miembro de familia, se evaluó el valor que las pacientes le otorgaban a los roles de hija, hermana, pareja, madre y otros, previos al comportamiento suicida. De las 8 pacientes que participaban en el rol de hija, 4 consideraban participar en dicho rol como “muy valioso y/o importante”, mientras que las 4 respuestas restantes se dividieron equitativamente en las categorías “algún valor y/o importancia” y “no muy valioso y/o importante”.

En el rol de hermana, se obtuvieron 4 respuestas que afirman que participar en este rol era “muy valioso y/o importante”, 2 le asignaron “algún valor y/o importancia”, y 3 pacientes lo consideraron “no muy valioso y/o importante”.

Cuando se indagó acerca del rol de pareja, todas las entrevistadas excepto una lo evaluaron como “muy valioso y/o importante”. Una persona respondió que tiene “algún valor y/o importancia” ya que la consideraba como una relación reciente y nueva.

La mitad de las personas que respondieron la entrevista cumplían el rol de madre previo a la internación. De las cuales todas lo refieren como un rol “muy valioso y/o importante”.

Otros roles como miembros de familia descriptos fueron: sobrina, prima, nuera, abuela y nieta. En estos roles, todas excepto una los consideraban “muy valioso y/o importante”, la restante, lo consideró “no muy valioso y/o importante”.

La gran mayoría participaba en el rol de amiga, de las cuales 5 refieren que es un rol “muy valioso y/o importante”, 3 le asignan “algún valor y/o importancia” y solamente una persona lo considera como “no muy valioso y/o importante”.

Todas las pacientes referían que participar en el rol de ama de casa, de las cuales la mitad les asignaron “algún valor y/o importancia”, 3 le asignaron “no muy valioso y/o importante” y 2, “muy valioso y/o importante”.

Únicamente 2 personas participaban en el rol de estudiante, en donde las respuestas dadas eran “muy valioso y/o importante” y “algún valor y/o importancia”.

Se obtuvieron 6 respuestas en el rol de trabajador durante el mes previo a la internación. Todas las respuestas refieren que participar en este rol era “muy valioso y/o importante”.

A los roles de voluntario y miembro activo de grupo religioso, las dos personas que se desempeñaban en cada uno de los roles durante el mes previo a la internación los consideró “muy valioso y/o importante”.

Por último, 3 de 10 personas participaban en el rol de aficionado. Este rol fue considerado como “muy valioso y/o importante” por una persona y tuvo “algún valor y/o importancia” para las dos restantes.

Como conclusión, al evaluar el valor asignado a los roles previos al comportamiento suicida, se obtuvieron un total de 69 respuesta, de las cuales el 62% corresponden a la escala de valor: “muy valioso y/o importante”. Siendo los roles de madre, pareja y trabajador, los que la gran mayoría evaluaron como “muy valioso y/o importante”. Teniendo en cuenta estos valores, se comprueba que los roles mencionados coinciden con los factores protectores descriptos por la OPS (2014) en el informe considerandolos como “sólidas relaciones personales” y “creencias religiosas o espirituales” (p.44).

Por otro lado, sólo el 14% de las respuestas (10 respuestas) consideraron a los roles en los que se desempeñaban previo a la internación como “no muy valioso y/o importante”. De esta manera se refuta la hipótesis donde se hace referencia a que los pacientes luego del comportamiento suicida le asignan la categoría de “no muy valioso y/o importante” a los roles previos.

Resultado respecto a la causalidad personal asignada a las actividades involucradas en roles previos al comportamiento suicida

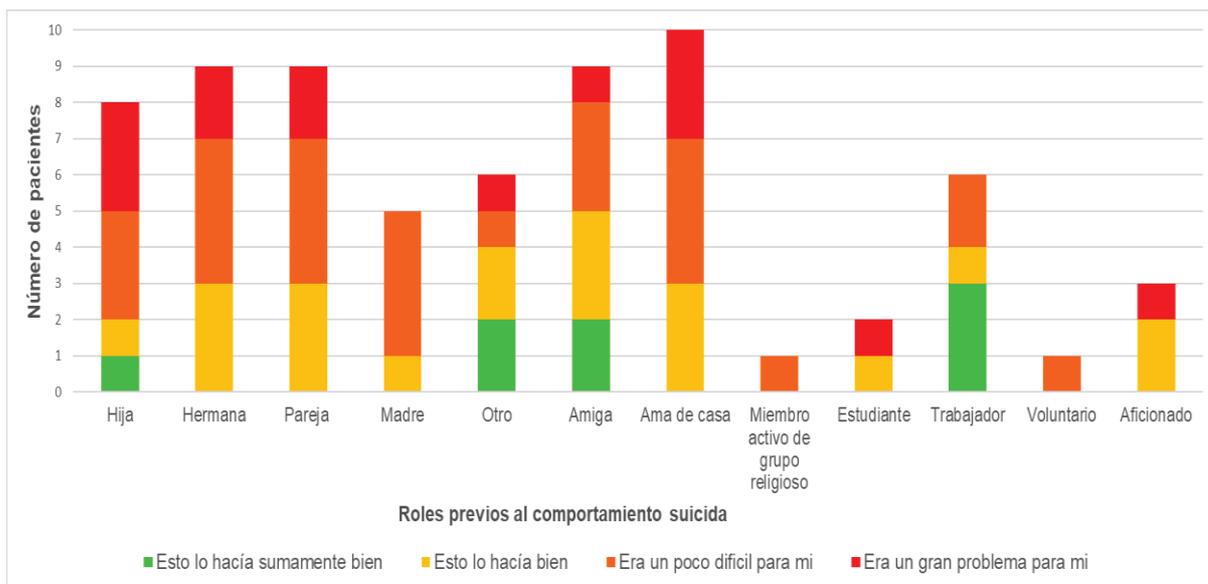
- Detectar la causalidad personal en actividades involucradas en los roles previos al comportamiento suicida por pacientes internados por comportamiento suicida en el Servicio de Emergencia del Hospital Dr. Braulio A. Moyano de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en enero del 2019.

**Tabla 5. Tabla de cruce de variables de participación en roles previos al comportamiento suicida y causalidad personal en actividades involucradas en los roles previo al comportamiento suicida en paciente internados por comportamiento suicida en el Servicio de Emergencia del Hospital Dr. Braulio A. Moyano de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en enero del 2019. N=69.**

Participación en roles previos al comportamiento suicida / Causalidad personal del rol previo al comportamiento suicida.	Hija		Hermana		Pareja		Madre		Otro		Amiga		Ama de casa		Miembro activo de grupo religioso		Estudiante		Trabajador		Voluntario		Aficionado		Total		
	F. A.	F. %	F. A.	F. %	F. A.	F. %	F. A.	F. %	F. A.	F. %	F. A.	F. %	F. A.	F. %	F. A.	F. %	F. A.	F. %	F. A.	F. %	F. A.	F. %	F. A.	F. %	F. A.	F. %	
Esto lo hacía sumamente bien	1	13%	0	0%	0	0%	0	0%	2	33%	2	22%	0	0%	0	0%	0	0%	3	50%	0	0%	0	0%	8	12%	
Esto lo hacía bien	1	13%	3	33%	3	33%	1	20%	2	33%	3	33%	3	30%	0	0%	1	50%	1	17%	0	0%	2	67%	0	29%	
Era un poco difícil para mí	3	38%	4	44%	4	44%	4	80%	1	17%	3	33%	4	40%	1	100%	0	0%	2	33%	1	100%	0	0%	2	7	39%
Era un gran problema para mí	3	38%	2	22%	2	22%	0	0%	1	17%	1	11%	3	30%	0	0%	1	50%	0	0%	0	0%	1	33%	1	4	20%
Total	8	100%	9	100%	9	100%	5	100%	6	100%	9	100%	10	100%	1	100%	2	100%	6	100%	1	100%	3	100%	6	9	100%

La tabla 3 muestra la proporción de la causalidad personal asignada a cada rol (que involucra actividades mencionadas por los pacientes) y el porcentaje total de cada escala de causalidad personal atribuida a sus roles.

**Gráfico 4. Causalidad personal asignado a los roles previos al comportamiento suicida en paciente internados por comportamiento suicida en el Servicio de Emergencia del Hospital Dr. Braulio A. Moyano de la Ciudad en enero del 2019. N=69.**



Se realiza gráfico de columnas superpuestas, el cual permite realizar comparaciones de los datos analizados de variables cualitativas politómicas.

Al analizar la categoría miembro de familiar, se observó que al rol de hija 3 personas adjudicaron que desempeñarse en dicho rol les era “un gran problema”, mientras que otras 3 refirieron que “era un poco difícil” y las últimas 2 respuestas se dividieron conformando parte de la categoría “esto lo hacía bien” y “esto lo hacía sumamente bien”.

Cuando se preguntó acerca del rol de hermana y pareja se obtuvieron resultados similares. 2 personas consideraron que participar “era un gran problema”, a 4 les era “un poco difícil” y 3 creían que “lo hacían bien”.

Respecto al rol de madre. a la gran mayoría de las entrevistadas les resultaba “un poco difícil” participar en este rol, y una sola persona evaluó la causalidad personal como “esto lo hacía bien”.

Por último, cuando se indago si se desempeñaban en otro rol relacionado con miembro de familiar, la mayoría de las pacientes evaluaron su desempeño en los roles mencionados como que “lo hacían bien” o “sumamente bien”. Obteniendo un total de

2 respuestas en cada categoría. Únicamente 2 pacientes destacaron que era “un gran problema” y “un poco difícil” para ellas participar en dicho rol.

En el rol de amiga, una paciente refirió la causalidad personal como “era un gran problema” y las 3 como “era un poco difícil”. Mientras que 3 personas evaluaron su desempeño como que “lo hacían bien” y 2 que “lo hacían sumamente bien”.

Respecto al rol de ama de casa, 3 afirman que “era un gran problema” y por 4 pacientes como “era un poco difícil” mientras que 3 pacientes refieren que “lo hacían bien”.

De las pacientes que mencionan haber participado en el rol de miembro activo de grupo religioso o voluntario, ambas consideraron que era “un poco difícil” para ellas participar en él.

En cuanto al rol de estudiante, se observa una dicotomía en las respuestas obtenidas, una paciente consideraba que “era un gran problema” y otra paciente que “lo hacía bien”.

De las pacientes que participaban en el rol de trabajador, solamente 2 consideraban que “era un poco difícil para mí” desempeñarse en dicho rol. De las respuestas restantes, una menciona que “lo hacía bien” y 3 pacientes refirieron que “esto lo hacían sumamente bien”.

Por último, en el rol de aficionado 2 de las 3 personas que participaban en este rol, consideraron que “lo hacían bien”, mientras que una paciente refirió que “era un gran problema”.

Los roles de “trabajador” y “otro” son los únicos dos roles en los que la gran mayoría de las pacientes caracterizaron su desempeño como “esto lo hacía sumamente bien” y “esto lo hacía bien”. Los roles de hija, hermana, pareja, madre y ama de casa fueron evaluados como “era un poco difícil” y “era un problema para mí” con más de la mitad de las respuestas en cada de los roles. Se observó que a la mayoría de las entrevistadas se les dificultó participar en las actividades que cada rol conlleva durante el mes previo a la internación.

En resumen, del 69 de respuestas obtenidas, el 38% de ellas fueron categorizadas como “era un poco difícil para mí” y el 20% como “era un gran problema para mí” desempeñarse en las actividades de los roles evaluados, mientras que el 29% de las respuestas eran identificadas como “esto lo hacía bien” y el 12% como “esto lo hacía sumamente bien”. Más de la mitad de las respuestas obtenidas presentaban cierta dificultad para participar en los roles evaluados y cumplir con sus expectativas.

Se refuta la hipótesis de investigación que consideraba que los pacientes refieren que desempeñarse en las actividades involucradas en sus roles previos al comportamiento suicida “eran un gran problema”, ya que el porcentaje con mayor

frecuencia pertenece a “era un poco difícil”. No obstante, se tiene en cuenta que al englobar las respuestas donde las pacientes creen que “era un gran problema” y “era un poco difícil” se obtiene más de la mitad de las respuestas. Teniendo en cuenta estos datos, este resultado se asocia con lo mencionado por Pérez Cadena (2003), quien refiere que las insatisfacciones de logros inciden a desarrollar una “motivación hacia el suicidio” (p.13).

Resultado respecto a los motivos de la causalidad personal asignada a las actividades involucradas en los roles previos al comportamiento suicida

- Conocer los motivos de la causalidad personal asignada a las actividades involucradas en los roles previos al comportamiento suicida por pacientes internados por comportamiento suicida en el Servicio de Emergencia del Hospital Dr. Braulio A. Moyano de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en enero del 2019.

El análisis de estos datos se realizó a través de la categorización de la información recabada. Al ser “una operación de clasificación de elementos constitutivos de un conjunto, por diferenciación y luego por reagrupamiento según el género, con criterios previamente definidos (Bardin, 1979, p.117)” (Romeu Gomes, 2012 , p.94) en el marco teórico.

Los testimonios coinciden con lo descrito en Kielhofner et al., (2011) donde las expectativas de otras personas y la naturaleza del sistema social acerca de un rol nos proporcionan parámetros de cómo consideramos que debemos comportarnos. En base a estos parámetros, las pacientes consideraban altas demandas en sus roles en relación a su capacidad. Se valida el supuesto que describe que la mayoría de los motivos de la causalidad personal se deben a que consideran que no cumplían con las expectativas que cada rol conlleva. Esto se observó en el discurso de una paciente, quien mencionó que se le exigía que participe de una manera determinada en sus roles. “Se mete en la relación con mi pareja y en la crianza de mis hijos. Me dan ganas de tirarla por la escalera”. Como también, hizo referencia a una situación similar, otra paciente responsable del cuidado de sus padres: “mis padres recaían en mí, los ayudaba económicamente, y es por ellos estoy acá”. Otras mencionaron que se desempeñaban en varios roles de manera simultánea por lo cual no lograban participar en cada rol cumpliendo con las expectativas de ellos. Este aspecto se observó en las siguientes citas: “se me hacía difícil hacer muchas cosas al mismo tiempo con los hijos encima” (...) “era difícil para mí porque tenía que hacer todo yo”.

Otra de las causas por la cual las pacientes no lograban desempeñarse en los roles según sus expectativas era debido a la incidencia de los síntomas de su trastorno mental sobre su desempeño ocupacional. Esto debe tenerse en cuenta dado que el motivo está relacionado con un factor de riesgo muy importante hacia el comportamiento suicida (OMS, 2000). Las pacientes vieron afectadas especialmente las relaciones con su pareja; por ejemplo “(él) no podía confiar en mí por mi inestabilidad emocional al dejar de tomar mi medicación. Se alejó por miedo” y “no lo trataba bien por los problemas que tengo. Por eso estoy internada acá. Me molestaba todo lo que él hacía sin motivos”.

Igualmente, en su relación con sus hijos mencionaron que: “la depresión no me permitía disfrutarlos” (...) “Siempre estaba presente, pero al dejar la medicación no podía cuidarlos. No tenía ganas de levantarme”. Otra paciente describió que “era agresiva con ellos y conmigo misma. Me desquitaba con ellos por los problemas que tengo”.

Por último, la mayoría refirió presentar problemas de comunicación con miembros de la familia, considerándolo como uno de los factores que dificultaban su participación en los roles. Se observó en la limitación que presentaban las pacientes para lograr compartir sus sentimientos o pensamientos con otro “me cuesta expresar mis emociones con ellas” (...) “no les contaba todo lo que me pasaba”. En ese sentido, en algunas situaciones la pareja era un obstáculo para que logren compartir sus inquietudes “no me escuchaba cuando le hablaba de lo que sentía, le escribía cartas porque era la única forma que encontraba para contarle lo que me pasaba y no las leía”.

Estos testimonios refuerzan la teoría que considera que “cuando las demandas van mucho más allá de la capacidad, puede hacer que una persona se sienta ansiosa, abrumada y desesperanzada” (Kielhofner et al., 2011, p. 116), siendo estos factores de riesgo para el comportamiento suicida.

Sin embargo, a pesar de esas representaciones de causalidad personal con altas demandas, no se debe dejar de lado los roles en donde las pacientes lograban cumplir con las expectativas del rol. En ese sentido, algunas situaciones demostraron que hay factores protectores para el comportamiento suicida al haber comentado que un mes antes de la internación consideraban que eran muy buena pareja, estaban presentes, eran responsables, se ayudaban mutuamente, confiaban y daban lo mejor de sí.

Las situaciones donde las pacientes cumplían con las expectativas de los roles mencionados pueden ser considerados como factores protectores ya que, “los amigos y familiares pueden ser una fuente significativa de apoyo social, emocional y financiero y pueden amortiguar la repercusión de factores externos estresantes” (OPS 2014 p.44). En cambio, los roles que presentaban altas demandas son considerados por la OPS (2011) como factores de riesgo tanto individuales, por su sintomatología de los trastornos mentales, como familiares, por los conflictos y desorganización familiar, violencia doméstica, ausencia de los padres, aislamiento social y problemas familiares de comunicación.

Resultado respecto al impacto del ambiente físico percibido por los pacientes en la participación de roles previos al comportamiento suicida

- Identificar el impacto del ambiente físico en aquellos roles valorados previos al comportamiento suicida por los pacientes internados por comportamiento suicida en el Servicio de Emergencia del Hospital Dr. Braulio A. Moyano de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en enero del 2019.

Se corroboró el supuesto donde el impacto del ambiente físico fue limitante para la participación en roles valorados. De los testimonios que compartieron las entrevistadas se observó recurrencias de temas por lo que se realizó una codificación de frases y se destacaron las siguientes categorías identificadas como barreras y factores de riesgo para su participación: *la distancia, barrios vulnerables, tiempo y cuestiones económicas*. Las pacientes mencionaron aspectos de la *distancia*, ya sea la lejanía o cercanía con sus pares, como limitante para su desempeño en los roles valorados y su relación con terceros. Como, por ejemplo, en el relato de una entrevistada el rol de abuela se veía afectado al vivir cerca de su hija con quien solían pelear, “discutimos mucho con mi hija que vive al lado y todo eso lo escuchan los chicos”. Una persona refirió que en su rol de pareja “la distancia afecta mi relación, vive en otro país”. Como también, una paciente compartió que su relación con sus hijos se encontraba perjudicada al recibir indicaciones constantes por parte de sus suegros con quienes compartía la vivienda de cómo debía desempeñarse como madre: “mis suegros viven en la misma casa”. En relación a la categoría *tiempo*, las pacientes destacaron la falta de tiempo para desempeñarse en los roles valorados: “no teníamos tiempo para vernos”, “era difícil vernos porque al tener horarios rotativos no nos podíamos ver”, “el trabajo me saca tiempo de estar para mis hermanos”. Dentro de la categoría *barrios vulnerables*, fue posible agrupar relatos en donde se destacaron la exposición de las pacientes hacia el consumo de sustancias e inseguridades en el barrio. “Hay porro en la mesa por mi hija”, “en el barrio hay mucha inseguridad”, “hay drogas, mi madre consume”. Por último, hubo un único relato en donde destacó las cuestiones económicas como limitante; “me limita lo económico y en el barrio no tenía oportunidad de trabajo”. Se destacó la dificultad de algunas pacientes para describir el impacto ambiental en su participación con ejemplos concretos. Las barreras más frecuentes fueron la distancia, tanto en otra provincia o país como vivir en el mismo ambiente en situaciones de conflictos.

A su vez, la minoría de las pacientes hicieron referencia de la *distancia*, en este caso la cercanía, como aspecto del ambiente que les brindaban oportunidades para

desempeñarse tanto en roles familiares como en el de estudiante y trabajador: “mi mama vive a dos cuadras y el barrio es conocido”, “vivimos cerca entonces nos podemos ver”, trabajo “cerca de casa, horarios rotativos que tienen en cuenta si quiero estudiar y me da plata”, “trabajo cerca de la casa en feria hace 18 años”. También, en un caso se compartió un suceso vinculado con la categoría de *cuestiones económicas*, en donde la paciente destacó como una oportunidad del ambiente físico la posibilidad de participar de forma gratuita en el rol de aficionado, siendo uno de los roles más valorados “es gratuito y puedo hacerlo en casa”. En estos casos, como menciona Kielhofner (2004), los recursos presentados por el medio ambiente permiten sostener la motivación en una actividad significativa del rol.

Resultado respecto al impacto del ambiente social percibido por los pacientes en la participación de roles previos al comportamiento suicida

- Identificar el impacto del ambiente social en los roles valorados previos al comportamiento suicida por los pacientes internados por comportamiento suicida en el Hospital Servicio de Emergencia del Hospital Dr. Braulio A. Moyano de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en enero del 2019.

El análisis de la información recabado se analizó primero realizando una lectura general de los datos obtenidos y luego se destacaron como categorías o códigos: *terceros como obstaculizador* y *terceros como apoyo* para el agrupamiento de las frases recurrentes. También, se obtuvieron casos donde no presentaban personas que se involucraron en la participación en ese rol ni como oportunidad o limitación. Se corroboró el supuesto que considera el impacto del ambiente social como limitante para la participación en roles valorados. Las pacientes resaltaron el accionar de terceros como obstaculizador para su participación en los roles. Los relatos mencionaban, en su mayor parte, a otras personas como barreras al recibir de ellas recomendaciones de alejarse de sus vínculos y opiniones en contra de seguir con ese rol. Por ejemplo, obtuvimos frases como “la gente me decía que no funcionan las relaciones a distancia”, “me limitaban mis amigos porque me recomendaban que me aleje de mis padres porque me estresaban”, “mi pareja no quería que vea a mi mamá”, “me limitaba mi papá, me ayudaría que esté lejos. Mi casa me enferma, por eso estoy acá”, “mi mamá no me dejaba verlo”, “mi hija me limita porque es muy celosa, me consideran como su madre y eso le cuesta”, “mis suegros se meten en la crianza”, “mi hija me limitaba para encontrar el tiempo para estudiar, no tenía con quien dejarla”, “me limita mi hermana menor porque la tengo que cuidar y no puedo entrenar y competir”.

Por otro lado, el ambiente social sólo brindaba oportunidad en algunos roles donde la tía, el padrino, los esposos y los compañeros de trabajo ayudaban a mantener o mejorar la participación de los roles. Al recibir apoyo de terceros, como familia o amigos, que actuaban como sostén para lograr el objetivo, Kielhofner (2004) considera estos recursos como facilitadores del desempeño. “Mi tía me decía que la visite y me lleve mejor con mi mamá”, “me ayudaba el padrino de mi hija y los clientes aconsejándome en temas de crianza”, “mi esposo me daba fuerzas para continuar como madre”, “me ayudaban los compañeros de trabajo”, “me incentivaba a que mantenga la relación”.

## Conclusión

En este trabajo final se documentaron testimonios de 10 pacientes internadas por comportamiento suicida en el Hospital Braulio A Moyano de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en 2019. La finalidad del trabajo fue caracterizar la población al describir los aspectos volitivos: valor y causalidad personal; y el impacto ambiental social y físico en la participación en los roles previos a la internación. El suicidio es una problemática de salud pública, observándose una mayor incidencia en la población juvenil. Según la OPS (2014) es la segunda causa de muerte en el grupo etario entre los 15 a 29 años. Este aspecto coincide con las integrantes de la muestra, en la cual se obtuvieron 7 pacientes en la etapa de adultez joven (20-35 años) y 3 en la adultez media (36-50 años). La mayoría de las pacientes evaluadas luego de un comportamiento suicida participaban en roles vinculados a miembro de familia (hija, hermana, pareja, madre, otro) y también participaban frecuentemente en el rol de ama de casa y rol de amiga. Se tiene en cuenta que en el momento del año en el que se llevó a cabo el trabajo de campo los roles de estudiante y trabajador no podían ser considerados por no haber participado en el mes previo a internarse por vacaciones.

Según previas investigaciones, la población con comportamiento suicida presenta sintomatología de desesperanza, sentimiento de culpa, pesimismo y baja autoestima. Por lo cual, se consideró como hipótesis que el valor que le adjudicarían a los roles en los que se desempeñaban sería “no muy valioso y/o importante”. A pesar de esto, la gran mayoría de las pacientes respondieron que participar en aquellos roles identificados lo consideraban “muy valioso y/o importante”, destacándose los roles de madre, pareja y trabajador en dicha categoría. En cambio, sólo un bajo porcentaje de las respuestas le asignaron “no muy valiosos” a los roles previos. Dado al número muestral, se debe tener precaución en la consideración de los resultados y se sugieren llevar a cabo otros estudios con un mayor número muestral que tomen en cuenta estas variables para poder concluir sobre este aspecto para la población.

Pérez Cadena (2003), menciona que las insatisfacciones de logros inciden a desarrollar una “motivación hacia el suicidio” (p.13). La mayoría de las respuestas obtenidas en relación a la causalidad personal fueron que su desempeño en roles “era un poco difícil”. Se refuta la hipótesis de investigación que consideraba que los pacientes refieren que desempeñarse en las actividades involucradas en sus roles previos al comportamiento suicida “eran un gran problema”. No obstante, se tiene en cuenta que al englobar las respuestas “era un poco difícil” y “esto era un gran problema” se obtuvieron más de la mitad de las respuestas. Kielhofner (2004) refiere que la presencia de una discapacidad puede producir que la persona se desempeñe en roles sin lograr

cumplir con las expectativas que cada rol conlleva. Se podría inferir que estas respuestas surgen de que las pacientes creen que el motivo de estas respuestas era que no podían cumplir con las expectativas de ese rol, ya que consideraban que las demandas de los roles excedían a sus capacidades, que su patología le dificultaba la participación y que presentaban problemas de comunicación.

Es fundamental tener presente varios factores de riesgo que aumentan la vulnerabilidad de una persona al comportamiento suicida, ya sean factores individuales, familiares, comunitarios o institucionales. Dichos factores se encuentran íntimamente relacionados con la participación de las personas en sus roles y el impacto del medio ambiente. Por un lado, el impacto del ambiente físico fue considerado por la mayoría de las pacientes como limitante para su participación en roles valorados, por las distancias, la inseguridad del barrio, el tiempo, el consumo de sustancias y las cuestiones económicas. Observándose que dichos aspectos son factores de riesgo comunitarios hacia el comportamiento suicida. Por otro lado, como mencionan Pérez García et al. (2002), el comportamiento suicida surge del resultado de un fracaso y alteración en las relaciones vinculares que brindan significado a la persona. Presentando falta de apoyo social y un marcado aislamiento de su grupo. Considerándose de esta manera al ambiente social como factor de riesgo que limita el desempeño en los distintos roles. Cuando se indagó acerca de la incidencia del ambiente social en los roles previos al comportamiento suicida, las pacientes resaltaron el accionar de terceros como obstaculizadoras para su participación en los roles. Por ejemplo, recibían recomendaciones de alejarse de sus vínculos y opiniones en contra de seguir participando en ese rol. Cabe destacar, que el ambiente social sólo brindaba oportunidades en algunos roles donde la tía, el padrino, los esposos y los compañeros de trabajo ayudaban a mantener o mejorar la participación de los roles. Se puede concluir que el terapeuta ocupacional tiene que tener sumamente en cuenta el ambiente al evaluar esta población.

Se deben considerar las limitaciones ante una problemática que implica “un trastorno multidimensional, el cual resulta de una compleja interacción de factores biológicos, genéticos, psicológicos, sociológicos y ambientales” (OMS, 2000, p. 6). Estos resultados preliminares dan pie para el avance en esta área de investigación para Terapeutas Ocupacionales con mayor número muestral. Para futuras investigaciones vinculadas a la temática, se sugiere ahondar dentro del subsistema de habituación, acerca de las rutinas de las personas en el momento previo al comportamiento suicida, ya que se considera como posible factor de riesgo. En los testimonios sobre la participación en sus roles se destacaron sentimientos de agotamiento, stress, como

también sensaciones de falta de tiempo para cumplir con todas las exigencias y obligaciones. Además, los resultados obtenidos dan pie para continuar con el avance en estos subsistemas del MOHO y profundizar acerca de la intervención de la Terapia Ocupacional en esta población. Continuar con esta temática permite demostrar la importancia del accionar de la Terapia Ocupacional en dicha población y concientizar a la comunidad.

## Bibliografía

- American Occupational Therapy Association (2008). *Marco de Trabajo para la Práctica de la Terapia Ocupacional. Ámbito de competencia y proceso*. Ed. Am J Occup Ther. Trad Mercado Padín y Ramírez Ríos. Recuperado de <http://www.terapia-ocupacional.com/aota2010esp.pdf>.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). *DSM 5. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5*. Ed. Asociación Americana de Psiquiatría. Recuperado de <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596.744053>
- Baca García E., Díaz Sastre C., Blasco Fontecilla H., Jiménez Treviño L., Navío. Acosta M., Saiz Ruiz J. (2004). Conceptos y clasificación de los comportamientos suicidas. En Bobes, J., Sáiz, P., García-Portilla, M., Bascarán, M., & Bousoño, M. *Comportamientos suicidas: prevención y tratamiento* (pp. 200-221). Barcelona, España: Ars médica.
- Baron, K.; Kielhofner, G.; Iyenger, A.; Goldhammer, V. y Wolenski, J. (2006). *Autoevaluación ocupacional (OSA) (versión 2.2). The Model of Human Occupation*. Clearinghouse, Department of Occupational Therapy, College of Applied Health Sciences, University of Illinois at Chicago, Chicago.
- Bartoli CG, Basani JC, Maffia Bizzozero S. (2015). *Trastornos de la Personalidad y Psicopatías. Una Aproximación Clínica y Terapéutica a Partir de la Experiencia de Abordaje en Personas Privadas*. Buenos Aires: Ed Salerno.
- Berger, K. S. (2007). *Psicología del desarrollo: infancia y adolescencia*. Buenos Aires: Ed. Médica Panamericana.
- Bottinelli, M. M. (2007) La producción de conocimientos y las publicaciones científicas en la práctica profesional. Reflexiones metodológicas sobre la producción de artículos científicos. En *Cuadernos de trabajo del Centro de investigaciones en teorías y prácticas científicas*, Nro. 6. (pp. 62-91). Universidad Nacional de Lanús Depto. Humanidades y Artes. Buenos Aires: Ed. EDUNLA.
- Botinelli, M. (2003). Metodología de Investigación. Herramientas para un pensamiento científico complejo. Buenos Aires: ed. del autor.
- Bottinelli M., Pawlowicz P. (2005). Métodos cualitativos y cuantitativos. En Bottinelli, M. M. *Metodología de Investigación. Herramientas para un pensamiento científico complejo*. (pp .77- 130).Bs. As: ed. del autor.
- Bottinelli, M.M. (2013). Reflexiones sobre la ética en los procesos de salud y educación. *Revista Científica Perspectivas Epistemológicas*. Maestría en

Metodología de Investigación Científica. Departamento de Humanidades y Artes.  
Universidad Nacional de Lanús. EDUNLA. En prensa

- Centro de Asistencia al Suicida (2016). Si usted piensa en el suicidio, lea esto. Recuperado de <https://www.casbuenosaires.com.ar/si-usted-piensa-en-el-suicidio>
- Ceverino Domínguez A., Baca García E., Díaz Sastre C. y Saiz Ruiz J. (2004). Conceptos y clasificación de los comportamientos suicidas. En Bobes, J., Sáiz, P., García-Portilla, M., Bascarán, M., & Bousoño, M. *Comportamientos suicidas: prevención y tratamiento* (pp.138-177). Barcelona, España: Ars médica
- Corona Miranda, B., & Hernández Sánchez, M., & García Pérez, R. (2016). Mortalidad por suicidio, factores de riesgos y protectores. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 15(1): 90-100. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180444213011>
- Crepeau, E. B. y Boyt Schell B.A. (2011) Análisis de las ocupaciones y la actividad. En Crepeau, E. B., Cohn, E. S., Boyt Schell, B. A. B. *Willard & Spackman. Terapia Ocupacional* (pp. 359-374). Buenos Aires: Ed. Médica Panamericana.
- del Río Sáez, R. (2011). Características del desempeño ocupacional en relación al riesgo de suicidio asociado en personas con trastorno mental en la comarca de Osona. *Revista Terapia Ocupacional Galicia (TOG)*, 8(14): 1–12. Recuperado de <http://www.revistatog.com/num14/pdfs/original9.pdf>
- Díaz Suárez J., Bousoño García M. y Bobes García J. (2004). Conceptos y clasificación de los comportamientos suicidas. En Bobes, J., Sáiz, P., García-Portilla, M., Bascarán, M., & Bousoño, M. *Comportamientos suicidas: prevención y tratamiento* (pp. 1-10). Barcelona, España: Ars médica.
- Durkheim, E. (2008). El Suicidio. España: Ed. Akal.
- Faraone, S. (1993). Desmanicomialización. Notas para un debate de las transformaciones de las instituciones psiquiátricas asilares. *Revista Margen*, 50-80. Recuperado de <https://www.margen.org/suscri/margen03/comia.html>
- Frances Oackley M.S (1985). Listado de Roles. OTR/L Servicio de Terapia Ocupacional, Departamento de Medicina de Rehabilitación, Centro Clínico, Instituto Nacional de Salud. Traducido por Elsa Mundo OTR/L. Revisado por Carmen Gloria de las Heras, MS, OTR, 1987, 1995.
- García de Jalón, E., & Peralta, V. (2015). Suicidio y riesgo de suicidio. *Anales Del Sistema Sanitario de Navarra*, 25(3): 87–96. Recuperado de [https://www.researchgate.net/profile/Elena\\_Jalon2/publication/277053103\\_Suicidio\\_y\\_riesgo\\_de\\_suicidio/links/565305a908ae1ef92975a7d6.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Elena_Jalon2/publication/277053103_Suicidio_y_riesgo_de_suicidio/links/565305a908ae1ef92975a7d6.pdf)

- Hernández Figaredo, P., García Gutiérrez, L., & Clavijo Portieles, A. (2004). Estilos de afrontamiento en pacientes con conducta suicida en la Unidad de Intervención en Crisis (UIC). Recuperado de [http://www.psiquiatria.tv/bibliopsiquis/bitstream/10401/716/1/psiquiatricom\\_2004\\_8\\_4\\_3.pdf](http://www.psiquiatria.tv/bibliopsiquis/bitstream/10401/716/1/psiquiatricom_2004_8_4_3.pdf)
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2006). *Metodología de la investigación* (Vol. 3). México: McGraw-Hill.
- Kielhofner G. (2004). Dimensiones del Hacer. En *Terapia Ocupacional: Modelo de Ocupación Humana: Teoría y Aplicación*. 3a Ed (pp.131-141). Buenos Aires, Argentina: Ed. Médica Panamericana.
- Kielhofner G. (2004). El Medio Ambiente y la Ocupación. En *Terapia Ocupacional: Modelo de Ocupación Humana: Teoría y Aplicación*. 3a Ed. (pp. 113-130). Buenos Aires, Argentina: Ed. Médica Panamericana.
- Kielhofner G. (2004). Habitación: Patrones de la Ocupación Diaria. En *Terapia Ocupacional: Modelo de Ocupación Humana: Teoría y Aplicación*. 3a Ed. (pp. 67-88). Buenos Aires, Argentina: Ed. Médica Panamericana.
- Kielhofner G. (2004). Introducción al Modelo de la Ocupación Humana. En *Terapia Ocupacional: Modelo de Ocupación Humana: Teoría y Aplicación*. 3a Ed. (pp. 1-9). Buenos Aires, Argentina: Ed. Médica Panamericana.
- Kielhofner G. (2004). Motivos, Patrones y Desempeño de la Ocupación: Conceptos Básicos. En *Terapia Ocupacional: Modelo de Ocupación Humana: Teoría y Aplicación*. 3a Ed. (pp. 15-28). Buenos Aires, Argentina: Ed. Médica Panamericana.
- Kielhofner G. (2004). Volición. En *Terapia Ocupacional: Modelo de Ocupación Humana: Teoría y Aplicación*. 3a. (pp. 48-66). Buenos Aires, Argentina: Ed. Médica Panamericana.
- Kielhofner, Forsyth, Kramer, Melton y Dobson (2011). El Modelo de la Ocupación Humana. En: Crepeau, E. B., Cohn, E. S., Boyt Schell, B. A. B. En *Willard y Spackman Terapia Ocupacional*. 11 ed. (pp. 446-461). Buenos Aires: Ed. Médica Panamericana.
- Kielhofner, G. (2006). Fundamentos conceptuales de la terapia ocupacional. 3a ed. Buenos Aires: Ed. Médica Panamericana.
- Levy, LL (1993) El Marco de referencia del modelo de la ocupación humana. En Hopkins H.L. y Smith H.D., *Willard y Spackman Terapia Ocupacional*. 8 ed. (pp.76-79). Madrid: Ed. Médica Panamericana.

- Levy, LL. (1993) Vejez. En Hopkins H.L. y Smith H.D., Willard y Spackman Terapia Ocupacional. 8 ed. (pp. 130-136). Madrid: Ed. Médica Panamericana.
- Ley N° 27051. Ley de Ejercicio de la profesión de Terapeutas Ocupacionales, Terapistas Ocupacionales y Licenciados en Terapia Ocupacional. Diciembre 23 de 2014.
- Ley N° 27130. Ley Nacional de Prevención del suicidio. Marzo 11 de 2015.
- Llorens L. (1991) Tareas del desempeño y roles en el ciclo vital. En Christiansen C y Baum C. *Terapia Ocupacional: Superación en los déficits en el Desempeño Ocupacional*. Ed. Slack
- Marquetti, F. C., Vilarubia, G. V., & Milek, G. (2014). Percurso suicida: observação e análise de alterações no cotidiano do indivíduo com tentativas de suicídio [Recorrido suicida: observación y análisis de las alteraciones en la vida cotidiana de los individuos con intentos de suicidio]. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, 25(1), 18-26.
- Martínez Glattli H. (2014). Evaluación del riesgo de suicidio. Buenos Aires: Facultad de psicología. Hojas Clínicas de Salud Mental pp. 35-48. Recuperado de [http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios\\_catedras/electivas/616\\_psicofarmacologia/material/evaluacion.pdf](http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/electivas/616_psicofarmacologia/material/evaluacion.pdf)
- Millar Polgar J. (2011) Análisis crítico de las evaluaciones. En: Crepeau, E. B., Cohn, E. S., Boyt Schell, B. A. B. En *Willard y Spackman Terapia Ocupacional*. 11 ed. (pp. 519- 536). Buenos Aires: Ed. Médica Panamericana.
- Ministerio de Salud de la Nación Argentina. (2013). *Mortalidad por suicidio en Argentina 2000-2013 (Informe técnico preliminar)*. Direccion Nacional de Salud Mental y Adicciones. Recuperado de [http://www.msal.gov.ar/saludmental/images/stories/info-equipos/pdf/2015-01-13\\_informe-tecnico-preliminar-mortalidad-por-suicidio.pdf](http://www.msal.gov.ar/saludmental/images/stories/info-equipos/pdf/2015-01-13_informe-tecnico-preliminar-mortalidad-por-suicidio.pdf)
- Ministerio de Salud. Dirección de Estadística e Información de Salud (DEIS). Recuperado de <http://www.deis.msal.gov.ar/index.php/estadisticas-vitales/>
- Organización Mundial de la Salud. (2000). *Prevención del Suicidio un Instrumento para Médicos Generalistas*. Ginebra: OMS. Recuperado de [http://www.who.int/mental\\_health/media/general\\_physicians\\_spanish.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/general_physicians_spanish.pdf)
- Organización Panamericana de la Salud (2013). *Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en las Américas 2013-2019*. Washington DD: OPS. Recuperado de [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=11275](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11275)

%3Aplan-action-ncds-americas-2013-2019&catid=7587%3Ageneral&Itemid=41590&lang=es

- Organización Panamericana de la Salud. (2011). Marco de Referencia para la Implementación de la Estrategia Regional en Salud Mental. Washington DC: OPS. Recuperado de <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/173223/Marco%20de%20Referencia%20para%20la%20Implementacion%20de%20la%20Estrategia%20en%20Salud%20Mental.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Organización Panamericana de la Salud. (2014). Prevención del suicidio: un imperativo global. Washington, DC: OPS.
- Organización Panamericana de la Salud. (2016). Prevención de la conducta suicida. Washington: OPS. Recuperado de <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/31167/9789275319192-spa.pdf>
- Padua, J. (1994). Técnicas de investigación aplicadas a las ciencias sociales, Chile: FCE.
- Pellegrini Spangenberg M. (2013). El Proceso de Terapia Ocupacional. En Sánchez Rodríguez O, Polonio B., Pellegrini M. Terapia Ocupacional en Salud Mental: Teoría y Técnicas para la autonomía personal. (pp. 135-154). Madrid: Ed. Médica Panamericana.
- Pérez Cadena, E. (2003). *El suicidio, un fenómeno de origen multifactorial*. Univ. J. Autónoma de Tabasco. Colección Julián Manzur Ocaña.
- Pérez García, J., Del Pino Montesinos, J. I., & Ortega Beviá, F. (2002). Adolescente, la muerte y el suicidio. En *Adolescente, la muerte y el suicidio*. HUS Macarena. Alicante. Recuperado de [http://www.dip-alicante.es/hipokrates/hipokrates\\_i/pdf/esp/436e.pdf](http://www.dip-alicante.es/hipokrates/hipokrates_i/pdf/esp/436e.pdf)
- Pokorny, A. D. (1983). Prediction of suicide in psychiatric patients. Report of a prospective study [Predicción del suicidio en pacientes psiquiátricos. Informe de un estudio prospectivo]. *Archives of general psychiatry*, 40(3): 249–257. Recuperado de <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1983.01790030019002>
- Raimondo, Roberto. Cátedra de Estadística, Universidad Nacional de General San Martín. Ed. 2006.
- Reinares Gagnet M., Vieta Pascual E., Nieto Rodríguez E. y Sanchez Moreno J. (2004) Conceptos y clasificación de los comportamientos suicidas. En Bobes, J., Sáiz, P., García-Portilla, M., Bascarán, M., & Bousño, M. *Comportamientos*

*suicidas: prevención y tratamiento*. (pp.178-199). Barcelona, España: Ars médica.

- Romeu Gomes (2012). Análisis e interpretación de datos de investigación cualitativo. En Souza Minayo, M. C. D., Ferreira Deslandes, S., & Gomes, R. (2012). *Investigación social: teoría, método y creatividad* (No. 303.1). Buenos Aires: Editorial.
- Rubio Larrosa V. (2004). Conceptos y clasificación de los comportamientos suicidas. En Bobes, J., Sáiz, P., García-Portilla, M., Bascarán, M., & Bousoño, M. *Comportamientos suicidas: prevención y tratamiento* (pp. 232-240). Barcelona, España: Ars médica.
- Rubio, J.; Varas, J. (1999) El análisis de la realidad, en la intervención social. Métodos y técnicas de Investigación. Madrid: Ed. CCS.
- Sabino C. (1992). El proceso de Investigación. Caracas: Ed. Panapo,
- Samaja, J. A. (1993) Epistemología y Metodología. Elementos para una teoría de la investigación científica. Colección Temas. Buenos Aires: EUDEBA.
- Teti, G. L., Rebok, F., Grendas, L. N., Rodante, D., Fógola, A., & Daray, F. M. (2014). Pacientes hospitalizadas por ideación e intento de suicidio en un Hospital de Salud Mental: características clínico-demográficas y seguimiento a seis meses. 25(115), 203–212. Recuperado de <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=med8&NEWS=N&AN=25546542>
- Trombly, C. A. (1995). Occupation: purposefulness and meaningfulness as therapeutic mechanisms, Eleanor Clarke Slagle Lecture [Ocupación: intencionalidad y el significado como mecanismos terapéuticos]. *The American Journal of Occupational Therapy. Official Publication of the American Occupational Therapy Association*, 960–972. Recuperado de <https://doi.org/10.5014/ajot.49.10.960>
- Tundidor, M (2013). Puntos de encuentro entre justicia ocupacional y social, exclusión de oportunidades, pobreza y salud mental. *Margen N°69*, 1-8. Recuperado de <https://www.margen.org/suscri/margen69/tundidor.pdf>
- Ynoub, R. (2008) El Proyecto y la metodología de la investigación. Buenos Aires: Ed. Cengage Learning. Cap. VI.

# Anexos

## Instrumento

Nombre:		Edad:			Fecha:				
Motivo de ingreso:		Diagnostico:			Fecha de internación:				
Participación en roles previo a la internación									
¿Qué roles realizabas un mes antes de la internación? (SI/NO)		Valor del rol previo.			Causalidad personal en actividades de sus roles previos.				
		No muy valioso y/o imp.	Algún valor y/o imp.	Muy valioso y/o imp	Era un gran problema para mi	Era un poco difícil para mi	Lo hacía bien	Lo hacía sumamente bien	¿Por qué?
Miembro de Familia: Pasar algún tiempo y/o realizar alguna actividad con algún miembro de la familia.	· Hija								
	· Hermana								
	· Pareja								
	· Madre								
	· Otro:								
Amiga: Pasar algún tiempo y/o realizar alguna actividad con un amigo,									
Proveedor de cuidados: responsabilidad de cuidar a alguien (niños, esposo, familiar o amigo).									

Participación en Roles Previo a la Internación

¿Qué roles realizabas un mes antes de la internación? (SI/NO)	Valor del rol previo.			Causalidad personal en actividades de sus roles previos.				
	No muy valioso y/o imp.	Algún valor y/o imp.	Muy valioso y/o imp	Era un gran problema	Era un poco difícil	Lo hacía bien	Lo hacía sumamente bien	¿Por qué?
Ama de casa: Tener responsabilidades de tareas en el hogar.								
Miembro activo de grupo religioso: Participar e involucrarse en grupos o actividades afiliadas a alguna religión.								
Estudiante: asistir a la escuela/universidad/curso.								
Trabajador: empleado a tiempo completo o parcial.								
Voluntario: ofrecer servicios sin recibir paga								
Participación en organizaciones: Ej. Clubes, asociaciones.								
Aficionado: participar y/o involucrarse en algún pasatiempo.								

<p>¿Cuáles eran tus 2 roles <b>más importantes</b> un mes antes de internarte?</p>	<p>1) Rol:</p>	<p>2) Rol:</p>
<p>¿Cómo consideras que el ambiente <b>físico</b> (vivienda/trabajo, barrio, accesibilidad, ingresos) te brindaba <b>oportunidades</b> o <b>limitaba</b> tu participación en las actividades de cada rol elegido? ¿cómo?</p>		
<p>¿Pensás que hubo personas que te <b>apoyaban</b> o <b>limitaban</b> en tu vínculo con .....? ¿cómo?</p>		

## Consentimiento informado

### **Título del Proyecto: “Aspectos volitivos y el impacto ambiental en los roles previos al comportamiento suicida”**

- Usted está invitada a participar en el estudio titulado “Aspectos volitivos y el impacto ambiental en los roles previos al comportamiento suicida”, dirigido por la Investigadora Principal, Luciana Covre.
- El estudio será realizado en el Servicio de Emergencia del Hospital Dr. Braulio A. Moyano.
- Este estudio es para usted gratuito y voluntario. Tiene derecho a no aceptar o a retirar su consentimiento en el momento que lo considere necesario, sin que su decisión implique la pérdida de los beneficios y derechos que le corresponden como paciente.
- Por favor, antes de que acepte o no participar, es importante que lea y comprenda este formulario. Usted puede pedirle a la Lic. Covre o sus colaboradores que le explique cualquiera de las palabras o términos presentes en este consentimiento. No firme el mismo si no comprende la información o no ha recibido una explicación adecuada a sus preguntas. Su participación en este estudio es totalmente voluntaria.

1. Propósito del estudio: Este trabajo tiene como objetivo caracterizar los roles previos al momento de internación y analizar el impacto ambiental de aquellas personas que hayan tenido comportamiento suicida para orientar la intervención en dicha población desde la Terapia Ocupacional. Si usted acepta participar en este estudio, se le solicitará que responda un cuestionario que contiene preguntas sobre el valor y como considera que realizaba las actividades de cada rol. Además, se le consulta cómo cree que el ambiente impactó en su participación en sus roles.
2. ¿En qué consiste su participación? Consiste en responder un cuestionario el cual tomará aproximadamente cuarenta minutos, en un consultorio del Hospital Braulio A. Moyano del Servicio de Emergencia.
3. ¿Qué desventajas y riesgos tiene participar? El estudio no presenta desventaja alguna y existe un mínimo riesgo de que pueda sentirse incómoda con ciertas preguntas del cuestionario, pero se puede negar a responder o inclusive abandonar la entrevista sin consecuencias negativas. El estudio no tiene riesgos conocidos para su salud.

4. ¿Qué ventajas tiene participar? La información que se obtendrá será de utilidad para conocer más acerca del problema en estudio y en un futuro beneficiará a otras personas en su misma situación.
5. ¿Qué pasa si decido no participar? Nada. Su tratamiento en el servicio no se verá modificado en absoluto.

### Confidencialidad

Los miembros del equipo de investigación se comprometen al manejo confidencial de la información de acuerdo con la Ley de datos Personales (25.326). Y usted tiene el derecho a acceder periódicamente a ella y rectificarla.

La misma será utilizada para dar respuesta a los objetivos del estudio cuyos resultados permitirán conocer las características de los roles previos a la internación y analizar el impacto ambiental en los mismos.

En el caso de obtener resultados para presentar en una reunión científica o publicar un artículo científico, la publicación de los mismo será totalmente anónima y se mantendrá en completa reserva de su identidad.

Este proyecto ha sido aprobado por el Departamento de Docencia e Investigación y por el Comité de Ética del Hospital Braulio A. Moyano.

### Financiación

El estudio no tiene ningún financiamiento económico.

### Participante

He leído el consentimiento y discutido con la Lic. Covre o colaboradores los procedimientos descriptos. Se me dio la oportunidad de realizar preguntas y las mismas fueron respondidas de manera satisfactoria. He comprendido que mi participación es voluntaria y acepto participar en este estudio.

Si usted desea realizar un reclamo, comentario o preocupación podrá contactar a:

- Lic. Luciana Covre.

Dirección Brandsen 2570, Programa de intervención para el desempeño ocupacional,  
Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

E-mail: [lucovre79@gmail.com](mailto:lucovre79@gmail.com)

Teléfono: 1131321228

- Mgter. Martin Alomo. Presidente del Comité de Ética en Investigación

Dirección: Brandsen 2570 1° piso, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Horario de atención: 9-14 hs.

E-mail: moyano\_cei@buenosaires.gob.ar

Teléfono: 4301-3655/3659 interno 294.

Fecha:

Firma del paciente:

Aclaración:

DNI:

Firma del Investigador Principal:

Aclaración:

DNI:

Firma de Testigo imparcial:

Aclaración:

DNI:

# Autorización del Jefe de Servicio Emergencia



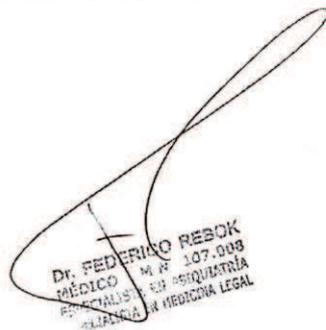
GOBIERNO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES  
Hospital "Dr. Braulio A. Moyano"  
Servicios de Emergencias

Buenos Aires, 30 de octubre de 2018

De mi mayor consideración:

Por medio de la presente, se deja constancia de que se ha autorizado la ejecución del proyecto "Aspectos volitivos y el impacto ambiental en los roles previos al comportamiento suicida", a realizarse en mi Servicio.-

Sin más, saludo a Ud. muy atte.

  
Dr. FEDERICO RESOK  
MÉDICO M. N. 107.098  
ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA  
CÁTEDRA DE MEDICINA LEGAL

## Autorización del comité de Docencia e Investigación

### Solicitud de evaluación de proyecto de investigación al CODEI

Buenos Aires, 20 de diciembre de 2018

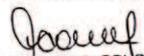
Sr. Presidente del Comité de Docencia e Investigación  
Hospital Braulio A. Moyano

De nuestra consideración:

En mi calidad de Investigador Principal (IP) del Proyecto "Aspectos volitivos y el impacto ambiental en los roles previos al comportamiento suicida", presento a revisión por el Comité de Docencia e Investigación la siguiente documentación (marque lo que corresponda, poniendo fecha y versión del documento donde está la letra cursiva).

- Protocolo de Investigación (16-11-2018 /1.0). X
- Investigator Brochure (fecha /versión) (sólo para proyectos de la Industria)  
Especifique.
- Documento de Consentimiento Informado (CI) (16-11-2018/1.0). X
- Documento CI abreviado/ Asentimiento (si corresponde)
- Formulario de registro de datos (CRF)
- Declaración Jurada (Anexo III de la Resolución N° 1035/2012). X
- Formulario de Registro Centralizado (Anexo IV de la Resolución N° 404/MSGC/2013). X
- Carta Respaldo Jefe de Servicio X
- Fotocopia del recibo de depósito de retribución por evaluación\*
- Original, copia certificada o certificado de cobertura vigente de la póliza de responsabilidad civil
- Acuerdo suscrito entre el patrocinador e investigador, en español. Originales o 3 copias Certificadas por escribano
- Proyecto de convenio entre Ministerio de Salud, patrocinador e investigador (Anexo II de la Resolución N° 1035/MSGC/2012. completo, en formato papel e informático. X
- Copia Certificada de Estatuto de la Institución patrocinante
- Copia certificada de la documentación que acredita la competencia de quien firma el convenio con el Ministro/a
- Disposición de ANMAT (sólo si ya fue aprobado previamente en otro centro).
- Si la sociedad fuera extranjera, toda la documentación debe encontrarse legalizada, apostillada, traducida al español por traductor público y legalizada por el Colegio de Traductores Públicos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Firma (IP):

  
LUCIANA A. COVRE  
LIC. TERAPIA OCUPACIONAL  
M.N. 1657

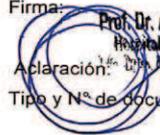
Aclaración:

Luciana Covre

Tipo y N° de documento:

DNI 27113860.

Firma:

  
Prof. Dr. Alberto Monchablon  
Hospital Braulio A. Moyano

Aclaración:

Comité de Docencia e Investigación

Tipo y N° de documento:

# Formulario requeridos por el CEI

## Formulario de declaración jurada

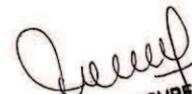
Ref.
Protocolo
N°:
Patrocinante: No
Título del Protocolo: "Aspectos volitivos y el impacto ambiental en los roles previos al comportamiento suicida".
Nombre del Centro: Hospital Braulio A. Moyano
Investigador Principal: Luciana Covre
CUIT/CUIL: 27271138607
Domicilio Brandsen 2570, CABA
TE: 15 31321228
Correo electrónico: luovre79@gmail.com

Por intermedio de la presente y en carácter de Investigador/a Principal del estudio, me comprometo a cumplir con el protocolo aprobado, la Ley 3301, su Decreto Reglamentario, y a toda otra norma relacionada al protocolo de Investigación, ajustándome a los valores y principios éticos universalmente proclamados y citados en la presente Ley y a respetar los derechos de los sujetos en experimentación clínica durante la realización del presente estudio.

Firma: 

Aclaración: *Luciana Covre*

Fecha: 16/11/2018.

  
LUCIANA A. COVRE  
LIC. TERAPIA OCUPACIONAL  
N. 1157

# Formulario del Registro Centralizado de Proyectos de Investigación

**Título:** Aspectos volitivos y el impacto ambiental en los roles previos al comportamiento suicida. **ID:** (NO LLENAR)  
**Institución:** Hospital de Salud Mental "Brauto A. Mayano" **Carrera investigadora:** GCBA  
**Servicio:** Emergencia

Investigador Principal	Apellido y Nombre	Servicio	GCBA	Condición	En formación	Carrera investigadora
	Covre Luciana Adriana	Emergencia	Instituto de Salud			GCBA
<b>Correo electrónico</b>	lucovre79@gmail.com					

**Financiación:** Fuente  Sin financiación  Nacional  Extranjera  Financiado   
 Sector  Público  Privado  Otros   
 Industria farmacéutica  Sí  No

**Póliza de seguro (de corresponder):** Empresa: \_\_\_\_\_ N°: \_\_\_\_\_

**Investigación:** Básica  Investigación Clínica   
 Exp. en Animales  Ciencias Sociales  Epidemiología  Servicios de Salud

**Alcance:** Multicéntrico internacional  Multicéntrico nacional  Limitado al hospital   
**Diseño (solo para Investigación Clínica y Epidemiológica):**  
 1. Observacional  2. Experimental   
 1.1. descriptivo  2.1. Ensayo drogas/dispositivos  fase I  fase II  fase III  fase IV   
 1.2. analítico  2.2. No drogas/dispositivos   
 1.2.1. Corte transversal   
 1.2.2. Caso-control   
 1.2.3. Cohorte

**Filtro metodológico:** Etiología-Daño  Riesgo-Preventivo  Diagnóstico  Terapéutica  Rev. Sistemática

**Fecha presentación:** 16 / 11 / 2016 **N° de pacientes a reclutar en el hospital:** 15 **Tiempo estimado de duración del proyecto (meses):** 2

**Consentimiento informado:**  
 Autorización Jefe \*  SI  NO **Fecha:** 30 / 10 / 2016  
 Aprobación del CODEI \*\*  **Fecha:** 20 / 12 / 2016  
 Aprobación del CEI  **Fecha:** / /  
 Disposición autorización Director  **Fecha:** / / **N°:** \_\_\_\_\_  
 \* En caso de corresponder  
 \*\* o Comité de Revisión Internacional en caso de corresponder

**A COMPLETAR POR LA DIRECCION GENERAL DE DOCENCIA E INVESTIGACION**

Aprobación ANMAT  SI  NO **Fecha:** / / **N°:** \_\_\_\_\_  
 Convenio GCBA  **Fecha:** / / **N°:** \_\_\_\_\_  
 Registro Público  **Fecha:** / / **N°:** \_\_\_\_\_

**Finalizado:** si  no  **Fecha de finalización:** / /

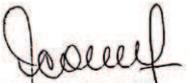
**Informe final:** si  no  **Publicación:** \_\_\_\_\_

**Suspendido:** si  no  **Fecha de suspensión:** / / **Causa:** \_\_\_\_\_

  
**LUCIANA A. COVRE**  
**LIC. TERAPIA OCUPACIONAL**  
**M.N. 1657**

### Formulario de evaluación de gastos por estudio

Nombre del Estudio:	Aspectos volitivos y el impacto ambiental en los roles previos al comportamiento suicida.		
Servicio:	Emergencia		
Investigador Principal:	Luciana Covre		
Resumen	Sub Total	Nomenclador x 4	TOTAL
Materiales descartables			\$ 0,00
Días de Internación		4	\$ 0,00
Diagnósticos por imágenes		4	\$ 0,00
Estudios Clínicos		4	\$ 0,00
Costos Indirectos			\$ 0,00
Total			\$ 0,00

  
 LUCIANA A. COVRE  
 LIC. TERAPIA OCUPACIONAL  
 M.N. 1657