



UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE COLOMBIA

CARACTERIZACIÓN Y FACTORES ASOCIADOS A INTENTOS DE
SUICIDIO DE GRAVEDAD MÉDICA EN LA SUBRED INTEGRADA DE
SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E, HOSPITAL
UNIVERSITARIO SANTA CLARA, EL HOSPITAL UNIVERSITARIO
NACIONAL DE COLOMBIA y LA CLINICA UNIVERSIDAD DE LA SABANA
EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ.

Karen Alejandra Ceballos López.

Universidad Nacional de Colombia Facultad de Medicina,
Departamento de Psiquiatría.
Sede Bogotá 2023

**CARACTERIZACIÓN Y FACTORES ASOCIADOS A INTENTOS DE
SUICIDIO DE GRAVEDAD MÉDICA EN LA SUBRED INTEGRADA DE
SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E, HOSPITAL
UNIVERSITARIO SANTA CLARA, EL HOSPITAL UNIVERSITARIO
NACIONAL DE COLOMBIA y LA CLINICA UNIVERSIDAD DE LA SABANA
EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ.**

Trabajo de investigación presentado como requisito parcial para optar al título de:
Especialista en Psiquiatría

Presenta:

Karen Alejandra Ceballos López

Investigadora Principal

Director (a):

Dr. José Manuel Calvo Gómez

Tutor institucional Hospital Universitario Santa clara:

Dr. Marcelo Hernández Yasno.

Tutor institucional Clínica universidad La Sabana:

Dra. Angela Acero

Coinvestigador:

Dr. Juan Camilo Cala Erazo

Tutor Metodológico:

Dr. Ricardo Sánchez

Facultad de Medicina Universidad Nacional de Colombia

Sede Bogotá 2023

A los sobrevivientes, mi esposo y mi familia.

Contenido.

Resumen.....	5
Summary.....	6
Justificación.....	7
Pregunta de investigación y objetivos	9
Pregunta de investigación.....	9
Hipótesis clínica	9
Objetivo General.....	9
Objetivos Específicos.....	9
Marco teórico.....	10
Metodología.	17
Tamaño de muestra	22
Obtención de los datos	23
Análisis estadístico.....	23
Consideraciones Éticas.....	24
Sesgos.....	24
Otras consideraciones.....	25
Resultados	26
Gráficas.....	36
Discusión y conclusiones	38
Glosario.....	41
Bibliografía.....	43

RESUMEN

Caracterización y factores asociados a intentos de suicidio de gravedad médica en la subred integrada de servicios de salud centro oriente e.s.e, hospital universitario santa clara, el hospital universitario nacional de Colombia y la clínica universidad de la sabana en la ciudad de Bogotá.

Introducción:

El suicidio es un problema prioritario de salud pública a nivel mundial, con un promedio de 700.000 muertes anuales en el mundo, la Organización Mundial de Salud se ha planteado disminuir la tasa de suicidios en cada país en un 10%. Colombia se ha adherido a este objetivo y ha planteado también estrategias en búsqueda de la disminución de la mortalidad centradas en conocer, supervisar y generar mayor control sobre los mecanismos más frecuentemente utilizados y realizar seguimiento a individuos con antecedente de intentos suicidas, así como a su familia.

Material y métodos

Se realizó un estudio observacional transversal para caracterizar las variables sociodemográficas, clínicas y determinar factores asociados en pacientes que fueron atendidos por intentos suicidas e intentos suicidas de gravedad médica e 3 instituciones de salud de la ciudad de Bogotá en los periodos comprendidos entre el 31 de agosto de 2020 al 31 de agosto de 2023. La recolección de datos se realizó a través de la obtención de información de la historia clínica electrónica.

Resultados:

Los intentos de suicidio de gravedad médica son más comunes en mujeres, en un rango de edad de 20 a 40 años, con algún tipo de creencia religiosa, sin hijos, sin pareja estable, que han cursado de 6 a 11 años de escolaridad. El método más utilizado fue el envenenamiento con medicamentos (70%), si se compara con envenenamiento con otras sustancias (25%). El 70% reconocieron un precipitante del intento, el más frecuente la discusión con la pareja o expareja. El 15% afirmó haber consumido algún tipo de consumo de sustancias psicoactivas y el 24.2% haber ingerido alcohol previo o durante el intento suicida. Se describen varios tipos de trastorno mental, siendo el más frecuente el antecedente de diagnóstico de trastorno depresivo (66.7%). De esta población el 41.2% habían presentado un intento suicida alguna vez en su vida, de ellos el 24% refirió 1 a 2 intentos previos, un 12% 3 o 4 intentos previos y el 2% 5 o más intentos cerca del 2%. Tener pareja estable podría ser un factor protector.

Palabras Clave: Suicidio, intentos de suicidio de gravedad médica, trastorno mental, variables clínicas, variables sociodemográficas.

SUMMARY

Characterization and factors associated with suicide attempts of medical severity in the integrated subnetwork of health services central oriente e.s.e, the Santa Clara University Hospital, the National University Hospital of Colombia and the Universidad de la Sabana Clinic in the city of Bogotá.

Introduction:

Suicide is a priority public health problem worldwide, with an average of 700,000 deaths annually in the world, the World Health Organization has proposed reducing the suicide rate in each country by 10%. Colombia has adhered to this objective and has also proposed strategies in search of reducing mortality focused on knowing, supervising and generating greater control over the most frequently used mechanisms and monitoring individuals with a history of suicide attempts, as well as their family.

Materials and methods:

A cross-sectional observational study was carried out to characterize the sociodemographic and clinical variables and determine associated factors in patients who were treated for suicide attempts and suicidal attempts of medical severity and 3 health institutions in the city of Bogotá in the periods between August 31. From 2020 to August 31, 2023. Data collection was carried out by obtaining information from the electronic medical record.

Results:

Medically serious suicide attempts are more common in women, in the age range of 20 to 40 years, with some type of religious belief, without children, without a stable partner, who have completed 6 to 11 years of schooling. The most used method was poisoning with medications (70%), compared to poisoning with other substances (25%). 70% recognized a precipitant for the attempt, the most frequent being an argument with a partner or ex-partner. 15% claimed to have consumed some type of psychoactive substance use and 24.2% to have ingested alcohol prior to or during the suicide attempt. Several types of mental disorder are described, the most frequent being a history of a diagnosis of depressive disorder (66.7%). Of this population, 41.2% had made a suicide attempt at some point in their life, of which 24% reported 1 to 2 previous attempts, 12% 3 or 4 previous attempts and 2% 5 or more attempts, close to 2%. Having a stable partner could be a protective factor.

Keywords: Suicide, medically serious suicide attempts, mental disorder, clinical variables, sociodemographic variables.

Justificación.

Anualmente cerca de 700.000 personas mueren por suicidio en el mundo. El intento de suicidio varía según los factores de riesgo, como principales se conoce el intento suicida previo, el consumo de alcohol, problemas económicos, problemas de pareja, sufrir de algún trastorno mental, en especial el trastorno depresivo y el periodo posterior a la pandemia Covid-19. Según la OMS por cada suicidio consumado hay aproximadamente 20 intentos y el suicidio es considerado un problema de salud pública grave que ha venido aumentando, aproximadamente 60% en los últimos 50 años. (Organización Mundial de la Salud, 2014).

En Colombia en el año 2021 se presentaron 16.646 intentos de suicidio, con una tasa de 32 por cada 100.000 habitantes. En el 32% de los intentos se registró el hallazgo de trastorno depresivo, el 63,5 % de los casos correspondieron a mujeres, el 82,5 % procede de la cabecera municipal y el 46,9 % tiene afiliación al régimen subsidiado. Durante 2021 se observó menor número de repeticiones del intento de suicidio en el mismo año, comparado con el año anterior con corte a la misma semana. Mientras que en 2020 hubo personas que presentaron más de 3 repeticiones en el año, para el año 2021 no se observaron estos datos en una misma persona. (Instituto Nacional de Salud, 2021).

Se han realizado estudios de caracterización de intento o ideación suicida en distintas zonas del país y en distintos tipos de instituciones, algunas dedicadas a la atención exclusiva de pacientes con trastornos mentales y otras instituciones que manejan pacientes de alta complejidad. En general se encuentra que el intento suicida es más frecuente en mujeres, el mecanismo más utilizado es la intoxicación con fármacos y los principales detonantes son las discusiones con la pareja sentimental, dificultades con la familia o problemas económicos, se da más en solteras y la mayor población estudiada es atendida por su primer intento suicida, siendo los diagnósticos más asociados el trastorno depresivo mayor y en relación al uso de sustancias como alcohol o marihuana (Andr, P., Toquica, P. V., Eduardo, L., & Pasi, O, 2014).

La OMS tiene como objetivo disminuir la tasa de suicidio en todos los países en un 10% (Organización Mundial de la Salud, 2014). Colombia a través del Ministerio de Salud y Protección Social se ha adherido a este objetivo y se han planteado estrategias para lograrlo (Ministerio de Salud y Protección Social, 2017), que busque conocer mejor la población que realiza intentos suicidas, especialmente aquellos que requieran manejo intrahospitalario por su potencial de generar letalidad. Por lo anterior, se cree que es importante conocer más a fondo las diferentes variables sociales que generan la conducta suicida en nuestro medio. Si bien se conoce que la interacción de factores genéticos, clínicos y sociales pueden dar como resultado todo el espectro clínico relacionado con el suicidio, se plantea que las variables sociales son susceptibles de modificación y de esta forma buscar la prevención de esta conducta. Los factores sociales más relacionados con intentos suicidas son: pobre red de apoyo, dificultades económicas, eventos vitales estresantes, influencia del manejo de las noticias en relación con conductas suicidas en medios de información y el acceso a métodos suicidas (Fazel & Runeson, 2020)

Es ampliamente conocido que Colombia es una de las sociedades más desiguales del mundo, como quedó reflejado por datos del Banco Mundial que lo ubican como el más desigual de Latinoamérica y el séptimo en mundo, esto genera estresores psicosociales que tiene que afrontar la población y que termina influyendo en la salud mental (Quitian, Ruiz- Gaviria, Gómez-Restrepo, & Rondón, 2016).

La Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E, Hospital Universitario Santa Clara y Clínica universidad de La Sabana se constituyen como instituciones de referencia en la ciudad en cuanto a atención de pacientes con trastornos mentales, contando con unidad de salud mental integrada con las otras especialidades médicas. En cuanto a al Hospital Universitario Nacional es una institución que maneja paciente de alta complejidad y recibe regularmente pacientes que han realizado intentos suicidas de gravedad médica, según la experiencia de los investigadores. Teniendo en cuenta que hasta el momento no se encuentra en la literatura estudios en alguna de las 3 instituciones, que hayan caracterizado la población atendida por intentos suicidas, este trabajo es el pionero en cuanto a la caracterización de la población, y no solo eso, sino además en la búsqueda de relación de factores clínicos y sociales asociados al intento suicida.

Pregunta de investigación y objetivos.

Pregunta de investigación:

¿Cuáles son los factores asociados a los intentos suicidas de gravedad médica en la población atendida por intentos suicidas en la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E, Hospital Universitario Santa Clara, el Hospital Universitario Nacional de Colombia y la Clínica Universidad de La Sabana en la ciudad de Bogotá?

Hipótesis clínica:

Existen factores asociados con la probabilidad de presentar intentos de suicidio de gravedad médica en los pacientes atendidos en la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E, Hospital Universitario Santa Clara, el Hospital Universitario Nacional de Colombia y la Clínica Universidad de La Sabana en la ciudad de Bogotá

Objetivo General:

Determinar factores asociados a intentos suicidas de gravedad médica en pacientes atendidos en la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E, Hospital Universitario Santa Clara, el Hospital Universitario Nacional de Colombia y la Clínica Universidad de La Sabana en la ciudad de Bogotá

Objetivos Específicos:

- Caracterizar a los pacientes desde el punto de vista sociodemográfico y clínico.
- Identificar la frecuencia de Intentos suicidas de gravedad médica en 3 hospitales de alta complejidad.
- Determinar la relación entre gravedad del intento suicida y presencia o no de un grupo de variables sociodemográficas y clínicas.

Marco Teórico.

A lo largo del tiempo se han usado múltiples términos en relación a conductas relacionadas con el suicidio; O'Carroll ha planteado la importancia de manejar terminología adecuada y estandarizada y define el suicidio como: la muerte por lesión, envenenamiento o asfixia donde exista evidencia que la lesión fue autoinfligida y que la persona tenía como fin quitarse la vida. Además, define otras conductas como: A) Intento suicida con lesiones: acción que resulta en lesiones no fatales, y que hay evidencia de que la lesión fue autoinfligida y que la intención era quitarse la vida. B) Intento de suicidio sin lesiones: un comportamiento potencialmente autoagresivo con un resultado no fatal y para el cual existe evidencia de que la persona pretendía en algún nivel suicidarse. C) Comportamiento relacionado con el suicidio instrumental: comportamiento potencialmente auto agresivo para el cual existe evidencia de que la persona no tiene la intención de suicidarse y con el cual la persona desea usar la apariencia de intentar suicidarse para alcanzar algún otro fin (buscar ayuda, castigar a otros o recibir atención). El comportamiento relacionado con el suicidio instrumental puede ocurrir con lesiones, sin lesiones o con desenlace fatal (muerte accidental). D) Amenaza de suicidio: cualquier acción interpersonal, verbal o no verbal, que no llega a materializar un acto lesivo, y que una persona interpretaría que sugiere un acto suicida actual o en el futuro cercano. E) Idea de suicidio: cualquier pensamiento auto informado de involucrarse en conductas relacionadas con el suicidio (O'Carroll et al., 1996). El uso de esta nomenclatura refleja tres elementos esenciales del comportamiento suicida: 1) resultado, 2) evidencia de autoagresión y 3) evidencia de intención de morir por suicidio (Bryan & Rudd, 2006).

El suicidio es definido por la clasificación internacional de enfermedades – CIE 10 - como “la muerte ocasionada por la lesión autoinfligida informada como intencional” (Organización Mundial de la Salud, 1992). También se han hecho clasificaciones teniendo en cuenta la letalidad del método del intento suicida y en algunos estudios que han realizado seguimiento en el tiempo, se ha visto que sujetos que han cometido intentos suicidas con mayor letalidad tienen hasta el doble de riesgo de morir por suicidio (Rosen, 1976). El intento suicida de gravedad médica, lo define Beautrais como todo intento suicida que requiera atención en el servicio de urgencias y que, además, necesite ingreso hospitalario de al menos 24 horas y presente uno de los siguientes criterios: a) tratamiento en unidades especializadas (unidad de cuidados intensivos, unidad de quemados, cámaras hiperbáricas); b) cirugía bajo anestesia general; c) tratamiento médico extenso (lavado gástrico, carbón activado u observación neurológica) incluyendo telemetría, requerimiento de antídoto o seguimiento con paraclínicos. También se incluyen intentos suicidas con métodos de alta letalidad (ahorcamiento, disparo, salto de al vacío) y que requieran tratamiento por más de 24 horas (Beautrais, 2003, 2004, 2013).

El suicidio generalmente es el resultado de múltiples situaciones que confluyen, se han identificado diversos factores de riesgo, el más importantes es el intento suicida previo, el cual es el predictor más fuerte de suicidio especialmente para el año siguiente (WHO, 2014). Se reporta que por cada

suicidio consumado hay aproximadamente 40 intentos (Hirschfeld & Russell, 2002); la enfermedad mental se ha documentado hasta en el 90% de los suicidios consumados, entre las que destacan el trastorno depresivo mayor, el trastorno afectivo bipolar y la esquizofrenia (Bryan & Rudd, 2006; Palmer, Pankratz, & Bostwick, 2005), también se aumenta el riesgo de suicidio con otros trastornos como los trastornos de ansiedad, el uso de sustancias psicoactivas, principalmente alcohol, los trastornos neurocognitivos y los trastornos de la personalidad (Palmer et al., 2005; Sareen et al., 2005). Se ha encontrado que el riesgo de suicidio en pacientes con algún trastorno mental es mayor el año posterior al egreso hospitalario (Pirkis & Burgess, 1998). Otro de los factores de riesgo es la presencia de ideas de desesperanza, que aumenta hasta dos veces el riesgo de los intentos y la muerte por suicidio (Ribeiro, Huang, Fox, & Franklin, 2018). Ser soltero, viudo o divorciado se ha visto relacionado con un riesgo suicida hasta del doble en comparación a la población casada, se atribuye a que tienen menor integración social y una red de apoyo más pobre (Kyung-Sook, SangSoo, Sangjin, & Young-Jeon, 2018), otro factor de riesgo es el desempleo y una condición socioeconómica precaria o que ha empeorado de manera acelerada (Chang, Stuckler, Yip, & Gunnell, 2013).

También se ha encontrado aumento del riesgo suicida en pacientes con enfermedades no psiquiátricas como asma, cáncer, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfermedades cardiovasculares, diabetes mellitus, accidente cerebrovascular, dolor crónico u otras enfermedades terminales (Juurlink, Herrmann, Szalai, Kopp, & Redelmeier, 2004); otros factores relacionados son los eventos traumáticos en la infancia que aumentan el riesgo de suicidio de 2 a 4 veces, con algunos eventos como el abuso sexual y la violencia física que incrementa el riesgo hasta 4 veces, y la negligencia afectiva que aumenta el riesgo 3 veces (Zatti et al., 2017). Trastornos de inicio en infancia y adolescencia asociados a impulsividad también se asocian con aumento del riesgo de conductas suicidas (Huang et al., 2018). La historia familiar y el componente genético también se ha encontrado que pueden jugar un papel importante en el riesgo suicida, encontrándose una heredabilidad del suicidio entre un 30 y un 50 %, aunque no es claro si la heredabilidad de esta conducta está en relación con la herencia de trastornos mentales o es un factor independiente (WONG, 2003). En los intentos de suicidio de gravedad médica se ha identificado como principales factores presentar un trastorno psiquiátrico, el abuso o dependencia de sustancias psicoactivas, incluido el alcohol, altos niveles de depresión, ansiedad, desesperación y angustia, factores interpersonales, toma de decisiones, e impulsividad o agresividad (Instituto Nacional de Salud, 2022).

Otros factores de riesgo están relacionados con los sistemas de salud, con el acceso a los medios letales, con problemas sociales, se describen barreras para obtener la atención en salud y recibir la asistencia necesaria, la fácil disponibilidad de los medios utilizables para suicidarse, el amarillismo de los medios de comunicación en el momento de cubrir noticias relacionadas con suicidio, lo que aumenta el riesgo de imitación de actos suicidas, y el estigma que aún persiste sobre quienes buscan ayuda por conductas suicidas o por problemas de salud mental (Organización Mundial de la Salud, 2014). Sin embargo, también se ha visto que en la interacción compleja de diversas situaciones que

llevan al suicidio, se han encontrado también factores protectores, como una red de apoyo familiar y social adecuada, el embarazo y pertenecer alguna comunidad religiosa (Kleiman & Liu, 2013; Lawrence, Oquendo, & Stanley, 2016).

Es importante reconocer el impacto de la pandemia sobre la salud mental a nivel mundial. Varios metaanálisis han examinado los resultados relacionados con el suicidio durante epidemias de enfermedades infecciosas. Las asociaciones entre epidemias y un mayor riesgo de suicidio están poco respaldadas. Aunque la tasa general de muerte por suicidio se mantuvo básicamente sin cambios durante la pandemia covid-19, la ideación suicida y el intento de suicidio fueron más frecuentes en comparación con el período anterior a la pandemia, especialmente entre la población general adulta y los pacientes clínicos. (Yifei, Jianhua, Qing, Nancy & Xiaonan, 2023)

Shneidman planteaba que en el suicidio “muerte” no es la palabra clave, las palabras claves deben ser “dolor mental” y si este dolor o sufrimiento es aliviado, el deseo de morir desaparecerá (Shneidman, 1993). Esto se puede relacionar con las estadísticas existentes que evidencian que muchos de los intentos suicidas y suicidios consumados son desencadenados por situaciones vitales altamente estresantes; como ejemplo se pueden consultar los datos presentados por el centro para el control y prevención de enfermedades que muestran que algunas características del intento o del paciente pueden variar dependiendo de factores clínicos y epidemiológicos alrededor de la consulta suicida, es así que se encuentran diferencias entre las personas que tienen o no diagnóstico de algún trastorno mental; las personas que no tienen antecedentes de enfermedad mental y mueren por suicidio de manera frecuente son hombres y usan métodos más letales como las armas de fuego. Por otro lado, describen que los factores sociales más frecuentes en persona suicidas son las dificultades de pareja (42%), situaciones de crisis en las últimas 2 semanas (29%) - crisis definida como una serie de eventos inesperados y/o inevitables de carácter catastrófico - problemas con el uso de sustancias (28%), enfermedades físicas (22%) y problemas en el trabajo o financieros (16%) (Centers for Disease Control and Prevention, 2020).

Lograr entender a una persona con ideación o intento suicida requiere conocer algunos aspectos en la vida del individuo que se encuentren perturbados, si bien el deseo de morir ocurre con motivaciones y pensamientos que al momento de la evaluación clínica deben entenderse como únicos, es innegable que es clave la realización de estudios estadísticos que busquen conocer mejor las causas de la conducta suicida en una población que comparta características en común (Pirkis, Nicholas, & Gunnell, 2019).

Se debe realizar un abordaje biopsicosocial en el cual se contemplen todos los factores que puedan estar interactuando y que desembocan en dicha conducta, diferentes estudios han identificado y clasificado factores de riesgo individuales como la genética y la epigenética, la historia familiar, los

eventos vitales adversos en temprana edad, los trastornos mentales, el uso de sustancias, los rasgos de personalidad y los problemas médicos en general y también se han identificado factores medioambientales como el pobre apoyo social, la situación económica precaria, la influencia de los medios de comunicación y el acceso a métodos suicidas (Fazel & Runeson, 2020). Los objetivos trazados para la prevención de la conducta suicida se deben enfocar en los factores que se pueden llegar a modificar; como lo es por ejemplo el acceso a métodos letales, la restricción y prohibición de la venta de pesticidas se ha evaluado en 16 países y se ha encontrado reducción del número de suicidios en Sri Lanka, Bangladesh y Corea del Sur (Gunnell et al., 2017), también la restricción al uso y acceso a las armas de fuego se ha relacionado con la reducción de las tasas de suicidio en general y reducción de las tasas de suicidio por armas de fuego (Kaufman, Morrison, Branas, & Wiebe, 2018). También existen ejemplos de modelos de prevención enfocados en la enfermedad mental como lo fue el modelo de intervención temprana en pacientes con primer episodio psicótico, con diagnóstico de esquizofrenia, implementado en Hong Kong que logro reducir el número de suicidios (Kit et al., 2018), otros estudios también han mostrado que el uso de litio disminuye la tasa de suicidio en paciente con trastorno afectivo bipolar o trastorno depresivo mayor (Cipriani, Hawton, Stockton, & Geddes, 2013). Esta información resalta la importancia de conocer de forma integral la población que se atiende con cualquier tipo de conducta suicida para así poder plantear posibles estrategias de intervención.

En cuanto a la situación epidemiológica del suicidio, la organización mundial de la salud – OMS – muestra que a nivel mundial cerca de 700.000 personas mueren por suicidio cada año, es decir un persona cada 40 segundos, generando más muertes que las guerras y los homicidios a nivel mundial, se ha estimado la tasa global en 10,7 por cada 100.000 habitantes y se estima que en los últimos 50 años el suicidio ha aumentado en un 60% llegando a ser una de las tres causas principales de muerte en el grupo de edad de 15 a 44 años y la segunda en el grupo de 15 a 29 años, el 79% de las muertes por suicidio se presentan en países de bajos o medianos ingresos. En cuanto al género, el coeficiente a nivel mundial de hombres: mujeres es de 1,7, sin embargo, varía desde 0,8 en países como China hasta 12,2 en países como San Vicente y Granadinas, reflejando el uso de medios de mayor letalidad en la población masculina. Los 3 métodos más frecuentes son las armas de fuego, los plaguicidas y el ahorcamiento.

En el continente americano, según el informe regional de la Organización Panamericana de la Salud, Mortalidad por Suicidio en las Américas del año 2014, 65.000 personas mueren por suicidio anualmente. En América latina se observan tasas de suicidio menores que el promedio mundial, y en América del norte se ubica en un segmento intermedio. En América latina hay gran variabilidad de tasas entre los países, incluso en aquellos que tienen ingresos similares, reflejando, entre otras cosas, las dificultades del reporte de los datos. La tasa ajustada según la edad correspondiente a América Latina y el Caribe fue de 5,2 por 100.000 habitantes para ambos sexos. Por subregiones, las tasas anuales de suicidio por 100.000 habitantes, conjuntas para ambos sexos, ajustadas según la edad, fueron: América del Norte, 10,1; América Central, Caribe hispano y México, 5,3; Suramérica,

5,2; y Caribe no hispano, 7,4. En las Américas, al igual que en otras partes del mundo, las tasas de suicidio en hombres continúan siendo superiores a las observadas en las mujeres, y representan alrededor del 79% de todas las defunciones por suicidio. En promedio, la razón hombre- mujer, ajustada según la edad, era de 3,8 en la Región y 4,0 en América Latina y el Caribe. A nivel subregional, América Central, el Caribe hispano y México presentaban la razón hombre-mujer, ajustada según la edad, más alta, 4,2. En cambio, en América del Norte, la razón hombre-mujer era menor, 3,7. La mayor parte de suicidios en la región lo cometen personas en los 25 y 44 años con un 36,8%. En cuanto al método utilizado la asfixia (39,7%), las armas de fuego (33,3%) y el envenenamiento (18,2%) fueron los principales mecanismos a nivel regional, aunque es variable según la subregión. En América del Norte, se observó que la proporción más alta de suicidio fue por armas de fuego (47,2%). En América Central, el Caribe hispano y México (64,3%), y en América del Sur (58,2%) se daban con mayor frecuencia los suicidios por asfixia. En el Caribe no hispano, el método más común era el envenenamiento (47,3%) (Organización Panamericana de la Salud, 2014).

En Colombia según el informe “Forensis, datos para la vida” del año 2021 del Instituto Colombiano de Medicina Legal y Ciencias Forenses – INMLCF - en un periodo de tiempo de 10 años se han suicidado 22.986 personas, con una tasa promedio de 5,23. En el 2021, 2.689 muertes violentas fueron establecidas como suicidio, estas representan una tasa de 5,71 por cada 100.000 habitantes. En relación con el año 2020 hubo 269 fallecidos más que representan una variación porcentual del 11,11%. Según la distribución por grupos de edad el mayor número de suicidios se registró entre los 20 a 24 años de edad para ambos sexos. La tasa más alta de suicidio por 100.000 habitantes fue de 9,24 en el rango de edad de 18 a 19 años. Al revisar por sexo y edad, los hombres registraron la tasa más alta de 75 a 79 años y las mujeres de 18 a 19 años. El suicidio fue más frecuente en hombres con un 81,03% de los casos. De estos el 65,86% de los suicidios se consumaron mediante la utilización de mecanismos generadores de asfixia, en un porcentaje similar tanto en hombres como en mujeres, seguido de los tóxicos con 15,51% de los casos. En lo que respecta a las enfermedades mentales se les atribuye el 29,11% de los suicidios y a conflicto con pareja o expareja el 17,34%, entre otros. Como factores de vulnerabilidad se encontró el ser campesinos y trabajadores del campo, seguido de las personas adictas a una droga natural o sintética. En 2021, se observa un aumento importante en personas pertenecientes a la comunidad LGBT y a maestros y educadores con seis casos cada uno reportados en 2020.

La enfermedad mental es citada en 29,11% de los casos en los que se conoce la razón del suicidio, este dato refleja su relación con las estimaciones de la OMS, porque esta afirmaba que la depresión sería una de las principales causas del suicidio en el mundo en 2030. En 2021 los departamentos con la mayor tasa por 100.000 habitantes fueron Vaupés (23,37), Arauca (11,44), Amazonas (9,87), Risaralda (9,71) y Caldas (9,56). Por ciudades capitales, Mitú (37,06), Leticia (13,31), Arauca (12,21), Pasto (10,29) y Manizales (8,68). Desde 2019, teniendo en cuenta el fenómeno migratorio, se está realizando vigilancia epidemiológica a país de nacimiento, ya que la migración es un factor de riesgo porque es considerada un duelo que conlleva con muchas pérdidas: familia, amigos, cultura, lengua,

estatus, paisaje. Lo que supone un gran esfuerzo psicológico de reorganización, principalmente cuando se ha dejado su país en circunstancias difíciles. (Instituto Nacional de Medicina Legal y ciencias forenses, 2021).

Si tenemos en cuenta que el suicidio en muchos casos sucede en un continuo, que viene de la ideación suicida hasta los intentos y finalmente el suicido consumado (PSIC, 2011), es de importancia resaltar también las cifras que tratan de dar un panorama sobre estas conductas, en agosto de 2018 el Ministerio de Salud y protección social publica el boletín de Salud Mental, Conductas Suicidas, que recopila datos de distintos sistemas de información que existen el país como el Sistemas Integral de Información de la Protección Social – SISPRO -, la Encuesta Nacional de Salud Mental – ENSM 2015 -, el estudio de la Carga de Enfermedad para Colombia, de 2010, y el Sistema de Vigilancia en Salud Publica – SIVIGILA. Este boletín muestra en cuanto a las lesiones auto infligidas que el número de personas atendidas con el diagnóstico de lesiones autoinfligidas intencionalmente en todos los servicio de salud del 2009 al 2017 fue de 36.163 casos, con un promedio de 8.036 por año, dentro de este grupo las causas más frecuentes, dados según la clasificación internacional de enfermedades CIE - 10 fueron: el Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a otras drogas medicamentos y sustancias biológicas y las no especificadas: vivienda, código CIE 10 X640 y el envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a plaguicidas: vivienda, código CIE 10 X680. Se reporta una tasa de intento suicida por SISPRO en el año 2016 de 36,08 x 100.000 habitantes y en el año de 2017 de 52,4 x 100.000 habitantes. Es de resaltar que las tasas de intento suicida en población de 15 a 19 años y en el grupo de 20 a 24 años ha venido en aumento en los últimos años. En el año 2017 reportan que el 29,7% de los intentos suicidas se dieron en la población de 15 a 19 años, seguido del grupo de 20 a 24 años con 18,8%. La tasa de intento suicida es más elevada en mujeres y se estima que por cada hombre que intenta quitarse la vida lo hacen 2 mujeres.

Los lugares donde más se reportaron intentos suicidas fueron Antioquia, Vaupés, Bogotá, Cundinamarca, Nariño y Huila. El 80% de los casos se realizó en las cabeceras municipales. Las intoxicaciones son el mecanismo más utilizado en el 68,7% de los casos, seguido por las armas corto punzantes con un 20%, el ahorcamiento con el 5,7% y el lanzamiento al vacío con un 3%. El 32,1% de los casos que se notificaron tenían intentos previos. Como detonantes se identificaron los conflictos con pareja o expareja en un 41,1%, problemas económicos en un 11,5%, problemas escolares con un 6,2% y el maltrato físico, psicológico o sexual con un 5,8%. Los trastornos mentales más frecuentemente relacionados con intentos suicidas fueron el trastorno depresivo (35,4%), otros trastornos afectivos (9,1%) y el abuso de sustancias psicoactivas (6,6%), otros trastornos psiquiátricos (3,4%), Esquizofrenia (1,7%) y Trastorno Bipolar (2,7%) (Ministerio de Salud y Protección Social, 2017). La encuesta nacional de salud mental 2015 evaluó a 15.351 personas de todas las regiones del país, con un rango de edad de 7 a 96 años. En relación con la conducta suicida se documentó ideación suicida en 6,6% en adolescentes y adultos, plan suicida en 1,8% en

adolescentes y 2,4% en adultos y el intento suicida en 2,5% en adolescentes y un 2,6% en adultos (Ministerio de Salud y Protección social, 2015).

En Colombia se han realizado distintos estudios, que han buscado caracterizar esta población entre los que se destacan los siguientes: 1. En el Hospital Universitario del Valle se realizó el estudio en el periodo de 1994 a 2010. Documentaron que la atención de pacientes por intento suicida aumentó con el paso de los años, durante el periodo de 1994 a 2003 se atendieron una media anual de 13,2% y en 2004 a 2010 de 31,9%. Siendo mayor en mujeres y personas solteras. La mayor parte en su primer intento (Upegui et al., 2014); 2. En el Instituto del Sistema Nervioso de la ciudad de Pereira en un estudio retrospectivo en el periodo 2013 y 2014, fue más frecuente en mujeres, personas solteras y de bajo nivel educativo, con una media de edad de 33,16 años, el método más usado la intoxicación con medicamentos y seguido del uso de pesticidas. El trastorno mental más frecuente fue la depresión, la mayoría en su primer intento, el detonante más frecuente los problemas familiares, seguido de los problemas personales y problemas de pareja (Pereira, 2014); 3. En la Clínica Universitaria Colombia, en el periodo 2011 a 2012, el mayor número de intentos se centra en población adulta joven y de sexo femenino, el método más frecuente fue la intoxicación con fármacos o pesticidas, seguido de armas corto punzantes y salto al vacío. Los motivos más comunes fueron conflictos de pareja y la depresión, seguido de conflictos familiares y los trastornos psicóticos. (Andr et al., 2014); 4. En 2 instituciones de Cali, una pública y otra privada. Se reporta una mayor tasa de intentos en pacientes jóvenes, mujeres, solteras, y estudiantes, como trastorno mental principal la depresión estando casi en la mitad de los casos, entre los factores desencadenantes la ruptura sentimental y disfunción familiar como principales causas. La intoxicación fue el mecanismo más frecuente, se destaca el uso de benzodiazepinas y pesticidas, la mayoría en su primer intento (Beitia-cardona & Benavides-portilla, 2019).

La organización mundial de salud considera que el suicidio es un evento prevenible y se centra principalmente en actividades que puedan ser adoptadas a nivel de grupos poblacionales y de manera individual. Se tenía como meta para el 2020 reducir a en cada país la tasa de suicidio en 10%, sin embargo, en marzo de 2021, indicó que este problema sigue siendo una prioridad de salud pública en la Región de las Américas. El ministerio de Salud y protección social se adhiere a esta iniciativa y se enfoca en tres ejes para disminuir el suicidio en el país: Los ejes son: “mayor control y supervisión sobre los mecanismos más frecuentemente utilizados en la conducta suicida (armas de fuego y plaguicidas); seguimiento a individuos con antecedentes de intentos de suicidio y a sus familias; y garantía del acceso a los servicios de salud a las personas con trastornos asociados como la depresión, trastorno bipolar y esquizofrenia” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013).

Es por todo lo anterior que se considera que la investigación en el campo de las conductas suicidas debe ser cada vez más frecuente y se deben realizar distintos esfuerzos en la búsqueda de información que permita diseñar estrategias de prevención primaria, secundaria y terciaria.

Metodología:

Se realizó un estudio observacional analítico de corte transversal, con la población que ha sido atendida por intento suicida, en la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E, Hospital Universitario Santa Clara, Hospital Universitario Nacional de Colombia y Clínica Universidad de La Sabana en el periodo comprendido entre el 31 de agosto de 2020 al 31 de agosto de 2023.

Criterios de inclusión:

- Pacientes que consultaron a urgencias y que en el diagnóstico de ingreso se estableciera intento de suicidio.
- Pacientes mayores de 18 años.
- Pacientes en cuya historia clínica se encuentren consignadas todas las variables demográficas presentadas en las tablas 1 y 2.

Criterios de exclusión:

- Pacientes que al egreso se hubiese establecido que las lesiones o condición del ingreso correspondió a una conducta autolítica involuntaria o a una agresión externa.
- Pacientes quienes durante el tiempo de recolección de la muestra poblacional reingresen a alguna de las 3 instituciones por intento suicida, esta segunda atención será excluida de la muestra.

En la población que fue sujeto de estudio se determinaron, a través de la revisión de la historia clínica electrónica, las variables sociodemográficas y clínicas presentadas en las tablas 1 y 2.

Tabla 1 - Variables demográficas

Nombre	Definición	Naturaleza	Escala	Categorización
Edad.	Tiempo de vida de cada sujeto al momento de inserción a la cohorte	Cuantitativa. Continua.	Razón.	Número de años.
Sexo.	Sexo registrado en la Historia clínica.	Cualitativa. Nominal.	Dicotómica.	1=Masculino. 0=Femenino
Pareja estable.	Situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia	Cualitativa.	Nominal.	1=Si 0=No
Hijos.	Si al momento de la inclusión del estudio el paciente tiene o no hijos	Cualitativa.	Nominal.	1=Si 0=No

Años de educación.	Número de años de educación cursados en un sistema formal	Cuantitativa	Razón	Número de años
Religión.	Si el paciente pertenece o no a una religión.	Cualitativo	Nominal	1=Si 0=No
Procedencia.	Lugar de residencia del individuo	Cualitativa	Dicotómica	0= Urbano 1= Rural
Convive.	Personas con las cuales la persona comparte el hogar	Cualitativa	Nominal	0=Solo. 1=Familia Nuclear. 1=Familia Extensa. 2=Amigos/Conocidos. 3=Otros Familiares. 4=Otros.
Grupo Étnico.	Si pertenece o se identifica con un grupo étnico en particular.	Cualitativa	Nominal	0=Indígenas. 1=Mulatos. 2=Raizal. 3=Rrom (Gitano) 4=Afrocolombianos 5=Palenqueros 6=Otro

Nota. Elaboración propia

Tabla 2 - Variables Clínicas

Nombre	Definición	Naturaleza	Escala	Categorización
Método utilizado en el intento actual.	Mecanismo mediante el cual la persona pretendía quitarse la vida.	Cualitativa	Nominal	0=Asfixia 1=Envenenamiento con medicamentos 2=Envenenamiento con otras sustancias 3=Heridas por arma cortopunzante 4=Heridas por arma de fuego 5=Salto al vacío 6=Lanzamiento a vehículo 7=Otros
Precipitante del intento actual.	Presencia de factor estresor que desencadena la conducta suicida actual	Cualitativa	Nominal	1=Si 0=No
Tipo de precipitante.	Principal factor estresor que desencadena la conducta suicida actual	Cualitativa	Nominal	0=Conflictos de pareja o ex pareja. 1=Problemas económicos. 2=Escolar/educativa. 3=Suicidio de un familiar o amigo. 4=Enfermedad crónica o incapacitante. 5=Muerte de un familiar o amigo. 6=Problemas judiciales. 7=Maltrato físico o

				Psicológico. 8=Problemas laborales. 9=Otros.
Forma a través de la cual se obtuvo la información del método suicida actual.	Es la fuente de la información de la que se obtiene la idea de usar un método suicida determinado.	Cualitativa	Nominal	0=Información en medios de comunicación (tv, radio, escritos) 1=Información de internet 2=Información de un amigo o familiar 3=Fácil acceso/ideas propias
Lugar del intento suicida.	Espacio geográfico en el cual se realiza el intento suicida	Cualitativa	Nominal	0=Vivienda 1=Vía pública 2=Lugar de trabajo 3=Otros
Consumo de sustancias psicoactivas al momento del intento suicida.	Si al momento de realizar el intento suicida, el paciente declara haber consumido algún tipo de psicoactivo	Cualitativa	Nominal	1=Si 0=No
Consumo de alcohol al momento del intento suicida.	Si al momento de realizar el intento suicida, el paciente declara haber consumido cualquier cantidad de alcohol.	Cualitativa	Nominal	1=Si 0=No
Consumo de otras sustancias psicoactivas al momento del intento suicida.	Si al momento de realizar el intento suicida, el paciente declara haber consumido una sustancia que puede modificar la conciencia, el estado de ánimo o los procesos de pensamiento de un individuo y que no sea con fin médico.	Cualitativa	Nominal	1=Si 0=No
Antecedente de un trastorno mental.	Paciente quien refiere o que por historia clínica haya sido diagnosticado con un trastorno mental antes de ingresar a la atención hospitalaria actual.	Cualitativa	Nominal	1=Si 0=No
Tipo de trastorno mental.	Trastorno mental reconocido en una lista de 6 categorías.	Cualitativa	Nominal	1=Trastornos depresivos. 2=Esquizofrenia/ otros trastornos psicóticos. 3=Trastornos de ansiedad. 4=Trastorno bipolar. 5=Trastorno de la personalidad.

				6=Trastorno por déficit de atención e hiperactividad. 7=Trastorno de conducta. 8=Otro.
Antecedente de intento suicida alguna vez en la Vida.	Paciente quien, por historia clínica o según refiere, haya realizado un intento suicida previo al actual en cualquier momento de su vida	Cualitativa	Nominal	1=Si 0=No
Antecedente de intento suicida en el último año.	Paciente quien, por historia clínica o según refiera, haya realizado un intento suicida previo al actual no mayor a un año.	Cualitativa	Nominal	1=Si 0=No
Método de último intento suicida.	Mecanismo mediante el cual el paciente intento quitarse la vida la última ocasión.	Cualitativa	Nominal	1=Asfixia. 2=Envenenamiento con medicamentos. 3=Envenenamiento con otras sustancias. 4=Heridas por arma cortopunzante. 5=Heridas por arma de fuego. 6=Salto al vacío. 7=Lanzamiento a vehículo. 8=Otros.
Número de intentos suicidas previos.	Cantidad de intentos suicidas que la persona refiere haber realizado a lo largo de su vida	Cuantitativa	Ordinal	0=Nunca. 1= 1 o 2 intentos previos. 2=3 o 4 intentos previos. 3=5 o más intentos previos.
Antecedente de intento suicida en familiares de primer grado de consanguineidad.	Personas que sus padres o hijos hayan realizado un intento suicida en cualquier momento de su vida	Cualitativa	Nominal	0=Si 1=No 2=No Sabe
Antecedente de suicidio consumado en familiares de primer grado de Consanguineidad.	Personas que sus padres o hijos hayan muerto por suicidio.	Cualitativa	Nominal	0=Si 1=No 2=No Sabe
Diagnostico psiquiátrico Cie-10 al ingreso.	El diagnostico CIE 10 principal que recibe el paciente después de ser valorado por el grupo de psiquiatría de la institución.	Cualitativa	Nominal	0= De X600 a X849 1= Y870. 2= Z915.
Intento de suicidio de gravedad médica.	Intentos suicidas que requieren hospitalización por más de 24 horas y tratamiento en unidades especializadas, cirugía	Cualitativa	Nominal	0=No 1=Si

	bajo anestesia general, y/o tratamiento médico incluyendo antídotos para sobredosis, telemetrías o pruebas repetidas.			
Desenlace final.	Motivo por el cual se culmina la atención del paciente que ingreso por intento suicida	Cualitativa	Nominal	0=Muerte 1=Egreso

Nota. Elaboración propia

Tamaño de muestra:

El cálculo del tamaño de muestra se efectuó teniendo en cuenta el componente analítico del estudio. Para este efecto, dado un modelo de regresión logística con fines predictivos, en el cual se incluyeron 7 variables independientes, se requirió un tamaño de muestra de al menos 140 pacientes, asumiendo la presencia de 70 eventos de intento de suicidios de gravedad médica. Este cálculo se hizo con base en lo planteado por Van Smeden para modelos multivariantes de regresión logística, según lo cual, con la aproximación de Eventos Por Variable mayor que 20 no se logra mayor ganancia en el desempeño predictivo de los modelos (Smeden, Moons, de Groot, Collins, Altman, Eijkemans, Reitsma. 2019).

Fuentes e información:

La información obtenida para recolectar la muestra total de pacientes se obtuvo de los registros clínicos de las historias clínicas valoradas en cada institución de manera individual.

Muestreo:

En este proyecto la obtención de datos se realizó a través de la técnica de muestreo no probabilístico y no aleatorio por conveniencia para lo cual se tuvieron en cuenta las siguientes consideraciones:

Obtención de los datos:

Tras la aprobación del proyecto de grado planteado, se solicitó a cada una de las instituciones, Hospital Universitario Nacional, Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E, Hospital Universitario Santa Clara y Clínica universidad de La Sabana una base de datos que incluyeran las variables clínicas y sociodemográficas de los atendidos en el servicio de urgencias y en las que se hubiese asignado en su historia clínica como diagnóstico principal o secundario según la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10 los siguientes 253 posibles códigos: De X600 a X849, Y870, Z915 y Z038. El tiempo estimado fue de los últimos 3 años, en el periodo del 31 de agosto de 2020 al 31 de agosto de 2023.

La ventana de recolección se eligió de acuerdo a la frecuencia de ingresos de pacientes con intentos de suicidio por año en el Hospital Universitario Nacional de Colombia con un tamaño aproximado de 20 por año.

Tras el procedimiento anteriormente descrito:

1. Se recibió una base de datos de Excel de cada institución con los registros de los números de documento de identidad de cada paciente junto con algunas variables clínicas y sociodemográficas solicitadas, sin embargo, fue necesario proceder a revisar cada historia clínica electrónica iniciando del último año hacia atrás hasta completar el total del tamaño de muestra de 140 pacientes.
2. De las 3 instituciones, se recibió una muestra poblacional total elegible de 783 pacientes, de los cuales 564 (72%) eran intentos de suicidio no graves y 219 (28%) intentos de suicidio de gravedad médica. En vista de las limitaciones del registro clínico de la totalidad de las variables, al evaluar los

criterios de elegibilidad, se procedió a revisar de manera individual cada historia clínica electrónica valorando detalladamente los registros clínicos; posteriormente se procedió a descartar todas aquellas historias clínicas que no cumplieran con el registro total de las variables clínicas y sociodemográficas requeridas, descartándose diversas historias clínicas incompletas para el objeto del estudio.

3. Los datos extraídos se grabaron en una base de datos en el sistema REDCap, y se aseguró de esta manera, que en su diseño se incorporaran en los campos reglas de validación y restrictores que mejoraran la calidad de la grabación. La grabación de los datos se efectuó por duplicado, en una base de datos espejo; al finalizar la grabación se contrastaron las dos versiones digitadas y las discrepancias se resolvieron consultando la información en la fuente original.

4. El acceso a la base de datos está protegido por contraseñas a las que sólo tiene acceso la investigadora principal y el tutor metodológico. Adicionalmente se realizó una anonimización de cada paciente en la base de datos. Al cabo de tres años del cierre del estudio, se procederá a destruir la base de datos. El procedimiento de destrucción será documentado, informando el responsable del proceso, nombre del o de los archivos destruidos y localización de los mismos.

Análisis estadístico:

Para los objetivos específicos 1 y 2 se utilizó estadística descriptiva: se utilizaron medidas de resumen, en caso de las variables continuas se determinaron medias con desviaciones estándar o medianas con rango intercuartílico de acuerdo con la distribución de las variables. Para las variables cualitativas se usaron frecuencias absolutas y frecuencias relativas. se usaron herramientas gráficas para efectuar la descripción (gráficos de caja e histogramas para variables continuas y gráficos de barras para variables categóricas).

Para el objetivo específico 3 se propuso un modelo de regresión logística donde la variable dependiente es presencia de intento de suicidio de gravedad médica, y las variables independientes sexo, pareja estable, años de educación, precipitante del intento suicida actual, consumo de sustancias al momento del intento, trastorno mental y número de intentos previos. Antes del modelo multivariable se calcularon los estimadores crudos mediante análisis bivariados y se incluirán aquellas variables con valores de significación menores de 0.2. Los estimadores de asociación serán presentados como ORs con sus correspondientes intervalos de confianza del 95%. Se efectuarán pruebas de bondad de ajuste del modelo, así como diagnóstico de colinealidad y valores influyentes. Para las pruebas de hipótesis se utilizarán valores de significación del 5%. Los análisis se efectuarán con el sistema R.

Consideraciones Éticas:

De acuerdo con la Resolución 8430 de 1993, por la que se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, y según lo estipulado en los artículos 6, 9, y 11 en el título II del Capítulo 1 de la misma, se consideró el presente estudio como “sin riesgo”, ya que la recolección de la información fue por medio de fuentes secundarias. Cumplió con los principios de autonomía, beneficencia y no maleficencia.

Para evitar el riesgo de pérdida de datos, en el sistema REDCap se generaron copias de respaldo periódicas; adicionalmente, la base de acceso es únicamente para la investigadora principal y el administrador de datos del sistema REDCap.

La investigación no requirió consentimiento informado al utilizar fuentes de información secundaria, la recolección de la información no afectó la salud o integridad de los participantes y/o familiares debido a la confidencialidad de los datos, ya que el proyecto buscaba respetar la dignidad humana en el contexto de la investigación científica

Para la ejecución metodológica y recolección de datos se obtuvo la autorización del Comité de Ética de la Universidad Nacional de Colombia y de las Instituciones de salud participantes, pactando un compromiso de presentar los resultados una vez se termine la investigación garantizando el principio de reciprocidad, se garantizó el anonimato y confidencialidad de las identidades de los pacientes, toda la información será usada únicamente para fines académicos

El equipo de investigación tiene competencia técnica tanto en psiquiatría clínica como en análisis de datos. Los investigadores no reportan ningún conflicto de interés. ´

Sesgos:

Se consideró como principal sesgo de información el relacionado con la calidad de datos en los registros; en caso de encontrar una casilla vacía de la base de datos correspondiente a alguna variable, se procedía a revisar la historia clínica en su totalidad para identificar y corroborar los datos requeridos para este estudio, y al no obtenerse esa información, dependiendo del número de valores faltantes, se procedió a efectuar técnicas de imputación estadística de los datos. Otra fuente de sesgo importante en este estudio fue el de confusión. Este sesgo se atenuó mediante los métodos de análisis multivariable.

Otras consideraciones:

A pesar de reconocer el impacto de la pandemia Covid-19 en el aumento de la frecuencia de la ideación suicida y el intento de suicidio en comparación con el período anterior a la pandemia, las limitaciones en el registro clínico no nos permiten incluir este fenómeno como variable clínica para la caracterización dentro de este estudio, por lo tanto, no pudo ser considerado.

Consideraciones para los resultados:

Este proyecto va a dirigido al personal de salud mental y todo el personal asistencial que tiene contacto con pacientes que han presentado intentos de suicidio, ya que con este estudio se buscaba intentar reconocer por orden de significación los factores que se asocian a la probabilidad de presentar intentos de suicidio de gravedad médica y obtener un análisis entre la gravedad del intento suicida y presencia o no de un grupo de variables sociodemográficas y clínicas. De acuerdo a los hallazgos, se espera socializar a través de charlas académicas en algunas de las instituciones de estudio, las variables con mayor riesgo de presentar dichos intentos. Lo anterior se propuso con fines psicoeducativos, fortaleciendo su abordaje y seguimiento clínico que podría tener un papel preventivo en el fenómeno suicida.

RESULTADOS

Características sociodemográficas

Se identificaron 140 pacientes, de los cuales el 54% eran mujeres y el 46% hombres, en ambos grupos había predominio de mujeres con un 51.7% en los intentos graves y un 65% en los no graves. La mayoría estuvieron en el rango de edad de 20 a 40 años, el promedio de edad fue de 33.7 (DE 14.1) años; en el gráfico 1 puede encontrarse el histograma de la edad.

Como características en común de los dos grupos se identificó predominio en algunas variables como el 65% que no tenían hijos, el 72.1% tenían algún tipo de creencia religiosa, el 95.7% registrados como de procedencia urbana, el 55.7% de los pacientes convivían con su familia nuclear y el 24.3% vivían solos.

El 62.9% de la población no tenían pareja estable al momento de la consulta, con un 65.8% en el grupo de intentos graves y un 45% en el grupo de pacientes con intentos no graves. Respecto a los años de escolaridad, la mayoría habían cursado de 6 a 11 años, con una media de 11.2 (DE 3.13) años; en el gráfico 2 puede encontrarse el histograma de años de educación según la gravedad del intento. Del total de pacientes, el 99.3% estaban dentro del grupo étnico catalogado como “otro”, siendo el 0.7% correspondiente a un caso de origen afrocolombiano dentro de los ingresos por intento de suicidio grave.

Los datos sociodemográficos de los pacientes quedan descritos en la tabla 1.

Tabla 1. Datos sociodemográficos de los pacientes ingresados por intentos de suicidio en el periodo del 31 de agosto de 2020 al 31 de agosto de 2023, atendidos en el Hospital Universitario Nacional, Clínica universidad de La Sabana y Hospital Santa Clara.

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS			
	INTENTOS DE SUICIDIO NO GRAVES (N,%)	INTENTOS DE SUICIDIO DE GRAVEDAD MEDICA (N,%)	TOTAL INTENTOS DE SUICIDIO. (N,%)
Edad	M=34,8 DE=11,6	M=33,6; DE=14,5	M=33,7 DE=14.1
Sexo			
Mujer	13 (65%)	62 (51,7%)	75 (53,6%)
Hombre	7 (35%)	58 (48,3%)	65(46,4%)
Pareja estable			
No	9 (45%)	79 (65,8%)	88 (62,9%)
Si	11 (55%)	41 (34,2%)	52 (37,1%)
Hijos			
No	11 (55%)	80 (66,7%)	91 (65%)
Si	9 (45%)	40(33,3%)	49 (35%)
Años de educación	M=12,4 DE=2,41	M=10,9 DE=3,19	M=11,2 DE=3,13

Religión			
No	1 (5%)	38 (31,7%)	39 (27,9%)
Si	19 (95%)	82 (68,3%)	101 (72,1%)
Lugar de procedencia			
Urbana	19 (95%)	115 (95,8%)	134 (95,7%)
Rural	1 (5%)	5 (4,2%)	6 (4,3%)
Convive			
Solo	5 (25%)	29 (24,2%)	34 (24,3%)
Familia nuclear	12 (60%)	66 (55%)	78 (55,7%)
Familia extensa	0 (0%)	6 (5%)	6 (4,3%)
Amigos/Conocidos	1 (5%)	5 (4,2%)	6 (4,3%)
Otros Familiares	2 (10%)	11 (9,2%)	13 (9,3%)
Otros.	0 (0%)	3 (2,5%)	3 (2,1%)
Grupo étnico			
Otro	20(100%)	119 (99,2%)	139 (99,3%)
Afrocolombianos	0 (0%)	1 (0,8%)	1 (0,7%)
Nota: Elaboración propia. M: Media; DE: Desviación estandar; N: Número total de pacientes; %: Porcentaje			

Características Clínicas:

En la población total, se detectó como el método más utilizado el envenenamiento con medicamentos en un 70%, seguido de envenenamiento con otras sustancias como biocidas, sustancias industriales, entre otros hasta en un 24.3%; la asfixia con un 5.7%, heridas por arma cortopunzante y otros métodos no especificados en el 2.9%, heridas por arma de fuego y salto al vacío con 1.4% y en último lugar lanzamiento a vehículo en un 0.7% como se puede apreciar en la Tabla 2.

El 73.6% reconoció algunos precipitantes del intento que motivó su ingreso, siendo el conflicto de pareja el más habitual hasta en un 39.3%, seguido de problemas económicos con un 20.7%, problemas laborales u otros precipitantes en un 11.4%, muerte de un familiar o amigo en el 7.1%, ser diagnosticado de una enfermedad crónica o incapacitante en un 4.3%; con el mismo porcentaje los problemas educativos, el maltrato psicológico y/o físico en un 2.1% y problemas judiciales el 1.4%. Llama la atención que ningún caso reportó como detonante el antecedente de un suicidio en un familiar o amigo, según se evidencia en la tabla 3.

Como parte de los antecedentes se evaluó algún tipo de trastorno mental el cual estuvo presente en un 63.6%. Los diagnósticos más prevalentes son los trastornos depresivos en un 42.1%, el trastorno de la personalidad hasta en un 15%, seguidos de los demás trastornos como de la conducta y otros en un 10%, esquizofrenia o algún trastorno psicótico en un 7.1%, trastorno de ansiedad en el 6.4% y trastorno afectivo bipolar en el 5%. Sólo el 0.7% reportó antecedentes de un

trastorno por déficit de atención o hiperactividad de acuerdo con la información presentada en la tabla 4.

Al evaluar la forma a través de la cual se obtuvo la información del método realizado el 88.6% respondió que fue por fácil acceso o por sus propias ideas, seguido de obtención a través de internet u otros medios. Nadie aceptó que hubiera obtenido información en los medios de comunicación o por parte de un amigo o familiar Según se evidencia en la Gráfica 3. Como lugar del intento suicida el 92.9% de los pacientes eligieron su vivienda para realizar los hechos, seguido de la vía pública en un 3.6% y su lugar de trabajo el 2.9%. Al indagar por algún tipo de consumo previo o durante el intento, el 13.6% confirmó haber probado algún tipo de sustancias psicoactivas previo al intento, el 35% refirió haber ingerido cierta cantidad de licor y el 6.4% consumió otro tipo de sustancias psicoactivas que sabían, podría modificar su conciencia, su estado de ánimo o sus procesos de pensamiento. En términos de antecedentes personales, el 41% alguna vez en su vida habían intentado quitarse la vida, la mayor parte con uno o dos intentos previos y hasta un 11% con 3 o 4 intentos, sin embargo, el 20.7% habían presentado un intento suicida previo en el último año. El método más utilizado en este último fue envenenamiento con medicamentos en un 82.5%. Sobre sus antecedentes familiares el 5% tuvo antecedentes de intento suicida en familiares de primer grado de consanguinidad con un 5% consumado. Los diagnósticos CIE 10 más registrados en las historias clínicas de ingreso fueron en un 84.3% los correspondientes a lesiones autoinfligidas intencionalmente. Tras valorarse la gravedad del intento en nuestra muestra obtenida, el 85.7% correspondiente a 120 pacientes ingresaron por un intento suicida de gravedad médica y sólo el 14.3% pertenecía al grupo de intentos de suicidio no graves correspondiendo a 20 pacientes, sin embargo, la frecuencia de la totalidad de la muestra elegible no corresponde a lo referido a través de la información proporcionada en la tabla 5.

Referente a las características de los pacientes que ingresaron por un intento suicida de gravedad médica, el método más utilizado fue el envenenamiento por medicamentos en el 70% y el envenenamiento con otras sustancias en un 25%, seguido de asfixia, heridas por arma cortopunzante, heridas por arma de fuego, salto al vacío y otros métodos conforme se puede notar en la tabla 2. Además se señaló que el 70% reconoció un precipitante para realizar el intento, siendo el más frecuente los conflictos con su pareja o ex pareja en un 35%, los problemas económicos en un 20.85%, en tercer lugar otros problemas no especificados, el cuarto lugar lo ocuparon los problemas laborales en un 10%, la muerte de un familiar o amigo en un 6.7%, los problemas escolares o educativos y enfermedad crónica o incapacitante en un 5% y en último lugar con una frecuencia del 1.7% se encontraron los problemas judiciales o maltrato físico y/o psicológico. Tampoco se evidenció como precipitante el suicidio de un familiar o un amigo, Según se desprende de la tabla 3.

Casi el 77.1% de este grupo, obtuvieron la información del intento por ideas propias o reconocieron que tenían fácil acceso al mismo y solo el 2.1% afirmó haber encontrado información de internet según lo que se observa en la Gráfica 3. En cuanto al lugar del intento suicida, la gran mayoría realizaron el intento en su casa hasta el 91.7%, en la vía pública el 4.2%, en su lugar de trabajo el 3.3% y sólo el 0.8% en otros lugares no especificados. Frente al consumo de spa previo o durante el intento suicida el 15% reporta haber consumido algún tipo de sustancia psicoactiva, el 24.2% haber

ingerido algún tipo de licor, y el 6.7% consumido otro tipo de sustancias psicoactivas de acuerdo con la información presentada en la tabla 5.

Al revisar sus antecedentes, el 66.7% tenían historia de un diagnóstico previo de un trastorno mental, siendo los más frecuentes el trastorno depresivo en el 44.2%, trastorno de personalidad 15%, trastorno de la conducta 10.8%, esquizofrenia o trastornos en un 8.4% así como otros tipos de trastornos mentales. Sólo el 5.8% mencionó antecedentes de trastorno afectivo bipolar y el 0.8% un antecedente de trastorno por déficit de atención o hiperactividad tal como se muestra en la tabla 4.

Siguiendo con sus antecedentes de intentos suicidas, el 41.2% habían presentado un intento suicida alguna vez en su vida, con 1 a 2 intentos previos el 24%, 3 o 4 intentos previos el 12% y 5 o más intentos cerca del 2%. De ellos, el 19.2% presentaban antecedentes de un intento suicida en el último año, y el último método registrado más frecuente era envenenamiento con medicamentos en un 66.7% seguido de asfixia, envenenamiento con otras sustancias y herida por arma cortopunzante con un 4.8%, y el 1.6% intentaron saltar al vacío. Llamativamente ninguno registró haberse realizado heridas por arma de fuego o lanzamiento a vehículo. Únicamente el 4.3% de los pacientes tenían un antecedente de intento de suicidio o suicidio consumado por un familiar de primer grado de consanguinidad, el resto de los pacientes negaron o desconocían este antecedente. El desenlace final en este grupo en el 98.3% fue el egreso y el 1.7% fue la muerte de acuerdo con los datos expuestos en la tabla 5.

En proporción a los intentos de suicidio no graves, se encontró que método más utilizado fue envenenamiento con medicamentos correspondiente al 70%, en segundo lugar, el envenenamiento con otras sustancias hasta en un 20%, la asfixia y otros métodos en un 5%. No hubo registros de intentos con heridas autoinfligidas con armas de fuego o cortopunzantes, ni saltos al vacío o lanzamiento a Vehículo como se observa en la tabla 2.

De los 20 intentos de suicidio no graves, 19 reportaron un precipitante para el intento actual, reconociendo como el mayor precipitante los conflictos con su pareja o expareja seguido de problemas económicos o laborales. El fácil acceso o ideas propias fue la forma a través de la cual obtuvieron la información del método 16 de ellos según lo que se observa en la Gráfica 3. El 100% de estos pacientes realizaron el intento en su vivienda, el 5% habían consumido algún tipo de sustancia psicoactiva y un 30% ingerido alcohol A través de la información proporcionada en la tabla 5. Al entrevistar sobre sus antecedentes 11 sujetos tenían antecedente de un tipo de trastorno mental, 6 habían sido diagnosticados de trastorno depresivo, 4 con otro tipo de trastorno no especificado y 3 con trastorno de personalidad. Ninguno reportó antecedente de esquizofrenia, trastorno de ansiedad o trastorno bipolar como indica la tabla 4.

Según las historias clínicas el 40% habían realizado un intento suicida alguna vez en su vida, 35% con 1 a 2 intentos previos, 5% hasta con 3 o 4 intentos previos y ninguno afirmó que había tenido 5 o más intentos. Adicionalmente, 30% reportaron antecedentes de un intento suicida en el último año y el último método registrado más frecuente fue envenenamiento con medicamentos en un 16%, seguido de intento de salto al vacío con un 5%, ningún paciente había intentado saltar al vacío y tampoco hubo registros de otros métodos utilizados. Sólo un paciente tenía un antecedente de

intento de suicidio o suicidio consumado por un familiar de primer grado de consanguinidad, el resto de los pacientes negaron o desconocían este antecedente. El desenlace de todo este grupo de pacientes fue el egreso como indica la tabla 5.

Tabla 2. Datos clínicos de métodos utilizados en los pacientes ingresados por intentos de suicidio entre el 31 de agosto de 2020 al 31 de agosto de 2023 atendidos en el Hospital Universitario Nacional, Clínica universidad de La Sabana y Hospital Santa Clara.

VARIABLES CLÍNICAS			
	INTENTOS DE SUICIDIO NO GRAVES (N,%)	INTENTOS DE SUICIDIO DE GRAVEDAD MEDICA (N,%)	TOTAL INTENTOS DE SUICIDIO. (N,%)
Método utilizado en el intento actual*			
Asfixia.			
No	19 (95%)	113 (94,2%)	132 (94,3%)
Si	1 (5%)	7 (5,8%)	8 (5,7%)
Envenenamiento con medicamentos.			
No	6 (30%)	36 (30%)	42 (30%)
Si	14 (70%)	84 (70%)	98 (70%)
Envenamiento con otras sustancias.			
No	16 (80%)	90 (75%)	106 (75,7%)
Si	4 (20%)	30 (25%)	34 (24,3%)
Herida por arma cortopunzante.			
No	20 (100%)	116 (96,7%)	136 (97,1%)
Si	0 (0%)	4 (3,3%)	4 (2,9%)
Herida por arma de fuego.			
No	20 (100%)	118 (98,3%)	138 (98,6%)
Si	0 (0%)	2 (1,7%)	2 (1,4%)
Salto al vacío.			
No	20 (100%)	118 (98,3%)	138 (98,6%)
Si	0 (0%)	2 (1,7%)	2 (1,4%)
Lanzamiento a vehículo.			
No	20 (100%)	119 (99,2%)	139 (99,3%)
Si	0 (0%)	1 (0,8%)	1 (0,7%)
Otros.			
No	19 (95%)	117 (97,5%)	136 (97,1%)
Si	1 (5%)	3 (2,5%)	4 (2,9%)
Nota: Elaboración propia. *Múltiples opciones de respuesta			

Tabla 3. Datos clínicos de precipitantes en los pacientes ingresados por intentos de suicidio entre el 31 de agosto de 2020 al 31 de agosto de 2023 atendidos en el Hospital Universitario Nacional, Clínica universidad de La Sabana y Hospital Santa Clara.

VARIABLES CLÍNICAS			
	INTENTOS DE SUICIDIO NO GRAVES (N,%)	INTENTOS DE SUICIDIO DE GRAVEDAD MEDICA (N,%)	TOTAL INTENTOS DE SUICIDIO. (N,%)
Precipitante del intento actual*			
No	1 (5%)	36 (30%)	37 (26,4%)
Si	19 (95%)	84 (70%)	103 (73,6%)
Conflictos de pareja o ex pareja.			
No	7 (35%)	78 (65%)	85 (60,7%)
Si	13 (65%)	42 (35%)	55 (39,3%)
Problemas económicos.			
No	16 (80%)	95 (79,2%)	111 (79,3%)
Si	4 (20%)	25 (20,8%)	29 (20,7%)
Problemas escolares/educativos.			
No	20 (100%)	114 (95%)	134 (95,7%)
Si	0 (0%)	6 (5%)	6 (4,3%)
Suicidio de un familiar o amigo.			
No	20 (100%)	120 (100%)	140 (100%)
Si	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Enfermedad crónica o incapacitante.			
No	20 (100%)	114 (95%)	134 (95,7%)
Si	0 (0%)	6 (5%)	6 (4,3%)
Muerte de un familiar o amigo.			
No	18 (90%)	112 (93,3%)	130 (92,9%)
Si	2 (10%)	8 (6,7%)	10 (7,1%)
Problemas judiciales.			
No	20 (100%)	118 (98,3%)	138 (98,6%)
Si	0 (0%)	2 (1,7%)	2 (1,4%)
Maltrato físico o psicológico.			
No	19 (95%)	118 (98,3%)	137 (97,9%)
Si	1 (5%)	2 (1,7%)	3 (2,1%)
Problemas laborales.			
No	16 (80%)	108 (90%)	124 (88,6%)
Si	4 (20%)	12 (10%)	16 (11,4%)
Otros.			
No	18 (90%)	106 (88,3%)	124 (88,6%)
Si	2 (10%)	14 (11,7%)	16 (11,4%)

Nota: Elaboración propia. *Múltiples opciones de respuesta

Tabla 4 Datos clínicos de precipitantes en los pacientes ingresados por intentos de suicidio entre el 31 de agosto de 2020 al 31 de agosto de 2023 atendidos en el Hospital Universitario Nacional, Clínica universidad de La Sabana y Hospital Santa Clara.

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS			
	INTENTOS DE SUICIDIO NO GRAVES (N,%)	INTENTOS DE SUICIDIO DE GRAVEDAD MEDICA (N,%)	TOTAL INTENTOS DE SUICIDIO. (N,%)
Antecedente de un trastorno mental			
No	11 (55%)	40 (33,3%)	51 (36,4%)
Si	9 (45%)	80 (66,7%)	89 (63,6%)
Tipo de trastorno mental*			
Trastornos depresivos.			
No	14 (70%)	67 (55.8%)	81 (57,9%)
Si	6 (30%)	53 (44.2%)	59 (42,1%)
Esquizofrenia/ otros trastornos psicóticos.			
No	20 (100%)	110 (91,6)	130 (92.9%)
Si	0 (0%)	10 (8,4%)	10 (7.1%)
Trastornos de ansiedad.			
No	20 (100%)	111 (92,5%)	131 (93.6%)
Si	0 (0%)	9 (7,5%)	9 (6.4%)
Trastorno bipolar.			
No	20 (100%)	113 (94,2%)	133 (95%)
Si	0 (0%)	7 (5,8%)	7 (5%)
Trastorno de la personalidad.			
No	17 (85%)	102 (85%)	119 (85%)
Si	3 (15%)	18 (15%)	21 (15%)
Trastorno por déficit de atención e hiperactividad.			
No	20 (100%)	119 (99,2%)	139 (99,3%)
Si	0 (0%)	1 (0,8%)	1 (0,7%)
Trastorno de conducta.			
No	19 (95%)	107 (89.2%)	126 (90%)
Si	1 (5%)	13 (10,8%)	14 (10%)
Otro.			
No	16 (80%)	110 (91,6%)	126 (90%)
Si	4 (20%)	10 (8,4%)	14 (10%)
Nota. Elaboración propia. * Varias opciones de respuesta.			

Tabla 5. Datos clínicos generales de los pacientes ingresados por intentos de suicidio en el periodo comprendido entre el 31 de agosto de 2020 al 31 de agosto de 2023 atendidos en el Hospital Universitario Nacional, Clínica universidad de La Sabana y Hospital Santa Clara.

VARIABLES CLÍNICAS			
	INTENTOS DE SUICIDIO NO GRAVES (N,%)	INTENTOS DE SUICIDIO DE GRAVEDAD MEDICA (N,%)	TOTAL INTENTOS DE SUICIDIO. (N,%)
Lugar del intento suicida.			
Vivienda	20 (100%)	110 (91,7%)	130 (92,9%)
Vía pública	0 (0%)	5 (4,2%)	5 (3,6%)
Lugar de trabajo	0 (0%)	4 (3,3%)	4 (2,9%)
Otros	0 (0%)	1 (0,8%)	1 (0,7%)
Consumo de sustancias psicoactivas al momento del intento suicida.			
No	19 (95%)	102 (85%)	121 (86,4%)
Si	1 (5%)	18 (15%)	19 (13,6%)
Consumo de alcohol al momento del intento suicida.			
No	14 (70%)	91 (75,8%)	105 (75%)
Si	6 (30%)	29 (24,2%)	35 (25%)
Consumo de otras sustancias psicoactivas al momento del intento suicida.			
No	19 (95%)	112 (93,3%)	131 (93,6%)
Si	1 (5%)	8 (6,7%)	9 (6,4%)
Antecedente de intento suicida en el último año.			
No	14 (70%)	97 (80,8%)	111 (79,3%)
Si	6 (30%)	23 (19,2%)	29 (20,7%)
Antecedente de intento suicida alguna vez en la vida.			
No	12 (60%)	70 (58,8%)	82 (59%)
Si	8 (40%)	49 (41,2%)	57 (41%)
Número de intentos suicidas previos.			
Nunca	12 (60%)	74 (62%)	86 (61%)
1 o 2 intentos previos.	7 (35%)	29 (24%)	36 (26%)
3 o 4 intentos previos.	1 (5%)	14 (12%)	15 (11%)
5 o más intentos previos.	0 (0%)	3 (2%)	3(2%)
Antecedente de intento suicida en familiares de primer grado de consanguinidad.			
Si	1 (5%)	6 (5%)	7 (5%)
No	19 (95%)	110 (91,7%)	129 (92,1%)
No Sabe.	0 (0%)	4 (3,3%)	4 (2,9%)

Antecedente de suicidio consumado en familiares de primer grado de consanguinidad.			
Si	1 (5%)	6 (5%)	7 (5%)
No	19 (95%)	110 (91,7%)	129 (92,1%)
No Sabe.	0 (0%)	4 (3,3%)	4 (2,9%)
Desenlace final.			
egreso	20 (100%)	118 (98,3%)	138 (98,6%)
muerte	0 (0%)	2 (1,7%)	2 (1,4%)
Diagnostico psiquiátrico Cie-10 al ingreso.			
X600 a X849	15 (75%)	103 (85,8%)	118 (84,3%)
Y870	1 (5%)	0 (0%)	1 (0,7%)
Z915	4 (20%)	17 (14,2%)	21 (15%)

Frecuencia de Intentos suicidas de gravedad médica:

De las 3 instituciones se recibió una población total elegible de 783 pacientes de los cuales 564 (72%) eran intentos de suicidio no graves y 219 (28%) intentos de suicidio de gravedad médica. Con esta muestra se procedió a revisar de manera individual cada historia clínica evaluando detalladamente los registros de todo el personal de salud. Por lo anterior, al completar el tamaño de muestra con un número total de 140 pacientes, previamente estipulado; se desarrolló la evaluación de resultados y se evidenció una discrepancia con la muestra total inicial ya que la frecuencia de nuestra muestra obtenida de los intentos de suicidio de gravedad médica era del 85.7% en comparación a la de las 3 instituciones correspondiente al 28%.

Como se mencionó en el apartado de métodos, dado el registro de la información, la mayoría de los pacientes incluidos corresponden al grupo de intentos suicidas de gravedad médica, difiriendo de la proporción de la muestra de elegibles como se puede apreciar en la Tabla 3. En la institución donde más ingresaron pacientes con intentos de suicidio de gravedad médica fue en Hospital Universitario Nacional de Colombia siendo casi el doble que en Hospital Santa Clara y más de seis veces que en la Clínica Universidad de La Sabana.

Tabla 6. Frecuencia de Intentos suicidas de gravedad médica de pacientes ingresados entre el 31 de agosto de 2020 al 31 de agosto de 2023 atendidos en el Hospital Universitario Nacional, Clínica universidad de La Sabana y Hospital Santa Clara.

	Intentos de suicidio de gravedad médica (N,%)	Intentos de suicidio no graves. (N,%)	TOTAL (N: numero de pacientes)
Muestra de elegibles Clínica Universidad de La Sabana	37 (11.4%)	288 (88.6%)	325 (100%)

Muestra de elegibles Hospital Santa Clara.	152 (36.5%)	265 (63.5%)	417 (100%)
Muestra de elegibles Hospital Universitario Nacional de Colombia	30 (73.2%)	11(26.8%)	41 (100%)
TOTAL MUESTRA OBTENIDA	<u>120 (85.7%)</u>	20 (14.3%)	140 (100%)
TOTAL ELEGIBLES	<u>219 (28%)</u>	564 (72%)	783 (100%)
Nota: Elaboración propia.			

Factores asociados a la gravedad del intento suicida:

Inicialmente se calcularon los estimadores crudos mediante análisis bivariados y se pretendía incluir aquellas variables con valores de significación menores de 0.2 encontrando 3 variables que podrían tener asociación, posteriormente se procedió a realizar un modelo de regresión logística donde la variable dependiente es presencia de intento de suicidio de gravedad médica, descartándose asociaciones válidas, por lo tanto se considera que la muestra no tiene poder significativo para encontrar asociaciones.

Se calcularon los estimadores de asociación presentados como ORs con sus correspondientes intervalos de confianza del 95% y se encontraron asociaciones que podrían ser estadísticamente significativas y que se registran en la tabla 7.

El riesgo de la gravedad del intento de suicidio podría tener más probabilidad en sexo masculino (OR = 1.234, IC95% = 0.246-6.18), con hijos (OR = 11.924, IC95% = 0.219-6.46), religión (OR = 0.0664, IC95% = 0,0014-3.111), que hayan tenido precipitantes como conflictos de pareja o expareja (OR = 0.2518, IC95% = 0,107-0,782) y problemas económicos (OR = 1.312, IC95% = 0,2117-8,1344), muerte de un familiar o amigo (OR = 0.5241 , IC95% = 0,05159-5,3239), Problemas laborales (OR = 1.16253, IC95% = 0,1805-7,486), consumo de sustancias psicoactivas al momento del intento suicida (OR = 0.6714 , IC95% = 0,2080-12,5316), antecedente de un trastorno mental (OR = 3.873 , IC95% = 0,711-21,11), Antecedente de intento suicida en el último año (OR = 0.139, IC95% = 0,013-1,444), Antecedente de intento suicida alguna vez en la vida (OR = 1,6147, IC95% = 0,2080-12,531). Como factor protector podría ser el tener una pareja estable (OR = 0.2, IC95% = 0.038-1.08). Dado que intervalos incluyen al 1, no se puede descartar la posibilidad de que no haya asociación. Además, algunos intervalos de confianza en algunos casos son bastante amplios, lo que sugiere cierta incertidumbre en la estimación.

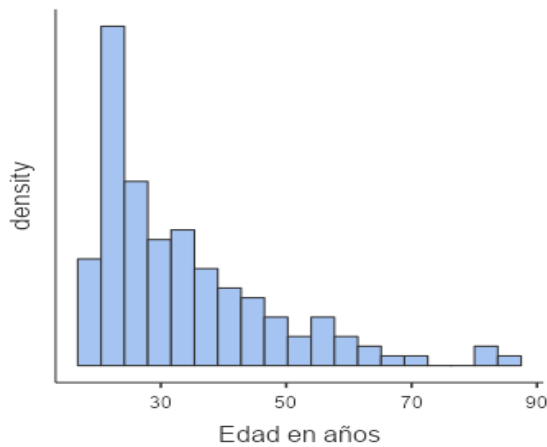
Tabla 7. Factores asociados a la gravedad del intento suicida de pacientes atendidos en el Hospital Universitario Nacional, Clínica universidad de La Sabana y Hospital Santa Clara.

Variable	OR	IC 95%	p
Sexo masculino.	1,234	0,246-6.18	0,798
Pareja estable.	0,2028	0,038-1.08	0.062
Hijos.	11.924	0,219-6.46	0,311
Religión.	0,0664	0,0014-3.111	0,167
Precipitante del intento suicida actual			

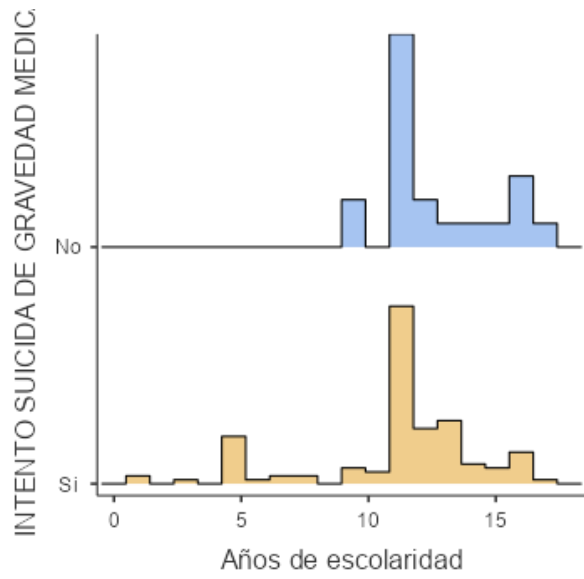
Conflictos de pareja o ex pareja.	0,2518	0,107-0,782	0,18
Problemas económicos.	1,312	0,2117-8,1344	0,77
Muerte de un familiar o amigo.	0,5241	0,05159-5,3239	0,585
Maltrato físico o Psicológico.	0,9811	0,4172-23,076	0,991
Problemas laborales.	1,16253	0,1805-7,486	0,874
Otros.	0,1005	0,0070-1,4298	0,09
Consumo de sustancias psicoactivas al momento del intento suicida.	0,6714	0,2080-12,5316	0,647
Antecedente de un trastorno mental.	3,873	0,711-21,11	0,118
Antecedente de intento suicida en el último año.	0,139	0,013-1,444	0,098
Antecedente de intento suicida alguna vez en la vida.	1,6147	0,2080-12,531	0,647
Nota: Elaboracion propia. OR:odds ratio, IC: Intervalo de confianza al 95%.			

GRAFICAS

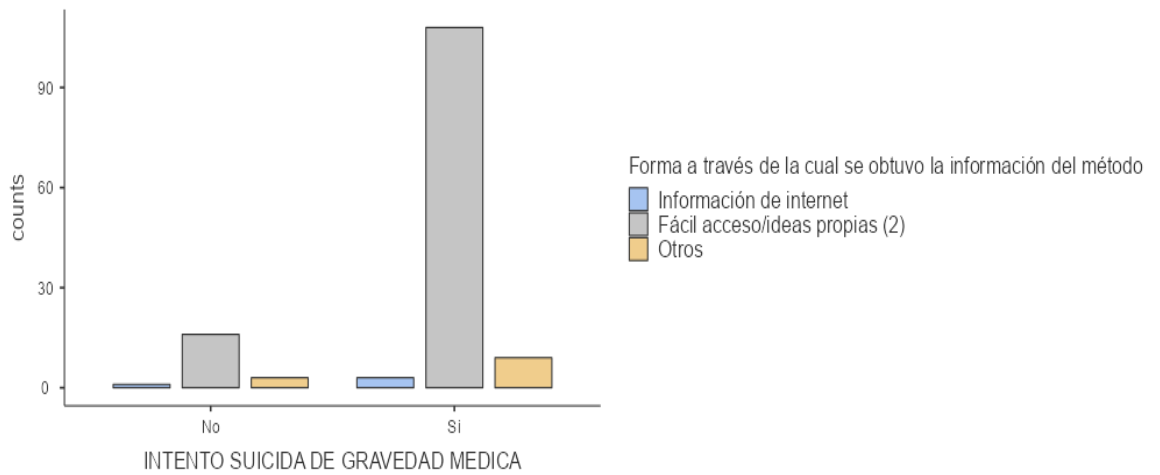
Gráfica 1. Edad en años del total de la muestra correspondiente a 140 pacientes.



Gráfica 2. Años de escolaridad según la gravedad del intento suicida.



Gráfica 3. Forma a través de la cual tuvo información según la gravedad del intento suicida.



DISCUSIÓN:

El presente estudio evaluó las variables sociodemográficas y clínicas relacionadas con los pacientes atendidos por intento de suicidio en la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E, Hospital Universitario Santa Clara, el Hospital Universitario Nacional de Colombia y la Clínica Universidad de La Sabana en la ciudad de Bogotá. El estudio muestra según la caracterización, que la población de intentos de suicidio graves estaba conformada por valores similares en hombre y mujeres, con una ligera mayoría femenina, además el método más común de intento de suicidio en ambos sexos fue la intoxicación por medicamentos seguida de otras sustancias. Estos resultados coinciden con la literatura hasta el momento, más grande asociada a intentos de suicidio de gravedad médica. (J. Corbé, C. Montout, A. Fares, I. Belhadj, T. Boudemaghe, T. Mura, and J. Lopez-Castroman, 2023).

Según este método de intento implementado, el 70% corresponde a intoxicación por medicamentos, y el 24.3% con plaguicidas y otras sustancias; corroborando en varios estudios que, al ser un mecanismo de fácil acceso, sin las respectivas medidas de control, este puede ser usado por la mayoría de los grupos poblacionales. (A. Vigoya, Y. Osorio, Y. Salamanca, 2019).

Al evaluar el área de ocurrencia se encontró que la mayoría de los casos se presentaron en el área urbana (95.7%), valor que supera significativamente las cifras reportadas a nivel nacional en 2021; donde los casos reportados en las zonas urbanas, correspondieron al 72.3%. Sin embargo, hay concordancia con la edad, ya que la población entre los 15 a 29 años es la de mayor riesgo, la cual va en aumento en los últimos años, según la OMS (Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, 2021).

En los intentos de suicidio de gravedad médica se ha identificado como principales factores, presentar un trastorno psiquiátrico, altos niveles de depresión y ansiedad que coinciden con nuestros hallazgos (instituto Nacional de Salud, 2022), aunque es importante tener en cuenta que las características descritas por sí solas no son determinantes para que una persona intente suicidarse.

Al analizar la forma a través de la cual se obtuvo la información del método suicida actual según nuestros resultados, se observa relación con el acceso a los medios letales, la fácil disponibilidad de los medios utilizables para suicidarse sin embargo se contradice con la información reportada debido al amarillismo de los medios de comunicación en el momento de cubrir noticias relacionadas con suicidio ya que nuestra muestra no reporta este medio para obtener información del método (Organización Mundial de la Salud, 2014).

Un estudio refiere que si bien las mujeres hacen más intentos, los hombres mueren con más frecuencia, a pesar de las limitaciones de nuestro estudio, los resultados concuerdan ya que los desenlaces fatales de la población de nuestro estudio fue sólo en hombres (Canetto y Sakinofsky, 1998 ; Schrijvers et al., 2012). Otro aspecto relacionado es que los intentos de suicidio médicamente graves tenían más probabilidades de ocurrir en pacientes con esquizofrenia y otros trastornos psicóticos lo cual se correlaciona a nuestros resultados donde únicamente hubo pacientes con estos antecedentes en el grupo de intentos de suicidio de gravedad médica (Sunghwan Kim, 2019).

Los análisis de regresión logística multivariada mostraron que nuestro modelo no era significativo por lo tanto se cree que nuestros hallazgos deben considerarse en el contexto de las limitaciones. Todos los pacientes estudiados corresponden a los pacientes que cumplieron la totalidad de los criterios de inclusión encontrándose un tamaño de muestra según gravedad del intento opuesto al total de elegibles, por lo tanto, debido a la metodología, los resultados no pudieron ser aplicables a aquellos pacientes que eran elegibles, pero que cumplían la mayoría y no el total de criterios de inclusión.

Como razones que podría explicar la ausencia de hallazgos de asociación entre la relación de la gravedad del intento suicida y presencia o no de un grupo de variables sociodemográficas y clínicas, podría ser el relacionado al sesgo de información que previamente se había estimado, ya que la calidad de datos en los registros era insuficiente para añadirla a la base de datos obtenida.

Al evaluar cada historia clínica se halló que en los registros de los intentos de suicidio no graves, la variables que menos se diligenciaron fueron, dentro de las sociodemográficas, los ítem de religión y años de educación y en cuanto a las clínicas los ítems correspondientes a tipo de precipitante, forma a través de la cual obtuvo información del método, antecedentes de intentos de suicidio algunas vez en la vida, antecedentes de intentos de suicidio en el último año, antecedentes de intento de suicidio o consumado en familiares de primer grado de consanguinidad. Debido a esto se tuvo que excluir la mayoría de las historias clínicas de intentos de suicidio no graves sesgando el resultado de nuestra muestra cómo se describe en la tabla 6.

Con lo referido, se sugiere solicitar una enmienda del actual protocolo, para realizar una reevaluación del protocolo en general y en especial, en los criterios de inclusión y exclusión con la finalidad de obtener una muestra más robusta y con el poder de encontrar asociaciones que no se obtuvo en el presente estudio.

CONCLUSIONES:

- Algunos factores parecen estar relacionados con un mayor riesgo de gravedad del intento suicida como en pacientes de sexo masculino, con hijos, algún tipo de religión, que hayan tenido precipitantes como conflictos de pareja o expareja, problemas económicos, muerte de un familiar o amigo, problemas laborales, con un consumo de sustancias psicoactivas al momento o previo al intento suicida. Así como tener antecedentes de un trastorno mental, de intento suicida en el último año o alguna vez en la vida. Contrario a lo anterior, tener una pareja estable parece que podría tener una asociación protectora. Sin embargo, se recomienda interpretar los resultados con precaución y considerarlos en el contexto de las limitaciones mencionadas.
- Aunque este estudio nos orientó y generó hallazgos significativos en cuanto a la caracterización de los pacientes que ingresaron por intentos de suicidio en las tres instituciones desde el punto de vista sociodemográfico y clínico, es importante reconocer y abordar las limitaciones inherentes al análisis de datos basado en registros clínicos.
- Una de las limitaciones más importantes que se encontraron y se habían considerado, fueron la presencia de sesgos de información procedentes de los registros clínicos incompletos de las historias médicas. Esto pudo relacionarse con algunas inexactitudes y omisiones en los datos seleccionados, lo cual impacta directamente en la validez y confiabilidad de nuestros resultados.

- Con la muestra obtenida no fue posible de manera válida y confiable determinar la relación entre gravedad del intento suicida y presencia o no de un grupo de variables sociodemográficas y clínicas debido a la falta de significancia estadística.
- Este estudio recalca la importancia de mejorar la calidad del registro clínico y destaca la necesidad de capacitación entre profesionales de la salud y expertos en investigación para garantizar una recolección de datos más completa en el futuro.

Glosario:

Afrocolombiano: que pertenece a los grupos humanos que hacen presencia en todo el territorio nacional (urbano-rural), de raíces y descendencia histórica, étnica y cultural africana nacidos en Colombia, con su diversidad racial, lingüística y folclórica. (Grueso, et al, 2007).

Amenaza Suicida: Acto interpersonal, verbal o no verbal, que podría predecir una posible conducta suicida en el futuro cercano (Sistema General de Seguridad Social en Salud-Guía completa, 2017).

Caso confirmado clínicamente de intento suicida: Conducta potencialmente lesiva autoinfligida y sin resultado fatal, para la que existe evidencia implícita o explícita de intencionalidad de provocarse la muerte. Dicha conducta puede causar o no lesiones, independientemente de la letalidad del método (Protocolo de Vigilancia de Intento de Suicidio, 2022).

Caso descartado de intento suicida: Se descartan los casos que no cumplan con la definición, como el plan o la ideación suicida, y las intoxicaciones accidentales (Protocolo de Vigilancia de Intento de Suicidio, 2022).

Comunicación suicida: Acto interpersonal que transmite pensamientos, deseos o intencionalidad de acabar con la propia vida, para los que existe evidencia implícita o explícita de que este acto de comunicación no supone por sí mismo una conducta suicida. Existen dos tipos: amenaza suicida y plan suicida. (Sistema General de Seguridad Social en Salud-Guía completa, 2017).

Conducta Suicida: Conducta potencialmente lesiva y autoinfligida, en la que hay evidencia de que: a) la persona desea utilizar la aparente intencionalidad de morir con alguna finalidad, b) la persona presenta algún grado, determinado o no, de intencionalidad suicida. Puede clasificarse en: ideación, plan e intento suicidas (Sistema General de Seguridad Social en Salud-Guía completa, 2017).

Familia Nuclear: Corresponde a una concepción restringida de la familia, limitada a los vínculos de parentesco más estrechos. Existen cuatro tipos: a) Matrimonio o pareja sin hijos. b) Matrimonio o pareja con uno o más hijos. c) Padre con uno o más hijos. d) Madre con uno o más hijos. (INE-España, Definiciones censales básicas, 2000).

Familia Extensa: También llamada familia extendida y hace referencia a la estructura de parentesco que reside en el mismo hogar y se conforma por parientes pertenecientes a distintas generaciones. (Cavinaton, Joseph L, 2000).

Gesto Suicida: Conducta potencialmente lesiva autoinfligida para la que existe evidencia, implícita o explícita, de que la persona no tiene la intención de matarse. Este tipo de conducta puede no provocar lesiones, provocar lesiones o provocar la muerte. También se denomina Autolesión. (Sistema General de Seguridad Social en Salud-Guía completa, 2017).

Ideación suicida: Pensamientos o cogniciones sobre el suicidio. (Sistema General de Seguridad Social en Salud-Guía completa, 2017).

Indígena: Persona que pertenece a alguno de los grupos étnicos descendientes directos de las civilizaciones precolombinas y que conservan su propia identidad (Real Academia Española).

Intento de suicidio: Conducta autoinfligida, iniciada y realizada por un individuo con el uso de diferentes métodos, sin la intervención de otros, y sin resultado fatal. La existencia de intentos suicidas en el pasado es uno de los factores de riesgo más importantes para la ocurrencia del suicidio consumado en la población general (Organización Mundial de la Salud, 2014).

Intentos de suicidio de gravedad médica: Son aquellos intentos suicidas que requieren hospitalización por más de 24 horas y tratamiento en unidades especializadas, cirugía bajo anestesia general, y/o tratamiento médico incluyendo antídotos para sobredosis, telemetrías o pruebas repetidas. (Review Frontiers in Psychiatry, 2018).

Palenquero: Descendiente de los esclavizados que mediante actos de resistencia y de libertad, se refugiaron en los territorios de la Costa Norte de Colombia desde el Siglo XV denominados palenques. Existen 4 Palenques reconocidos: San Basilio de Palenque, San José de Uré, Jacobo Pérez escobar y La Libertad. (Portal Único del Estado Colombiano, 2023).

Plan suicida: Es la propuesta de un método con el que llevar a cabo una conducta suicida potencial (Sistema General de Seguridad Social en Salud-Guía completa, 2017).

Raizal: Nativo de las Islas de San Andrés, Providencia Y Santa Catalina descendientes de la unión entre europeos y esclavos africanos (Portal Único del Estado Colombiano, 2023).

Rrom: Se es Gitano Rrom por vínculo paterno y en consecuencia por la pertenencia a un grupo de parentesco con la idea de un origen y una historia común enmarcada dentro de una cosmovisión, con un sistema de valores frente al Gaydé y un orden socioeconómico, dependiendo de la edad y el sexo fundamentado en una tradición de itinerancia. (Ministerio de Salud, 2010).

Suicidio: Muerte ocasionada por la lesión autoinfligida informada como intencional” (Organización Mundial de la Salud, 1992).

Superviviente de un suicidio: Se refiere a los allegados de una persona que ha realizado un suicidio y, aunque tradicionalmente el concepto se ha reservado para la familia, en la actualidad se ha extendido también a los allegados (amigos, compañeros de trabajo o de clase y vecinos). (Sistema General de Seguridad Social en Salud-Guía completa, 2017).

Bibliografía.

- Andr, P., Toquica, P. V., Eduardo, L., & Pasi, O. Conducta suicida en la clínica universitaria colombiana 2011-2012, (2014), 17(2), 62–69.
- A. Vigoya, Y. Osorio, Y. Salamanca Caracterización del intento de suicidio en una ciudad colombiana 2012 – 2017, (2019)
- Beautrais, A. L. Subsequent mortality in medically serious suicide attempts: A 5 year follow-up. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, (2003). <https://doi.org/10.1046/j.1440-1614.2003.01236.x>
- Beautrais, A. L. Further Suicidal Behavior Among Medically Serious Suicide Attempters. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, (2004), 34(1), 1–11. <https://doi.org/10.1521/suli.34.1.1.27772>
- Beautrais, A. L. Medicine : Suicides and serious suicide attempts : two populations or one ? Suicides and serious suicide attempts : two populations or one ?, (July 2001), 837–845. <https://doi.org/10.1017/S0033291701003889>
- Beitia-cardona, P. N., & Benavides-portilla, M. Investigación Intento suicida y factores asociados en dos instituciones de Cali – Colombia Suicide attempts and associated factors in two institutions of Cali – Colombia Tentativa de suicídio e fatores associados em duas instituições da Cali - Colômbia In, (2019), 16(1), 19–31.
- Bryan, C. J., & Rudd, M. D. Advances in the assessment of suicide risk. *Journal of Clinical Psychology*, (2006). <https://doi.org/10.1002/jclp.20222>
- Centers for Disease Control and Prevention. More than a mental health problem. [online] Available, (2020). at: <https://www.cdc.gov/vitalsigns/suicide/index.html>.
- Chang, S. Sen, Stuckler, D., Yip, P., & Gunnell, D. Impact of 2008 global economic crisis on suicide: Time trend study in 54 countries. *BMJ (Online)*, (2013). <https://doi.org/10.1136/bmj.f5239>
- Cipriani, A., Hawton, K., Stockton, S., & Geddes, J. R. Lithium in the prevention of suicide in mood disorders: Updated systematic review and meta-analysis. *BMJ (Online)*, (2013), 347(7916), 1–13. <https://doi.org/10.1136/bmj.f3646>
- Fazel, S., & Runeson, B. Suicide. *The New England Journal of Medicine*, 382(3), (2020), 266–274. <https://doi.org/10.1056/NEJMra1902944>
- Gunnell, D., Knipe, D., Chang, S., Pearson, M., Konradsen, F., Lee, W. J., & Eddleston, M. Articles Prevention of suicide with regulations aimed at restricting access to highly hazardous pesticides : a systematic review of the international evidence. *The Lancet Global Health*, (17), (2017). 1–12. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(17\)30299-1](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(17)30299-1)
- Grupo de Vigilancia y Control de Enfermedades No Transmisibles. Protocolo de Vigilancia de Intento de suicidio, (2022), 5.
- Guía de Práctica Clínica para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la ideación y/o conducta suicida. Sistema General de Seguridad Social en Salud – Colombia (2017).
- Hirschfeld, R. M. A., & Russell, J. M. Assessment and Treatment of Suicidal, (2002).

- Huang, K. L., Wei, H. T., Hsu, J. W., Bai, Y. M., Su, T. P., Li, C. T., ... Chen, M. H. Risk of suicide attempts in adolescents and young adults with attention-deficit hyperactivity disorder: A nationwide longitudinal study. *British Journal of Psychiatry*. (2018). <https://doi.org/10.1192/bjp.2018.8>
- Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (2018). *Forensis, Datos para la vida*. (2019) Pag 265 – 294.
- Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (2021). *Forensis, Datos para la vida*. Pag 339-366
- Instituto Nacional de Salud. *Boletín Epidemiológico Semanal* (2021)
- Juurlink, D. N., Herrmann, N., Szalai, J. P., Kopp, A., & Redelmeier, D. A. Medical illness and the risk of suicide in the elderly. *Archives of Internal Medicine* (2004).
- J. Corbé, C. Montout, A. Fares, I. Belhadj, T. Boudemaghe, T. Mura, and J. Lopez-Castroman, A comprehensive study of medically serious suicide attempts in France: incidence and associated factors, (2023)
- Kaufman, E. J., Morrison, C. N., Branas, C. C., & Wiebe, D. J. State firearm laws and interstate firearm deaths from homicide and suicide in the United States a cross-sectional analysis of data by county. *JAMA Internal Medicine*, (2018). 178(5), 692–700. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2018.0190>
- Kit, S., Chan, W., Wing, S., Chan, Y., Pang, H. H., Yan, K. K., ... Chen, H. Association of an Early Intervention Service for Psychosis With Suicide Rate Among Patients With First-Episode Schizophrenia-Spectrum Disorders, (2018). 1–7.
- Kleiman, E. M., & Liu, R. T. Social support as a protective factor in suicide: Findings from two nationally representative samples. *Journal of Affective Disorders*. (2013). <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.01.033>
- Kyung-Sook, W., SangSoo, S., Sangjin, S., & Young-Jeon, S. Marital status integration and suicide: A meta-analysis and meta-regression. *Social Science and Medicine*. (2018). <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.11.053>
- Lawrence, R. E., Oquendo, M. A., & Stanley, B. Religion and Suicide Risk: A Systematic Review. *Archives of Suicide Research*. (2016).
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2017). *Boletín de salud mental Depresión Subdirección de Enfermedades No Transmisibles, 0–16*. <https://doi.org/10.1139/F10-058>
- Ministerio de Salud y Protección Social. *Guía de práctica clínica Detección temprana y diagnóstico del episodio*. (2013).
- Ministerio de Salud y Protección social, C. *Encuesta Nacional de Salud Mental 2015*. Ministerio de Salud y Protección Social, (2015). (Vol. Tomo I). <https://doi.org/978-958-8903-19-4>
- M. B. Anxiety disorders and risk for suicidal ideation and suicide attempts: A population-based longitudinal study of adults. *Archives of General Psychiatry*. (2005). <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.11.1249>
- O'Carroll, P. W., Berman, A. L., Maris, R. W., Moscicki, E. K., Tanney, B. L., & Silverman, M.M. Beyond the Tower of Babel: a nomenclature for suicidology. *Suicide & Life-Threatening Behavior*. (1996). <https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.1996.tb00609.x>

- Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10. WHO. (1992). <https://doi.org/9788479034924>
- Organización Mundial de la Salud. Prevención del suicidio: un imperativo global. (2014).
- Organización Mundial de la Salud. <https://doi.org/10.1002/9780470774120>
- Organización Panamericana de la Salud. Mortalidad por suicidio en las Américas: Informe regional. Retrieved from, (2014).
- Organization, W. H. Preventing suicide: A Global Imperative. World Health Organization. (2014). <https://doi.org/10.1093/qjmed/hch106>
- Patients. New England Journal of Medicine. <https://doi.org/10.1056/nejm199709253371307>.
- Palmer, B. A., Pankratz, V. S., & Bostwick, J. M. The lifetime risk of suicide in schizophrenia: A reexamination. *Archives of General Psychiatry*. (2005).
- Pereira, D. Caracterización del intento suicida en pacientes que ingresaron al Instituto del Sistema Nervioso. (2014).
- Pérez-olmos, I., Ibáñez-pinilla, M., Reyes-figueroa, J. C., & Suárez-díaz, J. Y. A. M. J. Factores Asociados al Intento Suicida e Ideación Suicida Persistente en un Centro de Atención Primaria. Bogotá, 2004-2006, (2008). 10(3), 374–385.
- Pirkis, J., & Burgess, P. Suicide and recency of health care contacts: A systematic review. *British Journal of Psychiatry*. (1998)
- Pirkis, J., Nicholas, A., & Gunnell, D. The case for case-control studies in the field of suicide prevention. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 2018–2020. (2019). <https://doi.org/10.1017/S2045796019000581>
- Protocolo de Vigilancia de Intento de Suicidio. Versión 04. (2022).
- PSIC, S. Factores de riesgo asociados a conductas suicidas en niños y adolescentes. *Archivos de Medicina*. (2011).
- Quitian, H., Ruiz-Gaviria, R. E., Gómez-Restrepo, C., & Rondón, M. Pobreza y trastornos mentales en la población colombiana, estudio nacional de salud mental 2015. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 45(S 1), (2016), 31–38.
- Ribeiro, J. D., Huang, X., Fox, K. R., & Franklin, J. C. Depression and hopelessness as risk factors for suicide ideation, attempts and death: Meta-analysis of longitudinal, (2018).
- studies. *British Journal of Psychiatry*. <https://doi.org/10.1192/bjp.2018.27>
- Rosen, D. H. The Serious Suicide Attempt: Five-Year Follow-up Study of 886 Patients. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*. (1976). <https://doi.org/10.1001/jama.1976.03260450017021>
- Sareen, J., Cox, B. J., Afifi, T. O., De Graaf, R., Asmundson, G. J. G., Ten Have, M., & Stein, Shneidman, E. S. Suicide as psychache. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. (1993). <https://doi.org/10.1097/00005053-199303000-00001>
- Sunghwan Kim, Kyoung Ho Choi, Kang-Sook Lee, Dai-Jin Kim, Seung-Chul Hong, Hae-Kook Lee, Yong-Sil Kweon, Chung Tai Lee, And Kyoung-Uk Lee, Risk factors for serious suicide attempts with high medical severity, *The American Association of Suicidology*, (2019).
- Upegui, H. V., Campo-Cabal, G., García, M. M. P., Gallardo, Á. M. G., & Cortés, C. B. Caracterización de la población con intento de suicidio en el Hospital Universitario del Valle, Cali

- (1994–2010). *Revista Colombiana de Psiquiatría*. (2014). [https://doi.org/10.1016/s0034-7450\(14\)60153-0](https://doi.org/10.1016/s0034-7450(14)60153-0)
- Van Smeden M, Moons KG, de Groot JA, Collins GS, Altman DG, Eijkemans MJ, Reitsma JB. Sample size for binary logistic prediction models: Beyond events per variable criteria. *Stat Methods Med Res*, (2019). doi: 10.1177/0962280218784726.
 - WONG, N. Reducing Suicide: A National Imperative. *American Journal of Psychiatry*, (2003). <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.8.1534>
 - Yifei Yan, Jianhua Hou, Qing Li, Nancy Xiaonan Yu. Suicide before and during the COVID-19 Pandemic: A Systematic Review with Meta-Analysis. (2023)
 - Zatti, C., Rosa, V., Barros, A., Valdivia, L., Calegari, V. C., Freitas, L. H., ... Schuch, F. B. Childhood trauma and suicide attempt: A meta-analysis of longitudinal studies from the last decade. *Psychiatry Research*. (2017). <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.06.082>