



Factores psicosociales asociados a la reincidencia de intentos de suicidio en pacientes con enfermedad mental atendidos en el Hospital Mental de Antioquia, Colombia, 2014-2016

Psychosocial factors associated with repeated suicide attempts in patients with mental illness treated at Hospital Mental de Antioquia, Colombia, 2014-2016

Fatores psicossociais associados à reincidência de tentativas de suicídio em pacientes com doença mental atendidos no Hospital Mental de Antioquia, Colômbia, 2014-2016

Angie Vanessa Velásquez Vélez¹; Marisol Medina Tamayo²; Isabel Cristina Pérez Villegas³; Natalia Trujillo Orrego⁴

¹ Pregrado en Gerencia de Sistemas de Información en Salud. Universidad de Antioquia, Colombia. angievw3@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7723-250X>

² Pregrado en Gerencia de Sistemas de Información en Salud. Universidad de Antioquia, Colombia. marisol.medinat@gmail.com. ORCID Marisol: <https://orcid.org/0000-0003-1872-4982>

³ Maestría en Epidemiología. Universidad CES, Colombia. sergasesores@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8777-1099>

⁴ PhD en Ciencias Básicas Biomédicas. Universidad de Antioquia, Colombia. natalia.trujillo@udea.edu.co. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7507-1856>

Recibido: 29/07/2021. Aprobado: 15/07/2022. Publicado: 20/08/2022

Velásquez A, Medina M, Pérez I, Trujillo N. Factores asociados al estado nutricional en un grupo de mujeres lactantes de Antioquia, Colombia. Rev. Fac. Nac. Salud Pública. 2022;40(3):e344793. DOI: <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.e344793>

Resumen

Objetivo: Este estudio buscó analizar el comportamiento de factores psicosociales (características sociodemográficas, diagnóstico principal, método de intento, cognición y comportamiento) en relación con el número de intentos de suicidio en pacientes con diagnóstico de enfermedad mental, atendidos en el Hospital Mental de Antioquia, entre los años 2014 y 2016, además de evaluar la relación asociativa de dichos factores en la reincidencia por intento. **Métodos:** Estudio de corte transversal, que analiza, en 248 personas con diagnóstico

de afecciones mentales, la asociación mencionada. Para ello, se describe, primero, el perfil sociodemográfico y clínico; luego, se construye un modelo de regresión logística multivariada, para evaluar la asociación de factores psicosociales con el riesgo de reincidencia por intento. **Resultados:** La población se caracterizó, principalmente, por ser joven (12-20 años) y de género femenino (62,9 %), siendo la reincidencia del 40 %. Entre los hallazgos de mayor relevancia se informa que se presenta una mayor proporción de consumo de sustancias

psicoactivas y bajo apoyo familiar/social en pacientes con cuatro episodios respecto a quienes tuvieron un intento. Los predictores explicativos del riesgo de reincidencia por intento de suicidio fueron el trastorno depresivo recurrente, escaso seguimiento psiquiátrico y el uso de métodos de menor letalidad (corte de muñecas). **Conclusión:** Los resultados

son claves en el marco de la prevención del suicidio, en tanto identifican factores que contribuyen al aumento del número de intentos y su reincidencia, y coincide con la ventana temporal de inicio de vigilancia del evento en el sistema colombiano.

-----*Palabras claves:* Hospital mental, intento de suicidio, factores de riesgo, reincidencia, suicidio, trastornos mentales.

Abstract

Objective: This study sought to analyze psychosocial factors (sociodemographic characteristics, primary diagnosis, method of the attempt, cognition, and behavior) in relation to the number of suicide attempts in patients with a diagnosed mental illness who received care at Hospital Mental de Antioquia, from 2014 to 2016. We also had the objective of evaluating the associative relationship of such factors in recurrence per attempt. **Methodology:** Cross-sectional study that analyzes the abovementioned association in 248 people with diagnosed mental disorders. To this end, we first describe the sociodemographic and clinical profile; then, a multivariate logistic regression model is constructed to assess the association of psychosocial factors with the risk of recurrence per attempt. **Results:** The population was mainly

young (12-20 years old) and female (62.9%), with a recurrence rate of 40%. Among the most relevant findings, there is a higher proportion of psychoactive substance use and low family/social support in patients with four episodes compared to those with one attempt. Predictors explaining the risk of suicide attempt recurrence were recurrent depression, little psychiatric follow-up, and the use of less lethal methods (wrist cutting). **Conclusion:** These results are key in the context of suicide prevention, as they identify factors that contribute to an increased number of suicide attempts and their recurrence, and they coincide with the time window for beginning surveillance of events in the Colombian system.

-----*Keywords:* Mental hospital, suicide attempt, risk factors, recurrence, suicide, mental disorders

Resumo

Objetivo: Este estudo procurou analisar o comportamento de fatores psicossociais (características sociodemográficas, diagnóstico principal, método de tentativa, cognição e comportamento) em relação com o número de tentativas de suicídio em pacientes com diagnóstico de doença mental, atendidos no Hospital Mental de Antioquia, entre os anos 2014 e 2016, além de avaliar a relação associativa de tais fatores na reincidência por tentativa. **Método:** Estudo de corte transversal que analisa em 248 pessoas com diagnóstico de doenças mentais, a referida associação. Para tanto, descreve-se, primeiro, o perfil sociodemográfico e clínico; depois, constrói-se um modelo de regressão logística multivariada, para avaliar a associação de fatores psicossociais com o risco de reincidência por tentativa. **Resultados:** A população caracterizou-se, principalmente, por ser jovem (12-20 anos) e de gênero feminino (62,9%), sendo a reincidência do 40%. Entre os resultados de maior relevância

encontra-se uma maior proporção de consumo de substâncias psicoativas e pouco apoio familiar/social em pacientes com quatro episódios em relação com aqueles que tiveram uma tentativa. Os preditores explicativos do risco de reincidência por tentativa de suicídio foram o transtorno depressivo recorrente, escasso acompanhamento psiquiátrico e o uso de métodos de menor letalidade (corte dos pulsos). **Conclusão:** Os resultados são chaves no marco da prevenção do suicídio, pois identificam fatores que contribuem para o aumento do número de tentativas e sua reincidência, e coincide com uma janela temporal de início de vigilância do evento no sistema colombiano.

-----*Palavras-chave:* Hospital mental, tentativa de suicídio, fatores de risco, reincidência, suicídio, transtornos mentais

Introducción

El intento de suicidio es un problema mundial de salud pública y el factor de riesgo más importante de muerte autoinfligida en la población general. Esta acción puede tener como consecuencia la discapacidad o la muerte, y se presenta especialmente en jóvenes con edades entre los 15 y los 24 años [1]. La incidencia de mortalidad por suicidio, para el 2019, se estimó en 800 000 casos anuales, mientras que en años anteriores, la tasa para intentos fue hasta cuatro veces mayor [1,2]. Particularmente, en el intento de suicidio, los costos sociales, emocionales y económicos son elevados, entre otras razones, por ocasionar lesiones físicas incapacitantes, traumas emocionales y estancias prolongadas de hospitalización; además, por el impacto económico asociado a la posible pérdida de población en edades productivas [3].

En las Américas, el suicidio representó, para el 2015, el 12,4 % de las causas externas de muerte, siendo encabezado por Canadá, Estados Unidos y Cuba, con tasas de suicidio de alrededor del 20 % . En este listado, Cuba representa un ejemplo del aumento de la prevalencia en países en vía de desarrollo [4].

Para América Latina, Cuba, Brasil y Colombia presentan los valores más altos de suicidio, con tasas cercanas al 18 % [5]. Particularmente, en 2018, la tasa promedio de suicidio en Colombia fue de 5,1, mientras que la incidencia del intento fue de 56,8 por cada 100 000 habitantes, siendo el 73,5 % personas con edades entre los 10 y los 29 años [6].

Por otro lado, en el boletín de salud mental realizado por el Ministerio de Salud y Protección Social, se indica que a partir de datos del Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA), pueden concluir que las entidades territoriales con mayor número de casos durante el 2017 fueron, en su orden: Antioquia, Vaupés, Bogotá, Cundinamarca, Nariño y Huila. Sin embargo, la tasa más alta en el país la obtuvo Vaupés, con 128,1 por 100 000 habitantes, seguido de Putumayo (96,3), Caldas (94,8), Huila (86,5), Arauca (83,6) y Quindío (83,1). Además, concluyen que se percibe un incremento anual importante, que puede estar vinculado a la prioridad dada en el país, a partir del año 2016, a su vigilancia y cuantificación [7].

Se reconoce que el análisis de los factores de riesgo psicosociales es una estrategia adecuada para contribuir en la identificación de las causas próximas que acompañan o desencadenan la aparición del fenómeno [8,9]. Dicho análisis se ha concentrado en la investigación prospectiva de individuos con uno o más intentos, y en el estudio retrospectivo de historias clínicas, en busca de causas comunes que en conjunto pudieron desencadenar la muerte autoinfligida [10].

En este sentido, ambas estrategias aportan información valiosa sobre el fenómeno. El estudio prospectivo contribuye a la disminución de la incidencia de nuevos intentos o del suicidio de personas en tratamiento psiquiátrico actual, mientras que el retrospectivo aporta en la caracterización de los riesgos que acompañaron los eventos antecedentes.

Los individuos con intento de suicidio tienen una posibilidad cuatro veces mayor de volver a hacerlo y el riesgo es más alto en el primer año, luego de un intento [11]. Un estudio reciente, que usa técnicas de aprendizaje de máquinas, ha informado una precisión cercana al 80 % para predecir un nuevo intento en una ventana temporal de dos años; sin embargo, ofrece limitada información sobre los factores psicosociales que lo precipitan [12].

Por lo anterior, un marco de interés que complementa los estudios de clasificación integra principalmente el análisis individual y del contexto de vida de los individuos con antecedente de intento de suicidio [13-15], buscando establecer los factores que mayor relación presentan con la ejecución de un nuevo intento (que potencialmente podría llevar a la muerte) y, consecuentemente, las opciones interventivas disponibles. Esta línea de acción puede tener un valor crucial en la disminución de la incidencia del suicidio y en la creación de modelos predictivos del mismo [16].

El foco del examen de estos factores en la población general se ha concentrado, en primera instancia, en el análisis de la relación de conductas suicidas con la enfermedad mental [17,18]. Específicamente, el 90 % de las muertes por suicidio corresponden a personas con historia de alguna enfermedad mental, principalmente en el espectro de los trastornos del estado de ánimo [16,19].

Para Colombia, la depresión reviste especial interés, por cuanto hasta el 60 % de los casos de suicidio y el 52 % de los intentos tuvieron historia clínica previa de esta condición [20]. El interés en su observación se debe, además, a que la posibilidad de intervenir poblaciones con estas características, desde el fortalecimiento de redes de apoyo y el acompañamiento continuo y oportuno, se puede asociar con una disminución importante del riesgo de suicidio [21].

En segunda instancia, la literatura se ha enfocado en el análisis de rasgos de personalidad y estados emocionales (agresividad, impulsividad, ira, irritabilidad, ansiedad, desesperanza), puesto que se ha encontrado que alteraciones en la cognición o el comportamiento, la exposición a experiencias de vital estrés, los antecedentes familiares de consumo de sustancias psicoactivas (SPA) o de suicidio, o el método usado durante el intento, pueden ser determinantes para conducir a la muerte al suicida [22,23].

En síntesis, en países como Colombia, se ha observado un incremento reciente de la incidencia del intento y del suicidio [7]. En este escenario, en líneas de acción enfocadas en el análisis de riesgo, se ha planteado como una alternativa la identificación e intervención de factores críticos en individuos con antecedentes de intentos de suicidio y con presencia de enfermedad mental.

Por lo anterior, este estudio buscó analizar el comportamiento de factores psicosociales (características sociodemográficas, diagnóstico principal, método de intento, cognición y comportamiento) en relación con el número de intentos de suicidio en pacientes con diagnóstico de enfermedad mental, atendidos en la Empresa Social del Estado (ESE) Hospital Mental de Antioquia (HOMO) entre los años 2014 y 2016, además de evaluar la relación asociativa de dichos factores en la reincidencia por intento. Específicamente, se aporta evidencia de la intervención de aquellos factores que permiten diferenciar a pacientes reincidentes por intento de los no reincidentes, y que pueden ser determinantes al momento de concluir o no el suicidio.

El aumento en la comprensión de las características de esta población pudiese ser crucial en la reducción de las tasas de mortalidad por suicidio y en la puesta en marcha de iniciativas de salud pública, en pro de la reducción de los impactos de esta problemática [24].

Metodología

Tipo de estudio

Estudio de corte transversal, con fuente de información secundaria. En este, los análisis fueron presentados para cuatro grupos de interés, los cuales se conformaron según el número de intentos de suicidio, así: uno, dos, tres y cuatro o más intentos.

Participantes

La institución identificó un total de 248 pacientes con diagnóstico de enfermedad mental con ingreso por intento de suicidio entre 2014 y 2016, o que realizaron el intento estando en la misma.

En la identificación, se tuvieron en cuenta: 1) los reportes de individuos que ingresaron al servicio de urgencias por intento de suicidio, registrados con los códigos (X60-X84 y Z91) de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), y 2) los reportados en el SIVIGILA por el mismo motivo. Con ello, la institución suministró códigos únicos de acceso a las historias clínicas electrónicas, para la extracción de variables de interés.

El uso de ambas fuentes de información permitió la conformación de la población de estudio y disminuyó la posibilidad de que hubiese un caso institucional fuera de la misma.

Instrumentos

Se diseñó una base de datos en el *software* Microsoft Excel® Versión 2013 y en Statistics Base versión 22.0 (SPSS® de IBM®), con licencia de la Universidad de Antioquia, para el almacenamiento y el procesamiento de datos.

Los datos recolectados se encuentran consignados en la Historia Clínica Electrónica (XEMCO) de la institución.

Procedimiento

Para los grupos conformados según el número de intentos de suicidio, se describieron las características sociodemográficas y psicosociales de pacientes atendidos en el HOMO, donde se incluyeron variables como: hospitalización, estancia hospitalaria, tratamiento farmacológico, método de intento de suicidio (corte muñecas/brazo/cuello) y diagnóstico principal (episodio depresivo).

Los actos fueron cometidos durante el periodo 2014 a 2016, y la recolección e interpretación de datos se hizo de enero a julio de 2017.

Se controlaron los sesgos de selección mediante la búsqueda en dos fuentes de datos complementarias, para el criterio de agrupación principal (intento de suicidio), y los de interpretación, por medio de entrevistas a los psiquiatras de la institución, con el fin de clarificar detalles de las historias clínicas.

Criterios de evaluación

Los exámenes mentales asociados a la cognición, los estados emocionales y el comportamiento de los pacientes (juicio y raciocinio, introspección, desesperanza, ira, ansiedad) fueron sujetos al juicio de los profesionales del área de psiquiatría, siendo consistente con lo definido en el libro *Principios de semiología psiquiátrica*, en donde la *introspección* es entendida como la capacidad de identificar los estados psicológicos propios y reflexionar sobre ellos, y su alteración se clasifica como ausente, precaria o pobre; y el *juicio y raciocinio* es la actividad mediante la cual la psiquis realiza una síntesis mental que permite llegar a una conclusión entre las ideas o los conocimientos, y su alteración se clasifica como anulada, debilitado, suspendido o desviado [25].

Por otro lado, el área del afecto alude a sentimientos subjetivos, independientes e intensos, producto de una reacción psíquica, directamente vivenciada por cada persona, y en interacción constante con otras áreas del diario vivir, y que tiene como característica el expresarse entre lo agradable y lo desagradable. Allí, la manifestación de la ira es una respuesta de molestia o enojo que se da con facilidad y de manera más intensa de lo esperado, y desproporcionada con respecto a los factores desencadenantes. Por su parte, la *ansiedad* es la duda, expectativa o desesperación constante, como respuesta asociada a un peligro no identificado con precisión ni claridad.

En el área del pensamiento, entendida como la facultad de comprender los objetos o situaciones a partir de los datos de la percepción, memoria e imaginación, se evaluó la presencia o ausencia de desesperanza, lo cual hace referencia a la creencia de que todo saldrá mal en el futuro y nada de lo que se haga cambiará dicho resultado [26].

Por su parte, la *letalidad* se asoció con el método del intento de suicidio, siendo baja cuando explique una proporción menor que 1 % de los suicidios (corte en las venas o la intoxicación por medicamentosa), y alta, cuando explique aproximadamente el 50 % de los casos de suicidio o la efectividad en concluirlo (ahorcamiento, envenenamiento, corte de cuello u otros) [1,26].

Por otro lado, los *eventos vitales de estrés* fueron entendidos como las pérdidas personales, financieras y acontecimientos negativos (muertes, separaciones, pérdida de trabajo o dinero) que pueden potenciar la intención suicida [1].

A su vez, en el estudio, fueron considerados los *antecedentes familiares*, por cuanto han sido asociados con el aumento del riesgo de conducta suicida, en particular cuando se presenta un suicidio en personas de primer grado de consanguinidad, además de otras conductas que pueden afectar el desarrollo personal de los integrantes de las familias, como son las enfermedades mentales (depresión) y el consumo de SPA [1].

Análisis estadístico

A partir de la base de datos diseñada, se efectuó un análisis estadístico univariado, con el que se calcularon las frecuencias absolutas y relativas, que permitieron establecer un perfil sociodemográfico y psicosocial de los pacientes, y un análisis bivariado, usando tablas de contingencia, en función del número de intentos de suicidio.

Posteriormente, para evaluar la relación asociativa de los factores psicosociales en la reincidencia por intento de suicidio en los pacientes con diagnóstico de enfermedad mental, se construyó un modelo de regresión logística binaria, en el que se tuvieron en cuenta: 1) los *casos reincidentes*, que son los que ingresaron repetidamente al HOMO por motivo de intento de suicidio, durante el periodo de estudio, respecto a los *controles*, que son aquellos que presentaron el episodio en una sola ocasión por el mismo motivo en dicho periodo; y 2) la *reincidencia por intento de suicidio*, que se constituye en la variable dependiente para el modelo.

Para la construcción del modelo, en un primer momento se calculó el valor p asociado a la prueba chi-cuadrado (χ^2) de Pearson, con el fin de evaluar si la relación de las variables independientes con la dependiente es significativa. Seguidamente, se llevó a cabo un análisis estratificado, calculando el *odds ratio* (OR) para la evaluación de la asociación del riesgo en las variables cualitativas dicotómicas, con su respectivo intervalo de

confianza. Posteriormente, se determinaron el estadístico Cochran y Mantel y la prueba de Breslow Day para la evaluación del efecto confusor de las variables, y el ajuste del OR en caso tal de que la estimación del mismo indicara estratos homogéneos y, por ende, la variable fuera confusora.

La elección de las variables candidatas de entrar al modelo estuvo sujeta al criterio de Hosmer Lemeshow, el cual indica que aquellas variables con un valor p asociado menor que 0,25 son candidatas para entrar al modelo, usando, además, el método de selección de variables por pasos (Stepwise).

Finalmente, se realizaron las pruebas siguientes: 1) Omnibus, para la evaluación del modelo en general; 2) Wald, para evaluar la significación estadística de cada variable, a partir del cálculo del OR y su respectivo intervalo de confianza, y 3) Bondad de Ajuste del modelo, donde la prueba de Hosmer Lemeshow indica si el ajuste del modelo es bueno; el coeficiente de determinación de Nagelkerke muestra la proporción en que las variables que constituyen el modelo final explican la variabilidad de que ocurra la reincidencia por intento de suicidio, y el porcentaje correcto de clasificación (capacidad predictiva) establece la capacidad que tiene el modelo para clasificar acertadamente casos y no casos.

Consideraciones éticas

Debido al uso de fuentes secundarias, la investigación se considera sin riesgo, siguiendo la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia [27].

Los análisis se presentan con datos agrupados y no se revela información socioeconómica o clínica de los participantes en el estudio.

El comité de ética del HOMO avaló el 27 de enero de 2016 el desarrollo y el acompañamiento del estudio.

Además, se usaron códigos de identificación, buscando mantener la privacidad de las historias clínicas, conforme a la declaración de Helsinki [28].

Resultados

Los pacientes con diagnóstico de enfermedad mental y antecedentes de intento de suicidio del estudio se caracterizan principalmente por pertenecer al estrato socioeconómico 2 (61,69 %), tener ingresos promedio de 91,18 USD* (complementariamente, véanse [20,21]); tener una edad entre 12 y 20 años (54,44 %), ser de sexo femenino (62,90 %), ser soltero y no tener hijos (75,40 %). En

* En Colombia, el estrato socioeconómico permite la clasificación en estratos de los inmuebles residenciales que deben recibir servicios públicos. Por otra parte, un USD equivale a \$ 2392,46 según la tasa representativa del mercado al miércoles 31 de diciembre de 2014.

adición, el 53,23 % reporta tener un bachillerato incompleto y el 80,24 % depende económicamente de terceros. En cuanto a la ocupación, el 42,44 % se encuentra estudiando, mientras que el 28,63 % no realiza ninguna actividad laboral/académica, y el 22,98 % cuenta con un empleo formal.

La distribución de los casos de intentos atendidos en Antioquia, durante el periodo de estudio, se concentran, además de Medellín, en el municipio de Bello. Particularmente, para el 2016, Yarumal también significó una carga importante de los intentos en el departamento (9,2 %). Por su parte, en el municipio de Medellín, las comunas de Robledo y Belén fueron las que mayor cantidad de casos presentaron durante el periodo 2014-2016.

En relación con los grupos definidos para los análisis, se encontró que el 60,89 % tuvo un intento de suicidio; el 20 %, dos; el 8,87 %, tres, y el 10,08 % restante intentó en cuatro o más veces.

La Tabla 1 presenta las características psicológicas (edad del último intento, eventos vitales de estrés), cognitivas (juicio y raciocinio e introspección) y comportamentales/estados emocionales (impulsividad, ira, desesperanza y consumo de SPA) que pueden ser potenciales marcadores de riesgo de suicidio o reincidencia en el intento.

La frecuencia relativa de estas variables indica que fue más predominante, en los sujetos de estudio, el haber tenido un último intento entre los 15 y 20 años (45,56 %), que pertenecer a otros grupos de edad. Por su parte, la presencia de ideas de desesperanza, ira e impulsividad se dio en el 19,35, 16,53 y 21,77 % de la población de estudio respectivamente. En general, se encontró preservado el juicio y el raciocinio, y la introspección, con alteraciones de escaso porcentaje, correspondientes al 14,52 y 23,39 % de los individuos. Finalmente, se presentó el consumo de SPA en el 35,89 % de los pacientes y el 16,53 % estuvo expuesto a algún evento de vital estrés.

Al comparar las proporciones relacionadas con las características psicológicas entre los grupos (uno, dos, tres y cuatro intentos o más), se perciben diferencias sutiles entre los mismos: aquellos que han intentado el suicidio cuatro veces o más son el de mayor proporción de consumidores de SPA, en comparación con los no consumidores, representando el 7,26 % de la población total.

En cuanto a las redes de apoyo social o familiar, se encontró que el 88,71 % de los pacientes vive en compañía de un familiar de primer o segundo grado de consanguinidad; el 68,55 % recibe apoyo, el 7,66 % ha sido diagnosticado por discapacidad y el 11,29 % ha sido víctima de maltrato físico o sexual. La Tabla 2 presenta la totalidad de los porcentajes para este análisis.

Es importante resaltar que el 31,45 % afirma no recibir ningún tipo de apoyo familiar o social, porque el 20,97 % tiene disfunción familiar, y el 10,48 % restante,

por otro motivo, como estar en la cárcel, en el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar o en instituciones de rehabilitación.

Por otro lado, respecto a los grupos (uno, dos, tres y cuatro o más intentos), se destaca que entre los pacientes que han intentado suicidarse cuatro o más veces, es más usual la ausencia de apoyo familiar en comparación con los que reciben apoyo, correspondiente al 6,45 % de la población de estudio (Tabla 2).

En relación con el método usado por los pacientes de la muestra, se encontró que la intoxicación con medicamentos, envenenamiento, corte de muñeca y ahorcamiento son los que representan mayor frecuencia. No se observan diferencias en cuanto a la distribución porcentual del mecanismo de intento entre los grupos divididos según el número de intentos.

Por otro lado, se destacan algunas características en función del diagnóstico principal y la prestación de servicios médicos, así: de los pacientes que ingresaron por intento de suicidio al HOMO, el diagnóstico principal asociado con mayor frecuencia fue episodio depresivo moderado, seguido de trastorno de adaptación y trastorno de la personalidad emocionalmente inestable, cuyos valores oscilaron entre 21,77 y 10,48 % de la población de estudio. Este patrón fue similar en los grupos e independiente del número de intentos de suicidios. Otros diagnósticos representativos fueron el trastorno mental por uso de SPA y trastorno afectivo bipolar, representando cada uno en el 8 % aproximadamente de los pacientes.

En virtud de la prestación de servicios médicos, se identificó una baja proporción de hospitalizaciones (29,44 %) y controles periódicos con psiquiatría (39,11 %); en algunas ocasiones, por motivo de rechazo voluntario de los pacientes a los servicios. Adicionalmente, el 61,69 % recibe tratamiento farmacológico y al 26,21 % de los pacientes que se les realizó seguimiento tenía adherencia a los mismos. De aquellos que fueron hospitalizados, la mayor estancia hospitalaria se presentó en un rango de 6 a 10 días (12,9 %) y de 11 a 15 días (6,85 %).

La Tabla 2 presenta la comparación entre los grupos analizados según el número de intentos de suicidios. Se resalta que los pacientes con mayor número de intentos son hospitalizados con mayor frecuencia (5,24 y 6,45 % respectivamente a los grupos clasificados como “tres” y “cuatro o más”), reciben controles especializados (6,45 y 7,66 %) y describen una menor proporción de adherencia al tratamiento con medicamentos (2,82 y 4,44 %). La estancia hospitalaria y el control con medicamentos sigue el mismo patrón descrito.

Con una confianza del 95 %, se puede decir que las ayudas diagnósticas, el tratamiento farmacológico y el control con psiquiatría son factores de protección ante la reincidencia por intento de suicidio; por el contrario, la historia de maltrato físico o sexual, la discapacidad

Tabla 1. Características psicosociales asociadas a la cognición y el comportamiento de pacientes con diagnóstico de enfermedad mental, según número de intentos de suicidio, 2014-2016.

Variable	Categorías	Número de intentos de suicidio									
		Uno		Dos		Tres		Cuatro o más		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%	N	%
Edad último intento	9-14	22	0,09	12	4,84	6	2,42	1	0,40	41	16,53
	15-20	68	27,42	24	9,68	10	4,03	11	4,44	113	45,56
	21-25	22	8,87	7	2,82	3	1,21	5	2,02	37	14,92
	26-30	9	3,63	2	0,81	1	0,40	6	2,42	18	7,26
	31-40	14	5,65	1	0,40	2	0,81	1	0,40	18	7,26
	41-50	9	3,63	3	1,21	0	0,00	1	0,40	13	5,24
	Mayor que 50	7	2,82	1	0,40	0	0,00	0	0,00	8	3,23
Consumo SPA	No	103	41,53	35	14,11	14	5,65	7	2,82	159	64,11
	Sí	48	19,35	15	6,05	8	3,23	18	7,26	89	35,89
Desesperanza	No	129	52,02	39	15,73	19	7,66	13	5,24	200	80,65
	Sí	22	8,87	11	4,44	3	1,21	12	4,84	48	19,35
Ira	No	129	52,02	40	16,13	17	6,85	21	8,47	207	83,47
	Sí	22	8,87	10	4,03	5	2,02	4	1,61	41	16,53
Impulsividad	No	124	50,00	40	16,13	16	6,45	14	5,65	194	78,23
	Sí	27	10,89	10	4,03	6	2,42	11	4,44	54	21,77
Juicio y raciocinio	Alterado	16	6,45	8	3,23	5	2,02	7	2,82	36	14,52
	Normal	135	54,44	42	16,94	17	6,85	18	7,26	212	85,48
Introspección	Ausente	31	12,50	13	5,24	6	2,42	8	3,23	58	23,39
	Normal	120	48,39	37	14,92	16	6,45	17	6,85	190	76,61
Evento vital estrés	No	123	49,60	44	17,74	17	6,85	23	9,27	207	83,47
	Sí	28	11,29	6	2,42	5	2,02	2	0,81	41	16,53

n: grupo según número de intentos; N: total pacientes; SPA: Sustancias psicoactivas.

Tabla 2. Antecedentes familiares y redes de apoyo a pacientes con diagnóstico de enfermedad mental, según número de intentos de suicidio, 2014-2016.

Variable	Categorías	Número de intentos de suicidio										
		Uno		Dos		Tres		Cuatro o más		Total		
		n	%	n	%	n	%	n	%	N	%	
Antecedente familiar	Enfermedad mental	No	117	47,18	34	13,71	10	4,03	18	7,26	179	72,18
		Sí	34	13,71	16	6,45	12	4,84	7	2,82	69	27,82
	Suicidio	No	143	57,66	46	18,55	17	6,85	24	9,68	230	92,74
		Sí	8	3,23	4	1,61	5	2,02	1	0,40	18	7,26
Consumo SPA	No	135	54,44	41	16,53	14	5,65	16	6,45	206	83,06	
	Sí	16	6,45	9	3,63	8	3,23	9	3,63	42	16,94	

Variable	Categorías	Número de intentos de suicidio										
		Uno		Dos		Tres		Cuatro o más		Total		
		n	%	n	%	n	%	n	%	N	%	
Redes de Apoyo	Vive acompañado	No aplica	10	4,03	4	1,61	2	0,81	1	0,40	17	6,85
		No	6	2,42	1	0,4	0	0,00	4	1,61	11	4,44
		Sí	135	54,44	45	18,15	20	8,06	20	8,06	220	88,71
	Apoyo familiar o social	Recibe	113	45,56	38	15,32	10	4,03	9	3,63	170	68,55
		No recibe	38	15,32	12	4,84	12	4,84	16	6,46	78	31,45
Antecedente personal	Discapacidad	No	144	58,06	44	17,74	20	8,06	21	8,47	229	92,34
		Sí	7	2,82	6	2,42	2	0,81	4	1,61	19	7,66
	Maltrato físico o sexual	No	139	56,05	40	16,13	20	8,06	21	8,47	220	88,71
		Sí	12	4,84	10	4,03	2	0,81	4	1,61	28	11,29

n: grupo según número de intentos; N: total pacientes; SPA: Sustancias psicoactivas.

o la infección de transmisión sexual, los antecedentes familiares de enfermedad mental o consumo de SPA, el juicio y el raciocinio debilitados y alterados, el informar desesperanza, si el paciente es hospitalizado y la dependencia económica son factores de riesgo en cuanto a la reincidencia.

Los antecedentes familiares de consumo de SPA y el haber estado hospitalizado son los factores que incrementan, en mayor medida, la ocurrencia de la reincidencia por intento de suicidio, equivalente a 2,09 y 3,94 veces más el riesgo, respectivamente (Tabla 3). Es preciso agregar que el análisis estratificado tuvo lugar por la posible confusión que se origina por las relaciones existentes de algunos factores analizados con la reincidencia; de este modo, el diagnóstico principal o el consumo de SPA modificaban el efecto de la asociación de los factores método del intento, introspección, juicio y raciocinio, impulsividad y desesperanza con la reincidencia.

Algunas variables sociodemográficas y clínicas candidatas a ingresar al modelo bajo el criterio de Hosmer Lemeshow —dado que el valor *p* asociado al χ^2 es menor que 0,25—, pero sin asociación significativa con la reincidencia por intento, son: ser habitante de calle, reportar antecedente de algún evento vital de estrés, vivir acompañado, escolaridad, consumo de SPA, tener antecedentes familiares de suicidio, la introspección, la impulsividad y no tener hijos (Tabla 3).

De este modo, las variables con valor *p* asociado al χ^2 menor que 0,25, que fueron mencionadas anteriormente, sea que signifiquen o no un factor de riesgo o de protección en cuanto a la reincidencia por intento de suicidio, se constituyeron en candidatas para conformar el modelo, el cual pretende, de manera resumida, identi-

ficar aquellas variables que en mayor medida explican la probabilidad de ocurrencia de la reincidencia (Tabla 3).

El valor *p* asociado a la prueba Ómnibus para la evaluación general del modelo igual a 0, menor que el nivel de significación igual a 0,050, indica que existe al menos una variable independiente que influye sobre el reingreso por intento de suicidio en los pacientes con diagnóstico de enfermedad mental. Además, la prueba de Hosmer Lemeshow con un valor *p* igual a 0,135, mayor al nivel de significación igual a 0,05, indica un buen ajuste del modelo, es decir, que los valores observados son iguales a los esperados.

El modelo tiene la capacidad de clasificar al 80,2 % de los pacientes con diagnóstico de enfermedad mental correctamente como caso recurrente por intento de suicidio si es caso, y como no recurrente, si no lo es, equivocándose aproximadamente en el 19,8 % de los pacientes. Al introducir las variables en el modelo se aumenta la capacidad predictiva en un 19,3 %.

Finalmente, el valor asociado al R^2 de Nagelkerke indica que el modelo explica, en el 52,7 %, la variabilidad de la probabilidad de que ocurra la reincidencia por intento de suicidio en pacientes con diagnóstico de enfermedad mental; el 47,3 % restante lo explican otras variables no introducidas en el modelo, o el azar.

Los valores *p* asociados al estadístico Wald para las variables o alguna de sus categorías de análisis que son menores al valor de significancia (0,050), son: haber tenido control con psiquiatría, el diagnóstico principal y el método de intento de suicidio, indicando que influyen sobre la reincidencia del intento de suicidio en los pacientes con diagnóstico de alguna enfermedad mental (véase Tabla 4). Con el 95 % de confianza, se puede decir que el no haber tenido control con psiquiatría y pre-

Tabla 3. Asociación del riesgo de reincidencia por intento de suicidio en pacientes con enfermedad mental, 2014-2016.

Variable	Sig. chi-cuadrado (X ²) de Pearson	OR	ic 95 % para OR	
			Inferior	Superior
Ayudas diagnósticas	0,003	0,401	0,216	0,745
Control psiquiatría	0,000	0,200	0,115	0,348
Tratamiento fármaco	0,000	0,288	0,161	0,513
Diagnóstico principal	0,021			
Adherencia	0,000			
Habitante de la calle	0,738	1,256	0,329	4,798
Historia de maltrato físico o sexual	0,038	2,288	1,031	5,077
Método de intento	0,000			
Discapacidad o infecciones de transmisión sexual	0,025	2,904	1,101	7,661
Consumo de SPA	0,093	1,571	0,926	2,666
Apoyo familiar o social	0,008			
Antecedentes familiares de enfermedad mental	0,020	1,943	1,106	3,413
Antecedentes familiares de intento suicidio	0,138	2,055	0,781	5,404
Antecedentes familiares de consumo de SPA	0,001	3,090	1,556	6,135
Evento vital de estrés	0,288	0,680	0,333	1,388
Introspección	0,185	1,493	0,824	2,705
Juicio y raciocinio	0,029	2,192	1,073	4,478
Impulsividad	0,064	1,771	0,964	3,256
Desesperanza	0,017	2,147	1,135	4,062
Estancia hospitalaria	0,000			
Hospitalizado	0,000	4,937	2,750	8,865
Dependencia económica	0,044	2,023	1,011	4,048
Vive acompañado	0,888			
Ocupación	0,049			
Hijos	0,142	1,582	0,855	2,926
Escolaridad	0,933			
Estado civil	0,057			
Sexo	0,791	0,931	0,548	1,580
Grupo de edad	0,343			

ic: intervalo de confianza; OR: *odds ratio*; SPA: Sustancias psicoactivas; sig: Valor de significancia estadística.

sentar el diagnóstico de trastorno depresivo recurrente son factores de riesgo para desencadenar la reincidencia por intento de suicidio en los pacientes, mientras que haber utilizado métodos de alta letalidad en el intento no incrementa el riesgo de reincidencia.

Los pacientes que no reciben controles periódicos con psiquiatría tienen 2,7 veces más riesgo de reincidir por intento de suicidio; por otro lado, los pacientes que han sido diagnosticados con trastorno depresivo recurrente aumentan 7,8 veces más el riesgo de reincidencia (Tabla 4).

Tabla 4. Resumen matemático de asociación de las características explicativas de la reincidencia por intento de suicidio en los pacientes con diagnóstico de enfermedad mental, 2014-2016.

Variable	B	E.T.	Wald	Gl	Sig.	Exp(B)	ic 95 % para Exp(B)	
							Inferior	Superior
Control psiquiatría	1,311	0,554	5,589	1	0,018	3,708	1,251	10,990
Diagnóstico principal			2,235	12	0,112			
Trastorno depresivo recurrente	2,181	1,103	3,909	1	0,048	8,851	1,019	17,874
Método intento			4,429	2	0,109			
Alta letalidad	1,033	0,506	4,003	1	0,045	0,356	0,130	0,979
Constante	2,858	2,046	1,945	1	0,163	17,347		

ic: intervalo de confianza; OR: *odds ratio*

Modelo final:

$$P(\text{Reincidencia por intento de suicidio} = 1) =$$

$$\frac{1}{e^{-[2,858 + 1,311 (\text{Control psiquiatría}) + 2,181 (\text{Diagnóstico principal, trastorno depresivo recurrente}) - 1,033 (\text{Método de intento, alta letalidad})]}$$

$$P(\text{Reincidencia por intento de suicidio} = 1) = 0,995.$$

Así, la probabilidad de reincidencia por intento de suicidio en los pacientes que sean diagnosticados con trastorno depresivo recurrente y no reciban control con psiquiatría y su método de intento no haya sido de alta letalidad es igual a 99,5 %.

Discusión

Este estudio tuvo por objetivo analizar el comportamiento de factores psicosociales (características socio-demográficas, diagnóstico principal, método de intento, cognición y comportamiento) en relación con el número de intentos de suicidio en pacientes con diagnóstico de enfermedad mental, atendidos en el HOMO entre los años 2014 y 2016, además de evaluar la relación asociativa de dichos factores en la reincidencia por intento. Se resaltan, a partir de los resultados, las siguientes ideas:

Al aumentar la cantidad de intentos de suicidio, los mecanismos de intento más predominantes continúan siendo corte en las muñecas e intoxicación medicamentosa, lo que sugiere que la letalidad de los casos tiende a permanecer constante.

Pese a que los métodos de intento de alta letalidad no representan un riesgo de reincidencia, la continuidad de la atención psicológica de los pacientes que hacen

uso de estos métodos puede tener un alto impacto en la prevención del suicidio.

El diagnóstico de trastorno depresivo recurrente incrementa de manera importante la posibilidad de ocurrencia de reincidencia de esta población.

La ausencia de controles periódicos de atención en salud especializada aumenta de manera significativa el riesgo de reincidir en el intento de suicidio.

Los intentos de suicidio llevados a cabo con métodos de baja letalidad (corte en las venas o la intoxicación medicamentosa) se consideran así, porque describen una mortalidad inferior al 1 %. Los pacientes reincidentes del estudio hacen uso de estos métodos de manera constante; es decir, que pese al incremento de los sucesos y de la ineffectividad del método, los nuevos intentos los realizan bajo el mismo modo de operación, lo cual ha sido asociado con la presencia de episodios actuales de trastornos depresivos o ansiosos [29], conductas de manipulación o como parte del grupo de estrategias usadas para expresar una queja ante una situación particular que genera disgusto [30]. Sin embargo, pese al bajo riesgo de mortalidad que se les atribuye a los intentos reiterativos, se recomienda hacer seguimiento permanente a estos pacientes, denominados “intentadores crónicos”, por cuanto el aumento en el número de intentos, por sí solo, representa un riesgo aditivo y robusto

de reincidencia [31-33], y supone un sólido factor de riesgo para consumir el suicidio (riesgo 4 veces superior) [31,34,35]. Se ha sugerido, además, que el lograr captar los pacientes que hacen uso de métodos de menor letalidad durante un intento, y asegurar continuidad en el acompañamiento médico y psicológico, puede significar también resultados positivos y de alto impacto en la prevención de esta problemática [36-48].

El uso de métodos de mayor letalidad (ahorcamiento o envenenamiento), por su parte, no representa un riesgo incremental para la reincidencia de la población estudiada; por el contrario, se asociaron con una disminución de la misma; sin embargo, otros estudios reflejan que sí se asocian con mayor riesgo de suicidio [1]. En este sentido, algunos estudios han identificado que el ahorcamiento, por ejemplo, es responsable de cerca del 50 % de muertes por suicidio en la mayoría de países; los pacientes que lo usan y no mueren, describen mayores estancias hospitalarias y requieren de cuidados médicos más especializados [33,39]. Adicionalmente, las consecuencias permanentes en los individuos que intentan el suicidio pueden relacionarse con fracturas espinales, cambios en la presión arterial y daño cerebral entre leve a severo, y si bien algunos pacientes logran una recuperación completa, hay un porcentaje que cursa con afectaciones permanentes en la movilidad o función cognitiva [40-41].

Por otro lado, se encontró un incremento en el riesgo de reincidencia en pacientes diagnosticados con trastornos del ánimo, en especial la depresión, el abuso de SPA y las conductas antisociales, que se asocian también con una mayor frecuencia al intento y al suicidio [10,39].

Particularmente, los trastornos depresivos aumentan 10 veces más la probabilidad de consumir el suicidio y se relacionan, además, con la reincidencia de intentos, especialmente en adolescentes, o con intentos más letales (50 % de los casos recurrieron a métodos más violentos) o de mayor mortalidad [42].

Es relevante el alto riesgo que significa el trastorno depresivo mayor (TDM) (OR = 3,2), ya que, durante su evolución clínica, independiente de la gravedad del mismo, el suicidio y la tentativa están presentes (alrededor del 50 % de pacientes con TDM mueren dentro de los 12 meses siguientes a un intento), siendo los primeros 5 años tras el inicio del trastorno el periodo con mayor riesgo [29,32,35,43].

Algunos estudios atribuyen esta asociación a la baja inversión en la atención primaria en salud mental, y a la falta de seguimiento y de atención especializada respecto al riesgo relativo que significan los trastornos depresivos, en particular el recurrente (relacionado con frecuencia en la presencia de TDM en los pacientes) [34], el cual constituye un riesgo 9 veces mayor para la reincidencia que los demás diagnósticos para la población analizada en el presente estudio.

De manera complementaria, en la población con intentos de suicidio, los seguimientos frecuentemente se priorizan luego de una hospitalización prolongada por intento, cuando el paciente y su entorno están muy deteriorados, o cuando hay una suma importante de factores de riesgo de consumir el suicidio [44]. Los hallazgos de nuestro estudio van en sintonía con esta tendencia. En este sentido, 1) la falta de continuidad de la atención psicosocial del intentador desde su identificación en el servicio de urgencias aumenta 30 veces el riesgo de morir por suicidio en 4 años, con mayor riesgo en los 6 meses posteriores al intento; 2) la tendencia a enfocar las recomendaciones de seguimiento y cuidados específicos a personas con riesgos significativamente altos para culminar el suicidio imposibilita intervenciones tempranas, de modo que los factores de riesgo en esta población puedan disminuirse, y 3) la limitada convergencia entre las recomendaciones y los factores de riesgos particulares asociados con la reincidencia son, entre otros, aspectos que limitan la reducción de la tasa de mortalidad por suicidios y de discapacidad por intento en diferentes regiones [44].

Pese a que el modelo conceptual y matemático asocia los factores psicosociales de los pacientes con diagnóstico de enfermedad mental que explican, en mayor medida, la reincidencia por intento de suicidio en la población de estudio, la reincidencia también puede ser explicada por otras variables. En especial, los antecedentes familiares de suicidio —en tanto, como sugiere un estudio previo, el estar expuestos a casos cercanos de suicidio puede tener un efecto de “contagio”, dado que aumenta el riesgo de intento por parte de los mismos [45]—, los eventos vitales de estrés —en cuanto representan circunstancias que desafían o exceden las capacidades psicológicas de los individuos para resolver dificultades cotidianas e imposibilitan el cuidado de sí— y los rasgos de personalidad y los estados emocionales —como la agresividad, la falta de introspección, la impulsividad, la ira, la irritabilidad, la ansiedad, la desesperanza, entre otros, siendo la desesperanza común en el 91 % de los pacientes—, siguen siendo factores foco de monitoreo e iniciación de rutas de atención temprana para lograr evitar consecuencias irreversibles [45].

Aproximadamente, la mitad de personas que culminan el suicidio han tenido tentativas previas; esto significa que el haber tenido tentativas previas aumenta el riesgo de suicidio en estas personas en 5 veces más que la población en general [1]. En este sentido, el análisis en población con antecedentes de intento de suicidio, en especial aquellos con diagnóstico de enfermedad mental (como se ha mencionado, el 90 % de suicidios se presentó en personas con diagnóstico de enfermedad mental [19]), es fundamental para futuras intervenciones. En virtud de esto, el comportamiento de los factores psicosociales en relación con el número de intentos de

suicidio y la reincidencia permiten identificar elementos que pueden tener un alto y positivo impacto en la prevención del suicidio. Así, se convierten en claves en el direccionamiento de estrategias de intervención del riesgo epidemiológico y para la salud pública, el acompañamiento continuo por psicología a intentadores crónicos, el control clínico de los pacientes con intentos previos, el diagnóstico de trastorno depresivo recurrente y la intervención con mayor planificación desde el primer intento, para asegurar mejor control, seguimiento y adherencia [1,44].

Implicaciones de los resultados

El estudio de factores psicosociales en el intento de suicidio es una temática muy activa en la literatura; las muestras regionales suelen ser escasas y tienen ventanas de observación limitadas. Por esto, se destaca que esta ventana representa una base comparativa para futuros estudios, en tanto permite hacer estimaciones con importante valor regional, y la ventana de observación coincide con el año de inicio de la vigilancia de este evento en el SIVIGILA del país.

Por otra parte, el uso de métodos estandarizados de este tipo de información podría permitir que los resultados de este estudio se contrasten con estudios similares disponibles en otras muestras a nivel mundial, a partir del uso de revisiones sistemáticas y metanálisis que busquen en el futuro explorar la temática.

Finalmente, si bien este trabajo fue realizado previo a la pandemia mundial por COVID-19 y aún es temprano para definir la presencia de un mayor riesgo de intento de suicidio durante la misma [46], consideramos que podría constituirse en un referente regional para establecer los riesgos psicosociales antes de la misma, y ser comparado con posibles afectaciones de salud mental y variaciones en la prevalencia documentadas en otros contextos en asocio a la pandemia [47,48].

Limitaciones y recomendaciones

Este estudio tiene restricciones para hacer el seguimiento a los pacientes identificados, sea para conocer la efectividad de las intervenciones o el desenlace de los intentos. Adicionalmente, es posible que algunos diagnósticos clínicos, al no ser obtenidos para fines de investigación (no se usaron instrumentos psicométricamente validados), pudieran presentar sesgos interevaluadores, información incompleta o errónea.

Asimismo, la ESE puede recibir pacientes remitidos de otras instituciones de salud, ofreciendo información que se limita a la atención prestada en sus instalaciones.

Por otro lado, la ubicación geográfica del hospital mental implica que un importante número de pacientes pertenezcan al municipio donde está ubicado (Bello) o a

zonas aledañas, y por ello no sea posible generalizar las conclusiones en otras regiones.

Futuros estudios deberán considerar la posibilidad de utilizar protocolos de diagnóstico y caracterización de aspectos psicosociales estandarizados, para evitar los sesgos previamente descritos.

Por otra parte, se recomienda que aproximaciones futuras amplíen la ventana de observación y permitan el contraste de los resultados reportados en el estudio actual con aquellos asociados con la pandemia por COVID-19. Se estima que se podrían observar variaciones en la reincidencia y los factores asociados a las misma.

Finalmente, estudios de reincidencia de intento de suicidio, desde la perspectiva de la salud pública, deberían incorporar elementos como incremento en costos de salud posterior al intento, pérdida ocupacional, discapacidad derivada del intento de suicidio, entre otros.

Agradecimientos

A la ESE Hospital Mental de Antioquia, por el acompañamiento realizado durante en desarrollo del estudio, en especial a los profesionales del Centro de Investigación y del Comité de Ética. Además, a los maestros que posibilitaron la investigación y elaboración del manuscrito.

Declaración de fuente de financiación

No tuvo fuente de financiación.

Declaración de conflictos de intereses

La totalidad de los autores declaramos que no poseemos conflictos de interés que pudieran afectar la publicación del manuscrito.

Declaración de responsabilidad

Los autores nos declaramos responsables de los puntos de vista expresados y de las conclusiones a las que llegamos a partir de la interpretación de los datos. Por su parte, la ESE Hospital Mental de Antioquia se responsabilizó de la entrega de datos de la historia clínica de los pacientes, sin ser modificados o alterados.

Declaración de contribución por autores

Angie Velásquez y Marisol Medina: Construcción de resultados, análisis y apartados de artículo.

Isabel Pérez: Elaboración de propuesta y revisión como experta de la institución de los análisis obtenidos

Natalia Trujillo: Asesoría y revisora temática y de todos los contenidos del artículo.

Referencias

- World Health Organization. Suicide. Ginebra [internet]; 2019 [citado 2021 may. 26]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- Posada J. A. La salud mental en Colombia. *Biomédica* [internet]. 2013 [citado 2019 feb. 19]; 33(4):497-8. Disponible en: <http://www.revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/view/2214/2317>
- Medina M, Velásquez AV, et al. Costos médicos directos por intento de suicidio en pacientes del hospital mental de Antioquia, Colombia. *Rev Panam Salud Publica* [internet]. 2018 [citado 2021 may. 26]; 42(29). Disponible en: <https://aplicacionesbiblioteca.udea.edu.co:2598/31093157/>
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico. Suicide rates. Paris [internet]; 2015 [citado 2016 ago. 10]. Disponible en: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/suicide-rates/indicator/english_a82f3459-en
- Organización Panamericana de la Salud. Situación de salud en las Américas. Washington [internet]; 2018 [citado 2019 feb. 19]. Disponible en: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/49511/IndicadoresBasicos2018_spa.pdf?sequence=2&isAllowed=y
- Instituto Nacional de Salud. Intento de suicidio. Colombia [internet]; 2018 [citado 2021 may. 26]. Disponible en: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/INTENTO%20DE%20SUICIDIO_2018.pdf
- Colombia, Ministerio de Salud y de Protección Social. Boletín de salud mental. Conducta suicida [internet]; 2018 [citado 2021 may. 26]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/boletin-conducta-suicida.pdf>
- Jafari H, Heidari M, et al. Risk factors for suicidal behaviours after natural disasters: A systematic review. *Malays J Med Sci*. [internet]. 2020 [citado 2021 may. 26]; 27(3):20-33. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7337952/>
- Tondo L, Vázquez GH, Baldessarini RJ. Prevention of suicidal behavior in bipolar disorder. *Bipolar Disord*. 2021;23(1):14-23. DOI: <https://doi.org/10.1111/bdi.13017>
- Coronado O. Características clínico-epidemiológicas y abordaje terapéutico de pacientes que acuden por intento suicida al Hospital General San José del Callao, Perú. *Rev Neuropsiquiatr* [internet]. 2014 [citado 2019 feb. 19]; 77(4):242-9. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rnp/v77n4/a07v77n4.pdf>
- García JE, Quintanilla R, Sánchez LM, et al. Consenso cultural sobre el intento de suicidio en adolescentes. *Rev. Colomb. Psicol.* [internet]. 2011; 20(2) [citado 2021 jun. 1]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/804/80421265002.pdf>
- Walsh C. G, Ribeiro J. D, Franklin J. C. Predicting risk of suicide attempts over time through machine learning. *Clin. Psychol. Sci*. 2017;5(3):457-69. DOI: <https://doi.org/10.1177/2167702617691560>
- Ursano RJ, Kessler RC, Naifeh JA, et al. Suicide attempts in U.S. Army combat arms, special forces and combat medics. *BMC Psychiatry* [internet]. 2017;17(1):1-10 [citado 2021 may. 26]. Disponible en: <https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-017-1350-y>
- Gates M. L, Turney A, Ferguson E, et al. Associations among substance use, mental health disorders, and self-harm in a prison population: Examining group risk for suicide attempt. *Int J Environ Res Public Health*. 2017;14(3):317. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph14030317>
- Parra-Urbe I, Blasco-Fontecilla H, García-Parés G, et al. Risk of re-attempts and suicide death after a suicide attempt: A survival analysis. *BMC Psychiatry*. 2017;17(1):1-11. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1317-z>
- Gobierno de Colombia, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Observatorio de bienestar de la niñez. Una aproximación al suicidio de niñas, niños y adolescentes en Colombia. Colombia [internet]; 2018 [citado 2019 feb. 19]. Disponible en: https://www.icbf.gov.co/sites/default/files/boletin_suicidio_25.07.2018.pdf
- Bachmann, S. Epidemiology of suicide and the psychiatric perspective. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2018;15(7):1425. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph15071425>
- Dong M, Lu L, Zhang L, et al. Prevalence of suicide attempts in bipolar disorder: A systematic review and meta-analysis of observational studies. *Epidemiol. Psychiatr. Sci*. 2020; 29, E63. DOI: <https://doi.org/10.1017/S2045796019000593>
- Bedoya E, Montaña L. Suicidio y trastorno mental. *Rev CES Psicol*. 2016;9(2):179-201. DOI: <http://dx.doi.org/10.21615/cesp.9.2.12>
- Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social. Análisis de situación de salud (ASIS). Colombia; 2016 [internet]; 2016 [citado 2019 feb. 19]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-colombia-2016.pdf>
- Conus P, Macneil C, McGorry PD. Public health significance of bipolar disorder: Implications for early intervention and prevention. *Bipolar Disord*. 2014;16(5):548-56. <https://doi.org/10.1111/bdi.12137>
- Onat M, İnal Emiroğlu N, Baykara B, et al. Executive functions and impulsivity in suicide attempter adolescents with major depressive disorder. *Psychiatry Clin. Psychopharm*. 2018;29(3):332-9. DOI: <https://doi.org/10.1080/24750573.2018.1541647>
- Gvion, Y. Aggression, impulsivity, and their predictive value on medical lethality of suicide attempts: A follow-up study on hospitalized patients. *J Affect Disord*. 2018;227:840-6. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.11.033>
- Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. Bogotá [internet]; 2013 [citado 2014 ago. 10]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Paginas/home2013.aspx>
- Taborda LC, Burgos C, et al. Principios de semiología psiquiátrica. Bogotá: Editorial Pinel; 1985.
- García-Valencia J, Palacio-Acosta C, Arias S, et al. Características asociadas al riesgo de suicidio valorado clínicamente en personas con intento reciente. *Rev. Colomb. Psiquiat* [Internet] 2017;36(4):610-27 [citado 2019 feb. 19]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v36n4/v36n4a03.pdf>
- Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución número 8430, por la cual se establece las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud (1993, octubre 4).
- Manzini JL. Declaración de Helsinki: principios éticos para la investigación médica sobre sujetos humanos. *Acta Bioethica* [internet]. 2000 [citado 2019 feb. 19]; 6(2):321-34. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/abioeth/v6n2/art10.pdf>

29. O'Sullivan M, Lawlor M, et al. The cost of hospital care in the year before and after parasuicide. *Crisis*. 1999;20(4):178-83. DOI: <https://doi.org/10.1027//0227-5910.20.4.178>
30. Echeburúa E. Las múltiples caras del suicidio en la clínica psicológica. *Terapia Psicológica* [internet]. 2015;33(2):117-26 [citado 2019 feb. 19]. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/terpsicol/v33n2/art06.pdf>
31. García-Valencia J, Palacio-Acosta C, Vargas G, et al. Validación del inventario de razones para vivir (RFL) en sujetos con conducta suicida de Colombia. *Rev. Colomb. Psiquiatría* [internet]. 2009;38(1):66-84 [citado 2019 feb. 19]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/806/80615419006.pdf>
32. Baader MT, Urra PE, et al. Algunas consideraciones sobre el intento de suicidio y su enfrentamiento. *Rev. Méd. Clín. Condes* [internet]. 2011;22(3):303-9 [citado 2019 feb. 19]. Disponible en: http://www.clc.cl/clcprod/media/contenidos/pdf/MED_22_3/303-309-dr-baader.pdf
33. Sanchez ML. Trastorno depresivo y suicidio [tesis doctoral]. [Salamanca]: Universidad de Salamanca [internet]; 2014 [citado 2019 feb. 19]. Disponible en: https://gredos.usal.es/jspui/bitstream/10366/127378/1/DPPMMLHM_AguilarSanchez_Trastorno depresivoL.pdf
34. Fava G, Ruini C, Sonino N. Tratamiento de la depresión recurrente. Enfoque psicoterapéutico y psicofarmacológico secuencial. *sic* [internet]. 2003 [citado 2019 feb. 19]; 17(15):1109-17. Disponible en: <https://www.siicsalud.com/dato/resiic.php/66881>
35. Posada-Villa J, Rodríguez M, et al. Prevalencia y factores de riesgo de comportamientos relacionados con suicidio en el Estudio Nacional de Salud Mental, Colombia 2003 (ENSM). *NOVA* [internet]. 2003 [citado 2019 feb. 19]; 5(7):84-91. Disponible en: <http://hemeroteca.unad.edu.co/index.php/nova/article/view/378/1180>
36. Nichols SD, McCarthy MC, Ekeh AP, et al. Outcome of cervical near-hanging injuries. *J Trauma*. 2009;66(1):174-8. DOI: <https://doi.org/10.1097/TA.0b013e31817f2c57>
37. Martin MJ, Weng J, et al. Patterns of injury and functional outcome after hanging: Analysis of the National Trauma Data Bank. *Am J Surg*. 2005;190(6):838-43. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2005.05.051>
38. Chest Physicia. Near-hanging injuries: Critical care, psychiatric management [internet]. 2020 [citado 2021 may. 26]. Disponible en: <https://www.mdedge.com/chestphysician/article/227407/critical-care/near-hanging-injuries-critical-care-psychiatric/page/0/1>
39. Tuesca RM, Navarro EL. Factores de riesgo asociados al suicidio e intento de suicidio. *Salud Uninorte* [internet]. 2003 [citado 2019 feb. 19]; (17):19-28. Disponible en: <https://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/view/4165>
40. Salim A, Martin M, Sangthong B, et al. Near-hanging injuries: A 10-year experience. *Injury*. 2006;37(5):435-9. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.injury.2005.12.013>
41. Czyz EK, King CA, Nahum-Shani I. Ecological assessment of daily suicidal thoughts and attempts among suicidal teens after psychiatric hospitalization: Lessons about feasibility and acceptability. *Psychiatry Res*. 2018;267:566-74. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.06.031>
42. Nakagawa M, Kawanishi C, Yamada T, et al. Characteristics of suicide attempters with family history of suicide attempt: A retrospective chart review. *BMC Psychiatry*. 2009;9(1):32. DOI: <https://doi.org/10.1186/1471-244X-9-32>
43. Gómez C, Rodríguez N, Bohórquez PA, et al. Factores asociados al intento de suicidio en la población colombiana. *Rev. Colomb. Psiquiat* [internet]. 2002; 31(4):283-298 [citado 2019 feb. 19]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502002000400002
44. Pacheco B, Peralta P. La conducta suicida en la adolescencia y sus condiciones de riesgo. *ARS MEDICA Revista de Ciencias Médicas*. 2016;40(1):47-55 DOI: <http://dx.doi.org/10.11565/arsmed.v40i1.38>
45. García-Resa E., Braquehais-Conesa D. El paciente suicida. En *Manual de Urgencias Psiquiátricas* 2.ª ed. España: Elsevier [internet]; 2010, pp. 165-196 [citado 2019 feb. 19]. Disponible en: <https://www.clinicalkey.es/#!/content/book/3-s2.0-B9788445820247500058>
46. John A, Okolie C, Eyles E, et al. The impact of the COVID-19 pandemic on self-harm and suicidal behaviour: A living systematic review. 2020;9:1097. DOI: <https://doi.org/10.12688/fl1000research.25522.2>
47. Leaune E, Samuel M, Oh H, et al. Suicidal behaviors and ideation during emerging viral disease outbreaks before the COVID-19 pandemic: A systematic rapid review. *Preventive Medicine*. 2020;141:106264. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2020.106264>
48. Tanaka T, Okamoto S. Increase in suicide following an initial decline during the COVID-19 pandemic in Japan. *Nat. Hum. Behav*. 2021;5(2):229-38. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41562-020-01042-z>

