



**Caracterización y factores asociados a intentos fallidos de suicidio atendidos en la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E, UMHES Santa Clara y el Hospital Universitario Nacional de Colombia en la ciudad de Bogotá.**

**Juan Camilo Cala Erazo**

Universidad Nacional de Colombia  
Facultad de Medicina, Departamento de Psiquiatría  
Sede Bogotá  
2020

# **Caracterización y factores asociados a intentos fallidos de suicidio atendidos en la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E, UMHES Santa Clara y el Hospital Universitario Nacional de Colombia en la ciudad de Bogotá.**

Proyecto de investigación presentado como requisito parcial para optar al título de:

**Especialista en Psiquiatría**

**Presenta:**

**Juan Camilo Cala Erazo**

**Director (a):**

**Dr. José Manuel Calvo Gómez**

**Codirector (a):**

**Dr. Ricardo Sánchez Pedraza**

**Coinvestigador(a):**

**Dr. Marcelo Hernández Yasno**

Facultad de Medicina  
Universidad Nacional de Colombia  
Sede Bogotá  
2020



# Contenido

<b>Resumen.....</b>	<b>5</b>
<b>Justificación.....</b>	<b>6</b>
<b>Pregunta de investigación y objetivos.....</b>	<b>8</b>
Pregunta de investigación:.....	8
Objetivo General:.....	8
Objetivos Específicos:.....	8
<b>Marco teórico.....</b>	<b>9</b>
<b>Metodología.....</b>	<b>17</b>
Obtención de los datos: .....	20
Tamaño de muestra: .....	21
Análisis estadístico: .....	21
<b>Consideraciones Éticas.....</b>	<b>22</b>
<b>Cronograma de Actividades.....</b>	<b>23</b>
<b>Presupuesto y recurso humano .....</b>	<b>24</b>
<b>Bibliografía.....</b>	<b>26</b>
<b>Anexo 1 – Entrevista semiestructurada.....</b>	<b>30</b>
<b>Anexo 2 - Consentimiento informado. ....</b>	<b>32</b>
<b>Anexo 3 - Informe de actividades de proyecto de investigación...34</b>	

## Resumen.

El suicidio es un problema prioritario de salud pública a nivel mundial, con un promedio de 800.000 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 estas directrices y ha planteado también estrategias en búsqueda de la disminución de las muertes por suicidio, dos de las cuales se centran 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.

Es por lo anterior que se plantea este trabajo que busca conocer mejor la población atendida en dos instituciones de alta complejidad. Se plantea realizar un estudio observacional transversal que logre caracterizar las variables sociodemográficas, clínicas y que determine factores asociados en pacientes atendidos por intentos suicidas e intentos suicidas de gravedad médica, en la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E, UMHES Santa Clara y el Hospital Universitario Nacional de la ciudad de Bogotá. La recolección de datos se realizará a través de entrevista clínica y de la obtención de información de la historia clínica electrónica.

## Justificación.

Anualmente cerca de 800.000 personas mueren por suicidio en el mundo, como principales factores de riesgo se conoce el intento suicida previo, el consumo de alcohol, problemas económicos, problemas de pareja y sufrir de algún trastorno mental, en especial el trastorno depresivo. 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. A nivel mundial el suicidio ocupa la 3 causa de muerte en el grupo de 15 a 44 años y genera cada vez más aumento en el número de años perdidos de población joven (*Organización Mundial de la Salud, 2014*).

En Colombia en el año 2018 se presentaron 27.649 intentos de suicidio, con una tasa de 52 por cada 100.000 habitantes y en un 43% de los intentos se registró el hallazgo de trastorno depresivo. En la ciudad de Bogotá se presentaron 2.194 casos, con una tasa de 26,8 por 100.000 habitantes (*Instituto Nacional de Salud, 2018*).

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 personas solteras y la mayoría de la población estudiada es atendida por su primer intento suicida, los diagnósticos más frecuentemente asociados son el trastorno depresivo mayor y los relacionados con el uso de sustancias como el alcohol o marihuana (*Andr, Toquica, Eduardo, & Pasi, 2014; Beitia-cardona & Benavides-portilla, 2019; Pereira, 2014; Pérez-olmos, Ibáñez-pinilla, Reyes-figueroa, & Suárez-díaz, 2008; Upegui, Campo-Cabal, García, Gallardo, & Cortés, 2014*). Teniendo en cuenta que la OMS tiene como objetivo disminuir la tasa de suicidio en todos los países en un 10% y que 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*), es de vital importancia cualquier esfuerzo que busque conocer mejor la población que realiza intentos suicidas, especialmente aquellos que requieran manejo intrahospitalario por su potencial de generar letalidad.

Lo anterior resalta la necesidad de 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 las más 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 ubicando al país 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, UMHES Santa Clara se constituye como una institución 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 graves, según la experiencia de los investigadores.

A la fecha no existen en ninguna de las 2 instituciones estudios estadísticos que hayan caracterizado la población atendida por intentos suicidas, este trabajo sería 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:

¿Existen variables asociadas 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, UMHES Santa Clara y el Hospital Universitario Nacional de Colombia?

Objetivo General:

Caracterizar en la población de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E, UMHES Santa Clara y el Hospital Universitario Nacional de Colombia, variables sociodemográficas y clínicas relacionadas con el intento suicida y estudiar la asociación de un grupo de estas variables con los intentos suicidas de gravedad médica.

Objetivos Específicos:

- Caracterizar a los pacientes del estudio desde el punto de vista sociodemográfico y clínico.
- Cuantificar frecuencia de Intentos suicidas de gravedad médica en 2 hospitales de alta complejidad.
- Analizar la relación entre gravedad del intento suicida y presencia o no de un grupo de variables sociodemográficas y clínicas.

## Marco teórico.

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*).

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 auto agresivo 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 sugiriere un acto suicida actual o en el futuro cercano. E) Idea de suicidio: cualquier pensamiento autoinformado 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 intento de morir por suicidio (*Bryan & Rudd, 2006*).

También se han hecho clasificaciones teniendo en cuenta la letalidad del método del intento suicida y se ha visto que sujetos que cometen intentos suicidas con mayor letalidad tienen hasta el doble de riesgo de morir por suicidio en estudios que han realizado seguimiento en el tiempo (*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, entre los más importantes se destacan: el intento

suicida previo, el cual es el predictor más fuerte de suicidio (WHO, 2014), especialmente en el año siguiente. 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, en especial el 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). Otros de los factores de riesgo de suicidio es la presencia de ideas de desesperanza, que aumenta los intentos y la muerte por suicidio hasta dos veces (Ribeiro, Huang, Fox, & Franklin, 2018). El estado civil se ha visto relacionado con el riesgo suicida, se ha encontrado que las personas solteras, viudas o divorciadas tienen un riesgo de suicidio hasta el doble de la población casada, se atribuye este aumento a que tienen menor integración social y una red de apoyo más pobre (Kyung-Sook, SangSoo, Sangjin, & Young-Jeon, 2018), otro factor de riesgo que se describe 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).

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).

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).

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 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 las áreas en la vida del individuo que se encuentran perturbadas, 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, Branäs, & 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 logró 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 800.000 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. Hay que tener en cuenta que en muchos países el suicidio es un asunto sensible e incluso ilegal por lo que es posible que exista sub registro en estas cifras. Sin embargo, lo alarmante de estos datos ha llevado a que el suicidio sea considerado como un problema de salud pública prioritario (*WHO | Background of SUPRE. 2019*).

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 2018 del Instituto Colombiano de Medicina Legal y Ciencias Forenses – INMLCF - en un periodo de tiempo de 10 años (2009 a 2018) se presentaron 20.832 suicidios, con una media de 2.083 por año. En el 2018 se presentaron 2.696, un aumento anual de 8.3%, siendo el año anterior el año en que más se han registrado suicidios. El promedio mensual fue de 224 casos, 50 más que el promedio mensual del decenio; solo 5 meses presentaron cifras por debajo del promedio mensual: enero, febrero, marzo, agosto y septiembre. El suicidio fue más frecuente en hombres con un 82,34% de los casos. En cuanto al sexo por cada 10 mujeres que se quitaron la vida lo hicieron 46 hombres. En tres cuartas partes el acto se llevó a cabo en la cabecera municipal, siendo la vivienda el lugar más frecuente con un 77,18 % de los casos. En lo que respecta al nivel de escolaridad de las víctimas, se obtuvo información en el 85.05% de los casos y se vio que la mayoría de los que optaron por la muerte voluntaria tenían niveles de educación básicos.

La mayor tasa de suicidio se dio en población adulta joven, rango de edad de 18 a 39 años, con un 56.55% de los casos. Sin embargo, de acuerdo a la distribución de los casos por tasas, el mayor riesgo de suicidio lo presentaron los hombres de 75 años o más. La persona sin unión conyugal en el momento de ocurrencia del suceso fatal fue del 59,85% de los casos que se pudo obtener esta información.

Igual que en los últimos años, en el año 2018 las personas que decidieron quitarse la vida acudieron en un 66,67% al uso de mecanismos de asfixia mecánica como el ahorcamiento, siendo este cuatro veces mayor al siguiente que fue el uso de sustancias tóxicas con un 15,17%. Las muertes ocasionadas con proyectil de arma de fuego ocuparon el tercer renglón con el 10,65%.

En cuanto a los motivos detonantes del acto fatal solo fue posible identificarlos en el 45,91% de los suicidios. Se destaca la enfermedad física o mental, en especial en la población adulta, siendo la primera causa con un 28,35% de los casos, seguido por los conflictos de pareja en un 25,04%. Otros factores encontrados fueron el económico y la muerte de un familiar o amigo; siendo este el detonante más frecuente en el grupo de mujeres. Los conflictos escolares fueron factores de gran peso entre la adolescencia y la juventud.

Los departamentos que presentaron mayor número de casos netos fueron: Antioquia (416), Bogotá (387), Valle Del Cauca (278), seguido de Cundinamarca (170), Santander (143). Y si se evalúa tasa por 100.000 habitantes los departamentos con las tasas más alta son Vaupés con 15,41, Arauca con 11,79 y Quindío con 10,77.

Es de anotar que en Colombia se ha venido presentado un aumento progresivo de las muertes por suicidio representado el 10,4% de muertes por causa externa, siendo mayor

que en Suramérica que corresponde al 7.9% (*Instituto Nacional de Medicina Legal y ciencias forenses, 2018*).

Si tenemos en cuenta que el suicidio en muchos casos sucede en un continuo, desde la ideación suicida hasta los intentos y posteriormente 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 Pública – 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, en diferentes zonas del país y en distintos tipos de instituciones, que han buscado caracterizar la población que realiza intentos suicidas entre los que se destacan los siguientes: 1. En el Hospital Universitario del Valle en el periodo de 1994 a 2010. Se ha documentado 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 el periodo de 2004 a 2010 de 31,9%, lo que refleja la tendencia mundial y de Colombia en el aumento de las conductas suicidas, es de resaltar que antes del 2006 la mayoría de pacientes eran mayores de 35 años, sin embargo posteriormente fue aumentado el número de pacientes entre los rango de edad entre 15 y 24 años y de 25 a 34 años superando a los pacientes de mayor edad. También se encontró un mayor número de intentos suicidas en mujeres y personas solteras. La mayor parte de pacientes corresponde al 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, encontró también que la mayor parte de intentos suicidas eran realizados por 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 en segundo lugar el uso de pesticidas, el lugar donde ocurrieron más intentos fue en la vivienda. El trastorno mental más frecuente fue el trastorno depresivo mayor, la mayor parte de pacientes realizaron el primer intento, llama la atención que se encontró que el detonante más frecuente fueron los problemas familiares, en segundo lugar los problemas personales y en tercer lugar los 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 también se reporta mayor número de intentos en el sexo femenino, el método más frecuente fue la intoxicación con fármacos o pesticidas, en segundo lugar, las armas corto punzantes y de tercer lugar el salto al vacío. En cuanto a los motivos del intento ocupan los primeros lugares conflictos de pareja y el trastorno depresivo, aparecen también los conflictos familiares y los trastornos psicóticos. En la mayoría de casos el manejo fue dado de manera ambulatoria (*Andr et al., 2014*); 4. En un estudio llevado a cabo en la ciudad de Cali en 2 instituciones, una pública y otra privada. Se reporta una mayor tasa en pacientes jóvenes, mujeres, y en personas solteras, se encontró en este estudio que los estudiantes son los que más intentan suicidarse, también se vio que el principal trastorno mental fue la depresión estando casi en la mitad de los casos, entre los principales factores desencadenantes que se encuentran la ruptura sentimental fue la principal causa y la disfunción familiar fue la segunda causa. La intoxicación fue el mecanismo más frecuente, se destaca el uso de benzodiazepinas y el uso de pesticidas, la mayoría de paciente lo intentaron por primera vez (*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 tiene como meta para el 2020 reducir a en cada país la tasa de suicidio en 10%. Algunas de las acciones que plantea la OMS son la restricción

del acceso a los medios de suicidio, manejo responsable de la información por parte de los medios de comunicación, políticas que generen una reducción en el consumo de alcohol, atención y diagnóstico temprano en personas con problemas de salud mental o abuso de sustancias psicoactivas o trastornos emocionales agudos, capacitación de personal sanitario no especializado en la evolución y gestión de conductas suicidas y seguimiento a persona que intentaron suicidarse. 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, secundario y terciaria.

## Metodología.

Se plantea realizar un estudio observacional analítico de corte transversal, estudiando la población que sea atendida por intento suicida, en la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E, UMHES Santa Clara y Hospital Universitario Nacional de Colombia.

### Criterios de inclusión:

- Mayores de 18 años.
- Intento suicida referido por el paciente o que durante el proceso de atención se haya identificado esta conducta.
- Pacientes que acepten participar en el estudio mediante el consentimiento informado.

### Criterios de exclusión:

- Pacientes que por compromiso del estado general secundario a su intento de suicidio no estén en capacidad de aportar la información requerida en el estudio.
- Pacientes quienes durante el tiempo de recolección de la muestra poblacional reingresen a alguna de las 2 instituciones por intento suicida, esta segunda atención será excluida de la muestra.

En la población que sea sujeto de estudio se determinarán, a través de la entrevista semiestructurada y 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	Condición de un organismo que distingue entre masculinos y femenino	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 al momento de la entrevista	Cualitativa	Nominal	1=Si 0=No
Procedencia	Lugar de residencia del individuo	Cualitativa	Dicotómica	1= Urbano 0= Rural
Convive	Personas con las cuales la persona comparte el hogar	Cualitativa	Nominal	1=Solo 2=Familiar Nuclear 3=Familia Extensa 4=Amigos/Conocidos 5=Otros
Grupo Étnico	Si pertenece o se identifica con un grupo étnico en particular.	Cualitativa	Nominal	1=Indios 2=Mulatos 3=Raizal 4=Rom (Gitano) 5=Afrocolombianos 6=Palenqueros 7=Otro

**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	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
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	1=Conflictos de pareja o ex pareja 2=Problemas económicos 3=Escolar/educativa 4=Suicidio de un familiar o amigo 5=Enfermedad crónica o incapacitante 6=Muerte de un familiar o amigo 7=Problemas judiciales 8=Maltrato físico o psicológico 9=Problemas laborales.

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	1=Información en medios de comunicación (tv, radio, escritos) 2=Información de internet 3=Información de un amigo o familiar 4=Fácil acceso/ideas propias
Lugar del intento suicida	Espacio geográfico en el cual se realiza el intento suicida	Cualitativa	Nominal	1=Vivienda 2=Vía pública 3=Lugar de trabajo
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	Cualitativa	Nominal	1=Si 0=No

	intento suicida previo al actual en cualquier momento de su vida			
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=Asfisia 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	1=Nunca 2= 1 o 2 intentos previos 3=3 o 4 intentos previos 4=5 o más intentos previos.
Antecedente de intento suicida en familiares de primer grado de consanguinidad	Personas que sus padres o hijos hayan realizado un intento suicida en cualquier momento de su vida	Cualitativa	Nominal	1=Si 0=No
Antecedente de suicidio consumado en familiares de primer grado de consanguinidad	Personas que sus padres o hijos hayan muerto por suicidio.	Cualitativa	Nominal	1=Si 0=No
Diagnostico psiquiátrico 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	No aplica
Desenlace final	Motivo por el cual se culmina la atención del paciente que ingreso por intento suicida	Cualitativa	Nominal	1=Egreso 2=Muerte

Obtención de los datos:

En el Hospital Universitario Nacional se atiende población mayor a 18 años y todo paciente que es atendido por intento suicida es valorado por el grupo de Psiquiatría de la institución, del cual hacen parte los investigadores, y se procederá a invitar a participar en el estudio. En la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E, UMHES Santa Clara se hará difusión de la información del estudio para que al momento de atender a un paciente con intento suicida sea contactado un investigador para proceder a verificar criterios de

inclusión. Todos los pacientes que acepten mediante consentimiento informado hacer parte de la investigación se procederá a recolectar la información necesaria, contenida en el anexo 1.

La evaluación por parte de los investigadores se realizará durante la hospitalización que sea derivada del intento suicida por el cual el paciente ingresa a cualquiera de las dos instituciones.

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 en el cual se incluirán 7 variables independientes, se requiere un tamaño de muestra de al menos 140 pacientes, asumiendo la presencia de 70 eventos de intento de suicidios médicamente graves.

Análisis estadístico:

Para los objetivos específicos 1 y 2 se utilizará un abordaje desde la estadística descriptiva: se utilizarán medidas de resumen (medias o medianas junto con sus correspondientes medidas de dispersión en el caso de variables continuas, o porcentajes para el caso de variables categóricas) y 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 propone un modelo de regresión logística donde la variable dependiente es presencia de intento de suicidio médicamente grave, 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. 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.

El trabajo presentado se enmarca dentro de la Resolución No 8430 de 1993 del Ministerio de Salud (Normas Científicas, Técnicas y Administrativas para la Investigación en Salud). El estudio emplea evaluación clínica directa y revisión de historias clínicas, dirigidas a obtener los datos necesarios de la investigación; no pretende realizar ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos.

Durante el proyecto se realizarán evaluaciones que tocan aspectos sensibles de la conducta humana por lo que esta investigación se considera de riesgo mínimo y se hará consentimiento informado; aquellos pacientes que no acepten participar no serán incluidos en esta investigación. A tener en cuenta que la información que es necesaria para la realización del estudio es información que no dista de la información que se busca recolectar en una entrevista psiquiátrica de evaluación de conducta suicida que se realiza con fines netamente clínicos.

Se respetará la confidencialidad del paciente e historia clínica. Si se detecta alguna condición que requiera atención se comunicará al grupo de médicos tratantes. La información será confidencial y los resultados serán publicados preservando la confidencialidad de los participantes.

El equipo de investigación tiene competencia técnica para hacer el estudio: hay personas con experiencia en psiquiatría clínica y en análisis de datos de investigación clínica. Los investigadores no reportan ningún conflicto de interés.

## Cronograma de Actividades.

- Mes 1: Presentación de anteproyecto al Departamento de Psiquiatría de la Universidad Nacional de Colombia.
- Meses 2 - 5: Ajuste de correcciones
- Mes 6 - 11: Presentación de anteproyecto al comité de ética de la Facultad de medicina de la Universidad Nacional de Colombia y comité de ética de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E, UMHES Santa Clara y del Hospital Universitario Nacional.
- Meses 12: Inicio de recolección de información y muestra.
- Mes 13: Suspensión de proyecto de investigación por pandemia mundial por SARS-CoV-2.
- Mes 20: Presentación al Departamento de psiquiatría de la Universidad Nacional de Colombia de avances parciales del proyecto.
- 2021: Reevaluación del proyecto y reactivación del proyecto para reinicio de recolección de muestra, análisis de datos y presentar informe final.

**Tabla 3 - Cronograma de Actividades**

ACTIVIDADES	AÑO 1										AÑO 2										AÑO 3
	MES 1	MES 2	MES 3	MES 4	MES 5	MES 6	MES 7	MES 8	MES 9	MES 10	MES 11	MES 12	MES 13	MES 14	MES 15	MES 16	MES 17	MES 18	MES 19	MES 20	2021
Presentación de anteproyecto al Dpto de Psiquiatría de Universidad Nacional de Colombia																					
Realización de correcciones																					
Presentación de anteproyecto a los comites de ética																					
Recolección de información y análisis estadístico																					
Suspension del proyecto																					
Presentación al Dpto de psiquiatría de la UNAL avances parciales del proyecto																					
Reactivación del proyecto																					
Discusión y análisis de los resultados																					Fecha por definir
Preparación del documento final de trabajo de grado																					Fecha por definir
Terminación del documento final de trabajo de grado																					Fecha por definir
Presentación de resultado final																					Fecha por definir

## Presupuesto y recurso humano

**Tabla 4** - Presupuesto global de la propuesta por fuentes de financiación (en miles de \$).

RUBROS	CONTRAPARTIDA	TOTAL
<b>Personal</b>	17.280	17.280
<b>Equipos</b>	3.500	3.500
<b>Software</b>	500	500
<b>Materiales</b>	1.200	1.200
<b>Salidas de Campo</b>	160	160
<b>Material Bibliográfico</b>	600	600
<b>Servicios Técnicos</b>	840	840
<b>Mantenimiento</b>	0	0
<b>Administración</b>	1.889	1.889
<b>TOTAL</b>	25.969	25.969

**Tabla 5** - Descripción de los gastos de personal (en miles de \$).

CARGO	FORMACIÓN ACADÉMICA	FUNCIÓN DENTRO DEL PROYECTO	DEDICACIÓN Horas/Semana	RECURSOS	
				ENTIDAD	TOTAL
<b>Investigador principal <sup>A</sup></b>	Profesional en Medicina Residente de Psiquiatría	Obtención, digitalización y análisis de datos	6	5.760	5.760
<b>Experto<sup>B</sup></b>	Especialista en Psiquiatría	Análisis de datos, corrección de procesos	2	2.880	2.880

<b>Experto<sup>C</sup></b>	Especialista en Psiquiatría – Magister en Epidemiología	Análisis de datos, corrección de procesos	2	2.880	2.880
<b>Coinvestigador<sup>D</sup></b>	Especialista en Psiquiatría	Recolección de muestra, corrección de procesos.	4	5.760	5.760

A. Juan Camilo Cala Erazo. B. José Manuel Calvo C. Ricardo Sánchez Pedraza. D. Marcelo Hernández Yasno.

**Tabla 6** - Descripción y justificación de las salidas de campo (en miles de \$).

LUGAR/No. DE VIAJES	JUSTIFICACIÓN	PASAJES (\$)	TOTAL DÍAS	RECURSOS	
				CONTRAPARTIDA	TOTAL
- <b>Hospital Universitario Nacional - Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E, UMHES Santa Clara</b>	Traslado a institución prestadora de servicios.	80	20	80	80

## Bibliografía.

- Andr, P., Toquica, P. V., Eduardo, L., & Pasi, O. (2014). Conducta suicida en la clínica universitaria colombiana 2011-2012, *17*(2), 62–69.
- Beautrais, A. L. (2003). Subsequent mortality in medically serious suicide attempts: A 5 year follow-up. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*.  
<https://doi.org/10.1046/j.1440-1614.2003.01236.x>
- Beautrais, A. L. (2004). Further Suicidal Behavior Among Medically Serious Suicide Attempters. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *34*(1), 1–11.  
<https://doi.org/10.1521/suli.34.1.1.27772>
- Beautrais, A. L. (2013). 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. (2019). 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, *16*(1), 19–31.
- Bryan, C. J., & Rudd, M. D. (2006). Advances in the assessment of suicide risk. *Journal of Clinical Psychology*. <https://doi.org/10.1002/jclp.20222>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2020). More than a mental health problem. [online] Available at: <https://www.cdc.gov/vitalsigns/suicide/index.html>.
- Chang, S. Sen, Stuckler, D., Yip, P., & Gunnell, D. (2013). Impact of 2008 global economic crisis on suicide: Time trend study in 54 countries. *BMJ (Online)*.  
<https://doi.org/10.1136/bmj.f5239>
- Cipriani, A., Hawton, K., Stockton, S., & Geddes, J. R. (2013). Lithium in the prevention of suicide in mood disorders: Updated systematic review and meta-analysis. *BMJ (Online)*, *347*(7916), 1–13. <https://doi.org/10.1136/bmj.f3646>
- Fazel, S., & Runeson, B. (2020). Suicide. *The New England Journal of Medicine*, *382*(3), 266–274. <https://doi.org/10.1056/NEJMra1902944>
- Gunnell, D., Knipe, D., Chang, S., Pearson, M., Konradsen, F., Lee, W. J., & Eddleston, M. (2017). 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), 1–12. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(17\)30299-1](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(17)30299-1)
- Hirschfeld, R. M. A., & Russell, J. M. (2002). Assessment and Treatment of Suicidal

Patients. *New England Journal of Medicine*.  
<https://doi.org/10.1056/nejm199709253371307>

Huang, K. L., Wei, H. T., Hsu, J. W., Bai, Y. M., Su, T. P., Li, C. T., ... Chen, M. H. (2018). Risk of suicide attempts in adolescents and young adults with attention-deficit hyperactivity disorder: A nationwide longitudinal study. *British Journal of Psychiatry*.  
<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.

Juurink, D. N., Herrmann, N., Szalai, J. P., Kopp, A., & Redelmeier, D. A. (2004). Medical illness and the risk of suicide in the elderly. *Archives of Internal Medicine*.  
<https://doi.org/10.1001/archinte.164.11.1179>

Kaufman, E. J., Morrison, C. N., Branas, C. C., & Wiebe, D. J. (2018). 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*, 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. (2018). Association of an Early Intervention Service for Psychosis With Suicide Rate Among Patients With First-Episode Schizophrenia-Spectrum Disorders, 1–7.  
<https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.0185>

Kleiman, E. M., & Liu, R. T. (2013). Social support as a protective factor in suicide: Findings from two nationally representative samples. *Journal of Affective Disorders*.  
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.01.033>

Kyung-Sook, W., SangSoo, S., Sangjin, S., & Young-Jeon, S. (2018). Marital status integration and suicide: A meta-analysis and meta-regression. *Social Science and Medicine*. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.11.053>

Lawrence, R. E., Oquendo, M. A., & Stanley, B. (2016). Religion and Suicide Risk: A Systematic Review. *Archives of Suicide Research*.  
<https://doi.org/10.1080/13811118.2015.1004494>

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. (2013). *Guía de práctica clínica Detección temprana y diagnóstico del episodio*. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1520-636X\(1998\)10:5<484::AID-CHIR11>3.0.CO;2-W](https://doi.org/10.1002/(SICI)1520-636X(1998)10:5<484::AID-CHIR11>3.0.CO;2-W)

Ministerio de Salud y Protección social, C. (2015). *Encuesta Nacional de Salud Mental 2015*. Ministerio de Salud y Protección Social (Vol. Tomo I). <https://doi.org/978-958->

- O'Carroll, P. W., Berman, A. L., Maris, R. W., Moscicki, E. K., Tanney, B. L., & Silverman, M. M. (1996). Beyond the Tower of Babel: a nomenclature for suicidology. *Suicide & Life-Threatening Behavior*. <https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.1996.tb00609.x>
- Organización Mundial de la Salud. (1992). Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10. WHO. <https://doi.org/9788479034924>
- Organización Mundial de la Salud. (2014). *Prevención del suicidio: un imperativo global*. Organización Mundial de la Salud. <https://doi.org/10.1002/9780470774120>
- Organización Panamericana de la Salud. (2014). *Mortalidad por suicidio en las Américas: Informe regional*. Retrieved from [http://www.paho.org/pan/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_details&gid=253&Itemid=224](http://www.paho.org/pan/index.php?option=com_docman&task=doc_details&gid=253&Itemid=224).
- Organization, W. H. (2014). *Preventing suicide: A Global Imperative*. World Health Organization. <https://doi.org/10.1093/qjmed/hch106>
- Palmer, B. A., Pankratz, V. S., & Bostwick, J. M. (2005). The lifetime risk of suicide in schizophrenia: A reexamination. *Archives of General Psychiatry*. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.3.247>
- Pereira, D. (2014). Caracterización del intento suicida en pacientes que ingresaron al Instituto del Sistema Nervioso.
- Pérez-olmos, I., Ibáñez-pinilla, M., Reyes-figueroa, J. C., & Suárez-díaz, J. Y. A. M. J. (2008). Factores Asociados al Intento Suicida e Ideación Suicida Persistente en un Centro de Atención Primaria. Bogotá, 2004-2006, *10*(3), 374–385.
- Pirkis, J., & Burgess, P. (1998). Suicide and recency of health care contacts: A systematic review. *British Journal of Psychiatry*.
- Pirkis, J., Nicholas, A., & Gunnell, D. (2019). The case for case-control studies in the field of suicide prevention. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 2018–2020. <https://doi.org/10.1017/S2045796019000581>
- PSIC, S. (2011). Factores de riesgo asociados a conductas suicidas en niños y adolescentes. *Archivos de Medicina*.
- Quitian, H., Ruiz-Gaviria, R. E., Gómez-Restrepo, C., & Rondón, M. (2016). Pobreza y trastornos mentales en la población colombiana, estudio nacional de salud mental 2015. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, *45*(S 1), 31–38. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2016.02.005>
- Ribeiro, J. D., Huang, X., Fox, K. R., & Franklin, J. C. (2018). Depression and hopelessness as risk factors for suicide ideation, attempts and death: Meta-analysis of longitudinal

studies. *British Journal of Psychiatry*. <https://doi.org/10.1192/bjp.2018.27>

Rosen, D. H. (1976). The Serious Suicide Attempt: Five-Year Follow-up Study of 886 Patients. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*.  
<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, M. B. (2005). Anxiety disorders and risk for suicidal ideation and suicide attempts: A population-based longitudinal study of adults. *Archives of General Psychiatry*.  
<https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.11.1249>

Shneidman, E. S. (1993). Suicide as psychache. *The Journal of Nervous and Mental Disease*.  
<https://doi.org/10.1097/00005053-199303000-00001>

Upegui, H. V., Campo-Cabal, G., García, M. M. P., Gallardo, Á. M. G., & Cortés, C. B. (2014). Caracterización de la población con intento de suicidio en el Hospital Universitario del Valle, Cali (1994–2010). *Revista Colombiana de Psiquiatría*.  
[https://doi.org/10.1016/s0034-7450\(14\)60153-0](https://doi.org/10.1016/s0034-7450(14)60153-0)

WONG, N. (2003). Reducing Suicide: A National Imperative. *American Journal of Psychiatry*. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.8.1534>

Zatti, C., Rosa, V., Barros, A., Valdivia, L., Calegaro, V. C., Freitas, L. H., ... Schuch, F. B. (2017). Childhood trauma and suicide attempt: A meta-analysis of longitudinal studies from the last decade. *Psychiatry Research*.  
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.06.082>



o incapacitante ( ) Muerte de un familiar o amigo ( ) Problemas judiciales ( ) Maltrato físico o psicológico ( ) Problemas laborales ( )

**Consumo de sustancias psicoactivas al momento del intento suicida:** Si ( ) No ( )

Alcohol: Si ( ) No ( ) Otras sustancias psicoactivas Si ( ) No ( )

**Antecedente de Trastorno un trastorno mental:** Si ( ) No ( )

**Tipo de Trastorno mental:** Trastorno depresivo ( ) Esquizofrenia ( ) Trastornos de ansiedad ( ) Trastorno bipolar ( ) Trastorno de personalidad ( ) Trastorno por déficit de atención e hiperactividad ( ) Trastorno de conducta ( ) Otros ( )

**Antecedente de intento suicida alguna vez en la vida:** Si ( ) No ( )

**Número de veces que ha intentado suicidarse:** Nunca ( ) De 1 a 2 veces ( ) De 3 a 4 veces ( ) 5 o más veces ( )

**Método de último intento suicida anterior al actual:** Asfixia ( ) Envenenamiento con medicamentos ( ) Envenenamiento con otras sustancias ( ) Heridas por arma cortopunzante ( ) Heridas por arma de fuego ( ) Salto al vacío ( ) Lanzamiento a vehículo ( ) Otros ( )

**Antecedente de intento suicida en el último año:** Si ( ) No ( )

**Antecedente de intentos suicidas en familiares de primer grado:** Si ( ) No ( ) No sabe ( )

**Antecedente de suicidio consumado en familiares de primer grado:** Si ( ) No ( )

**Diagnostico psiquiátrico al ingreso (CIE - 10):**

**Desenlace Final:** Egreso ( ) Muerte ( )

## Anexo 2 - Consentimiento informado.

### CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN EN LA INVESTIGACIÓN:

*Caracterización y factores asociados a intentos fallidos de suicidio atendidos en la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E, UMHES Santa Clara y el Hospital Universitario Nacional de Colombia en la ciudad de Bogotá.*

La justificación para la realización de este proyecto es conocer mejor la población atendida en dos instituciones referentes en atención en salud a paciente con intentos suicidas en la ciudad de Bogotá.

El objetivo principal es caracterizar en la población de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E, UMHES Santa Clara y el Hospital Universitario Nacional de Colombia, variables sociodemográficas y clínicas relacionadas con el intento suicida y estudiar la asociación de un grupo de estas variables con los intentos suicidas de gravedad médica.

Ciudad: Bogotá

Fecha:

Yo, \_\_\_\_\_ una vez informado sobre los propósitos, objetivos, procedimientos de intervención y evaluación que se llevarán a cabo en esta investigación y los posibles riesgos que se puedan generar de ella, autorizo al grupo de investigadores del Departamento de Psiquiatría de la Universidad Nacional de Colombia, sede Bogotá, para la realización de los siguientes procedimientos:

1. Entrevista Clínica semiestructurada
2. Manejo de datos personales e historia clínica relacionados con información clínica de mi actual hospitalización.

Adicionalmente se me informó que: • Mi participación en esta investigación es completamente libre y voluntaria, estoy en libertad de retirarme de ella en cualquier momento. • No recibiré beneficio personal de ninguna clase por la participación en este proyecto de investigación. Sin embargo, se espera que los resultados obtenidos permitirán mejorar los procesos de evaluación de pacientes con condiciones clínicas similares a las mías. • Entiendo que los riesgos son mínimos pues se realizará recolección de información sin llevar a cabo ningún acto invasivo. • Toda la información obtenida y los resultados de la investigación serán tratados confidencialmente. Esta información será archivada en papel y medio electrónico. El archivo del estudio se guardará en la Universidad Nacional de Colombia bajo la responsabilidad de los investigadores y puede llegar a ser publicado en un texto científico • Autorizo que si como resultado de las intervenciones que sean realizadas por los investigadores se detectan alteraciones clínicas que requieran atención oportuna por parte de los médicos tratantes, ellos pueden ser informados oportunamente. Hago constar que el

presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad de manera libre y espontánea y las dudas generadas han sido resueltas de forma satisfactoria.

---

Firma

Documento de identidad \_\_\_\_ No. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Huella en caso de que no pueda firmar:

## Anexo 3 - Informe de actividades de proyecto de investigación.

- Marzo/2019: Presentación propuesta de investigación al departamento de psiquiatría de la Universidad Nacional de Colombia.
- Abril-Agosto/2019: Modificación y correcciones necesarias solicitadas por directores del proyecto y por par evaluador.
- Septiembre/2019: Presentación comité de ética Universidad Nacional de Colombia, aprobación por comité de ética Universidad Nacional de Colombia acta 018 – 2019.
- Octubre/2019: Presentación proyecto de investigación en comité de ética de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E, UMHES Santa Clara y en el comité de ética del Hospital Universitario Nacional de Colombia.
- Noviembre/2019: Solicitud de correcciones por parte del comité de ética del Hospital Universitario Nacional de Colombia.
- Diciembre/2019: Solicitud de correcciones del comité de ética de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.
- Enero/2020: Envío de correcciones solicitadas a comité de ética de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E
- Febrero/2020: Envío de correcciones solicitadas a comité de ética del Hospital Universitario Nacional de Colombia.
- Febrero/2020: Aprobación por comité de investigación y comité de ética de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.
- Marzo/2020: Aprobación por comité de ética del Hospital Universitario Nacional de Colombia.
- 01/marzo/2020: Firma acta de inicio del proyecto en Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.
- 13/marzo/2020: Firma acta de inicio del proyecto en Hospital Universitario Nacional de Colombia.

- Abril/2020: Suspensión de proyecto de investigación por pandemia mundial por SARS-CoV-2.
- Mayo/2020: Carta de suspensión del proyecto a instituciones participantes.
- Septiembre/2020: Presentación al Departamento de psiquiatría de la Universidad Nacional de Colombia avances parciales del proyecto.