



Artículo original

Alta prevalencia de dos o más intentos de suicidio asociados con ideación suicida y enfermedad mental en Colombia en 2016



Yeison Ariel Aparicio Castillo^a, Ana María Blandón Rodríguez^b
y Ninfa-Marlen Chaves Torres^{c,*}

^a Universidad Minuto de Dios, Bogotá, Colombia

^b Grupo de Vigilancia y Control de Eventos de Salud Mental y Lesiones de Causa Externa, Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública, Instituto Nacional de Salud, Bogotá, Colombia

^c Facultad de Medicina, Universidad Militar, Nueva Granada, Colombia

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 4 de octubre de 2017

Aceptado el 4 de julio de 2018

On-line el 17 de agosto de 2018

Palabras clave:

Suicidio

Ideación suicida

Trastorno mental

Depresión

Trastorno bipolar

R E S U M E N

Introducción: La ideación suicida y los intentos son muy predictivos de muerte por suicidio. Además, los intentos de suicidio causan a la sociedad una carga financiera de millones de dólares.

Objetivo: Establecer los factores asociados con más de un intento de suicidio registrado en 2016 en la población colombiana.

Métodos: Se realizó un estudio trasversal de 18.763 reportes consignados en la base de datos del Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública del Instituto Nacional de Salud de Colombia durante 2016.

Resultados: Del total de reportes, 11.738 (62,6%) corresponden al sexo femenino; la media de edad fue 25,0 (IC95%, 24,9-25,2) años; el 46% de todos los casos corresponden a personas entre 10 y 20 años. Refirieron 2 o más intentos de suicidio 5.734 (30,6%). Las prevalencias de alguna enfermedad mental y de ideación suicida persistente fueron del 48,5 y el 16,4% respectivamente. Tras realizar el ajuste mediante regresión logística, el factor más asociado con más de 1 intento suicida, fue la ideación suicida persistente: OR bruta = 5,5 (IC95%, 5,0-5,9) y ORa = 4,0 (IC95%, 3,6-4,3).

Conclusiones: Los pacientes con ideación suicida persistente tienen una probabilidad 4 veces mayor de hacer 2 o más intentos suicidas. Otros factores, como el uso de arma cortopunzante como mecanismo para ejecutar el intento y el antecedente de trastorno afectivo bipolar y/o depresión, también se asociaron con más de 1 intento de suicidio.

© 2018 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ninfa.chaves@unimilitar.edu.co (N.-M. Chaves Torres).

<https://doi.org/10.1016/j.rcp.2018.07.001>

0034-7450/© 2018 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

High Prevalence of Two or More Suicide Attempts Associated with Suicidal Ideation and Mental Disease in Colombia 2016

A B S T R A C T

Keywords:

Suicide
Suicidal ideation
Mental disorder
Depression
Bipolar disorder

Introduction: Suicidal ideation and attempts are strongly predictive of suicide deaths. Furthermore, suicide attempts exert a financial burden of millions of dollars on society.

Objective: To establish the factors associated with more than one suicide attempt in the Colombian population that was reported in 2016.

Methods: A cross-sectional study of 18,763 reports entered in the database of the National Public Health Surveillance of the National Institute of Health of Colombia during 2016 was performed.

Results: 11,738 (62.6%) of the total number of reports were female, the mean age was 25.0 (95% CI, 24.9-25.2) years, 46% of all cases were individuals between 10- and 20-years-old; 5,734 (30.6%) reported 2 or more suicide attempts and the prevalence of a mental disorder and persistent suicidal ideation were 48.5% and 16.4%, respectively. The factor most strongly associated with more than one suicide attempt, after adjusting for logistic regression, was persistent suicide ideation with crude OR = 5.5 (95% CI, 5.0-5.9), and ORa = 4.0 (95% CI, 3.6-4.3).

Conclusions: Patients with persistent suicidal ideation were 4 times more likely to have 2 or more suicide attempts. Other factors such as the use of a sharp weapon as a mechanism to perform the attempt and the history of bipolar affective disorder and/or depression were also associated with more than one suicide attempt.

© 2018 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

Según cifras de la Organización Mundial de la Salud (OMS), cada año se suicidan 800.000 personas y un número aún mayor intenta suicidarse; se presume que por cada muerte por suicidio se registran 20 intentos¹. En 2015 se calculó una tasa total anual de suicidios estandarizados por edad de 10,7/100.000 habitantes. Fue la segunda causa principal de muerte en el grupo de 15-29 años en todo el mundo. Aun cuando más del 78% de los suicidios ocurrieron en países de ingresos bajos y medianos, es un fenómeno global que afecta a todas las regiones y puede producirse a cualquier edad, por lo que es un grave problema de salud pública¹. En Colombia, en 2013 la tasa de suicidios fue de 4,4/100.000, y al parecer se ha mantenido estable en los últimos años².

El intento de suicidio se define como un comportamiento no fatal, dirigido contra sí, con la intención de morir como resultado del comportamiento y potencialmente perjudicial, incluso si no da lugar a lesiones, para diferenciarlo de las lesiones autoinfligidas con intención no suicida y del suicidio, que se define como la muerte causada por el comportamiento lesivo dirigido contra uno mismo con la intención de morir³. Estas autolesiones en América Latina representan el 1,3% del total de años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) perdidos⁴.

La prevalencia del intento de suicidio es difícil de establecer, debido a que este evento no se vigila de la misma forma en todos los países y en muchos de ellos no se dispone de información confiable. Se ha estimado una prevalencia mundial del 3-5% de los mayores de 15 años, mientras que en Colombia fue del 2,57% (el 1,9% de los varones y el 3,3% de las mujeres) de

los mayores de 18 años, según la Encuesta Nacional de Salud Mental de 2015⁵. La vigilancia del intento de suicidio por el Instituto Nacional de Salud como evento de interés en salud pública se inició en enero de 2016.

La ideación y el intento suicida son muy predictivos de muerte por suicidio; además, los intentos de suicidio pueden tener consecuencias negativas como lesiones, hospitalización y pérdida de libertad y causa a la sociedad una carga financiera de millones de dólares⁶. Se ha señalado que más del 90% de las personas que mueren por suicidio tienen un trastorno mental de base. Sin embargo, hay evidencia de que más del 98% de las personas con trastornos mentales no mueren por suicidio³.

Algunos trastornos mentales confieren más riesgo de suicidio que otros; por ejemplo, en países desarrollados, los trastornos que más predicen un intento de suicidio son el trastorno bipolar, el trastorno por estrés postraumático y la depresión mayor, mientras que en los países en desarrollo son el trastorno por estrés postraumático, el trastorno de conducta y el abuso/dependencia de drogas³.

Actualmente millones de colombianos sufren problemas de salud mental, como depresión, ansiedad y psicosis, síntomas que son comunes a múltiples enfermedades mentales, entre las cuales están la depresión mayor, el trastorno bipolar y la esquizofrenia. A su vez, los adolescentes y las mujeres de todas las edades son los más afectados por este tipo de trastornos⁵. La asociación entre ideación suicida, intento de suicidio y enfermedad mental se ha estudiado ampliamente en todo el mundo; sin embargo, en la población colombiana aún falta documentar adecuadamente los factores asociados con más de un intento de suicidio durante la vida, lo cual permite inferir la probabilidad

de un nuevo intento, con lo que mejorarían la prevención y el oportuno tratamiento. El objetivo de este trabajo es establecer los factores asociados con más de un intento de suicidio registrados durante 2016 en la población colombiana.

Métodos

Durante 2016, se consignó un total de 18.903 casos de intentos de suicidio en la base de datos del Sistema de Vigilancia de Salud Pública (SIVIGILA) del Instituto Nacional de Salud, de los cuales se excluyeron 140 por falta de información relevante, como edad, sexo y número de intentos de suicidio. Se analizaron 18.763 casos correspondientes al 99,3% del total de reportes.

La información se recopiló en una base de datos de Excel® diseñada para tal fin y posteriormente se exportó al programa SPSS versión 20. Se realizó un análisis descriptivo de las variables objeto de estudio. Para variables continuas se utilizó la media (intervalo de confianza del 95% [IC95%]). Para las variables cualitativas, se reportaron frecuencias y se compararon las proporciones mediante la prueba de la χ^2 o el test exacto de Fisher. Para calcular la fuerza de la asociación, se obtuvieron las *odds ratio* (OR) con sus IC95%. Para el análisis multivariable, se tuvieron en cuenta los factores que mostraron significación ($p \leq 0,05$) al comparar proporciones y/o que la literatura ya ha señalado como posibles predictores de intento de suicidio. Estos factores se incluyeron en la regresión logística por el método introducir en un solo paso.

Implicaciones éticas

Esta investigación se desarrolló siguiendo las regulaciones éticas vigentes en Colombia (resolución 008430 de 1993) y el mundo (declaración de Helsinki, modificada en Edimburgo, 2000). No se requirió consentimiento informado. Se la consideró de bajo riesgo en la que la mayor preocupación es mantener la confidencialidad de los datos personales de los participantes. Para garantizarla, la base de datos se entregó a los autores codificada con contraseña y sin datos de nombre y/o identificación de los pacientes; además, los autores firmaron una carta donde se comprometen a garantizar la confidencialidad y el anonimato de la información.

Resultados

Se analizaron 18.763 reportes de intento de suicidio notificados al SIVIGILA en 2016. De estos, 11.738 (62,6%) corresponden al sexo femenino. La media de edad fue 25,0 (IC95%, 24,9-25,2) años, con un 46% de todos los casos entre los 10 y los 20 años y abarcando hasta los 30 años se alcanza a cubrir el 75% de los casos. Las características de la población agrupada según número de intentos de suicidio se resumen en la tabla 1.

Los participantes que refirieron más de un intento de suicidio fueron 5.734 (30,6%), las características sociodemográficas como edad categorizada y sexo no mostraron asociación significativa con más de un intento de suicidio, mientras que residir en cabecera municipal o centro poblado sí la mostró. La prevalencia de ideación suicida persistente fue del 16,4% y se asoció con más de un intento de suicidio (OR = 5,5; IC95%,

5,0-5,9). Variables como asistir solo al servicio de salud, el pacto suicida, la necesidad de hospitalización y los problemas económicos y legales se distribuyeron de modo similar entre los 2 grupos. Entre los posibles desencadenantes, solo el diagnóstico previo de enfermedad grave mostró asociación en el análisis univariable. En cuanto al mecanismo utilizado, mostraron asociación con más de un intento de suicidio el arma cortopunzante, el ahorcamiento y lanzarse al vacío o al paso de vehículos, mientras que las armas de fuego y las intoxicaciones se asociaron más con el primer intento de suicidio y se mostraron como factores protectores contra 2 o más intentos de suicidio (tabla 1).

El 48,5% de la población estudiada (9.093) refirió antecedente de alguna enfermedad mental y este antecedente se asoció con más de un intento de suicidio (OR = 2,3; IC95%, 2,1-2,4). La prevalencia de depresión fue del 35,6% y la de trastorno afectivo bipolar, del 2,8% y ambas se asociaron independientemente con más de un intento de suicidio. Tras el ajuste mediante regresión logística, el factor más asociado con más de un intento suicida fue la ideación suicida persistente (OR = 5,5; IC95%, 5,0-5,9) y OR ajustada (ORa) = 4,0 (IC95%, 3,6-4,3), aunque otros factores también mostraron asociación (tabla 2).

Discusión

Nuestros resultados muestran que más del 30% de las personas que intentaron suicidarse en Colombia en 2016 ya lo habían intentado antes, cifra que no difiere mucho de la referida en el protocolo de vigilancia de intento de suicidio (40%)⁷. Y el factor más asociado con 2 o más intentos de suicidio fue la ideación suicida persistente, que en población colombiana aumenta 4 veces la probabilidad de más de un intento de suicidio en 2016; este fenómeno podría estar relacionado con el hecho que este estudio solo incluyó a personas que ya habían hecho por lo menos un intento de suicidio, de modo que ya superaron el miedo instintivo a la muerte que hace que muchas personas nunca pasen de la idea al intento suicida, como lo describe la teoría de Joiner; adquirieron la capacidad de suicidarse y esta capacidad puede aumentar con cada intento³. Así, mientras persista la ideación suicida, la probabilidad de hacer un nuevo intento de suicidio es mayor. Esta asociación no se había estudiado antes en la población colombiana; existen estudios sobre los factores de riesgo tanto para ideación como para intento suicida, pero no se ha estudiado la relación entre ellos, ya que ambos son fuertes predictores de muerte por suicidio^{8,9}.

La prevalencia del antecedente de enfermedad mental también fue alta en este estudio, cercana al 50%; la depresión supuso el 35% de los casos y también se asoció con mayor probabilidad de 2 o más intentos de suicidio. Esta asociación ya se había descrito anteriormente y se explicaba, aunque no en su totalidad, por la presencia de desesperanza, anhedonia, alta reactividad emocional e impulsividad, asumiendo que cada una de estas características puede aumentar la angustia psicológica hasta un punto insostenible y llevar a una persona al suicidio, especialmente la impulsividad, que se ha hipotetizado que es relevante en el paso del plan al intento de suicidio^{6,10}. Otro estudio realizado en Colombia

Tabla 1 – Características de la población colombiana que ha hecho intentos de suicidio durante 2016, clasificada según el número de intentos

| | Todos | 1 | 2 o más | OR (IC95%) | p |
|--|---------------|---------------|--------------|----------------|--------|
| Sujetos | 18.763 (100) | 13.029 (69,4) | 5.734 (30,6) | | |
| Edad | | | | | <0,001 |
| 0-10 años | 123 (0,7) | 86 (0,7) | 37 (0,6) | 1,1 (0,7-1,5) | |
| 11-20 años | 8.603 (45,9) | 5.818 (44,7) | 2.785 (48,6) | 1,2 (1,0-1,3) | |
| 21-30 años | 5.491 (29,3) | 3.918 (30,1) | 1.573 (27,4) | 1 (0,8-1,1) | |
| 31-40 años | 2.450 (13,1) | 1.722 (13,2) | 728 (12,7) | 1 (0,9-1,2) | |
| > 40 años | 2.096 (11,2) | 1.485 (11,4) | 611 (10,7) | | |
| Sexo | | | | | 0,029 |
| Varones | 7.025 (37,4) | 4.945 (38) | 2.080 (36,3) | 0,9 (0,8-1) | |
| Mujeres | 11.738 (62,6) | 8.084 (62) | 3.654 (63,7) | | |
| Área de residencia | | | | | <0,001 |
| Cabecera municipal | 15.138 (80,7) | 10.330 (79,3) | 4.808 (83,9) | 1,5 (1,4-1,7) | |
| Centro poblado | 1.283 (6,8) | 911 (7) | 372 (6,5) | 1,3 (1,1-1,5) | |
| Rural disperso | 2.342 (12,5) | 1.788 (13,7) | 554 (9,7) | | |
| Rasgos referidos en el último intento | | | | | |
| Asiste solo al servicio de salud | 3.773 (20,1) | 2.631 (20,2) | 1.142 (19,9) | 1 (0,9-1,1) | 0,658 |
| Ideación suicida persistente | 3.086 (16,4) | 1.128 (8,7) | 1.958 (34,1) | 5,5 (5,0-5,9) | <0,001 |
| Pacto suicida | 160 (0,9) | 113 (0,9) | 47 (0,8) | 0,9 (0,6-1,3) | 0,744 |
| Baja satisfacción | 7.048 (37,6) | 4.267 (32,8) | 2.781 (48,5) | 1,9 (1,8-2,0) | <0,001 |
| Pérdida de lazos familiares | 3.637 (19,4) | 2.268 (17,4) | 1.369 (23,9) | 1,5 (1,4-1,6) | <0,001 |
| Consumo/abuso de drogas | 1.872 (10,0) | 1.018 (7,8) | 854 (14,9) | 2,1 (1,9-2,3) | <0,001 |
| Exposición a violencia y/o abuso | 1.888 (10,1) | 1.059 (8,1) | 829 (14,5) | 1,9 (1,7-2,1) | <0,001 |
| Antecedente familiar de suicidio | 1.229 (6,6) | 667 (5,1) | 562 (9,8) | 2 (1,8-2,3) | <0,001 |
| Requirió hospitalización | 10.463 (55,8) | 7.290 (56,0) | 3.173 (55,3) | 1 (0,9-1,1) | 0,499 |
| Posibles desencadenantes | | | | | |
| Problemas de pareja | 7.418 (39,5) | 5.285 (40,6) | 2.133 (37,2) | 0,9 (0,8-0,9) | <0,001 |
| Diagnóstico de enfermedad grave* | 514 (2,7) | 317 (2,4) | 197 (3,4) | 1,4 (1,2-1,7) | <0,001 |
| Problemas económicos | 12 (0,1) | 11 (0,1) | 1 (0,0) | 0,2 (0,02-1,8) | 0,118 |
| Problemas legales | 3.920 (20,9) | 2.674 (20,5) | 1.246 (21,7) | 1 (0,9-1,2) | 0,061 |
| Mecanismo | | | | | |
| Ahorcamiento | 948 (5,1) | 565 (4,3) | 383 (6,7) | 1,6 (1,4-1,8) | <0,001 |
| Arma cortopunzante | 3.667 (19,5) | 1.962 (15,1) | 1.705 (29,7) | 2,4 (2,2-2,6) | <0,001 |
| Arma de fuego | 803 (4,3) | 638 (4,9) | 165 (2,9) | 0,6 (0,5-0,7) | <0,001 |
| Arrojarse al vacío | 491 (2,6) | 282 (2,2) | 209 (3,6) | 1,7 (1,4-2,0) | <0,001 |
| Arrojarse ante vehículos | 207 (1,1) | 104 (0,8) | 103 (1,8) | 2,2 (1,7-3,0) | <0,001 |
| Intoxicación | 12.414 (66,2) | 9.128 (70,1) | 3.286 (57,3) | 0,6 (0,5-0,6) | <0,001 |
| Otros mecanismos no especificados | 605 (3,2) | 391 (3,0) | 214 (3,7) | 1,2 (1,0-1,5) | 0,009 |
| Antecedente de enfermedad mental | | | | | |
| Depresión | 6.673 (35,6) | 3.957 (30,4) | 2.716 (47,4) | 2,1 (1,9-2,2) | <0,001 |
| Trastorno afectivo bipolar | 516 (2,8) | 219 (1,7) | 297 (5,2) | 3,2 (2,7-3,8) | <0,001 |
| Esquizofrenia | 323 (1,7) | 158 (1,2) | 165 (2,9) | 2,4 (1,9-3,0) | <0,001 |
| Otros trastornos afectivos | 1.800 (9,6) | 1.149 (8,8) | 651 (11,4) | 1,3 (1,2-1,5) | <0,001 |
| Otros trastornos psiquiátricos | 2.419 (12,9) | 1.237 (9,5) | 1.182 (20,6) | 2,8 (2,5-3,0) | <0,001 |

IC95%: intervalo de confianza del 95%; OR: odds ratio bruta.

* No incluye enfermedades mentales.

Salvo otra indicación, los valores expresan n (%). Fuente: SIVIGILA, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016.

anteriormente también había mostrado asociación entre trastornos mentales e intento de suicidio, sin diferenciar entre 1 y más intentos⁹.

Se reportaron 18.763 casos de intento de suicidio durante 1 año en todo el país, que es este un gran número de notificaciones, teniendo en cuenta que es el primer año que el intento de suicidio se vigila como un evento de interés en salud pública en Colombia. Sin embargo, si se comparan con las cifras de la OMS, que ha inferido que por cada muerte por suicidio se registran 20 intentos, la notificación observada no se corresponde con la magnitud del evento en el territorio nacional.

La media de edad de 25 años y el predominio del sexo femenino entre los participantes son similares que en otros estudios realizados en población colombiana⁸. Llama la atención que la edad no mostrara asociación significativa con más de un intento de suicidio, cuando históricamente se han asociado con suicidio e intento de suicidio^{3,6}, tal vez porque esos estudios no diferenciaban entre 1 y 2 o más intentos de suicidio o porque se requiere otro tipo de estudios para valorar mejor estas variables.

Entre los posibles desencadenantes del intento suicida, el diagnóstico previo de enfermedad grave mostró asociación;

Tabla 2 – Factores asociados con 2 o más intentos de suicidio en la población colombiana en 2016

| Factor | OR (IC95%) | ORa (IC95%) |
|----------------------------------|---------------|----------------|
| Ideación suicida persistente | 5,5 (5,0-5,9) | 4,0 (3,6-4,3) |
| Uso de arma cortopunzante | 2,4 (2,2-2,6) | 2 (1,8-2,3) |
| Trastorno afectivo bipolar | 3,2 (2,7-3,8) | 1,8 (1,5-2,3) |
| Otros trastornos psiquiátricos | 2,8 (2,5-3,0) | 1,8 (1,6-2,0) |
| Depresión | 2,1 (1,9-2,2) | 1,6 (1,5-1,7) |
| Consumo/abuso de drogas | 2,1 (1,9-2,3) | 1,5 (1,4- 1,7) |
| Exposición a violencia y/o abuso | 1,9 (1,7-2,1) | 1,4 (1,3-1,6) |
| Ahorcamiento | 1,6 (1,4-1,8) | 1,4 (1,2-1,7) |
| Arrojarse al vacío | 1,7 (1,4-2,0) | 1,4 (1,1-1,7) |
| Baja satisfacción | 1,9 (1,8-2,0) | 1,3 (1,2-1,4) |
| Pérdida de lazos familiares | 1,5 (1,4-1,6) | 1,1 (1,1-1,2) |
| Problemas de pareja | 0,9 (0,8-0,9) | 1,1 (1,1-1,2) |
| Sexo | 0,9 (0,8-1) | 0,9 (0,8-0,9) |
| Uso de arma de fuego | 0,6 (0,5-0,7) | 0,7 (0,6-0,9) |

IC95%: intervalo de confianza del 95%; OR: odds ratio bruta; ORa: odds ratio ajustada.

Variables introducidas para construir el modelo: ideación suicida persistente, arma cortopunzante, trastorno afectivo bipolar, depresión, otros trastornos psiquiátricos (diferentes de trastorno bipolar, depresión y esquizofrenia), edad, sexo, área de residencia, baja satisfacción personal, pérdida de lazos familiares, uso y/o abuso de drogas, exposición a violencia y/o abuso, antecedente de suicidio en la familia, problemas de pareja, diagnóstico de enfermedad grave, ahorcamiento, arma fuego, arrojarse al vacío, intoxicación y esquizofrenia. Fuente: SIVIGILA, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016.

otros, como los problemas de pareja, el consumo o abuso de sustancias psicoactivas y la pérdida de lazos familiares, no se asociaron, pero anteriormente se habían asociado con intento suicida sin diferenciar entre 1 o más intentos⁸.

Con respecto al mecanismo utilizado para llevar a cabo la tentativa, se observa que en la mayoría de los casos se recurrió a la intoxicación, seguida de un arma cortopunzante, coincidiendo con lo ya descrito en la literatura sobre nuestro país^{8,9,11}; a su vez, el uso de un arma cortopunzante, el ahorcamiento, la precipitación al vacío y arrojarse al paso de vehículos también mostraron una asociación con 2 o más intentos de suicidio que no se había descrito hasta ahora en la población colombiana.

La principal limitación de este estudio es la fuente secundaria de información (notificaciones de intento de suicidio); es importante anotar que, aunque el SIVIGILA es cada vez más eficiente y el número de reportes de eventos de interés en salud pública es cada vez mayor, aún hay mucho que hacer para mejorar la cultura del reporte y sobre todo la calidad del reporte que hacen las diferentes instituciones de salud del país, ya que algunos están incompletos. También se debe tener en cuenta que solo se reportan los casos de intento de suicidio atendidos en un servicio de salud; los que no requirieron atención médica por el intento de suicidio no se registran ni se reportan, lo que implica cierto subregistro.

El principal aporte de este trabajo es alertar a la comunidad científica sobre la necesidad de identificar en los pacientes que acuden al servicio de salud tras un intento de suicidio los factores asociados con 2 o más intentos, como la ideación suicida persistente y los antecedentes de enfermedades mentales: trastorno afectivo bipolar y depresión. La detección temprana de las personas con factores asociados con más de un intento de suicidio, lo que las hace vulnerables a nuevos intentos o el suicidio consumado, permitiría diseñar planes de tratamiento y rehabilitación individuales dirigidos a prevenir el intento suicida.

Conclusiones

Los pacientes con ideación suicida persistente tuvieron una probabilidad 4 veces mayor de hacer 2 o más intentos suicidas; los que utilizaron un arma cortopunzante como mecanismo para el intento de suicidio y quienes tenían el antecedente de trastorno afectivo bipolar y depresión también tuvieron mayor probabilidad de hacer más de un intento.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Agradecimientos

Al Instituto Nacional de Salud por facilitar los datos de reportes de intentos de suicidio de 2016, así como a las entidades territoriales por su trabajo diligente en la notificación de los casos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Prevención del suicidio (supre). Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2012. Disponible en: <http://www.who.int/mental.health/prevention/suicide/suicideprevent/en/>. Consultado Jun 2017.
2. Tasa de suicidios en Colombia permanece estable. Boletín de Prensa No 246. Bogotá: Ministerio de salud y protección social; 2015. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Tasa-de-suicidios-en-Colombia-permanece-estable.aspx>. Consultado Jun 2017.
3. Klonsky E, May A, Boaz Y. Suicide, suicide attempts, and suicidal ideation. *Rev Adv.* 2016;12:307-26.
4. Mortalidad por suicidio en las Américas Informe Regional Washington D.C. 2014. Organización Panamericana de la Salud [Consultada junio 2017]. Disponible en: <http://www.>

- bvsde.paho.org/documentosdigitales/bvsde/texcom/PAHOMortalidad-suicidio.pdf
5. Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2016. Disponible en: http://www.visiondiweb.com/insight/lecturas/Encuesta_Nacional_de_Salud_Mental_Tomo_I.pdf. Consultado Jun 2017.
 6. Nock M, Borges G, Bromet E, Cha CB, Ronald C, Lee S. Suicide and suicidal behavior. *Epidemiol Rev.* 2008;30:133-54.
 7. Protocolo de Vigilancia en Salud Pública. Intento de Suicidio. Bogotá: Ministerio de Salud Pública; 2014. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/INS/protocolo-vigilancia-intento-suicidio.pdf>. Consultado Jun 2017.
 8. Pérez-olmos I, Ibáñez-pinilla M, Reyes-figueroa JC, Suárez-díaz JYAMJ. Factores asociados al intento suicida e ideación suicida persistente en un centro de atención primaria Bogotá, 2004-2006. *Rev Salud Pública.* 2008;10: s374-85.
 9. Tuesca R, Navarro E. Factores de riesgo asociados al suicidio e intento de suicidio. *Salud Uninorte.* 2003;17:19-28.
 10. Bedoya E, Montaña L. Suicidio y trastorno mental. *Rev CES Psicología.* 2016;9(2.).
 11. Vásquez R, Quijano M. Cuando el intento de suicidio es cosa de niños. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2014;3Supl1:36-46.