

Caracterización clínica y sociodemográfica del intento suicida en la Región de Los Ríos, Chile.

Clinical and sociodemographic characterization of the suicide attempt in the Los Ríos Region, Chile.

Marcelo Gotelli^{1,3,4}, José Manríquez², Carolina Zambrano^{1,3,4,5}, Esteban Yañez^{1,2}, Reiner Fuentes F.^{4,5}

ABSTRACT

Introduction: Suicidal attempt is one of the most relevant suicide risk factors, knowing associated variables and post-suicide attempt follow-up strategies contributes to preventing suicide. **Objective:** the objective of this work was to describe the clinical-sociodemographic characteristics of people who present a suicide attempt, and to present a strategy of clinical-epidemiological surveillance that is activated after the suicide attempt. **Methods:** A cross-sectional design was carried out, involving 170 subjects aged 15 and over admitted to the Unit for People with a suicide attempt between 2015 and 2018 in the Los Ríos region, Chile. Sociodemographic and clinical data, before and after the suicide attempt, were statistically evaluated. **Results:** The sociodemographic results show a predominance of attempts by women, with a sample that has its place of residence mainly in urban areas. In addition, it was observed that Catholic or evangelical religious affiliation could be associated with a higher risk of suicidal retry ($p = 0.014$). **Conclusions:** The clinical factors show that having previous suicide attempts, ongoing depression at the time of the suicide attempt, and partner conflicts are relevant factors to consider. The frequency of suicide and suicide retries in surveillance was low, so strengthening the continuity of care could play a preventive role in the suicide phenomenon.

Key words: suicide, suicide attempts, continuity of care.
Rev. Chil Neuro-Psiquiat 2023; 61 (1); 32-42

Recibido: 14-12-2021

Aceptado: 12-07-2022

Fuente de apoyo financiero: Universidad Austral de Chile; no influyó en el diseño del estudio.

¹ Instituto de Neurociencias Clínicas, Facultad de Medicina, Universidad Austral de Chile.

² Instituto de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad Austral de Chile.

³ Servicio de Psiquiatría Hospital Base Valdivia.

⁴ Alianza Chilena Contra la Depresión.

⁵ Centro de Salud Universitario, Universidad Austral de Chile.

INTRODUCCIÓN

A nivel mundial, cerca de 800.000 personas se suicidan cada año, representando la tercera causa de muerte para los jóvenes de edades comprendidas entre los 15 y los 19 años. El 79% de los suicidios se produce en países de ingresos bajos y medianos, y el intento de suicidio es el factor individual de riesgo más importante⁽¹⁾. Se define al suicidio como toda conducta o acto autodestructivo, que tiene como meta alcanzar la muerte, con un elevado deseo de morir y con el conocimiento, esperanza y creencia, de que con el método elegido es posible alcanzar la muerte. El intento de suicidio tiene una definición similar, solo que el resultado no es la muerte⁽²⁾. En los últimos 45 años el suicidio aumentó en 60%; de estos casos el 60% visitaron médico el mes anterior, y el 40% la semana antes del suicidio⁽¹⁾. Por cada muerte, se estima que hay 25 intentos de suicidio no fatales y millones más que experimentan pensamientos suicidas.⁽³⁾

Las investigaciones se han abocado a determinar variables que permitan crear modelos predictores para prevenir e intervenir en las primeras fases del fenómeno⁽⁴⁾. En términos clínicos se ha visto que al menos un tercio de las autolesiones coincide con la ideación o planificación reciente del suicidio, siendo este un marcador importante al hablar de suicidio^(5,6). También se ha visto una relación clínicamente significativa entre síntomas depresivos y desesperanza, con los intentos y muerte por suicidio⁽⁶⁻⁸⁾. Además, se han observado que el consumo de alcohol, abuso de drogas y tabaquismo aumenta significativamente el riesgo de ideación suicida, intento de suicidio y suicidio consumado⁽⁹⁻¹²⁾. Por otro lado, el suicidio consumado en un familiar se asocia a un riesgo ocho veces mayor de conducta suicida.⁽¹³⁻¹⁵⁾

En su totalidad el comportamiento suicida es más frecuente en mujeres, duplicando a los hombres⁽¹⁶⁾. Otros aspectos relacionados, se asocian a padres ausentes, disfunción familiar, baja autoestima, ideas suicidas recientes, malestar

individual, insatisfacción personal y razones para vivir, particularmente aquellas relacionadas con creencias en las propias capacidades y habilidades de afrontamiento, así como también, disfunción en el control de la ira.^(10,12,16-19)

En Chile fallece por suicidio una persona cada 5 horas, la tasa de mortalidad es de 10,3 por 100.000 habitantes, y en la Región De Los Ríos 12,5 por 100.000 habitantes. En hombres es 4,8 veces superior a las mujeres, a pesar de que en los últimos años hay un incremento de mujeres suicidas⁽²⁰⁾. El fenómeno suicida aumenta en la estación de la primavera, en los meses de noviembre y diciembre, los fines de semana y en la mañana⁽⁹⁾. El ahorcamiento es el método suicida más común, seguido por el uso de armas de fuego y explosivos en hombres, y envenenamiento en mujeres^(9,20). En los últimos años la tasa en zonas rurales se duplica en comparación con zonas urbanas.⁽¹⁾

Dentro del marco del programa nacional de prevención del suicidio, el año 2012 se implementan mesas de vigilancia epidemiológicas. En la Región De Los Ríos, el año 2015 se creó la “Unidad para Personas con Intento suicida”, en adelante UPI, una estrategia pionera de intervención y vigilancia⁽²¹⁾. Esta unidad opera en Hospital Base Valdivia, y recibe notificaciones de intento suicida de la Región. Según sea el caso se realiza contención, orientación y seguimiento telefónico o presencial, al afectado y a una persona de confianza o familiar, procurando una mejor oportunidad de atención y continuidad de cuidados.

El objetivo de este estudio es dar a conocer los resultados de la vigilancia clínico-epidemiológica realizada por la UPI y hacer una descripción clínico-sociodemográfica de las personas que presentaron intentos de suicidio en la Región De Los Ríos, durante los años 2015 y 2018.

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño del estudio

Se utilizó una metodología cuantitativa con

un diseño transversal. Los participantes correspondieron a personas que intentaron suicidio en la Región De Los Ríos y que fueron notificados desde los servicios de urgencia. El criterio de inclusión principal fue haber presentado al menos un episodio de intento suicida en el último mes. A cada consultante se le aplicó en el ingreso una entrevista semiestructurada con un instrumento de evaluación validado y calibrado. Los entrevistadores fueron capacitados previo al inicio del estudio de manera de lograr el mayor nivel de concordancia. La información se obtuvo de las notificaciones y fichas clínicas. La población de estudio es una muestra intencionada del total de personas en seguimiento por intento suicida, correspondientes al registro de fichas del Hospital Base Valdivia, eliminando casos con datos incompletos.

Instrumentos

El instrumento de recolección de datos correspondió a una ficha basada en el “Protocolo de Entrevista Estructurada Autopsia Psicológica”, escrito por Gómez A., Ibáñez C. y Gómez M.⁽²²⁾. Para la calibración del cuestionario se procedió a la capacitación del personal de recepción de ingreso de pacientes derivados por intento suicida de la Región De Los Ríos, de manera de lograr la mayor concordancia entre los entrevistadores. Además, se determinó la consistencia interna, se validaron las preguntas a través de la opinión de expertos, y se aplicó el instrumento inter examinador.

Las variables incluidas fueron: datos de carácter clínico, como antecedentes de enfermedades crónicas y psiquiátricas en los sujetos, junto con los tratamientos asociados (continuos o refractarios) y hospitalizaciones anteriores, intentos suicidas previos, hábitos de alimentación, conductas sexuales de riesgo, consumo de alcohol y drogas e historia de intentos suicidas previos. También se indagó respecto de antecedentes de intentos suicida o suicidios consumados en padres. Y también información sociodemográfica, como sexo asignado al nacer, orientación sexual, edad, comuna de residencia, estado civil, nivel de escolaridad, ocupación, características de la

estructura familiar, religión, orientación sexual, red de salud utilizada. Además, se solicitaron datos del acompañante del sujeto ingresado a la UPI.

Además, respecto del intento suicida, se registró información de contexto como fecha, lugar y método utilizado, descripción clínica previa al intento suicida, posibles factores gatillantes y acciones que derivaron en la atención clínica posterior al intento suicida.

Análisis estadístico

A partir de los datos obtenidos, se creó una planilla de datos en software Excel 2013 V15.0®. La descripción de los resultados y análisis fueron obtenidos con software estadístico STATA 12.0®.

Para la caracterización, tanto del intento suicida como de los factores asociados, se obtuvieron resultados de medidas de resumen (promedio y desviación estándar), así como frecuencias relativas para la descripción de las categorías de cada variable. Todos los resultados son presentados mediante tablas.

Para el análisis bivariado, se realizó prueba de Chi-cuadrado de Pearson para variables categóricas. Se realizó análisis para el intento suicida a través de categorización dicotómica (“primer evento de intento suicida” vs “más de un evento de intento suicida”) y discreta (“número de eventos de intento suicida”). Se determinó asociación con cada una de las variables levantadas y se consideró nivel de significancia valores de $\alpha < 0,5$.

El estudio fue aprobado por unanimidad para su realización por el Comité de Ética Científico del Servicio de Salud Valdivia.

RESULTADOS

Descripción sociodemográfica

La muestra estuvo constituida por 170 personas, compuesta en un 24,12% por hombres y en 75,88% por mujeres, con una media de la edad de 31,7 años (DE=15.87). El 59,4% se encontraba en estado civil soltero(a) y el 8,9% se encontraba

viviendo solo(a). El 28,2% tenía enseñanza media incompleta y el 87,6% se identificó como heterosexual. Además, el 82,3% indicó vivir en sectores urbanos y un 12,9% se sintió perteneciente

al pueblo Mapuche. En adscripción religiosa, un 40,5% se identificó como católico(a), siguiéndole un 30,5% que se declaraba evangélico(a). Los resultados se presentan en **Tabla 1**.

Tabla 1. Características de la muestra.

Dimensión	Variables	Categoría	Frecuencia relativa o media
Sociodemográficas	Edad	Años	31,77(D.E. 14,06)
		Rango de edad	14 - 69 años
	Sexo	Hombres	24,12% (n=41)
		Mujeres	75,88% (n=129)
	Tipo de residencia	Urbana	82,35% (n=140)
		Rural	15,88% (n=15)
	Comuna de procedencia	Valdivia	44,71% (n=76)
		La Unión	11,76% (n=20)
		Mariquina	9,41% (n=16)
		Mafil	7,06% (n=12)
		Panguipulli	7,06% (n=12)
		Paillaco	5,88% (n=10)
		Otras	14,12% (n= 24)
	Pertenencia a pueblo originario	No pertenece	62,35% (n=106)
		Mapuche	12,94% (n= 22)
		NS o NC	24,71% (n=42)
	Estado civil	Soltero/a	59,41% (n=101)
		Casado/a 1ª vez	15,29% (n=26)
		Casado/a 2ª vez o más	0,59% (n=1)
		Conviviente	6,47% (n=11)
		Separado/a	7,65% (n=13)
		Divorciado/a	0,59% (n=1)
		Viudo/a	5,29% (n=9)
Nivel educacional	Media incompleta	28,24% (n=48)	
	Media completa	17,65% (n=30)	
	Básica incompleta	15,88% (n=27)	
	Superior incomp.	15,88% (n=27)	
	Básica completa	9,41% (n=16)	
	Superior comp.	9,41% (n=16)	
	Sin estudios formales	1,18% (n=2)	
Situación laboral	Estudiante	28,24% (n=48)	
	Desempleado	16,47% (n=28)	
	Empleo permanente jornada completa	14,71% (n=25)	
	Dueña de casa	10,59% (n=18)	
	Empleo temporal jornada parcial	9,41% (n=16)	
	Otras	20,58% (n=35)	
Orientación sexual	Heterosexual	87,65% (n=149)	
	Homosexual	1,18% (n=2)	
	Bisexual	2,35% (n=4)	
	NS/NC	8,82% (n=15)	
Pertenencia a religión	Católica	40,59% (n=69)	
	Evangélica	30,59% (n=52)	
	No evaluado	9,41% (n=16)	
	Creyente sin religión	5,88% (n=10)	
	Otros	13,53% (n=23)	
Características familiares	Convivencia	En pareja con hijos/as	28,40% (n=48)
		Con padres y hermanos	23,08% (n=39)
		Con uno de los padres	9,46% (n=16)
		Vive solo/a	8,88% (n=15)
		En pareja sin hijos/as	8,28% (n=14)
		Vive con otros familiares	8,28% (n=14)
		Vive solo/a con hijos	7,10% (n=12)
		Otros	11, 24% (n=19)
		Características de la crianza	Con ambos padres y hermanos
	Con un solo padre/madre		13,53% (n=23)
	Con otros familiares		13,53% (n=23)
	Solo padre o madre		4,12% (n=7)
	Otros		12,94 (n=22)

Antecedentes clínicos

Entre los antecedentes psiquiátricos más relevantes de los sujetos estudiados, se encontró presencia de trastorno depresivo concomitante

(42,94%), antecedentes psiquiátricos familiares (45,29%), antecedentes de patología psiquiátrica diagnosticada (54,12%) y trastorno afectivo (53,53%). El resumen se encuentra en **Tabla 2**.

Tabla 2. Antecedentes de patologías psiquiátricas y factores de riesgo para el intento suicida.

Variables	Categoría	Frecuencia relativa O valor absoluto
Diagnóstico CIE-10 de los sujetos al momento del ingreso a UPI	Trastorno depresivo	42,94% (n=73)
	Sin diagnóstico sindromático (En eje 1)	19,41% (n=33)
	Trastorno adaptativo	8,82% (n=15)
	Consumo perjudicial alcohol/psicofármacos	8,24% (n=14)
	Trastorno depresivo recurrente	6,47% (n=11)
	Trastorno bipolar	4,12% (n=7)
	Síntomas psicóticos	3,43% (n=6)
	Otros	6,47% (n=11)
Clasificación del intento suicida	Intento serio de suicidio	77,65% (n=132)
	Gesto serio de suicidio	15,29% (n=26)
	Autoagresión deliberada	4,12% (n=7)
	Parasuicidio	2,94% (n=5)
Antecedentes psiquiátricos familiares o intento suicida/suicidio de padre/madre	Sí	45,29% (n=77)
	No	21,18% (n=36)
	Intento suicida/suicidio padre o madre	14,71% (n=25)
	Intento suicida/suicidio otros familiares	5,29% (n=9)
	Desconocido o sin información	13,52% (n=23)
Antecedentes de enfermedad psiquiátrica	Sí	54,12% (n=92)
	No	35,29% (n=60)
	No responde/sin información	10,59% (n=18)
Antecedentes de trastorno de personalidad	Sin diagnóstico	63,53% (n=108)
	Trastorno Límite	20,00% (n=34)
	Trastorno inmaduro	8,24% (n=14)
	Trastorno dependiente	4,71% (n=8)
	Otros	3,52% (n=6)
Antecedentes de tratamiento con psicofármacos	Sí	7,65% (n=13)
	No	92,35% (n= 157)
Antecedentes de abuso de sustancias	Alcohol	
	No consume	39,64% (n=67)
	Consumo ocasional	39,05% (n=66)
	Consumo frecuente o abuso	17,16% (n=29)
	Dependencia	3,55 % (n=6)
	No precisado/no registrado	1,17% (n=2)
	Tabaco	
	No consume	71,60% (n=121)
	Consumo ocasional	7,69% (n=13)
	Consumo frecuente o abuso	11,24% (n=19)
	Dependencia	8,88% (n=15)
	No precisado/no registrado	0,59% (n=1)
	Marihuana	
	No consume	72,78% (n=123)
	Consumo ocasional	13,02% (n=22)
	Consumo frecuente o abuso	7,69% (n=13)
	Dependencia	5,92% (n=10)
	No precisado/no registrado	0,59% (n=1)
	Cocaína	
	No consume	93,49% (n=158)
	Consumo ocasionalmente	1,18% (n=2)
	Consumo frecuente o abuso	4,73% (n=8)
No precisado/no registrado	0,59% (n=1)	
Antecedentes de consulta psiquiátrica/psicológica en los últimos 12 meses	Sí	40,00% (n=68)
	No	52,35% (n=89)
	Sin registro	7,65% (n=13)

Características del intento suicida

El 48,24% (n=88) presentó intentos previos al momento del ingreso, en tanto que el factor gatillante más importante previo al intento suicida

fue “conflicto o ruptura de pareja” (55,29%). Además, el método más frecuentemente descrito fue “ingesta de fármacos” (65,29%). Las características se presentan en **Tabla 3**.

Tabla 3. Características del intento suicida en la Región de los Ríos, Chile 2015-2018.

Variables	Categoría	Frecuencia relativa O valor absoluto
Número de sujetos ingresados por Intento suicida	Sujetos con intento suicida ingresados a UPI entre los años 2015 – 2018	N = 170
Intentos previos	Sí	48,24% (n=82)
	No	51,76% (n=88)
Nº episodios intento suicida	“Un episodio”	51,76%(n= 88)
	“Dos episodios”	29,41% (n=50)
	“Tres veces”	4,71% (n=8)
	“Cuatro veces”	8,82% (n=15)
	“Cinco veces”	1,76% (n=3)
Factores gatillantes del intento suicida	“Más de 5 veces”	2,94% (n=5)
	Conflicto o ruptura de pareja	55,29% (n=94)
	Conflictos familiares graves	11,18% (n=19)
	Conflicto o mala relación con padre/madre	7,65% (n=13)
	Pérdidas significativas	4,71 (n=8)
	Evento percibido como traumático	4,71 (n=8)
	Problemas financieros/económicos	2,35% (n=4)
	Problemas académicos	2,94% (n=5)
Consumo de sustancias	1,18% (n=2)	
Planificación del intento suicida	Otros	10,00% (n=17)
	Sí	7,65% (n=13)
	No	92,35% (n= 157)
	Método de intento suicida	Ahorcamiento
Fármaco		65,29% (n=111)
Cortes		11,76% (n=20)
Ingesta de cloro		2,35% (n=4)
Lanzarse al río		2,35% (n=4)
Lanzarse a un móvil		2,35% (n=4)
Otros		8,5% (n=5)
Tipo de Fármacos utilizados para intento suicida	Psicotrópicos	37,65% (n=64)
	Múltiples fármacos	18,82% (n=3)
	Paracetamol	4,12% (n=7)
	Otros	22,35% (n=38)
Lugar del intento suicida	En el hogar	82,25% (n=140)
	En otra casa	2,96% (n= 5)
	En la vía pública	6,51% (n= 11)
	Lugar público	1,78% (n= 3)
	En el trabajo	1,78% (n=3)
	Establecimientos educacionales	2,96% (n= 5)
	Otros /no especifica	1,78% (n=3)

Análisis del intento suicida respecto de las variables registradas al ingreso

En la **Tabla 4** se presentan los resultados de la prueba de Chi-cuadrado respecto de cada variable estudiada, así como la significación estadística ($p < 0,05$), encontrándose diferencia estadística en las variables “Etnia” ($p = 0,01$).

Además, se realizó análisis de las variables respecto del número de intentos suicidas de los sujetos estudiados, encontrándose significación en “etnia” ($p = 0,034$) y “religión” ($p = 0,014$). No se encontraron otras asociaciones estadísticas en la prueba de Chi-cuadrado (**Tabla 5**).

Tabla 4. Análisis de significancia estadística mediante prueba de Chi-cuadrado, de las variables recogidas al momento del ingreso a UPI comparando sujetos sin intento suicida anterior e intentos suicidas anteriores (n=170).

Variable	X2	Valor “p”
Sexo	2,93	0,087
Comuna de procedencia	14,85	0,462
Etnia	9,21	0,010
Nivel educacional	6,25	0,510
Situación laboral	8,60	0,377
Orientación sexual	4,72	0,193
Religión	9,88	0,524
Estado civil	7,21	0,407
Convivencia	9,02	0,435
Factores gatillantes	17,23	0,305
Método utilizado	6,99	0,637
Caract. Crianza	7,21	0,705
Consumo de tabaco	1,45	0,835
Consumo de alcohol	2,76	0,598
Consumo de Marihuana	4,34	0,362
Consumo de cocaína	3,48	0,322
Antecedente de agresión sexual	3,76	0,584
Diagnóstico CIE-10	16,29	0,178
Antecedentes psiquiátrico o Intento suicida/ suicidio de padre/madre	3,28	0,858
Antecedentes enf. Psiquiátricas	7,19	0,027
Antecedentes trastorno de personalidad	4,36	0,737
Antecedente de Control psicólogo o psiquiatra	4,37	0,112

Tabla 5. Análisis de significancia estadística mediante prueba de Chi-cuadrado, de las variables recogidas al momento del ingreso a UPI comparando sujetos con un intento suicida y con más intentos previos de suicidio (como variable discreta).

Variable	X2	Valor “p”
Sexo	7,86	0,248
Etnia	22,33	0,034
Nivel educacional	50,68	0,168
Orientación sexual	16,88	0,531
Religión	86,59	0,014
Estado civil	36,11	0,726
Factores gatillantes	17,23	0,305
Comuna	56,34	0,991
Método utilizado	27,39	0,999
Caract. crianza	62,64	0,383
Consumo de alcohol	2,19	0,901
Consumo de tabaco	24,96	0,408
Consumo de Marihuana	33,59	0,092
Consumo de cocaína	13,01	0,791
Antecedente de agresión sexual	29,32	0,500
Diagnóstico CIE-10	78,57	0,278
Antecedentes psiquiátrico o Intento suicida/ suicidio de padre/madre	32,28	0,860
Antecedentes enf. Psiquiátricas	13,87	0,309
Antecedentes trastorno de personalidad	35,89	0,735
Antecedente de Control psicólogo o psiquiatra	19,47	0,078

DISCUSIÓN

En este trabajo se describieron características clínicas y sociodemográficas que presentaron personas que fueron atendidas luego de un intento suicida en la UPI.

Sobre las características sociodemográficas, gran parte de la muestra fueron mujeres en adultez joven sin antecedentes de intento previo y solteras. Dentro de las características clínicas, en sintonía con la literatura, los resultados muestran que al menos un 42% de las personas que intentaron suicidarse presentaban sintomatología depresiva al momento del intento suicida, reforzando lo relevante de preguntar por pensamientos suicidas cuando hay síntomas depresivos^(8,10,16). Similar a otras caracterizaciones de intentos suicidas, en esta investigación se observó que el 45% tiene familiares con antecedentes psiquiátricos.^(23,24)

En la caracterización del intento suicida los conflictos relacionales aparecen como un gatillante relevante. Cerca del 55% identificó como gatillante un conflicto de pareja, lo que se ajusta a lo que indican en otras investigaciones⁽²⁵⁾. También se observó que la metodología del intento más frecuente fue por ingesta de fármacos, lo que coincide con otras experiencias latinoamericanas en esta línea de investigación.⁽²⁶⁻²⁸⁾

Sobre el número de intentos previos se destacan las variables de etnia y adscripción religiosa. Sobre la variable etnia este resultado puede deberse a que una parte importante de la muestra no reportó sentirse perteneciente a ninguna etnia, lo que pudo interferir en los resultados. Respecto de la variable de adscripción religiosa, si bien en la literatura nacional se ha reportado a la religiosidad y espiritualidad como un factor protector de riesgo suicida en mujeres depresivas⁽²⁹⁾ y menor riesgo de conducta suicida en adolescentes religiosos⁽³⁰⁾; nuestros resultados sugieren que posterior al primer intento, la variable religiosa puede jugar un rol en el riesgo de reintento suicida. Estos resultados muestran la relevancia y necesidad de seguir explorando las variables de religiosidad y su relación con la suicidalidad en futuros estudios en el área.

Algunos estudios refieren que entre el 18% a 30% de los pacientes con intento suicida presentará reintento dentro de 2 años, el 60% dentro de seis meses y 70% dentro del primer año post-intento, y la mortalidad por suicidio post-intento fluctúa entre 5 a 30%⁽³¹⁻³⁶⁾. Sin embargo, en nuestro seguimiento, consumaron suicidio 0,36%, y 7% presentó reintentos posteriormente, con una continuidad de cuidados con cobertura cercana al 85%, comparado con otros estudios en que un 45% de los pacientes son derivados a psiquiatra y cerca del 25% continúa atención posteriormente.⁽³⁷⁾

Este estudio no está exento de limitaciones. En primer lugar, el diseño de la investigación al ser transversal desconoce la evolución clínica de los participantes en el tiempo. En segundo lugar, no contamos con la información completa de todos los casos, por motivo que, si bien se aplicó de forma transversal la pauta de evaluación, por motivos clínicos la entrevista psiquiátrica explora en las dimensiones de manera heterogénea según se requiera. En tercer lugar, aunque el instrumento se basó en el recomendado por la autoridad sanitaria chilena para ser aplicado en el estudio de sujetos adultos con intento suicida, para futuras investigaciones se sugiere adaptar el instrumento de evaluación para el manejo de variables culturales y sociales con mayor precisión, por ejemplo, en adscripción religiosa no se precisa si la persona participa o no de un espacio religioso. En cuarto lugar, aún hay intentos suicidas en la Región que no son pesquisados y, por lo tanto, quedaron fuera de esta investigación; esto por cuanto no son notificados o porque no consultan posterior al intento.

Finalmente, a pesar de las consideraciones expresadas anteriormente, creemos que los resultados de esta investigación, y el contexto desde el cual surgen, dan cuenta de una experiencia de seguimiento clínico y epidemiológico focalizada en personas con riesgo suicida que puede servir como un modelo de intervención clínico e investigativo eficaz para el abordaje y prevención de personas con intentos suicidas y, por tanto, con alto riesgo de suicidalidad.

Agradecimientos: a los consultantes y sus familiares quienes recibieron atención, y recibieron

vigilancia, ya que sin ellos esta tarea no es posible. Al Servicio de Salud Los Ríos, Departamento de Salud Mental del Servicio de Salud, Hospital Base Valdivia, Servicio de Psiquiatría del Hospital Base Valdivia y Seremi de Los Ríos, y su áreas de Salud Mental y Epidemiología, Instituciones que en Alianza contribuyeron al desarrollo de este proyecto. A todos quienes participaron en el proceso de recolección de datos y revisión en el inicio de la investigación,

M.J. Haydar, A. Wagner, T. Silva. A todo el grupo de la Alianza Chilena contra la Depresión, quienes participaron en discusiones iniciales y reflexiones que contribuyeron a enfocar el estudio, entre ellos C. Álamo, M. Morandé, J.C. Olivares, C. Heskia, D. Urrutia, A. Ordóñez, M. Wentzel, F. Retamal, J. Santander, A. Bilbao y, en especial, al Dr. T. Baader como líder de dicha organización quien motivó a realizar este tipo de investigaciones.

RESUMEN

Introducción: El intento suicida es uno de los factores de riesgo suicida más relevantes, conocer variables asociadas y estrategias de seguimiento post-intento suicida contribuye a prevenir el suicidio. **Objetivos:** el objetivo de este trabajo fue describir características clínico-sociodemográfica de las personas que presentan intento de suicidio, y dar a conocer una estrategia de vigilancia clínico-epidemiológica que se activa posterior al intento suicida. **Método:** Se utilizó un diseño transversal, participaron 170 personas de 15 y más años ingresados a la Unidad para Personas con Intento suicida entre los años 2015 al 2018 en la Región De Los Ríos, Chile. Se evaluaron estadísticamente datos de carácter sociodemográfico y clínicos, previos y posterior al intento suicida. **Resultado:** Los resultados sociodemográficos muestran predominancia de intentos de mujeres, con una muestra que tiene su lugar de residencia principalmente en sectores urbanos. Además, se observó que la pertenencia religiosa católica o evangélica, podría asociarse a mayor riesgo de reintento suicida ($p=0,014$). **Conclusiones:** Los factores clínicos muestran que presentar intentos suicidas previos, depresión en curso al momento del intento suicida y los conflictos de pareja son factores relevantes a considerar. La frecuencia de suicidio y los reintentos suicida en vigilancia fue baja, por lo que fortalecer la continuidad de cuidados podría tener un rol preventivo en el fenómeno suicida.

Palabras clave: Suicidio, Intento de Suicidio; Continuidad de cuidados.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Suicidio [Internet]. Organización Mundial de la Salud, 2019 [citado 26 octubre 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
2. Baader T, Urra E, Millán R, Yáñez L. Algunas consideraciones sobre el intento de suicidio y su enfrentamiento. Revista Médica Clínica Las Condes [Internet]. 2011 [citado 1 diciembre 2020];22(3):303–309. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(11\)70430-8](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(11)70430-8)
3. Ribeiro JD, Franklin JC, Fox KR, Bentley KH, Kleiman EM, Chang BP, et al. Self-injurious thoughts and behaviors as risk factors for future suicide ideation, attempts, and death: a meta-analysis of longitudinal studies. Psychological Medicine. Cambridge University Press; 2016;46(2):225–36.
4. Belsher BE, Smolenski DJ, Pruitt LD, Bush NE, Beech EH, Workman DE, Morgan RL, Evatt DP, Tucker J, Skopp NA. Prediction Models for Suicide Attempts and Deaths: A Systematic Review and Simulation. JAMA Psychiatry. 2019 Jun 1;76(6):642-651. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2019.0174. PMID: 30865249.
5. Klonsky ED, May AM, Glenn CR. The relationship between nonsuicidal self-injury and attempted suicide: converging evidence from four samples. J Abnorm Psychol. 2013 Feb;122(1):231-237. doi: 10.1037/

- a0030278. Epub 2012 Oct 15. PMID: 23067259.
6. Barroilhet Sergio, Fritsch Rosemarie, Guajardo Viviana, Martínez Vania, Vöhringer Paul, Araya Ricardo et al. Ideas autolíticas, violencia autoinfligida, y síntomas depresivos en escolares chilenos. *Rev. méd. Chile* [Internet]. 2012 Jul [citado 2020 Dic 07]; 140(7): 873-881.
 7. Valdivia Mario, Silva Daniel, Sanhueza Félix, Cova Félix, Melipillán Roberto. Prevalencia de intento de suicidio adolescente y factores de riesgo asociados en una comuna rural de la provincia de Concepción. *Rev. méd. Chile* [Internet]. 2015 Mar [citado 2020 Dic 07]; 143(3): 320-328.
 8. 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. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 212(5), 279–286. <https://doi.org/10.1192/bjp.2018.27>
 9. Nahuelpán E. El suicidio en Chile: Análisis del fenómeno desde los datos médico legales. Período 2000-2010. Actualización datos periodo 2011-2017. Santiago de Chile: Unidad de Estadísticas y Archivo Médico Legal de Chile 2018. Pp. 4-61.
 10. Valdivia Mario, Silva Daniel, Sanhueza Félix, Cova Félix, Melipillán Roberto. Prevalencia de intento de suicidio adolescente y factores de riesgo asociados en una comuna rural de la provincia de Concepción. *Rev. méd. Chile* [Internet]. 2015 Mar [citado 2020 Dic 07]; 143(3): 320-328.
 11. Darvishi N, Farhadi M, Haghtalab T, Poorolajal J. Alcohol-related risk of suicidal ideation, suicide attempt, and completed suicide: a meta-analysis. *PLoS One*. 2015 May 20;10(5):e0126870. doi: 10.1371/journal.pone.0126870. Erratum in: *PLoS One*. 2020 Oct 29;15(10):e0241874. PMID: 25993344; PMCID: PMC4439031.
 12. Silva Daniel, Vicente Benjamín, Saldivia Sandra, Kohn Robert. Conducta suicida y trastornos psiquiátricos en Chile, un estudio poblacional. *Rev. méd. Chile* [Internet]. 2013 Oct [citado 2020 Dic 07]; 141(10): 1275-1282.
 13. Mann JJ, Currier DM. Stress, genetics and epigenetic effects on the neurobiology of suicidal behavior and depression. *Eur Psychiatry*. 2010 Jun;25(5):268-71. doi: 10.1016/j.eurpsy.2010.01.009. Epub 2010 May 6. PMID: 20451357; PMCID: PMC2896004.
 14. Diaconu G, Turecki G. Family history of suicidal behavior predicts impulsive-aggressive behavior levels in psychiatric outpatients. *J Affect Disord*. 2009 Feb;113(1-2):172-8. doi: 10.1016/j.jad.2008.03.028. Epub 2008 May 27. PMID: 18504057.
 15. Departamento de salud mental división de prevención y control de enfermedades subsecretaría de salud pública. Programa nacional de prevención del suicidio Orientaciones para su Implementación. Santiago de Chile: Ministerio de Salud; 2013. pp. 5–37.
 16. Barroilhet Sergio, Fritsch Rosemarie, Guajardo Viviana, Martínez Vania, Vöhringer Paul, Araya Ricardo et al. Ideas autolíticas, violencia autoinfligida, y síntomas depresivos en escolares chilenos. *Rev. méd. Chile* [Internet]. 2012 Jul [citado 2020 Dic 07]; 140(7): 873-881.
 17. Barros Jorge, Morales Susana, Echávarri Orietta, García Arnol, Ortega Jaime, Asahi Takeshi et al. Suicide detection in Chile: proposing a predictive model for suicide risk in a clinical sample of patients with mood disorders. *Rev. Bras. Psiquiatr.* [Internet]. 2017 Mar [cited 2020 Dec 07]; 39(1): 1-11.
 18. Morales S, Fischman R, Echávarri O, Barros J, Armijo I, Moya C, Maino M, Núñez C. Vivencia-expresión de la rabia y razones para vivir en un grupo de pacientes chilenos con riesgo suicida. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud* [Internet]. 2016 [citado 15 octubre 2020];7(2):60–68.
 19. Florenzano U Ramón, Valdés C Macarena, Cáceres C Eugenio, Santander R Sylvia, Aspíllaga H Carolina, Musalem A Claudia. Relación entre ideación suicida y estilos parentales en un grupo de adolescentes chilenos. *Rev. méd. Chile* [Internet]. 2011 Dic [citado 2020 Dic 07]; 139(12): 1529-1533.
 20. Bustamante F, Ramirez V, Urquidí C, Bustos V, Yaseen Z, Galynker I. Trends and Most Frequent Methods of Suicide in Chile Between 2001 and 2010. *Crisis*. 2016;37(1):21-30. doi: 10.1027/0227-5910/a000357.
 21. ORD 775 Departamento de salud pública y planificación, vigilancia de intento suicida.
 22. Gómez A, Ibáñez C, Gómez M, Nuñez c, Opazo R. Autopsias psicológicas de treinta suicidios en la IV Región de Chile. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*. 2014;(52):9–19.
 23. del Toro Kondoff, M., González, Y. H., & Huerta, B. D. (2012). Caracterización de la conducta suicida

- en adolescentes del municipio Cerro, 2009-2010. *Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana*, 9(2).
24. Cortés Alfaro, A., Aguilar Valdés, J., Suárez Medina, R., Rodríguez Dávila, E., & Durán Rivero, J. S. (2011). Factores de riesgo asociados con el intento suicida y criterios sobre lo ocurrido en adolescentes. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 27(1), 33-41.
 25. Evans R, Scourfield J, More G. Gender, Relationship Breakdown, and Suicide Risk: A Review of Research in Western Countries. *Journal of Family Issues* [Internet]. 2016 [citado 18 noviembre 2020];(37):2239–2264.
 26. Valle Ampié, W. M. (2016). Abordaje de intento suicida en pacientes atendido en el Hospital Alemán Nicaragüense del 1 Enero 2013 a Diciembre del 2015 (Doctoral dissertation, Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua).
 27. Bautista, K. P. H., & Ponce, O. (2019). Características Epidemiológicas del Intento Suicida en Adolescentes. *Acta Pediátrica Hondureña*, 9(2), 932-937.
 28. Garcia Ruiz, R. E. (2019). Factores de riesgo en pacientes con intento suicida ingresados en el Hospital Psicosocial Abril 2017-Diciembre 2018 (Doctoral dissertation, Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua).
 29. Taha N, Florenzano R, Sieverson C, Aspillaga C, Alliende L. Spirituality and religiosity as a protective factor in depressive women with suicidal risk: expert consensus. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*. 2011;(49):347–360.
 30. Florenzano R, Valdés M, Cáceres E, Santander S, Armijo L, Bergman V, Trapp A. Religiosidad, conductas de riesgo y salud mental en adolescentes de Santiago de Chile. *Revista Chilena de Salud Pública*. 2008;(12):83–92.
 31. Bostwick JM, Pabbati C, Geske JR, McKean AJ. Suicide Attempt as a Risk Factor for Completed Suicide: Even More Lethal Than We Knew. *Am J Psychiatry*. 2016 Nov 1;173(11):1094-1100. doi: 10.1176/appi.ajp.2016.15070854. Epub 2016 Aug 13. PMID: 27523496; PMCID: PMC5510596.
 32. Irigoyen M, Porrás-Segovia A, Galván L, Puigdevall M, Giner L, De Leon S, Baca-García E. Predictors of re-attempt in a cohort of suicide attempters: A survival analysis. *J Affect Disord*. 2019 Mar 15;247:20-28. doi: 10.1016/j.jad.2018.12.050. Epub 2018 Dec 18. PMID: 30640026.
 33. Christiansen E, Jensen BF. Risk of repetition of suicide attempt, suicide or all deaths after an episode of attempted suicide: a register-based survival analysis. *Aust N Z J Psychiatry*. 2007 Mar;41(3):257-65. doi: 10.1080/00048670601172749. PMID: 17464707.
 34. Sawa M, Koishikawa H, Osaki Y. Risk Factors of a Suicide Reattempt by Seasonality and the Method of a Previous Suicide Attempt: A Cohort Study in a Japanese Primary Care Hospital. *Suicide Life Threat Behav*. 2017 Dec;47(6):688-695. doi: 10.1111/sltb.12326. Epub 2016 Dec 28. PMID: 28030756.
 35. Bostwick JM, Pabbati C, Geske JR, McKean AJ. Suicide Attempt as a Risk Factor for Completed Suicide: Even More Lethal Than We Knew. *Am J Psychiatry*. 2016 Nov 1;173(11):1094-1100. doi: 10.1176/appi.ajp.2016.15070854. Epub 2016 Aug 13. PMID: 27523496; PMCID: PMC5510596.
 36. Cooper J, Kapur N, Webb R, Lawlor M, Guthrie E, Mackway-Jones K, Appleby L. Suicide after deliberate self-harm: a 4-year cohort study. *Am J Psychiatry*. 2005 Feb;162(2):297-303. doi: 10.1176/appi.ajp.162.2.297. PMID: 15677594.
 37. hen-Ju L, Hsin-Chin L, Fang-Ju S, Shu-I W, Shen-Ing L. The characteristics, management, and aftercare of patients with suicide attempts who attended the emergency department of a general hospital in northern Taiwan. *Journal of the Chinese Medical Association* [Internet]. 2014 [citado 7 diciembre 2020];(77):317–324. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jcma.2014.02.014>.

Correspondencia a:

Marcelo Gotelli, Instituto de Neurociencias Clínicas, Facultad de Medicina, Universidad Austral de Chile, Campus Isla Teja. Casilla 567 Valdivia, Chile.
 Fono +56-63 221327 Fax 56-63 293764.
 Correo electrónico: drgotelli@hotmail.com
 Móvil: +56993442069