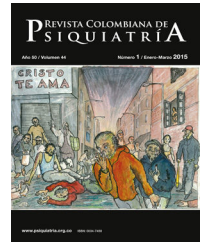




REVISTA COLOMBIANA DE PSIQUIATRÍA

www.elsevier.es/rcp



Artículo original

Factores asociados con el comportamiento suicida en adolescentes. Estudio poblacional



Iris Tatiana Buriticá, María del Mar Arango, Isabel Vélez, Sebastián Estrada, Gloria Sierra-Hincapié y Diana Restrepo*

Universidad CES, Medellín, Colombia

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 26 de febrero de 2021

Aceptado el 16 de agosto de 2021

On-line el 25 de septiembre de 2021

Palabras clave:

Suicidio

Adolescente

Factores de riesgo

Trastornos de ansiedad

Depresión

Factores socioeconómicos

RESUMEN

Introducción: El suicidio es la tercera causa de muerte de jóvenes entre 15 y 19 años, población en la que esta conducta está en aumento desde 2014. Determinar los factores asociados con este comportamiento complejo es el primer paso en el desarrollo de estrategias de intervención temprana. E objetivo es analizar los factores sociodemográficos y clínicos psiquiátricos asociados con el comportamiento suicida de los adolescentes de Envigado en 2017.

Métodos: Estudio transversal analítico de base poblacional, anidado en el Estudio Poblacional de Salud Mental de Envigado, 2017. Se incluyó a 201 adolescentes de 15-18 años a quienes se aplicó el CIDI-3. Se calculó la prevalencia de comportamiento suicida y se analizaron los factores sociodemográficos y clínicos asociados mediante regresión logística multivariada. Se presentan las OR con sus IC95%.

Resultados: La media de edad fue 15 años, con el 51,7% de mujeres. Las prevalencias de comportamiento suicida fueron del 20,9% para ideación, el 12,9% para planeación y el 10,9% para intento. Ser mujer (OR = 1,12; IC95%, 1,02-4,87), de bajo nivel socioeconómico (OR = 4,09; IC95%, 1,80-9,23), con antecedente de trastorno negativista desafiante (OR = 4,89; IC95%, 1,17-20,39) o con antecedente de trastorno depresivo mayor (OR = 5,26; IC95%, 1,91-14,48) se asociaron con comportamiento suicida.

Conclusiones: Entre los adolescentes de la ciudad de Envigado, el comportamiento suicida tiene una alta prevalencia, mayor entre quienes están en desventaja social y económica, particularmente las mujeres. Este perfil se debe considerar en la planeación de estrategias de promoción de la salud mental y prevención de los trastornos mentales.

© 2021 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: dianarestrepobernal@gmail.com, drestrepob@ces.edu.c (D. Restrepo).

<https://doi.org/10.1016/j.rcp.2021.08.005>

0034-7450/© 2021 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Factors Associated With Suicidal Behaviour in Adolescents. A Population-Based Study

A B S T R A C T

Keywords:

Suicide
Adolescent
Risk factors
Anxiety disorders
Depression
Socioeconomic factors

Introduction: Suicide is the third leading cause of death in young people between 15 and 19 years old, a population in which it has been increasing since 2014. Determining the factors associated with this complex behaviour is the first step in developing early intervention strategies. The objective was to analyse the sociodemographic and clinical psychiatric factors associated with suicidal behaviour in adolescents from Envigado, in 2017.

Methods: Cross-sectional, population-based analytical study, nested in the Envigado Population-based Mental Health Study, 2017. Two hundred and one adolescents aged 15 to 18 were included, to whom the CIDI-3 was applied. The prevalence of suicidal behaviour was calculated and associated sociodemographic and clinical factors were analysed using multivariate logistic regression. ORs with 95% CIs are presented.

Results: The mean age was 15 years, 51.7% were women. The prevalences of suicidal behaviour were 20.9% for ideation, 12.9% for planning and 10.9% for attempt. Being a woman (OR = 1.12; 95% CI, 1.02-4.87), of low socioeconomic status (OR = 4.09; 95% CI, 1.80-9.23), with a history of oppositional defiant disorder (OR = 4.89; 95% CI, 1.17-20.39) or a history of major depressive disorder (OR = 5.26; 95% CI, 1.91-14.48) were associated with suicidal behaviour.

Conclusions: Among adolescents in the city of Envigado, suicidal behaviour has a high prevalence, being higher among those who are socially and economically disadvantaged, particularly among women. This profile should be considered when planning strategies to promote mental health and prevent mental disorders.

© 2021 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

La Organización Mundial de la Salud ha establecido el suicidio como prioridad de salud pública debido a las altas tasas de mortalidad que se registran en todo el mundo. En el 2016 más del 79% de los suicidios en todo el mundo tuvieron lugar en países de ingresos bajos y medianos. En el grupo de 15 a 19 años, el suicidio es la tercera causa de muerte¹.

Desde el año 2014, Colombia ha presentado un incremento progresivo de las muertes por suicidio entre los 15 y los 17 años. En 2013 se registraron 117 casos, mientras que en 2018 fueron 170. Con respecto a 2017, la tasa aumentó en la población de 15-17 años de 6,1 a 6,3/100.000 hab.² y generó un incremento sustancial en la tasa nacional de mortalidad. El municipio de Envigado en 2018 estableció que, durante el último año, 1 de cada 8 adolescentes de 15-19 años había tenido un comportamiento suicida³.

Entre los factores de riesgo asociados con el comportamiento suicida, se han identificado en la literatura científica los trastornos mentales, especialmente los trastornos del estado de ánimo; además, se han descrito otros factores como antecedentes familiares de suicidio, intentos de suicidio previos, vivir fuera del hogar, orientación homosexual o bisexual, consumo de drogas y alcohol y poseer armas de fuego en el hogar⁴. Bajo esta perspectiva, se planteó el objetivo de identificar los factores sociodemográficos y clínicos psiquiátricos asociados con dicho comportamiento en la población adolescente del municipio de Envigado (Colombia). El objetivo del estudio es analizar los factores sociodemográficos y clínicos

psiquiátricos asociados con el comportamiento suicida en adolescentes de Envigado en el año 2017.

Métodos

Diseño del estudio

Estudio observacional transversal con intención analítica a partir de fuente de información secundaria. En el estudio primario (Estudio poblacional de salud mental de Envigado 2017), se tomó consentimiento informado al adulto responsable y asentimiento al adolescente. Este estudio está avalado por el Comité Institucional de Ética en Investigación de la Universidad CES, código del proyecto: Ae-357. Este estudio sigue las recomendaciones de la declaración STROBE⁵.

Contexto y participantes

En este estudio, a partir de fuente de información secundaria, se incluyó a todos los adolescentes de 15 a 18 años que participaron en el Estudio Poblacional de Salud Mental de Envigado, 2017. No se consideraron criterios de exclusión.

El municipio de Envigado se encuentra en el sur del departamento de Antioquia, a 10 km de Medellín (la capital del departamento) y cuenta con una población de 281.221 habitantes; en los últimos años este municipio ha presentado un crecimiento poblacional del 2,4% anual; cabe anotar que la mayoría de la población de este municipio se encuentra en el grupo joven (10-29 años) y que este grupo representa el 32%

de la población⁶. Envigado cuenta con 60 unidades prestadoras de salud; las principales consultas al servicio de salud de la población adolescente y joven son los problemas dentales, la toma de exámenes y los temas relacionados con embarazos.

Variables

Como variable de resultado se incluyó el comportamiento suicida, que para el presente estudio se tomó como ideas, planes e intentos de suicidio. La ideación suicida equivale a las reflexiones sobre el deseo de morir, los planes son las reflexiones sobre la toma de medidas para terminar con la vida, incluidos la identificación de un método, el plan o la ejecución, y el intento suicida es el comportamiento potencialmente autoleso asociado con al menos algún intento de morir⁷.

Como posibles factores asociados, se incluyeron variables sociodemográficas como la edad, distribuida por grupos (15, 16, 17 y 18 años), el nivel socioeconómico de la vivienda (bajo, medio y alto) acorde con lo establecido en la Ley 142 de 1994 y los lineamientos dados por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE)⁸; sexo, nivel educativo (hasta la secundaria o superior), vivir con pareja, tener hijos y haber trabajado alguna vez en la vida. También se incluyó la auto-percepción de salud mental y física (excelente, muy buena, buena, regular, mala) y si los adolescentes habían visitado a un psiquiatra o a un psicólogo.

Además se consideraron las variables clínicas de salud mental que incluyen todos los 23 trastornos mentales evaluados con la herramienta CIDI 3.0, una entrevista psiquiátrica altamente estructurada según criterios diagnósticos basados en el DSM-IV⁹. El CIDI 3.0 fue validado cultural y lingüísticamente en Medellín a partir de la versión CIDI-CAPI utilizada en un estudio poblacional en Murcia (España).

Para controlar el sesgo de información, se entrenó y estandarizó a los encuestadores (que eran legos en salud mental); además se realizó una auditoría semanal de la digitación de los datos, con un control de calidad de la información recolectada.

Análisis estadístico

El análisis descriptivo de las características demográficas y de los antecedentes de trastornos mentales se realizó mediante frecuencias y porcentajes, y para las variables categóricas, mediante mediana [intervalo intercuartílico].

Para las variables cuantitativas, se calculó la prevalencia de comportamiento suicida en general y de ideación, planeación e intento suicida, y se presenta con sus intervalos de confianza del 95% (IC95%). El análisis de factores demográficos y antecedentes de trastornos mentales asociados con comportamiento suicida en general se realizó mediante la prueba de la χ^2 para el análisis bruto y mediante regresión logística binaria para el análisis ajustado. Los factores con $p < 0,20$ (criterio de Hosmer-Lemeshow) según la prueba de la χ^2 se consideraron para el modelo ajustado.

Para el modelo multivariado se presenta el porcentaje de los correctamente clasificados y la pseudo- R^2 . Los resultados de asociación se presentan mediante odds ratio (OR), IC95% y valores de p .

El nivel de significación estadística se estableció en $p < 0,05$. Los análisis se realizaron usando el programa SPSS® versión

21.0 (Chicago, Estados Unidos), licencia amparada por la Universidad CES.

Participantes

El estudio poblacional de salud mental de Envigado 2017 incluyó a 2.072 participantes de 15-65 años no institucionalizados y residentes en el municipio. De esta muestra, 555 participantes eran elegibles para la entrevista CIDI inicial por estar en la franja de edad de 15-18 años y, de este grupo, finalmente se aplicó el instrumento CIDI 3.0 completo a 201 adolescentes, que fueron los clasificados inicialmente como en riesgo de algún trastorno mental.

Características de los participantes

El 51,7% eran mujeres. Todos se encontraban escolarizados, el 85,1% en educación básica secundaria y el 14,9% en la universidad. La mayoría de los participantes (84,1%) residían en zona urbana, el 98,5% estaban solteros, en la misma proporción no vivían en pareja y el 99% no tenía hijos.

Solo el 43,7% de los adolescentes reportaron su preferencia heterosexual u homosexual; de estos, el 7,9% refirió ser homosexual.

En cuanto al nivel socioeconómico, el 66% de los adolescentes con comportamiento suicida presentaban nivel socioeconómico bajo; el 33,3%, medio y un 0%, alto (tabla 1).

Los diagnósticos psiquiátricos más prevalentes entre los adolescentes con comportamiento suicida fueron cualquier trastorno afectivo, con una prevalencia del 33,3% (trastorno depresivo mayor, el 26,2%; trastorno afectivo bipolar, el 7,1%), y cualquier trastorno de ansiedad, con un 31,0% (fobia social, el 11,9%; fobia específica, el 9,5%; trastorno de ansiedad generalizada, el 4,8% y trastorno de estrés postraumático, el 4,8%); también fueron prevalentes cualquier trastorno de inicio en la niñez (16,7%) y las siguientes condiciones (11,9%): trastorno negativista desafiante, trastorno por déficit de atención y abuso de sustancias (tabla 2).

Resultados

Descriptivos

En los adolescentes se encontró una prevalencia vitalicia de comportamiento suicida del 20,9% (ideación suicida, el 20,9%; planeación suicida, el 12,9% e intento suicida, el 10,9%).

Analíticos

Las variables de las características sociodemográficas que fueron estadísticamente significativas en el análisis bivariado como factores de riesgo de comportamiento suicida fueron el sexo femenino (OR = 2,18; IC95%, 1,07-4,45), un nivel socioeconómico bajo (OR = 2,89; IC95%, 1,41-5,91), vivir en zona rural (OR = 0,42; IC95%, 0,18-0,98), haber trabajado (OR = 5,13; IC95%, 1,48-17,75) y vivir en pareja (OR = 7,90; IC95%, 0,69-89,32) (tabla 3). De estas variables, solo las primeras 2 permanecieron en el multivariado.

Tabla 1 – Características demográficas de los adolescentes con y sin comportamiento suicida

Variable	Categoría	Total	Comportamiento suicida	
			Sí	No
Sexo	Varones	97 (48,3)	14 (33,3)	83 (52,2)
	Mujeres	104 (51,7)	28 (66,7)	76 (47,8)
Edad	15 años	69 (34,3)	13 (31)	56 (35,2)
	16 años	45 (22,3)	12 (28,6)	33 (20,8)
	17 años	54 (26,8)	10 (23,8)	44 (27,7)
	18 años	33 (16,4)	7 (16,7)	26 (16,4)
Área de residencia	Rural	93 (46,3)	31 (73,8)	138 (86,8)
	Urbana	92 (45,8)	11 (26,2)	21 (13,2)
Nivel de escolaridad	Hasta secundaria	171 (85)	38 (90,5)	133 (83,6)
	Educación superior	30 (14,9)	4 (9,5)	26 (16,4)
Nivel socioeconómico	Medio-alto	108 (53,7)	14 (33,3)	94 (90)
	Bajo	93 (46,3)	28 (66,7)	65 (40,9)
Heterosexual	Sí	81 (40,3)	24 (85,7)	57 (95)
	No	7 (3,4)	4 (14,3)	3 (5)
Tener hijos	Sí	2 (4,8)	2 (4,8)	0 (0)
	No	199 (99)	40 (95,2)	159 (100)
Vive en pareja	Sí	3 (1,5)	2 (4,8)	1 (0,6)
	No	198 (98,5)	40 (95,2)	158 (99,4)
Descripción de salud física	Excelente	56 (27,9)	12 (28,6)	44 (27,7)
	Muy buena	61 (30,3)	7 (16,7)	54 (34)
	Buena	60 (29,9)	14 (33,3)	46 (28,9)
	Regular	24 (11,9)	9 (21,4)	15 (9,4)
Descripción de salud mental	Mala	0	0	0
	Excelente	5 (11,9)	55 (34,6)	60 (29,9)
	Muy buena	12 (28,6)	53 (33,3)	65 (32,3)
	Buena	12 (28,6)	45 (28,3)	57 (28,4)
Visitó a un psiquiatra	Regular	12 (28,6)	5 (3,1)	17 (8,5)
	Mala	1 (2,4)	1 (0,6)	2 (1)
	Sí	4 (14,3)	6 (11,8)	0
	NBo	24 (85,7)	45 (88,2)	79 (100)
Visitó a un psicólogo	Sí	20 (71,4)	30 (58,8)	50 (63,3)
	No	8 (28,6)	21 (41,2)	29 (36,7)

Respecto al estudio de los trastornos mentales, las variables que fueron significativas en el análisis bivariado y permanecieron en el análisis multivariado fueron trastorno depresivo mayor (OR = 3,98; IC95%, 1,63-9,72) y trastorno negativista desafiante (OR = 4,16; IC95%, 1,14-15,12). La variable alucinaciones se excluyó del análisis multivariado por su baja frecuencia (tabla 4).

El modelo ajustado explicó el 25,5% de la varianza de la variable comportamiento suicida. Además, clasificó correctamente el 80,6% de los casos de comportamiento suicida. Este modelo encontró que los factores independientes del riesgo de comportamiento suicida de los adolescentes fueron el sexo femenino (OR = 2,54; IC95%, 1,15-5,81), el nivel socioeconómico bajo (OR = 2,78; IC95%, 1,12-6,88), el trastorno negativista desafiante (OR = 4,51; IC95%, 1,03-19,77) y el trastorno depresivo mayor (OR = 4,38; IC95%, 1,48-12,98) (tabla 5).

Discusión

Este estudio tiene por objetivo analizar los factores sociodemográficos y clínico-psiquiátricos asociados con el comportamiento suicida de los adolescentes de Envigado-Colombia en 2017 e identifica una elevada prevalencia de vida de comportamiento suicida en la población de 15-18 años, casi el doble que

en el Estudio de Salud Mental Medellín 2019 y otros estudios internacionales^{10,11}.

Los factores asociados al comportamiento suicida encontrados son el sexo femenino, el bajo nivel socioeconómico y los antecedentes de depresión mayor y trastorno oposicionista desafiante.

Respecto al sexo, hallar un mayor riesgo de comportamiento suicida en las mujeres es similar a lo reportado en el estudio poblacional de salud mental de Medellín 2019, en el cual la ideación, la planeación y el intento de suicidio tuvieron prevalencias de vida más altas en las mujeres adolescentes¹⁰. Estos hallazgos resaltan la importancia de tener en cuenta las características particulares del sexo que puedan asociarse con mayor riesgo de comportamiento suicida de los adolescentes^{12,13}.

Respecto al nivel socioeconómico, en Colombia se observa que, a mayor desigualdad del ingreso (medido por el coeficiente de Gini), el riesgo de suicidio se incrementa en casi 3 veces^{14,15}, y en otros estudios de países latinoamericanos se ha identificado que, por cada disminución de 10 puntos en el índice de Gini, resultaría una reducción del 5,5% en la tasa de suicidios¹⁶.

Respecto al trastorno depresivo mayor, un estudio metanálisis realizado por Hawton et al.¹⁷ encontró que la depresión se comporta como un factor de riesgo de suicidio (OR = 2,20; IC95%, 1,49-3,23), hallazgo similar al de nuestro estudio, donde

Tabla 2 – Trastornos mentales en población adolescente según comportamiento suicida (n = 201)

Variable	Total, n (%)	Comportamiento suicida, n (%)
<i>Trastorno de pánico</i>		
Sí	3 (1,5)	1 (2,4)
No	198 (98,5)	41 (97,6)
<i>Ansiedad generalizada</i>		
Sí	4 (2)	2 (4,8)
No	197 (98)	40 (95,2)
<i>Agorafobia</i>		
Sí	2 (1)	1 (2,4)
No	199 (99)	41 (97,6)
<i>Fobia social</i>		
Sí	12 (6)	5 (11,9)
No	189 (94)	37 (88,1)
<i>Fobia específica</i>		
Sí	12 (6)	4 (9,5)
No	189 (94)	38 (90,5)
<i>Estrés postraumático</i>		
Sí	2 (1)	2 (4,8)
No	199 (99)	40 (95,2)
<i>Ansiedad por separación</i>		
Sí	2 (1)	1 (2,4)
No	199 (99)	41 (97,6)
<i>Obsesivo compulsivo</i>		
Sí	1 (0,5)	1 (2,4)
No	200 (99,5)	41 (97,6)
<i>Cualquier trastorno de ansiedad</i>		
Sí	30 (14,9)	13 (31)
No	171 (85,1)	29 (69)
<i>Depresión mayor</i>		
Sí	24 (11,9)	11 (26,2)
No	177 (88,1)	31 (73,8)
<i>Distimia</i>		
Sí	1 (0,5)	0
No	200 (99,5)	42 (100)
<i>Bipolar</i>		
Sí	8 (4)	3 (7,1)
No	193 (96)	39 (92,9)
<i>Cualquier trastorno afectivo</i>		
Sí	32 (15,9)	14 (33,3)
No	169 (84,1)	28 (66,7)
<i>Déficit de atención</i>		
Sí	14 (7)	5 (11,9)
No	187 (93)	37 (88,1)
<i>Trastorno de conducta</i>		
Sí	6 (3)	1 (2,4)
No	195 (97)	41 (97,6)
<i>Negativista desafiante</i>		
Sí	10 (5)	5 (11,9)
No	191 (95)	37 (88,1)
<i>Cualquier trastorno impulsivo</i>		
Sí	22 (10,9)	7 (16,7)
No	179 (89,1)	35 (83,3)
<i>Abuso de alcohol</i>		
Sí	3 (1,5)	1 (2,4)

Tabla 2 – (continuación)

Variable	Total, n (%)	Comportamiento suicida, n (%)
No	198 (98,5)	41 (97,6)
<i>Dependencia de alcohol</i>		
Sí	1 (0,5)	0 (0)
No	200 (99,5)	42 (100)
<i>Abuso de drogas</i>		
Sí	14 (7)	5 (11,9)
No	187 (93)	37 (88,1)
<i>Dependencia de drogas</i>		
Sí	7 (3,5)	2 (4,8)
No	194 (96,5)	40 (95,2)
<i>Cualquier trastorno de sustancias</i>		
Sí	15 (7,5)	5 (11,9)
No	186 (92,5)	37 (88,1)
<i>Experiencias delirantes</i>		
Sí	1 (0,5)	0
No	200 (99,5)	42 (100)
<i>Experiencias alucinatorias</i>		
Sí	5 (2,5)	4 (9,5)
No	196 (97,5)	38 (90,5)
<i>Experiencias psicóticas</i>		
Sí	6 (3)	4 (9,5)
No	195 (97)	38 (90,5)

Tabla 3 – Asociación bruta entre las características sociodemográficas y el comportamiento suicida en general

Variable	Categoría	Prevalencia, n (%)	OR	IC95%	p
Sexo	Varones	14,4	1,00		0,030
	Mujeres	26,9	2,18	1,07-4,45	
Edad	15 años	18,8	1,00		0,730
	16 años	26,7	1,57	0,64-3,83	
	17 años	18,5	0,98	0,39-2,44	
	18 años	21,2	1,16	0,41-3,25	
Área de residencia	Rural	34,4	1,00		0,041
	Urbana	18,3	0,42	0,18-0,98	
Nivel de escolaridad	Hasta bachillerato	13,3	1,00		
	Educación superior	22,2	1,85	0,61-5,65	0,269
Nivel socioeconómico	Medio-alto	13,0	1,00		0,003
	Bajo	30,1	2,89	1,41-5,91	
Ha trabajado alguna vez en la vida	No	18,9	1,00		0,012
	Sí	54,5	5,13	1,48-17,75	
Tener hijos	Sí	100,0	NC		0,043
	No	20,1			
Vive en pareja	Sí	66,7	7,90	0,69-89,32	0,049
	No	20,2	1,00		

IC95%: intervalo de confianza del 95%; NC: no estimable; OR: odds ratio.
 Valor de p según la prueba de la χ^2 .

los adolescentes con este antecedente presentaron un riesgo casi 4 veces mayor¹⁷.

En un estudio observacional realizado en la ciudad de Bogotá (Colombia) en 213 niños que acudieron al servicio de urgencias por conducta suicida, 16 de ellos tenían diagnóstico de trastorno oposicionista desafiante¹⁸, lo cual se relaciona con la asociación de este diagnóstico con el comportamiento suicida también establecida en este estudio.

Este estudio tiene algunas limitaciones. Primero, el estudio primario no incluyó factores protectores contra el suicidio u otros trastornos mentales como la esquizofrenia, que ya

se habían reportado asociados con el comportamiento suicida. Segundo, se reportan prevalencias basadas en un estudio poblacional con datos obtenidos por técnicos entrenados; por ende, al no basarse en una entrevista clínica realizada por un especialista, es posible que la prevalencia real difiera de la reportada y, en este mismo sentido, dada la alta prevalencia, debe considerarse que las OR publicadas pueden sobrestimar la fuerza de asociación. Este estudio también tiene fortalezas; al tratarse de un estudio de base poblacional, captura la heterogeneidad de los habitantes en términos de las características demográficas y los antecedentes psiquiátricos. Además, al

Tabla 4 – Asociación bruta entre antecedentes de trastornos mentales y comportamiento suicida en general

Variable	Categoría	Prevalencia, n (%)	OR	IC95%	p
Pánico	Sí	33,3	1,91	0,16-21,63	0,59
	No	20,7	1,00		
Ansiedad generalizada	Sí	50,0	3,92	0,53-28,72	0,14
	No	20,3	1,00		
Agorafobia	Sí	50,0	3,85	0,23-62,93	0,309
	No	20,6	1,00		
Fobia social	Sí	41,7	2,93	0,88-9,76	0,68
	No	19,6	1,00		
Fobia específica	Sí	33,3	1,98	0,56-6,94	0,27
	No	20,1	1,00		
Ansiedad por separación	Sí	50,0	3,85	0,23-62,93	0,309
	No	20,6	1,00		
Obsesivo compulsivo	Sí	100,0	NC*		0,051
	No	20,5			
Depresión mayor	Sí	45,8	3,98	1,63-9,72	0,001
	No	17,5	1,00		
Distimia	Sí	0,0	NC		0,606
	No	21,0			
Bipolar	Sí	37,5	2,36	0,54-10,34	0,238
	No	20,2	1,00		
Déficit de atención	Sí	35,7	2,25	0,71-7,11	0,175
	No	19,8	1,00		
Conducta	Sí	16,7	0,75	0,06-6,60	1,00
	No	21,0	1,00		
Negativista desafiante	Sí	50,0	4,16	1,14-15,12	0,035
	No	19,4	1,00		
Abuso de alcohol	Sí	33,3	1,91	0,16-21,63	0,593
	No	20,7	1,00		
Dependencia alcohol	Sí	0,0	NC		0,79
	No	21,0			
Abuso de drogas	Sí	35,7	2,25	0,71-7,11	0,175
	No	19,8	1,00		
Dependencia de drogas	Sí	28,6	1,54	0,28-8,23	0,63
	No	20,6	1,00		
Ideas delirantes	Sí	0,0	NC*		0,60
	No	21,0			
Alucinaciones	Sí	80,0	16,63	1,80-153,09	0,007
	No	19,4	1,00		

IC95%: intervalo de confianza del 95%; NC: no estimable; OR: odds ratio.
 Valor de p según la prueba de la χ^2 .

Tabla 5 – Asociación ajustada de las características sociodemográficas y clínicas y los antecedentes de trastornos mentales con el comportamiento suicida

Variable	Categoría	ORa	IC95%	p
Sexo	Mujeres	2,54	1,15- 5,81	0,027
	Varones	1,00		
Nivel socioeconómico	Bajo	2,78	1,12- 6,88	0,027
	Medio-alto	1,00		
Depresión mayor	Sí	4,38	1,48-12,9	0,008
	No	1,00		
Negativista desafiante	Sí	4,51	1,03-19,77	0,045
	No	1,00		

IC95%: intervalo de confianza del 95%; OR: odds ratio.
 Valor de p según regresión logística binaria. Se presentan las variables estadísticamente significativas en el modelo múltiple.

realizarse un muestreo probabilístico, se controla el sesgo de selección, el cual se basa tanto en instrumentos como en procedimientos del estudio mundial de salud mental, que cuenta con amplia experiencia en estudios poblacionales.

Conclusiones

Entre los adolescentes de 15-18 años de la ciudad de Envigado, el comportamiento suicida tiene una alta prevalencia, mayor

entre quienes están en desventaja social y económica, las mujeres y las personas con antecedente de depresión mayor y trastorno opositorista desafiante. Este perfil se debe considerar en la planeación de estrategias de promoción de la salud mental y prevención de los trastornos mentales.

Conflicto de intereses

Ninguno.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Panamericana de la Salud Pública. *Mortalidad por suicidio en las Américas: Informe regional*. Washington: OPS; 2014.
2. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Comportamiento del suicidio. *Forensis*. 2018;20:267-293.
3. Torres de Galvis Y, Restrepo D, Castaño Pérez G, Sierra-Hincapié GM, Buitrago-Salazar C, Salas-Zapata C, et al. Primer Estudio Poblacional de Salud Mental Envigado, 2017. The WHO World Mental Health Survey Consortium. Universidad CES, Universidad de Harvard, Secretaría de Salud de Envigado. 2017.
4. Dubovsky SL, Dubovsky AN. Mood disorders and the outcome of suicidal thoughts and attempts. *Crit Care Clin*. 2008;24:857-74.
5. von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP. The strengthening of reporting of observational studies in epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. *Bulletin of the World health Organization*. 2007;85:867-72.
6. Situación de Salud Municipal | Secretaría de Salud | Alcaldía de Envigado [Internet]. Disponible en: https://www.envigado.gov.co/secretaria-salud/SiteAssets/010_ACORDEONES/DOCUMENTOS/2020/12/publicacion%20completa.pdf. Consultado 14 Feb 2021.
7. Turecki G, Brent DA. Suicide and suicidal behaviour. *Lancet*. 387:1227-1239.
8. Estratificación Socioeconómica [Internet]. Disponible en: <http://www.antioquiadatos.gov.co/index.php/estratificacion-socioeconomica>. Consultado 14 Feb 2021.
9. Kessler RC, Üstün TB. The World Mental Health (WMH) Survey Initiative Version of the World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (CIDI). *Int J Methods Psychiatr Res*. 2004;13:93-121.
10. Torres de Galvis Y, Castaño Pérez G, Sierra Hincapié GM, Salas Zapata C, Bareño Silva J. Estudio de Salud Mental. Medellín. 2019 2020.
11. Voss C, Ollmann TM, Miché M, Venz J, Hoyer J, Pieper L, et al. Prevalence, onset and course of suicidal behavior among adolescents and young adults in Germany. *JAMA Netw Open*. 2019;2:e1914386.
12. Bilsen J. Suicide and youth: risk factors. *Front Psychiatry*. 2018;9:540.
13. Jegannathan B, Kullgren G. Gender differences in suicidal expressions and their determinants among young people in Cambodia, a post-conflict country. *BMC Psychiatry*. 2011;11:47.
14. Jaen-Varas D, Mari JJ, Asevedo E, Borschmann R, Diniz E, Ziebold C. The association between adolescent suicide rates and socioeconomic indicators in Brazil: a 10-year retrospective ecological study. *Braz J Psychiatry*. 2019;41:389-95.
15. Dávila-Cervantes CA, Pardo-Montaño AM. Impacto de factores socioeconómicos en la mortalidad por suicidios en Colombia, 2000-2013. *Rev Gerenc Polit Salud*. 2017;16:36-51.
16. Machado DB, Rasella D, Dos Santos DN. Impact of income inequality and other social determinants on suicide rate in Brazil. *PloS One*. 2015;10:e0124934.
17. Hawton K, Casanas i Comabella C, Haw C, Saunders K. Risk factors for suicide in individuals with depression: A systematic review. *J Affect Disord*. 2013;147:17-28.
18. Vásquez-Rojas R, Quijano-Serrano M. Cuando el intento de suicidio es cosa de niños. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2013;43:36-46.