



Artículo original

Determinantes sociales del comportamiento suicida no fatal en población general de Envigado, Colombia

Luisa M. Gómez-Salazar^a, Sara Marulanda-Galeano^a, Felipe Navarro^a,
Marianna Peñaloza-Salgado^a, Sara Rendón-Villegas^a,
Gloria María Sierra-Hincapié^b y Diana Restrepo^{c,*}

^a Estudiante de pregrado de Medicina, Universidad CES, Medellín, Colombia

^b Magíster en Epidemiología, Universidad CES, Medellín, Colombia

^c Psiquiatra de enlace, magíster en Epidemiología, Universidad CES, Medellín, Colombia

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 15 de enero de 2024

Aceptado el 4 de julio de 2024

On-line el xxx

Palabras clave:

Intento de suicidio

Trastornos mentales

Determinantes sociales de la salud

Factores de riesgo

Prevención del suicidio

RESUMEN

Introducción: Disminuir la tasa mundial de mortalidad por suicidio en un tercio para el año 2030 es un imperativo global.

Objetivo: Identificar los determinantes sociales asociados al comportamiento suicida no fatal en población general.

Metodología: Estudio transversal con intención analítica de fuente secundaria, con población general de 15 a 65 años de ambos sexos, de zonas urbanas y rurales. Se usó la entrevista psiquiátrica estructurada CIDI 3.0 (*Composite International, Diagnosis Interview*), que realiza diagnósticos psiquiátricos según criterios DSM-IV. Se incluyeron variables independientes: sociodemográficas, clínicas psiquiátricas, eventos vitales, situaciones de negligencia en la infancia, utilización de servicios de salud, autopercpción de la salud física y mental, identificación sexual. Se realizó un análisis bivariado con la variable dependiente y todas las variables independientes, se construyó un modelo multivariado con las variables que mostraron asociación con el comportamiento suicida ($p < 0,05$). Se obtuvieron RP ajustados e IC 95%.

Resultados: Se incluyeron 905 entrevistas y en 188 se identificó comportamiento suicida. La prevalencia de vida para comportamiento suicida fue del 20,9% en adolescentes y 20,7% en adultos, mayor en mujeres que en hombres (22,6% vs. 18,3%). Doce factores mostraron asociación independiente con el comportamiento suicida (la autopercpción de la salud física y mental, tres tipos de eventos vitales negativos, dependencia de alcohol y abuso de drogas, trastornos afectivos, ansiosos y trastorno oposicionista desafiante).

* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: drestrepol@ces.edu.co, dianarestrepolernal@gmail.com (D. Restrepo).

<https://doi.org/10.1016/j.rcp.2024.07.001>

0034-7450/© 2024 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Se reservan todos los derechos, incluidos los de minería de texto y datos, entrenamiento de IA y tecnologías similares.

Conclusiones: Este estudio identificó 12 factores asociados con el comportamiento suicida no fatal en población general, los cuales son susceptibles de ser intervenidos mediante medidas de prevención, lo que podría contribuir a reducir el comportamiento suicida en población general.

© 2024 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Se reservan todos los derechos, incluidos los de minería de texto y datos, entrenamiento de IA y tecnologías similares.

Social Determinants of Non-Fatal Suicide Behavior in General Population of Envigado, Colombia

ABSTRACT

Keywords:
Suicide, Attempted
Mental disorders
Social determinants of health
Risk factors
Suicide prevention

Introduction: Reducing the global suicide mortality rate by one third by 2030 is a global imperative.

Objective: Identify the social determinants associated with non-fatal suicidal behavior in general population.

Methodology: Cross-sectional study with analytical intention of secondary source, with general population of 15 to 65 years of age of both sexes, from urban and rural areas. The psychiatric interview CIDI 3.0 (Composite International, Diagnosis Interview) was used, which performs psychiatric diagnoses according to DSM-IV criteria. Independent variables were included: sociodemographic, psychiatric clinics, life events, situations of neglect in childhood, use of health services, self-perception of physical and mental health, sexual identification. A bivariate analysis was performed with the dependent variable and all independent variables, a multivariate model was built with variables that showed association with suicidal behavior ($p < 0.05$). Adjusted PR and 95% CI were obtained.

Results: 905 interviews were included and suicidal behavior was identified in 188. The prevalence of life for suicidal behavior was 20.9% in adolescents and 20.7% in adults, higher in women than in men (22.6% vs. 18.3%). Twelve factors showed independent association with suicidal behavior (self-perception of physical and mental health, three types of negative life events, alcohol dependence and drug abuse, affective disorders, anxiety and oppositional defiant disorder).

Conclusions: This study identified twelve factors associated with nonfatal suicidal behavior in general population, which are susceptible to intervention through prevention measures, which could contribute to reducing suicidal behavior in general population.

© 2024 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights are reserved, including those for text and data mining, AI training, and similar technologies.

Introducción

Sin importar el contexto, el suicidio es una tragedia que tiene importantes repercusiones en las familias, amigos y comunidades. Cada año mueren alrededor de 700.000 personas en el mundo, siendo la cuarta causa de mortalidad en personas de 15 a 29 años y la tercera entre los jóvenes de 15 a 19 años¹.

Disminuir la tasa mundial de mortalidad por suicidio en un tercio para el año 2030 hace parte de los Objetivos de Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas (ODS de la ONU)², así como del Plan de Acción Integral de Salud Mental de la OMS 2013-2030³. Sin embargo, esta meta no parece fácilmente alcanzable, por lo que se necesitan grandes esfuerzos para prevenir el suicidio y evitar que más personas pierdan la vida innecesariamente⁴.

Si bien a partir de 2010 se ha observado una pequeña reducción de la tasa mundial de suicidio normalizada por edad, en la Región de las Américas, la tasa de suicidio ha aumentado entre los años 2000 y 2019⁵, a pesar de los esfuerzos por evitar esto⁶, lo cual coincide con lo observado en Colombia, que entre el 2006 y el 2020 la tasa de suicidio pasó de 4,03 por 100.000 habitantes a 5,29 por 100.000 habitantes⁷.

En este contexto, los determinantes sociales de la enfermedad son las condiciones en que las personas viven, nacen, crecen, envejecen, trabajan y se desenvuelven cotidianamente, incluido su sistema de salud. Estas circunstancias también impactan la salud mental y explican en parte el mayor o menor riesgo de enfermar⁸. Para identificar algunos de estos determinantes sociales, se ha creado el índice compuesto de factores contextuales, ADI (Area Deprivation Index)⁹ y el SVI (Social Vulnerability Index)¹⁰, por sus siglas en inglés.

Sin embargo, estos índices contienen un número limitado de variables (15 variables para ADI y 17 variables para SVI) que podrían no alcanzar a capturar la complejidad del fenómeno abordado.

Desde la perspectiva de la prevención, los comportamientos suicidas no fatales son importantes porque son un fuerte predictor de muerte futura por suicidio, por tanto, su identificación y control son esenciales para la prevención del comportamiento suicida¹¹.

La mayoría de los estudios sobre comportamiento suicida no fatal se han focalizado en la importancia de trastornos mentales como desencadenantes del mismo. No obstante, la mayoría de estos estudios se han realizado en países desarrollados y en contextos diferentes al nuestro. Es por esto que el objetivo del estudio fue identificar los determinantes sociales asociados con el comportamiento suicida no fatal en población general de Envigado, Colombia.

Metodología

Tipo de estudio

Se realizó un estudio observacional descriptivo, de prevalencia, con intención analítica a partir de fuente de información secundaria¹².

Población de referencia

La población de referencia estuvo constituida por población general no institucionalizada, de 15 a 65 años de ambos sexos, con hogar fijo, en zonas urbana y rural del municipio de Envigado (Colombia). El muestreo primario fue probabilístico y polietápico, a partir de una fórmula para el cálculo de una proporción poblacional, con nivel de confianza del 95%, precisión del 5% y prevalencia estimada del 9,95% (prevalencia de vida esperada para depresión mayor según resultados del Primer Estudio de Salud Mental, Medellín 2011-2012)¹³.

El estudio primario encuestó a 2.072 personas. La composición de la muestra fue proporcional a la composición del universo desde el punto de vista geográfico y socioeconómico, por tal razón el diseño fue con probabilidad de selección igual hasta el nivel del hogar.

Población de estudio

La población de estudio para este estudio fueron las 905 encuestas del estudio primario, que fueron positivas para la presencia de algún trastorno mental, en la entrevista psiquiátrica estructurada.

Instrumento

La entrevista psiquiátrica estructurada CIDI 3.0 (Composite International, Diagnosis Interview) permite realizar el diagnóstico de 23 trastornos psiquiátricos según criterios DSM-IV. La versión utilizada en el estudio fue validada cultural y lingüísticamente en población colombiana¹². La entrevista fue realizada cara a cara, por 10 entrevistadores legos capacitados, según el protocolo Harvard-OMS.

La entrevista se aplicó en dos partes. La primera, al total de las personas seleccionadas, para tamizar y en el caso de respuestas positivas para la presencia de algún trastorno mental se realizó la segunda parte. De forma aleatoria, se seleccionaron del 30 al 60% de las personas que dieron negativo en la primera parte de la entrevista, para también aplicarles la segunda parte. Esta submuestra aseguró una alta proporción de «controles por caso», lo cual metodológicamente asegura que se retiene el poder estadístico de la muestra.

El tiempo promedio de la entrevista completa fue de 2 horas. En algunos casos se dividió la entrevista en dos etapas para evitar errores por fatiga, tanto en el entrevistado como el entrevistador. El tiempo de la entrevista se relacionó directamente con la frecuencia de trastornos mentales presentes en el entrevistado.

Variables

La variable dependiente fue el comportamiento suicida, el cual incluyó los pensamientos, los planes y los intentos suicidas. Este estudio incluyó el siguiente grupo de variables independientes:

- Comportamiento suicida: ideación, planeación e intentos suicidas.
- Sociodemográficas: grupo etario, sexo, nivel de educación, estado civil.
- Clínicas: trastornos de ansiedad (pánico, separación, obsesivo compulsivo, ansiedad generalizada, fobia simple, fobia social, estrés postraumático), trastornos afectivos (depresión mayor, distimia, trastorno afectivo bipolar), trastornos de inicio en la infancia (trastorno oposicionista desafiantes, trastorno por déficit de atención con hiperactividad, trastorno de conducta), trastorno por uso de sustancias (abuso y dependencia de alcohol y drogas) y experiencias psicóticas.
- Negligencia en la niñez: se indagó por 5 situaciones relacionadas con negligencia en la niñez (¿con qué frecuencia lo ponían a hacer tareas que eran demasiado difíciles o peligrosas para la edad?, ¿con qué frecuencia lo dejaban solo o sin que alguien lo supervisara cuando era demasiado pequeño para estar solo?, ¿con qué frecuencia andaba usted sin cosas que necesitaba, como ropa, zapatos o útiles escolares porque sus padres o cuidadores se gastaban el dinero en ellos mismos?, ¿con qué frecuencia sus padres o quienes lo cuidaban le hacían pasar hambre o no preparaban los alimentos habituales?, ¿con qué frecuencia sus padres o quienes lo cuidaban no le daban tratamiento médico cuando estaba enfermo o se lastimaba?)
- Eventos vitales negativos ocurridos en el último año: se incluyeron 13 eventos vitales negativos (enfermedad, herida o agresión grave propia, enfermedad, herida o agresión en familiar cercano, muerte de familiar de primer grado, muerte de amigo o familiar en segundo grado, divorcio o separación de pareja, ruptura de relación estrecha con familiar o no familiar, problemas graves con amigo, vecino o familiar, desempleo por más de un mes, despido laboral, crisis financiera grave, problemas legales (o con policía) graves, pérdida o robo de algo de gran valor, otra circunstancia).
- Autopercepción de la salud física y mental: ¿cómo considera que es su salud mental?, ¿cómo considera que es

- su salud física? (excelente, muy buena, buena, regular, mala)
- Tendencia sexual: se categorizó así (no está seguro, bisexual, homosexual, heterosexual).
 - Utilización de los servicios de salud: ¿cuando tiene un problema de salud mental a quién recurre? (psicólogo, psiquiatra, médico general, religioso, médico especialista, curandero/naturista, trabajador social, orientador, otro personal de salud mental, otro personal de salud).

Análisis estadístico

En el análisis univariado se estimaron proporciones de prevalencia de vida para el comportamiento suicida y las demás variables incluidas, excepto para los eventos vitales, para los cuales se tomó la prevalencia del último año tanto para los eventos vitales como para el comportamiento suicida.

Las variables cualitativas se expresaron mediante frecuencias relativas porcentuales. La comparación entre grupos se realizó con la prueba chi-cuadrado (χ^2) o la prueba exacta de Fischer. Todos los datos fueron analizados teniendo en cuenta un nivel de significación del 5%. Se calcularon razones de prevalencia crudas (RPc) con su respectivo IC95%. Con el análisis multivariado se obtuvieron RP ajustadas.

Para evaluar los factores que puedan influir en la presencia de la variable dependiente (comportamiento suicida), se construyeron modelos bivariados con todas las variables independientes incluidas.

Posteriormente se construyó un modelo de regresión logístico binario de tipo explicativo, con todas las variables que mostraron asociación en el modelo bivariado ($p < 0,05$). Las variables se seleccionaron utilizando el método Wald. El procesamiento de la información se realizó con el software SPSS versión 24,0, licencia amparada.

Sesgos

El estudio primario controló sesgos de selección (muestreo probabilístico), información (controles de calidad a la base de datos, sensibilización a la comunidad, alta participación comunitaria del 90%, el entrenamiento de los encuestadores, el control de calidad de las entrevistas mediante verificación de la información al 10% de los datos recogidos) y este estudio controló el sesgo de confusión mediante el análisis multivariado.

Aspectos regulatorios y éticos

Este proyecto fue aprobado por el Comité de Investigación y de Ética universitario. El estudio primario tomó consentimiento informado a los adultos y a los menores de edad, tanto asentimiento al menor como consentimiento informado al padre o tutor legal.

Resultados

Contexto demográfico

La población estudiada proviene del municipio de Envigado el cual se ubica a 10 km al sur de Medellín, la capital del depar-

tamiento de Antioquia y a 545 km de la capital de Colombia, Bogotá. El área del municipio es de 78,8 km², de los cuales el 84,6% es área rural y el resto urbana. La altitud es de 1.577 m sobre el nivel del mar y la temperatura promedio de 22 °C. Al momento del estudio (2017), la población era de 232.903 habitantes de los cuales el 97,0% residía en zona urbana. El 51,85% fueron mujeres, con una densidad poblacional de 2.916 habitantes por km². Las principales actividades económicas son las comerciales (49%), de servicios (35%) e industriales (16%). El porcentaje de crecimiento poblacional es del 2,4% anual, la mortalidad es de 5 por 1.000 habitantes y la natalidad de 6,8 nacimientos por 1.000 habitantes.

Población

En el estudio primario se encuestaron a 2.072 personas. Para este estudio se incluyeron 905 encuestas, las cuales fueron positivas en la etapa I de la aplicación de la encuesta, para la presencia de algún trastorno mental.

Características sociodemográficas

Se identificó una prevalencia de vida para el comportamiento suicida del 20,9% en adolescentes y 20,7% en adultos, con un predominio no significativo de las mujeres (22,6% vs. 18,3%). No se observó asociación del comportamiento suicida con el grupo etario, el sexo, vivir en pareja, el área de residencia o el nivel de escolaridad. Se observó asociación significativa con ser homosexual ([tabla 1](#)).

Percepción de la salud

En cuanto a la percepción de la salud, se observó que las personas con comportamiento suicida tuvieron una peor percepción de la salud en comparación con aquellos sin comportamiento suicida: salud física (excelente a buena, 18,0% vs. 82,0%; regular a mala, 38,5% vs. 61,5%). Algo similar ocurrió con la percepción de la salud mental (excelente a buena, 17,3% vs. 82,7% y regular a mala. 57,0% vs. 43,0%). Se encontró que la mejor percepción de la salud física y mental se asoció significativamente con el comportamiento suicida: mejor salud física (RP 0,27, IC95% [0,16-0,47]) y mejor salud mental (RP 0,09, IC95% [0,05-0,15]).

Utilización de los servicios de salud

Se indagó por la utilización de los servicios de salud y la búsqueda de otros tipos de ayudas cuando se tiene problemas de salud mental. Se encontró que las personas con comportamiento suicida consultan más frecuentemente que la población sin este comportamiento a sacerdotes y personas con formación religiosa (50,0% vs. 33,6%), psiquiatría (41,3% vs. 32,7%), psicología (33,3% vs. 34,3%), medicina general (18,2% vs. 34,8%), trabajo social (0,0% vs. 33,9%), orientación social (0,0% vs. 33,9%), otro personal de salud (0,0% vs. 34,9%) y curandero-naturista (0,0% vs. 34,1%). Estas diferencias encontradas no fueron significativas ($p < 0,05$).

Tabla 1 – Características sociodemográficas y comportamiento suicida durante la vida. Análisis bivariado

Variables sociodemográficas	Comportamiento suicida		RP	IC95%		Valor p	
	Sí n = 188	No n = 717		LI	LS		
Grupo etario	Adolescentes	20,9%	79,1%	1,01	0,69	1,48	0,9614
	Adultos	20,7%	79,3%				
Sexo	Hombre	18,3%	81,7%	0,77	0,55	1,07	0,1136
	Mujer	22,6%	77,4%				
Vive en pareja	Sí	21,1%	78,9%	1,03	0,74	1,45	0,8486
	No	20,6%	79,4%				
Área de residencia	Urbana	20,2%	79,8%	0,83	0,55	1,24	0,3528
	Rural	23,5%	76,5%				
Nivel de escolaridad hasta la secundaria	Sí	21,9%	78,1%	1,17	0,84	1,63	0,3411
	No	19,3%	80,7%				
Se define como heterosexual	Sí	20,6%	79,4%	0,93	0,61	1,41	0,7296
	No	21,8%	78,2%				
Se define como homosexual	Sí	47,6%	52,4%	3,61	1,51	8,62	0,0022
	No	20,1%	79,9%				

IC: intervalo de confianza; LI: límite inferior del intervalo de confianza; LS: límite superior del intervalo de confianza; RP: razón de prevalencia.

Eventos vitales durante el último año

Se indagó por 13 eventos vitales ocurridos durante el último año y se contrastó con el comportamiento suicida durante este mismo período de tiempo. Se observó que 8 eventos vitales fueron significativamente más frecuentes en las personas con comportamiento suicida, mostrando la asociación más fuerte con pérdida o robo de algo de gran valor, divorcio o separación, problemas interpersonales y desempleo (tabla 2).

Experiencias psicóticas

Se indagó por 5 experiencias psicóticas. Se encontró asociación significativa para comportamiento suicida con las interpretaciones delirantes, alucinaciones visuales y alucinaciones auditivas (tabla 3).

Trastornos mentales

Se incluyeron 18 trastornos mentales. Se encontró asociación entre el comportamiento suicida y 14 de ellos. La asociación más fuerte se encontró con distimia (RP 10,58), seguido por trastorno por dependencia a drogas (RP 6,66), antecedente de trastornos de inicio en la infancia y la adolescencia: trastorno negativista desafiante (RP 5,32) y déficit de atención e hiperactividad (RP 4,35) (tabla 4).

Negligencia y maltrato en la niñez

Se indagó por situaciones de negligencia y maltrato físico durante la niñez. Se encontró que el 33,3% de la población con comportamiento suicida había sufrido situaciones de negligencia en comparación con el 20,6% de la población con comportamiento suicida. En cuanto al maltrato físico, el 32,3% de las personas con comportamiento suicida lo presentaron en la niñez versus el 18,8% en quienes no lo presentaron. Se encontró asociación significativa entre comportamiento suicida y maltrato físico (RP 2,06, IC95% [1,37-3,10]).

Análisis multivariado

El modelo de regresión logística binaria de tipo explicativo fue significativo, explicó el 23,5% de la varianza de la variable dependiente, clasificó correctamente el 83,0% de los casos. Las variables incluidas en el modelo se presentan en la tabla 5.

Discusión

Personas de cualquier edad, raza, etnicidad o sexo pueden tener comportamiento suicida. En este estudio, que incluyó 45 variables, se identificaron 12 determinantes sociales de comportamiento suicida no letal: 1) autopercepción de la salud física, 2) autopercepción de la salud mental, 3) enfermedad o herida grave de familiar cercano, 4) terminación de una relación cercana, 5) otros eventos vitales negativos, 6) trastorno oposicionista desafiante, 7) experiencias psicóticas, 8) fobia social, 9) distimia, 10) depresión mayor, 11) dependencia de alcohol y 12) abuso de drogas. A continuación, se analiza cada uno de estos factores, y se plantean algunas estrategias de prevención del comportamiento suicida no fatal en el contexto local.

Percepción de la propia salud física y mental

La autoevaluación de la salud es un indicador que integra aspectos biológicos, mentales, sociales y funcionales de una persona, incluidas creencias y comportamientos de salud individuales y culturales¹³; se ha asociado con mayores tasas de morbilidad física y psicológica¹⁴, como también de mortalidad prematura^{15,16}. Un estudio finlandés, el cual incluyó 1.008 adultos mayores que fueron seguidos durante 27 años, mostró que la autoevaluación de la salud coincidía y captaba casi la misma información que la valoración objetiva de la salud¹⁷.

Un estudio en población general de 15 a 54 años, con 5.877 participantes realizado en Estados Unidos, encontró que la

Tabla 2 – Análisis bivariado: eventos vitales y comportamiento suicida durante el último año

Eventos vitales ocurridos en el último año	Comportamiento suicida UA		RP	IC95%		Valor p
	Sí n = 188	No n = 717		LI	LS	
Alguna enfermedad, herida o agresión grave	Sí No	10,7% 7,1%	89,3% 92,9%	1,58	0,65 3,82	0,3107
Alguna enfermedad o herida grave en algún familiar cercano	Sí No	12,5% 6,5%	87,5% 93,5%	2,05	1,11 3,78	0,0187
La muerte de un familiar de primer grado (pareja, padres, hermanos o hijos)	Sí No	5,8% 7,4%	94,2% 92,6%	0,77	0,23 2,53	0,6634
La muerte de un amigo cercano o de un familiar de segundo grado (tíos, primos o abuelos)	Sí No	8,2% 7,1%	91,8% 92,9%	1,17	0,62 2,21	0,6220
Divorcio o separación de su pareja por problemas de convivencia	Sí No	17,2% 7,0%	82,8% 93,0%	2,78	1,02 7,54	0,0365
Ruptura de una relación muy estrecha con alguien muy cercano (familiar o no)	Sí No	15,6% 6,7%	84,4% 93,3%	2,59	1,25 5,36	0,0079
Problemas serios en su relación con un amigo cercano, vecino o familiar	Sí No	16,3% 6,9%	83,7% 93,1%	2,64	1,13 6,19	0,0204
Ha estado desempleado o buscando trabajo durante más de un mes sin éxito	Sí No	15,0% 6,3%	85,0% 93,7%	2,63	1,44 4,80	0,0012
Ha sido despedido del trabajo	Sí No	3,2% 7,4%	96,8% 92,6%	0,41	0,06 3,09	0,3748
Crisis financiera grave o problemas económicos importantes	Sí No	14,4% 6,2%	85,6% 93,8%	2,56	1,44 4,57	0,0010
Problemas con la policía o legales de otro tipo	Sí No	8,3% 7,3%	91,7% 92,7%	1,16	0,15 9,10	0,8899
Pérdida o robo de algo que usted considera como de mucho valor	Sí No	21,4% 6,8%	78,6% 93,2%	3,71	1,45 9,50	0,0035
Alguna otra circunstancia que le haya sucedido	Sí No	50,0% 7,1%	50,0% 92,9%	13,06	1,81 94,27	0,0010

IC: intervalo de confianza; LI: límite inferior del intervalo de confianza; LS: límite superior del intervalo de confianza; RP: razón de prevalencia; UA: último año.

Tabla 3 – Análisis bivariado: experiencias psicóticas y comportamiento suicida

Experiencias psicóticas	Comportamiento suicida		RP	IC95%		Valor p
	Sí n = 188	No n = 717		LI	LS	
Interpretaciones delirantes	Sí 57,1%	42,9%	5,17	1,15	23,32	0,0173
	No 20,5%	79,5%				
Alucinaciones visuales	Sí 54,5%	45,5%	4,69	1,42	15,55	0,0055
	No 20,4%	79,6%				
Alucinaciones auditivas	Sí 54,5%	45,5%	4,69	1,42	15,55	0,0055
	No 20,4%	79,6%				
Experiencias de control de la mente	Sí 40,0%	60,0%	2,56	0,42	15,43	0,2879
	No 20,7%	79,3%				
Ideas delirantes paranoicas	Sí 66,7%	33,3%	7,70	0,69	85,37	0,0497
	No 20,6%	79,4%				

IC: intervalo de confianza; LI: límite inferior del intervalo de confianza; LS: límite superior del intervalo de confianza; RP: razón de prevalencia.

percepción de una peor salud fue asociada de forma independiente con un mayor riesgo de ideación suicida (OR 2,14, IC95% [1,36-3,35]) y con intento de suicidio (OR 2,03, IC95% [1,06-3,91]), lo cual coincide con nuestros hallazgos¹⁸. Por tanto, indagar por la autopercepción de la salud mental podría ser una estrategia sencilla y de bajo costo para identificar personas con mayor riesgo de presentar un comportamiento suicida.

Eventos vitales negativos

Los eventos vitales negativos han sido asociados con comportamiento suicida: la muerte de una persona cercana¹⁹, conflictos interpersonales²⁰, problemas de salud²¹, pobreza²², problemas de pareja²³, ruptura de relaciones interpersonales²⁴, entre otros.

Un estudio francés encontró que la ideación suicida se asociaba no solo con la pérdida de un familiar cercano, sino también con el padecimiento de enfermedades crónicas²⁵. La muerte de un parent por suicidio fue encontrada en un metaanálisis como un fuerte predictor de comportamiento suicida²⁶. Otro estudio identificó tres categorías de eventos vitales asociadas con el comportamiento suicida: problemas de pareja o sentimentales (ORa 3,87, IC95% 2,80-5,35), problemas familiares o en el hogar (ORa 5,06, IC95% 3,10-8,28), problemas con amigos o personas cercanas (ORa 17,05, IC95% 2,34-130,90)²⁷.

En nuestro estudio, tres eventos vitales negativos ocurridos en el último año se asociaron con el comportamiento suicida: la enfermedad o herida grave de un familiar cercano, la ruptura de una relación interpersonal estrecha y otras circunstancias negativas (ver tabla 5). Es por esto, que brindar apoyo a las personas que experimentan un evento vital negativo, lo que comúnmente se denomina «intervención en crisis», puede ser una estrategia sencilla para disminuir el riesgo suicida al contribuir a afrontar de una mejor forma el estrés derivado de la vida y a identificar a personas que requieren seguimiento por profesionales de la salud mental.

Experiencias psicóticas

Las experiencias psicóticas como las alucinaciones y los delirios subsindrómicos han sido reportadas con una prevalencia

de vida del 5,8% en la población general²⁸. En las últimas dos décadas se han estudiado con mayor interés, y si bien en un principio se creyó que estas experiencias incrementarían el riesgo de trastornos psicóticos, las investigaciones han demostrado que las experiencias psicóticas se asocian con un amplio rango de trastornos mentales y deterioro de la salud mental^{29,30}.

Un metaanálisis, el cual incluyó 50 estudios longitudinales, encontró asociación entre el comportamiento suicida y los síntomas psicóticos positivos³¹. En otro metaanálisis de estudios poblacionales, el cual incluyó 84.285 participantes, encontró que los individuos que reportaron experiencias psicóticas tuvieron un mayor riesgo de comportamiento suicida futuro: ideación suicida (OR 2,39 IC95% 1,62-3,51), intento de suicidio (OR 3,15, IC95% 2,23-4,45) y muerte por suicidio (OR 4,39, IC95% 1,63-11,78)³², lo cual coincide con nuestros hallazgos (RPa 3,54). Estas experiencias psicóticas pueden ser identificadas tempranamente por psicólogos y psiquiatras, así como médicos generales y otro personal de salud entrenado y de esta forma identificar personas con mayor riesgo de presentar un comportamiento suicida futuro.

Trastornos mentales

Es bien conocido que la mayoría de los casos de suicidio alcanzan criterios por lo menos para un trastorno mental³³, sin embargo, el riesgo asociado con cada uno de los trastornos mentales varía según los estudios. En un metaanálisis, el cual incluyó 27 estudios con 3.275 casos de suicidio los cuales fueron valorados mediante autopsia psicológica, el 87,3% (DE 10,0%) de los casos cumplió criterios diagnósticos para por lo menos un trastorno mental antes de la muerte³⁴.

Fobia social

El temor a ser rechazado o humillado, la percepción de no aceptación y desconexión social son algunas de las características principales de la ansiedad social. La asociación entre comportamiento suicida y fobia social es apoyada por diversos estudios donde se identifica como un factor de riesgo independiente^{35,36}.

Tabla 4 – Análisis bivariado: trastornos mentales y comportamiento suicida

Trastornos mentales	Comportamiento suicida		RP	IC95%		Valor p	
	Sí n = 188	No n = 717		LI			
Trastorno de pánico	Sí	54,5%	45,5%	4,82	2,05	11,34	0,0001
	No	19,9%	80,1%				
Ansiedad generalizada	Sí	44,4%	55,6%	3,14	1,22	8,08	0,0124
	No	20,3%	79,7%				
Agorafobia	Sí	60,0%	40,0%	5,80	0,96	34,95	0,0302
	No	20,6%	79,4%				
Fobia social	Sí	41,7%	58,3%	2,93	1,61	5,33	0,0002
	No	19,6%	80,4%				
Fobia específica	Sí	26,8%	73,2%	1,45	0,87	2,43	0,1563
	No	20,2%	79,8%				
Estrés postraumático	Sí	50,0%	50,0%	4,02	1,83	8,83	0,0002
	No	19,9%	80,1%				
Ansiedad por separación	Sí	37,5%	62,5%	2,33	0,84	6,50	0,0961
	No	20,5%	79,5%				
Depresión mayor	Sí	42,6%	57,4%	3,53	2,36	5,29	0,0000
	No	17,4%	82,6%				
Distimia	Sí	72,7%	27,3%	10,58	2,78	40,27	0,0000
	No	20,1%	79,9%				
Trastorno bipolar	Sí	41,7%	58,3%	2,82	1,23	6,46	0,0106
	No	20,2%	79,8%				
Déficit de atención	Sí	51,6%	48,4%	4,35	2,11	8,98	0,0000
	No	19,7%	80,3%				
Trastorno de conducta	Sí	38,5%	61,5%	2,42	0,78	7,49	0,1133
	No	20,5%	79,5%				
Trastorno oposicionista desafiantre	Sí	56,3%	43,8%	5,32	2,59	10,90	0,0000
	No	19,5%	80,5%				
Abuso de alcohol	Sí	37,9%	62,1%	2,64	1,68	4,14	0,0000
	No	18,8%	81,2%				
Dependencia de alcohol	Sí	48,4%	51,6%	3,80	1,84	7,83	0,0001
	No	19,8%	80,2%				
Abuso de drogas	Sí	45,7%	54,3%	3,48	1,90	6,37	0,0000
	No	19,4%	80,6%				
Dependencia de drogas	Sí	62,5%	37,5%	6,66	2,39	18,56	0,0000
	No	20,0%	80,0%				

IC: intervalo de confianza; LI: límite inferior del intervalo de confianza; LS: límite superior del intervalo de confianza; RP: razón de prevalencia.

Tabla 5 – Modelo de regresión logística binaria de tipo explicativo

Variable	B	Error estándar	Wald	gl	Sig.	Exp(B)	IC95%	
							LI	LS
Autopercepción excelente a buena de la salud física	-0,617	0,249	6,147	1	0,0132	0,539	0,331	0,879
Autopercepción excelente a buena de la salud mental	1,213	0,289	17,564	1	0,0000	0,297	0,169	0,524
Enfermedad o herida grave en familiar cercano	0,620	0,241	6,619	1	0,0101	1,859	1,159	2,981
Ruptura de relación estrecha	0,778	0,312	6,231	1	0,0126	2,177	1,182	4,012
Otra circunstancia ocurrida	2,667	1,238	4,644	1	0,0312	14,396	1,273	162,792
Experiencias psicóticas	1,264	0,516	6,011	1	0,0142	3,541	1,289	9,729
Fobia social	0,713	0,354	4,059	1	0,0439	2,041	1,020	4,084
Depresión mayor	0,817	0,243	11,318	1	0,0008	2,263	1,406	3,642
Distimia	1,685	0,755	4,978	1	0,0257	5,393	1,227	23,700
Trastorno oposicionista desafiante	1,483	0,413	12,916	1	0,0003	4,406	1,963	9,892
Trastorno por dependencia de alcohol	0,920	0,435	4,462	1	0,0347	2,508	1,069	5,888
Trastorno por abuso de drogas	0,953	0,355	7,196	1	0,0073	2,594	1,293	5,205

B: parámetro estimado; Wald: prueba de Wald (significación estadística); gl: grados de libertad; Sig: valor de p; Exp (B): medida de asociación (OR); IC: intervalo de confianza; LI: límite inferior del intervalo de confianza; LS: límite superior del intervalo de confianza.

Un metaanálisis reciente, el cual incluyó 16 estudios, encontró que la ansiedad social se asoció con el comportamiento suicida: una correlación moderada con ideación suicida ($r=0,22$, IC95% 0,02-0,41), una correlación leve con intento suicida ($r=0,10$, IC95% 0,04-0,15) y una correlación moderada con suicidio ($r=0,24$, IC95% 0,05-0,41)³⁷. En nuestro estudio, el trastorno por ansiedad social se asoció con el comportamiento suicida (RPa 2,04) (tabla 5).

Distimia

La distimia es un trastorno afectivo introducido por primera vez en el DSM-III y posteriormente en el CIE-10, como parte de los trastornos depresivos unipolares, el cual se caracteriza por un curso crónico y bajo grado sintomático de síntomas depresivos³⁸. Si bien está conceptualizado como un trastorno afectivo de menor importancia, una proporción de individuos con distimia tienen importante compromiso funcional y peores desenlaces que aquellos con trastornos depresivos no crónicos^{39,40}. En algunos estudios de seguimiento a 5 y 10 años, la incidencia de suicidio e intentos de suicidio fue del 19% y 31,7%, respectivamente^{41,42}. La distimia se relaciona clínicamente con ansiedad y trastorno de la personalidad, los cuales al asociarse incrementan el riesgo para el comportamiento suicida⁴³.

La distimia representa la confluencia de varios constructos clínicos, incluidos la depresión neurótica, la personalidad depresiva⁴⁴ y los temperamentos afectivos⁴⁵. Estos últimos son de interés porque son rasgos estables de la personalidad que pueden ser identificados antes del inicio de los trastornos mentales⁴⁵. Los temperamentos afectivos derivan de las descripciones realizadas por Kraepelin e incluyen los tipos ansioso, ciclotímico, distímico, hipertímico e irritable^{46,47}. En nuestro estudio, el trastorno distímico se asoció con comportamiento suicida (RPa 5,39) (tabla 5).

Trastorno depresivo mayor

La depresión mayor se ha asociado con el comportamiento suicida no fatal en numerosos estudios^{48,49}. El riesgo de suicidio atribuible a trastornos mentales está bien establecido

en la literatura^{50,51}. Las revisiones existentes indican que el riesgo de suicidio es particularmente alto en el momento del diagnóstico de trastornos afectivos^{52,53} y esquizofrenia⁵⁴.

Hasta el 80% de las muertes por suicidio se han atribuido a un trastorno mental o por uso de sustancias en los países de altos ingresos, en comparación con aproximadamente el 70% en los países de bajos ingresos⁵⁴. En una revisión metaanalítica reciente⁵⁵, el riesgo suicida fue asociado con depresión (RR 7,64, IC95% 4,3-13,57) y con distimia (4,11 IC95% 2,09-8,09), lo cual coincide con nuestros hallazgos (RPa 2,26) (tabla 5).

Trastorno negativista desafiante

El papel de la impulsividad entendida como una predisposición a actuar rápido, con reacciones no planeadas de acuerdo a estímulos internos o externos sin medir las consecuencias negativas para el individuo u otros, sigue generando controversia en el contexto del comportamiento suicida⁵⁶.

Si bien algunos estudios no encuentran diferencia en la impulsividad de sujetos con ideación suicida versus los que cometan un intento suicida⁵⁷, se propone que la impulsividad juega un papel decisivo en predecir la transición de la ideación al intento suicida⁵⁸.

En un estudio en el cual se analizaron las variables socio-demográficas, clínicas, de crianza y eventos vitales de 447 pacientes adolescentes, donde se incluyeron diferentes variables, entre ellas el trastorno negativista desafiante, se observó una relación importante con el comportamiento suicida⁵⁹. En nuestro estudio, este antecedente de la infancia aparece como un factor asociado de manera independiente con el comportamiento suicida (RPa 4,40) (tabla 5).

Sustancias

Décadas de investigación han señalado a las sustancias, especialmente el alcohol, como un factor asociado con el comportamiento suicida letal y no letal, con aumento de la ideación suicida a medida que aumenta el patrón de consumo⁶⁰ y una prevalencia de vida del 43% de intento de suicidio en las personas con dependencia al alcohol⁶¹.

En un metaanálisis reciente, el cual incluyó 33 estudios con 10.253.101 participantes de población general, clínica y militar, el alcohol fue asociado con incremento del 94% del riesgo de muerte por suicidio⁶². También, en el seguimiento de una cohorte de 1.265 niños en edades comprendidas entre los 18 y 40 años, se encontró que la dependencia del alcohol se asoció con ideación suicida (ORa 1,52%)⁶³.

En un estudio de casos y controles con 2.674 hombres y mujeres que murieron por suicidio, se encontró que todas las categorías de trastornos por uso de sustancias se asociaron a un mayor riesgo de mortalidad por suicidio. El riesgo más bajo fue para tabaco (ORa 2,0, IC 1,7-2,3), seguido por solo drogas (ORa 5,3, IC 3,9-7,0), solo alcohol (ORa 5,8, IC95% 4,7-7,1), alcohol más drogas (ORa 8,1, ICa 5,7-11,5), y alcohol más drogas y tabaco (ORa 11,2, IC95% 8,0-15,6). El mayor riesgo de comportamiento suicida se asoció además con el sexo femenino⁶⁴.

Respecto al abuso de drogas y el comportamiento suicida, los adolescentes que refieren haber consumido marihuana en el último mes son más propensos a presentar conductas suicidas⁶⁵ y la probabilidad de morir por suicidio es entre 5,8 y 17 veces mayor en aquellos adolescentes con consumo de sustancias⁶⁶.

Prevención del comportamiento suicida

La prevención del suicidio según la OMS es un «imperativo global»⁶⁶, lo cual se puede lograr teniendo claros los factores de riesgo, de protección y las intervenciones relacionadas. Este estudio realizado permitió identificar oportunidades de prevención del comportamiento suicida en población general.

Las estrategias de prevención pueden ser de tipo universal cuando apuntan a una población entera; selectivas cuando están dirigidas a grupos de mayor riesgo; y las indicadas destinadas a proteger a las personas en riesgo⁶⁷. El gobierno colombiano, en el 2021, diseñó la *Estrategia Nacional para la Prevención de la Conducta Suicida en Colombia*⁶⁸, la cual incluye componentes básicos que ayudan a enfrentar los factores de riesgo identificados en nuestro estudio:

- 1) satisfacción de necesidades humanas (promoción de la convivencia y la salud mental en los entornos), 2) fomento de habilidades socioemocionales, 3) reducción del consumo de alcohol, 4) limitación de medios letales utilizados para cometer suicidio, 5) intervención en crisis, 6) atención integral de personas con problemas y trastornos mentales, y 7) apoyo a sobrevivientes de suicidio y comunicación responsable de la conducta suicida.

Limitaciones

Dentro de las limitaciones del estudio se tienen: primero, por tratarse de un estudio transversal, no se pueden inferir relaciones causales; segundo, las prevalencias de las sustancias se tomaron de forma agrupada, por lo tanto, no se pueden extraer conclusiones sobre el efecto de una droga en concreto; tercero, al tratarse de una muestra poblacional, no se puede extrapolar los resultados a poblaciones clínicas; y cuarto, los diagnósticos del CIDI 3.0 son con base en criterios DSM-IV y CIE-10, los cuales difieren en algo de los criterios vigentes del DSM-5.

Fortalezas

Como fortalezas, se tiene el diseño muestral del estudio primario con probabilidad de selección hasta el nivel del hogar y la entrevista clínica empleada (CIDI 3.0), que permite realizar diagnósticos psiquiátricos, ofreciendo ventaja frente a otros instrumentos que solo permiten tamización de síntomas mentales.

Conclusión

Los resultados de este estudio son un llamado a actuar, según el imperativo global de reducir el suicidio, puesto que permiten una importante comprensión de los factores de riesgo asociados con el comportamiento suicida no fatal en población general, los cuales pueden ser intervenidos.

La prevención del suicidio no puede ser abordada exclusivamente por el sector de la salud, puesto que los factores de riesgo asociados y la prevención de este comportamiento complejo se relaciona con diversos ámbitos, por lo que resulta esencial adoptar un enfoque multisectorial.

Algunas estrategias de promoción y prevención sencillas, como tamizar a la población general, frente a la percepción propia de la salud física y mental, puede ser una medida sencilla y efectiva para identificar personas con mayor riesgo de comportamiento suicida.

Financiación

Esta investigación no contó con fuentes de financiación.

Autoría

Los autores declaramos que todos los participantes hemos participado activamente en todas las fases de construcción del manuscrito. Todos los autores hemos revisado y aprobado el material enviado a la revista.

Conflictos de intereses

Los autores no tienen ningún conflicto de interés para declarar.

Agradecimientos

Los autores queremos agradecer a la población de Envigado y la Secretaría de Salud del Municipio, que hicieron posible este estudio.

BIBLIOGRAFÍA

1. Global health estimates: leading causes of death. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/ghe-leading-causes-of-death>. Consultado el 22 de Ago del 2023.

2. Marco de indicadores mundiales para los Objetivos de Desarrollo Sostenible y metas de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Nueva York: Naciones Unidas. Disponible en: https://unstats.un.org/sdgs/indicators/Global%20Indicator%20Framework%20after%202020%20review_Eng.pdf. Consultado el 22 de agosto del 2023.
3. Comprehensive mental health action plan 2013-2030. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/357847/9789240050181-spa.pdf?sequence=1>. consultado el 25 de agosto de 2023.
4. Estrategia nacional para la Prevención de la Conducta Suicida en Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Bogotá, 2021. Disponible en <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/estrategia-nacional-conducta-suicida-2021.pdf>. Consultado el 25 de agosto de 2023.
5. World Health Organization Suicide worldwide in 2019: global health estimates. World Health Organization, Geneva, Switzerland2021; Pan American Health Organization (PAHO) Suicide mortality in the Americas – regional report 2015-2019. Pan American Health Organization, Washington, D.C. 2021.
6. The sustainable development goals report. United Nations, 2017; World Health Organization. Mental health action plan 2013-2020. WHO, Geneva, Switzerland 2013.
7. Estadísticas Vitales. DANE. Gobierno de Colombia. 2023. Disponible en: https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/poblacion/pre_estadisticasvitales_IVtrim_2022pr.pdf. Consultado el 25 de agosto de 2023.
8. World Health Organization. Social Determinants of Health. Report of a Regional consultation, Colombo, Sri Lanka, 2007. Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/206363/B3357.pdf>. Consultado el 25 de agosto de 2023.
9. Kind AJH, Buckingham WR. Making Neighborhood-Disadvantage Metrics Accessible — The Neighborhood Atlas. *N Engl J Med*. 2018;378:2456–8, <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMp1802313>.
10. Flanagan BE, Gregory EW, Hallisey EJ, Heitgerd JL, Lewis B. A social vulnerability index for disaster management. *J Homel Secur Emerg Manag*. 2011;8, <http://dx.doi.org/10.2202/1547-7355.1792>.
11. Nock MK, Hwang I, Sampson N, Kessler RC, Angermeyer M, Beautrais A, et al. Cross-national analysis of the association of mental disorders and suicidal behavior: findings of the Who World Mental Health Surveys. *Pos Medicine*. 2009;6:e1000123, <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.1000123>.
12. Torres Y, Restrepo D, Castaño G, Sierra GM, Buitrago C, Salas C, et al. Estudio Poblacional de Salud Mental, Envigado 2017. Editorial CES. 2018. Disponible en: <https://repository.ces.edu.co/handle/10946/3788>. Consultado el 4 de enero de 2024.
13. Stanojevic Jerkovic O, Sauliune S, Saumskas L, Birt C, Kersnik J. Determinants of self-rated health in elderly populations in urban areas of Slovenia, Lithuania and UK: findings of the EURO-URHIS2 survey. *Eur J Pub Health*. 2017;27 suppl.2:74–9, <http://dx.doi.org/10.1093/eurpub/ckv097>.
14. Benyamin Y, Leventhal EA, Leventhal H. Self-assessments of health: what do people know that predicts their mortality? *Res Aging*. 1999;21:250–9, <http://dx.doi.org/10.1177/0164027599213007>.
15. Idler EL, Hudson SV, Leventhal H. The meanings of self-ratings of health: a qualitative and quantitative approach. *Res Aging*. 1999;21:458–76, <http://dx.doi.org/10.1177/0164027599213006>.
16. Jylhä M. What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards a unified conceptual model. *Soc Sci Med*. 2009, <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.05.013>.
17. Wuorela M, Lavonius S, Salmine M, Vahlberg T, Vittane M, Viikari L. Self-rated health and objective health status as predictors of all-cause mortality among older people: A prospective study with a 5, 10, and 227-yearfollow-up. *BMC Geriatrics*. 2020;20, <http://dx.doi.org/10.1186/s12877-020-01516-9>.
18. Goodwin RD, Marusic AJ. Perception of health, suicide ideation, and suicide attempt among adults in the community. *Crisis*. 2011;32, <http://dx.doi.org/10.1027/0227-5910/a000104>.
19. Morgensen H, Moller J, Hultin H, Mittendorfer-Rutz E. Death of a close relative and the risk of suicide in Sweden a large-scale register-based case crossover study. *Plos One*. 2016;11:e0164274, <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0164274>.
20. Cooper J, Appleby L, Amos T. Life events preceding suicide by young people. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2002;37:271–5, <http://dx.doi.org/10.1007/s001270200019>.
21. Zhang J, Ma Z. Patterns of life events preceding the suicide in rural young Chinese; a case control study. *J Affect Disord*. 2012;140:161–7.
22. Li X, Phillips M, Zhang Y. The study of the validity of a suicide-specific life event scale and suicide behavior. *Chin J Nerv mental Dis*. 2008;34:156–60.
23. Zhang J, Ma Z. Patterns of life events preceding the suicide in rural young Chinese a case control study. *J Affect Disord*. 2012;140:161–7, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2012.01.010>.
24. Meyer CL, Irani TH, Hermes KA, Yung B. Suicide Motivated by Interpersonal Relationships. En: Explaining Suicide. Elsevier; 2017 [citado 23 de noviembre de 2023]. p. 51-71. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/B9780128092897000038>.
25. Orri M, Macallì M, Galera C, Tzourio C. Association of parental death and illness with offspring suicidal ideation: cross-sectional study in a large cohort of university students. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2022;57:2251–60, <http://dx.doi.org/10.1007/s00127-022-02329-4>.
26. Calderaro M, Baethge C, Bermpohl F, Gutwinski S, Schouler-Ocak M, Henssler J. Offspring's risk for suicidal behaviour in relation to parental death by suicide: systematic review and meta-analysis and a model for familial transmission of suicide. *Br J Psychiatry*. 2022;220:121–9, <http://dx.doi.org/10.1192/bj.p.2021.158>.
27. Bao-Peng L, Jie Zhang Jie C, Hi-Min Q, Cun-Xian J, Dwinght H. Negative life events as triggers on suicide attempt in rural China: a case crossover study. *Psychiatry Res*. 2019;276:100–6, <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2019.04.008>.
28. McGrath JJ, Saha S, Al-Hamzawi A, Alonso J, Bromet EJ, Bruffaerts R, et al. Psychotic experiences in the general population: a cross-national analysis based on 31 261 respondents from 18 countries. *JAMA Psychiatry*. 2015;72:697, <http://dx.doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2015.0575>.
29. Werbeloff N, Drukker M, Dohrenwend BP, Levac I, Yoffre Rvnat, van Os J, et al. Self-attenuated psychotic symptoms as forerunners of severe mental disorders later in life. *Arch Gen Psychiatry*. 2012;69:467–75, <http://dx.doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.1580>.
30. Fisher HL, Schreier A, Zammit S, Mughan B, Munafó MR, Lewis G, et al. Pathways between childhood victimization and psychosis-like symptoms in the ALSPAC birth cohort. *Schizophr Bull*. 2013;39:1045–55, <http://dx.doi.org/10.1093/schbul/sbs088>.
31. Huang X, Fox KR, Ribeiro JD, Franklin JC. Psychosis as a risk factor for suicidal thoughts and behaviors: a meta-analysis of longitudinal studies. *Psychol Med*. 2018;48:765–76, <http://dx.doi.org/10.1017/S0033291717002136>.

32. Yates K, Lang U, Kelleher I, Cederlöf M, Boland F, Taylor P, et al. Association of psychotic experiences with subsequent risk of suicidal ideation, suicide attempts and suicide deaths. *JAMA Psychiatry*. 2019;76:180-9, <http://dx.doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.3514>.
33. Falcone T, Stanisyte BA, Espi Forcen F, Vengoechea J. Neurobiology of suicide. In: Falcone, T., Timmons-Mitchell, J. (eds) *Suicide Prevention*. Springer, Cham. Doi.org/10.1007/978-3-319-74391-2.1.
34. Arseneault-Lapierre G, Kim C, Turecki G. Psychiatric diagnoses in 3 275 suicides: A meta-analysis. *BMC Psychiatry*. 2004;4:37, <http://dx.doi.org/10.1186/1471-244X-4-37>.
35. Chung ML, Forstner AJ, Mücke M, Geiser F, Schumacher J, Conrad R. Predictors of suicidal ideation in social anxiety disorder – evidence for the validity of the Interpersonal Theory of Suicide. *J Affect Disord*. 2022;298:400-7, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2021.11.017>.
36. Buckner JD, Lemke AW, Jeffries ER, Shah SM. Social anxiety and suicidal ideation: Test of the utility of the interpersonal-psychological theory of suicide. *J Anxiety Disord*. 2017;45:60-3, <http://dx.doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.11.010>.
37. Leigh E, Chiu K, Ballard ED. Social anxiety and suicidality in youth: A systematic review and meta-analysis. *Res Child Adolesc Psychopathol*. 2023;51:441-54, <http://dx.doi.org/10.1007/s10802-022-00996-0>.
38. Schramm E, Klein DN, Elsaesser M, Furukawa RA, Domschke K. Review of dysthymia and persistent depressive disorder: History, correlates, and clinical implications. *Lancet*. 2020;801-12, [http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30099-7](http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30099-7).
39. Rhebergen D, Beekman AT, Graaf R, Nolen WA, Spijker J, Hoogendoijk WJ, et al. The three-year naturalistic course of major depressive disorder, dysthymic disorder and double depression. *J Affect Disord*. 2009;115:450-9, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2008.10.018>.
40. Hung CI, Liu CY, Yang CH. Persistent depressive disorder has long-term negative impacts on depression, anxiety, and somatic symptoms at 10-year follow-up among patients with major depressive disorder. *J Affect Disord*. 2019;243:255-61, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2018.09.068>.
41. Klein DN, Schwartz JE, Rose S, Leader JB. Five-year course and outcome of dysthymic disorder: a prospective, naturalistic, follow-up study. *Am J Psychiatry*. 2000;157:931-9, <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.157.6.931>.
42. Hellerstein DJ, Agosti V, Bosi M, Black SR. Impairment in psychosocial functioning associated with dysthymic disorder in the NESARC study. *J Affect Disord*. 2010;127:84-8, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2010.04.013>.
43. Jiménez-Maldonado ME, Gallardo-Moreno GB, Villaseñor-Cabrera T, González-Garrido AA. La distimia en el contexto clínico. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2013;42:212-8, [http://dx.doi.org/10.1016/S0034-7450\(13\)70008-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0034-7450(13)70008-8).
44. Schramm E, Klein DN, Elsaesser M, Furukawa RA, Domschke K. Review of dysthymia and persistent depressive disorder: history, correlates, and clinical implications. *Lancet*. 2020;801-12, [http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30099-7](http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30099-7).
45. Baldessarini RJ, Innamorati M, Erbuto D, Serafini G, Fiorello A, Armore M, et al. Differential associations of affective temperaments and diagnosis of major affective disorders with suicidal behavior. *J Affect Disord*. 2017;210:19-21, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2016.12.003>.
46. Akiskal HS, Mendlowicz MV, Girardin JL, Rapaport MH, Kelsoe JR, Gillin JC, et al. TEPS-A: validation of a short version of a self-rated instrument designed to measure variations in temperament. *J Affect Disord*. 2005;85:45-52, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2003.10.012>.
47. Tondo L, Vasquez GH, Sani G, Pinna M, Baldessarini RJ. Association of suicidal risk with ratings of affective temperaments. *J Affect Disord*. 2018;229:322-7, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2017.12.061>.
48. Nock M, Hwang I, Sampson N, Kessler RC. Mental disorders, comorbidity, and suicidal behaviors: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Mol Psychiatry*. 2009, <http://dx.doi.org/10.1038/mp.2009.29>.
49. Nock MK, Hwang I, Sampson NA, Kessler RC. Mental disorders, comorbidity and suicidal behavior: results from the national comorbidity survey replication. *Mol Psychiatry*. 2010;15:868-76, <http://dx.doi.org/10.1038/mp.2009.29>.
50. Ferrari AJ, Norman RE, Freedman G, Baxter AJ, Pirkis JE, Harris MG, et al. The burden attributable to mental and substance use disorders as risk factors for suicide: findings from the global burden of disease study 2010. *PLoS One*. 2014;9, <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0091936>.
51. Whiteford HA, Ferrari AJ, Degenhardt L, Feigin V, Vos T. The global burden of mental, neurological and substance use disorders: an analysis from the global burden of disease study 2010. *PLoS One*. 2015;10, <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0116820>.
52. Cavanagh JTO, Carson AJ, Sharpe M, Lawrie SM. Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychol Med*. 2003;33:395-405, <http://dx.doi.org/10.1017/s0033291702006943>.
53. Harris EC, Barracough B. Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 1997;170:205-28, <http://dx.doi.org/10.1192/bj.p.170.3.205>.
54. Inskip HM, Harris EC, Barracough B. Lifetime risk of suicide for affective disorder, alcoholism and schizophrenia. *Br J Psychiatry*. 1972: 35-37. Doi: 10.1192/bj.p.172.1.35.
55. Moitra M, Santomauro D, Degenhardt L, Collins PY, Whiterford H, Vos T, et al. Estimating the risk of suicide associated with mental disorders: a systematic review and meta-regression analysis. *J Psychiatr Res*. 2021;137:242-9, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychires.2021.02.053>.
56. Gatta M, Raffagnato A, Angelico C, Benini E, Medda E, Fasolato R, et al. Externalizing behaviors', impulsivity alexithymia, and emotional dysregulation in adolescent's suicidality. *Clin Neuropsychiatry*. 2023;20:17-28, <http://dx.doi.org/10.36131/cnforitidore20230103>.
57. Zhou Y, Ma Z, Jia CX, Zhou L. Relationship between impulsivity and suicide among the rural elderly in China: a case-control psychological autopsy study. *Peer J*. 2021;9:e11801, <http://dx.doi.org/10.7717/peerj.11801>.
58. Auerbach RP, Stewart JG, Johnson SL. Impulsivity and suicidality in adolescent inpatients. *J Abnorm Child Psychol*. 2017;45:91-103, <http://dx.doi.org/10.1007/s10802-016-0146-8>.
59. Restrepo-Bernal D, Bonfante-Olivares L, Torres De Galvis Y, Berbesi-Fernández D, Sierra-Hincapié G. Comportamiento suicida de adolescentes con trastorno por déficit de atención e hiperactividad en Medellín (Colombia), 2011-2012. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2014;43:186-93, <http://dx.doi.org/10.1016/j.rcp.2014.08.001>.
60. Santos C, Monteiro C. Niveles de ideación suicida asociados con el consumo de alcohol. *Enfermería Global*. 2021;20:127-61, <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.451351>.
61. Gálvez BP. Prevención e Intervención de la Conducta Suicida en Personas Consumidoras de Alcohol. En: *Suicidios Manual De Prevención, Intervención Y Postvención. En Conducta Suicida*. p. 611-30. Disponible en: <https://umh1946.umh.es/files/2015/04/Suicidio-en-alcoholismo.pdf>.
62. Isaacs JY, Smith MM, Sherry SB, Seno M, Moore ML, Stewart SH. Alcohol use and death by suicide: a meta-analysis of 33 studies. *Suicide Life Threat Behav*. 2022;52:600-14, <http://dx.doi.org/10.1111/sltb.12846>.
63. Crossin R, Cleland L, McLeod GF, Beauprais A, Witt K, Boden JM. The association between alcohol use disorder and suicidal ideation in a New Zealand birth cohort. *Aust N Z J Psychiatry*.

- 2022;56:1576-86,
<http://dx.doi.org/10.1177/00048674211064183>.
64. Lynch FL, Peterson EL, Lu CY, Hu Y, Rossom RC, Waitzfelder BEE, et al. Substance use disorders and risk of suicide in a general US Population: a case control study. *Addict Sci Clin Pract.* 2020;15:14, <http://dx.doi.org/10.1186/s13722-020-0181-1>.
65. Vilagrón Aravena F, Molina T, Gras Pérez ME, Font-Mayolas S. Conducta suicida, consumo de sustancias psicoactivas y calidad de vida en adolescentes chilenos. *Rev Méd Chile.* 2022;150:1036-45,
<http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872022000801036>.
66. WHO. Preventing suicide: a global imperative. World health Organization. 2014. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/131056/9789241564878.eng.pdf;jsessionid=D0B34E3ADD903D77920824C199BCBB66?sequence=8>. Consultado el 15 de septiembre de 2023.
67. Preventing mental, emotional and behavioral disorders among young people: progress and possibilities. National Research Council (US) and Institute of Medicine (US) Committee on the Prevention of Mental Disorders and Substance Abuse Among Children, Youth, and Young Adults: Research Advances and Promising Interventions; O'Connell ME, Boat T, Warner KE, editors. Washington (DC): National Academies Press (US); 2009.
68. Ministerio de Salud y Protección Social. Estrategia Nacional para la Prevención de la Conducta Suicida en Colombia. Bogotá, 2021. pp 57. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/estrategia-nacional-conducta-suicida-2021.pdf> Consultado el 26 de septiembre de 2023.