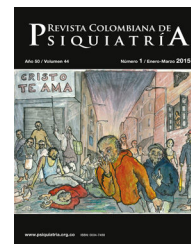




# REVISTA COLOMBIANA DE PSIQUIATRÍA

[www.elsevier.es/rcp](http://www.elsevier.es/rcp)



## Artículo original

# Factores asociados a la conducta suicida en Colombia. Resultados de la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015



Alvaro Arenas<sup>a</sup>, Carlos Gómez-Restrepo<sup>a,b,\*</sup> y Martín Rondón<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia

<sup>b</sup> Departamento de Epidemiología Clínica y Bioestadística, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia

### INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

#### Historia del artículo:

Recibido el 20 de noviembre de 2015

Aceptado el 25 de marzo de 2016

On-line el 11 de junio de 2016

#### Palabras clave:

Ideación suicida

Trastornos mentales

Trastorno límite de la personalidad

Estudios epidemiológicos

### R E S U M E N

**Introducción:** La conducta suicida es un desenlace importante como causa de mortalidad en el mundo, por lo que es relevante conocer los factores asociados a la conducta para la intervención clínica y el diseño de políticas de salud pública que permitan disminuir su incidencia.

**Objetivo:** Describir los resultados de la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015 relacionados con la conducta suicida en adultos.

**Resultados:** Se observa que el 5,5% (intervalo de confianza del 95%, 4,5%-6,7%) de los varones y el 7,6% (intervalo de confianza del 95%, 6,6%-8,7%) de las mujeres han pensado en suicidarse. Reportan plan de suicidio el 2,7% (intervalo de confianza del 95%, 2,1%-3,0%) de las mujeres y se observa intento de suicidio en el 1,9% (intervalo de confianza del 95%, 1,4%-2,5%) de los varones y el 3,3% (intervalo de confianza del 95%, 2,6%-4,1%) de las mujeres. La región con la más alta frecuencia de ideación suicida fue Bogotá (el 10,3%; intervalo de confianza del 95%, 7,6%-13,8%) y la más baja, en la región Atlántica (el 3,8%; intervalo de confianza del 95%, 3,0%-4,8%). Se ha encontrado que la presencia de cualquier trastorno mental, en particular los trastornos depresivos y de ansiedad y los rasgos límite de personalidad, se asocian a ideación suicida grave, así como haber sufrido desplazamiento por violencia alguna vez en la vida. No se ha encontrado diferencia en la ideación suicida relacionada con la pobreza o problemas derivados del consumo de alcohol.

**Conclusiones:** La conducta suicida es frecuente en la población de adultos colombianos, lo que amerita el diseño y la aplicación de intervenciones en los grupos más vulnerables con el fin de disminuir este riesgo.

© 2016 Publicado por Elsevier España, S.L.U. en nombre de Asociación Colombiana de Psiquiatría.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [cgomez.restrepo@yahoo.com](mailto:cgomez.restrepo@yahoo.com) (C. Gómez-Restrepo).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rcp.2016.03.006>

0034-7450/© 2016 Publicado por Elsevier España, S.L.U. en nombre de Asociación Colombiana de Psiquiatría.

## Suicidal Behaviour and Associated Factors in Colombia. Results from the 2015 National Mental Health Survey

### A B S T R A C T

#### Keywords:

Suicidal ideation  
Mental disorders  
Borderline personality disorder  
Health surveys

**Introduction:** Suicidal behaviour leads to a significant cause of mortality in the world. It is important to know the factors associated with this behaviour in order to design public health policies that may decrease its incidence.

**Objective:** Describe the results of the Colombian National Survey of Mental Health related to suicidal behaviour in adults.

**Results:** It was observed that 5.5% (95% CI, 4.5-6.7) of men and 7.6% (95% CI, 6.6-8.7) of women had suicidal thoughts. A suicide plan was reported in 2.7% of women (95% CI, 2.1-3.0), and attempted suicide observed in 1.9% of men (95% CI, 1.4-2.5) and 3.3% of women (95% CI, 2.6-4.1). The region with the highest frequency of suicidal ideation was Bogotá, with 10.3% (95% CI, 7.6-13.8) and was the lowest in the Atlantic region with 3.8% (95% CI, 3.0-4.8). It was found that the presence of any mental illness, especially depressive, anxiety disorders and borderline personality traits, as well as people who have been displaced by violence at least once in life, are associated with serious suicidal ideation. No differences were found in suicidal ideation as regards poverty or problems arising from alcohol consumption.

**Conclusions:** Suicidal behaviour is common in the Colombian adult population, which warrants the design and implementation of interventions in the most vulnerable groups in order to reduce this risk.

© 2016 Published by Elsevier España, S.L.U. on behalf of Asociación Colombiana de Psiquiatría.

## Introducción

Existe un espectro de conductas asociadas con el suicidio que van desde la idea suicida, el plan y el intento a, finalmente, el suicidio consumado. El suicidio se ubica como una causa muy importante de mortalidad en el mundo, por lo que su reducción se ha convertido en una prioridad de las políticas de salud pública. El suicidio se define, de acuerdo con la décima edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), como «la muerte ocasionada por lesión autoinfligida informada como intencional»<sup>1</sup>.

Según el CIE-10, el suicidio es un acto de violencia que genera graves consecuencias para los individuos, las familias, las comunidades y los países, tanto a corto como a largo plazo, pues tiene efectos perjudiciales en los servicios de atención de salud<sup>2</sup>, debido a la cantidad de personas que presentan ideación suicida, aproximadamente 20 personas que lo intentan por cada suicidio consumado<sup>3</sup>.

Asociadas con el suicidio, se encuentran la ideación suicida, que es el paso anterior a la actuación y puede que no se manifieste o que se haga a través de amenazas, verbales o escritas, y la conducta suicida no letal (o intento suicida), en la que la persona ha realizado una acción concreta que le ha generado un daño o lesión, pero que no finaliza con su muerte<sup>4,5</sup>.

### Factores asociados

Se han identificado como factores de riesgo de conducta suicida ser mayor de 45 años, la impulsividad, los eventos vitales adversos, el sexo masculino (excepto en algunos países como China), ser viudo, separado o divorciado, vivir

solo, estar desempleado o jubilado, tener antecedentes familiares de suicidio o intentos previos, tener mala salud física, tener armas de fuego en casa o padecer una enfermedad mental<sup>6,7</sup>. Del total de todos los suicidios, se ha visto que aproximadamente el 80% se atribuyen a enfermedad mental o consumo de sustancias psicoactivas y alcohol<sup>8</sup>.

Los factores protectores contra la conducta suicida que se han encontrado son: tener hijos<sup>9</sup>, pertenecer a religiones diferentes de la católica, tener una red de apoyo que cuente con amigos y una familia funcional<sup>10</sup>.

En población con depresión en Colombia, se han identificado como factores de riesgo de ideación suicida el desempleo, el consumo de cigarrillos y alcohol en los últimos 30 días, la percepción de la salud mental como regular o mala, el diagnóstico de depresión doble, el tratamiento intrahospitalario, los bajos ingresos y haber sufrido una gran crisis financiera en los últimos 2 años<sup>11</sup>.

### Impacto

En 2010, la Organización Mundial de la Salud (OMS) señaló que el suicidio se encuentra entre las primeras tres causas mundiales de muerte de personas de 15-44 años y que para 2020 alcanzará 1,5 millones de muertes anuales. Cada 30 s se suicida una persona en el mundo y cada día hay alrededor de 3.000 eventos con aproximadamente 1 millón de suicidios consumados al año<sup>3</sup>. Estas cifras sitúan el suicidio como la duodécima causa de muerte en 2001, por encima de las muertes por otras causas violentas como homicidios (736.000) o conflictos bélicos (588.000)<sup>11</sup>. Esto lo sitúa como la quinta causa de carga total de enfermedad, medido como años de vida ajustados por discapacidad (AVAD), de la población entre 15 y 44 años<sup>12</sup>, que representa el 1,4% de esta<sup>13</sup>.

**Tabla 1 – Tasa de suicidios por 100.000 habitantes en 2012<sup>26</sup>**

País	Varones	Mujeres	Ambos sexos
Argentina	17,2	4,1	10,3
Australia	16,1	5,2	10,6
Brasil	9,4	2,5	5,8
China	7,1	8,7	7,8
Colombia	9,1	1,9	5,4
Costa Rica	11,2	2,2	6,7
Cuba	18,5	4,5	11,4
España	8,2	2,2	5,1
India	25,8	16,4	21,1
México	7,1	1,7	4,2
Reino Unido	9,8	2,6	6,2
Estados Unidos	19,4	5,2	12,1
Venezuela	4,3	1,0	2,6

### Estudios epidemiológicos

Los países desarrollados notifican altas tasas de mortalidad por esta conducta y ofrecen datos que se elevan por encima de 30 suicidios/100.000 habitantes y en algunos sobrepasan los 40. Canadá, Estados Unidos, Cuba y Venezuela registran las tasas más altas<sup>14</sup>.

En la [tabla 1](#) se presentan las tasas de suicidio en diferentes países; se observa que Cuba es el país de Latinoamérica con la tasa más alta. En la [tabla 2](#) se muestra la prevalencia en Colombia por años.

En 2013, los cinco departamentos con las tasas de suicidio por cada 100.000 habitantes más altas fueron Amazonas (6,7), Meta (6,2), Quindío (5,9), Putumayo (5,9) y Antioquia (5,2). Los municipios con más altas tasas por cada 100.000 habitantes son Puerto Arica, en Amazonas (72,99), el municipio de Maceo, en Antioquia (71,21), San Luis de Cubarral, en Meta (17,25), Filandia, en Quindío (22,54) y Puerto Asís, en Putumayo (16,96). Los departamentos con el mayor número de casos registrados son Antioquia (329), Bogotá (236), Valle del Cauca (158), Cundinamarca (116) y Santander (86). Las ciudades capitales con el mayor número de casos son Bogotá (236), Medellín (124), Cali (64), Barranquilla (56) e Ibagué (42)<sup>14</sup>.

Debido a la carga que las conductas suicidas generan en todo el mundo y con los reportes de tasa de suicidios en nuestro país, es necesario explorar cuáles son los factores o las variables que se asocian con esta conducta en nuestra población tomando como base la información recolectada en la Encuesta Nacional de Salud Mental (ENSM) 2015.

### Métodos

La ENSM es una iniciativa del gobierno colombiano en asociación con COLCIENCIAS y la Pontificia Universidad Javeriana para actualizar el anterior estudio nacional de 2003. Es un estudio observacional con diseño de corte transversal que utilizó para el cálculo del tamaño muestral la muestra maestra de estudios de salud del Ministerio de Salud y Protección Social. Se realizó un muestreo probabilístico, con estratificación por sexo, grupos etarios y las regiones del país, con representación de cada uno de estos estratos. Para más información y una explicación detallada de la metodología utilizada, se puede consultar el protocolo del ENSM en la página *web* del Ministerio de Salud y Protección Social<sup>15</sup>.

La evaluación de la conducta suicida se realizó mediante el instrumento CIDI-CAPI (3.0) en su versión computarizada, la cual cuenta con un módulo específico acerca de conducta suicida, en el cual se indaga por ideación e intentos suicidas. El CIDI también realiza diagnóstico de enfermedades mentales como trastorno depresivo, trastorno afectivo bipolar, trastorno del espectro ansioso, abuso de sustancias psicoactivas y rasgos de personalidad. En el caso del consumo de alcohol, el instrumento utilizado fue el *Alcohol Use Disorder Identification Test* (AUDIT).

Todos los entrevistados también fueron encuestados por variables sociodemográficas mediante un cuestionario diseñado para la ENSM, así como escalas como el APGAR familiar y el índice de pobreza multidimensional (IPM), cuyas descripciones superan los alcances de este artículo. Los demás instrumentos utilizados se explican con mayor detalle en la página *web* del ministerio.

**Tabla 2 – Epidemiología del suicidio en Colombia**

Intento de suicidio	Varones		Mujeres		Total					
<b>1993<sup>27</sup></b>										
Prevalencia de vida	4,0		5,1		4,5					
Prevalencia 12 meses	0,9		1,5		1,2					
Total	4,9		6,6		5,7					
<b>2003<sup>19</sup></b>										
Prevalencia de vida										
Ideación suicida	12,1		12,5		12,3					
Plan suicida	3,8		4,9		4,6					
Intento de suicidio	4,9		4,9		4,9					
Prevalencia 12 meses										
Ideación suicida	4,0		3,1		3,5					
Plan suicida	1,3		0,8		1,0					
Intento de suicidio	1,7		0,9		1,3					
Suicidios en Colombia <sup>14</sup> (por 100.000 hab.)	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
	4,29	4,16	4,03	4,03	4,14	4,10	4,10	4,10	4,08	3,84

## Resultados

Con respecto a la ideación suicida, se observa que el 5,5% (intervalo de confianza del 95% [IC95%], 4,5%-6,7%) de los varones y el 7,6% (IC95%, 6,6%-8,7%) de las mujeres han pensado en suicidarse. Planean suicidio el 2,7% (IC95%, 2,1%-3,0%) de las mujeres. No se presentan los datos de varones, ya que los resultados fueron imprecisos. Por su parte, se observa intento de suicidio en el 1,9% (IC95%, 1,4%-2,5%) de los varones y el 3,3% (IC95%, 2,6%-4,1%) de las mujeres.

Al indagar por el tipo de intento, se encuentra que el 55,6% (IC95%, 35,8%-50,6%) de las mujeres consideran que su primer intento de suicidio fue muy serio y que solo la suerte impidió que logaran su cometido. En la [tabla 3](#) se presenta, además, la proporción de adultos que han planeado suicidarse respecto a las personas que han pensado en suicidarse y la proporción de adultos que han intentado suicidarse respecto a las personas que han pensado en suicidarse.

### Suicidio según la región

Se encuentran diferencias regionales en la proporción de adultos que han pensado en suicidarse. De tal manera que se

encuentra la más alta proporción en Bogotá (10,3%; IC95%, 7,6%-13,8%) y la más baja, en la región Atlántica (3,8%; IC95%, 3,0%-4,8%) ([tabla 4](#)).

En cuanto a los intentos de suicidio, en la región Atlántica se observó la más baja proporción de adultos que han intentado suicidarse (1,6%; IC95%, 1,1%-2,3%). Sin embargo, para este desenlace las proporciones fueron similares a las de las regiones Central, Oriental y Pacífica. Para este desenlace en particular, no es posible la comparación con Bogotá, ya que los resultados de la capital fueron imprecisos.

### Suicidio y pobreza

La proporción de adultos en estado de pobreza multidimensional que han pensado en suicidarse es del 6,4% (IC95%, 4,7%-8,6%) y la de adultos sin situación de pobreza, del 6,6% (IC95%, 5,9%-7,4%).

### Suicidio y edad

Se analizó la presencia de ideación, plan e intento de suicidio en adultos de dos grandes grupos etarios; el primero de 18 a 44 años y el segundo de 45 o más años.

Los resultados muestran una proporción de ideación suicida del 6,6% (IC95%, 5,7%-7,7%) en el grupo de 18-44 años y el 6,5% (IC95%, 5,3%-7,8%) de los mayores de 45 años. Por otra parte, la proporción de intento de suicidio es del 3,0% (IC95%, 2,4%-3,9%) en el primer grupo de edad y el 1,9% (IC95%, 1,5%-2,4%) en los mayores. En la población que ha realizado intentos de suicidio, se encuentra que el 50,2% (IC95%, 38,0%-62,3%) de los encuestados entre 18 y 44 años hicieron un último intento que puso en riesgo su vida y consideran que solo la suerte hizo que no lo logaran, frente al 46,7% (IC95%, 34,6%-59,2%) de los mayores de 45 años.

### Suicidio y escolaridad

Los adultos con ningún tipo de escolaridad o con solo primaria tuvieron una proporción de pensamiento suicida del 6,6% (IC95%, 5,5%-7,8%), que fue del 7,3% (IC95%, 6,1%-8,7%) en el grupo con educación secundaria, el 5,0% (IC95%, 3,4%-7,3%) entre técnicos/tecnólogos y el 4,2% (IC95%, 2,6%-6,8%) entre los universitarios.

Se encuentra una proporción de adultos que han pensado en suicidarse del 6,6% (IC95%, 5,5%-7,8%) de los encuestados sin educación o con solo primaria. Al desagregar el intento suicida por escolaridad, se encuentra que el grupo en que hubo mayor número de intentos fue el de sin escolaridad o con solo primaria (2,6 intentos; IC95%, 1,6-2,4) y la más baja, en el grupo con educación universitaria (1,3; IC95%, 1,0-1,6), pero no se encontró tendencia entre la escolarización y el número de intentos suicidas ([tabla 5](#)).

### Suicidio y estado civil

La proporción de adultos con ideación suicida fue del 6,5% (IC95%, 5,5%-7,7%) de las personas casadas, en unión libre o con relación de pareja, el 7,4% (IC95%, 5,6%-9,7%) de los separados, viudos o divorciados y el 6,3% (IC95%, 5,1%-7,7%) de los solteros. Con respecto a los intentos de suicidio, se encontró

**Tabla 3 – Suicidio de adultos en la población colombiana por sexo**

	Varones <sup>a</sup>	Mujeres
Adultos que han pensado en suicidarse	5,5 (4,5-6,7)	7,6 (6,6-8,7)
Adultos que han planeado suicidarse	<sup>b</sup>	2,7 (2,1-3,5)
Adultos que han intentado suicidarse	1,9 (1,4-2,5)	3,3 (2,6-4,1)
Adultos que han planeado suicidarse (respecto a quienes han pensado en suicidarse)	36,0 (26,1-47,3)	35,9 (28,9-43,6)
Adultos que han intentado suicidarse (respecto a quienes han pensado en suicidarse)	33,9 (25,6-43,3)	43,0 (35,8-50,6)
Tipo de intento de suicidio (primer intento)		
«Hice un intento muy serio para matarme; solo la suerte hizo que no lo lograra»	<sup>b</sup>	55,6 (35,8-73,7)
Tipo de intento de suicidio (último intento)		
«Hice un intento muy serio para matarme; solo la suerte hizo que no lo lograra»	51,0 (36,6-65,1)	48,2 (36,0-60,6)
«Mi intento fue una petición de ayuda, no quería morirme»	<sup>b</sup>	23,8 (16,1-33,7)
Número de intentos de suicidio		
1 intento	54,3 (39,6-68,2)	65,0 (52,5-75,7)

<sup>a</sup> Las proporciones fueron ponderadas con los factores de expansión de la población.

<sup>b</sup> Coeficiente de variación > 20, por lo cual son imprecisas y no se reportan.

Los valores expresan proporciones (%), con sus intervalos de confianza de 95%.

**Tabla 4 – Suicidio de adultos de la población colombiana según región**

	Central <sup>a</sup>	Atlántica <sup>a</sup>	Bogotá <sup>a</sup>	Oriental <sup>a</sup>	Pacífica <sup>a</sup>	Total <sup>a</sup>
Adultos que han pensado en suicidarse	6,7 (5,4-8,1)	3,8 (3,0-4,8)	10,3 (7,6-13,8)	6,3 (4,9-8,1)	6,2 (5,0-7,6)	6,6 (5,8-7,4)
Adultos que han planeado suicidarse	2,1 (1,5-2,9)	<sup>b</sup>	<sup>b</sup>	<sup>b</sup>	2,3 (1,7-3,2)	2,4 (1,9-3,0)
Adultos que han intentado suicidarse	2,6 (1,8-3,5)	1,6 (1,1-2,3)	<sup>b</sup>	2,0 (1,4-2,8)	2,4 (1,8-3,3)	2,6 (2,1-3,1)
Adultos que han planeado suicidarse (respecto a quienes han pensado en suicidarse)	31,1 (22,8-40,8)	27,9 (18,5-39,8)	43,9 (28,7-60,3)	35 (23,2-49,0)	37,2 (27,8-47,7)	35,9 (30,0-42,4)
Adultos que han intentado suicidarse (respecto a quienes han pensado en suicidarse)	38,3 (28,8-48,7)	41,5 (30,4-53,5)	44,3 (29,7-60,0)	32 (22,3-43,6)	38,9 (29,3-49,3)	39,2 (33,5-45,2)

<sup>a</sup> Las proporciones fueron ponderadas con los factores de expansión de la población.  
<sup>b</sup> Coeficiente de variación > 20, por lo cual son imprecisas y no se reportan.  
 Los valores expresan proporciones (%), con sus intervalos de confianza de 95%.

una proporción del 2,5% (IC95%, 1,9%-3,2%) de las personas con vínculo de pareja y del 2,4% (IC95%, 1,7%-3,3%) de los solteros.

#### Variables asociadas a la ideación suicida grave en adultos

La proporción de pacientes con cualquier trastorno mental fue del 14,6% (IC95%, 11,0%-19,2%) de los que tuvieron ideación suicida, mientras que, entre los que no se presenta esta ideación, solo el 3,2% (IC95%, 2,72%-3,8%) tenía algún trastorno mental. La proporción de entrevistados a los que se diagnosticó trastorno depresivo y ansioso que tuvieron ideas suicidas fue del 9,3% (IC95%, 6,29%-13,5%) y el 6,7% (IC95%, 4,6%-9,6%) respectivamente. Estos porcentajes de entrevistados con estos trastornos fue mucho menor en el grupo de los que no presentaron ideación suicida.

Al evaluar la presencia de ideación suicida dependiendo de los rasgos de personalidad limítrofe, se encontró que, entre aquellos con ideación suicida, la proporción de individuos con 3 a 5 rasgos de esta personalidad era del 27,7% (IC95%, 23,0%-32,9%) y con 6 o más rasgos, del 19,7% (IC95%, 15,4%-24,8%), mientras que en el grupo de los que no tuvieron ideación suicida, las proporciones de entrevistas con este número de

rasgos fueron del 13,9% (IC95%, 12,9%-15,1%) y el 3,5% (IC95%, 3,05%-4,11%).

El consumo de alcohol también se evaluó como posible factor de riesgo; sin embargo, en ninguna de las categorías de la clasificación del AUDIT se encontraron diferencias precisas en la muestra entre los grupos de ideación y ausencia de ideas suicidas debido a que los intervalos de confianza de ambos grupos se traslapan.

Por haber sufrido un evento traumático por conflicto armado sí presentó diferencia al momento de indagar por ideación suicida, ya que los que refirieron haber sufrido algún evento traumático fueron más prevalentes en el grupo de ideación suicida (12,3%) que en el de los que no la tuvieron (6,3%), sin embargo, debe interpretarse este dato con cautela debido a que su coeficiente de variación lo hace impreciso. Esta misma relación se encontró en las personas que sufrieron desplazamiento alguna vez en su vida, ya que fueron más prevalentes en el grupo con ideación suicida (15,2%) que en el que no la tuvo (25,8%). En la [tabla 6](#) se presentan las variables más relevantes que podrían estar asociadas con ideación suicida grave.

#### Discusión

En este estudio se encuentra, antes de controlar por factores de confusión, que no hay diferencia en la ideación suicida entre varones y mujeres de la muestra; sin embargo, en cuanto al intento de suicidio sí se observa mayor frecuencia en las mujeres (lo que concuerda con la literatura internacional<sup>16-18</sup>). Las frecuencias encontradas en este estudio son menores que las del último ENSM de 2003<sup>19</sup>; sin embargo, antes de concluir que efectivamente se cuenta en el país con una disminución en el reporte de ideación suicida, se debe tener en cuenta que son múltiples y muy complejas las variables psicológicas, políticas, económicas y sociales que pueden modificar la frecuencia de los comportamientos asociados al suicidio.

**Tabla 5 – Promedio de intentos de suicidio de adultos**

Nivel educativo	Intentos de suicidio, media (IC95%)
Sin estudios/primaria	2,0 (1,6-2,4)
Secundaria	1,7 (1,5-2,0)
Técnico/tecnólogo	1,9 (1,2-2,6)
Universitario	1,3 (1,0-1,6)
Total	3,1 (2,2-4,0)

IC95%: intervalo de confianza del 95%.  
 Las proporciones fueron ponderadas con los factores de expansión de la población.



**Tabla 6 – Distribución de variables en función de ideación suicida**

Variable	Sin ideación suicida		Con ideación suicida	
	n	% (IC95%)	n	% (IC95%)
Cualquier trastorno mental	284	3,22 (2,7-3,8)	114	14,6 (11,0-19,2)
Problemas depresivos (SRQ+)	9.571	98,6 (98,2-98,9)	623	90,7 (86,5-93,7)
Trastorno depresivo	137	1,42 (1,11-1,82)	73	9,29 (6,29-13,5)
Trastorno de ansiedad	147	1,74 (1,40-2,15)	52	6,71 (4,63-9,63)
Evento traumático por conflicto	750	6,35 (5,72-7,05)	89	12,3' (8,04-18,4)
Rasgos límite de personalidad				
0	4.193	41,3 (39,8-42,8)	108	18,0 (13,5-23,6)
1-2	4.194	41,2 (39,7-42,7)	230	34,7 (29-40,8)
3-5	1.405	13,9 (12,9-15,1)	226	27,7 (23-32,9)
≥ 6	366	3,55 (3,05-4,11)	148	19,7 (15,4-24,8)
Rasgos de personalidad del grupo A				
0	3.980	38,7 (37,3-40,2)	137	16,6 (13,3-20,5)
1-2	4.649	46,4 (44,8-47,9)	272	40,2 (34,5-46,3)
3-5	1.529	14,9 (13,8-16,0)	303	43,2 (37,2-49,4)
Desplazamiento por violencia alguna vez en la vida	822	15,2 (13,8-16,8)	121	25,8 (19,1-34,0)
Hogar urbano	7.702	76,9 (75,7-78,1)	575	82,6 (78,3-86,2)
Problemas de alcohol (AUDIT)				
Ninguno	8.397	80,0 (78,7-81,2)	572	79,0 (73,7-83,4)
Consumo excesivo	838	10,0 (9,05-11,1)	35	6,1' (3,52-10,4)
Bebedores de riesgo	886	9,43 (8,62-10,3)	94	13,1 (9,71-17,3)
Probable dependencia de alcohol	37	0,54 (0,30-0,97)	11	1,87 (0,92-3,74)

IC95%: intervalo de confianza del 95%.

\* Coeficiente de variación > 20, por lo cual son imprecisas y no se reportan.  
Las proporciones fueron ponderadas con los factores de expansión de la población.

Al analizar los resultados por región, se observa que la frecuencia más alta de ideación suicida se presenta en Bogotá, con diferencias al compararla con las de las regiones atlántica y pacífica; sin embargo, no hay diferencias al comparar la frecuencia de ideación suicida en Bogotá con las de las regiones oriental y central.

Los datos, antes de controlar por factores de confusión, no muestran diferencias en ideación suicida entre adultos en situación de pobreza y quienes no son pobres. En cuanto a la escolaridad, se encuentra la proporción más alta de ideación suicida entre las personas con secundaria completa. Por otra parte, las diferencias en ideación suicida e intento de suicidio no son muy pronunciadas en función al estado civil, si bien en los datos en bruto se encontró mayor proporción de ideación suicida entre las personas separadas, viudas o divorciadas.

Se observa mayor riesgo de ideación suicida grave en personas con trastorno mental, en particular depresión, trastornos de ansiedad y de rasgos limítrofes de la personalidad, tal y como se reporta en la literatura<sup>20-23</sup>, lo que confirma la necesidad de trabajar en actividades de prevención de manera prioritaria con la población ya identificada con enfermedad mental.

Se puede concluir que la ideación, el plan y el intento de suicidio son frecuentes en la población colombiana, lo que amerita el desarrollo de intervenciones a escala nacional con el fin de identificar y proveer atención a los grupos más vulnerables.

A través del sistema de vigilancia epidemiológica, se da seguimiento a una franja de la población con riesgo suicida en aras de minimizar el riesgo, pero aún no se conoce el

impacto de estas medidas a largo plazo, por lo que se requieren estudios en regiones diversas en este campo que permitan evaluar el impacto de las intervenciones que están realizando las secretarías de salud.

En los datos en bruto se identificó asociación de la condición de desplazamiento con la presencia de ideación suicida grave, por lo que se debe proveer atención en salud mental a esta población con el fin de detectar e intervenir en los casos de mayor riesgo<sup>24,25</sup>. La presencia de eventos traumáticos asociados a conflicto armado también podría asociarse con mayor riesgo de ideación suicida, pero este hallazgo debe interpretarse con cautela por la presencia de coeficiente de variación > 20. Este tema debe ser analizado más en profundidad en el escenario posconflictual al que muy probablemente nos estaremos enfrentando en el futuro cercano.

Por otra parte, los datos indican la necesidad de reforzar las intervenciones para prevención de suicidio en los centros urbanos dirigidos a adultos independientemente de la edad.

Se debe tener en cuenta la limitación de este estudio, por ser de corte transversal, en la imposibilidad de identificar con certeza nexos causales entre las variables analizadas y la conducta suicida. Se requiere la realización de estudios con seguimientos longitudinales que permitan aproximarse más a una comprensión del fenómeno.

## Conclusiones

La conducta suicida tiene un impacto muy importante en el ámbito individual, familiar y colectivo, por lo que se requiere

la futura realización de modelos que permitan controlar por factores de confusión, de tal manera que se pueda identificar las variables más fuertemente asociadas a la ideación, el plan y el intento de suicidio para identificar grupos de riesgo como pacientes con trastornos mentales, con el fin de diseñar estrategias que impacten en la reducción de esta importante causa de morbimortalidad en la población colombiana.

## Responsabilidades éticas

**Protección de personas y animales.** Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

**Derecho a la privacidad y consentimiento informado.** Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

**Confidencialidad de los datos.** Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

## Financiación

Este estudio fue financiado por COLCIENCIAS y el Ministerio de Salud y Protección Social bajo la invitación para presentar propuesta para ejecutar la Encuesta Nacional de Salud Mental (ENSM), contrato 762-2013.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún tipo de conflicto de intereses en relación con este estudio.

## BIBLIOGRAFÍA

- WHO. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders [Internet]. Geneva: World Health Organization; 1993. Disponible en: <http://www.who.int/classifications/icd/en/bluebook.pdf>
- OPS. Informe mundial sobre la violencia y la salud [Internet]. Washington: United Nations; 2003. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/725/9275315884.pdf?sequence=1>
- Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Forensis 2007. Datos para la vida [Internet]. 1.a ed. Bogotá: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses; 2007. Disponible en: <http://www.medicinalegal.gov.co/documents/10180/33997/7+Suicidio.pdf/8cc94f6d-7b9c-4e2c-a949-e42fc6525951>
- Pelkonen M, Marttunen M. Child and adolescent suicide: epidemiology, risk factors, and approaches to prevention. *Paediatr Drugs*. 2003;5:243-65.
- Liang S, Yan J, Zhang T, Zhu C, Situ M, Du N, et al. Differences between non-suicidal self injury and suicide attempt in Chinese adolescents. *Asian J Psychiatry*. 2014;8:76-83.
- Gómez-Restrepo C, Rodríguez Malagón N, Romero D, Pinilla GC, López LE. Suicidio y lesiones autoinfligidas. Colombia, 1973-1996. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2002;31:123-36.
- García-Rábago H, Sahagún-Flores JE, Ruiz-Gómez A, Sánchez-Ureña GM, Tirado-Vargas JC, González-Gámez JG. Factores de riesgo, asociados a intento de suicidio, comparando factores de alta y baja letalidad. *Rev Salud Pública*. 2010;12:713-21.
- Whiteford HA, Degenhardt L, Rehm J, Baxter AJ, Ferrari AJ, Erskine HE, et al. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2013;382:1575-86.
- Silva De Souza M, Baptista D, Said A, Nunes Baptista M. Relación entre apoyo familiar, salud mental y comportamientos de riesgo en estudiantes universitarios. *Acta Colomb Psicol*. 2010;13:143-54.
- Grossman DC, Mueller BA, Riedy C, Dowd MD, Villaveces A, Prodzinski J, et al. Gun storage practices and risk of youth suicide and unintentional firearm injuries. *JAMA*. 2005;293:707-14.
- OMS. El suicidio, un problema de salud pública enorme y sin embargo prevenible, según la OMS [Internet]. Geneva: WHO; 2015 [citado 4 Mar 2015]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr61/es/>
- WHO. The world health report 2001 — Mental health: new understanding, new hope [Internet]. Geneva: WHO; 2014 [citado 25 May 2014]. Disponible en: <http://www.who.int/whr/2001/en/>
- Arias Gutiérrez M, Marcos Fernández SG, Martín Jiménez M, Arias Gutiérrez JM, Deronceré Tamayo O. Modificación de conocimientos sobre conducta suicida en adolescentes y adultos jóvenes con riesgo. *MEDISAN*. 2009;13(1) [Internet]. Disponible en: <http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol13.1.09/san05109.htm>
- Cifuentes S. Comportamiento del suicidio, Colombia, 2013 [Internet]. Bogotá: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses; 2013. Disponible en: <http://www.medicinalegal.gov.co/documents/10180/188820/FORENSIS+2013+3-+suicidio.pdf/65a683b4-38b2-46a4-b32a-f2a0884b25bf>
- Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. Tomo I [Internet]. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2015 [citado 22 Oct 2015]. Disponible en: [http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/nacionales/CO031102015-salud\\_mental.tomoI.pdf](http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/nacionales/CO031102015-salud_mental.tomoI.pdf)
- Beautrais AL, Wells JE, McGee MA, Oakley Browne MA, New Zealand Mental Health Survey Research Team. Suicidal behaviour in Te Rau Hinengaro: the New Zealand Mental Health Survey. *Aust N Z J Psychiatry*. 2006;40:896-904.
- Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Alonso J, Angermeyer M, Beautrais A, et al. Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. *Br J Psychiatry J Ment Sci*. 2008;192:98-105.
- Rodrigues Ferreira E, Gomes Aragão R, Moraes Reis JF, Neres Reis GE, Ferreira Santana F, Tavares Alves MN, et al. Suicide in the world: an overview of prevalence and its risk factors. *Int Arch Med*. 2015;8 [citado 21 Ene 2016]. Disponible en: <http://imed.pub/ojs/index.php/iam/article/view/1312>
- Posada J, Gómez LF, Gómez LC. Estudio Nacional de Salud Mental Colombia 2003 [Internet]. Bogotá: Ministerio de la Protección Social y Fundación FES Social; 2005. Disponible en: <http://onsm.ces.edu.co/uploads/files/1243030.EstudioNacionalSM2003.pdf>
- Oumaya M, Friedman S, Pham A, Abou Abdallah T, Guelfi J-D, Rouillon F. Borderline personality disorder, self-mutilation and suicide: literature review. *L'Encéphale*. 2008;34:452-8.
- Espinosa JJ, Blum Grynberg B, Romero Mendoza MP. Riesgo y letalidad suicida en pacientes con trastorno límite de la personalidad (TLP), en un hospital de psiquiatría. *Salud Ment*. 2009;32:317-25.
- Joyce PR, Light KJ, Rowe SL, Cloninger CR, Kennedy MA. Self-mutilation and suicide attempts: relationships to bipolar

- disorder, borderline personality disorder, temperament and character. *Aust N Z J Psychiatry*. 2010;44:250-7.
23. 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:e91936.
  24. Borges G, Breslau J, Su M, Miller M, Medina-Mora ME, Aguilar-Gaxiola S. Immigration and suicidal behavior among Mexicans and Mexican Americans. *Am J Public Health*. 2009;99:728-33.
  25. Getanda EM, Papadopoulos C, Evans H. The mental health, quality of life and life satisfaction of internally displaced persons living in Nakuru County, Kenya. *BMC Public Health*. 2015;15:755.
  26. WHO. Global Health Observatory data repository [Internet]. Geneva: WHO; 2015 [citado 4 Mar 2015]. Disponible en: <http://apps.who.int/gho/data/node.main.MHSUICIDE?lang=en>
  27. Torres Y, Posada J, Rojas MC. Estudio nacional de salud mental y consumo de sustancias psicoactivas de 1993. Bogotá: Ministerio de Salud; 1993. Disponible en: [http://onsm.ces.edu.co/uploads/files/624053\\_EstudioNal1993.pdf](http://onsm.ces.edu.co/uploads/files/624053_EstudioNal1993.pdf)