

INVESTIGACIÓN ORIGINAL

DOI: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v65n2.59004>

Relación entre depresión y rasgos de personalidad en jóvenes y adultos con conducta intencional suicida de Ibagué, Colombia

Correlation between depression and personality traits in suicidal behavior among adolescents and adults from Ibagué, Colombia

Recibido: 12/07/2016. Aceptado: 08/11/2016.

Oscar Ovalle-Peña¹ • Argemiro Alejo-Riveros¹ • Leidy Carolina Tarquino-Bulla¹ • Katherine Prado-Guzmán¹¹ Universidad de Ibagué - Grupo de Investigación Educación, Salud y Sociedad (GESS) - Ibagué - Colombia.

Correspondencia: Oscar Ovalle-Peña. Grupo de Investigación GESS, Universidad de Ibagué. Carrera 22 Calle 67 B/Ambalá. Teléfono: +57 8 2709444, ext.: 244. Ibagué. Colombia. oscar.ovalle@unibague.edu.co.

| Resumen |

Introducción. La conducta intencional suicida es una de las condiciones médicas más preocupantes y peligrosas en el mundo. Se presume que por cada muerte autoinfligida, se presentan alrededor de 20 intentos de suicidio.

Objetivo. Identificar la relación entre depresión y rasgos de personalidad en personas con intento de suicidio.

Materiales y métodos. Estudio correlacional de corte transversal en el que participaron 25 personas entre 18 y 40 años de edad, quienes intentaron suicidarse durante el 2014 y 2015 en Ibagué, Colombia. Se empleó una ficha de datos sociodemográficos, el cuestionario “Big Five” y el Inventario de depresión Estado-Rasgo.

Resultados. Se evidencia que en los participantes existen correlaciones significativas de carácter negativo, por un lado, entre la subdimensión de la personalidad, el control de emociones y la depresión como estado y, por el otro, entre esta misma subdimensión y la distimia como estado. Esto sugiere que a mayor depresión como estado o como rasgo, menor estabilidad emocional. Otras correlaciones identificadas aluden a una relación moderada entre la dimensión de la personalidad, la estabilidad emocional y la depresión.

Conclusión. Las variables empleadas (depresión y estabilidad emocional) cobran gran importancia al momento de diseñar acciones preventivas en salud.

Palabras clave: Intento de suicidio; Suicidio; Personalidad; Depresión (DeCS).

| Abstract |

Introduction: Intentional suicidal behavior is one of the most troubling and dangerous medical conditions in the world. It is presumed that for each self-inflicted death, about 20 suicide attempts occur.

Objective: To identify the correlation between depression and personality traits in patients who have attempted suicide.

Materials and methods: Cross-sectional correlational study involving 25 people aged between 18 and 40 who attempted suicide during 2014 and 2015 in Ibagué, Colombia. A sociodemographic data sheet, the “Big Five” questionnaire and the State-Trait Depression Inventory were used for the analysis.

Results: Significant negative correlations are evident in the analyzed sample regarding the personality sub-dimension, the control of emotions and depression as a state, on the one hand, and between the same sub-dimension and dysthymia as a state, on the other. This suggests a lower emotional stability in the presence of depression as a state or as a trait. Other correlations identified refer to a moderate relation between the personality dimension, emotional stability and depression.

Conclusion: The variables considered in this study (depression and emotional stability) are of great importance when designing preventive health actions.

Keywords: Suicide, Attempted; Suicide; Personality; Depression (MeSH).

Ovalle-Peña O, Alejo-Riveros A, Tarquino-Bulla LC, Prado-Guzmán K. Relación entre depresión y rasgos de personalidad en jóvenes y adultos con conducta intencional suicida de Ibagué, Colombia. Rev. Fac. Med. 2017;65(2):211-7. Spanish. doi: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v65n2.59004>.

Ovalle-Peña O, Alejo-Riveros A, Tarquino-Bulla LC, Prado-Guzmán K. [Relationship between depression and personality traits in youth and adults with suicidal behavior intentional in the city of Ibagué, Colombia]. Rev. Fac. Med. 2017;65(2):211-7. Spanish. doi: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v65n2.59004>.

Introducción

Una de las condiciones médicas más preocupantes y peligrosas en el mundo es el intento de suicidio y la alta probabilidad que existe de ocasionar la muerte. En Colombia, durante el año 2015 se registraron 2 068 muertes por suicidio (1). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2), este fenómeno constituye la segunda causa principal de muerte en personas de 15 a 29 años, y se presume que por cada muerte se presentan alrededor de 20 intentos de suicidio, lo que pone en evidencia un grave problema de salud pública.

En Colombia, uno de los departamentos que ha mostrado un incremento significativo en las cifras de suicidio es Tolima: durante el año 2013, su capital Ibagué fue considerada la quinta ciudad de Colombia con mayor índice de muertes autoinfligidas (3) y, para el año 2014, este departamento se ubicó en el octavo lugar a nivel nacional con un alto número de suicidios, alcanzando una tasa de mortalidad de 4.15 casos por cada 100 000 habitantes (4).

En relación con el intento de suicidio, durante el periodo 2007-2014 se registraron 1 362 casos en el Tolima, lo que sugiere una tasa de 30 intentos de suicidio por cada 100 000 habitantes (3). En lo que concierne al año 2016, hasta la semana 20 se reportaron 286 intentos de suicidio en este departamento y, en los primeros 5 meses del año, se registraron 19 suicidios en Ibagué (5).

Dado el crecimiento desmesurado de este fenómeno, se ha dado la necesidad de investigarlo y analizarlo a la luz de los constructos actuales. En este sentido, la literatura científica alude a una serie de modelos explicativos que incluyen factores neurobiológicos y psicosociales. El modelo neurobiológico señala que la conducta suicida y los rasgos de personalidad como la agresividad e impulsividad, la depresión y el trastorno bipolar se deben al desequilibrio de algunos neurotransmisores, a alteraciones en el sistema serotoninérgico y a la hiperactividad del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal (6).

Respecto a los modelos psicosociales, se ha identificado el de estrés-diátesis y el del suicidio como proceso. El primero integra los hallazgos derivados de los estudios neurobiológicos del suicidio y señala que esta conducta emerge de la interacción entre el estrés ambiental y la diátesis, es decir la predisposición y vulnerabilidad a dicha conducta. Entre los factores estresantes, se identifican las pérdidas afectivas, las crisis económicas, las experiencias traumáticas y las enfermedades mentales, mientras que entre los factores de vulnerabilidad se encuentran la agresividad e impulsividad, el pesimismo, la desesperanza, las dificultades en el soporte social, las enfermedades crónicas, el cuestionamiento sobre las razones para vivir, entre otras (6,7).

En cuanto al modelo del suicidio como proceso, este hace alusión a las características rasgo-estado de la personalidad de los individuos y su interacción con el ambiente (8). De este modo, una persona puede exhibir ante una situación específica algunas características consideradas estables o permanentes en el tiempo (personalidad como rasgo), o exhibirlas solo durante un periodo de tiempo, sin considerarlas estables en el individuo (personalidad como estado) (9).

Para Aranguren (8), este modelo sugiere una aproximación a las fases o etapas de la conducta suicida, mas no plantea una secuencia fija. De este modo, se hace mención a que el comportamiento suicida inicia con la ideación, es decir pensamientos, ideas y deseos de quitarse la vida, trascendiendo a los primeros intentos, actos autolesivos e intencionales que muestran un incremento gradual en la letalidad del intento, hasta lograr consumir el acto suicida (7).

Por otra parte, los referentes científicos indican que el padecimiento de enfermedades mentales y los antecedentes de actos suicidas en el

individuo o su familia son factores predisponentes de la conducta suicida (6,10). En este sentido, se hace alusión a una alta prevalencia entre la depresión y el riesgo suicida (11-16) y a la relación entre los trastornos de la personalidad y la conducta suicida (10,17).

En coherencia con lo anterior, los estudios realizados por Marco *et al.* (17) y Sánchez-Teruel *et al.* (18) con población española revelan que la depresión y la desesperanza son factores predictivos de los comportamientos suicidas. Por su parte, Baca-García & Aroca (19) aluden a la comorbilidad entre depresión y ansiedad como factor de riesgo en esta población. Estos últimos autores, al igual que Antón-San-Martín *et al.* (10), mencionan que las personas que han intentado suicidarse padecen trastornos de personalidad. Según Marco *et al.* (17) el trastorno límite de la personalidad (TLP) tiene una fuerte asociación con el suicidio.

En esta línea, se ha encontrado que en México las personas diagnosticadas con TLP y depresión intentan suicidarse en mayor medida que aquellas que no presentan este diagnóstico (11). Otras investigaciones realizadas en este país señalan que los intentos de suicidio se relacionan con depresión (20), ansiedad, baja autoestima y disfuncionalidad en la dinámica familiar (21).

Por su parte, el estudio realizado por Silva *et al.* (22) con población chilena indica que la conducta suicida tiene alta asociación con los trastornos del estado del ánimo y el abuso o dependencia de sustancias, pero no con la ansiedad. Para Castro-Díaz *et al.* (15), quien indagó el tema con población colombiana, este último hallazgo puede deberse a que la ansiedad experimentada en personas con conducta suicida se relaciona con rasgos de personalidad como impulsividad y agresividad.

En Colombia, otras investigaciones revelan que existe relación entre las variables de personalidad, la gravedad de los intentos de suicidio y la salud, lo que identifica que dichas variables asocian neuroticismo bajo, psicoticismo alto, sinceridad media, extraversión media, síndrome de depresión grave y problemas con el alcohol (23). Por su parte, Muñoz-Morales & Gutiérrez-Martínez (24) hallaron que la depresión y el estrés agudo son factores predictores de riesgo suicida.

Respecto a los eventos estresantes asociados de manera común con el intento de suicidio, se hallan la violencia física y sexual, los antecedentes de conducta suicida en la familia y vivir alejado de los seres queridos, mientras que el padecer una enfermedad mortal, la pérdida del empleo de un familiar, la separación o divorcio de los padres y los antecedentes de conductas suicidas en la familia se relacionan con ideación suicida (25). Según Siabato-Macías & Salamanca-Camargo (26), la dependencia emocional, la impulsividad y la depresión también se asocian con ideas suicidas.

Los estudios expuestos sugieren que tanto la depresión como los rasgos de personalidad constituyen factores de vulnerabilidad en la conducta suicida (10,11,15,26). Sin embargo, en Colombia no se han encontrado estudios que indaguen la relación entre estos dos factores, por tanto, el objetivo de la presente investigación es identificar la relación entre la depresión y los rasgos de personalidad en personas con intento de suicidio.

Materiales y métodos

Se realizó un estudio correlacional de tipo transversal en el que participaron 25 personas (9 hombres y 16 mujeres) con edades comprendidas entre los 18 y 40 años. La selección de la muestra se llevó a cabo a través de un muestreo no probabilístico, por conveniencia, de la base de datos de la Secretaría de Salud de Ibagué y se tuvo en cuenta a las personas que intentaron suicidarse en esta ciudad durante los años 2014 y 2015. De esta población, se seleccionaron

170 personas que cumplían el criterio de edad; no obstante, solo 130 tenían datos de contacto. La aplicación de los instrumentos se realizó a 25 personas, pues los demás individuos decidieron no participar o los datos telefónicos y la dirección de residencia no correspondían.

Los criterios de inclusión para esta investigación fueron: a) hombres y mujeres entre 18 y 40 años de edad residentes en Ibagué, b) hombres y mujeres con antecedentes de intento de suicidio reportados a la Secretaría de Salud Municipal de Ibagué y c) hombres y mujeres en condición de libertad legal.

La recolección de la información se realizó entre agosto y diciembre de 2015 y se aplicaron tres instrumentos:

Ficha de datos sociodemográficos y antecedentes personales: este instrumento fue elaborado por los investigadores y recoge información sobre edad, sexo, estado civil, estrato socioeconómico, ocupación, personas con quien vive y número de hijos. Respecto a los antecedentes personales, se indaga acerca del consumo de sustancias psicoactivas, el padecimiento de enfermedades psiquiátricas, su atención por psicología o psiquiatría y el tratamiento farmacológico sugerido.

Inventario de depresión estado rasgo (IDER): este instrumento tiene por objetivo identificar el grado de afectación (estado) y la frecuencia de ocurrencia (rasgo) del componente afectivo de la depresión, al tiempo que evalúa la presencia de afectos negativos (distimia) y la ausencia de afectos positivos (eutimia) en la depresión (27). El IDER se encuentra validado en población colombiana y los datos de confiabilidad muestran valores α de Cronbach altos (0.71-0.86) (28).

Cuestionario Big five (BFQ): Este instrumento consiste en la evaluación de las cinco dimensiones y diez subdimensiones de la personalidad y una escala de distorsión. El análisis de fiabilidad α de Cronbach para cada una de las dimensiones correspondientes fue: energía $\alpha=0.75$, afabilidad $\alpha=0.73$, tesón $\alpha=0.79$, estabilidad emocional $\alpha=0.87$ y apertura mental $\alpha=0.76$ (28).

Los investigadores seleccionaron de la base de datos a las personas que cumplían los criterios de inclusión, a quienes se les dio a conocer el objetivo del estudio, en qué consistiría su participación y las respectivas consideraciones éticas cimentadas en la Ley 1090 de 2006 (29) sobre el ejercicio profesional del psicólogo y la Resolución 8430 de 1993 (30) por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. A cada participante se le entregó un informe con los resultados de los instrumentos aplicados y algunas recomendaciones. Cabe resaltar que el estudio fue aceptado por el Comité de Ética de la Universidad de Ibagué.

Luego, las personas que decidieron participar se reunieron con los investigadores y en una sesión que duró cerca de 90 minutos diligenciaron el consentimiento informado y los instrumentos. Una vez obtenida la información, esta se consolidó en una base de datos.

El análisis de las variables de caracterización y de los instrumentos IDER y BFQ se hizo de manera descriptiva (tablas de frecuencias y gráficas) y correlacional (correlación de Pearson). Con una escala nominal en las variables de caracterización y una escala ordinal en los instrumentos de IDER y BFQ, tales análisis se realizaron empleando el programa SPSS versión 21.

En cuanto al control de sesgos, previo a la aplicación de los instrumentos se realizó con los investigadores la revisión de cada uno de los ítems previendo alguna posible dificultad en la comprensión de los mismos y se elaboró un protocolo para aclarar las inquietudes que en estos ítems pudiesen surgir. También se tuvieron en cuenta las condiciones ambientales como espacio, tiempo, luminosidad e interferencia.

Resultados

Los resultados derivados de esta investigación describen que el 64% de la muestra correspondió a mujeres y el 36% a hombres. La generalidad de los participantes se ubicó en un rango de edad entre los 18 y 24 años. Con relación al nivel académico, se encontró que el 48% de las personas que participaron en la investigación han finalizado sus estudios de básica secundaria, el 26% básica primaria y un porcentaje inferior ha alcanzado estudios tecnológicos, universitarios y de posgrado. En cuanto al estado civil, se halló que 36% de las personas eran casadas, 36% eran solteros, 24% vivían en unión libre y 4% estaban divorciados.

Del mismo modo, se identificó que el 60% de los evaluados tenían entre uno y tres hijos, mientras que el porcentaje restante no tenía ninguno. Respecto al nivel socioeconómico, el 72% de las personas pertenecían a estratos 1 y 2 y solo el 24% se ubicaba en estrato 3.

Por su parte, los resultados hallados con relación a los antecedentes personales indican que el 24% de los participantes ha recibido atención psicológica y psiquiátrica por motivos asociados a depresión e intento de suicidio, mientras que el 32% señaló que solo ha sido atendido por profesionales en psicología por motivos como depresión (20%), intento de suicidio (8%) y rebeldía (4%).

De igual forma, se encontró que el 20% de los participantes ha recibido atención psiquiátrica por motivos relacionados con depresión (12%), intento de suicidio (4%) y crisis personal (4%). Vale la pena mencionar que solo el 32% de los evaluados contaba con un diagnóstico psiquiátrico y estaba recibiendo tratamiento farmacológico. De este porcentaje, el 24% presentaba depresión y el 8% trastorno afectivo de la personalidad.

En cuanto a los resultados obtenidos en el IDER que se presentan en la Tabla 1, se identificó que el 44% de los evaluados presentaba depresión como estado y el 48% depresión como rasgo.

Tabla 1. Resultados Inventario de Depresión Estado-Rasgo.

Depresión como estado	f _i	%	Depresión como rasgo	f _i	%
Presencia	11	44	Presencia	12	48
Ausencia	14	56	Ausencia	13	52
Total	25	100	Total	25	100

f_i: frecuencia absoluta.

Fuente: Elaboración propia.

Un análisis más detallado revela que el mismo porcentaje de personas (44% depresión como estado y 48% depresión como rasgo) obtuvo altas puntuaciones en las subescalas eutimia como estado y eutimia como rasgo. Respecto a las subescalas distimia como estado y distimia como rasgo, se encontró que el 36% y el 44% de los participantes obtuvieron puntuaciones altas. Además, se halló que el 32% de los evaluados obtuvo de manera simultánea puntuaciones altas en las subescalas eutimia y distimia como estado y el 36% en las subescalas eutimia y distimia como rasgo.

En cuanto a los resultados del cuestionario BFQ relacionados en la Tabla 2, se encontró que el 80% de los participantes obtuvo muy baja o baja distorsión en la prueba, aspecto que refiere una tendencia a describirse con una imagen negativa y a autocriticarse. El porcentaje restante de participantes presentó una distorsión promedio y solo una persona intentó mostrar una imagen favorable al momento de responder el cuestionario.

Con relación a las dimensiones y subdimensiones de la personalidad valoradas, se halló que el 80% de los evaluados puntuaron

muy bajo o bajo en la dimensión energía, y que el 84% y el 72% obtuvo esta misma puntuación en las subdimensiones *dinamismo* y *dominancia*, respectivamente.

En la dimensión que valora el tesón, se observa que el 84% de los participantes obtuvo una puntuación muy baja o baja, este mismo porcentaje tuvo la misma puntuación en la subdimensión *escrupulosidad*, mientras que el 88% puntuó muy bajo o bajo en la subdimensión *perseverancia*.

Tabla 2. Resultados Cuestionario Big Five.

Clasificación	Energía		Tesón		Estabilidad emocional		Apertura mental		Afabilidad	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Muy bajo	11	44	16	64	19	76	13	52	15	60
Bajo	9	36	5	20	4	16	9	36	7	28
Promedio	4	16	3	12	2	8	3	12	3	12
Alto	0	0	1	4	0	0	0	0	0	0
Muy alto	1	4	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	25	100	25	100	25	100	25	100	25	100

f: frecuencia absoluta.

Fuente: Elaboración Propia.

En la dimensión *estabilidad emocional*, se identificó que el 92% de los participantes puntuó muy bajo o bajo. Este mismo resultado se halló en el 88% de las personas en las subdimensiones *control de emociones* y *control de impulsos*.

De igual manera, el 88% de los participantes obtuvo puntuaciones muy bajas o bajas en la dimensión *apertura mental*. Esta misma puntuación se halló en las subdimensiones *apertura a la cultura* (80%) y *apertura a la experiencia* (92%).

Respecto a la última dimensión valorada, *afabilidad*, se encontró que el 88% de las personas puntuaron muy bajo o bajo. Este mismo porcentaje y puntuación se obtuvo en la subdimensión *cooperación*, mientras que en *cordialidad*, el 84% de las personas puntuó muy bajo o bajo.

Por último, se realizó un análisis de correlación de Pearson (Tabla 3) que permitió identificar correlaciones negativas altas entre la subdimensión de la personalidad *control de emociones* y la depresión estado ($r=-0.729$) y entre esta misma subdimensión y la distimia estado ($r=0.716$). También se identificó una correlación moderada entre el control de emociones y la depresión como rasgo ($r=0.659$). Estos resultados refieren que las personas que padecen depresión como estado o como rasgo presentan un bajo control emocional.

Además, se hallaron correlaciones negativas moderadas ($p<0.05$) entre la dimensión de la personalidad *estabilidad emocional* y la depresión como estado ($r=-0.640$), entre esta misma dimensión y la depresión como rasgo ($r=-0.5340$) y entre la subdimensión *control de impulsos* y la depresión como estado ($r=-0.460$). Lo anterior indica que al obtener mayores puntuaciones en depresión como estado o como rasgo, se obtendrán menores puntuaciones en la dimensión *estabilidad emocional* o en la subdimensión *control de impulsos*.

Los resultados también revelan la existencia de correlaciones moderadas (Tabla 4) entre la distimia estado y las subdimensiones *energía* ($r=0.404$), *tesón* ($r=0.477$) y *apertura a la experiencia* ($r=0.44$). Por su parte, en la subdimensión *control de impulsos* se encontró una correlación moderada con distimia estado ($r=-0.521$).

Tabla 3. Resultados de la correlación entre depresión como estado y como rasgo y las dimensiones y subdimensiones de la personalidad.

Dimensiones y subdimensiones de la personalidad		Total Depresión estado	Total Depresión rasgo
Energía	Correlación de Pearson	-0.328	-0.338
	Sig. (bilateral)	0.110	0.098
Afabilidad	Correlación de Pearson	-0.165	-0.065
	Sig. (bilateral)	0.430	0.758
Tesón	Correlación de Pearson	-0.304	-0.299
	Sig. (bilateral)	0.140	0.147
Estabilidad emocional	Correlación de Pearson	-0.640	-0.534
	Sig. (bilateral)	0.001	0.006
Apertura mental	Correlación de Pearson	-0.318	-0.317
	Sig. (bilateral)	0.121	0.122
Control de emociones	Correlación de Pearson	-0.729	-0.659
	Sig. (bilateral)	0.000	0.000
Control de los impulsos	Correlación de Pearson	-0.460	-0.341
	Sig. (bilateral)	0.021	0.095

Sig: Significancia.

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 4. Resultados de la correlación entre distimia como estado y las subdimensiones de la personalidad.

Subdimensiones		Distimia estado
Energía	Correlación de Pearson	-0.404
	Sig. (bilateral)	0.045
Tesón	Correlación de Pearson	-0.477
	Sig. (bilateral)	0.016
Apertura a la experiencia	Correlación de Pearson	-0.444
	Sig. (bilateral)	0.026
Control de los impulsos	Correlación de Pearson	-0.521
	Sig. (bilateral)	0.008

Sig: Significancia.

Fuente: Elaboración propia.

Discusión

El principal hallazgo de esta investigación sugiere que en la muestra empleada se relacionan variables como la depresión y la estabilidad emocional. De este modo, se halló, por un lado, una correlación negativa alta entre la depresión como estado y la subdimensión de la personalidad *control de emociones* y, por el otro, una correlación negativa moderada entre esta misma subdimensión y la depresión como rasgo.

En esta línea, los resultados indican que el 92% de los participantes obtuvo un bajo nivel de *estabilidad emocional*, dimensión de la personalidad que incluye dos subdimensiones, *control de impulsos* y *control de emociones*, y que por lo general se asocia con alto neuroticismo. Según los estudios de Anestis *et al.* (31) y DeShong *et al.* (32), un alto neuroticismo se relaciona con ideación actual y antecedentes de ideación suicida. Para Lester & Voracek (33), el neuroticismo se relaciona con ideación suicida y suicidio, pero no con intentos de suicidio. Estos resultados se pueden deber a que al momento de aplicar los instrumentos algunos de los participantes presentaban ideación suicida.

Con relación al intento de suicidio, Rajappa *et al.* (34) y Miranda *et al.* (35) señalan que este se asocia con puntuaciones elevadas en las dimensiones de disregulación emocional, aspecto que implica dificultades en el control de los impulsos e incapacidad para acceder a estrategias eficaces de regulación emocional. Lo anterior también refiere la presencia de alto neuroticismo en los participantes.

En cuanto a la subdimensión *control de impulsos*, se encontró que el 88% de los participantes puntuaron bajo o muy bajo, aspecto que es coherente con los resultados de Anestis *et al.* (36) y Lin *et al.* (37) con relación a que la impulsividad juega un papel importante en la conducta suicida. Además, Sánchez-Teruel *et al.* (18) y Klonsky & May (38) señalan que la impulsividad actúa como facilitador de las conductas suicidas en personas que presentan ideas acerca de quitarse la vida.

De acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) (39), se consideran como algunos de los criterios diagnósticos del TLP la impulsividad, la inestabilidad emocional y los comportamientos o intenciones suicidas (presentes en los participantes), por lo que resulta necesario realizar una evaluación diagnóstica detallada que permita descartar dicha condición. En esta línea, Soloff & Chiappetta (40) y Ferrara *et al.* (41) mencionan que existe mayor riesgo de suicidio en personas que presentan TLP asociada a otra afección psiquiátrica, en su mayoría con sintomatología depresiva o el trastorno depresivo mayor (42-45).

En coherencia con lo mencionado, los resultados del IDER indican que el 44% de los participantes presentaban depresión como estado y el 48% como rasgo, puntuaciones que revelan que no hay diferencias importantes entre estos tipos de depresión, sino que más bien indican la presencia de depresión en la mayoría de los participantes.

De igual forma, se encontró que el 24% de los evaluados había sido diagnosticado con depresión y el 8% con trastorno afectivo de la personalidad. En este sentido, la literatura científica señala que el factor de riesgo más frecuente en el intento de suicidio es la depresión (13,18,20,25,45,46).

Otro resultado derivado del IDER pone en evidencia que los participantes obtuvieron una puntuación baja cuando se les evaluaba acerca de sus esperanzas sobre el futuro, aspecto que se relaciona con la presencia de depresión y estabilidad emocional. Lo anterior es coherente con lo hallado por Sánchez-Teruel (47) en relación a que un alto nivel de desesperanza puede deberse a una inhibición en la capacidad de expresión emocional.

Por otra parte, se puede mencionar que la estabilidad emocional (control emocional y control de impulsos) y la depresión están vinculadas con las estrategias de afrontamiento ante situaciones problemáticas y en consecuencia con las conductas suicidas. Para Stringer *et al.* (43), las personas con diagnóstico de distimia y rasgos de personalidad límite presentan dificultades en el afrontamiento de la ira, lo que podría desencadenar intentos de suicidio (48).

En el presente estudio también se identificó la existencia de una correlación significativa moderada negativa entre la distimia como estado y las subdimensiones de la personalidad *energía*, *tesón* y *apertura a la experiencia*. De acuerdo con el DSM-5 (39), la baja energía (dimensión energía) y la desesperanza (dimensión tesón) constituyen algunos de los criterios diagnósticos del trastorno depresivo persistente. En este sentido, cabe resaltar que en la muestra las personas con características de distimia como estado presentan baja expectativa frente al mundo y el futuro, lo que puede asociarse con una baja apertura a la experiencia.

Los resultados hallados en esta población también hacen evidente la necesidad de promover estrategias que garanticen el acceso, la atención y el seguimiento oportuno de las personas con intento de suicidio a los servicios de salud mental. Lo anterior, teniendo en cuenta que el 24% de los participantes indicaron que no recibieron

ningún tipo de atención, pese a los antecedentes de conducta suicida. Este aspecto se considera importante debido a que tanto la atención como el seguimiento en salud mental disminuyen el riesgo de repetir el acto suicida al menos en el primer año después de ocurrido el evento (49).

Conclusiones

Se puede concluir que, en la muestra del estudio, la depresión y la estabilidad emocional (control emocional y control de impulsos) son variables que pueden asociarse con el intento de suicidio. Por lo anterior, es importante que a nivel preventivo se pueda trabajar con este tipo de población en el desarrollo de estrategias para la solución de problemas, la regulación emocional y el manejo de pensamientos.

En cuanto a las limitaciones del estudio, se encuentra, en primer lugar, la extrapolación de los resultados derivados de esta investigación, debido principalmente al tamaño y características de la muestra, la cual se vio limitada en gran medida por la calidad de la información proporcionada por la Secretaría de Salud Municipal en relación con las personas que presentaban intento de suicidio. En segundo lugar, los instrumentos como el IDER y la ficha de datos sociodemográficos no permitieron establecer la veracidad de las respuestas por parte de los participantes. En tercer lugar, dado que son pocos los estudios que buscan establecer la relación entre la depresión y la personalidad, no se lograron realizar comparaciones específicas de los resultados con otras investigaciones.

De este modo, futuras investigaciones podrían evaluar a profundidad el control emocional y de impulsos en personas con características similares, de tal manera que se pueda tener una comprensión más amplia de la conducta suicida. De la misma manera, se debe tener en cuenta el consumo de sustancias psicoactivas como un factor de riesgo de intento de suicidio.

Conflicto de intereses

Ninguno declarado por los autores.

Financiación

Esta investigación recibió apoyo económico de la convocatoria Interna para el fortalecimiento de la actividad de investigación científica a través de la asignación de recursos humanos y económicos de la Universidad de Ibagué, proyecto de investigación titulado Depresión, Rasgos de Personalidad e Intento Suicida.

Agradecimientos.

A la Secretaría de Salud Municipal de Ibagué, Tolima.

Referencias

1. Montoya-Gómez B. Comportamiento del suicidio. Colombia, 2015. Violencia autoiniciada, desde un enfoque forense. Medellín: Centro de Referencia Regional Sobre Violencia, Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. 2016 [cited 2017 Jul 21]. Available from: <https://goo.gl/xaFYwy>.
2. World Health Organization. Preventing suicide. A global Imperative. Luxembourg: WHO; 2014 [cited 2017 Jun 20]. Available from: <https://goo.gl/SFBcpN>.
3. Observatorio Gobernación del Tolima. Análisis de la conducta suicida en el departamento del Tolima. 2014.
4. Ramírez-Lorenzo LA. Comportamiento del suicidio. Colombia, 2014. *Forensis*. 2015 [cited 2017 Jul 21];16(1):319-50. Available from: <https://goo.gl/gk3yFe>.

5. Boletín Epidemiológico Semanal Tolima. Ibagué: Semana Epidemiología No. 20; 2016.
6. Carmona-Parra JA, compiler. El suicidio: cuatro Perspectivas. Medellín: Fundación Universitaria Luis Amigó; 2015 [cited 2017 Jun 20]. <https://goo.gl/sw4yfm>.
7. Gutiérrez-García AG, Contreras CM, Orozco-Rodríguez RC. El suicidio, conceptos actuales. *Salud Mental*. 2006;29(5):66-74.
8. Aranguren M. Modelos Teóricos de Compresión del Suicidio. In: I Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVI Jornadas de Investigación Quinto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Buenos Aires. Universidad de Buenos Aires; 2009.
9. Spielberger CD, Buela-Casal G, Agudelo D. Inventario de Depresión Estado/Rasgo (IDER). Madrid: TEA Ediciones; 2008.
10. Antón-San-Martín JM, Sánchez-Guerrero E, Pérez-Costilla L, Labajos-Manzanares MT, de-Diego-Otero Y, Benítez-Parejo N *et al*. Factores de riesgo y protectores en el suicidio. Un estudio de casos y controles mediante la autopsia psicológica. *Anal. Psicol*. 2013;29(3):810-5. <http://doi.org/b8td>.
11. 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(4):317-32.
12. Goodwin RD, Marusic A. Perception of health, suicidal ideation, and suicide attempt among adults in the community. *Crisis*. 2011;32(6):346-51. <http://doi.org/ddf2kr>.
13. Álvarez-Latorre JM, Cañón-Buitrago SC, Castaño-Castrillón JJ, Bernier-Ocampo LH, Cataño-Molina AM, Galdino-Cruz PV, *et al*. Factor de riesgo suicida y factores asociados en adolescentes de una institución educativa de Palestina-Caldas (Colombia). *Archivos de Medicina*. 2012;13(2):127-41.
14. Reyes-Rodríguez ML, Rivera-Medina CL, Cámara-Fuentes L, Suarez-Torres A, Bernal G. Depression symptoms and stressful life events among college students in Puerto Rico. *J. Affect. Disord*. 2013;145(3):324-330. <http://doi.org/f4n2xn>.
15. Castro-Díaz S, Gómez-Restrepo C, Gil F, Uribe-Restrepo M, Miranda M, de la Escriella, M, *et al*. Factores de riesgo para ideación suicida en pacientes con trastorno depresivo en Colombia. *Rev. Colomb. Psiquiatr*. 2013;42(Suppl 1):27-35.
16. Aguirre-Florez DC, Castaño-Castrillón JJ, Cañón SC, Marín-Sánchez DF, Rodríguez-Pabón JT, Rosero-Pantoja, LA, *et al*. Riesgo suicida y factores asociados en adolescentes de tres colegios de la ciudad de Manizales (Colombia), 2013. *Rev. Fac. Med*. 2015;63(3):419-29. <http://doi.org/b8tf>.
17. Marco JH, García-Andaleta J, Pérez S, Botella C. El sentido de la vida como variable mediadora entre la depresión y la desesperanza en pacientes con trastorno límite de la personalidad. *Psicología Conductual*. 2014;22(2):293-305.
18. Sánchez-Teruel D, Muela-Martínez JA, García-León A. Variables psicológicas asociadas a la ideación suicida en estudiantes. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*. 2014;14(2):277-290.
19. Baca-García E, Aroca F. Factores de riesgo de la conducta suicida asociados a trastornos depresivos y ansiedad. *Salud Mental*. 2014;37(5):373-380.
20. Hermosillo-De la Torre AE, Vacio-Muro MA, Méndez-Sánchez C, Palacios-Salas P, Sahagún-Padilla MA. Sintomatología depresiva, desesperanza y recursos psicológicos: una relación con la tentativa de suicidio en una muestra de adolescentes mexicanos. *Acta Universitaria*. 2015;25:52-56.
21. Villa-Manzano AI, Robles-Romero MA, Gutiérrez-Román EA, Martínez-Arriaga MG, Valadez-Toscano FJ, Cabrera-Pivaral CE. Magnitud de la disfunción familiar y depresión como factores de riesgo para intento de suicidio. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2009;47(6):643-6.
22. Silva D, Vicente B, Saldivia S, Kohn R. Conducta suicida y trastornos psiquiátricos en Chile, un estudio poblacional. *Rev. Méd. Chile*. 2013;141(10):1275-82. <http://doi.org/bs2x>.
23. Núñez-Gómez NA, Olivera-Plaza SL, Losada-Ramírez ID, Pardo-Torres MP, Díaz-Monry LG, Rojas-Vega HA. Perfil multidimensional de personas que han realizado intento de suicidio. *Pensamiento Psicológico*. 2008;4(10):85-100.
24. Muñoz-Morales EJ, Gutiérrez-Martínez MI. Factores de riesgo asociados al suicidio en Nariño (Colombia): estudio de casos y controles. *Rev. Colomb. Psiquiatr*. 2010;39(2):291-312.
25. Villalobos-Galvis FH. Situación de la conducta suicida en estudiantes de colegios y universidades de San Juan de Pasto, Colombia. *Salud Ment*. 2009;32(2):165-71.
26. Siabato-Macías EF, Salamanca-Camargo Y. Factores asociados a ideación suicida en universitarios. *Psychologia: avances de la disciplina*. 2015;9(1):71-81.
27. Agudelo-Vélez DM, Gómez-Maquet Y, López PL. Propiedades Psicométricas del Inventario de Depresión Estado Rasgo (IDER) con una muestra de población general colombiana. *Avances en Psicología Latinoamericana*. 2014;32(1):71-84. <http://doi.org/b8tg>.
28. Caprara GV, Barbaranelli C, Borgogni L. Cuestionario Big Five. Madrid: TEA Ediciones; 2007.
29. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Ley 1090 de 2006 (septiembre 6): Por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología, se dicta el Código Deontológico y Bioético y otras disposiciones. Bogotá D.C.: Diario Oficial 46383; septiembre 6 de 2006 [cited 2017 Jul 21]. Available from: <https://goo.gl/9vvRyf>.
30. Colombia. Ministerio de Salud. Resolución 8430 de 1993 (octubre 4): Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Bogotá D.C.: octubre 4 de 1993 [cited 2017 Jul 21]. Available from: <https://goo.gl/ka3d6t>.
31. Anestis MD, Bagge CL, Tull MT, Joiner TE. Clarifying the role of emotion dysregulation in the interpersonal-psychological theory of suicidal behavior in an undergraduate sample. *J Psychiatr Res*. 2011;45(5):603-11. <http://doi.org/b39dbv>.
32. DeShong HL, Tucker RP, O'Keefe VM, Mullins-Sweatt SN, Wingate LR. Five factor model traits as a predictor of suicide ideation and interpersonal suicide risk in a college sample. *Psychiatry Res*. 2015;226(1):217-23. <http://doi.org/f66jch>.
33. Lester D, Voracek M. Big five personality scores and rates of suicidality in the united states. *Psychol Rep*. 2013;112(2):637-9. <http://doi.org/b8th>.
34. Rajappa K, Gallagher M, Miranda R. Emotion dysregulation and vulnerability to suicidal ideation and attempts. *Cogn Ther Res*. 2012;36:833-9. <http://doi.org/b4dg7x>.
35. Miranda R, Tsypes A, Gallagher M, Rajappa K. Rumination and hopelessness as mediators of the relation between perceived emotion dysregulation and suicidal ideation. *Cog Ther Res*. 2013;37(4):786-95. <http://doi.org/f45vhn>.
36. Anestis MD, Tull MT, Lavender JM, Gratz KL. The mediating role of non-suicidal self-injury in the relationship between impulsivity and suicidal behavior among inpatients receiving treatment for substance use disorders. *Psychiatry Research*. 2014; 218(1-2):166-73. <http://doi.org/f583q4>.
37. Lin L, Zhang J, Zhou L, *et al*. The relationship between impulsivity and suicide among rural youths aged 15-35 years: a case-control psychological autopsy study. *Psychol Health Med*. 2016;21(3):330-7. <http://doi.org/b8tj>.
38. Klonsky ED, May AM. Impulsivity and Suicide Risk: Review and Clinical Implications. *Psychiatric Times*. 2015;32(8):13-21.
39. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Washington D.C.: American Psychiatric Association; 2013.
40. Soloff PH, Chiappetta L. Subtyping borderline personality disorder by suicidal behavior. *J Pers Disord*. 2012;26(3):468-80. <http://doi.org/f33f55>.

41. Ferrara M, Terrinoni A, Williams R. Non-suicidal self-injury (Nssi) in adolescent inpatients: assessing personality features and attitude toward death. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2012;6(1):12. <http://doi.org/b8tk>.
42. Wedig MM, Silverman MH, Frankenburg FR, Reich DB, Fitzmaurice G, Zanarini MC. Predictors of suicide attempts in patients with borderline personality disorder over 16 years of prospective follow-up. *Psychol Med*. 2012;42(11):2395-404. <http://doi.org/f4dv7b>.
43. Stringer B, van Meijel B, Eikelenboom M, Koekkoek B, Licht CM, Kerkhof AJ, et al. Recurrent suicide attempts in patients with depressive and anxiety disorders: the role of borderline personality traits. *J Affect Disord*. 2013;151(1):23-30. <http://doi.org/f5bqfj>.
44. Zeng R, Cohen LJ, Tanis T, Qizilbash A, Lopatyuk Y, Yaseen ZS, et al. Assessing the contribution of borderline personality disorder and features to suicide risk in psychiatric inpatients with bipolar disorder, major depression and schizoaffective disorder. *Psychiatry Res*. 2015;226(1):361-7. <http://doi.org/f67d5q>.
45. Pérez-Olmos I, Ibáñez-Pinilla M, Reyes-Figueroa JC, Atuesta-Fajardo JY, Suárez-Díaz MJ. Factores Asociados al Intento Suicida e Ideación Suicida Persistente en un Centro de Atención Primaria. Bogotá, 2004-2006. *Rev. salud pública*. 2008;10(3):374-385.
46. Miret M, Ayuso-Mateos JL, Sanchez-Moreno J, Vieta E. Depressive disorders and suicide: Epidemiology, risk factors, and burden. *Neurosci Biobehav Rev*. 2013; 37(10 Pt 1):2372-4. <http://doi.org/f5qpcb>.
47. Sánchez-Teruel D. Variables sociodemográficas y biopsicosociales relacionadas con la conducta suicida. In: Muela JA, García A, Medina A, editors. *Perspectivas en psicología aplicada*. Jaén: Centro Asociado Andrés de Vandelvira de la U.N.E.D.; 2012. p. 61-78.
48. Williams F, Hasking P. Emotion regulation, coping and alcohol use as moderators in the relationship between non-suicidal self-injury and psychological distress. *Prev Sci*. 2010;11(1):33-41. <http://doi.org/czkfbx>.
49. Inagaki M, Kawashima Y, Kawanishi C, Yonemoto N, Sugimoto T, Furuno T, et al. Interventions to prevent repeat suicidal behavior in patients admitted to an emergency department for a suicide attempt: A meta-analysis. *J Affect Disord*. 2015;175:66-78. <http://doi.org/b8tm>.

