

RIESGO SUICIDA Y FACTORES RELACIONADOS EN ESTUDIANTES DE 6° A 11° GRADO EN COLEGIOS DE LA CIUDAD DE MANIZALES (COLOMBIA). 2007- 2008

MARIA MERCEDES FUENTES LERECH^{***}, ANDRÉS FELIPE GONZÁLEZ ARIAS^{***},
JOSE JAIME CASTAÑO CASTRILLÓN, FIS M.Sc.^{**}, CARLOS FELIPE HURTADO ARIAS^{***},
PAOLA ANDREA OCAMPO CAMPOALEGRE^{***}, MARTHA LUZ PÁEZ CALA, PSIC M.Sc.^{*},
DIANA MARCELA PAVA GARZÓN^{***}, LINA MARIA ZULUAGA GARCÍA^{***}.

Resumen

Introducción: En los últimos 45 años las tasas de suicidio se han incrementado un 60% en el mundo. A escala mundial, el suicidio se ha ubicado como una de las cinco primeras causas de muerte en el grupo de edad de 15 a 19 años. Factores de riesgo identificados: ser mujer, antecedentes personales o familiares de intento suicida, presentar trastornos del ánimo, ansiedad, depresión y consumir sustancias psicoactivas; se considera que más del 50% de los adolescentes sufren depresión mayor. El objetivo de este estudio fue medir el riesgo suicida en adolescentes escolarizados de la ciudad de Manizales (Colombia) y establecer un perfil sociodemográfico y epidemiológico.

Materiales y Métodos: Estudio de corte transversal, en el cual se seleccionó una muestra probabilística de 339 alumnos de los colegios participantes, y se aplicaron diversos instrumentos para la medición del riesgo suicida y de las variables asociadas.

Resultados: El 56,8 % de los participantes fueron hombres y 43,2 % mujeres; 10,2% habían efectuado un intento suicida, 12,8% presentaron riesgo suicida y 19,9% tenían antecedentes familiares de intento suicida; solo el 31,6% gozaban de buena función familiar, disfunción familiar severa en el 11,4%. 16,6% presentaban ansiedad y 2,9% depresión; 39,2% son dependientes del alcohol, 8,8% consumen drogas y 15,3% fuman.

Conclusiones: se concluyó que ser mujer, tener una disfunción familiar severa, una decepción amorosa, antecedentes personales o familiares de intento suicida, fumar y consumir sustancias psicoactivas o padecer algún trastorno psiquiátrico como la ansiedad y la depresión mayor, aumentan el riesgo de suicidio.

Palabras claves: Suicidio, factores de riesgo, intento de suicidio, estudiantes.

Arch. Med. (Manizales) 2009; 9(2): 110-122

^{***} Estudiante 10° Semestre, Facultad de Medicina, Universidad de Manizales

^{**} Profesor Titular, Director Centro de Investigaciones, Facultad de Medicina, Universidad de Manizales. Cra 9 # 19-03, Manizales, Caldas, Colombia. Correo electrónico jcast@umanizales.edu.co.

^{*} Profesora Asociada, Facultad de Medicina, Universidad de Manizales. Cra 9 # 19-03, Manizales, Caldas, Colombia
Correo electrónico: Marthapaez315@yahoo.es

Remitido para publicación: 29-07-2009. Aprobado para publicación: 07-10-2009

Suicide risk and related factors at students of 6° to 11° grades in different schools of Manizales City (Colombia). 2007-2008

Summary

Introduction: In the last 45 years the suicide rates has increased 60% around the world. The risk factors identified are: be woman, personal and familiar history of suicide attempt, anxiety, depression, to consume drugs and to present mind disturbance. More than 50% of teenagers suffer mayor depression. The objectives of this study were measure the suicide risk on secondary school pupils in the city of Manizales (Colombia). Establish demographic and epidemiological profile.

Materials and Methods: cross-sectional study, of a probabilistic sample of 339 students of the population studied. Different instruments for measuring suicide risk and associates variables were applied to the sample.

Results: of the people interviewed 56,8% were men and 43,2% were women; 10,2% had a previous suicide attempt, 12,8% had suicide risk and 19,9% shown familiar history of suicide attempt; 5,1% show conflictive relationships with their families and 11,4% severe familiar dysfunction, 16,6% presented anxiety and 2,9% depression; 39,3% were alcohol dependents, 8,8% consume drugs and 15,3% smoke, .

Discussion: it is concluded that have a severe familiar dysfunction, be woman, have a love disappointment, have personal or familiar history of suicide intent, smoke and at the same time to consume drugs or suffer some psychiatric disorder like anxiety and mayor depression increased the suicide risk.

Key words: Suicide, risk factors, attempted suicide, students

Introducción

Se considera intento suicida un acto voluntario que el individuo realiza para hacerse daño y con el cual busca la muerte; no obstante, se ve frustrado al no conseguir su objetivo, independientemente de la gravedad de la lesión¹. En los últimos 45 años las tasas de suicidio se han incrementado en un 60% en el mundo, siendo la muerte por suicidio la tercera causa de muerte entre los 15 y 44 años, para ambos géneros². A partir del año 2000 el suicidio se convierte en la primera causa de muerte violenta³.

A escala mundial, el suicidio se ha ubicado como una de las cinco primeras causas de muerte en el grupo de edad de 15 a 19 años, llegando a ocupar los dos primeros lugares en varios países^{4,5}. Para el grupo de edad de 15 a 35 años se constituye en una de las tres primeras causas de muerte⁶. En la actualidad se considera la novena causa de muerte en países desarrollados⁷.

Se han identificado factores de riesgo suicida como son: pertenecer al género femenino, ser menor de 30 años, vivir solo, estar desempleado, con problemas financieros, sufrir eventos

adversos recientes como pérdida del trabajo, muerte de alguien cercano, depresión, desorden de la personalidad y abuso de sustancias⁸; igualmente presentar trastornos del ánimo, trastornos disruptivos y no vivir con ambos padres biológicos.

Otros estudios concluyen que los niños y adolescentes tempranos están tan expuestos a cometer suicidio como los adolescentes en etapa tardía, cuando los factores de riesgo están presentes⁹; conjuntamente se demuestra un riesgo suicida elevado en el género femenino; sin embargo, el riesgo suicida es de mayor letalidad en hombres, pues estos consuman el suicidio en una mayor proporción ^{103, 11, 12, 13, 14, 15, 16}. Igualmente se ha identificado que el 28,4% de estudiantes expuestos a información sobre alguna persona que cometió suicidio presentó el fenómeno denominado “*riesgo de imitación*” ¹⁷.

Los trastornos psiquiátricos son sin duda una de las variables más asociadas con el suicidio, hasta un 90% de las personas que cometen suicidio presentan al menos uno de los diagnósticos psiquiátricos basados en el DSM IV¹⁸. Las enfermedades más frecuentes entre los suicidas son la depresión mayor y la esquizofrenia. La depresión no se comporta de forma aislada, interactúa con un sinnúmero de factores que agravan más el pronóstico del paciente; dentro de estos se identificó la duración del episodio depresivo y su relación con otros trastornos del ánimo, como sería el trastorno distímico o el trastorno afectivo bipolar¹⁹, aunque se considera que más de un 50% de los adolescentes que se suicidan sufren depresión mayor. De éstos, un 25% hace un intento suicida en algún momento en su vida, y un 15% finalmente se suicida.

La depresión con o sin trastornos de ansiedad se asocia en un 43% a 76% de los casos²⁰.
²¹. No obstante, no solo esta entidad psiquiátrica está asociada al aumento de la tasa de

intentos suicidas en la población, se evidencia que la presencia de consumo y abuso de sustancias psicoactivas y alcohol se comportan como factor de comorbilidad en otros trastornos psiquiátricos, como lo son: Trastorno obsesivo compulsivo (TOC), trastorno de pánico, trastornos de personalidad y rasgos de conducta antisocial. Se demostró que esta última solo estaba presente cuando había antecedente de consumo de sustancias o alcohol^{22, 23}. Numerosos estudios han planteado la asociación entre el consumo de sustancias psicoactivas, alcohol, los trastornos psiquiátricos o eventos traumáticos como el abuso sexual, en donde el riesgo para conducta suicida se incrementa ^{24, 25, 26}.

Según un estudio efectuado en Cuba en el 2001, más de la tercera parte de los adolescentes tienen intentos suicidas previos y el 66,2% presentan antecedentes de comportamiento suicida en sus familiares; entre las personas que lo intentan, cerca del 10 al 15 % posteriormente consuman el suicidio²⁷.

Se demostró que la cohesión familiar fue un factor protector para los individuos que tienen intentos suicidas, sin embargo el no vivir con ambos padres no se asoció con ninguna conducta suicida, sugiriendo que el factor de riesgo en la conducta suicida del niño y del adolescente temprano no es la estructura familiar per se, sino la calidad de las relaciones familiares ²⁶.

La ausencia de calidez familiar, deficiente comunicación con los padres y discordia familiar limitan el aprendizaje de resolución de problemas y pueden crear un ambiente donde al adolescente carezca del soporte necesario para contrarrestar los efectos de eventos vitales estresantes y/o depresivos²⁸.

Teniendo en cuenta los anteriores hallazgos, el presente estudio pretende identificar el riesgo suicida y factores relacionados en adolescentes de cuatro colegios de la ciudad de Manizales.-

Materiales y métodos

Estudio de corte transversal. Población conformada por 2889 alumnos de la jornada diurna de 4 colegios de Manizales, que cursan los grados 6 a 11 y matriculados en los años 2007 y 2008. Con una frecuencia esperada de 50%, peor frecuencia esperada aceptable de 45%, y con un universo de 2889 alumnos, al 95% de confianza, el tamaño de la muestra obtenido fue de 339 alumnos (cálculos efectuados con el programa estadístico Epiinfo V. 3.3, Centers for Disease Control and Prevention (CDC)). Esta muestra se obtuvo mediante un muestreo probabilístico estratificado, con relación a la institución y al grado.

Las variables consideradas fueron género, nivel socioeconómico (1, 2, 3, 4, 5, 6)²⁹, edad (adolescencia temprana de 10 a 14 años, media de 15 a 17 años y tardía de 18 a 21 años)³⁰, tipo de familia (nuclear, uniparental, reconstituida, extensa ampliada) actividad extra académica (deportes, artes, trabajo), año escolar (sexto, séptimo, octavo, noveno, décimo y once), práctica religiosa (sí, no, cuál?), tabaquismo (sí, no, número de cigarrillos por día), consumo de sustancias psicoactivas (sí, no, cuáles?, número de veces por semana), decepción amorosa (sí, no), antecedentes personales de intento suicida (sí, no), citas con psicólogo (sí, no), citas con psiquiatra (sí, no), antecedentes familiares de intento suicida (sí, no), enfermedad con tratamiento prolongado (sí, no), riesgo suicida medido con la Escala de Riesgo Suicida de R. Plutchik y HM Van^{31,32}, riesgo suicida medido con la Escala de Desesperanza de Beck^{33,34}, ansiedad y depresión medidos con la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión Hospitalaria^{35,36}, consumo de alcohol (sí, no), nivel de dependencia alcohólica medido con el Cuestionario de Alcoholismo de Cage^{37,38}, funcionalidad familiar medida

con el Apgar Familiar³⁹, nivel de relaciones con el entorno del estudiante medido con el Ecomapa^{40, 41, 42, 43, 44}.

En relación a los procedimientos estadísticos empleados se tiene que las variables proporción se describieron mediante tablas de frecuencia y las variables razón mediante promedios, desviaciones estándar y límites de confianza al 95%. La relación entre variables proporción se probó mediante la prueba de χ^2 , entre variables razón y proporción mediante análisis de varianza, y entre variables razón por coeficientes de correlación de Pearson. Todos los análisis se efectuaron con un nivel de significancia $\alpha = 0,05$, empleando el programa estadístico SPSS versión 14 (SPSS inc) y las bases de datos se elaboraron en el programa Microsoft Office EXCEL 2003 (Microsoft Corporation).

Se contó con la aprobación de los rectores de las instituciones, y además se obtuvo consentimiento informado de los estudiantes incluidos en el estudio, y no se recolectó ninguna información que permitiera la identificación de los alumnos participantes.

Resultados

Participaron 354 estudiantes pertenecientes a diferentes colegios mixtos de la ciudad de Manizales, 56,8 % (201), hombres y 43,2% (153) mujeres, con un rango de edad entre 8 y 20 años, predominio del grupo de edad entre los 8 y 14 años, 58,5% (147 participantes), y un promedio de 14,1 años (Tabla 1). En cuanto al estrato económico la mayoría, 62,8% (212 personas) pertenecen a los estratos 3 y 4; seguidos del 31,9% que se ubicaban entre los estratos 1 y 2. La gran mayoría son estudiantes matriculados en colegios públicos mixtos de la ciudad, 91,8% (325) (Tabla 1).

Tabla 1. Aspectos demográficos y familiares de la población de jóvenes estudiantes de colegios de Manizales participantes en el estudio

	N	%
Género		
Masculino	201	56,8
Femenino	153	43,2
Estrato económico		
1-2	108	31,9
3-4	212	62,8
5-6	18	5,4
Colegio		
Publico	325	91,8
Privado	29	8,2
Número de personas en casa		
0-5	264	73,2%
6-10	80	22,6%
>10	9	2,5%
Tipo de familia		
Nuclear	148	41,8%
Uniparental	74	20,9%
Extensa	59	16,7%
Edad (años)		
8-14	147	58,5
15-17	185	38,1
18-20	12	3,4
Promedio	14,1	
Desv. estándar	1,9	
Min	8	
Max	20	

Respecto a la tipología familiar, la mayoría son familias nucleares, 41,8%, en orden de frecuencia le sigue la familia uniparental con 20,9% (Tabla 1). En cuanto al número de integrantes no son familias muy numerosas, el 73,2% se halla entre 0 y 5 personas por grupo familiar y solo un 25% cuentan con más de 10 integrantes.

El 59,1% realizan actividades extracurriculares (Tabla 2). El fútbol aparece en primer lugar de dichas actividades con un 34,6% de la población, y deportes varios un 13%. En cuanto a la religión, el 56,3% afirman pertenecer a algún grupo religioso, católicos en su mayoría, 83,5%.

Tabla 2. Antecedentes personales de los estudiantes de colegios de Manizales participantes en el estudio sobre ideación suicida.

	N	%
Actividad extraacadémica		
Si	288	59,1
No	144	40,9
Fútbol	72	34,6
Deporte	27	13,0
Música	19	9,1
Otros	90	44,9
Religión		
No	152	42,9
Si	196	56,3
Católica	162	83,5
Cristiana	23	11,9
Evangélica	3	1,5
Otras	6	3
Fuma		
Si	54	15,3
No	299	84,7
Drogas		
No	322	91,2
Si	31	8,8
Poppers	15	48,4
Marihuana	6	19,4
Otros	10	32,2
Desamor		
Si	85	24,2
No	266	75,8
Intento suicida		
Si	36	10,2
No	317	89,9
Familia intento suicida		
No	282	80,1
Si	70	19,9
Prima	17	24,6
Tios	11	15,9
Otros	41	57,6
Consulta Psicológica		
Si	110	31,1
No	244	68,9
Consulta psiquiatría		
Si	13	3,7
No	336	96,3
Enfermedad crónica		
Si	43	12,3
No	308	87,7

El 10,2% presentan antecedentes de intento suicida, 19,9% tenía antecedentes familiares de intento suicida, con mayor frecuencia en primas. El 31,1% y 3,7% respectivamente habían asistido previamente a consulta psicológica y psiquiátrica, el 12,3% manifestó presentar enfermedades crónicas (Tabla 2). 84,7% no fuman y 8,8% manifiestan consumir sustancias psicoactivas, ubicándose en primer lugar el poppers con 48,4%; el 24,2% ha experimentado desengaños amorosos.

A partir del Ecomapa se identificó que el mejor vínculo establecido con una red social son sus amigos, 82,5% (288), le sigue la red familiar, el 79,8% (280) tenían una buena relación con su familia, seguido de la red educativa, 76,9% (267) y los medios de comunicación como radio y televisión, 70,7% (244); la iglesia ocupa el menor lugar, 43,6% (152). Solo un 5,1% (18) califican como conflictiva la relación con su familia, 18,6% tenían una relación distante con la iglesia y no había relación con la misma en un 13.5% (47).

El 31,6% (108) tenían una buena función familiar, según el apgar familiar (Tabla 3); 16,6% (56) constituían un caso de ansiedad, 2,9% (10) de depresión. 32,3% (113) de los participantes manifestó consumir alcohol, de los cuales 39,2% (47) son dependientes (Tabla 3).

La escala de desesperanza de Beck demostró que solo el 1,4% de la población tiene un alto riesgo de desesperanza, es decir mala respuesta a la aparición de problemas, lo que se constituye en riesgo suicida; solo el 59% de la población no presenta ningún riesgo (Tabla 3). A su vez la escala de riesgo suicida de Plutchik evidencia con un alto riesgo al 12,8% de la población.

La Tabla 4 muestra estadísticas descriptivas generales (Promedios, Desviaciones Estándar, Mínimos, Máximos y Límites de confianza) para los puntajes correspondientes a las variables de estado anímico analizadas en la población estudiada, encontrándose todos los promedios dentro de valores normales.

Tabla 3. Variables de estado anímico e ideación suicida encontradas en la población estudiada de un colegio público de la Ciudad de Manizales (categorización).

	N	%
Ansiedad		
Normal	183	54,3
Caso probable	98	29,1
Caso ansiedad	56	16,6
Total	337	100
Depresión		
Normal	303	88,9
Caso probable	28	8,2
Caso depresión	10	2,9
	341	100,0
Funcionalidad familiar		
Buena función	108	31,6
Disfunción leve	39	33,6
Disfunción moderada	80	23,4
Disfunción severa	39	11,4
Total	342	100
Consumo de alcohol		
Si	113	32,3
No	237	67,7
Total	350	100,0
Escala de Cage para el consumo de alcohol		
Dependencia	47	39,2
No	40	33,3
Inicio problemas	33	27,5
Total	120	100
Riesgo suicida Beck		
Ninguno	209	59,0%
Leve	79	22,3%
Moderado	17	4,8%
Alto	5	1,4%
Total	310	100%
Riesgo suicida Plutchik		
No		
alto	292	87,2
Total		
Alto	43	12,8
Total	335	100

Relaciones entre variables

Empleando la prueba de χ^2 se encontró una relación significativa ($p=0,012$) entre género y riesgo suicida según Plutchik. Entre los estu-

Tabla 4. Variables de estado anímico e ideación suicida encontradas en la población estudiada de un colegio público de la Ciudad de Manizales (Puntajes).

	Edad	Apgar	Beck	Plutchik	Cage	Ansie	Depre	Ecomapa
N Válidos	354	342	310	335	354	337	341	296
Faltantes	0	12	44	19	0	17	13	58
Promedio	14,12	14,76	3,24	3,20	,43	7,41	3,7	21,11
Des. Estan.	1,915	4,11	3,25	2,55	,90	3,36	3,09	6,91
Min.	8	2,00	,00	,00	,00	,00	,00	1,00
Max.	20	20,00	18,00	12,00	4,00	20,00	17,00	32,00
Lc 95%	14,07-15,57	14,15-14,25	2,76-3,62	2,94-3,61	0,36-0,62	6,95-7,79	3,16-3,97	19,66-21,46

diantes con riesgo suicida alto la mayoría son mujeres, y se invierte esta proporción entre los estudiantes sin riesgo suicida. El riesgo suicida según Beck no evidencia esta misma dependencia.

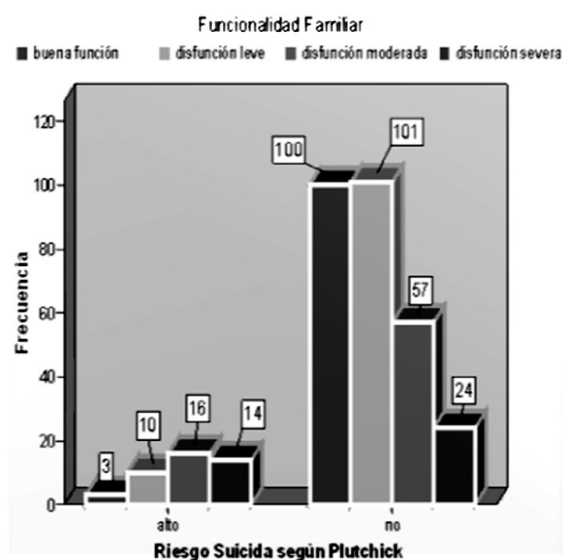


Figura 1. Relación entre riesgo suicida según Plutchik y la funcionalidad familiar para jóvenes estudiantes de colegios públicos y privados de Manizales.

También se encontró relación significativa según esta misma prueba entre riesgo suicida según Plutchik y la funcionalidad familiar ($p=0,000$). Claramente se observa en la figura 1 el predominio de disfunciones familiares moderadas y severas entre los jóvenes con riesgo suicida alto, mientras que entre los jóvenes que no presentan riesgo suicida predomina la buena función familiar y

la disfunción leve. Relación análoga muestra el riesgo suicida según Beck con la funcionalidad familiar ($p=0,000$). En ninguna de las dos medidas de riesgo suicida se presentó relación significativa con Tipo de Familia, ni con estrato social.

El riesgo suicida según Plutchik, presenta relación significativa ($p=0,000$) con las variables psicológicas ansiedad y depresión. En La figura 2 se observa mayor proporción de ansiedad normal entre los jóvenes que no presentan riesgo suicida. Entre los que presentan riesgo suicida alto existe mayor proporción de casos de ansiedad y casos probables de ansiedad. Con depresión se presentan resultados análogos, en este caso entre los jóvenes que no presentan riesgo suicida es mayor la proporción de casos normales. Igualmente se presenta relación significativa entre riesgo suicida según Beck y ambas variables psicológicas ($p=0,000$ en ambos casos).

En lo referente al consumo de sustancias Psicoactivas se encontró relación significativa entre riesgo suicida según Plutchik y Tabaquismo ($p=0,000$) alcoholismo ($p=0,000$), consumo de drogas ($p=0,073$ al nivel $p<0,1$). Entre los jóvenes que no presentan riesgo suicida existe un predominio de no consumidores de alcohol, situación contraria presentan los jóvenes con riesgo suicida alto según Plutchik. En el caso de la dependencia alcohólica según Cage medida para los consumidores de alcohol, no se encontró relación significativa.

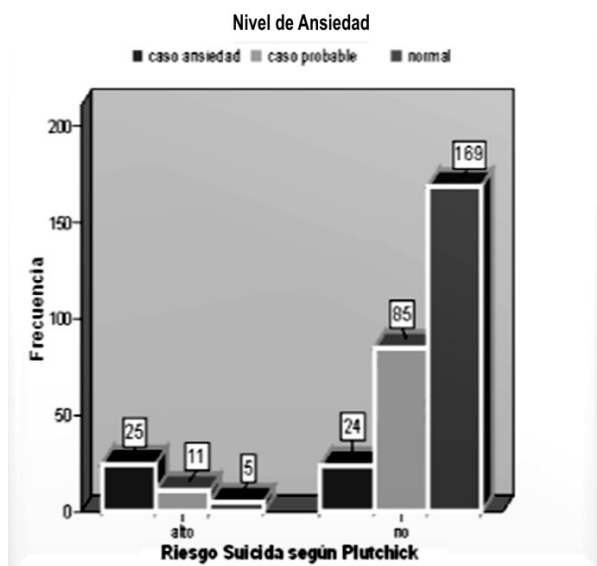


Figura 2. Relación entre el riesgo suicida según Plutchik y el nivel de ansiedad de jóvenes de varios colegios públicos y privados de la Ciudad de Manizales.

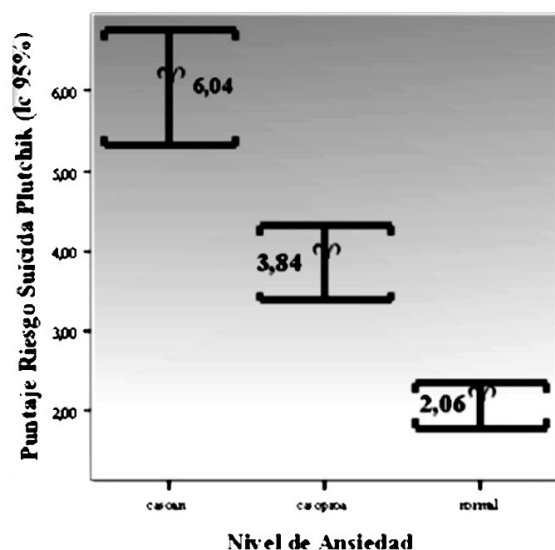


Figura 3. Dependencia entre el puntaje de riesgo suicida según Plutchik y Ansiedad para jóvenes estudiantes de colegios públicos y privados de la ciudad de Manizales.

El riesgo suicida según Beck, también muestra dependencia significativa con tabaquismo ($p=0,005$), alcoholismo ($p=0,007$) pero no con

el consumo de drogas ($p=0,335$). Los consumidores de alcohol tampoco muestran dependencia de riesgo suicida según Beck, y nivel de dependencia alcohólica según Cage.

Tabla 5. Regresión lineal múltiple entre las dos medidas de riesgo suicida, y las variables razón, consideradas en el estudio sobre ideación suicida en colegios públicos y privados de la Ciudad de Manizales

	Plutchik	Beck
R ²	0,533	0,402
Probabilidad		
Regresión	0,000	0,000
Constante	0,203	0,019
Edad	0,522	0,047
Funcionalidad familiar	0,000	0,014
Ansiedad	0,000	0,000
Depresión	0,000	0,000
Relaciones	0,103	0,566

El riesgo suicida según Plutchik mostró relación significativa con decepciones amorosas ($p=0,000$), antecedentes de tratamiento psicológico ($p=0,001$), familiar con intento suicida ($p=0,001$), y antecedente personal de intento suicida ($p=0,000$) pero no con actividades extracurriculares, ni con práctica religiosa, ni con antecedentes de consulta psiquiátrica, ni tratamiento médico por enfermedad. Los jóvenes que muestran alto riesgo suicida muestran mayor proporción de decepciones amorosas y asistencia a tratamiento psicológico. Resultados análogos mostraron el riesgo suicida según Beck con relación a estas variables, pues mostraron relación significativa las decepciones amorosas ($p=0,001$), tratamiento psicológico previo ($p=0,036$) y antecedente personal de intento suicida ($p=0,000$).

Existe relación significativa entre Riesgo Suicida según Plutchik, y antecedentes personales de intento suicida ($p=0,000$). De los 33 escolares con intento suicida previo, 22 (62,9%) presentan un riesgo alto de suicidio según Plutchik.

Teniendo en cuenta los puntajes de Riesgo Suicida según Plutchik y Beck, y empleando el procedimiento de Análisis de Varianza, en algu-

nos casos se intentó confirmar las relaciones encontradas anteriormente. Para el caso de riesgo suicida según Plutchik se encontró relación con depresión ($p=0,000$) y ansiedad ($p=0,000$) (Figura 3). Resultados análogos se encontraron con el riesgo suicida según Beck.

Igualmente para el caso de Funcionalidad Familiar y teniendo en cuenta el puntaje de riesgo suicida según Plutchik y Beck, se encontraron relaciones significativas, empleando el mismo procedimiento ($p=0,000$ en ambos casos). Los jóvenes provenientes de familias con disfunción moderada y severa presentan significativamente mayor puntaje de riesgo suicida según Plutchik, que las familias que presentan disfunción leve. El puntaje para los jóvenes cuyas familias presentan disfunción leve, es mayor que para aquellas familias que presentan buena función.

En la presente investigación se emplearon dos medidas de riesgo suicida, según Plutchik, y según Beck, en general los datos para ambas medidas coinciden (en la mayoría de los casos, aunque no en todos), pero es notoria sistemáticamente una mayor consistencia de las medidas de riesgo suicida según Plutchik. Tampoco en este caso se encontró dependencia entre el puntaje de riesgo suicida según Beck y género, pero según Plutchik sí.

Se intentó efectuar una regresión lineal multivariada entre el puntaje calculado del riesgo suicida según Plutchik y el riesgo suicida según Beck, y las variables de Edad, Funcionalidad Familiar, Ansiedad, Depresión y Relaciones (Ecomapa) como se observa en la Tabla 5 donde resalta el alto valor de R^2 calculado, mayor en el caso del riesgo suicida según Plutchik; también resalta la significancia de la regresión en ambos casos. Teniendo en cuenta el valor mostrado de probabilidad para el caso de riesgo suicida según Plutchik, las variables significativas resultan ser funcionalidad familiar, ansiedad y depresión. Para la otra medida resultan ser significativas edad, funcionalidad familiar, ansiedad y depresión.

Discusión

En general los hallazgos del presente estudio confirman lo establecido en la literatura e investigaciones sobre el tema, en relación con los factores de riesgo suicida, entre los cuales se destaca el consumo de alcohol como predictor de riesgo suicida⁴⁵, la depresión, la ansiedad, el consumo de sustancias psicoactivas, el antecedente de un intento suicida, la pérdida de un ser querido por suicidio, las pérdidas afectivas importantes, los problemas intrafamiliares y en general en las relaciones interpersonales, al igual que el pertenecer al género femenino. Como factor protector se destacan las buenas redes de apoyo intrafamiliares⁴⁶

En esta investigación se encontró una relación significativa entre riesgo suicida según Plutchik con género, funcionalidad familiar y con las variables psicológicas ansiedad, depresión, tabaquismo alcoholismo, consumo de drogas, a la vez que con decepciones amorosas, antecedentes de tratamiento psicológico, familiar con intento suicida y antecedente personal de intento suicida, pero no con actividades extracurriculares, ni con práctica religiosa, ni con antecedentes de consulta psiquiátrica, ni tratamiento médico por enfermedad. Esta mayor frecuencia de factor de riesgo suicida se dio entre los jóvenes de 16 y 17 años.

Si bien se encontró coincidencia entre las dos escalas de riesgo suicida empleadas, según Plutchik y Beck, se destaca una mayor consistencia de las medidas de riesgo suicida según Plutchik, escala que también reportó dependencia con la variable género.

Desde una perspectiva de género, en el presente estudio nuevamente se confirma la relación significativa entre género y riesgo suicida, mayor para el género femenino, lo cual coincide con diversos estudios que destacan como las mujeres intentan suicidarse tres veces más que los hombres^{6, 47}, quienes consuman el suicidio con mayor frecuencia, dado que emplean

métodos más letales, como armas de fuego y ahorcamiento^{3,4,8,9,10,11,12,26,48}. Se postula que las mujeres poseen rasgos de personalidad que las definen como personas más sensibles, con mayor tendencia a la depresión y quienes emplean medios menos violentos para cometer un intento suicida^{49, 50}.

Diversos estudios reportan un aumento progresivo de las tasas suicidas en las personas con antecedentes psiquiátricos como esquizofrenia, ansiedad, depresión y otros trastornos del ánimo^{17,18}. En relación con la asociación comprobada entre riesgo suicida con depresión, los hallazgos coinciden con estudios como el de Ruiz y colaboradores⁵¹, quienes concluyen que los adolescentes con intento suicida presentan mayores tasas de depresión en comparación con adolescentes controles, y a su vez la mayoría de adolescentes con intento suicida presentan trastornos afectivos, especialmente de tipo depresivo. En los adolescentes con intento suicida es más frecuente la depresión que la impulsividad (esta variable no se incluyó en este trabajo), y a su vez, quienes presentan depresión evidencian un grado mayor de psicopatología y problemas familiares⁵².

La ansiedad y depresión se ubican como coadyuvantes potenciales para el surgimiento de riesgo suicida, especialmente cuando los factores de riesgo están presentes²⁶, lo cual apoya lo encontrado en el estudio actual, por ejemplo en cuanto a que en los participantes con consultas previas a Psicología y Psiquiatría se encontró una relación como factor de riesgo. Sin embargo, como lo demuestra este estudio, la depresión como factor de riesgo suicida no se comporta de forma aislada, interactúa con un sinnúmero de factores que agravan más el pronóstico de la población estudiada.

El consumo concomitante de alcohol, sustancias psicoactivas, conductas impulsivas o con rasgos de agresividad, la coexistencia de antecedentes familiares de conductas suicidas, así como antecedentes de tipo traumático como el

de abuso físico sexual, aumentan el riesgo suicida³⁹. En comparación con los hallazgos del presente trabajo se destaca la relevancia que tiene el consumo de sustancias y el alcohol, al igual que el uso de tabaco, coexistente con trastorno psiquiátrico o abuso de sustancias, los cuales aumentan el riesgo suicida.

Las enfermedades somáticas, especialmente si son incapacitantes o de curso crónico, se consideran importantes en el desarrollo de riesgo suicida, ya que el hecho de ser diagnosticadas crea en estas personas un estado de pérdida, con su posterior proceso de duelo o posible depresión⁴⁰. Aunque en los encuestados no se encontró gran relevancia entre la enfermedad y esta tendencia.

No se evidencia relación alguna entre el desarrollo de una actividad específica y el desarrollo de riesgo suicidas, como es de esperar por ejemplo en cuanto a la práctica deportiva que se constituiría en un factor protector importante.

En relación con los antecedentes, en el adolescente suicida, de familiares con abuso de sustancias y de intentos de suicidio^{53, 45}, este último se confirma en el presente trabajo, algunos especialistas en el tema lo atribuyen a posible efecto imitativo o genético^{4, 14}.

En cuanto a las redes sociales y familiares, la literatura destaca como la violencia familiar, los conflictos en el hogar, la deficiente cohesión y respaldo afectivo, la actitud de oposición, al igual que la actitud sobreprotectora o restrictiva, pueden constituirse en factor de riesgo suicida, dada la ansiedad que generan estas situaciones^{3,4,6,10,54}, por lo cual terminan convirtiéndose en factores desencadenantes del intento suicida. Igualmente otros estudios encuentran asociación entre conductas agresivas, autodestructivas, suicidas y ambientes caóticos, violentos y negligentes^{2,45,55}.

Situación también confirmada en el presente estudio, dado que se encontró que tanto la disfunción familiar moderada a severa y la decep-

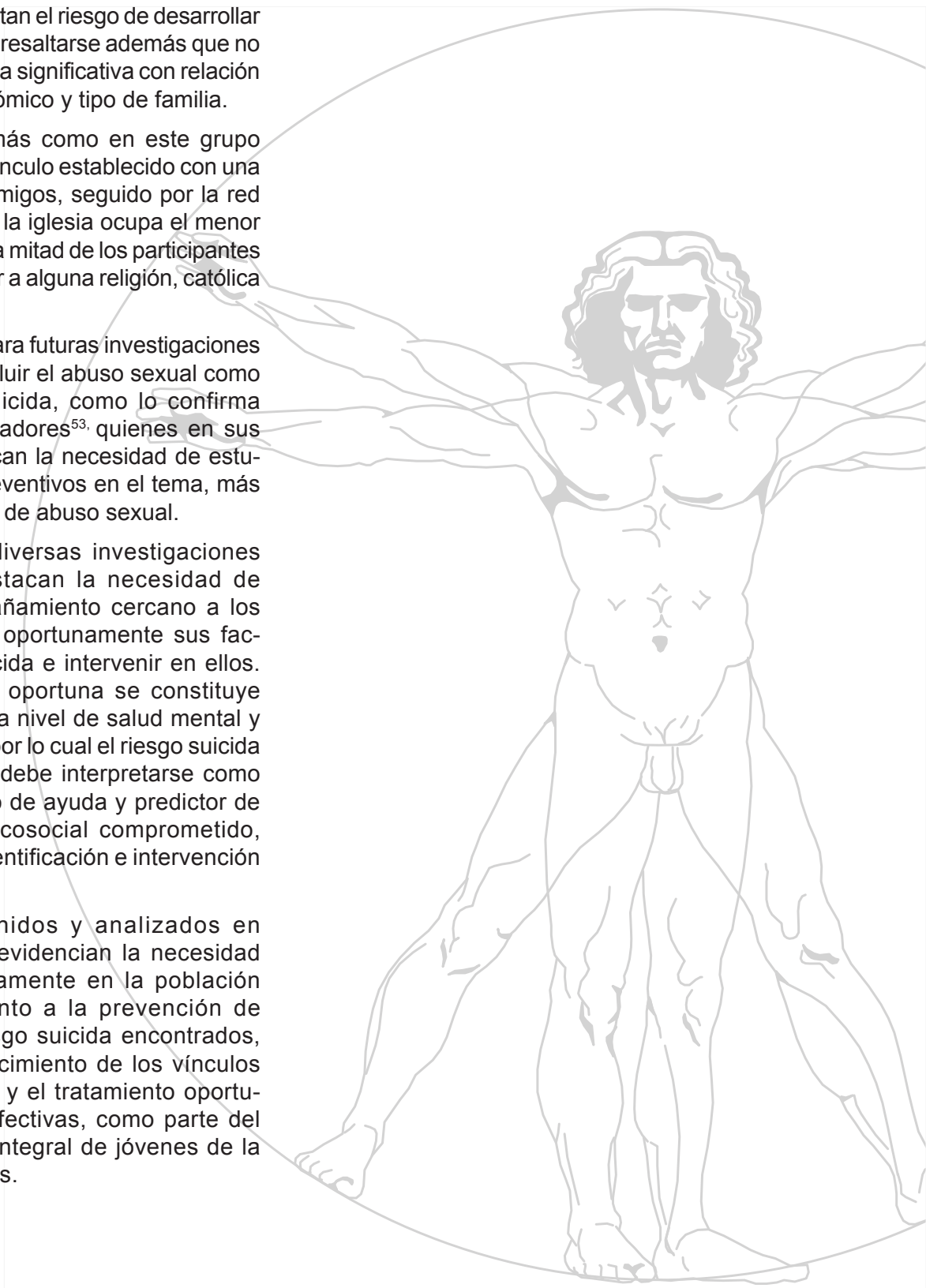
ción amorosa aumentan el riesgo de desarrollar riesgo suicida. Debe resaltarse además que no se presentó diferencia significativa con relación a estrato socioeconómico y tipo de familia.

Se destaca además como en este grupo estudiado el mejor vínculo establecido con una red social son los amigos, seguido por la red familiar y educativa, la iglesia ocupa el menor lugar, solo cerca de la mitad de los participantes manifestó pertenecer a alguna religión, católica en su gran mayoría.

Una sugerencia para futuras investigaciones sobre el tema es incluir el abuso sexual como factor de riesgo suicida, como lo confirma Gonzales y colaboradores⁵³, quienes en sus conclusiones destacan la necesidad de estudios y abordajes preventivos en el tema, más aun dadas las tasas de abuso sexual.

En general las diversas investigaciones sobre el tema destacan la necesidad de realizar un acompañamiento cercano a los jóvenes, identificar oportunamente sus factores de riesgo suicida e intervenir en ellos. La no intervención oportuna se constituye en un grave riesgo a nivel de salud mental y desempeño futuro, por lo cual el riesgo suicida en la adolescencia debe interpretarse como un poderoso pedido de ayuda y predictor de funcionamiento psicosocial comprometido, que requiere una identificación e intervención temprana.

Los datos obtenidos y analizados en esta investigación evidencian la necesidad de intervenir activamente en la población estudiantil en cuanto a la prevención de los factores de riesgo suicida encontrados, promover el fortalecimiento de los vínculos familiares, sociales y el tratamiento oportuno de patologías afectivas, como parte del proceso formativo integral de jóvenes de la ciudad de Manizales.



Literatura citada

- 1 Gómez C, Rodríguez N, Bohórquez A, Díazgranados N, Ospina M, Fernández C. Factores Asociados al Intento de Suicidio en la Población Colombiana. *Rev Col Psiqui* 2002; 31(4): 271-286.
- 2 Martínez A, Moracén I, Madrigal M, Almenares M. Comportamiento de la Conducta Suicida Infanto-Juvenil. *Rev Cubana Med Gen Integr* 1998; 14(6):554-563.
- 3 Pasturino B, Vallarino V, Lima M. Estudio Sobre Suicidios Consumados. Población Usaria del Hospital Vilardebó. *Rev Psiquiatr Urug* 2004; 68(2):147-161.
- 4 WHO. Preventing suicide: a resource for primary health care workers. Geneva: Department of Mental Health, World Health Organization; 2000. p. 5-6.
- 5 Organización Mundial de la Salud. Prevención del suicidio: un instrumento para docentes y demás personal institucional. Ginebra: Departamento de Salud Mental y Toxicomanías, Organización Mundial de la Salud; 2001.
- 6 Kaplan HI, Sadock BJ. Sinopsis de psiquiatría. 8th ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2000. p. 1423-5.
- 7 Rhyne CE, Templer DI, Brown LG, Peters NB. Dimensions of suicide: perceptions of lethality, time and agony. *Suicide Life Threat Behav*. 1995; 25:373-80.
- 8 Hirschfeld R, Russell J. Assessment and Treatment of Suicidal Patient. *N Engl J Med* 1997; 337(13): 910-915.
- 9 Larraguibel M, González P, Martínez V., Valenzuela R. Factores de Riesgo de la Conducta Suicida en Niños y Adolescentes. *Rev. Chil. Pediatr* 2000; 71(3):183-191.
- 10
- 11 Ayala G, Martí J, Rodes F. Incidencia de Suicidio Consumado en el Partido Judicial de San Vicente del Raspeig (Alicante). *Cuad Med Forense* 2005; 11(40):119-129.
- 12 Joseph H, Reznik I, Mester R. Suicidal Behavior of Adolescent Girls: Profile and Meaning. *Isr J Psychiatr Relat Sci* 2003; 40(3): 209-220.
- 13 Qin P, Agerbo E, Mortensen P. Suicide Risk in Relation to Socioeconomic, Demographic, Psychiatric, and Familial Factors: A National Register-Based Study of All Suicides in Denmark, 1981-1997. *Am J Psychiatry* 2003; 160(4):765-772.
- 14 Dajas F. Alta tasa de Suicidio en Uruguay, IV: La Situación Epidemiológica Actual. *Rev Med Uruguay* 2001; 17(1): 24-32.
- 15 Sánchez R, Guzmán Y, Cáceres H. Estudio de la Imitación Como Factor de Riesgo Para Ideación Suicida en Estudiantes Universitarios Adolescentes. *Rev. Col. Psiqui*. 2005; 34(1): 12-25.
- 16 Molina R, Navarro E. Factores de Riesgo Asociado al Suicidio e Intento de Suicidio. *Salud Uninorte Barranquilla (col)* 2003; 17: 19-28.
- 17 Herrera P, Avilés K. Factores Familiares de Riesgo en el Intento Suicida. *Rev Cubana Med Gen Integr* 2000; 16(2):134-138.
- 18 López-Ibor A, Juan J, Valdés M. DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado, Barcelona: Masson; 2002
- 19 Brent D, Birmaher B. Adolescent Depression. *N Engl J Med* 2002; 347(9): 667-671.
- 20 Puentes E, López L, Martínez T. La mortalidad por suicidios: México 1990-2001. *Rev Panam Salud Pública*. 2004; 16(2):102-109.
- 21 Agerbo E, Nordentoft M, Mortensen P. Familial, Psychiatric, and Socioeconomic Risk Factors for Suicide in Young People: Nested Case-Control Study. *BMJ* 2002; 325(74): 1-5.
- 22 Franco S, Bosco H, Botega N, Marín-León L, Berti M., Dalgalarondo P. Factors Associated with Suicidal Ideation in the Community: A Case-Control Study. *Cad. Saúde Pública* 2006; 22(9):1835-1843.
- 23 Prada D, Evangelista M, Piola J. Tentativas de Suicidio con Tóxicos en Adolescentes en Rosario, Argentina. 1990-1998. Rosario: Servicio de Toxicología del Sanatorio de Niños; 2000.
- 24 Reinherz H, Tanner J, Berger S, Beardslee W, Fitzmaurice G. Adolescent Suicidal Ideation as Predictive of Psychopathology, Suicidal Behavior, and Compromised Functioning at Age 30. *Am J Psychiatry* 2006; 163(7): 1226-1233.
- 25 Roy I, Malvin J. Gender in Suicide Attempt Rates and Childhood Sexual Abuse Rates: Is There an Interaction? *Suicide Life Threat Behav* 2006; 36(3): 329-335.
- 26 Ceballos G, Arroyave J, Díaz S, Vergara K. Características Psicosociales del Suicidio en la Ciudad de Santa Marta (Colombia) Durante los Años 2002-2003. Santa Marta: Asociación Colombiana para el Avance para las Ciencias del Comportamiento. 2005.
- 27 Trenzado N, Parras E, Feliú T. Suicidio, Cuarta Causa de Muerte en Cardenas. *Rev Cubana Hig Epidemiol* 2001; 39(2): 115-119.
- 28 McKeown R, Garrison C, Cuffe S, Waller J, Jackson K, Addy C. Incidence and Predictors of Suicidal Behaviors in a Longitudinal Sample of Young Adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998; 37: 612-621.
- 29 DANE. Censo 1993. Resumen Nacional, XVI Censo Nacional de Población y V de Vivienda. Bogotá: DANE; 1996.

- 30 Rojas E, Sarmiento F. Adolescencia. En: *Pediatría Diagnóstico y Tratamiento*. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá: Celsus; 2003.
- 31 Plutchik R, Van Praag HM, Conte HR, Picard S. Correlates of Suicide and Violent Risk, I: The Suicide Risk Measure. *Compr Psychiatry* 1989;30: 296-302.
- 32 Rubio G, Montero I, Jáuregui J, Villanueva R, Casado M, Marin J, et al. Validación de la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik en Población Española. *Arch Neurobiol (Madr)* 1998; 61: 143-152.
- 33 Beck AT, Weissman A, Lestaer D, Trexler L. The Measurement of Pessimism. The Hopelessness Scale. *J Consult Clin Psychol* 1974; 42: 861-865.
- 34 Beck AT, Steer RA, Kovacs M, Garrison B. Hopelessness and Eventual Suicide: A ten Year Prospective Study of Patients Hospitalized with Suicide Ideation. *Am J Psychiatry* 1985; 142: 559-563.
- 35 Zigmong A, Snaith R. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983; 67: 361-370.
- 36 Caro I, Ibáñez E. La Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión. *Bol Psicol.* 1992; 36: 43-69.
- 37 Swing J. Detecting Alcoholism, The CAGE Questionnaire. *J Am Med Assoc* 1984; 252: 1905- 1907.
- 38 Rodríguez-Martos A, Navarro R, Vecino C, Pérez R. Validación de los Cuestionarios KFA (CBA) y CAGE para Diagnóstico del Alcoholismo. *Drogalcohol* 1986; 11: 132-139.
- 39 Smilkstein G. Family APGAR analysed. *Fam Med* 1993;5:293-4.
- 40 Shines D. *Medicina Familiar. Guía práctica*. Bogotá: Editorial Mc Graw Hill; 1983.
- 41 Molina U. *Salud Familiar*. Bogotá: Ascofame; 1988.
- 42 Mejía D. *Salud Familiar ISS*. Bogotá: Ascofame; 1990.
- 43 Jones S, Lollar D. Relationships Between Physical Disabilities or Long-Term Health Problems and Health Risk Behaviors or Conditions Among US High School Students. *J Sch Health* 2008; 78(5): 252-257.
- 44 Albanesi S. Ideación suicida en varones diabéticos. *Alcmeon* 2007. 14(1): 49 -60.
- 45 Pérez I, Rodríguez E, Dussán M, Ayala, J. Caracterización Psiquiátrica y Social del Intento Suicida Atendido en una Clínica Infantil, 2003-2005. *Rev. salud pública* 2007; 9 (2):230-240.
- 46 Campo G, Roa JA, Perez A, Salazar O, Piragauta C, Lopez L, et al. Intento de suicidio en niños menores de 14 años atendidos en el Hospital Universitario del Valle, Cali. *Colomb Med* 2003; 34: 9-16.
- 47 Queralt M. Risk factors associated with completed suicide in latino adolescents. *Adolescence* 1993; 28(112): 831-50.
- 48 Reifman A, Windle M. Adolescent suicidal behaviors as a function of depression, hopelessness, alcohol use and social support: a longitudinal investigation. *Am J Community Psychol* 1995; 23(3):329-354.
- 49 Muñoz J, Pinto P, Callata H, Napa N, Perales A. Ideación suicida y cohesión familiar en estudiantes preuniversitarios entre 15 y 24 años. *Rev. Perú. med. exp. salud pública*. 2006; 23(4): 239-246.
- 50 González C, Berenzon S, Tello A, Facio D, Medina M, Ideación suicida y características asociadas en mujeres adolescentes. *Salud Publica Mx.* 1998; 40:430-437.
- 51 Ruiz-Hernández JA, Riqueline-Marin A, Buendía-Vidal J. Construcción de un indicador del riesgo de tentativa de suicidio en adolescentes con alta sintomatología depresiva. *Psiquis* 2001; 22(3): 1143-152.
- 52 Saucedo García JM, Lara Muñoz MC y Fócil Marquez M. Violencia autodirigida en la adolescencia: el intento suicida. *Bol Med Hosp Infant Mex* 2006; 63: 223-231.
- 53 Maris RW. Suicide Prevention in Adults (age 30-65). *Suicide Life Threat Behav.* 1995; 25:171-9.
- 54 González-Forteza C, Ramos-Lira L, Vignau-Brambilla LE, Ramírez-Villareal C. El abuso sexual y el intento suicida asociado con el malestar depresivo y la ideación suicida de los adolescentes. *Salud Mental.* 2001; 24 (6): 16-25.
- 55 Bjarmason TH, Thorlindsson TH. Manifest predictors of past suicide attempts in a population of Icelandic adolescents. *Suicide Life Threat Behav.* 1994; 24(4):350.