



Nacer de nuevo - Lienzo de Remedios Varo

Tomado de: http://remedios-varo.com/remedios-varo/wp-content/uploads/2011/09/Cat.289-Nacer-De-Nuevo-1960_02.jpg

Frecuencia de intento de suicidio, y factores asociados, en jóvenes estudiantes de dos centros educativos del municipio de Pácora (Caldas, Colombia), 2013

Sandra Constanza Cañón, José Jaime Castaño, Yeny Alejandra Arias, Karen Juliette García, Andrés Manuel Ovalles, Víctor Mauricio Rengifo, Carlos Manuel Torres, Nikolas Zuluaga

Resumen

Objetivo: Identificar los factores asociados al intento de suicidio y la frecuencia en su presentación en niños y adolescentes estudiantes de dos instituciones educativas del municipio de Pácora-Caldas, Colombia. **Método:** Estudio tipo corte transversal. Para la medición de factores asociados, se utilizaron las escalas de dependencia alcohólica de Cage, Apgar familiar, acoso de Cisneros, autoestima de Rosenberg y la escala de ansiedad y depresión hospitalaria. **Resultados:** Participaron 180 estudiantes, con un promedio de edad de $14,1 \pm 2,1$ años, 53,3% género femenino, 27,2% de consumo de alcohol, acoso alto 25%, y muy alto de 5,6%, 46,7% con buen funcionamiento familiar. La frecuencia de intento de suicidio fue de 13,3%, los que habían efectuado intentos de suicidio, lo hicieron un promedio de $2,38 \pm 2,62$ veces. Entre los factores asociados el más significativo fue la presencia de acoso entre pares (bullying) con una razón de prevalencia de 18,52, seguido de baja autoestima 15,376, abuso sexual 14,1, enfermedades mentales 14,1, presencia de ansiedad 8,94, dependencia alcohólica 6,1, maltrato intrafamiliar 5,64, género femenino 3,23 y consumo de cigarrillo con 3,1. **Conclusiones:** Esta población presenta una alta frecuencia de intento suicida, posiblemente debida a la alta proporción de acoso entre pares detectada de 30% aproximadamente. Esto hace necesaria una pronta intervención. **Palabras clave:** Suicidio, depresión, adolescente, intento suicida, factores de riesgo.

Abstract

Objective: To identify factors associated with suicide attempt and the frequency of its presentation in children and young students from two educational institutions in the town of Pácora-Caldas, Colombia. **Method:** Sectional type study conducted in 2013 for the measurement of associated factors of alcohol dependence scales were used by Cage, Family Apgar, harassment Cisneros, Rosenberg self-esteem scale and the Hospital Anxiety and Depression. **Results:** A total of 180 students, with an average age of 14.1 ± 2.1 years, 53.3% female, 27.2% of alcohol consumption, high harassment 25%, and very high 5.6% , 46.7% of good family functioning. The frequency of attempted suicide was 13.3%, which had made suicide attempts, as averaged 2.38 ± 2.62 times. Among the factors associated with the most significant was the presence of peer harassment (bullying) with a prevalence ratio of 18.52, followed by 15.376 low self-esteem, sexual abuse, 14.1, mental illness 14.1, presence of anxiety 8.94, alcoholic dependence 6.1, domestic abuse 5.64, female gender 3.23, and cigarette smoking with 3.1. **Conclusions:** This population has a high frequency of suicide attempts, possibly due to the high proportion of peer harassment detected of about 30%. This makes desirable early intervention. **Keywords:** Suicide, depression, teenage, suicide attempt, risk factors.

Para citar este artículo

Cañón, S., Castaño, J.J., Arias, Y.A., García, K.J., Ovalles, A.M., Rengifo, V.M., Torres, C.M., Morales, N.Z. (2018). Frecuencia de intento de suicidio, y factores asociados, en jóvenes estudiantes de dos centros educativos del municipio de Pácora (Caldas, Colombia), 2013. *Tempus Psicológico*, 1(2), 39-61.

doi: 10.30554/tempuspsi.1.2.1988.2018

Recibido: 15.05.2017 – Aceptado: 25.08.2017

Artículo producto de investigación

ISSN - 2619-6336



Frecuencia de intento de suicidio, y factores asociados, en jóvenes estudiantes de dos centros educativos del municipio de Pácora (Caldas, Colombia), 2013

Frequency of suicide attempts and associated factors in young students from two schools in the municipality of Pácora (Caldas, Colombia) 2013

Sandra Constanza Cañón Buitrago¹, José Jaime Castaño Castrillón², Yeny Alejandra Arias Marín³, Karen Juliette García García⁴, Andrés Manuel Ovalles Vergara⁵, Víctor Mauricio Rengifo Hurtado⁶, Carlos Manuel Torres Prada⁷, Nikolas Zuluaga Morales⁸

¹ Psicóloga. Magíster en Gerencia del Talento humano. Docente Universidad de Manizales.  0000-0001-7228-2420. Correo: sandraka@umanizales.edu.co

² Físico. Magíster en Ciencias Físicas. Docente Universidad de Manizales.  0000-0002-2300-4990. Correo: jcast@umanizales.edu.co

^{3 al 8} Estudiantes Programa de Medicina, Universidad de Manizales.

Introducción

El suicidio es el resultado de un acto deliberadamente emprendido y ejecutado por una persona con pleno conocimiento o previsión de su desenlace fatal, y constituye hoy día un problema muy importante de salud pública. Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el mundo se suicidan aproximadamente 1 110 personas diariamente y cientos de miles intentan hacerlo cada día (Castellanos-Luna, Carrillo-Alfonso, Cuervo-Socarrás, y Molinet-Arozarena, 2007) . El suicidio está entre las 10 causas (Acosta-Gonzalez, Castillo-Izquierdo, y Castro-Peraza, 2006) mayores de muerte en cada país, y una de las tres causas principales de muerte entre 15 y 35 años de edad (Cañón, 2001). El impacto psicológico y social sobre la familia y la sociedad no es medible. En promedio, el suicidio de una persona afecta íntimamente al menos otras seis. Si ocurre en una institución educativa o en el sitio de trabajo, tiene impacto sobre cientos de personas (Cañón, 2001).

En cuanto al género la incidencia es mayor para el intento de suicidio en mujeres frente a los realizados por hombres, sobre todo en edad joven (Alfaro, Valdés, Suárez, Rodríguez, y Durán, 2011), pero en el género masculino es mayor el suicidio consumado que en el género femenino (Lui, 2009).

De acuerdo a la edad, el suicidio está entre las tres causas más frecuentes de muerte en personas jóvenes con edades de 15 – 35 años. Aunque tradicionalmente las mayores tasas de suicidio se han registrado entre los varones de edad avanzada, se ha demostrado un incremento en la presentación de intento suicida en la población temprana de adolescentes (Toro, Paniagua, González, y Montoya, 2009) sobre todo en el género masculino (Rueda, Rangel, Castro, y Camacho, 2010). Según Medina, Pérez, y Zuluaga (2008), la mayor proporción de ideación suicida está en el grupo de edad entre los 15 y 17 años con un alto grado de relación con la depresión.

Colombia se encuentra entre los países con más altas tasas de suicidio, siendo de 4,1 por cada 100 000 habitantes con edad promedio de 36 años (Téllez, y Forero, 2006). Aun la cifra no es exacta, ya que muchos países incluyendo a Colombia, por tendencias religiosas y/o culturales, clasifican estas defunciones entre las de causas externas no intencionadas, o en las de

causas indeterminadas (Reyes, 2002), o simplemente son mal clasificadas o enmascaradas por otros diagnósticos de mortalidad (Wasserman, Cheng, y Jiang, 2005). El intento suicida es:

Cualquier acción que el individuo realiza para producirse una lesión, sin tenerse en cuenta la letalidad del método empleado y el conocimiento verdadero de la intención, viéndose entonces como una falla de mecanismos de adaptación al medio ambiente, que puede ser provocado por situaciones conflictivas, o por estados de tensión emocional, pero también se puede atribuir a un desequilibrio en el estado emocional de la persona” (NBoa, y Miranda, 2010. p. 105).

Con relación a lo anterior Ceballos-Ospino (2004), indica que por cada suicidio se presentan de 10 a 25 intentos o tentativas de suicidio entre 10% y 15% de quienes han intentado suicidarse terminan logrando su objetivo (Flannery, Singer, y Wester, 2001). El riesgo de muerte es 100 veces mayor en quienes hacen intentos de suicidio frente a la población general y el 2% lo hacen en el año siguiente de su intento frustrado. Un antecedente de intento de suicidio es una de las variables que tiene más relevancia clínica para predecir un eventual suicidio. Se ha calculado que la razón entre intentos de suicidio y suicidio consumado es de 6,25:1 en la población general (OMS, 2000).

Como factores asociados al intento suicida se encuentran las enfermedades mentales dentro de las cuales están el trastorno depresivo mayor, ansiedad, trastorno afectivo bipolar, esquizofrenia, personalidad límite o sociopática, además de estas enfermedades otros factores como la disfunción familiar (Ben-Yehuda et al., 2012), según Forero, Avendaño, Duarte, y Campo-Arias (2006); maltrato infantil y abuso sexual siendo el último más influyente (González, Ramos, Vignau, y Ramírez, 2001).. Según Talbot et al. (2004) hay más intento suicida en mujeres que tuvieron abuso sexual, diferencias entre pares (Arroyabe, 2012), el consumo de sustancias psicoactivas principalmente en hombres (Stefanello, Filinto, Fabricio, VazScavacini, y Botega, 2007) y alcoholismo (Takahashi, 2001), este último sumado a depresión existente (Gómez et al., 2002; Schilling, Aseltine, Glanovsky, James, y Jacobs, 2008I), baja autoestima (Gómez et al., 2002) unida a mayor impulsividad y poco apoyo social (Gonzales, Ramos, Caballero, y Wagner, 2003). Se han reportado intentos suicidas en niños luego de un divorcio entre sus padres (Salvo, y Melipillán, 2008); el hecho de haber te-

ner armas en los hogares facilita la presentación de intento suicida (Lizardi, Thompson, Keyes, Hasin, 2009).

Teniendo en cuenta lo anteriormente expuesto el objetivo de esta investigación es determinar la frecuencia de intentos de suicidio, y factores asociados en población de estudiantes de secundaria de dos instituciones educativas del municipio de Pácora (Caldas, Colombia).

Método

El presente es un estudio de corte transversal analítico, realizado en dos instituciones educativas del municipio de Pácora-Caldas, Colombia.

Estas instituciones tenían una población total de 386 estudiantes. La muestra se calculó empleando el programa Epiinfo 7.1.3.10 (Centers for Disease control and prevention) teniendo en cuenta un 50% de frecuencia esperada, límites de confianza del 5%, y nivel de confianza del 95%, lo que da un número de muestra de 188 estudiantes. Esta muestra se escogió mediante un muestreo probabilístico estratificado por género e institución. Al final fue necesario anular 9 instrumentos erróneamente diligenciados, por lo que la muestra finalmente queda en 180 estudiantes (96 mujeres y 84 hombres).

Entre las variables cuantificadas en esta población se encuentran: variables demográficas, intentos de suicidio (sí, no), cuántos intentos de suicidio, factores asociados, y se aplicaron las siguientes escalas: dependencia al alcohol medido con la escala Cage (Rodríguez, Navarro, y Venicoc, 1986; Ewing, 1984; Campo-Aras, Barrios, y Rueda, 2009), funcionalidad familiar medida con la escala Apgar familiar (Forero, Avendaño, Duarte, y Campo-Arias, 2006), acoso entre pares medido con la escala de Cisneros (Cervo, Pacheco, García, y Piraquive, 2008), autoestima medido con la escala de Rosenberg (Ángel, Fidalgo, y Iñaki, 2004; Rojas-Barahona, Zegers, y Foster, 2009). Depresión y ansiedad medido con la escala de depresión y ansiedad hospitalaria (Fernández-Liporace, y Castro-Solano, 2010).

Escala de Cage: consta de cuatro preguntas. Se califica según el número de respuestas afirmativas, en general se considera que a mayor número de respuestas afirmativas, mayor será también la dependencia. De este modo: (0) No hay problema con el alcohol, (1) Inicio de problemas, (2-4) Depen-

dencia alcohólica, dicha escala ha sido validada en Colombia (Rodríguez et al., 1986; Ewing, 1984; Campo-Aras et al., 2009)

APGAR familiar: se emplea para medir funcionalidad y solidaridad familiar. Es una escala tipo Likert que consta de cinco ítems, diseñada en 1978 por Smilkstein para explorar la funcionalidad familiar. Los ítems de la escala se califican como nunca, casi nunca, algunas veces, casi siempre y siempre, y se les asignan puntuaciones de 0 a 4, respectivamente. En este instrumento, los puntajes totales pueden oscilar entre 0 y 20; a mayor puntaje, mejor funcionalidad familiar. Una puntuación total entre 0 y 9 indica disfunción grave; entre 10 y 13, moderada; entre 14 y 17, leve, y si es igual o superior a 18 se considera funcional, dicha escala ha sido validada en Colombia (Forero et al., 2006).

Escala de Cisneros: constituida por 22 ítems, relacionados con situaciones de acoso que se pueden presentar en el entorno escolar del estudiante. Cada uno de los ítems consta de un enunciado y tres opciones de respuesta (con frecuencia, a veces y nunca), asociadas a la periodicidad de las situaciones descritas en cada uno de los enunciados de los ítems en el contexto escolar del estudiante. Para el análisis y caracterización global del acoso escolar se define una escala numérica de 1 a 3, donde 1 corresponde a un ambiente exento de la situación de violencia descrita, y 3 corresponde al caso donde la situación de acoso escolar, implícito en el ítem, se presenta con frecuencia, dicha escala está validada en Colombia (Cuervo et al., 2008) y España (Ángel et al., 2004).

Escala de Rosenberg: consta de 10 preguntas, los valores teóricos fluctúan entre 10 (baja autoestima) y 40 (alta autoestima), escala validada en Chile (Rojas-Barahona et al., 2009) y Argentina (Fernández-Liporace, y Castro-Solano, 2010).

Escala hospitalaria de ansiedad y depresión: escala que permite detectar trastornos de ansiedad y depresión en un medio hospitalario no psiquiátrico o en medios de atención primaria. La HAD está estructurada como una escala de tipo Likert que va de 0 a 3, en donde las personas tienen que describir los sentimientos que han experimentado durante la última semana. Esta breve escala consta de dos subescalas de 7 ítems intercalados. La subescala de depresión está centrada en el concepto de anhedonia, síntoma nuclear de este cuadro clínico y que diferencia primordialmente la ansiedad de la depresión. Tanto para la puntuación de ansiedad como de depre-

sión se considera de 0-7 normal, de 8-10 dudoso, y de 11 o más problema clínico. Validada en España en población general (López-Roig et al., 2007).

En relación con los procedimientos estadísticos para describir las variables medidas en escala nominal, se emplearon tablas de frecuencia, y límites de confianza al 95% y para describir las variables medidas en escala razón se emplearon promedios, desviaciones estándar, y límites de confianza al 95%. Para probar la relación entre variables medidas en escala nominal se empleó el procedimiento estadístico de χ^2 , y para medir la relación entre variables medidas en escala nominal y razón prueba t o análisis de varianza según el caso. Todos los análisis de relación se efectuaron con una significancia $\alpha=0,05$.

El tipo de análisis que se escogió consistió en análisis bivariados, ya que el interés era saber hasta qué punto factores de riesgo documentados en otros estudios, se presentaban en esta población, independientemente de que estos factores fueran dependientes entre sí.

Las bases de datos se elaboraron empleando el programa Access 2010 (Microsoft corporation) y se analizaron empleando el programa IBM SPSS 21 (IBM Corp.), y el Epi Info 7.5.1 para windows (Centers for Disease control and prevention, CDC).

El proyecto de investigación fue previamente enviado a las instituciones educativas para su aprobación y comentarios. En la ejecución del estudio se tuvieron en cuenta todas las normas éticas de ley vigentes en Colombia.

Resultados

Finalmente participaron en el estudio 180 estudiantes. La Tabla 1 muestra las variables demográficas de esta población. Se observa que el 53,3% (lc95%:39,2%-54,2%) pertenecía al género femenino, 66,1% (lc95%:58,7%-73%) de estrato social 2, con edad promedio de $14,1 \pm 2,1$ años. Presentaban un consumo de sustancias psicoactivas de 7,8% (lc95%: 4,3%-12,7%), de estos en un 57,1% (lc95%:28,9%-82,3%) consumían solo marihuana, todos consumían marihuana ya sea sola o combinada con otras sustancias psicoactivas. El 11,7% (lc95%:7,4%-17,3%) consumían cigarrillo y el 27,2% (lc95%:20,9%-34,3%) alcohol.

La Tabla 2 presenta las variables referentes a intento de suicidio y factores asociados. Se observa que el 13,3% (lc95%:8,7%-19,2%) presentaron

intentos de suicidio, en promedio 2,4 veces. El 13,9% (lc95%:8,7%-19,2%) fueron víctimas de maltrato en su familia, principalmente psicológico en un 40% (lc95%:21,1%-61,3%), por parte del padre en un 36% (lc95%:18%-

Tabla 1. Variables demográficas y de consumo de sustancias en población de estudiantes de secundaria de dos instituciones educativas del municipio de Pácora (Caldas, Colombia)

Variable	Niveles	N	%
Institución educativa	1	95	52,8
	2	85	47,2
Sexo	Femenino	96	53,3
	Masculino	84	46,7
Estrato	2	119	66,1
	1	43	23,9
	3	17	9,4
	5	1	0,6
	Promedio	14,09	-
Edad	Des. Est.	2,079	-
	LC 95% LI	13,79	-
	LC95% LS	14,40	-
Grado	6	69	38,3
	9	53	29,4
	10	25	13,9
	11	23	12,8
	7	10	5,6
Consumo De Sustancias Psicoactivas	No	166	92,2
	Si	14	7,8
Consumo Individual	Solo Marihuana	8	57,1
	Marihuana Y Perico	3	21,4
	Marihuana Y Cocaína	1	7,1
	Marihuana, Perico, Bazuco, Cocaína, Sacol, Éxtasis	1	7,1
	Marihuana, Perico, Bazuco, Gala, Roche, Crespa, Chamber, Lsd	1	7,1
	Faltantes	166	
Consumo Por Sustancias	Marihuana	14	100,0
	Cocaína	3	21,4
	Crespa	2	14,3
	Lsd	1	7,1
	Sacol	1	7,1
	Gala	1	7,1
	Chamber	1	7,1
	Roche	1	7,1
	Bazuco	2	14,3
	Perico	5	35,7
	Éxtasis	1	7,1
Consumo Cigarrillo	No	159	88,3
	Si	21	11,7
Consumo Alcohol	No	131	72,8
	Si	49	27,2

57,5%). El 1,7% (lc95:0,3%-4,8%) han sido víctimas de abuso sexual, el 1,7% (lc95:0,3%-4,8%) tienen enfermedades mentales. Referente a los instrumentos empleados el 46,7% (lc95%:39,2%-54,2%) presentan buen funcionamiento familiar, el 10% (lc95%: 6%-15,3%) presentan un consumo de alcohol sin dependencia, y el 9,4% (lc95%:5,6%-14,7%) con dependencia. De acuerdo al índice de intensidad (II) de la escala de Cisneros el 25% presenta un acoso alto (lc95%:18,9%-32%). La Figura 1 es un diagrama de caja del II de Cisneros, se observa una mediana muy alta de 2, lo que quiere decir que aproximadamente el 50% de la población está sometido a algún tipo de acoso (Bullying).

El APGAR familiar presentó una α de Cronbach de 0,847, el cuestionario de Cage de 0,428, el cuestionario de Cisneros de 0,842, la escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión de 0,72, la escala de Rosenberg de 0,792.

Figura 1. Diagrama de caja del Índice de Intensidad de Cisneros, en población de estudiantes de secundaria del municipio de Pácora (Caldas, Colombia).

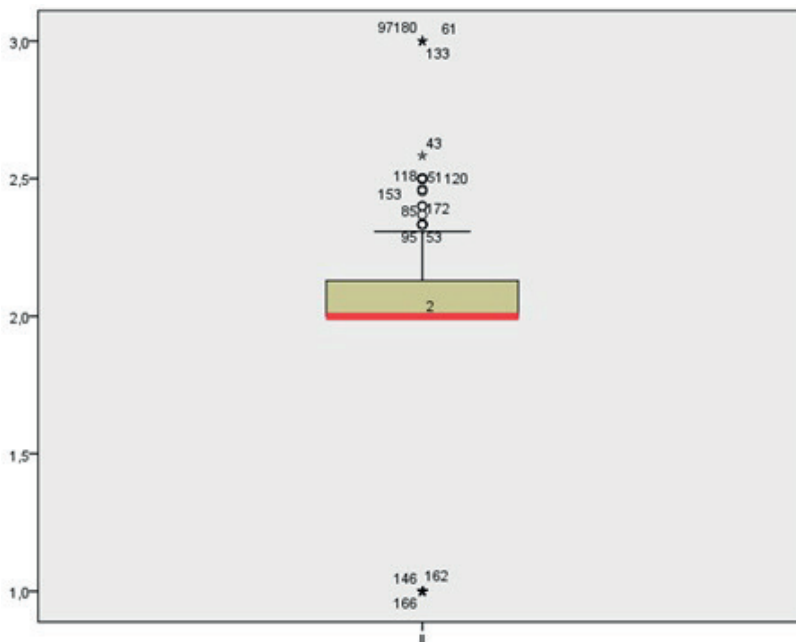


Tabla 2. Variables estudiadas con relación al intento de suicidio en una población de estudiantes de secundaria de dos instituciones educativas del municipio de Pácora (Caldas, Colombia)

Variable	Niveles	N	%
Intento De Suicidio	No	156	86,7
	Si	24	13,3
	Promedio	2,38	-
Cuántos Intentos De Suicidio	LC95% LI	1,27	-
	LC95% LS	3,48	-
	Des. Est.	2,62	-
Fueron Víctimas De Maltrato	No	155	86,1
	Si	25	13,9
	Psicológico	10	40
Tipo De Maltrato	Físico	9	36
	Físico Y Psicológico	6	24
	Otras Personas	9	36
Por Parte De Quien Recibió El Maltrato	Padre	9	36
	Madre	6	24
	Padre Y Madre	1	4
Fueron Víctimas De Abuso Sexual	No	177	98,3
	Si	3	1,7
Enfermedades Mentales	No	177	98,3
	Si	3	1,7
Qué Enfermedades Mentales	Depresión	2	66,7
	Pánico	1	33,3
	Buen Funcionamiento	84	46,7
Funcionamiento Familiar Medido Según El Apgar Familiar	Disfunción Leve	53	29,4
	Disfunción Moderada	28	15,6
	Disfunción Severa	15	8,3
Dependencia Alcohólica Medida Según Cuestionario De Cage	No dependiente	18	10
	Dependiente	17	9,4
	Indicio de Problema	14	7,8
Acoso (Bullying) Entre Pares Índice Global	Puntaje 1-1.5	149	82,8
	Puntaje 1.5-2	30	16,7
	Puntaje 2-2.5	1	0,6
Acoso (Bullying) Entre Pares Índice Estratégico. medido Según Escala de Cisneros	Puntaje 0-5	106	58,9
	Puntaje 6-10	49	27,2
	Puntaje 11-15	20	11,1
Acoso (Bullying) Entre Pares Índice de Intensidad Según Escala de Cisneros	Puntaje 16-20	5	2,8
	A Veces	101	56,1
	Alto	45	25
Ansiedad Medida por La Escala de Ansiedad y depresión Hospitalaria	Ausente	24	13,3
	Muy Alto	10	5,6
	Problema Clínico	26	14,4
Depresión Medida Por La Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria	Normal	119	66,1
	Probable	35	19,4
	Dudoso O Probable	16	8,9
Autoestima Medida Según Cuestionario De Rosenberg	Problema Clínico	8	4,4
	Normal	96	53,3
	Baja	45	25
	Alta	39	21,7

Tabla 2. Variables estudiadas con relación al intento de suicidio en una población de estudiantes de secundaria de dos instituciones educativas del municipio de Pácora (Caldas, Colombia)

Relaciones significativas

Empleando el procedimiento estadístico de χ^2 se probó la relación del intento suicida y todas las variables y todos los factores asociados considerados en la investigación. En la tabla 3 están los resultados significativos encontrados.

En la Tabla 3 se observa que el factor que muestra una razón de prevalencia mayor es el índice estratégico del cuestionario de Cisneros. Allí se indica que los estudiantes con Nivel de Índice Estratégico (nIE) 16-20 tienen 18,52 veces más riesgo de intento suicida que aquellos con 0-5, La Tabla muestra una frecuencia de intento suicida de 60% entre los que presentan nIE =16-20, esta proporción baja a 7,55% entre aquellos con nIE=0-5.

Referente a abuso sexual tienen una mayor proporción de intento suicida, 66,67% los que fueron víctimas de abuso sexual en comparación con los que no que fue un 12,43%, lo que equivale a una razón de prevalencia de 14,1.

Los estudiantes que presentan alta autoestima tienen una proporción de intento suicida de 2,54%, los de baja autoestima de 24,44% y una autoestima normal de 12,5%, notándose que en esta población una alta autoestima genera un factor protector para el intento suicida y tener baja autoestima es un factor de riesgo en cuanto al intento de suicidio con una razón de prevalencia de 15,37.

Tabla 3. Relación significativa entre intento de suicidio y factores asociados en población de estudiantes de secundaria de dos instituciones educativas del municipio de Pácora (Caldas, Colombia)

Variables	Niveles	Intento suicida		RP	P
		Si	No		
Género	Femenino	17 20,2%	67 79,8%	0,31	0,011 LC= 0,122-0,79
	Masculino	7 7,3%	89 92,7%	1	
Consumo de cigarrillo	No	18 11,3%	141 88,7%	1	0,029 LC RP= 1,079-9,101
	Si	6 28,6%	15 71,4%	3,133	
Maltrato familiar	No	15 9,6%	141 90,4%	1	0,000 LC RP: 2,11-15,073
	SI	9 37,5%	15 62,5%	5,64	
Fue víctima de abuso sexual	No	22 12,4%	155 87,6%	1	0,006 LC RP: 1,226- 161,93
	SI	2 66,7%	1 33,3%	14,091	
Enfermedades mentales	No	22 12,4%	155 87,6%	1	0,006 LC RP: 1,226- 161,93
	SI	2 66,7%	1 33,3%	14,091	
Consumo de alcohol	No	11 8,4%	120 91,6%	1	0,001 LC RP: 1,626-9,546
	SI	13 26,5%	36 73,5%	3,939	
Dependencia Alcohólica Medida según cuestionario de CAGE	Dependiente	4 _a 23,5%	13 _a 76,5%	3,376	0,009
	caso probable de dependencia	5 _b 35,7%	9 _a 64,3%	6,101	
	No consumen	11 _b 8,4%	120 _a 91,6%	1	
	No dependiente	4 _a 22,2%	14 _a 77,8%	3,136	
Acoso (Bullying) Entre Pares Índice Global medido según escala de Cisneros	1-1.5	13 _b 8,7%	136 _a 91,3%	0,000	
	1.5-2	10 _b 33,3%	20 _a 66,7%		
	2-2.5	1 _b 100,0%	0 _a 0,0%		
Acoso (Bullying) Entre Pares Índice Estratégico medido egún escala de Cisneros	0-5	8 _b 7,5%	98 _a 92,5%	1	0,001
	6-10	7 _a 14,3%	42 _a 85,7%	2,06	
	11-15	6 _b 30,0%	14 _a 70,0%	5,291	
	16-20	3 _b 60,0%	2 _a 40,0%	18,519	
Ansiedad Medido Por La Escala De Ansiedad Y Depresión Hospitalaria	Caso de ansiedad	11 _b 42,3%	15 _a 57,7%	8,94	0,000
	Caso probable de ansiedad	4 _a 11,4%	31 _a 88,6%	1,569	
	Normal	9 _b 7,6%	110 _a 92,4%	1	
Autoestima	Alta	1 _b 2,6%	38 _a 97,4%	1	
		11 _a	34 _a		

Discusión

El intento de suicidio es un fenómeno multicausal, se estima que entre el 2 y 12% de la población joven ha tratado de quitarse la vida y constituye un motivo frecuente de consulta en salud mental y un grave problema para la salud pública (Alfaro et al., 2011). En el presente estudio se encontró una prevalencia de intento suicida del 13,3% con unos límites de confianza al 95% de 8,7%-19,2%, lo cual representa una proporción menor a la de otras poblaciones comparables. Como por ejemplo el estudio realizado por Villalobos (2009), en donde se encontró una proporción de 30,2% de intento suicida en una muestra de 463 participantes de colegios y universidades de San Juan de Pasto; Colombia, principalmente en un rango de edad de los 13 a 20 años, teniendo este rango de edad un 18% de prevalencia análogo a lo obtenido en la presente investigación donde el rango de edad fue de los 10 a los 20 años, por otro lado Ventura et al. (2010) encuentran una prevalencia de intento suicida de 19% en población de adolescentes de Santiago de Chile, también algo mayor. Vera-Romero, y Díaz-Vélez (2010) reportan las siguientes proporciones de intento suicida en ciudades latinoamericanas: Lima metropolitana: 8,7%, Perú sierra norte y centro: 2,9%, Perú Amazonía: 18,1%, Perú Costa Norte: 22,3%, Sao Paulo: 2,8%, Colima, México: 9%. Domínguez-Velázquez, Betancourt-Ocampo, y Cañas-Martínez (2014), en su estudio publicado en el año 2014, empleando un muestra no-probabilística de 507 adolescentes, estudiantes de nivel de secundaria de la ciudad de Tuxtla-Gutiérrez (Chiapas-México), reportan que el 11% han intentado suicidarse al menos una vez, 4,4% más de una vez, algo menos de lo reportado en la presente investigación.

Valdivia, Silva, Sanhueza, Cova, y Melipillán (2015) publicaron una investigación donde estudiaban en 195 adolescentes estudiantes de un colegio de enseñanza secundaria (Concepción, Chile), intento suicida y factores de riesgo. Encontraron una frecuencia de intento suicida de 16,4% en los últimos 12 meses, en toda la vida de 25,6% bastante más de lo reportado en la presente investigación. Basándose en un análisis estadístico similar al empleado en el presente estudio encuentran como factores asociados, el género, funcionamiento familiar, presencia de progenitores en el grupo familiar, residencia en el año escolar, consumo de alcohol y tabaco, autoestima, desesperanza, depresión e ideación suicida, la mayor parte también encontrados en el presente estudio.

El factor asociado a intento suicida más relevante encontrado en la presente investigación es el acoso entre pares (Bullying) el cual resultó con una razón de prevalencia de 18,52. El acoso entre pares representa un factor de riesgo predominante no solo en Colombia, sino a nivel mundial, en el ambiente escolar. Por ejemplo la ocurrencia de este fenómeno en la población adolescente de centros educativos de distintas ciudades en México fue reportada por Valadez, Amezcua, Gonzales, Montes, y Vargas (2011), en su estudio el acoso entre pares (bullying) es muy significativo, y se encuentra un 9,96% de presentación de intento suicida. También en el estudio realizado por Figueroa, Fernández, y Gonzales (2011), en una muestra de 723 escolares se demuestra que el acoso entre pares constituye un factor importante para el intento suicida, con una proporción de 15,4% de presencia de acoso entre pares, de estos el 9,96% llegó a presentar intento suicida; resultado diferente a lo que sucede en la población estudiada en la presente investigación, en la cual aquellos estudiantes que presentan un nivel de Índice Estratégico según escala de Cisneros de 16-20, presentan una proporción de intento suicida de 60%.

La segunda variable encontrada con mayor proporción de RP es el nivel de autoestima con 15,37. Rosselló, y Hernández (2004) indican que este factor se encuentra fuertemente asociado con el intento suicida, en su estudio observaron que un 67% presentaron autoestima en nivel moderado, un 18% autoestima alta y un 15% autoestima baja, concluyendo que la autoestima baja se relaciona en mayor medida con intentos suicidas, resultados análogos se encontraron en el presente estudio, en donde se obtuvo un 24,4% de intento suicida en aquellos estudiantes con bajo nivel de autoestima.

De igual manera el abuso sexual y el maltrato intrafamiliar juegan papel importante en la presentación de intento suicida, ya que en el presente estudio estos factores resultaron con 14,1 y 5,64 de RP respectivamente. En la población que presentó maltrato familiar, hubo una proporción de intento suicida de 37,5%. Referente al abuso sexual, las víctimas de abuso presentaron una proporción de intento suicida de 66,7% frente a 12,4% en las que no. Al respecto en un estudio realizado por Jiménez, Hidalgo, Camargo, y Dulce (2014) en la ciudad de Medellín en el año 2013, se encontró que el maltrato es una de las causas más influyentes en los intentos de suicidio con un 42,11% para el maltrato físico, un 49,12% para el maltrato verbal, y un 8,77% para el abuso sexual convirtiendo a esta población en una de las más susceptibles a presentar intento suicida.

Al realizar la comparación con el estudio de Morra, Elorza, y Hechenique (2013), se encontró que en la población que presenta enfermedades mentales previas existe un 25% de intento suicida, frente a cifras mostradas en esta investigación, que muestran una proporción de 66,7% de intento suicida, para un RP de 14,1 referente a personas que tenían enfermedad mental, frente a las que no (2 de 3 casos, demasiado pocos para ser el resultado representativo).

Otro factor que se debe mencionar en el intento suicida es la presencia de ansiedad, como enfermedad mental, ya que en este estudio se obtuvo respecto a este factor una RP de 8,4, con una proporción de 42,3% de intento suicida en la población calificada por el cuestionario como de caso de ansiedad (4 estudiantes). Cabra, Infante, y Sossa (2010)⁴⁷, resaltan que los niños con ideación suicida y ansiedad son menos felices e insatisfechos, experimentan más eventos vitales negativos y son más distraídos, activos e intensos en sus reacciones que los niños con ideación suicida solamente.

Además, en esta investigación se encontró un 20,2% de intento suicida en la población femenina, y de 7,3% en la población masculina, resultado análogo al obtenido por Ventura et al. (2010) en la ciudad de Santiago de Chile, en el cual indica una prevalencia del intento de suicidio en la población en general de 19% y una prevalencia de 26% en la población femenina y de 12% en la población masculina. El promedio de edad en esta última población fue de 16,2 años y en la presente investigación de $14,1 \pm 2,1$ años. También Carmona et al. (2010), obtuvieron un resultado parecido, en su estudio realizado en la ciudad de Manizales (Caldas, Colombia) con adolescentes en donde se encontró una frecuencia de intento suicida mayor en mujeres que en hombres y un promedio de edad de 14,5 años.

Estos datos muestran una gran similitud y llevan a pensar que la epidemiología de esta población no está muy lejos de la realidad mundial en donde las mujeres (Herenández, y Flores, 2011) son quienes presentan más intentos suicidas. También hay que destacar que ser joven o adolescente parece ser también un factor de riesgo ya que se observa que es el rango de edad en los que más se presentan los intentos de suicidio (Daza, Martelo, y Domínguez, 2011).

Rueda et al. (2010) comentan en su estudio que en general, en Colombia la relación de suicidio en hombres y mujeres adolescentes fue de 1,5:1 en 2009, en Estados Unidos fue de 5,3:1, pero la relación de intentos suici-

das entre hombres y mujeres adolescentes fue de 1:1,3. Debido a estos datos, la mayoría de los especialistas en suicidio argumentan que las mujeres intentan el suicidio con mayor frecuencia que los hombres, debido a que presentan más depresión, utilizan métodos menos letales y más impulsivos, y consultan con mayor frecuencia. Datos semejantes se obtienen en el presente estudio, donde la relación del intento suicida en hombres frente a mujeres fue de 2,4:1.

En la presente investigación el consumo de alcohol presentó una RP de 3,4 en relación al intento suicida, mostrando una frecuencia de intento suicida de 26,5% entre los que consumen alcohol, resultado muy similar al que se observa en el estudio realizado por Morra et al. (2014), en el que reportan un consumo de alcohol y drogas ilegales en un 23,2%. El cuestionario CAGE para dependencia alcohólica aplicado en este estudio obtuvo un 35,7% de intento suicida en los casos de probable dependencia, y 23,5% en los casos de dependencia alcohólica, resultado que difiere al realizado por Gómez et al. (2002), en donde aplicaron el mismo cuestionario pero encontraron que aquellos con alto riesgo para dependencia alcohólica tienen un 5,9% de riesgo para realizar un intento suicida y aquellos con dependencia tienen un 7,5%; a pesar de ser distintos los hallazgos con el cuestionario Cage, ambos estudios demuestran una relación significativa del intento suicida con este factor.

Referente al tabaquismo los resultados arrojados en este estudio muestran similitud con el estudio realizado en el año 2007-2008 por Fuentes et al. (2009), ya que en su estudio se encontró una prevalencia de tabaquismo de 15,3% y una relación significativa con el intento suicida ($p=0,000$), frente a un 11,6% de prevalencia para el tabaquismo y también con una relación significativa con el intento suicida de ($p=0,029$, $RP=3,133$) obtenida en la presente investigación.

En el estudio realizado por Días de Mattos et al. (2010) se observa una relación significativa para el acoso entre pares, el maltrato, el consumo de sustancias, la disfunción familiar que lleva a depresión y principalmente a un antecedente previo, ya sea personal o familiar de intento suicida. Se puede observar que el maltrato y el abuso van ligados, niños que alguna vez fueron maltratados, también pudieron haber sido víctimas de abuso sexual, ya sea por parte de la madre, padre o en caso de disfunción familiar, por parte de un padrastro o madrastra.

Como conclusión, en los adolescentes del Municipio de Pácora, se evidencia mayor proporción de intento suicida en el género femenino, además se encuentra estrechamente relacionado y existe una mayor incidencia en aquellos que han sido víctimas de acoso por sus pares (bullying), los que tengan una autoestima baja y a los que se les ha cometido abuso sexual. Siendo estos factores los más relevantes en esta investigación, también otros factores encontrados son el maltrato familiar, consumo de cigarrillo y alcohol convirtiéndolos en una población de riesgo para el intento suicida.

En cuanto a las variables que se han encontrado, en otros estudios, como importantes en el intento suicida en general en los adolescentes, están la disfunción familiar o familias poco cohesionadas, el acoso entre pares, baja autoestima, abuso sexual, intentos de suicidio previos, antecedentes de enfermedad mental, consumo de alcohol y sustancias psicoactivas, maltrato infantil entre otras (Cañón, 2011; Rueda et al., 2010; Cabra et al., 2010; Carmona et al., 2010).

Como ya se mencionó en esta investigación se halló una alta frecuencia de intento suicida (13,3%) lo que hace pensar que este grupo de adolescentes presenta los factores de riesgo antes mencionados, por ello es importante que desde el colegio se eduque a los padres familia y docentes en relación a estos factores asociados al intento suicida, para trabajar en conjunto en la toma de medidas preventivas y de esta manera también generar factores protectores a través de el acompañamiento permanente a los adolescentes en riesgo desde la psico-orientación para que esta frecuencia disminuya

Como limitación a tener en cuenta en la presente investigación está el grado de confiabilidad que pueden tener las respuestas de los adolescentes.

Conflictos de Interés: ninguno declarado.

Fuentes de financiación: Universidad de Manizales.

Referencias

- Acosta-Gonzalez, A., Castillo-Izquierdo, G., y Castro-Peraza, M. (2006). *Factores de riesgo del intento suicida en adolescentes hospitalizados por esta conducta*. La Habana: Hospital General “Ciro Redondo”.
- Alfaro, A., Valdés, A., Suárez, R., Rodríguez, E., y Durán, J.S. (2011). Factores de riesgo asociados con el intento suicida y criterios de lo ocurrido en adolescentes. *Revista Cubana de Medicina General*, 27(1), 243-265.
- Ángel, M., Fidalgo, E., y Iñaki, P. (2004). La escala Cisneros como herramienta de valoración del mobbing. *Psicothema*, 16(4), 615-624.
- Arroyave, P. (2012). Factores de vulnerabilidad y riesgo asociados al bullying. *Revista CES Psicología*, 5(1), 118-125.
- Ben-Yehuda, A., Aviram, S., Govenzensky, J., Nitzan, U., Levkovitz, Y., & Bloch, Y. (2012). Suicidal behavior in minors-diagnostic differences between children and adolescents. *J Dev Behav Pediatr*, 33(7), 542-547.
- Cabra, O., Infante, D., y Sossa, F. (2010). El suicidio y los factores de riesgo asociados en niños y adolescentes. *Rev Médica Sanitas*, 13(2), 28-35.
- Campo, A., Barrios, J., y Rueda, G. (2009). Propiedades Psicométricas del Cuestionario Cage para consumo Abusivo de Alcohol, Resultados de 3 Análisis. *Rev Colomb Psiquiatr*, 38(2), 294-303.
- Cañón, S. (2011). Factores de riesgo asociados a conductas suicidas en niños y adolescentes. *Arch Med (Manizales)*, 11(1), 62-67
- Carmona, A., Arango, C.A., Castaño-Castrillón, J.J. Escobar, J., García, C.A., Godoy- Martínez S.,...Reinoso, C. (2010). Caracterización del intento de suicidio en una población ingresada a un hospital infantil de Manizales (Caldas-Colombia) 2000-2008. *Arch Med (Manizales)*, 10(1), 9-18.
- Castellanos-Luna, T., Carrillo-Alfonso, T., y Cuervo-Socarrás, N., Molinet-Aroza, H. (2007). Intento suicida en el niño y en el adolescente. *Rev Hosp Psiqu La Habana*, 4(3), 1-2.
- Ceballos-Ospino, G.A. (2004). Características de las personas que consumaron suicidio en la ciudad de Santa Marta (Colombia) durante el año 2002: un informe de casos. *Duazary*, 1(1); 24-28.
- Cuervo, C., Pacheco, P., García, L., y Piraquive, C. (2008). Acoso Escolar a Estudiantes de Educación Básica y Media. *Rev Salud Pública*, 10(4), 517-528.

- Daza, D., Martelo, M., y Domínguez, D. (2011). Epidemiología del suicidio en la ciudad de Santa Marta (Colombia) durante los años 2004-2010. *Duazary*, 2, 159-168.
- Días-de-Mattos, L., Ores, I., Teixeira, G., Sica, A., Azevedo, R., Tavares, R., y Lessa, B. (2010). Ideação suicida na adolescência: prevalência e factores asociados. *J Bras Psiquiatr*, 59(4), 286-292.
- Domínguez-Velásquez, M.G., Betancourt-Ocampo, D., y Cañas-Martínez JL. (2014). Control parental e intento de suicidio en adolescentes mexicanos. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*, 5(2), 240-252.
- Ewing, J. (1984). Detecting alcoholism. The CAGE Questionnaire. *JAMA*, 252(14), 1905-1907.
- Fernández-Liporace, M., y Castro-Solano, A. (2010). Estudio de validación de la escala de autoestima de Rosenberg en población adolescente de la Ciudad de Buenos Aires. *Perspectivas en Psicología*, 7, 24-30.
- Figueroa, I., Fernández, R., Gonzáles, N. (2011). Maltrato entre iguales, psicopatología e intento suicida. En: *X Congreso Nacional de Investigación Educativa, área 17: convivencia, disciplina y violencia en las escuelas*. Veracruz: Consejo Mexicano de Investigación Educativa, A.C., 1-15.
- Flannery, D., Singer, M., & Wester, K. (2001). Violence exposure, psychological trauma, and suicide risk in a community sample of dangerously violent adolescents. *JAACAP*, 40(4), 435-442.
- Forero, L., Avendaño, M., Duarte, Z., y Campo-Arias, A. (2006). Consistencia interna y análisis de factores de la escala APGAR para evaluar el funcionamiento familiar en estudiantes de básica secundaria. *Rev Col Psiquiatr*, 5(35), 23-29.
- Forero, L., Avendaño, M., Duarte, Z., y Campo-Arias A. (2006). Consistencia interna y análisis de factores de la escala APGAR para evaluar el funcionamiento familiar en estudiantes de básica secundaria. *Rev Colomb Psiquiatr*, 5(35), 23-29.
- Fuentes-Lerech, M.M., González-Arias, A.F., Castaño-Castrillón, J.J., Hurtado-Arias, C.F., Ocampo-Campoalegre, P.A., Páez-Cala, M.L.,...Zuluaga-García, L.M. (2009). Riesgo suicida y factores relacionados en estudiantes de 6 a 11 grado en colegios de la ciudad de Manizales (Colombia) 2007-2008. *Arch Med (Manizales)*, 9(2), 110-122.
- Gómez, C., Rodríguez, N., Bohórquez, A., Diazgranados, N., Ospina, M., y Fernández, C. (2002). Factores asociadas al intento de suicidio en la población colombiana. *Rev Colomb Psiquiatr*, 31(4), 271-286.

- Gonzales, C., Ramos, L., Caballero, M., y Wagner, F. (2003). Correlatos psicosociales de depresión, ideación e intento suicida en adolescentes mexicanos. *Psicothema*, 15(4), 524-532.
- González, C., Ramos, L., Vignau, L., Y Ramírez, C. (2001). El abuso sexual y el intento suicida asociados con el malestar depresivo y la ideación suicida de los adolescentes. *Salud Mental*, 24(6), 16-25.
- Jiménez, M., Hidalgo, J., Camargo, C., y Dulce, B. (2014). El intento de suicidio en la población pediátrica, una alarmante realidad. *Rev Cienc Salud*, 12(1), 59-83.
- Lizardi, D., Thompson, R., Keyes, K., & Hasin, D. (2009). Parental divorce, parental depression, and gender differences in adult offspring suicide attempt. *J Nerv Ment Dis*, 197(1), 899-904.
- López-Roig, S., Rodríguez-Marín, J., Martín-Aragón, M., Pastor, M.A., y Reig, M.T. (2007). Propiedades psicométricas de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Estrés (HAD) en población española. *Ansiedad y Estrés*, 13(2-3), 163-176.
- Lui, X. (2004). Sleep and Adolescent Suicidal Behavior. *Sleep*, 27(7), 1351-1358.
- Medina, M., Pérez, R., y Zuluaga, D. (2008). Prevalencia de depresión e ideación suicida en estudiantes de 8º, 9º, 10º y 11º grado, en ocho colegios oficiales de Manizales. *Hacia la promoción de la salud*, 13, 143-153.
- Morra, A., Elorza, C., y Hechenique, H. (2013). Perfil epidemiológico de los intentos de suicidio atendidos en el hospital Dr. Lucio Molas, Santa Rosa, La Pampa, 2011. *Rev Argent Salud Pública*, 4(15), 26-31.
- Noa, J., y Miranda, M. (2010). Factores de riesgo de intento suicida en adolescentes. *Medisan*, 14(3), 353-358.
- Organización Mundial de la Salud. (2000). *Prevención del suicidio un instrumento para trabajadores de atención primaria en salud*. Ginebra: OMS.
- Reyes, W. (2002). Epidemiología de la conducta suicida. *Rev Cubana Med Gen Integr*, 18(2), 139-142.
- Rodríguez, A., Navarro, R., y Venicoc R, Validación de los cuestionarios KFA (CBA) Y CAGE para diagnóstico del alcoholismo. (1986). *Drogacohol*, 11, 132-139.
- Rojas-Barahona, C.A., Zegers, B., y Foster, C.E. (2009). La escala de autoestima de Rosenberg: Validación para Chile en una muestra de jóvenes adultos, adultos y adultos mayores. *Rev Med Chile*, 137, 791-800.

- Rosselló, J., y Hernández, M. (2004). Ideación suicida, depresión, actitudes disfuncionales, eventos de vida estresantes y autoestima en una muestra de adolescentes Puertorriqueños. *Revista Interamericana de Psicología*, 38(2), 295-302.
- Rueda, G., Rangel, A., Castro, V., y Camacho, A. (2010). Suicidabilidad en adolescentes, una comparación con población adulta. *Rev Colomb Psiquiatr*, 39(4), 683-692
- Salvo, G.L., & Melipillán, R. (2008). Predictores de suicidalidad en adolescentes. *Rev Chil Neuro-psiquiatr*, 46(2), 115-123.
- Schilling, E., Aseltine, R., Gланovsky, J., James, A., & Jacobs D. (2008). Adolescent alcohol use, suicidal ideation, and suicide attempts. *J Adolesc Health*, 44, 335-341.
- Stefanello, S., Filinto, C., Fabricio, M., VazScavacini, G., & Botega, N. (2007). Gender differences in suicide attempts: preliminary results of the multisite intervention study on suicidal behavior (supre-miss) from Campinas, Brazil. *Rev Bras Psiquiatr*, 30(2), 139-143.
- Takahashi, Y. (2001). Depression and Suicide. *JAMA*, 44(8), 359-363.
- Talbot, N., González, I., Duberstein, P.R., Cox, C., Denning, D., & Conwell, Y. (2004). Preliminary report on childhood sexual abuse, suicidal ideation, and suicide attempts among middle-age and older depressed women. *Am J Geriatr Psychiatry*, 12(5), 536-538.
- Téllez, J., y Forero, J. (2006). *Suicidio: Neurobiología, factores de riesgo y prevención*. Bogotá: Nuevo Milenio Editores.
- Toro, D., Paniagua, R., González C, y Montoya, B. (2009). Caracterización de adolescentes escolarizados con riesgo de suicidio, Medellín, 2006. *Rev Fac Nac Salud Pública*, 27(3), 302-308.
- Valadez, I., Amezcua, R., Gonzáles, N., Montes, R., y Vargas V. (2011). Maltrato entre iguales e intento suicida en sujetos adolescentes escolarizados. *Revista Latinoamericana De Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 2(9), 783-796.
- Valdivia, M., Silva, D., Sanhueza, F., Cova, F., y Melipillán, R. (2015). Prevalencia de intento de suicidio adolescente y factores de riesgo asociados en una comunidad rural de la provincia de Concepción. *Rev Med Chile*, 143, 320-328.
- Ventura, R., Carvajal, C., Undurraga, S., Vicuña, P., Egaña, J., y Garib, M. (2020). Prevalencia de ideación e intento suicida en adolescentes de la Región Metropolitana de Santiago de Chile. *Rev Med Chile*, 138, 309-315.

- Vera-Romero, O.E., y Díaz-Vélez, C. (2012). Suicidio en adolescentes de Sudamérica: un problema creciente. *Salud Publica Mex*, 54(4), 363-367.
- Villalobos, F. (2009). Situación suicida en colegios y universidades de San Juan de Pasto, Colombia. *Salud Mental*, 32(3),165-171.
- Wasserman, D., Cheng, Q., & Jiang, G. (2005). Global suicide rates among young people aged 15-19. *World Psychiatry*, 4(2), 114-120.