

UNIVERSIDAD DE MANIZALES
FACULTAD DE MEDICINA
CENTRO DE INVESTIGACIONES
ARTICULO



Tendencias de ideación suicida y factores de riesgo relacionados, en estudiantes de 6° a 11° grado en colegios de Manizales (Colombia). 2007- 2008.

Autores:

María Mercedes Fuentes Lerech
Jose Jaime Castaño Castrillón Fis. M.Sc.
Andrés Felipe González Arias
Carlos Felipe Hurtado Arias
Paola Andrea Ocampo Campoalegre
Martha Luz Páez Cala Psic. M.Sc
Diana Marcela Pava Garzón
Lina María Zuluaga García

Manizales, Junio del 2008

Tendencias de ideación suicida y factores de riesgo relacionados, en estudiantes de 6° a 11° grado en colegios de Manizales (Colombia). 2007- 2008.

*Maria Mercedes Fuentes Lerech**, *Jose Jaime Castaño Castrillón Fis. M.Sc.***, *Andrés Felipe González Arias**, *Carlos Felipe Hurtado Arias**, *Paola Andrea Ocampo Campoalegre**, *Martha Luz Páez Cala Psic. M.Sc.****, *Diana Marcela Pava Garzón**, *Lina María Zuluaga García**.

Resumen

Introducción: En los últimos 45 años las tasas de suicidio se han incrementado un 60% en el mundo. En el 2001 la tercera parte de los adolescentes presentaron intentos suicidas. 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 identificar los factores de riesgo de ideación 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; 15,3% fuman, un 8,8% consumen drogas. 19,9% presentan antecedentes familiares de intento suicida; solo el 31,6% tenían buena función familiar, 11,4% disfunción familiar severa, 16,6% presentaban ansiedad y 2,9% depresión. 39,2% son dependientes del alcohol, 10,2 habían efectuado un intento suicida y 12,8% presentaron riesgo suicida.

Discusión: 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 ideación suicida.

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

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

Summary

Introduction: In the last 45 years the suicide rates has increased 60% around the world. In 2001 the third part of teenagers has shown suicide attempts. The risk factors identified are: be women, 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 was identify the risks factors of suicide ideation 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, 15,3% smoke, 8,8% consume drugs, 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, 10,2% had a previous suicide attempt, and 12,8% had suicide risk.

Discussion: it is conclude 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 risk of suicide ideation.

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

* Estudiante 10° Semestre, Facultad de Medicina, Universidad de Manizales.

** Profesor Asociado, Director Centro de Investigaciones, Facultad de Medicina, Universidad de Manizales. Cra 9 # 19-03, Manizales, Caldas, teléfono 8841450. Correo : jcast@umanizales.edu.co.

*** Profesora Asistente, F. de Medicina, Universidad de Manizales. Correo: marthapaez315@yahoo.es.

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 países⁴. Para el grupo de edad de 15 a 35 años se constituye en una de las tres primeras causas de muerte⁵. En la actualidad se considera la novena causa de muerte en países desarrollados⁶.

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 el 10 y el 15 % de las personas que lo intentan, posteriormente consuman el suicidio⁷. 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, 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. Se ha con-

cluido 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 elevado para ideación suicida en el género femenino; sin embargo, la ideación suicida es de mayor riesgo en hombres, pues estos consuman el suicidio en una mayor proporción^{3,10,11,12,13,14,15}. 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"¹⁶.

Los trastornos psiquiátricos son sin duda una de las variables más asociadas con el suicidio, hasta un 90% de las personas que comenten suicidio presentan al menos uno de los diagnósticos psiquiátricos basados en el DSM IV¹⁷, 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 mas 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 bipolar¹⁸, 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 casos^{19,20}. No obstante, no solo esta entidad psiquiátrica esta 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 conductas antisocial. Se demostró que esta última solo estaba presente cuando había antecedente de consumo de sustancias o alcohol^{21,22}. 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 ideación o conducta suicida se incrementan^{23,24,25}.

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 depresivos²⁶.

Se demostró que la cohesión familiar fue un factor protector para los individuos que tienen intentos suicidas, y que 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 familiares²⁶.

Teniendo en cuenta los anteriores hallazgos, el presente estudio pretende identificar los factores de riesgo de ideación suicida presentes en adolescentes de cuatro colegios de la ciudad de Manizales; establecer un perfil socio-demográfico, epidemiológico y analizar los hallazgos en términos de factores protectivos y riesgo suicida. Al mismo

tiempo establecer la relación entre el riesgo de ideación suicida y variables como las redes sociales de apoyo, la disfunción familiar, la ansiedad, depresión, estrés, desesperanza, consumo de sustancias psicoactivas y el nivel socioeconómico bajo.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio de corte transversal, en 4 colegios de Manizales de la jornada diurna, con alumnos de grados 6 a 11, matriculados en los años 2007 y 2008. Población conformada por 2889 alumnos de la jornada diurna de 4 colegios de Manizales, que cursan los grados de 6 a 11 y matriculados en los años 2007 y 2008. Con una frecuencia esperada de 50%, y peor frecuencia esperada aceptable de 45%, y con un universo de 2889 alumnos, y al 95% de confianza el tamaño de la muestra obtenido fue de 339 alumnos (cálculos efectuados con el programa estadístico **Epiinfo v**). 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)²⁷, edad (adolescencia temprana de 10 a 14 años, media de 15 a 17 años y tardía de 18 a 21 años)²⁸, actividad extra académica (deportes, artes, trabajo) y año escolar (sexto, séptimo, octavo, noveno, décimo y once). Se aplicaron a los alumnos los siguientes cuestionarios: cuestionario de indicadores de riesgos, Apgar Familiar²⁹, Escala de Riesgo Suicida de R. Plutchik y HM Van^{30,31}, Escala de Desesperanza de Beck^{32,33}, Escala de Depresión Hospitalaria^{34,35}, Cuestionario de Alcoholismo de Cage^{36,37} y el Ecomapa^{38,39,40,41,42,43}.

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 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. Los estudiantes matriculados en colegios públicos mixtos de la ciudad representaban el 91,8% (325) y solo el 8.2% a colegio privado (Tabla 1).

Respecto a la tipología familiar, la mayoría (41,8%) son familias nucleares y en su 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.

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
Num. 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
\bar{u}	14,1	
σ	1,9	
Min	8	
Max	20	

Al analizar las diferentes actividades extraacadémicas de los alumnos incluidos en el estudio (Tabla 2), aparece muy poca diferencia entre los que realizan actividades extraacadémicas, 59,1% y los que no, 40.9%. 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%, seguida de la religión cristiana, 11.9% y solo un 3% a otras corrientes religiosas

En cuanto al consumo de tabaco 84,7% no fuman y 8,8% manifiestan consumir sustancias psicoactivas, ubicándose en primer lugar el poppers con 48,4%; 24,2% ha experimentado desengaños amorosos.

El 10,2% no presentan antecedentes de intento suicida, pero 19,9% de la muestra 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).

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 psiquiatria		
Si	13	3,7
No	336	96,3
Enfermedad crónica		
Si	43	12,3
No	308	87,7

La Tabla 3. muestra el tipo de interacción de la población estudiada con las redes sociales. Se encontró que el 79,8% (280) tenían una buena relación con su familia, 82,5% (288) con sus amigos, 43,6% (152) con la iglesia, 70,7% (244) con medios de comunicación como radio y televisión, 76,9% (267) con la educación y 66,1% (72) con otras actividades. La anterior tabla muestra que un 5,1% (18) califican como conflictiva la relación con su familia, 18,6% tenían una relación distante con la iglesia o y no había relación con la misma en un 13,5%(47). Según el apgar familiar, el 31,6% (108) tenían una buena función familiar 33,6% (39) disfunción leve y 11,4% (39) disfunción severa (Tabla 4).

Tabla 3. Ecomapa presentado por la población de estudiantes de secundaria de un colegio público de Manizales estudiada.

	Buena Relación		Relación Muy Estrecha		No Hay Relación		Relación Conflictiva		Relación Distante	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Familia	28	79.8	39	11.1	1	0.3	18	5.1	13	3.7
Vecinos	14	40.7	70	20.1	80	22.9	7	2	50	14.3
Amigos	28	82.5	50	14.3	1	0.3	1	0.3	9	2.6
S. Salud	17	51.3	60	17.3	57	16.4	7	2	45	13
Iglesia	15	43.6	78	22.3	47	13.5	7	2	65	18.6
R y TV	24	70.7	64	18.6	17	4.9	1	0.3	19	5.5
Trabajo	14	46.6	58	18.6	86	27.7	5	1.6	17	5.5
Educación	26	76.9	65	18.7	3	0.9	7	2	5	1.4
Otros	72	66.1	10	9.2	20	18.3	1	0.9	6	5.5

16,6% (56) constituían un caso de ansiedad, 2,9% (10) depresión, 29,1% (98) se encontraba como caso probable de ansiedad y un 8,2% (28) de depresión. 32,3% (113) de los participantes manifestó consumir alcohol, de los cuales 39,2% (47) son dependientes, mientras 27,5% (33) tiene problemas con el mismo. (Tabla 4).

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 de ideación suicida; solo el 59% de la población no presenta ningún riesgo (Tabla 4). A su vez la escala de riesgo suicida de Plutchik mostró al 12,8% de la población con un alto riesgo.

La Tabla 5 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 4. 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
Total	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	292	87,2
Alto	43	12,8
Total	335	100

Tabla 5. 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	303	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

Relaciones entre variables.

Empleando la prueba de χ^2 se encontró una relación significativa ($p=0,012$) entre género y riesgo de ideación suicida según Plutchik. Existe mayor proporción de sexo femenino entre los estudiantes con riesgo suicida alto, esta proporción se invierte entre los estudiantes sin ries-

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 2 el predominio de disfunciones familiares moderadas y severas entre los jóvenes con riesgo suicida alto. 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 ($p=0,000$). Para ninguna de las dos medidas de riesgo suicida se presentó relación significativa con Tipo de



Figura 1. Relación entre Género e Ideación suicida según Plutchik en jóvenes de colegios públicos y privados de la ciudad de Manizales.

go suicida (Figura 1). Esta misma dependencia no fue encontrada en referencia al riesgo suicida según Beck.

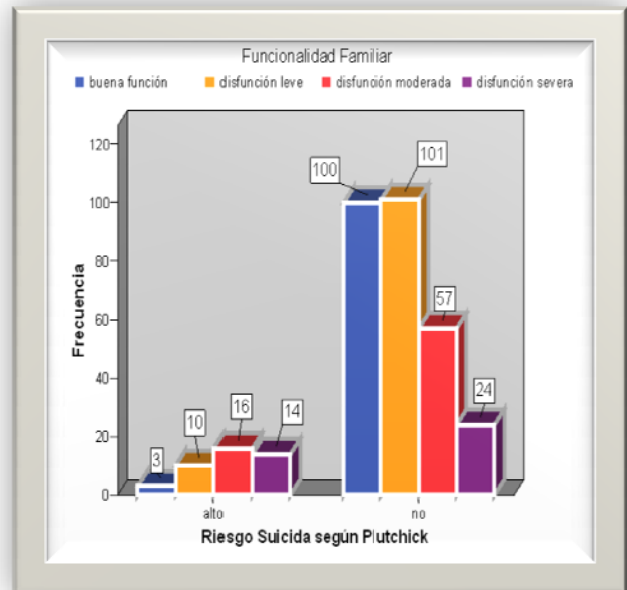


Figura 2. Relación entre riesgo suicida según Plutchik y la funcionalidad familiar para jóvenes estudiantes de colegios públicos y privados de Manizales.

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 3 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).

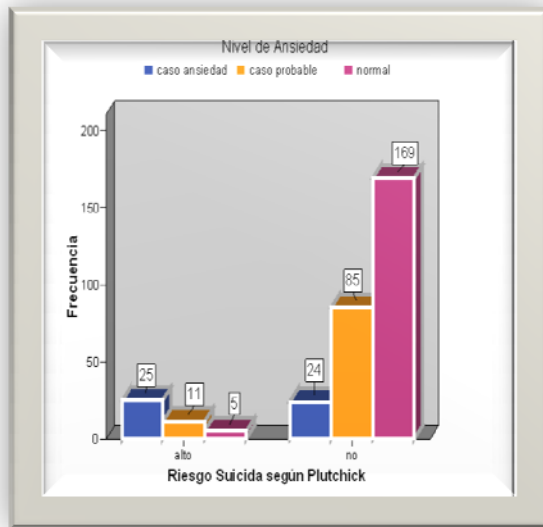


Figura3. Relación entre el riesgo suicida según Plutchik y el nivel de ansiedad de jóvenes de varios colegios públicos y privados de la Ciudad de Manizales.

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 $p<0,1$). La figura 4 muestra la dependencia con consumo de alcohol, es notorio que 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.

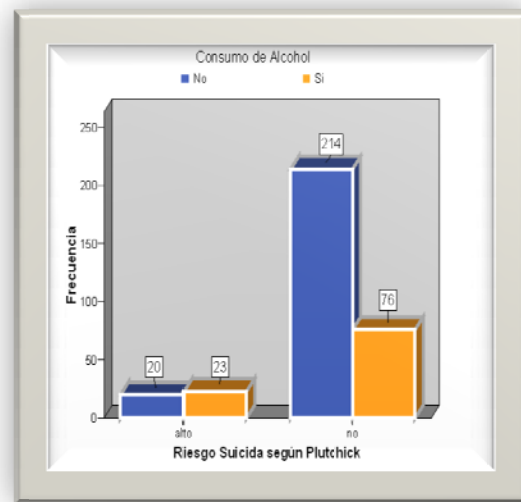


Figura 4. Relación entre el riesgo suicida según Plutchik y el consumo de alcohol entre jóvenes de colegios de Manizales.

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 Ideación suicida según Beck, y nivel de dependencia alcohólica según Cage.

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 ex-

tracurriculares, 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 tratamiento psicológico. Resultados análogos mostró el riesgo suicida según Beck con relación a estas variables, pues las decepciones amorosas ($p=0,001$), tratamiento psicológico previo ($p=0,036$), antecedente personal de intento suicida ($p=0,000$) mostraron relación significativa.

Tabla 6. Relación entre Riesgo suicida según Plutchik, y antecedentes de intento suicida

Intento Suicida	Riesgo Suicida según Plutchik	
	Alto	No
No	21(7%)	278 (93%)
Si	22 (62,9%)	13 (37,1%)

La Tabla 6 despliega la relación entre Riesgo Suicida según Plutchik, y antecedentes de intento suicida. En esta tabla resalta el hecho que 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 algunos 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 5). Resultados análogos se encontraron con el riesgo suicida según Beck.

También para el caso de Funcionalidad Familiar y teniendo en cuenta el puntaje

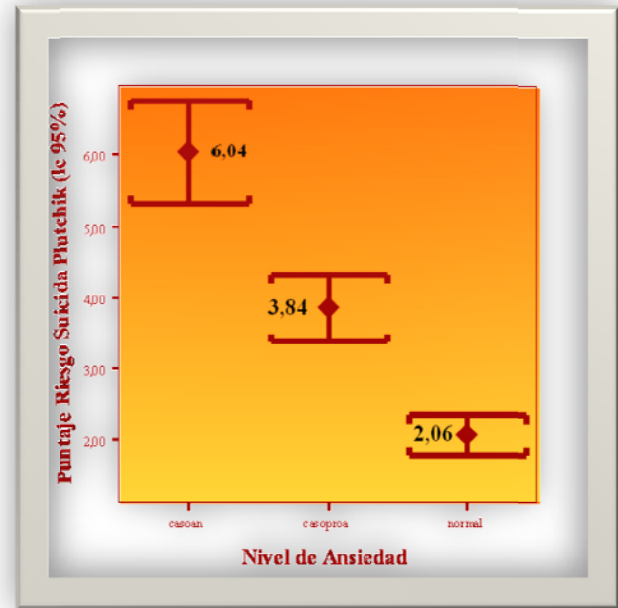


Figura 5. Dependencia entre el puntaje de riesgo suicida según Plutchik y Ansiedad para jóvenes estudiantes de colegios públicos y privados de la ciudad de Manizales.

de ideación suicida según Plutchik y Beck, se encontraron relaciones significativas, empleando el mismo procedimiento ($p=0,000$ en ambos casos). En la figura 10 se muestra esta dependencia para el caso de riesgo suicida según Plutchik. Allí se observa de una manera muy clara que los jóvenes provenientes de familias con disfunción moderada y severa presentan significativamente mayor puntaje de ideación suicida según Plutchik, que las familias que presentan disfunción leve. A su vez muy claramente resalta en esta gráfica que el puntaje para los jóvenes cuyos familias presentan disfunción leve, es mayor que para aquellas familias que presentan buena función.

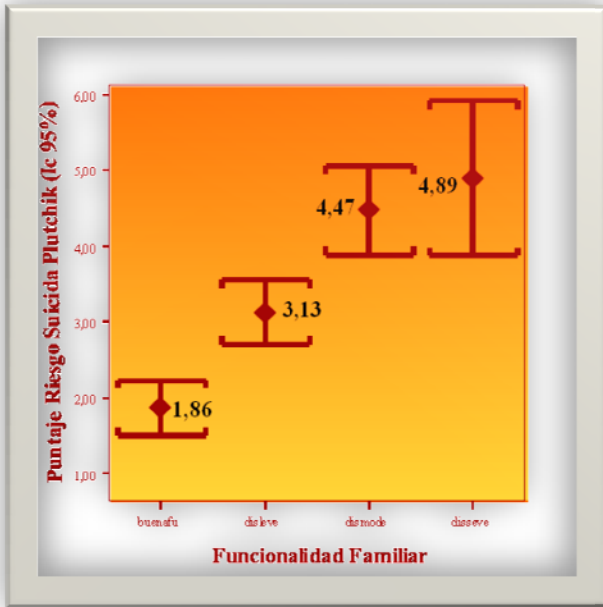


Figura 6. Relación entre puntaje de riesgo suicida según Plutchik y funcionalidad Familiar para jóvenes de colegios de Manizales.

En el presente trabajo se emplearon dos medidas de ideación 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 ideación 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 7. donde resalta el alto valor de R^2 calculado (Figura 7), 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

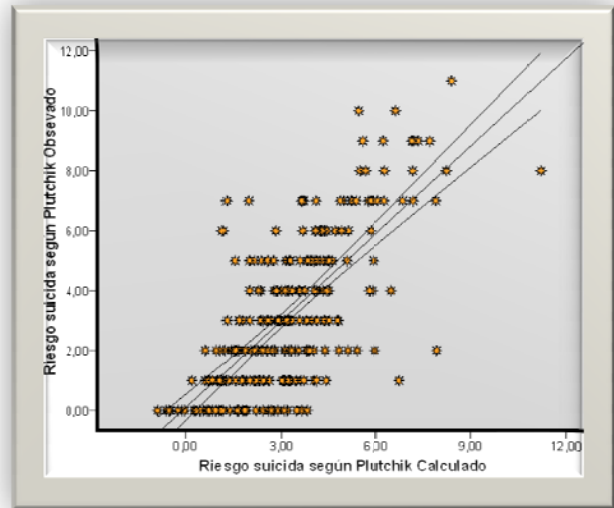


Figura 7. Gráfica de dispersión entre el valor de riesgo suicida según Plutchik, y el valor predicho por el modelo de regresión lineal intentado

Funcionalidad familiar, ansiedad y depresión. Para la otra medida resultan ser significativas edad, Funcionalidad familiar, ansiedad y depresión.

Tabla 7. 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 según zung	0,000	0,000
Depresión según zung	0,000	0,000
Relaciones	0,103	0,566

DISCUSIÓN

Con respecto a los factores de riesgo para ideación suicida en la población estudiada, se encontró que tanto la disfunción familiar moderada a severa y la decepción amorosa aumentan el riesgo

de desarrollar ideación suicida,² lo cual concuerda con otros hallazgos, ya que la disfunción familiar y la decepción amorosa aumentan este riesgo. Así mismo muestran mayor frecuencia de ideación suicida los jóvenes entre 16 y 17 años con predominio de sexo femenino¹¹, quienes presentan antecedentes familiares y personales de intento suicida, al igual que el consumo de cigarrillo asociado a sustancias psicoactivas, en las que se destacan el poppers y la marihuana.

En la literatura se concluye que los hombres son más propensos a conductas suicidas puesto que emplean métodos más letales, mientras que las mujeres presentan riesgo mayor para ideación suicida, esto último concuerda con los presentes hallazgos^{3, 5, 7, 8, 9, 10, 11 y 12}. En cuanto al contexto social se refiere, no hubo diferencia significativa entre estrato socioeconómico bajo y tipo de familia.

La ansiedad y la depresión se ubican como coadyuvantes potenciales para el surgimiento de conducta suicida, especialmente cuando los factores de riesgo están presentes⁷, lo cual apoya lo encontrado en el estudio actual. Los participantes con consultas previas a Psicología y Psiquiatría guardan una estrecha relación como factor de riesgo⁶, lo cual es muy frecuente en la población estudiada. Esto se respalda con el aumento progresivo de las tasas suicidas en las personas con antecedentes psiquiátricos tales como esquizofrenia, ansiedad, depresión y otros trastornos del ánimo^{17, 18}.

Como lo demuestra este estudio, la depresión como factor de riesgo de una conducta o ideación 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 de ideación suicida³⁸. 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 de ideación suicida.

Las enfermedades somáticas, especialmente si son incapacitantes o de curso crónico se consideran importantes en el desarrollo de ideación suicida, ya que el hecho de ser diagnosticadas crea un estado de pérdida en estas personas con su posterior proceso de duelo o posible depresión.³⁹ 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 tendencias suicidas, como es de esperar por ejemplo en cuanto a la práctica deportiva que se constituiría en un factor protector importante.

Al analizar los datos obtenidos es clara 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 tratamiento 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 Usuaria del Hospital Vilardebó.** *Rev Psiquiatr Urug* 2004; 68(2):147-161.

⁴ 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.

⁵ WHO. **Preventing suicide: a resource for primary health care workers.** Geneva: *Department of Mental Health, World Health Organization*; 2000. p. 5-6.

⁶ Kaplan HI, Sadock BJ. **Sinopsis de psiquiatría.** 8th ed. Madrid: *Editorial Médica Panamericana*; 2000. p. 1423-5.

⁷ Trenzado N, Parras E, Feliú T. **Suicidio, Cuarta Causa de Muerte en Cardenas.** *Rev Cubana Hig Epidemiol* 2001; 39(2): 115-119.

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 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.

¹¹ Joseph H, Reznik I, Mester R. **Suicidal Behavior of Adolescent Girls: Profile and Meaning.** *Isr J Psychiatr Relat Sci* 2003; 40(3): 209-220.

¹² 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.

¹³ Dajas F. **Alta tasa de Suicidio en Uruguay, IV: La Situación Epidemiológica Actual.** *Rev Med Uruguay* 2001; 17(1): 24-32.

¹⁴ 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.

¹⁵ Molina R, Navarro E. **Factores de Riesgo Asociado al Suicidio e Intento de Suicidio.** *Salud Uninorte. Barranquilla.* 2003; 17: 19-28.

¹⁶ Herrera P, Avilés K. **Factores Familiares de Riesgo en el Intento Suicida.** *Rev Cubana Med Gen Integr* 2000; 16(2):134-138.

¹⁷ López-Ibor A, Juan J, Valdés M. **DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico**

de los trastornos mentales. **Texto revisado**, Barcelona: *Masson*; 2002.

¹⁸ Brent D, Birmaher B. **Adolescent Depression**. *N Engl J Med* 2002; 347(9): 667-671.

¹⁹ Puentes E, López L, Martínez T. **La mortalidad por suicidios: México 1990-2001**. *Rev Panam Salud Pública*. 2004; 16(2):102-109.

²⁰ 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.

²¹ 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.

²² 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.

²³ 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.

²⁴ Roy I, Malvin J. **Gender in Suicide Attempt Rates and Childhood Sexual Abuse Rates: Is There an Interaction? Suicide & Life. Threatening Behavior**. *New York*. 2006; 36(3): 329-335.

²⁵ Ceballos G, Arroyave J, Díaz S, Vergara K. **Características Psicosociales del Suicidio en la Ciudad de Santa Marta (Colom-**

bia) Durante los Años 2002-2003. Santa Marta. *Asociación Colombiana para el Avance para las Ciencias del Comportamiento*. 2005.

²⁶ 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.

²⁷ DANE. Censo 1993. **Resumen Nacional, XVI Censo Nacional de Población y V de Vivienda**. Bogotá: *DANE*; 1996.

²⁸ Rojas E, Sarmiento F. **Adolescencia**. En: **Pediatría Diagnóstico y Tratamiento**. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá. *Celsus*; 2003.

²⁹ Smilkstein G. **Family APGAR analyzed**. *Fam Med* 1993;5:293-4.

³⁰ 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.

³¹ 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.

³² Beck AT, Weissman A, Lestaer D, Trexler L. **The Measurement of Pessimism. The Hopelessness Scale**. *J Consult Cli Psychol* 1974; 42: 861-865.

³³ 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.

³⁴ Zigmong A, Snaith R. **The Hospital Anxiety and Depression Scale.** *Acta Psychiatr Scand* 1983; 67: 361-370.

³⁵ Caro I, Ibáñez E. **La Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión.** *Bol Psicol.* 1992; 36: 43-69.

³⁶ Swing J. **Detecting Alcoholism, The CAGE Questionnaire.** *J Am Med Assoc* 1984; 252: 1905- 1907.

³⁷ 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.

³⁸ Shines D. **Medicina Familiar. Guía práctica.** Bogotá: Editorial Mc Graw Hill; 1983.

³⁹ Molina U. **Salud Familiar.** Bogotá: Ascofame; 1988.

⁴⁰ Mejia D. **Salud Familiar ISS.** Bogotá: Ascofame: 1990.

⁴¹ 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.

⁴² Albanesi S. **Ideación suicida en varones diabéticos.** *Alcmeon, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica* 2007. 14(1): 49 - 60.