

**FACTORES ASOCIADOS A LA CONDUCTA SUICIDA EN ADOLESCENTES  
BOGOTANOS QUE CURSAN ENTRE 9 Y 11 GRADO  
DE INSTITUCIONES EDUCATIVAS**

**ANGELA MARIA MOLINA CASTRO  
ANA MARIA VALBUENA GARCIA**

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BUCARAMANGA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD, PROGRAMA DE MEDICINA  
ESPECIALIZACION EN EPIDEMIOLOGIA  
BUCARAMANGA  
2016**

**FACTORES ASOCIADOS A LA CONDUCTA SUICIDA EN ADOLESCENTES  
BOGOTANOS QUE CURSAN ENTRE 9 Y 11 GRADO  
DE INSTITUCIONES EDUCATIVAS**

**ANGELA MARIA MOLINA CASTRO  
ANA MARIA VALBUENA GARCIA**

**Proyecto de grado para optar el título de  
Especialista en Epidemiología**

**Director  
PAUL ANTHONY CAMACHO,  
MD.; MSc EPIDEMIOLOGÍA  
DIRECTOR DEL PROGRAMA ESPECIALIZACIÓN EN EPIDEMIOLOGIA UNAB**

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BUCARAMANGA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD, PROGRAMA DE MEDICINA  
ESPECIALIZACIÓN EN EPIDEMIOLOGIA  
BUCARAMANGA  
2016**

**NOTA DE ACEPTACIÓN**

---

---

---

---

---

---

FIRMA DEL DIRECTOR

---

FIRMA JURADO

---

FIRMA JURADO

Bucaramanga, Diciembre 2015

## **AGRADECIMIENTOS**

Los autores agradecen a:

Dr. Paul Camacho por todos sus aportes, apoyo, tiempo, y sobre todo por creer siempre en nosotras desde la idea original para esta investigación hasta la culminación del proyecto.

Dr. Juan Carlos Uribe Caputi, docente del programa de posgrado por hacer parte de la creación, construcción y consolidación del protocolo y trabajo de campo.

A las instituciones educativas, a los estudiantes colaboradores y a sus padres por su participación en el estudio.

Finalmente pero de manera muy especial, agradecemos a nuestras familias por su incondicionalidad, por escucharnos, darnos ánimos en cada paso que debimos dar y no dejarnos vencer ante los arduos momentos que afrontamos en este proceso.

## TABLA DE CONTENIDOS

	<b>Pág.</b>
INTRODUCCIÓN	
13	
<b>1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN</b>	<b>15</b>
1.1 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	16
<b>2. OBJETIVOS</b>	<b>17</b>
2.1 OBJETIVO GENERAL	17
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	17
<b>3. MARCO TEÓRICO</b>	<b>18</b>
3.1 EPIDEMIOLOGÍA	18
3.2 FACTORES DE RIESGO	20
3.2.1 Edad	21
3.2.2 Género	22
3.2.3 Grupo étnico	23
3.2.4 Trastornos psiquiátricos	23
3.2.5 Intento suicida previo	24
3.2.6 Antecedentes familiares	25
3.2.7 Exposición a la violencia o victimización	26
3.2.8 Factores biológicos	26
3.2.9 Acceso a recursos que permitan el suicidio	27
3.2.10 Alcohol y consumo de drogas	27

3.2.11 Exposición al suicidio	27
3.2.12 Estrés social	27
3.2.13 Orientación sexual	28
3.2.14 Factores emocionales y cognitivos	28
<b>4. HIPÓTESIS</b>	<b>30</b>
4.1 ALTERNATIVA	30
<b>5. METODOLOGÍA</b>	<b>31</b>
5.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN	31
5.2 UNIVERSO Y MUESTRA	31
5.2.1 Universo	31
5.2.2 Población y muestra	31
5.2.3 Criterios de selección	31
5.2.3.1 Criterios de inclusión	31
5.2.3.2 Criterios de exclusión	31
5.3 DISEÑO MAESTRAL	32
5.3.1 Parámetros	32
5.3.2 Tipo de muestreo	32
5.4 VARIABLES	32
5.5 PROCEDIMIENTO	33
5.5.1 Implementación	33

5.5.2 Prueba piloto	34
5.5.3 Desarrollo	34
5.6 PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS	35
5.6.1 Tabulación	35
5.6.2 Análisis	35
5.6.2.1 Análisis descriptivo	35
5.6.2.2 Análisis bivariado	36
5.7 CONTROL DE SESGOS	36
<b>6. CONSIDERACIONES ÉTICAS</b>	<b>38</b>
<b>7. RESULTADOS</b>	<b>40</b>
7.1 ANÁLISIS DESCRIPTIVO	40
7.2 ANÁLISIS BIVARIADO	46
<b>8. DISCUSIÓN</b>	<b>51</b>
<b>9. CONCLUSIONES</b>	<b>54</b>
<b>10. BIBLIOGRAFIA</b>	<b>56</b>
<b>11. ANEXOS</b>	<b>64</b>

## LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Características según sexo.	40
Tabla 2. Resultados de los Test por sexo	41
Tabla 3. Conducta suicida en hombres y mujeres	42
Tabla 4. Caracterización de la ideación suicida	43
Tabla 5. Caracterización del intento suicida	45
Tabla 6. Resultados de análisis bivariado intento suicida	46
Tabla 7. Resultados de análisis bivariado ideación suicida	47
Tabla 8. Resultado de análisis bivariado de los resultados obtenido en los tests e intento suicida	48
Tabla 9. Resultado de análisis bivariado de los resultados obtenido en los tests e ideación suicida	49
Tabla 10. Análisis bivariado Orientación sexual e ideación suicida	49
Tabla 1. Análisis bivariado Orientación sexual e intento suicida	50



## LISTAS DE FIGURAS

Figura 1. Descripción Sustancias Psicoactivas

42

## LISTA DE ANEXOS

Anexo A. Operacionalización de las variables	64
Anexo B. Cuestionario a participantes	68
Anexo C. Consentimiento informado	81

## RESUMEN

**TÍTULO:** FACTORES ASOCIADOS A LA CONDUCTA SUICIDA EN ADOLESCENTES BOGOTANOS QUE CURSAN ENTRE 9 Y 11 GRADO\*<sup>1</sup>

**AUTORES:** ANGELA MARIA MOLINA CASTRO\*\*  
ANA MARIA VALBUENA GARCIA\*\*

**Palabras clave:** Suicidio, intento suicida, ideación suicida, adolescentes,

**Introducción:** En los últimos años, se ha observado un aumento del intento suicida entre la población joven, sin embargo, no es posible explicar específicamente este fenómeno; las tasas más altas de suicidio en nuestro país se encuentran en los grupos etarios correspondientes a 15-24 años, siendo esta una conducta evitable es necesario conocer el comportamiento y las características de esta problemática en nuestro territorio.

**Objetivo:** Determinar la prevalencia de conducta suicida y describir los factores asociados en adolescentes de 9 a 11 grado de instituciones educativas de la ciudad de Bogotá D.C.

**Método:** Estudio transversal analítico; se aplicó un cuestionario autoaplicado para determinar la prevalencia y características de la conducta suicida, en una muestra no probabilística de estudiantes de 9, 10 y 11 grado en Bogotá. Se realizó análisis bivariado de las variables en la población estudiada.

**Resultados:** Se aplicaron 459 encuestas a estudiantes entre 9 a 11 grado en 6 instituciones públicas de Bogotá, el 41% presento ideación suicida alguna vez en su vida, y el 20,7% de los adolescentes cometieron alguna vez un intento suicida. Las variables asociadas más frecuentes en la población con intento suicida fueron: sexo femenino OR=2,36 (1,49-3,76), bisexualidad OR 4,64 (1,83-11,77), percepción de disfunción escolar OR 2,41(1,31-4,44), depresión OR= 6,32 (3,46-11,55), intento suicida familiar OR= 5,33 (3,28, 8,65), antecedentes psiquiátricos personales OR= 4,19 (2,38-7,40) y familiares OR= 2,68 (1,61-4,46).

**Conclusiones:** Las características más sobresalientes fueron similares a las reportadas en la literatura científica, siendo la depresión y familiar con intento suicida previo los mas representativos. Se encontró una prevalencia mayor a la esperada para este grupo etario, hallazgo que podría explicarse porque un gran número de casos de suicidio no consumado no consultan en el sistema de salud.

---

\* Tesis de grado

\*\* Universidad Autónoma De Bucaramanga. Facultad de ciencias de la salud. Programa de Medicina. Especialización en Epidemiología. Director: Paul Anthony Camacho

## ABSTRACT

**TITLE:** ASSOCIATED FACTORS WITH THE SUICIDAL BEHAVIOR IN ADOLESCENTS FROM BOGOTA, STUDENTS IN GRADES 9 THROUGH 11.\*

**AUTHORS:** ANGELA MARIA MOLINA CASTRO\*\*  
ANA MARIA VALBUENA GARCIA

**KEY WORDS:** Suicide, Suicide Attempted, Suicidal Ideations, adolescent.

**Introduction:** In recent years, an increase in the suicide attempt had been observed among young population, however, it is not possible to specifically explain; the higher suicide rates in our country are in the age groups of 15-24 years; being a preventable conduct, an assessment of behavior is necessary in Colombian adolescents.

**Objective:** To determine the prevalence and describe de associated factors for suicidal behavior in adolescents students in grades 9 through 11 in educational institutions from Bogotá.

**Methods:** A questionnaire-based cross-sectional study was conducted to identify prevalence and some associated factors about suicidal behavior, non-probability sampling was used. Bivariate analysis of the variables was performed in the study population.

**Results:** Data were collected on 459 students in six institution applies in Bogota, 41% reported suicidal ideation at some time in their lives, and 20,7% committed at least one suicide attempt throughout their life, the variables associated with suicidal behavior in this population: Female OR=2,36 (1,49-3,76), bisexuality OR 4,64 (1,83-11,77), school dysfunction OR 2,41(1,31-4,44), depression OR= 6,32 (3,46-11,55), suicide attempt by family members OR= 5,33 (3,28, 8,65), personal psychiatric history OR= 4,19 (2,38-7,40) and familiar psychiatric history OR= 2,68 (1,61-4,46).

**Conclusion:** we noted that the outstanding characteristics are depression and suicide attempt by family members. A higher prevalence was found than expected for this age group, a finding that might be explained because not all suicide cases unconsummated consult the health system.

---

\* Project of grade

\*\* Autonomous University of Bucaramanga. Faculty of Health Sciences. Medicine program. Specialization in Epidemiology.

## INTRODUCCIÓN

El suicidio es considerado un problema de salud pública y es definido por la OMS como: “un acto con resultado letal deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto sabiendo o esperando su resultado letal y a través del cual pretende obtener los cambios deseados”. Cada año alrededor de un millón de personas mueren por cometer acto suicida; se encuentra entre las tres primeras causas de muerte en las personas de 15 a 44 años y la segunda en el grupo entre los 10 y 24 años , se estima ocurre una muerte cada 40 segundos por esta causa<sup>1</sup>. En la conducta suicida hay evidencia implícita o explícita de un deseo aparente o intención de morir con alguna finalidad. La conducta suicida puede no provocar lesiones, provocarlas con diferente gravedad, dentro de este comportamiento encontramos la ideación, la amenaza, el intento de suicidio y el suicidio consumado.<sup>2</sup>

La adolescencia es considerada el período comprendido entre los 10 y 19 años en la que se originan cambios biológicos, psicológicos y sociales; se calcula que una de cada cinco personas en el mundo es adolescente. El 85 % de ellos vive en países pobres o de ingresos medios, y alrededor de 1,7 millones de ellos mueren cada año.<sup>3</sup> El suicidio es un problema importante de salud pública en la población de niños y adolescentes de todo el mundo. La ideación suicida a menudo precede a los intentos de suicidio hasta en un 34 % de los casos<sup>1</sup>, existen entre 50 y 100 intentos de suicidio en adolescentes por cada suicidio consumado.<sup>4</sup>

El suicidio puede evitarse, se ha calculado que el 80% de las personas avisan de su intención y hasta un 50 % manifiestan el deseo de morir.<sup>5</sup> La característica más peligrosa del pensamiento adolescente es la de "sentirse invencible", siempre asumen que los eventos negativos "les ocurren a los otros" <sup>3</sup>; existen rasgos de la personalidad del adolescente que se pueden transformar en factores de riesgo para cometer un acto suicida como lo son: la poca tolerancia a la frustración, actitudes perfeccionistas, autocrítica, rigidez intelectualmente, baja tolerancia

---

<sup>1</sup> World Health Organization. Suicide prevention (SUPRE) Geneva: World Health Organization; 2009. Disponible en: [http://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/).

<sup>2</sup> Cortés A, Conducta suicida adolescencia y riesgo. Rev Cubana Med Gen. 2014 Mar; 30(1): 132-139..

<sup>3</sup> Pérez P, Santiago M. El concepto de adolescencia. Manual de prácticas clínicas para la atención integral a la salud en la adolescencia, Vol. 2. 2002. Ministerio de Salud Pública, Cuba

<sup>4</sup> Chinchilla A, La Depresión y sus máscaras aspectos terapéuticos. Editorial Medica Panamericana. 2008. <https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=Yvp51Web9JsC&oi=fnd&pg=PA195&dq=la+depresion+y+sus+mascaras+chinchilla&ots=vaGfEoPEvn&sig=wSAxwLqCrR3pxufNKt043LSF5g4#v=onepage&q=la%20de+presion%20y%20sus%20mascaras%20chinchilla&f=false>

<sup>5</sup> Organización Panamericana de la Salud. Situación de Salud en Colombia; Indicadores Básicos 2005. Ministerio de la Protección Social

fracaso, y en muchas ocasiones no se sienten queridos.<sup>2</sup> Por tal razón, a través del conocimiento de los factores de riesgo se pueden conocer cuáles son los adolescentes en mayor riesgo de presentar conducta suicida y ser idóneos para una intervención temprana. Los factores asociados no modificables son: la edad, el género y el grupo etario. Los factores predisponentes que aumentan el riesgo de suicidio un individuo son: Trastornos psiquiátricos, intento previo de suicidio, antecedentes familiares de trastorno de estado de ánimo y / o comportamiento suicida, antecedente de abuso físico o sexual, exposición a la violencia, factores biológicos, Los factores precipitantes para conducta suicida son: El consumo de sustancias psicoactivas, la exposición al suicidio, el estrés social y el aislamiento, factores emocionales y cognitivos.<sup>6 7</sup>

Una de las características más importantes del suicidio es que este se puede evitar: hasta el 80% de las personas que se suicida avisan de su intención o ideación suicida y hasta un 50 % manifiestan el deseo de morir.<sup>3</sup>

El objetivo de este estudio fue determinar la prevalencia e identificar los factores asociados a la conducta suicida en adolescentes de 9, 10 y 11 grado de instituciones educativas de la ciudad de Bogotá D. C. Con los resultados generados de la investigación se podrán dar sugerencias, que le permitan a las personas encargadas de la atención en salud de esta población, reconocer en sus pacientes si están presentes factores que se relacionen con el comportamiento suicida en los adolescentes; y su vez, aporta información para futuras investigaciones relacionadas.

---

<sup>6</sup> Kochanek K, Kirmeyer S, Martin J, Strobino D, Guyer B. Annual summary of vital statistics: 2009. *Pediatrics* 2012; 129(2):338-348

<sup>7</sup> American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with suicidal behavior. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2001; 40:24S

## 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN

El suicidio es considerado un problema de salud pública a nivel mundial y se encuentra entre las tres primeras causas de muerte en las personas de 15 a 44 años y la segunda en el grupo entre los 10 y 24 años.<sup>1</sup>

En Colombia, durante el 2014 se realizó 1,878 necropsias por suicidio en el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, siendo la cuarta forma de violencia en nuestro país, con una tasa de mortalidad por suicidio de 4,33 casos por cada 100.000 habitantes, similar a la reportada durante los últimos 9 años. Según los datos del centro de las 1878 necropsias con causa muerte violenta por suicidio, 238 fueron en Bogotá. En Colombia, la distribución por grupos etarios describe los registros más altos en los individuos de 20 a 24 años (277 casos) y de 25 a 29 años (237 casos): 14,76% y 12,63%, respectivamente (235 y 194 hombres). En las mujeres, el mayor registro se encuentra en el grupo de los 15 a 17 años (48 casos). Colombia ocupa el tercer lugar de causas de suicidio en Latinoamérica, durante el 2010 en el grupo de edades comprendidas de 15 a 44 años el suicidio fue la tercera causa de muerte y en el grupo de 10 a 24 años fue la segunda causa de muerte.<sup>8</sup>

Ante esta realidad, es importante exponer que es posible evitarse y existen medidas preventivas para la población vulnerable, se ha calculado que el 80% de las personas avisan de su intención o ideación suicida y hasta un 50 % manifiestan el deseo de morir.<sup>3</sup>

En los últimos años, se ha observado un aumento en la incidencia del intento suicida entre niños, adolescentes y adultos jóvenes sin que sea posible explicar concretamente este fenómeno; al parecer son múltiples los factores que interviene sobre los comportamientos e ideaciones suicidas.

Sin embargo, la información epidemiológica sobre el intento suicida en este grupo de edad es poca; por lo cual, se hace indispensable estudiar esta problemática en

---

<sup>8</sup> Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Forensis 2014: Datos para la vida. Herramienta para la interpretación, intervención y prevención de lesiones de causa externa en Colombia. Disponible en: <http://www.medicinalegal.gov.co/documents/88730/1656998/Forensis+Interactivo+2014.24-JULpdf.pdf/9085ad79-d2a9-4c0d-a17b-f845ab96534b>

nuestro país, conocer nuestros factores asociados, y crear programas adecuados para nuestra sociedad.

Con los resultados generados de la investigación se podrán dar sugerencias, que le permita a las personas encargadas de la atención psicológica de este grupo etario, reconocer las áreas que requieren intervención; así como generar ideas para futuros estudios.

### 1.1 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál son los factores asociados a la conducta suicida en un muestra de adolescentes bogotanos que cursan entre 9 y 11 grado de instituciones educativas?



## 2. OBJETIVOS

### 2.1 OBJETIVO GENERAL

Identificar los factores asociados con la conducta suicida en adolescentes que cursan entre 9 y 11 en una muestra de estudiantes de instituciones educativas de la ciudad de Bogotá D.C.

### 2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Determinar la prevalencia de ideación e intento suicida en una muestra adolescentes que cursan entre 9 y 11 grado de instituciones educativas de Bogotá D.C.
- Describir las características sociodemográficas de los adolescentes participantes
- Determinar la frecuencia de los factores asociados a conducta suicida (Sexo femenino, percepción de difusión escolar, intento suicida en familiar, muerte de los padres, diagnóstico psiquiátrico previo, diagnóstico psiquiátrico en un familiar, disfunción familiar, orientación sexual, depresión, consumo de sustancias psicoactivas y consumo de alcohol de riesgo) en una muestra adolescentes que cursan entre 9 y 11 grado.
- Determinar asociación entre los factores evaluados y la presencia de conducta suicida en una muestra de adolescentes entre 9 y 11 grado de instituciones educativas de la ciudad de Bogotá D.C.

### 3. MARCO TEÓRICO

El comportamiento suicida presenta un espectro de patologías variadas que va desde los pensamientos o ideación suicida hasta el suicidio, entre los dos extremos encontramos la amenaza y los intentos de suicidio.<sup>7 9</sup> La OMS define el suicidio como “un acto con resultado letal deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto sabiendo o esperando su resultado letal y a través del cual pretende obtener los cambios deseados” y en el intento de suicida se engloban aquellos actos autolesivos deliberados con diferente grado de intención de morir y de lesiones que no tienen un final letal.<sup>10</sup>

Según el instituto Nacional de Salud de España la conducta suicida es un conjunto de actividades con desenlace fatal que no que incluyen el suicidio ni el intento de suicidio; La ideación suicida son pensamientos que varían desde las ideas que la vida no vale la pena hasta los planes estructurados para realizar el suicidio.<sup>11</sup>

#### 3.1 EPIDEMIOLOGÍA

El suicidio es un problema importante de salud pública en la población de niños y adolescentes de todo el mundo.<sup>12</sup> La ideación suicida a menudo precede a los intentos de suicidio hasta en un 34 % de los casos,<sup>13</sup> existen entre 50 y 100 intentos de suicidio en adolescentes por cada suicidio consumado.<sup>14</sup>

En los Estados Unidos las tasas de suicidio se duplicaron en el grupo de edad de 15 a 19 años y se triplicó en el grupo de edad de 10 a 14 años entre la década 1960 y 1990;<sup>15</sup> actualmente, es la tercera causa de muerte en el grupo de 10 a 19 años de edad, representado en un 14% de las muertes en adolescentes de 15 a 19 años y 8% de las muertes en niños de 10 a 14 años.<sup>6</sup> En las encuestas de salud realizadas en el 2001, 2003, 2005 y 2007, se evidencio que

---

<sup>9</sup> Catalozzi M, Pletcher J, Schwarz D. Prevention of suicide in adolescents. *Curr Opin Pediatr* 2001; 13:417.

<sup>10</sup> El suicidio en la infancia y en la adolescencia. Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia. Disponible en:

[http://www.guiasalud.es/egpc/depression\\_infancia/completa/documentos/apartado09/apartado09.pdf](http://www.guiasalud.es/egpc/depression_infancia/completa/documentos/apartado09/apartado09.pdf)

<sup>11</sup> Pfeffer C, Trad P. Sadness and suicidal tendencies in preschool children. *J Dev Behav Pediatr* 1988; 9:86.

<sup>12</sup> Beautrais A. Child and young adolescent suicide in New Zealand. *Aust N Z J Psychiatry* 2001; 35:647.

<sup>13</sup> Nock M., Green J, Hwang I, McLaughlin K, Sampson N, Zaslavsky A., et al. Prevalence, correlates, and treatment of lifetime suicidal behavior among adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. *JAMA Psychiatry*. 2013;70(3): 300-310

<sup>14</sup> Centers for Disease Control (CDC). Attempted suicide among high school students--United States, 1990. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 1991; 40:633

<sup>15</sup> Committee on Injury and Poison Prevention. Efforts to reduce the toll of injuries in childhood require expanded research. *American Academy of Pediatrics*. *Pediatrics* 1996; 97:765

aproximadamente del 7 a 9% de los adolescentes intentaron suicidarse en los 12 meses anteriores a la encuesta.<sup>16 17 18 19</sup>

Adicionalmente, se realizó una encuesta en Estados Unidos a 6483 adolescentes encontrando una prevalencia de vida de intento de suicidio del 4% y entre los adolescentes que intentaron suicidio el 67% tenían el antecedente de conducta suicida previa.<sup>6</sup> En Estados Unidos con datos obtenidos por el sistema de vigilancia de salud pública de 16 estados entre 2005 hasta 2009 y los certificados de defunción de los 50 estados a partir de 2010 mostraron que la tasa de muertes por suicidio entre los niños de 10 a 14 años es de 1 por 100.000 y en los niños de 15 a 19 años es de 7 a 8 por cada 100.000 habitantes.<sup>20</sup>

Según datos del sistema medicina legal de Colombia, entre 2004 y el 2013, 18.275 personas fallecieron por suicidio y la notificación anual de suicidios estuvo entre 1.700 y 1.900 casos por año.<sup>21</sup> Durante el 2013 el suicidio fue la cuarta causa de muerte violenta en nuestro país, con una tasa de mortalidad de 3,84 por cada 100.000 habitantes.<sup>22</sup>

Según los datos del centro de referencia nacional sobre violencia del instituto nacional de medicina legal y ciencias forenses, en 2013 se realizaron 1810 necropsias con causa muerte violenta por suicidio, de estas, 236 eran de Bogotá, con un promedio de 151 suicidios mensuales y 5 suicidios al día en Colombia.<sup>22</sup>

El suicidio tiene una relación hombres a mujeres de 4:1,<sup>22</sup> pero los intentos suicidas son mayores en las mujeres. En el informe de salud mental de Medellín describen que en el año 2010 las instituciones prestadoras de Servicios de Salud notificaron en ese departamento un total de 1.139 casos de intentos de suicidio, de

---

<sup>16</sup> Grunbaum, J, Kann L, Kinchen S, Williams B, Ross, JG, Lowry R, et al. Youth risk behavior surveillance-- United States, 2001. Morbidity and Mortality Weekly Report.2002;51:1-64.

<sup>17</sup> Grunbaum J, Kann L, Kinchen S, Williams B, Ross JG, Lowry R, et al. Youth risk behavior surveillance-- United States, 2003. J Sch Health. 2004; 72(8): 313-28

<sup>18</sup> Eaton D, Kann L, Kinchen S, Ross J, Hawkins J, Harris WA, et al. Youth risk behavior surveillance-- United States, 2005. Journal of school health.2006; 76(7) 353-372

<sup>19</sup> Eaton D, Kann L, Kinchen S, Shanklin S, Ross, J, Hawkins J et al. Youth risk behavior surveillance-- United States, 2007. Morbidity and mortality weekly report. Surveillance summaries.2008;57(4):1-131

<sup>20</sup> Diagnóstico de salud mental Medellín 2011- 2012 disponible en:

<http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/locales/CO031052011-primer-estudio-poblacional-de-salud-mental-medellin,-2011---2012.pdf>

<sup>21</sup> Tello Pedraza. Comportamiento del suicidio en Colombia, 2010. Forensis 2010; 12:212-34.

<sup>22</sup> Comportamiento del suicidio, Colombia 2013. Instituto Colombiano de medicina legal Disponible en: <http://www.medicinalegal.gov.co/documents/10180/188820/FORENSIS+2013+3+suicidio.pdf/65a683b4-38b2-46a4-b32a-f2a0884b25bf>

los cuales el 65% son mujeres y el 85,4% de suicidios consumados correspondía a hombres y la mayoría de los casos tenían menos de 30 años.<sup>21</sup>

Adicionalmente, Colombia ocupa el tercer lugar de causas de suicidio en Latinoamérica, durante el 2010 en el grupo de edades comprendidas de 15 a 44 años el suicidio fue la tercera causa de muerte y en el grupo de 10 a 24 años fue la segunda causa de muerte.<sup>21</sup> En el 2013, de todos los suicidios, el 10,8% se registraron en niños y adolescentes.<sup>22</sup>

### 3.2 FACTORES DE RIESGO

El suicidio puede evitarse, se ha calculado que el 80% de las personas avisan de su intención y hasta un 50 % manifiestan el deseo de morir. Por tal razón, a través del conocimiento de los factores de riesgo se pueden conocer cuáles son los adolescentes en mayor riesgo de presentar conducta suicida y ser susceptibles de una intervención temprana.<sup>5</sup>

Los factores asociados no modificables son: la edad, el género y el grupo etario. Los factores predisponentes que aumentan el riesgo de un individuo de suicidio son:<sup>7 23 24</sup>

- Trastornos psiquiátricos
- Intento previo de suicidio
- Antecedentes familiares de trastorno de estado de ánimo y / o comportamiento suicida
- Antecedente de abuso físico o sexual
- Exposición a la violencia
- Factores biológicos

---

<sup>23</sup> Tishler C, Reiss N, Rhodes A. Suicidal behavior in children younger than twelve: a diagnostic challenge for emergency department personnel. AcadEmerg Med 2007; 14:810.

<sup>24</sup> Kennebeck S, Bonin L, Suicidal behavior in children and adolescents: Epidemiology and risk factors. Up To Date 2014

Los factores precipitantes para conducta suicida son: <sup>7 23 24</sup>

- El alcohol y el consumo de drogas
- La exposición al suicidio
- El estrés social y el aislamiento.
- Factores emocionales y cognitivos.
- Acceso armas letales.

3.2.1 Edad. En niños pre púberes la ideación suicida, los intentos de suicidio y el suicidio son raros, <sup>11 23 25 26 27</sup> la tasa de suicidios aumenta con la edad en especial después de la pubertad.<sup>28</sup> El aumento de la incidencia de intentos de suicidio y la realización de éstos es proporcional a la edad y se relacionan con el acceso a armas de fuego, drogas potencialmente letales, aumento de las enfermedades psiquiátricas, abuso de sustancias psicoactivas y cambios en el desarrollo cognitivo.<sup>28</sup>

Los adolescentes al desarrollar sus capacidades de abstracción y pensamiento complejo son capaces de contemplar diferentes circunstancias de la vida, el futuro, las posibilidades que tienen, y en este contexto el suicidio surge como una posible solución.<sup>29 30</sup>

3.2.2 Género. La ideación suicida y el intento suicida se presentan con más frecuencia en las mujeres que en los hombres, aunque los hombres adolescentes

---

<sup>25</sup> Rosenthal P, Rosenthal S. Suicidal behavior by preschool children. *Am J Psychiatry* 1984; 141:520.

<sup>26</sup> Goldman, S, Beardslee, WR. Suicide in children and adolescents. In: *Harvard Medical School Guide to Assessment and Intervention in Suicide*, Jacob, D (Ed). Jossey-Bass, San Francisco 1998. p.417.

<sup>27</sup> Doshi A, Boudreaux E, Wang N, Pelletier A, Camargo CA. National study of US emergency department visits for attempted suicide and self-inflicted injury, 1997-2001. *Annals of emergency medicine*. 2005;46(4): 369-375.

<sup>28</sup> Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Deaths: Leading Causes for 2000. *National vital statistics reports*, vol. 50, no. 16, Sept 16, 2002.

<sup>29</sup> Shaffer D, Gould MS, Fisher P, Trautman P, Moreau D, Kleinman M, et al. Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide. *Archives of general psychiatry*. 1996;53(4): 339-348

<sup>30</sup> Groholt B, Ekeberg O, Wichstrøm L, Haldorsen T. Suicide among children and younger and older adolescents in Norway: a comparative study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998; 37:473

tienen más probabilidades de completar el suicidio que las mujeres. Durante el bachillerato la prevalencia de ideación suicida en las niñas va desde el 21% hasta el 31% y en los niños del 13% al 20%.<sup>16 17</sup> La prevalencia de intento suicida en los adolescentes es del 6% en mujeres y en los varones del 2%, siendo ellas más propensas que los hombres a tener un plan específico de suicidio.<sup>31</sup> Datos recolectados por el sistema de salud pública de Estados Unidos mostró que la tasa de muertes por suicidio entre los hombres de 10 a 19 años fue de 7 por 100.000 y en mujeres fue de 2 por 100.000 habitantes.<sup>32</sup>

Se ha evidenciado que la diferencia se debe a que las mujeres usan métodos menos letales, como sobredosis o lesiones en la piel, mientras que los hombres tienden a elegir las armas de fuego y ahorcamiento.<sup>33 34 35 36</sup> Otro método letal de suicidio común en los hombres generalmente adolescentes mayores y adultos en Estados Unidos es el "suicidio por medio de un policía" en la que el individuo suicida se involucra en conducta sospechosa y amenazante o aparenta tener una arma letal frente un policía y este reacciona disparándole.<sup>37 38</sup>

Las diferencias de prevalencia de depresión en el grupo de adolescentes entre los niños y las niñas podrían explicar algunas de las diferencias en las tasas de intentos de suicidio. Cuando progresa la pubertad los niños desarrollan una autoimagen positiva y del estado de ánimo y las niñas presentan una disminución de su autoestima.<sup>39</sup> Durante la adolescencia la prevalencia de la depresión aumenta y se hace dos veces más alta entre las niñas como los niños.<sup>40 41 42</sup>

---

<sup>31</sup> Martin J, Kung H, Mathews T, Hoyert D, Strobino D, Guyer B, et al. Annual summary of vital statistics: 2006. *Pediatrics*. 2008;121(4):788-801.

<sup>32</sup> Perou R, Bitsko R, Blumberg S, Pastor P, Ghandour R, Gfroerer J, et al. Mental health surveillance among children--United States, 2005-2011. *MMWR Surveill Summ* 2013; 62(Suppl 2), 1-35

<sup>33</sup> Suicide and Suicidal Behavior. In: *Synopsis of Psychiatry*, 7th ed, Kaplan, HI, Sadock, BJ, Grebb, JA (Eds), Williams & Wilkins, Baltimore 1995. p.2391.

<sup>34</sup> Li G, Ling J, DiScala C, Nordenholz, Sterling S, Baker S. Characteristics and outcomes of self inflicted pediatric injuries: the role of method of suicide attempt. *Inj Prev* 1997; 3:115.

<sup>35</sup> Spicer R, Miller T. Suicide acts in 8 states: incidence and case fatality rates by demographics and method. *Am J Public Health* 2000; 90:1885.

<sup>36</sup> Brent D, Baugher M, Bridge J, Chen T, Chiappetta L. Age- and sex-related risk factors for adolescent suicide. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999; 38:1497

<sup>37</sup> Mohandie K, Meloy JR. Clinical and forensic indicators of "suicide by cop". *J Forensic Sci* 2000; 45:384

<sup>38</sup> Hutson H, Anglin D, Yarbrough J, Hardaway K, Russell M, Strote J, et al. Suicide by cop. *Annals of Emergency Medicine*. 1998;32(6):665-669.

<sup>39</sup> Brown K, McMahon R, Biro F, Crawford P, Schreiber G, Similo S, et al. Changes in self-esteem in black and white girls between the ages of 9 and 14 years. The NHLBI Growth and Health Study. *Journal of Adolescent Health*. 1998;23(1): 7-19.

<sup>40</sup> Birmaher B, Ryan N, Williamson D, Brent D, Kaufman J. Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 years. Part I. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996; 35:1427.

<sup>41</sup> Fleming J, Offord D. Epidemiology of childhood depressive disorders: a critical review. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1990; 29:571

<sup>42</sup> Lewinsohn P, Clarke G, Seeley J, Rohde P. Major depression in community adolescents: age at onset, episode duration, and time to recurrence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1994; 33:809

3.2.3 Grupo étnico. En los adolescentes la tasa de suicidios es más alta para los hombres blancos, aunque entre 1980 y 1996 la tasa de suicidios aumentó más rápidamente en hombres negros con edades entre los 15 a 19 años (3,6 a 8,1 por 100.000).<sup>43</sup> Los adolescentes hispanos son más propensos que los adolescentes negros o blancos de informar un intento de suicidio. En el 2007 se realizó una encuesta en la que se interrogó por un intento suicida en los 12 meses anteriores, un 10% de los hispanos reportaron intento suicida en comparación a los 8% de los adolescentes negros y el 6% de los adolescentes blancos.<sup>19</sup>

3.2.4 Trastornos psiquiátricos. La mayoría de los adolescentes que intentan suicidarse tienen un trastorno psiquiátrico previo, siendo el trastorno depresivo el más común.<sup>32 44 45 46</sup> Entre los jóvenes deprimidos, especialmente en los hombres, el riesgo de suicidio aumenta.<sup>47</sup> Otros trastornos psiquiátricos predisponentes son: trastornos de conducta, trastorno bipolar, trastorno de ansiedad, trastorno de la alimentación y trastorno de la personalidad.<sup>35 44</sup> En un estudio de casos y controles se evidenció que las probabilidades de un intento de suicidio grave en sujetos con dos o más trastornos psiquiátricos previo son 9 veces mayores que los sujetos sin enfermedad mental.<sup>48</sup>

La mayoría de los niños y adolescentes que se suicidan tienen antecedente de una enfermedad mental, además, las víctimas de suicidio son más propensos a cumplir criterios para un trastorno psiquiátrico que los sujetos sanos.<sup>29 36 43</sup> En un estudio retrospectivo de 119 personas que se suicidaron con edad media de 17 años en el 91% de los casos tenían una enfermedad psiquiátrica. Las enfermedades más comunes en este estudio fueron los trastornos depresivos, los trastornos de conducta y los trastornos secundarios al consumo de sustancias psicoactivas.<sup>29</sup>

La prevalencia de enfermedad psiquiátrica es mayor en adolescentes con más edad que las víctimas más jóvenes, un estudio retrospectivo en 140 víctimas de suicidio encontró que el antecedente de presentar un trastorno psiquiátrico en sujetos  $\geq 16$  años fue del 90% en comparación con los sujetos  $< 16$  años con un 60%.<sup>36</sup>

---

<sup>43</sup> Runeson B. Mental disorder in youth suicide. DSM-III-R Axes I and II. *Acta Psychiatr Scand* 1989; 79:490.

<sup>44</sup> Beautrais A, Joyce P, Mulder R. Psychiatric illness in a New Zealand sample of young people making serious suicide attempts. *N Z Med J* 1998; 111:44

<sup>45</sup> Fergusson D, Lynskey M. Suicide attempts and suicidal ideation in a birth cohort of 16-year-old New Zealanders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995; 34:1308.

<sup>46</sup> Andrews J, Lewinsohn P. Suicidal attempts among older adolescents: prevalence and co-occurrence with psychiatric disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1992; 31:655

<sup>47</sup> Hirschfeld R, Russell J. Assessment and treatment of suicidal patients. *N Engl J Med* 1997; 337:910

<sup>48</sup> Beautrais A, Joyce P, Mulder R, Fergusson D, Deavoll B, Nightingale S. Prevalence and comorbidity of mental disorders in persons making serious suicide attempts: a case-control study. *Am J Psychiatry* 1996; 153(8):1009-14.

En relación con los intentos de suicidios, estos pacientes tienen antecedentes de trastornos psiquiátricos previamente.<sup>43-46</sup> En un estudio de casos y controles, 129 adolescentes y adultos jóvenes con edades entre 13 a 24 años, que presentaron intentos serios de suicidio se compararon con 153 controles sanos. Los adolescentes que habían presentado intentos suicidas tenían tasas más altas de trastornos afectivos (70% en comparación del 15%), trastornos por uso de sustancias (39% a comparación del 7%), trastornos de ansiedad (15 % en comparación del 6% del placebo), trastorno de alimentación (9% versus en comparación 5% del grupo placebo), y trastornos de la conducta antisociales (35 % en comparación del 7 % del grupo control).<sup>44</sup>

Psicosis: Se ha observado que el riesgo de suicidio es más elevado en los pacientes con síntomas psicóticos.<sup>47</sup> En un estudio observacional, prospectivo, 1100 adolescentes fueron seguidos durante 12 meses, los intentos de suicidio se presentaron más en adolescentes con síntomas psicóticos previos (n = 77) que en adolescentes sin psicosis, con un odds ratio de 11% e Intervalo confianza al 95% de 4 a 29%.<sup>49</sup> En otros estudios se ha encontrado que los adolescentes con edades entre 11 y 13 años la ideación o comportamiento suicida es más frecuente en los adolescentes con trastornos psiquiátricos y síntomas psicóticos, en comparación con los adolescentes con trastornos psiquiátricos sin síntomas psicóticos. (OR 5,1, IC 95% 1,2-22,8).<sup>50</sup>

3.2.5 Intentos previos de suicidio. Las personas que han intentado suicidarse en el pasado presentan mayor riesgo de intentos de suicidio posteriores y/o de la finalización el suicidio en especial si presentan múltiples intentos.<sup>51</sup> En un estudio de 3.783 adolescentes que intentaron suicidarse el 4% refirió un intento suicidio en el año anterior y de 25% a 66% de los niños y adolescentes que han intentado suicidarse hacen un intento posterior.<sup>52</sup> Adicional el riesgo de suicidio en los adolescentes es mayor si entre dos intentos de suicidio han transcurrido entre 6 a 12 meses,<sup>51</sup> debido a que las personas con múltiples intentos de suicidio refieren que desean morir en el momento del intento y lamentan su recuperación.<sup>24 52</sup>

---

<sup>49</sup> Kelleher I, Corcoran P, Keeley H, Wigman J, Devlin N, Ramsay H, et al. Psychotic symptoms and population risk for suicide attempt: a prospective cohort study. *JAMA psychiatry*.2013;70(9):940-948.

<sup>50</sup> Kelleher I, Lynch F, Harley M, Molloy C, Roddy S, Fitzpatrick C, et al. Psychotic symptoms in adolescence index risk for suicidal behavior: findings from 2 population-based case-control clinical interview studies. *Archives of general psychiatry*. 2012;69(12):1277-1283

<sup>51</sup> Miranda R, Scott M, Hicks R, Wilcox H, Munfakh J, Shaffer D. Suicide attempt characteristics, diagnoses, and future attempts: comparing multiple attempters to single attempters and ideators. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2008; 47:32.

<sup>52</sup> Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Fatal and nonfatal suicide attempts among adolescents - Oregon, 1988-1993. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 1995; 44:312



3.2.6 Antecedentes familiares. El riesgo de suicidio aumenta en los adolescentes que tienen historial familiar de trastornos depresivos y/o comportamiento suicida. Los estudios realizados en gemelos sugieren que este aumento del riesgo tiene componentes genéticos y ambientales.<sup>53</sup> <sup>54</sup> El riesgo de intento de suicidio es mayor para los niños con el antecedente del fallecimiento de uno de sus padres por suicidio.<sup>53</sup>

Un estudio retrospectivo con datos obtenidos de los registros nacionales de salud de Estados Unidos con pacientes que ingresaron al servicio de hospitalización por intento de suicidio y uno de sus padres falleció por suicidio, determino la importancia de la edad del menor al momento de la pérdida de su padre y la edad en la que realizaron el intento suicidio: los participantes se dividieron en tres grupos: los niños de 0 a 12 años de edad, los adolescentes de 13 a 17 años de edad y los adultos jóvenes de 18 a 24 años de edad.<sup>55</sup> El riesgo de suicidio fue mayor en el grupos niños que en los adultos jóvenes y se incrementaba en los pacientes que perdieron uno de sus padres durante la primera infancia 0 a 5 años de edad, adicional el riesgo de intento de suicidio en adolescentes fue mayor que el de los adultos jóvenes.<sup>55</sup>

El riesgo de intento de suicidio es mayor para los jóvenes que tiene antecedente de fallecimiento de su madre por suicidio que el fallecimiento de su padre por suicidio. En un estudio retrospectivo se analizó el tiempo de hospitalización por intento de suicidio de niños y adolescentes que perdieron una madre por suicidio o accidental y jóvenes que perdieron a un padre por suicidio o accidental. El intento de suicidio fue de mayor gravedad para los jóvenes que perdieron una madre por causa de suicidio en comparación con los jóvenes que perdieron a la madre por causa accidental, mientras que la gravedad del suicidio fue similar en los pacientes hijos de padre que falleció por suicidio en comparación con hijos con padre que falleció por causa accidental.<sup>56</sup>

---

<sup>53</sup> Qin P, Agerbo E, Mortensen PB. Suicide risk in relation to family history of completed suicide and psychiatric disorders: a nested case-control study based on longitudinal registers. *Lancet* 2002; 360:1126.

<sup>54</sup> Brent D, Bridge J, Johnson B, Connolly J. Suicidal behavior runs in families. A controlled family study of adolescent suicide victims. *Arch Gen Psychiatry* 1996; 53:1145.

<sup>55</sup> Kuramoto S, Runeson B, Stuart E, Lichtenstein P, Wilcox H. Time to hospitalization for suicide attempt by the timing of parental suicide during offspring early development. *JAMA psychiatry*. 2013;70(2):149-157

<sup>56</sup> Kuramoto S, Stuart E, Runeson B, Lichtenstein P, Långström N, Wilcox H. Maternal or paternal suicide and offspring's psychiatric and suicideattempt hospitalization risk. *Pediatrics*. 2010;126(5):e1026-e1032.

3.2.7 Exposición a la violencia o de victimización. Los niños y adolescentes que son testigos o víctimas de la violencia se encuentran en mayor riesgo de presentar depresión y comportamiento suicida,<sup>57 58</sup> se ha observado que los intentos de suicidio son más probables en los estudiantes que cursan secundaria que fueron expuestos a niveles altos de violencia que los que no estaban expuestos a la violencia.<sup>59</sup>

Otro factor de riesgo para el suicidio es la victimización entre iguales que implica el acoso repetido, la intención de causar daño y un desequilibrio en el poder. La victimización puede ejercerse física, verbalmente o mediante la exclusión de la víctima. Un meta análisis que incluyo nueve estudios evidencio que los intentos de suicidio eran dos a tres veces más probables de ocurrir en niños que fueron víctimas de sus compañeros que quienes no lo eran.<sup>60</sup> El aislamiento social está asociado con el suicidio en los adolescentes ya que puede llevar al mismo y la conducta suicida lleva al aislamiento social.<sup>24</sup>

3.2.8 Factores biológicos. Los factores biológicos relacionados con las conductas suicida son las vías metabólicas involucradas con la serotonina en el cerebro debido a que pueden desempeñar un papel en la ideación y comportamiento suicida en individuos con depresión.<sup>61</sup> Se ha evidenciado niveles más bajos de ácido 5-hidroxiindolacético (5- HIAA), el cual es el principal metabolito de la serotonina en el líquido céfalo raquídeo, en pacientes con antecedentes de intentos de suicidios que en los controles sanos.<sup>61 62</sup> Las personas que se suicidan tienen menos transporte de serotonina, numero disminuido receptores de serotonina post sináptica, neuronas productoras de serotonina más pequeñas y neuronas menos funcionales que los controles sanos.<sup>14 62</sup>

3.2.9 Acceso recursos que permitan el suicidio. El acceso a los recursos que permitan intentar el suicidio es un factor precipitante muy importante.<sup>63 64</sup>

---

<sup>57</sup> Dube S, Anda R, Felitti V, Chapman D, Williamson D, Giles W, et al. Childhood abuse, household dysfunction, and the risk of attempted suicide throughout the life span: findings from the Adverse Childhood Experiences Study. JAMA. 2001;286(24):3089-3096..

<sup>58</sup> Silverman J, Raj A, Mucci L, Hathaway J. Dating violence against adolescent girls and associated substance use, unhealthy weight control, sexual risk behavior, pregnancy, and suicidality. JAMA 2001; 286:572..

<sup>59</sup> Garofalo R, Wolf R, Wissow L, Woods E, Goodman E. Sexual orientation and risk of suicide attempts among a representative sample of youth. Archives of pediatrics & adolescent medicine. 199;153(5):487-493.

<sup>60</sup> VanGeel M, Vedder P, Tanilon J. Relationship between peer victimization, cyberbullying, and suicide in children and adolescents: a meta-analysis. JAMA Pediatrics 2014;168(5):435-442..

<sup>61</sup> Maris R. Suicide. Lancet 2002;360(9329):319-326

<sup>62</sup> Arango V, Underwood M, Mann J. Postmortem findings in suicide victims. Implications for in vivo imaging studies. Ann N Y AcadSci 1997; 836:269.

<sup>63</sup> Brent D, Perper J, Allman C. Alcohol, firearms, and suicide among youth. Temporal trends in Allegheny County, Pennsylvania, 1960 to 1983. JAMA 1987; 257:3369.

Las armas de fuego son el medio más común de suicidio. Otros medios incluyen medicamentos, drogas ilícitas, sustancias químicas tóxicas, monóxido de carbono, el ahorcamiento y las lesiones auto infligido por armas corto punzantes.<sup>14</sup>

Casi cualquier objeto puede ser utilizado como un medio para intentar el suicidio aunque el acceso a los medios más letales a menudo se puede prevenir y así el suicidio.<sup>24</sup> El acceso a las armas de fuego aumenta el riesgo de suicidio consumado.<sup>64 65 66</sup> En un estudio de casos y controles el acceso a armas de fuego aumento el riesgo suicidio consumado con un odds 2,1 [IC 95%: 1.2 - 37].<sup>64</sup>

3.2.10 Alcohol y el consumo de drogas. El alcohol y el consumo de drogas son factores de riesgo para el suicidio debido a sus efectos de desinhibición.<sup>50 67</sup> Entre el 25% y el 46% de los adolescentes que se suicidan y aproximadamente el 20% de los adolescentes que presentan intento suicidio tienen niveles elevados de alcohol u otra droga en el momento del suicidio o intento de suicidio.<sup>14</sup> Una combinación letal es la intoxicación con alguna sustancia, antecedente de trastorno psiquiátrico y el acceso a un arma de fuego en el hogar.<sup>63</sup>

3.2.11 Exposición al suicidio. Los niños que están expuestos al suicidio de un familiar o un amigo están en riesgo de presentar síntomas, depresión, ansiedad y/ estrés postraumático lo que los predispone a presentar ideaciones suicidas.<sup>68</sup>

3.2.12 Estrés social. Los acontecimientos vitales estresantes suelen aumentar el riesgo de suicidio si hay vulnerabilidad preexistente. Los adolescentes que intentan o cometer suicidio tienen más probabilidades de haber sufrido un evento estresante importante en sus vidas.<sup>69 70</sup> Los eventos estresantes más frecuentes en los adolescentes que aumentan la probabilidad de presentar una conducta suicida incluyen: pérdida interpersonal o conflicto, problemas económicos, dificultades relacionadas con la escuela, problemas laborales y problemas legales o disciplinarios.<sup>24</sup> Los problemas personales como una ruptura de relaciones y/o

---

<sup>64</sup> Brent A, Perper J, Allman C, Moritz G, Wartella M, Zelenak J. The presence and accessibility of firearms in the homes of adolescent suicides. A case-control study. JAMA 1991;266(21): 2989-2995

<sup>65</sup> Shah S, Hoffman R, Wake L, Marine W. Adolescent suicide and household access to firearms in Colorado: results of a case-control study. J Adolesc Health 2000; 26:157.

<sup>66</sup> Grossman D, Reay D, Baker S. Self-inflicted and unintentional firearm injuries among children and adolescents: the source of the firearm. Arch PediatrAdolesc Med 1999; 153:875.

<sup>67</sup> Méan M, Righini NC, Narring F, Jeannin A, Michaud P. Substance use and suicidal conduct: a study of adolescents hospitalized for suicide attempt and ideation. Acta paediatrica. 2005;94(7): 952-959.

<sup>68</sup> Roy A, Segal N. Suicidal behavior in twins: a replication. J Affect Disord 2001; 66:71

<sup>69</sup> Fernquist R. Problem drinking in the family and youth suicide. Adolescence 2000; 35:551. 132.

<sup>70</sup> Whitehead M, Holland P. What puts children of lone parents at a health disadvantage? Lancet 2003; 361:271

discusión con la pareja, la familia o amigo es la razón más comúnmente referida como causa de los intentos de suicidio así como dificultades con las autoridades.<sup>71</sup>

Los adolescentes adoptados están en mayor riesgo de suicidio, un estudio transversal evidencio que los adolescentes adoptados eran más propensos a tener intentos de suicidio (7,6 frente a 3,1 por ciento) en el último año en comparación con sus compañeros no adoptados.<sup>72</sup> En otro estudio se realizó un seguimiento de tres años a adolescentes de 15 años en total 508 no eran adoptados y 657 eran adoptados se observó que los intentos de suicidio fueron casi cuatro veces mayores en las personas adoptadas con un odds ratio 3,7 [IC 95%; 1.7-8.0].<sup>73</sup>

3.2.13 Orientación sexual. La conducta suicida es mayor en jóvenes de minorías sexuales: homosexual o bisexual que los jóvenes heterosexuales. El aumento del riesgo de pensamientos y comportamientos suicidas en jóvenes de minorías sexuales puede ser atribuible a sus mayores tasas de abuso de sustancias psicoactivas, depresión, conflictos familiares, maltrato entre iguales y el antecedente en la infancia de ser víctimas de abuso sexual.<sup>73 74 75</sup>

3.2.14 Factores emocionales y cognitivos. Los factores emocionales y cognitivos que pueden precipitar la conducta suicida son: La desesperanza, la impotencia, la desesperación y/o agitación. Antes de suicidarse los adolescentes perciben que su futuro es fundamentalmente negativo y sin esperanza, se sienten impotentes y creen que no pueden cambiar las circunstancias extremas las que se encuentran sometidos en esta situación el suicidio es un intento desesperado para dar solución a sus problemas.<sup>24</sup>

---

<sup>71</sup> Beautrais A, Joyce P, Mulder R. Precipitating factors and life events in serious suicide attempts among youths aged 13 through 24 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997; 36:1543.

<sup>72</sup> Slap G, Goodman E, Huang B. Adoption as a risk factor for attempted suicide during adolescence. *Pediatrics* 2001;108:E30.

<sup>73</sup> Keyes M, Malone S, Sharma A, Iacono W, McGue M. Risk of suicide attempt in adopted and nonadopted offspring. *Pediatrics*. 2013;132(4):639-646..

<sup>74</sup> Burton C, Marshal M, Chisolm D, Sucato G Friedman M. Sexual minority-related victimization as a mediator of mental health disparities in sexual minority youth: a longitudinal analysis. *Journal of youth and adolescence*.2013;42(3):394-402.

<sup>75</sup> Marshal M, Dermody S, Shultz M, Sucato G, Stepp S, Chung T, et al. Mental health and substance use disparities among urban adolescent lesbian and bisexual girls. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*. 2013;19 (5):271-279.

## 4. HIPÓTESIS

### 4.1 ALTERNATIVA

Los adolescentes que tienen factores asociados: Sexo femenino, Percepción de difusión escolar, Intento suicida en familiar, Muerte de los padres, Diagnóstico Psiquiátrico previo, Diagnóstico Psiquiátrico en un familiar, Disfunción familiar, Orientación sexual, depresión, Consumo de sustancias psicoactivas y Consumo de alcohol de riesgo, tienen más frecuentemente conducta suicida (ideación o intento suicida) que los que no tienen estos factores asociados en los estudiantes entre 9 a 11 grado en una muestra de estudiantes de instituciones educativas de Bogotá

## 5 METODOLOGÍA

### 5.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Estudio observacional, tipo corte transversal

### 5.2 UNIVERSO Y MUESTRA

5.2.1 Universo: El último boletín emitido por el DANE es del año 2013, donde reportan un total de 291.039 estudiantes cursando entre 9 a 11 grado; 170.534 en instituciones oficiales y 98.418 en instituciones no oficiales

5.2.2 Población y muestra: Estudiantes de noveno a undécimo grado de seis instituciones educativas de Bogotá, todas de carácter público; se incluyeron según la jornada: una institución mixta (diurna y nocturna) y cinco diurnas (mañana y/o tarde). Una institución incluida fue masculina exclusivamente y las demás tenían estudiantes de ambos sexos. La muestra se conformó con estudiantes mayores de 13 años matriculados entre 9 a 11 grado en Bogotá. Se realizó la recolección de datos entre los meses de Julio a Octubre del 2015.

5.2.3 Criterios de selección. Los participantes fueron estudiantes de 9 a 11 grado matriculados en instituciones educativas públicas o privadas de Bogotá de cualquier jornada

5.2.3.1 Criterios de inclusión. Mujeres y Hombres mayores de 13 años que se encuentren cursando 9, 10 y 11 grado en instituciones educativas que hayan aprobado su participación en el estudio.

5.2.3.2 Criterios de exclusión

- Estudiantes con limitaciones visuales o auditivas que no les permitan diligenciar el formato
- Estudiantes con alteraciones mentales que les permitan diligenciar el formato.

### 5.3 DISEÑO MUESTRAL

5.3.1 Parámetros. Para el cálculo de la muestra se tuvieron las siguientes consideraciones: un nivel de confianza del 95%, un nivel de precisión del 5%. Con respecto al valor aproximado del parámetro que queremos medir se estimó con una prevalencia del 30% de conducta suicida en adolescentes (4,6); para obtener un tamaño de muestra de 323 participantes.

5.3.2 Tipo de muestreo. Con respecto a las instituciones se visitaron o se enviaron cartas de presentación a varias instituciones públicas y privadas, donde se explicaron los objetivos, métodos, confidencialidad y alcances del estudio. En muchos casos no se recibió respuesta, ni aprobación por lo cual se incluyeron las instituciones que aprobaron su participación en el estudio, ninguna institución privada acepto participar en la investigación.

Se entregaron más de dos mil consentimientos informados a padres y menores con las características para poder participar en el estudio, que estaban matriculados en las instituciones que aceptaron participar, pero los estudiantes en la mayoría de los casos no devolvieron aceptando o rechazando la participación; por esta razón no se realiza muestreo probabilístico y se incluyen el total de personas que aceptan participar y cumplen con todos los criterios de inclusión.

### 5.4 VARIABLES

*Dependiente: Conducta Suicida (Ideación Suicida o Intento Suicida)*

*Independientes: Sexo, Grado Escolar, Edad, Percepción de difusión escolar, Intento suicida en familiar, Muerte de los padres, Diagnóstico Psiquiátrico previo, Diagnóstico Psiquiátrico en un familiar, Disfunción familiar, Orientación sexual, depresión, Consumo de sustancias psicoactivas y Consumo de alcohol de riesgo. En el anexo 1 se puede observar la tabla de decodificación de variables*

## 5.5 PROCEDIMIENTO

5.5.1 Implementación. Estructura y diseño del instrumento: Para el desarrollo de la investigación se utilizó un instrumento de recopilación de información basado en un cuestionario autoadministrado, el cual fue aplicado a los estudiantes que cumplan con los criterios de inclusión y que no presenten ningún criterio de exclusión. El cuestionario incluyó preguntas socio-demográficas, cuestionario de AUDIT para abuso de alcohol, APGAR familiar, escala de depresión CES-D, indagación por antecedentes psiquiátricos personales y familiares, ideación suicida personal y antecedente suicida familiar. En el anexo dos se observa el instrumento de recolección de datos con las escalas usadas.

El Test de Identificación de los Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT) fue desarrollado para detectar el consumo excesivo de alcohol y en particular para ayudar a los clínicos a identificar a aquellas personas que podrían beneficiarse de la reducción o abandono del consumo. Permite identificar si la persona presenta un consumo de riesgo, consumo perjudicial o dependencia de alcohol. El consumo de riesgo es un patrón de consumo de alcohol que aumenta el riesgo de consecuencias adversas para el bebedor o para los demás. El consumo perjudicial se refiere a aquel que conlleva consecuencias para la salud física y mental, aunque algunos también incluyen las consecuencias sociales entre los daños causados por el alcohol. La dependencia es un conjunto de fenómenos conductuales, cognitivos y fisiológicos que pueden aparecer después del consumo repetido de alcohol.<sup>76 77</sup>

El APGAR familiar se deriva de los cinco componentes (en inglés) de la función familiar: adaptabilidad ( adaptability), definido como la utilización de los recursos intra y extra familiares para resolver los problemas cuando el equilibrio de la familia se ve amenazado por un factor de estrés durante un período de crisis; cooperación ( partnertship), referente a la participación en la toma de decisiones y responsabilidades, lo cual define el grado de poder de los miembros de la familia; desarrollo ( growth) es la posibilidad de maduración emocional y física, así como de autorrealización de los miembros de la familia, por el apoyo mutuo; afectividad ( affection), como la relación de amor y atención entre los miembros de la familia; y capacidad resolutive ( resolve), como el compromiso de dedicar tiempo (espacio, dinero) a los otros miembros de la familia. El APGAR familiar es fácil de diligenciar, independientemente del nivel cultural y de la edad del entrevistado: se

---

<sup>76</sup> World Health Organization Lexicon of Alcohol and Drug Terms. World Health Organization. Geneva, 1994

<sup>77</sup> World Health Organization. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Diagnostic criteria for research, World Health Organization, Geneva, 1993.



ha empleado con éxito en estratos socioeconómicos bajos y en edades tan tempranas como los diez años.<sup>78</sup>

Escala CES-D: diseño en formato auto aplicable para registrar los síntomas depresivos y sus diferentes manifestaciones en los últimos siete días (semana pasada), demostrando ser válida y confiable en diferentes poblaciones; en Colombia se han realizado validaciones para la población adolescente, demostrando que tiene unas adecuadas propiedades psicométricas en ellos.<sup>79</sup>

5.5.2 Prueba piloto. Antes de iniciar la recolección de datos, durante el mes de Junio de 2015 se realizó una prueba piloto. Se eligieron dos instituciones que permitieron la realización de la prueba piloto una pública con jornada en la tarde y una privada con jornada en la mañana. Se aplicaron un total de 56 encuestas a estudiantes que tenían los criterios de selección, con el fin de detectar dificultades en la comprensión del formato. Se realizaron algunos ajustes en el cuestionario que facilitaron la comprensión de las preguntas y se modificó el planteamiento de las preguntas con respecto al consumo de sustancias psicoactivas ya que fue el punto que presento más dificultades de interpretación.

5.5.3 Desarrollo. En primer lugar se solicitaron a las instituciones su aprobación para participar en el estudio, se enviaron a los padres de familia: resumen del estudio, sus objetivos y el asentimiento informado mediante una circular informativa según las normas colombianas vigentes para la investigación en salud y la Declaración de Helsinki.

Se entregaron más de dos mil asentimientos informados a padres y menores con las características para poder participar en el estudio pero los estudiantes en la mayoría de los casos no devolvieron aceptando o rechazando la participación; por esta razón no se realiza muestreo probabilístico.

Se aplicó la encuesta a los estudiantes de 9 a 11 grados de 6 instituciones educativas de la ciudad de Bogotá que permitieron al grupo investigador aplicar el estudio. Los criterios de inclusión eran mujeres y hombres mayores de 13 años que se encuentren cursando 9, 10 y 11 grado en instituciones educativas que hayan aprobado su participación en el estudio; excluyendo aquellos con limitaciones visuales, auditivas o alteraciones mentales

---

<sup>78</sup> Forero L, Avendaño M, Duarte Z, Campo-Arias A. Consistencia interna y análisis de factores de la escala APGAR para evaluar el funcionamiento familiar en estudiantes de básica secundaria. *rev.colomb.psiqui.* . 2006; 35(1):23-29

<sup>79</sup> Villalobos F, Ortiz L. Características psicométricas da escala ces-d en adolescentes de san juan de pasto (Colombia). *Avances en psicología latinoamericana*, 2012. 30(2), 328-340

Los investigadores aplicaron el cuestionario en las instituciones educativas a los estudiantes que presentaron el asentimiento informado debidamente diligenciado, se dispuso de 15 a 25 minutos para resolver las preguntas planteadas, previamente se realizó una breve reseña del estudio, el carácter anónimo de las encuestas y los resultados. Se brindó una explicación del método de respuesta y los investigadores estaban disponibles para resolver dudas que se presentaron durante la resolución del cuestionario por parte de los estudiantes.

## 5.6 PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS

5.6.1 Tabulación. Inicialmente en el momento de recolectar las encuestas se revisaron los datos obtenidos a fin de evitar información incompleta, pérdidas de información y se verificó que los cuestionarios se diligenciaran en su totalidad. Para dar respuesta a la pregunta y objetivos planteados en nuestro proyecto de investigación, se presenta la información en cuadros que permitan el análisis y visualización de los resultados obtenidos.

En nuestro estudio se determina la prevalencia de conducta suicida y los diferentes factores asociados y además, se presenta la prevalencia de algunas características demográficas. Para poder calcular las medidas de asociación entre factores asociados y conducta suicida, se tabularon los datos de tal manera que permita realizar las comparaciones entre los dos grupos de interés, adolescentes que cursan entre 9 a 11 grado con conducta suicida y los adolescentes que cursan entre 9 a 11 sin conducta suicida, adicional se compararon características demográficas como la edad y el sexo. Las tablas para recolectar la información también permiten visualizar y obtener datos de toda la población estudiada.

5.6.2 Análisis. Se diseñó una plantilla y almacenar los datos en un archivo "Microsoft Excel: Windows8®". Los datos se procesaron posteriormente en Epi data 3.1.

5.6.2.1 Análisis descriptivo. Las variables cuantitativas continuas se presentan como media y las variables cualitativas se presentan como proporciones.

Inicialmente se calcula la prevalencia puntual de la ideación suicida e intento suicida (variables dependiente) en los adolescentes de la muestra, contestaron la encuesta y cumplen con criterios de inclusión. La prevalencia puntual se expresa en porcentaje.

Posteriormente se caracteriza la población por medio del cálculo de la media de la edad de la población el estudio. Luego se calcula la proporción de hombres mujeres. Finalmente se calcula la proporción de los diferentes grados escolares que cursan los estudiantes.

5.6.2.2 Análisis bivariado. Mediante tablas de dos por dos se cruzan los datos de conducta suicida (variable dependiente) si está presente o ausente y las variables independientes factores asociados: Disfunción Familiar, Consumo de sustancias psicoactivas, Depresión, Disfunción escolar, Consumo de alcohol, Antecedente familiar de intento suicida, Muerte de padres, Historia familiar de antecedente enfermedad psiquiátrica y Diagnósticos psiquiátricos previos.

Se determina la razón de odds estimados a partir de tablas 2x2 (análisis crudo) y se determinara si la razón de odds estimados tienen significancia estadística por medio del test adecuado que es la Ji cuadrado

## 5.7 CONTROL DE SEGOS

El diseño esta investigación permitió obtener una muestra representativa de la población de interés, estudiantes entre 9 y 11 grado evitando la aparición de factores con fusores y obteniendo resultados con validez interna y externa con criterios de inclusión y exclusión claramente definidos.

Antes de su aplicación, se verifico que el instrumento de recolección de datos o encuesta sea didáctico y práctico de diligenciar para la población de interés. Lo anterior se realizó por medio de aplicación de una prueba piloto y se modificó según los resultados obtenidos antes del desarrollo del estudio.

Se realizó una encuesta auto administrada asistida, durante la realización de las encuestas se solucionó cualquier inquietud sobre el diligenciamiento del mismo y se verifico que fueran llenadas en su totalidad con datos legibles evitando que se pierdan sujetos durante la realización del estudio.

En toda la investigación la identidad de los sujetos es anónima y se explicó a los participantes que la información que facilitan es confidencial no se identificaron a las personas que diligencien la encuesta y así se minimizaran la posibilidad de sesgos relacionados el interés de participar en el estudio.

Los datos del estudio solo fueron manipulados por los investigadores quienes recogieron la información aplicando encuestas sin entrevistar verbalmente a los sujetos y velan que los datos obtenidos se mantengan confidenciales y se analicen en su totalidad.

## 6. CONSIDERACIONES ÉTICAS

El desarrollo de este proyecto de investigación fue ajustado a los principios de la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial sobre principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos se protegió la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación y se protegió la privacidad, integridad y anonimato del individuo, sujeto de investigación.<sup>80</sup>

De acuerdo el artículo 11 de la resolución 008430 de 1993, del Ministerio de salud, el tipo de riesgo de esta investigación correspondería a investigación de riesgo mínimo:<sup>81</sup> se manejaron datos muy sensibles y se establecieron prevalencias de acuerdo a datos recolectados en encuestas sin intervenir sobre algún tipo de decisiones médica y no se manipularon variables de los sujetos de algún tipo (biológicas, fisiológicas o psicológicas).<sup>84</sup>

Se solicitó el consentimiento informado a los representantes legales de los menores de edad que participaron en el estudio y a los estudiantes que hicieron parte de la población de estudio como se estipula en la resolución 008430 de 1993, en caso de no obtener el consentimiento los sujetos no fueron incluidos en el estudio.

Se informó la prevalencia de ideación y conducta suicida las orientadoras de cada colegio para que según sus recursos, procedimientos internos, y criterios intervengan la situación. Estas personas como profesionales realizaran las intervenciones necesarias en los niveles con la problemática (9,10 o 11 grado) y buscaran los casos puntuales para diagnosticarlos por medio profesionales psiquiatras o psicólogo y le dan manejo a los casos de conducta suicida.

En el asentimiento informado se explicó ampliamente de la finalidad de la investigación, como se realizara la misma, los objetivos y beneficios del proyecto, la posibilidad de retirarse del estudio en cualquier momento y a los sujetos se les dio la seguridad de tener asesoría de los investigadores ante cualquier inquietud que les surja durante la realización del proyecto de investigación.

---

<sup>80</sup> Declaración de Helsinki de la AMM - Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Disponible en <http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/>

<sup>81</sup> Resolución n° 008430 de 1993 por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Ministerio de Salud. República de Colombia.

También se explicó a los sujetos del estudio y sus representantes legales que los datos personales de los menores no serán usados y la encuesta será anónima. En el cuestionario no se solicitó datos personales o de identificación por lo cual fue respondido anónimamente lo que reforzó la confidencialidad de los datos obtenidos y priorizando en la privacidad de los sujetos. Además, todos los datos se manejarán en forma grupal y nunca individual.

Confidencialidad de los datos: la información obtenida de las encuestas del estudio el estudio fue manejada por los autores. Esta información se mantuvo confidencial y ninguna persona pudo acceder externamente a los datos. Así mismo se dispone de copias de seguridad de la información. El protocolo del estudio fue sometido a revisión por el Comité de investigación designando por Universidad Autónoma de Bucaramanga.

## 7. RESULTADOS

### 7.1 ANÁLISIS DESCRIPTIVO

Se aplicaron un total de 459 encuestas, quienes aceptaron participar voluntariamente en el estudio. De estos, 251 (54.7%) fueron hombres y 208 (45.3%) mujeres. La media de la edad en mujeres fue de 16.30 años y 16.33 en los hombres. Todos pertenecían a instituciones educativas públicas, el 32.2% cursaban noveno grado, 31.2% décimo grado y 36.6% undécimo grado. En la tabla 1 se describen según el sexo las características presentes en los estudiantes encuestados. Las mayores diferencias entre los dos sexos se presentaron con respecto a la orientación sexual homosexual e indefinido, siendo más frecuentes en las mujeres que en los hombres. Por otro lado, las alteraciones en el patrón de consumo de alcohol según los resultados del test AUDIT fueron más comunes entre los hombres. En las demás características no se encontraron diferencias marcadas.

Del total de participantes, el 73.6% manifestaron algún tipo de disfunción escolar, el 91.3% eran heterosexuales, el intento de suicidio en algún familiar fue del 25.3%, el 13.3% había recibido alguna vez un diagnóstico de enfermedad psiquiátrica y el 19.6% tenía antecedente familiar de enfermedad psiquiátrica. 383 (83.4%) adolescentes habían consumido alguna sustancia psicoactiva alguna vez en su vida.

Tabla 1. Características según sexo

Variable	Mujer		Hombre		Total	
	n	%	n	%	n	%
Disfunción Escolar	156	(46.2)	182	(53.8)	338	(73.6)
Bisexual	10	(52.6)	9	(47.4)	19	(4.1)
Heterosexual	184	(43.9)	235	(56.1)	419	(91.3)
Homosexual	6	(75.0)	2	(25.0)	8	(1.7)
Indefinido	8	(61.5)	5	(38.5)	13	(2.8)
Intento suicida en Familiar	63	(54.3)	53	(45.7)	116	(25.3)
Muerte Padres	13	(54.2)	11	(45.8)	24	(5.2)
Antecedente psiquiátrico personal	34	(55.7)	27	(44.3)	61	(13.3)
Antecedente psiquiátrico familiar	48	(53.3)	42	(46.7)	90	(19.6)
Disfunción familiar (APGAR anormal)	72	(52.9)	64	(47.1)	136	(29.6)
Depresión (CES-D positivo)	137	(53.7)	118	(46.3)	255	(55.6)

Tabla 1. Características según sexo(continuación )

Variable	Mujer		Hombre		Total	
	n	%	n	%	n	%
Consumo anormal alcohol (AUDIT anormal)	43	(34.7)	81	(65.3)	124	(27)
Consumo de sustancias psicoactivas	180	(47.0)	203	(53.0)	383	(83.4)

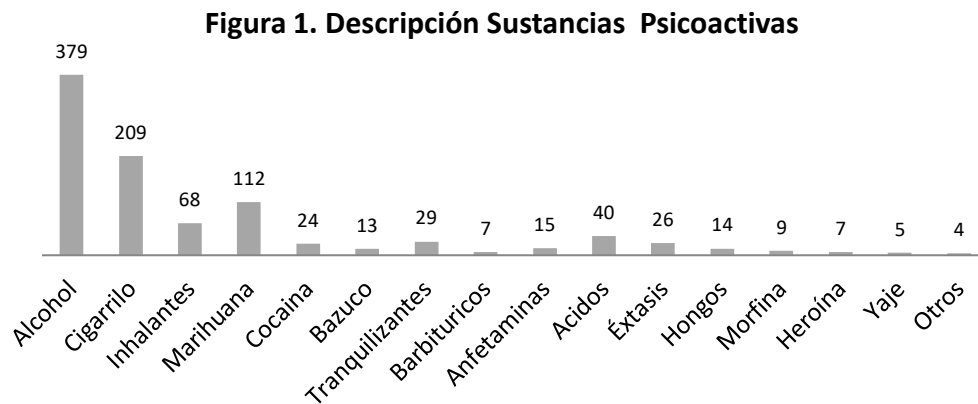
En la tabla 2 se presentan las escalas de los 3 test incluidos en el cuestionario, donde se exponen los resultados positivos y su discriminación para el APGAR familiar, CES-D y AUDIT. 323 tuvieron un APGAR familiar normal, 136 presentaron alteración en los resultados, distribuidos según severidad así: 72 disfunción familiar leve, 42 moderado y 22 severo. 204 no presentan síntomas de depresión y 255 tuvieron resultados anormales en el test CES-D, categorizados en depresión leve 83, moderado 58 y severo 114 adolescentes. Con respecto al consumo de alcohol, 124 presentan algún tipo de trastorno en el patrón de consumo según los resultados del test AUDIT, así: 94 consumo de riesgo, 18 consumo perjudicial y 12 con puntajes correlacionados con dependencia alcohólica.

Tabla 2. Resultados de los Test por sexo

ESCALAS	Mujer		Hombre		Total	
	n	%	n	%	n	%
<i>Disfunción familiar</i>						
leve	34	25%	38	28%	72	53%
moderado	23	17%	19	14%	42	31%
severo	15	11%	7	5%	22	16%
Total	72	53%	64	47%	136	100%
<i>Depresión</i>						
Leve	41	16%	42	16%	83	33%
Moderado	25	10%	33	13%	58	23%
Severo	71	28%	43	17%	114	45%
Total	137	54%	118	46%	255	100%
<i>Consumo Alcohol</i>						
Dependencia	5	4%	7	6%	12	10%
Perjudicial	4	3%	14	11%	18	15%
Riesgo	34	27%	60	48%	94	76%
Total	43	35%	81	65%	124	100%



Consumo de Sustancias Psicoactivas: 383 (83.4%) adolescentes encuestados han consumido alguna sustancia psicoactiva alguna vez en su vida y tan solo 76 (16.6%) nunca han probado ningún tipo de estas sustancias. Las sustancias que más se consumieron fue en primer lugar el alcohol, segundo el cigarrillo y en tercer lugar la Marihuana (Cannabis). 147 (32%) estudiantes consumieron alguna vez en su vida alguna sustancia psicoactiva además del alcohol o el cigarrillo (ej. Marihuana, Cocaína, Bazuco, Ácidos...). En la figura 1 se observa según el tipo de sustancia consumida.



Conducta Suicida: En la tabla 3 se presentan los resultados para ideación suicida e intento suicida según el sexo.

**Tabla 3. Conducta suicida en hombres y mujeres**

Conducta Suicida	Mujer		Hombre		Total	
	n	%	n	%	n	%
<i>Ideación Suicida</i>						
No	107	23,3%	164	35,7%	271	59,0%
Si	101	22,0%	87	19,0%	188	41,0%
Total	208	45,3%	251	54,7%	459	100,0]
<i>Intento Suicidio</i>						
No	149	32,5%	215	46,8%	364	79,3%
Si	59	12,9%	36	7,8%	95	20,7%
Total	208	45,3%	251	54,7%	459	100,0%

De los 459 participantes, 188 (41%) presento ideación suicida alguna vez en su vida, de estos 101 fueron mujeres y 87 hombres. 95 (20,7%) adolescentes cometieron alguna vez un intento suicida, de los cuales 59 eran mujeres y 36 hombres. A su vez, del total de personas con ideación suicida, el 50,5% habría realizado al menos un intento de suicidio en su vida.

La caracterización de los participantes según ideación suicida se presenta en la Tabla 4. Caracterización de la ideación suicida (continuación) tabla 4, El 48.6% de las mujeres y el 34.7% de los hombres tuvieron alguna vez en su vida ideas suicidas. Los escenarios donde se encontró mayor porcentaje de esta conducta fue: el 68.4% de los bisexuales presentaron ideación, al igual que el 66.4% de los estudiantes con antecedente de intento suicidio de un familiar. El 77% con antecedente personal de diagnóstico psiquiátrico previo, el 72.1% con Apgar familiar anormal siendo más relevante para la disfuncionalidad severa y el 78.9% con depresión severa también manifestaron ideación suicida.

Tabla 4. Caracterización de la ideación suicida

Variable	Ideación Suicida					
	No	%	Si	%	Total	%
<i>Sexo</i>						
Femenino	107	51.4	101	48.6	208	(100.0)
Masculino	164	65.3	87	34.7	251	(100.0)
<i>Curso</i>						
9	81	54.7	67	45.3	148	(100.0)
10	83	58.0	60	42.0	143	(100.0)
11	107	63.7	61	36.3	168	(100.0)
<i>Percepción de disfunción escolar</i>						
No	83	68.6	38	31.4	121	(100.0)
Si	188	55.6	150	44.4	338	(100.0)
<i>Orientación sexual</i>						
Bisexual	6	31.6	13	68.4	19	(100.0)
Heterosexual	253	60.4	166	39.6	419	(100.0)
Homosexual	4	50.0	4	50.0	8	(100.0)
Indefinido	8	61.5	5	38.5	13	(100.0)
<i>Intento suicida en familiar</i>						
No	232	67.6	111	32.4	343	(100.0)
Si	39	33.6	77	66.4	116	(100.0)
<i>Muerte padres</i>						
No	259	59.5	176	40.5	435	(100.0)
Si	12	50.0	12	50.0	24	(100.0)

Tabla 4. Caracterización de la ideación suicida (continuación )

Variable	Ideación Suicida						
	No	%	Si	%	Total	%	
<i>Diagnóstico Psiquiátrico previo</i>	No	257	64.6	141	35.4	398	(100.0)
	Si	14	23.0	47	77.0	61	(100.0)
<i>Diagnóstico Psiquiátrico familiar</i>	No	238	64.5	131	35.5	369	(100.0)
	Si	33	36.7	57	63.3	90	(100.0)
<i>Disfunción familiar</i>	No	233	72.1	90	27.9	323	(100.0)
	Si	38	27.9	98	72.1	136	(100.0)
<i>Escala APGAR familiar</i>	Leve	27	37.5	45	62.5	72	(100.0)
	Moderado	9	21.4	33	78.6	42	(100.0)
	Severo	2	9.1	20	90.9	22	(100.0)
<i>Depresión</i>	No	166	81.4	38	18.6	204	(100.0)
	Si	105	41.2	150	58.8	255	(100.0)
<i>Escala CES-D</i>	Leve	57	68.7	26	31.3	83	(100.0)
	Moderado	24	41.4	34	58.6	58	(100.0)
	Severo	24	21.1	90	78.9	114	(100.0)
<i>Consumo de Alcohol de Riesgo</i>	No	206	61.5	129	38.5	335	(100.0)
	Si	65	52.4	59	47.6	124	(100.0)
<i>Escala AUDIT</i>	Dependencia	5	41.7	7	58.3	12	(100.0)
	Perjudicial	13	72.2	5	27.8	18	(100.0)
	Riesgo	47	50.0	47	50.0	94	(100.0)
<i>Consumo SPA: Alcohol o cigarrillo</i>	No	52	68.4	24	31.6	76	(100.0)
	Si	219	57.2	164	42.8	383	(100.0)
<i>Consumo SPA: Alcohol o cigarrillo</i>		51	67.1	25	32.9	76	(100.0)
<i>Consumo otras SPA (Marihuana, ácidos, éxtasis...)</i>	No						
	Si	220	(57.4)	163	42.6	383	(100.0)
<i>Consumo otras SPA (Marihuana, ácidos, éxtasis</i>	No	203	65.1	109	34.9	312	(100.0)
	Si	68	46.3	79	53.7	147	(100.0)

En la tabla 5 se presenta la caracterización de los participantes según intento de suicidio, la mayoría de los estudiantes que presentaron intento suicida eran mujeres, el 28,4% de todas las mujeres en comparación con 14.3% de los hombres participantes en el estudio. Las variables con mayor porcentaje de intento suicida fueron ser bisexual (52.6%), antecedente familiar de intento de suicidio (44%), antecedente personal de diagnóstico psiquiátrico (45.9%), disfunción

familiar severa (54.5%), depresión severa (47.4%), dependencia alcohólica (41.7%).

Tabla 5. Caracterización del intento suicida

Variable	Intento Suicida						
	No	%	Si	%	TOTAL	%	
<i>Sexo</i>	Femenino	149	71.6	59	28.4	208	(100.0)
	Masculino	215	85.7	36	14.3	251	(100.0)
<i>Curso</i>	9	110	30.2	38	40.0	148	(100.0)
	10	113	31.0	30	31.6	143	(100.0)
	11	141	38.7	27	28.4	168	(100.0)
<i>Percepción de disfunción escolar</i>	No	107	88.4	14	11.6	121	(100.0)
	Si	257	76.0	81	24.0	338	(100.0)
<i>Orientación sexual</i>	Bisexual	9	47.4	10	52.6	19	(100.0)
	Heterosexual	338	80.7	81	19.3	419	(100.0)
	Homosexual	6	75.0	2	25.0	8	(100.0)
	Indefinido	11	84.6	2	15.4	13	(100.0)
<i>Intento suicida en familiar</i>	No	299	87.2	44	12.8	343	(100.0)
	Si	65	56.0	51	44.0	116	(100.0)
<i>Muerte padres</i>	No	345	79.3	90	20.7	435	(100.0)
	Si	19	79.2	5	20.8	24	(100.0)
<i>Diagnóstico Psiquiátrico previo</i>	No	331	83.2	67	16.8	398	(100.0)
	Si	33	54.1	28	45.9	61	(100.0)
<i>Diagnóstico Psiquiátrico familiar</i>	No	306	82.9	63	17.1	369	(100.0)
	Si	58	64.4	32	35.6	90	(100.0)
<i>Disfunción familiar</i>	No	279	86.4	44	13.6	323	(100.0)
	Si	85	62.5	51	37.5	136	(100.0)
<i>Escala Apgar familiar</i>	Leve	47	65.3	25	34.7	72	(100.0)
	Moderado	28	66.7	14	33.3	42	(100.0)
<i>Escala Apgar familiar</i>	Severo	10	45.5	12	54.5	22	(100.0)
<i>Depresión</i>	No	190	93.1	14	6.9	204	(100.0)
	Si	174	68.2	81	31.8	255	(100.0)
<i>Escala CES-D</i>	Leve	71	85.5	12	14.5	83	(100.0)
	Moderado	43	74.1	15	25.9	58	(100.0)
<i>Escala CES-D</i>	Severo	60	52.6	54	47.4	114	(100.0)
<i>Consumo de Alcohol de Riesgo</i>	No	277	82.7	58	17.3	335	(100.0)
	Si	87	70.2	37	29.8	124	(100.0)

Tabla 5. Caracterización del intento suicida (continuación)

Variable	Intento Suicida				TOTAL	%
	No	%	Si	%		
<i>Escala AUDIT</i>						
Dependencia	7	58.3	5	41.7	12	(100.0)
Perjudicial	14	77.8	4	22.2	18	(100.0)
<i>Escala AUDIT</i>	Riesgo	66	70.2	28	29.8	94 (100.0)
<i>Consumo de SPA</i>	No	66	86.8	10	13.2	76 (100.0)
	Si	298	77.8	85	22.2	383 (100.0)
<i>Consumo SPA: Alcohol o cigarrillo</i>	No	65	85.5	11	14.5	76 (100.0)
	Si	299	78.1	84	21.9	383 (100.0)
<i>Consumo otras SPA (Marihuana, ácidos, éxtasis...)</i>	No	262	84.0	50	16.0	312 (100.0)
	Si	102	69.4	45	30.6	147 (100.0)

## 8.2 ANÁLISIS BIVARIADO

El análisis bivariado de intento suicida con los posibles factores asociados se observa en la tabla seis. Las variables asociadas a ideación suicida fueron: el sexo femenino (OR 2.36), percepción de disfunción escolar OR (2,41), antecedente de intento suicida en la familiar (OR 5.33), diagnostico psiquiátrico previo OR (4.19), diagnostico Psiquiátrico en algún familiar(OR 2.68), antecedente de disfunción familiar de cualquier grado - definida como apagar familiar menor de 17 puntos- (OR 3.80), antecedente de depresión – puntuación mayo de 16 en la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos CES-D (OR 6,32), y consumo de alcohol de riesgo – puntaje mayor a 8 en el test de Identificación de los Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT- OR (2,03) y consumo de sustancias psicoactivas diferentes al alcohol y/o cigarrillo.

Tabla 6. Resultados de análisis bivariado intento suicida

Variables	OR	IC de OR	Test Chi <sup>2</sup>	p
Sexo masculino	0.42	0.27-0.67	13.627	0.0002
Sexo femenino	2.36	1.49-3.76	13.627	0.0002
Percepción de difusión escolar	2.41	1.31-4.44	8.339	0.0000
Intento suicida en familia	5.33	3.28, 8.65	51.204	0.0000

Tabla 6. Resultados de análisis bivariado intento suicida (continuación)

Variables	OR	IC de OR	Test Chi <sup>2</sup>	p
Muerte padres	1.01	0.37-2.78	0.000	0.9865
Diagnostico Psiquiátrico previo	4.19	2.38-7.40	27.228	0.0000
Diagnostico Psiquiátrico familiar	2.68	1.61-4.46	15.058	0.0001
Disfunción familiar	3.80	2.38-6.09	33.24	0.0000
Depresión	6.32	3.46-11.55	42.818	0.0000
Consumo de Alcohol DE Riesgo	2.03	1.26-3.27	8.650	0.0033
Consumo de S, Psicoactivas	1.88	0.93-3.82	3.154	0.0757
Consumo de S, Psicoactivas no alcohol no cigarrillo	2.31	1.45-3.67	12.953	0.0003
Consumo de S, Psicoactivas alcohol o cigarrillo	1.66	0.84-3.29	2.149	0.1426

El análisis bivariado de ideación suicida con los posibles factores asociados se observa en la tabla 7. Las variables asociadas a intento suicida fueron: el sexo femenino (OR 1.78), percepción de disfunción escolar OR (1.74), antecedente de intento suicida en la familiar (OR 4.13), diagnostico psiquiátrico previo OR (6.12), diagnostico Psiquiátrico en algún familiar(OR 3.14), antecedente de disfunción familiar de cualquier grado - definida como apagar familiar menor de 17 puntos- (OR 6.68), antecedente de depresión – puntuación mayo de 16 en la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos CES-D (OR 6.24), y consumo de sustancias psicoactivas diferentes al alcohol y/o cigarrillo (OR 2,16).

Tabla 7. Resultados de análisis bivariado ideación suicida

Variables	OR	IC de OR	Test Chi <sup>2</sup>	p
Sexo masculino	0,56	0,39-0,82	9,08	0,0026
sexo femenino	1,78	1,22-2,59	9,08	0,0026
Percepción de difusión escolar	1,74	1,12-2,71	6,20	0,0128
Intento suicida en familia	4,13	2,64-6,45	41,48	0,0000
Muerte padres	1,47	0,65-3,35	0,85	0,3548
Dx Psiquiátrico previo	6,12	3,26-11,50	37,89	0,0000

Tabla 7. Resultados de análisis bivariado ideación suicida (continuación)

Variables	OR	IC de OR	Test Chi <sup>2</sup>	p
Dx Psiquiátrico familiar	3,14	1,94-5,07	23,17	0,0000
Disfunción familiar	6,68	4,27-10,44	77,29	0,0000
Depresión	6,24	4,05-9,61	75,72	0,0000
Consumo de Alcohol DE Riesgo	1,45	0,96-2,20	3,08	0,0792
Consumo de S, Psicoactivas	1,62	0,96-2,74	3,31	0,0687
Consumo de S, Psicoactivas no alcohol no cigarrillo	2,16	1,45-3,22	14,61	0,0001
Consumo de S, Psicoactivas alcohol o cigarrillo	1,51	0,90-2,54	2,44	0,1176

El análisis bivariado de intento suicida con las diferentes categorías de los tests: apagar familiar, Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos CES-D, y test de Identificación de los Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT) se muestran en la tabal 8, se observó una asociación significativa de intento suicida con disfunción familiar severa (OR7.61), disfunción familiar moderada ( OR3.17), disfunción familiar leve (OR 3.37),depresión moderada (OR 4.73), depresión severa (OR 12.21) y Consumo de riesgo de alcohol (OR 2.03)

Tabla 8. Resultado de análisis bivariado de los resultados obtenido en los tests e intento suicida

Variables	OR	IC de OR	Test Chi <sup>2</sup>	p
Disfunción familiar severa	7,61	3,10-18,67	25369	0,0000
Disfunción familiar moderada	3,17	1,55-6,49	10804	0,0010
Disfunción familiar leve	3,37	1,89-6,02	18181	0,0000
Depresión leve	2,29	1,01-5,20	4,131	0,0421
Depresión moderada	4,73	2,13-10,54	16,56	0,0000
Depresión severa	12,21	6,34-23,53	71,375	0,0000
Dependencia alcohólica de alcohol	3,41	1,05-11,12	4,624	0,0315
Consumo perjudicial de alcohol	1,36	0,374- 4,11	0,2843	0,2970

Consumo de riesgo de alcohol	2,03	1,20-3,42	7,126	0,0076
------------------------------	------	-----------	-------	--------

El análisis bivariado de ideación suicida con las diferentes categorías de los tests: apagar familiar, Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos CES-D, y test de Identificación de los Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT) se muestran en la tabla 8, se observó una asociación significativa de intento suicida con disfunción familiar severa (OR 25.89), disfunción familiar moderada (OR 9.49), disfunción familiar leve (OR 4.31), depresión moderada (OR 6.19), depresión severa (OR 16.38) y Consumo de riesgo de alcohol (OR 1.60)

Tabla 9. Resultado de análisis bivariado de los resultados obtenido en los tests e ideación suicida

VARIABLES	OR	IC de OR	Test Chi <sup>2</sup>	p
Disfunción familiar severa	25,89	5,93-113,02	37,69	0,0000
Disfunción familiar moderada	9,49	4,37-20,63	42,77	0,0000
Disfunción familiar leve	4,31	2,53-7,37	31,39	0,0000
Depresión leve	1,99	1,11-3,57	5,49	0,0191
Depresión moderada	6,19	3,29-11,62	36,24	0,0000
Depresión severa	16,38	9,25-29,02	110,64	0,0000
Dependencia alcohólica de alcohol	2,24	0,69-7,19	0,166	1911
Consumo perjudicial de alcohol	1,36	0,43-4,30	0,28	0,5939
Consumo de riesgo de alcohol	1,60	1,01-2,53	4,00	0,0453

Con relación a la orientación sexual se observó una relación entre intento suicida y bisexualidad (OR 4,64) e ideación suicida con bisexualidad OR (3,28). Ver tablas 10 y 11

Tabla 10. Análisis bivariado Orientación sexual e ideación suicida

VARIABLES	OR	IC de OR	p
Bisexual	3,28	1,22-8,79	0,0129
Heterosexual	0,54	0,28-1,03	0,0587
Homosexual	1,45	0,36-5,88	0,5998



Indefinido	0,90	0,29-2,79	0,8527
------------	------	-----------	--------

Tabla 11 Análisis bivariado Orientación sexual e intento suicida

Variables	OR	IC de OR	<i>p</i>
Bisexual	4,64	1,83-11,77	0,0004
Heterosexual	0,45	0,22-0,89	0,0194
Homosexual	1,28	0,25-6,46	0,7618
Indefinido	0,69	0,15-3,17	0,6315

## 8. DISCUSIÓN

Casi la mitad de los adolescentes participantes en el estudio presentaron ideación suicida alguna vez en su vida y de estos la mitad había cometido al menos un intento de suicidio. Las prevalencias halladas son mayores a las reportadas en la literatura; Taborda y Téllez<sup>82</sup> quienes para el año 2001 encontró que 30% de la muestra de estudiantes Bogotanos de bachillerato y universidad investigados en su estudio comunicaron pensamientos suicidas; Carvajal y Caro<sup>83</sup> en el año 2011 reportaron un 20% de ideación en la última semana de realización de sus entrevistas en la ciudad de Bogotá. En este estudio, el total de los participantes corresponden a estudiantes de 6 instituciones públicas de las 3 jornadas escolares (mañana, tarde y noche), se presentaron propuestas en colegios privadas de Bogotá pero no se lograron los permisos correspondientes para aplicar el estudio, solo se recibió autorización de instituciones públicas. Por lo tanto, en su mayoría los resultados presentados corresponden a los estratos 1, 2 y 3. Esto podría ser una de las causas del hallazgo de un mayor porcentaje de participantes con ideación e intento suicida, ya que durante la adolescencia confluyen diferentes situaciones estresantes a nivel bio-psico-social que puede ser agudizado por bajos ingresos familiares generando desesperanza por la falta de oportunidades e insatisfacción de las necesidades básicas.<sup>84</sup>

La ideación e intento suicida fueron mayores en el sexo femenino, siendo consistente con la literatura nacional e internacional<sup>6 17 85 86</sup>. Cabe resaltar que el suicidio consumado es más frecuente en el sexo masculino<sup>36</sup>, así lo reporto El Instituto Colombiano de Medicina legal donde 1544 hombres murieron en el 2014 debido al suicidio y solo 333 mujeres fallecieron por esta causa.<sup>8</sup>

---

<sup>82</sup> Taborda L, Téllez J. Suicidio en cifras. En: Téllez J, Forero J. Suicidio: neurobiología, factores de riesgo y prevención. Bogotá: Nuevo Milenio Editores; 2006. p. 24-41.

<http://www.psiquiatriabiologica.org.co/publicaciones/documentos/2EL%20SUICIDIO%20EN%20CIFRAS-OK.pdf>

<sup>83</sup> Carvajal G, Caro C. Ideación suicida en la adolescencia: Una explicación desde tres de sus variables asociadas en Bogotá, 2009. 2011. Colombia Médica, 42(2), p. 45-56.

<sup>84</sup> Jones E, Suicidio en el adolescente. PSIMONART. 2008; 1(2) 31-36.

<http://www.clinicamontserrat.com.co/web/documents/Psimonart/volumen1-2/PSIMONART%202%20Cap03.pdf>

<sup>85</sup> Muñoz J., Gutiérrez M. Factores de riesgo asociados al suicidio en Nariño (Colombia): estudio de casos y controles. Revista Colombiana Psiquiatría. 2010. 39(2):291-312

<sup>86</sup> Cuesta O, Parra J, Orozco M, Pérez, O. Ideación suicida y factores asociados en jóvenes universitarios de la ciudad de Medellín. Revista Archivo Médico de Camagüey. 2015. 19(5): 469-478.

Un metanálisis del año 2011 realizado en Estados Unidos confirmó que el 28% de minorías sexuales jóvenes contra el 12% de jóvenes heterosexuales reportaron historia de riesgo suicida o conducta suicida, con mayor riesgo de suicidio en bisexuales (OR 4,92;  $p < 0,0001$ ; IC95% 2,82-8,59) que en jóvenes no bisexuales<sup>87</sup>, datos concordantes con los encontrados en el presente estudio donde la conducta suicida se asocia a la bisexualidad.

Siendo este estudio aplicado en instituciones educativas, se cuestiono acerca de la vida escolar, encontrando que el 73,6% de los estudiantes manifestaron que presentaban algún tipo de disfunción escolar ya fuera de tipo académico, disciplinario o interpersonal; de los 95 casos de intento suicida, 81 de estos reporto disfunción escolar. Existen pocos estudios que examinen la asociación intento de suicidio y desempeño académico; sin embargo, los problemas escolares forman parte de los eventos de alta tensión y presión en esta etapa de la vida.<sup>84</sup> Situación que debe llamar la atención de las instituciones educativas, la familia y los prestadores de salud, con el fin de brindar las herramientas necesarias para afrontar las dificultades en este ámbito.

La disfuncionalidad familiar también está más presente en los adolescentes con conducta suicida en nuestro estudio, predominando en la catalogada como severa por el APGAR familiar, situación que ha sido descrita internacionalmente<sup>71</sup> y en nuestro país en la misma población en la ciudad de Medellín.<sup>88</sup> Por lo tanto, en el momento de evaluar a un paciente con riesgo suicida, es necesario tener en cuenta, entre otras, las características del medio familiar.

La mayoría de los adolescentes con conducta suicida presentan trastornos psiquiátricos, siendo la depresión el factor de riesgo más común<sup>6 87 89</sup>, esto se replicó en nuestro resultados donde hay un alto porcentaje de adolescentes con antecedentes psiquiátricos positivos que han tenido ideas suicidas, siendo el dato más sobresaliente que el 78.9 % de los estudiantes con depresión severa han presentado ideación suicida y de estos más de la mitad ha realizado algún intento de suicidio en su vida. Algunos autores han encontrado que el trastorno depresivo aumenta 20 veces el riesgo de suicidio.<sup>86</sup> Otros antecedentes psiquiátricos que fueron más frecuentes en quienes presentaron conducta suicida fue el diagnóstico psiquiátrico previo, historia familiar de intento de suicidio y consumo de sustancias

---

<sup>87</sup> Marshall M, Dietz L, Friedman M, Stall R, Smith H, McGinley J, et al. Suicidality and depression disparities between sexual minority and heterosexual youth: a meta-analytic review. *Journal of Adolescent Health*. 2011;49:115-23.

<sup>88</sup> Toro D, Paniagua R, González C, Montoya B. Caracterización de adolescentes escolarizados con riesgo de suicidio, Medellín, 2006. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 2009. 27(3), 302-308

<sup>89</sup> García E, Peralta V. Suicidio y riesgo de suicidio. *Anales*. 2002. 25(3):85-96

psicoactivas, los cuales son factores que se han asociado con suicidabilidad en adolescentes.<sup>6 7 97 88</sup>

Indudablemente es necesario conocer las características y los factores que predisponen e interviene sobre los comportamientos e ideaciones suicidas, para lograr hacer una detección precoz que genere prevención oportuna. Este estudio expone varios factores asociados específicamente en nuestra población lo que permite que durante el manejo se pueda priorizar en los factores que son determinantes en el comportamiento suicida en los adolescentes.

## 9. CONCLUSIONES

El comportamiento suicida es un espectro de patologías en los adolescentes que van desde los pensamientos o ideación suicida hasta el suicido consumado, actualmente son considerados un problema de salud pública a nivel mundial y las tasas más altas de comportamientos suicidas en nuestro país se presentan entre los 15-24 años de edad. Se ha descrito que el comportamiento suicida se asocia a factores de riesgo por lo que se ha considerado que esta es una patología prevenible. Debido a la importancia del tema se consideró realizar un estudio que permitiera caracterizar la prevalencia de a conducta suicida y factores de riesgo en un grupo de adolescentes de Bogotá

En total se encuestaron a 459 estudiantes que cursaban entre 9 a 11 grado de seis instituciones educativas de Bogotá de estos el 41% (188 adolescentes) refirió haber presentado ideación suicida alguna vez en su vida y el 20.7% (95 participantes) refirieron haber presentado un intento suicida en su vida estos correspondían al 50% de los adolescentes que habían referido ideación suicida. Las prevalencias puntuales obtenidas son más altas que las reportadas en estudios previos realizados en otros grupos poblacionales, no hay información en el grupo poblacional estudiado.

Hay una relación estadísticamente significativa entre intento suicida y las variables sexo femenino, disfunción escolar, antecedente de intento suicida en la familiar, diagnostico psiquiátrico previo, diagnostico Psiquiátrico en algún familiar, antecedente de disfunción familiar de cualquier grado - definida como apagar familiar menor de 17 puntos- , antecedente de depresión – puntuación mayo de 16 en la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos CES-D y consumo de alcohol de riesgo – puntaje mayor a 8 en el test de Identificación de los Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT- y consumo de sustancias psicoactivas diferentes al alcohol y/o cigarrillo.

Hay una relación estadísticamente significativa entre ideación suicida y las variables el sexo femenino, percepción de disfunción escolar, antecedente de intento suicida en la familiar, diagnostico psiquiátrico previo OR, diagnostico Psiquiátrico en algún familia, antecedente de disfunción familiar de cualquier grado - definida como apagar familiar menor de 17 puntos-, antecedente de depresión – puntuación mayo de 16 en la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos CES-D, y consumo de sustancias psicoactivas diferentes al alcohol y/o cigarrillo.

La conducta suicida es una patología con una elevada prevalencia que se relaciona a factores de riesgo que se pueden identificar por lo que se requiere de futuros estudios que permitan medir la asociación y determinar qué factores de riesgo deben intervenir para evitar muertes prevenibles en los adolescentes.

## 10. BIBLIOGRAFIA

American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with suicidal behavior. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2001; 40:24S

Andrews J, Lewinsohn P. Suicidal attempts among older adolescents: prevalence and co-occurrence with psychiatric disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1992; 31:655

Arango V, Underwood M, Mann J. Postmortem findings in suicide victims. Implications for in vivo imaging studies. *Ann N Y Acad Sci* 1997; 836:269.

Beautrais A, Joyce P, Mulder R, Fergusson D, Deavoll B, Nightingale S. Prevalence and comorbidity of mental disorders in persons making serious suicide attempts: a case-control study. *Am J Psychiatry*. 1996;153(8):1009-14.

Beautrais A, Joyce P, Mulder R. Precipitating factors and life events in serious suicide attempts among youths aged 13 through 24 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997; 36:1543.

Beautrais A, Joyce P, Mulder R. Psychiatric illness in a New Zealand sample of young people making serious suicide attempts. *N Z Med J* 1998; 111:44

Beautrais A. Child and young adolescent suicide in New Zealand. *Aust N Z J Psychiatry* 2001; 35:647

Birmaher B, Ryan N, Williamson D, Brent D, Kaufman J. Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 years. Part I. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996; 35:1427.

Brent A, Perper J, Allman C, Moritz G, Wartella M, Zelenak J. The presence and accessibility of firearms in the homes of adolescent suicides. A case-control study. *JAMA* 1991;266(21): 2989-2995.

Brent D, Baugher M, Bridge J, Chen T, Chiappetta L. Age- and sex-related risk factors for adolescent suicide. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999; 38:1497

Brent D, Bridge J, Johnson B, Connolly J. Suicidal behavior runs in families. A controlled family study of adolescent suicide victims. *Arch Gen Psychiatry* 1996; 53:1145.

Brent D, Perper J, Allman C. Alcohol, firearms, and suicide among youth. Temporal trends in Allegheny County, Pennsylvania, 1960 to 1983. JAMA 1987; 257:3369.

Brown K, McMahon R, Biro F, Crawford P, Schreiber G, Similo S, et al. Changes in self-esteem in black and white girls between the ages of 9 and 14 years. The NHLBI Growth and Health Study. Journal of Adolescent Health. 1998;23(1): 7-19.

Burton C, Marshal M, Chisolm D, Sucato G, Friedman M. Sexual minority-related victimization as a mediator of mental health disparities in sexual minority youth: a longitudinal analysis. Journal of youth and adolescence. 2013;42(3):394-402

Carvajal G, Caro C. Ideación suicida en la adolescencia: Una explicación desde tres de sus variables asociadas en Bogotá, 2009. 2011. Colombia Médica, 42(2), p. 45-56.

Catalozzi M, Pletcher J, Schwarz D. Prevention of suicide in adolescents. Curr Opin Pediatr 2001; 13:417.

Centers for Disease Control (CDC). Attempted suicide among high school students--United States, 1990. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 1991; 40:633

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Deaths: Leading Causes for 2000. National vital statistics reports, vol. 50, no. 16, Sept 16, 2002.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Fatal and nonfatal suicide attempts among adolescents-- Oregon, 1988-1993. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 1995; 44:312

Chinchilla A, La Depresión y sus máscaras aspectos terapéuticos. Editorial Medica Panamericana. 2008.

Committee on Injury and Poison Prevention. Efforts to reduce the toll of injuries in childhood require expanded research. American Academy of Pediatrics. Pediatrics 1996; 97:765

Comportamiento del suicidio, Colombia 2013. Instituto Colombiano de medicina legal Disponible en: <http://www.medicinalegal.gov.co/documents/10180/188820/FORENSIS+2013+3-+suicidio.pdf/65a683b4-38b2-46a4-b32a-f2a0884b25bf>



Cortés A, Conducta suicida adolescencia y riesgo. Rev Cubana Med Gen. 2014 Mar; 30(1): 132-139.

Cuesta O, Parra J, Orozco M, Perez, O. Ideación suicida y factores asociados en jóvenes universitarios de la ciudad de Medellín. Revista Archivo Médico de Camagüey. 2015. 19(5): 469-478.

Declaración de Helsinki de la AMM - Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Disponible en <http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/>

Diagnóstico de salud mental Medellín 2011- 2012 disponible en: <http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/locales/C0031052011-primer-estudio-poblacional-de-salud-mental-medellin,-2011---2012.pdf>

Doshi A, Boudreaux E, Wang N, Pelletier A, Camargo C. National study of US emergency department visits for attempted suicide and self-inflicted injury, 1997-2001. Annals of emergency medicine. 2005;46(4): 369-375.

Dube S, Anda R, Felitti V, Chapman D, Williamson D, Giles W, et al. Childhood abuse, household dysfunction, and the risk of attempted suicide throughout the life span: findings from the Adverse Childhood Experiences Study. JAMA. 2001;286(24):3089-3096.

Eaton D, Kann L, Kinchen S, Ross J, Hawkins J, Harris WA, et al. Youth risk behavior surveillance--United States, 2005. Journal of school health.2006; 76(7) 353-372.

Eaton D, Kann L, Kinchen S, Shanklin S, Ross, J, Hawkins J et al. Youth risk behavior surveillance--United States, 2007. Morbidity and mortality weekly report. Surveillance summaries.2008;57(4):1-131

El suicidio en la infancia y en la adolescencia. Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia. Disponible en: [http://www.guiasalud.es/egpc/depresion\\_infancia/completa/documentos/apartado09/apartado09.pdf](http://www.guiasalud.es/egpc/depresion_infancia/completa/documentos/apartado09/apartado09.pdf)

Fergusson D, Lynskey M. Suicide attempts and suicidal ideation in a birth cohort of 16-year-old New Zealanders. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1995; 34:1308.

Fernquist R. Problem drinking in the family and youth suicide. Adolescence 2000; 35:551. 132.

Fleming J, Offord D. Epidemiology of childhood depressive disorders: a critical review. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1990; 29:571

Forero L, Avendaño M, Duarte Z, Campo-Arias A. Consistencia interna y análisis de factores de la escala APGAR para evaluar el funcionamiento familiar en estudiantes de básica secundaria. *rev.colomb.psiquiatr.* . 2006; 35(1):23-29

García E, Peralta V. Suicidio y riesgo de suicidio. *Anales.* 2002. 25(3):85-96

Garofalo R, Wolf R, Wissow L, Woods E, Goodman E. Sexual orientation and risk of suicide attempts among a representative sample of youth. *Archives of pediatrics & adolescent medicine.* 199;153(5):487-493.

Goldman, S, Beardslee, W. Suicide in children and adolescents. In: *Harvard Medical School Guide to Assessment and Intervention in Suicide*, Jacob, D (Ed). Jossey-Bass, San Francisco 1998. p.417.

Groholt B, Ekeberg O, Wichstrøm L, Haldorsen T. Suicide among children and younger and older adolescents in Norway: a comparative study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998; 37:473

Grossman D, Reay D, Baker S. Self-inflicted and unintentional firearm injuries among children and adolescents: the source of the firearm. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1999; 153:875.

Grunbaum J, Kann L, Kinchen S, Williams B, Ross J, Lowry R, et al. Youth risk behavior surveillance--United States, 2003. *J Sch Health.* 2004; 72(8): 313-28.

Hirschfeld R, Russell J. Assessment and treatment of suicidal patients. *N Engl J Med* 1997; 337:910

Hutson H, Anglin D, Yarbrough J, Hardaway K, Russell M, Strote J, et al. Suicide by cop. *Annals of Emergency Medicine.* 1998;32(6):665-669.

Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. *Forensis 2014: Datos para la vida. Herramienta para la interpretación, intervención y prevención de lesiones de causa externa en Colombia.* Disponible en: <http://www.medicinalegal.gov.co/documents/88730/1656998/Forensis+Interactivo+2014.24-JUL.pdf/pdf/9085ad79-d2a9-4c0d-a17b-f845ab96534b>

Jones E, Suicidio en el adolescente. *PSIMONART.* 2008; 1(2) 31-36. <http://www.clinicamontserrat.com.co/web/documents/Psimonart/volumen1-2/PSIMONART%202%20Cap03.pdf>

Grunbaum, J, Kann L, Kinchen SA, Williams B, Ross, JG, Lowry R., y Kolbe L. Youth risk behavior surveillance--United States, 2001. Morbidity and Mortality Weekly Report.2002;51:1-64.

Kelleher I, Corcoran P, Keeley H, Wigman J, Devlin N, Ramsay H, et al. Psychotic symptoms and population risk for suicide attempt: a prospective cohort study. JAMA psychiatry.2013;70(9):940-948.

Kelleher I, Lynch F, Harley M, Molloy C, Roddy S, Fitzpatrick C, et al. Psychotic symptoms in adolescence index risk for suicidal behavior: findings from 2 population-based case-control clinical interview studies. Archives of general psychiatry. 2012;69(12):1277-1283.

Kennebeck S, Bonin L, Suicidal behavior in children and adolescents: Epidemiology and risk factors. Up To Date 2014

Keyes M, Malone S, Sharma A, Iacono W, McGue M. Risk of suicide attempt in adopted and nonadopted offspring. Pediatrics. 2013;132(4):639-646.

Kochanek K, Kirmeyer S, Martin J, Strobino D, Guyer B. Annual summary of vital statistics: 2009. Pediatrics 2012; 129(2):338-348

Kuramoto S, Runeson B, Stuart E, Lichtenstein P, Wilcox H. Time to hospitalization for suicide attempt by the timing of parental suicide during offspring early development. JAMA psychiatry. 2013;70(2):149-157

Kuramoto S, Stuart E, Runeson B, Lichtenstein P, Långström N, Wilcox H. Maternal or paternal suicide and offspring's psychiatric and suicideattempt hospitalization risk. Pediatrics. 2010;126(5):e1026-e1032.

Lewinsohn P, Clarke G, Seeley J, Rohde P. Major depression in community adolescents: age at onset, episode duration, and time to recurrence. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1994; 33:809

Li G, Ling J, DiScala C, Nordenholz, Sterling S, Baker S. Characteristics and outcomes of self inflicted pediatric injuries: the role of method of suicide attempt. InjPrev 1997; 3:115.

Maris R. Suicide. Lancet 2002;360(9329):319-326.

Marshal M, Dermody S, Shultz M, Sucato G, Stepp S, Chung T, et al. Mental health and substance use disparities among urban adolescent lesbian and bisexual girls. Journal of the American Psychiatric Nurses Association. 2013;19 (5):271-279..

Marshall M, Dietz L, Friedman M, Stall R, Smith H, McGinley J, et al. Suicidality and depression disparities between sexual minority and heterosexual youth: a meta-analytic review. *Journal of Adolescent Health*. 2011;49:115-23.

Martin J, Kung H, Mathews T, Hoyert D, Strobino D, Guyer B, et al. Annual summary of vital statistics: 2006. *Pediatrics*. 2008;121(4):788-801.

Méan M, Righini N, Narring F, Jeannin A, Michaud P. Substance use and suicidal conduct: a study of adolescents hospitalized for suicide attempt and ideation. *Acta paediatrica*. 2005;94(7): 952-959.

Miranda R, Scott M, Hicks R, Wilcox H, Munfakh J, Shaffer D. Suicide attempt characteristics, diagnoses, and future attempts: comparing multiple attempters to single attempters and ideators. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2008; 47:32.

Mohandie K, Meloy J. Clinical and forensic indicators of "suicide by cop". *J Forensic Sci* 2000; 45:384

Muñoz J., Gutiérrez M. Factores de riesgo asociados al suicidio en Nariño (Colombia): estudio de casos y controles. *Revista Colombiana Psiquiatría*. 2010. 39(2):291–312

Nock M., Green J, Hwang I, McLaughlin K, Sampson N, Zaslavsky A, et al. Prevalence, correlates, and treatment of lifetime suicidal behavior among adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. *JAMA Psychiatry*. 2013;70(3): 300-310

Organización Panamericana de la Salud. Situación de Salud en Colombia; Indicadores Básicos 2005. Ministerio de la Protección Social

Pérez P, Santiago M. El concepto de adolescencia. Manual de prácticas clínicas para la atención integral a la salud en la adolescencia, Vol. 2. 2002. Ministerio de Salud Pública, Cuba.

Perou R, Bitsko R, Blumberg S, Pastor P, Ghandour R, Gfroerer J, et al. Mental health surveillance among children--United States, 2005-2011. *MMWR SurveillSumm* 2013;, 62(Suppl 2), 1-35

Pfeffer C, Trad P. Sadness and suicidal tendencies in preschool children. *J DevBehavPediatr* 1988; 9:86.

Qin P, Agerbo E, Mortensen P. Suicide risk in relation to family history of completed suicide and psychiatric disorders: a nested case-control study based on longitudinal registers. *Lancet* 2002; 360:1126.

Resolución n° 008430 de 1993 por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Ministerio de Salud. República de Colombia.

Rosenthal P, Rosenthal S. Suicidal behavior by preschool children. *Am J Psychiatry* 1984; 141:520.

Roy A, Segal N. Suicidal behavior in twins: a replication. *J Affect Disord* 2001; 66:71

Runeson B. Mental disorder in youth suicide. DSM-III-R Axes I and II. *Acta Psychiatr Scand* 1989; 79:490.

Shaffer D, Gould MS, Fisher P, Trautman P, Moreau D, Kleinman M, et al. Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide. *Archives of general psychiatry*. 1996;53(4): 339-348

Shah S, Hoffman R, Wake L, Marine W. Adolescent suicide and household access to firearms in Colorado: results of a case-control study. *J Adolesc Health* 2000; 26:157.

Silverman J, Raj A, Mucci L, Hathaway J. Dating violence against adolescent girls and associated substance use, unhealthy weight control, sexual risk behavior, pregnancy, and suicidality. *JAMA* 2001; 286:572. Lambert, SF. *J Adolesc Health* 2008; 43:380. 93.

Slap G, Goodman E, Huang B. Adoption as a risk factor for attempted suicide during adolescence. *Pediatrics* 2001;108:E30.

Spicer R, Miller T. Suicide acts in 8 states: incidence and case fatality rates by demographics and method. *Am J Public Health* 2000; 90:1885.

Suicide and Suicidal Behavior. In: *Synopsis of Psychiatry*, 7th ed, Kaplan, HI, Sadock, BJ, Grebb, JA (Eds), Williams & Wilkins, Baltimore 1995. p.2391.

Taborda L, Téllez J. Suicidio en cifras. En: Téllez J, Forero J. *Suicidio: neurobiología, factores de riesgo y prevención*. Bogotá: Nuevo Milenio Editores; 2006. p. 24-41.  
<http://www.psiquiatriabiologica.org.co/publicaciones/documentos/2EL%20SUICIDIO%20EN%20CIFRAS-OK.pdf>

Tello Pedraza. Comportamiento del suicidio en Colombia, 2010. *Forensis* 2010; 12:212-34.

Tishler C, Reiss N, Rhodes A. Suicidal behavior in children younger than twelve: a diagnostic challenge for emergency department personnel. *AcadEmerg Med* 2007; 14:810.

Toro D, Paniagua R, González C, Montoya B. Caracterización de adolescentes escolarizados con riesgo de suicidio, Medellín, 2006. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 2009. 27(3), 302-308

VanGeel M, Vedder P, Tanilon J. Relationship between peer victimization, cyberbullying, and suicide in children and adolescents: a meta-analysis. *JAMA Pediatrics* 2014;168(5):435-442.

Villalobos F, Ortiz L. Características psicométricas da escala ces-d en adolescentes de san juan de pasto (colombia). *Avances en psicología latinoamericana*, 2012. 30(2), 328-340.

Whitehead M, Holland P. What puts children of lone parents at a health disadvantage? *Lancet* 2003; 361:271

World Health Organization Lexicon of Alcohol and Drug Terms. World Health Organization. Geneva, 1994.

World Health Organization. Suicide prevention (SUPRE) Geneva: World Health Organization; 2009. Disponible en: [http://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/)

World Health Organization. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Diagnostic criteria for research, World Health Organization, Geneva, 1993

# **ANEXOS**

## ANEXO A. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variable	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición
<b>Dependiente</b>			
<b>Conducta suicida</b>	<b>Intento suicida previo</b> (Alguna vez en la vida realizo un acto que sin llegar a tener como resultado la muerte, es realizado de forma deliberada contra sí mismo teniendo como objetivo la muerte.) o	Cualitativa – Nominal - Dicotómica	Si  No
	<b>Ideación suicida</b> (Cuando el sujeto persistentemente piensa, planea o desea cometer suicidio, haciendo algún plan e identificando los medios necesarios para conseguirlo)	Cualitativa - Nominal - Dicotómica	Si  No
<b>Independientes</b>			
<b>Edad</b>	periodo de tiempo transcurridos desde el nacimiento hasta hoy	Cuantitativa – de razón, discreta	Años cumplidos
<b>Sexo</b>	sexo biológico de pertenencia	Cualitativo – Nominal - Dicotómica	Masculino  Femenino



<b>Grado escolar</b>	Curso actual en la institución educativa	Cualitativo – Ordinal -	Noveno  Decimo  Once
<b>Disfunción Familiar</b>	La disfunción familiar es perturbación, dificultad, o anomalía en las relaciones adecuadas y normales de una familia entre sus miembros y con la comunidad	Cualitativo – Ordinal	Apgar familiar:  Funcionalidad normal  Disfunción moderada  Disfunción severa
<b>Consumo de sustancias psicoactivas</b>	Uso de las sustancias lícitas e ilícitas (marihuana, cocaína, lsd, éxtasis) una o más veces en los últimos 3 meses	Cualitativa – Nominal - Dicotómica	Si  No
<b>Depresión</b>	Estado de malestar provocado por sentimientos de minusvalía que van hasta la tristeza	Cualitativa – Ordinal-	Cuestionario CES-D:  *Normal  *Leve  *Moderada  *Severa
<b>Disfunción escolar</b>	Determinado por la percepción subjetiva del estudiante, de presentar bajo rendimiento escolar académicamente,	Cualitativa – Nominal - Dicotómica	Si

	disciplina o mal ambiente escolar que genera malestar al estudiante		No
<b>Consumo de alcohol</b>	Aquella persona que ha consumido por lo menos en una ocasión una copa de alcohol.	Cualitativa – Ordinal-	Test de Identificación de los Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT):  *Sin riesgo  *Consumo de riesgo  *Consumo perjudicial  * Dependencia alcohólica
<b>Orientación sexual</b>	Se define como la atracción sexual estable hacia personas del mismo sexo genético o de sexo genético opuesto	Cualitativo- Nominal - Politémica	*Heterosexual  *Homosexual  *Bisexual  *Indeciso
<b>Antecedente familiar de intento suicida</b>	Intento suicida por parte de padres, hermanos, abuelos, tíos	Cualitativa – Nominal - Dicotómica	Si  No
<b>Muerte de padres</b>	Fallecimiento de alguno de los padres durante el transcurso de su vida.	Cualitativa – Nominal - Dicotómica	Si  No

<b>Historia familiar de antecedente enfermedad psiquiátrica</b>	Padres o hermanos con diagnóstico de enfermedad mental que haya requerido tratamiento alguna vez en la vida	Cualitativa – Nominal - Dicotómica	Si No
<b>Diagnósticos psiquiátricos previos</b>	Conjunto de signos y síntomas cognitivos, emocionales y conductuales que llevan al individuo a obtener un diagnóstico de salud mental dado por psiquiatra o psicólogo y que ha requerido tratamiento alguna vez en la vida	Cualitativa – Nominal - Dicotómica	Si No

## ANEXO B. CUESTIONARIO

La presente encuesta tiene como finalidad recolectar información para el estudio “FACTORES ASOCIADOS A LA CONDUCTA SUICIDA EN ADOLESCENTES QUE CURSAN ENTRE 9 Y 11 GRADO EN INSTITUCIONES EDUCATIVAS DE BOGOTA”; investigación con propósitos únicamente académicos que pretende conocer el contexto de esta situación en los jóvenes de nuestra región.

Lo invitamos a responder con total tranquilidad, todos los datos serán manejados con total confidencialidad y anonimato. **NO NECESITAMOS: ni sus nombres, ni apellidos, ni número de documento o datos de contacto, por lo tanto será imposible conocer quien respondió la encuesta y el documento solo será manejado con el fin de analizar los datos para el estudio.** Por favor, responda a todas las preguntas. Gracias por su colaboración.

### DEFINICIONES

A continuación encuentras algunas definiciones que puedes consultar si tienes alguna duda al realizar el cuestionario en la **parte tres**

- **Tristeza:** Es una emoción que se produce en respuesta a sucesos no placenteros. Se caracteriza por sentimiento de melancolía que provoca falta de ánimo y de alegría e ilusión por las cosas y que a veces se manifiesta con tendencia al llanto.
- **Nostalgia:** Sufrimiento de pensar en algo que se ha tenido o vivido en una etapa y ahora no se tiene. Se puede sentir nostalgia por un ser querido familiar, amigo o un objeto estimado.
- **Felicidad** Estado de ánimo de la persona que se siente plenamente satisfecha por disfrutar de lo que desea o tiene.
- **Depresivo:** Sentimiento de tristeza profunda que se caracteriza por pérdida de interés o placer por las cosas asociado a sentimientos de culpa o falta de autoestima, cambios del sueño o del apetito, sensación de

cansancio constante, dificultad para disfrutar actividades habituales y falta de concentración en las actividades diarias.

**PARTE I Responde las siguientes preguntas**

1) Eres: Hombre \_\_\_\_ Mujer \_\_\_\_

2) Tu edad en años cumplidos es: \_\_\_\_\_ años

3) Actualmente qué año estas cursando:

Noveno \_\_\_\_ Decimo \_\_\_\_ Once \_\_\_\_

4) La institución donde estudia es: Publica \_\_\_\_ Privada \_\_\_\_

5) En este momento, siente que hay algo mal y que debe mejorar en su vida escolar?:

Sí\_\_ No\_

Si su respuesta es sí, por favor especifique en qué áreas siente que debe mejorar su vida escolar (puede elegir una o más opciones):

Académicamente \_\_\_\_\_

Relación con compañeros \_\_\_\_\_

Relación con profesores \_\_\_\_\_

Su comportamiento y disciplina \_\_\_\_\_

6) Usted siente atracción emocional y sexual con:

Personas del sexo opuesto al suyo (Heterosexual) \_\_\_\_\_

Personas del mismo sexo al suyo (Homosexual) \_\_\_\_\_

Personas de cualquier sexo (Bisexual) \_\_\_\_\_

En este momento no sabe, está indeciso \_\_\_\_\_

7) Sabe usted de algún familiar que alguna vez en la vida haya intentado suicidarse o se haya suicidado Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Si su respuesta es afirmativa, por favor mencione que parentesco tiene (papá, mamá, hermanos, tíos, abuelos, primos) \_\_\_\_\_

8) Ha fallecido su mamá o su papá: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

9) Alguna vez en la vida, usted ha recibido algún diagnóstico o tratamiento por un psicólogo o psiquiatra: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Cual diagnóstico \_\_\_\_\_

10) Sabe usted si alguna vez en la vida un familiar ha recibido algún diagnóstico o tratamiento por un psicólogo o Psiquiatra: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Cuál diagnóstico \_\_\_\_\_

## **PARTE II**

Coloca una X en la opción que más se identifique contigo

<b>Función</b>	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad.					
Me satisface la participación que mi familia me brinda y permite.					
Me satisface cómo mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades.					
Me satisface cómo mi familia expresa afectos y responde a mis emociones como rabia, tristeza, amor, y otros.					
Me satisface cómo compartimos en mi familia el tiempo para estar juntos, el dinero y los espacios en la casa.					
Estoy satisfecha(o) con el soporte que recibo de mis amigos(as)					
¿Tiene usted algún(a) amigo(a) cercano(a) a quien pueda buscar cuando necesita ayuda?					

### **PARTE III**

Las siguientes preguntas se refieren a lo que has sentido en el último año durante el transcurso de cualquier semana. \_Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección.

	Nunca, muy raramente (menos de un día)	Ocasionalmente (1 a 2 días)	Bastante a menudo (3 a 4 días)	Frecuentemente, todo el tiempo (5 a 7 días)
He sido disgustado(a) por cosas que de costumbre no me molestan				
He tenido la impresión de que no podía quitarme la nostalgia aunque tuviera la ayuda de mi familia y de mis amigos				
He tenido el sentimiento de ser igual que los demás				
Me cuesta concentrarme en lo que hago				
He tenido la impresión que toda acción me pedía un esfuerzo				
Pienso en el futuro con esperanza				
He pensado que mi vida es un fracaso				



Me he sentido temeroso o con miedo				
He dormido muy mal (me cuesta conciliar el sueño o no me da sueño o el sueño no es reparador)				
He sido feliz				
Hablo menos que de costumbre				
Me he sentido solo (aun en compañía de otras personas)				
He sentido que las demás personas al mi alrededor fueron hostiles o agresivas hacia mi				
He sacado provecho de mi vida				
He tenido crisis de llanto				
Me he sentido triste				
Tengo la impresión de que la gente no me quiere o es hostil hacia mi				

He carecido de ánimo (no quiero realizar las actividades que realizaba habitualmente)				
Me he sentido deprimido				

**PARTE IV ALCOHOL:** Señale con una equis (X) la respuesta que corresponde a su conducta habitual con respecto a su consumo de bebidas alcohólicas durante el último año.

1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?

- Nunca
  De 2 a 3 veces a la semana  
 Una o menos veces al mes
  4 o más veces a la semana  
 De 2 a 4 veces al mes

2. ¿Cuántas unidades de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal?

- 1 o 2
  De 7 a 9  
 3 o 4
  10 o más  
 5 o 6
  Cero

3. ¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en una sola ocasión de consumo?

\_\_\_ Nunca

\_\_\_ Semanalmente

\_\_\_ Menos de una vez al mes

\_\_\_ A diario o casi a diario

\_\_\_ Mensualmente

4. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber una vez había empezado?

\_\_\_ Nunca bebo

\_\_\_ Mensualmente

\_\_\_ Menos de una vez al mes

\_\_\_ Semanalmente

\_\_\_ A diario o casi a diario

5. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido?

\_\_\_ Nunca

\_\_\_ Semanalmente

\_\_\_ Menos de una vez al mes

\_\_\_ A diario o casi a diario

\_\_\_ Mensualmente

6. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior?

\_\_\_ Nunca

\_\_\_ Semanalmente

\_\_\_ Menos de una vez al mes

\_\_\_ A diario o casi a diario

\_\_\_ Mensualmente

7. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?

\_\_\_ Nunca

\_\_\_ Semanalmente

\_\_\_ Menos de una vez al mes

\_\_\_ A diario o casi a diario

\_\_\_ Mensualmente

8. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?

\_\_\_ Nunca

\_\_\_ Semanalmente

\_\_\_ Menos de una vez al mes

\_\_\_ A diario o casi a diario

\_\_\_ Mensualmente

9. ¿Usted o alguna otra persona han resultado heridos porque usted había bebido?

\_\_\_ Sí, el último año

\_\_\_ No

\_\_\_ Sí, pero no en el curso del último año

10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario ha mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le ha sugerido que deje de beber?

\_\_\_ Sí, el último año

\_\_\_ No

\_\_\_ Sí, pero no en el curso del último año

## SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

Coloca una X en la opción que más identifique contigo. Si has consumido alguna sustancia psicoactiva o varias marca la frecuencia con la que las usas escogiendo solamente una de las siguientes opciones: "alguna vez en la vida" o "en el último año" o "en el último mes" y no olvides colocar la edad del primer consumo. **Recuerda que los datos recolectados son confidenciales y este cuestionario no tiene ningún dato que permita identificarte**

SUSTANCIA	Alguna vez en LA VIDA	En el último AÑO	En el último MES	EDAD de primer consumo	NUNCA
Alcohol (Cerveza, vino, aguardiente, etc...)					
Cigarrillo					
Inhalantes (Bóxer, "Dick", Popper, etc...)					
Marihuana					
Cocaína					

Bazuco					
Tranquilizantes ((Rhohipnol, Ribotril, Valium, Ativán, etc)					
Barbitúricos (Mandrax, Fenobarbital, etc)					
Anfetaminas (Ritalina)					
Ácidos (L.S.D, "Trips")					
Éxtasis					
Hongos alucinógenos / Cacaitos sabaneros					
Morfina					
Heroína					
Yaje					
Otras.(Cuales ? )					

## PARTEV

Responde las siguientes preguntas marcando con una "X" en la opción que se identifica contigo.

- Alguna vez en la vida usted ha pensado en suicidarse: Si\_\_\_ No\_\_\_
- Alguna vez has planeado la forma de cómo suicidarte Si\_\_\_ No\_\_\_
- Alguna vez en la vida usted intento suicidarse: Si\_\_\_ No\_\_\_



## ANEXO C

### HOJA DE INFORMACIÓN DEL ESTUDIO “FACTORES ASOCIADOS A LA CONDUCTA SUICIDA EN ADOLESCENTES BOGOTANOS QUE CURSAN ENTRE 9 Y 11 GRADO DE INSTITUCIONES EDUCATIVAS”

Investigadores Principales  
ANGELA MARIA MOLINA CASTRO  
ANA MARIA VALBUENA GARCIA

El estudio FACTORES ASOCIADOS A LA CONDUCTA SUICIDA EN ADOLESCENTES BOGOTANOS QUE CURSAN ENTRE 9 Y 11 GRADO DE INSTITUCIONES EDUCATIVAS tiene como propósito evaluar la presencia de factores que puedan influir en la presencia de conducta suicida en adolescentes bogotanos. Usted está libre de aceptar participar en el estudio. La no aceptación en el estudio no tendrá ninguna calificación negativa en tu desempeño escolar. Si Usted no comprende alguna palabra, puedes pedir su explicación a los investigadores.

La información recolectada será mediante una encuesta anónima, que se le aplicará sobre aspectos relacionados con la probabilidad de tener conducta suicida, no se realizarán exámenes médicos, ni procedimientos ni intervenciones en ustedes. Dentro de la información recolectada se encuentran temas como el consumo de sustancias psicoactivas, problemas familiares, depresión y tristeza, problemas escolares, orientación sexual, antecedente familiar de intento suicida, muerte de padres e historia familiar de antecedente enfermedad psiquiátrica. Estos temas son sensibles, pero se conservará la confidencialidad y privacidad de la información obtenida.

Este estudio permitirá a los investigadores evaluar si los adolescentes escolarizados bogotanos presentan o no conducta suicida.

**En el estudio no se realizara ningún tratamiento o manejo, solamente se recolectara y analizara la información obtenida.**

#### **Información general**

El estudio será patrocinado por los investigadores del estudio. Participarán todos los adolescentes que cursen entre noveno y onceavo grado que den su consentimiento informado para participar en el estudio y llenen la encuesta en donde no se piden datos personales.

#### **Procedimientos que se realizarán durante el estudio**

No se realizará ninguna intervención ni procedimiento médico y solo se le pedirá que llene una encuesta una única vez. Su participación no tendrá ningún costo.

**Quién verá los datos de su hijo/a**

En el estudio no se incluirá su nombre ni ningún dato que lo identifique. La información recopilada se mantendrá con carácter confidencial, dentro de las disposiciones de la ley en Colombia. Su información recogida estará disponible al personal autorizado por parte de los investigadores, los Comités de Ética y las autoridades reguladoras nacionales, lo que permitirá comprobar que el estudio se lleva a cabo correctamente. En todos los informes y presentaciones realizados sobre el estudio, Usted no será identificado por su nombre, y nadie sabrá que Usted participó. **Usted puede rehusarse a ingresar o usted puede retirarse del estudio en cualquier momento y por cualquier razón sin penalidad y sin ningún efecto futuro.** Su participación es totalmente voluntaria.

## FORMULARIO DE ASENTIMIENTO INFORMADO

Yo \_\_\_\_\_, identificado/a con la TI \_\_\_\_\_  
asiento participar voluntariamente en esta investigación.

- He leído la hoja de información del estudio “FACTORES ASOCIADOS A LA CONDUCTA SUICIDA EN ADOLESCENTES BOGOTANOS QUE CURSAN ENTRE 9 Y 11 GRADO DE INSTITUCIONES EDUCATIVAS.
- He recibido una explicación de la naturaleza, el objetivo y lo que se esperará sobre mi participación.
- Se me ha dado el tiempo suficiente para hacer preguntas sobre el proceso de evaluación y decidir si participar o no.
- Mis preguntas han sido respondidas satisfactoriamente.
- Entiendo que los resultados se mantendrán confidenciales, de conformidad con las leyes de mi país

Al firmar y fechar este formulario, estoy de acuerdo en participar en el estudio “FACTORES ASOCIADOS A LA CONDUCTA SUICIDA EN ADOLESCENTES BOGOTANOS QUE CURSAN ENTRE 9 Y 11 GRADO DE INSTITUCIONES EDUCATIVAS. Entiendo que recibiré una copia firmada y fechada de este consentimiento informado.

\_\_\_\_\_  
Nombre del participante

\_\_\_\_\_  
Firma del participante

\_\_\_\_\_  
No. Documento de identidad

\_\_\_\_\_  
Teléfono de contacto

Fecha del  
(DD/MM/YYYY)

consentimiento: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre del responsable del menor

\_\_\_\_\_  
Firma del responsable del menor

\_\_\_\_\_  
No. Documento de identidad

\_\_\_\_\_  
Teléfono de contacto

Yo, el abajo firmante, reconozco haber proporcionado toda la información necesaria para la comprensión del estudio “FACTORES ASOCIADOS A LA CONDUCTA SUICIDA EN ADOLESCENTES BOGOTANOS QUE CURSAN ENTRE 9 Y 11 GRADO DE INSTITUCIONES EDUCATIVAS” para el individuo mencionado anteriormente. Yo certifico que en la medida de mi conocimiento, la

persona que firma este consentimiento comprende la naturaleza, las demandas, los beneficios y riesgos de participar y que su firma es válida y dada libremente.

\_\_\_\_\_

Nombre del Investigador

\_\_\_\_\_  
Firma del Investigador

Fecha: \_\_\_\_\_