

Orientación al suicidio en adolescentes en una zona de Medellín, Colombia

Adolescent suicide orientation in an area of Medellin, Colombia

Ramón E. Paniagua S¹; Carlos M. González P²; Sandra M. Rueda R³.

¹ Magíster en Salud Pública con énfasis en Salud Mental, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. Correo electrónico: ramon.paniagua@udea.edu.co.

² Magíster en Salud Pública con énfasis en Salud Mental, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. Correo electrónico: carmauro@une.net.co.

³ Magíster en Epidemiología, Diplomada en Prevención del Suicidio en niños, niñas y adolescentes. Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. Correo electrónico: samiru06@gmail.com, sandra.rueda@udea.edu.co.

Recibido: 17 de enero de 2014. Aprobado: 01 de junio de 2014.

Paniagua RE, González CM, Rueda SM. Orientación al suicidio en adolescentes en una zona de Medellín, Colombia. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2014; 32(3): 314-321.

Resumen

El riesgo de orientación suicida es un estado que antecede a la ideación suicida que puede conducir a un intento de suicidio y posiblemente a un suicidio consumado; para la Salud Pública es un tema de interés por su magnitud y por la presión que ejerce sobre los sistemas de salud. **Objetivo:** el estudio buscó determinar la asociación del riesgo de orientación suicida con variables sociodemográficas y los indicadores de salud mental: dominios de depresión, funcionamiento familiar, vulnerabilidad familiar y consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes escolarizados de la zona noroccidental de Medellín, 2010. **Metodología:** se realizó un estudio de corte transversal con una muestra aleatoria de 604 estudiantes. Se utilizaron los instrumentos: Inventario de orientación suicida

(ISO); Inventario de depresión en niños y adolescentes (CDI-LA); ¿Cómo es tu Familia?; Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta (CIDI II) y el Apgar familiar. Se realizaron un análisis factorial confirmatorio y una regresión logística. **Resultados:** existe asociación del riesgo de orientación suicida en un adolescente escolarizado con los indicadores: acumulación de tensiones en la familia, escasa búsqueda de apoyo, mal funcionamiento familiar, vulnerabilidad en valores morales y la presencia de sintomatología depresiva. **Conclusión:** el buen funcionamiento de la familia es una estrategia inmediata muy importante para la salud mental del adolescente escolarizado. -----**Palabras Clave:** suicidio, adolescente, familia, depresión, salud mental

Abstract

The risk of suicide orientation is a state preceding suicidal ideation that can lead to a suicide attempt and, possibly, to a successful suicide. Given its magnitude and the pressure it exerts on health systems, suicide is considered a topic of interest for public health. **Objective:** the study sought to determine the association of suicide orientation risk with: sociodemographic variables and mental health indicators such as: domains of depression, family functioning, family vulnerability and psychoactive substance consumption among adolescent students in the northwest area of Medellin, 2010. **Methodology:** the researchers performed a cross-sectional study with a random sample of 604 students. The following instruments were used: Inventory of Suicide Orientation

(ISO 30), Children's Depression Inventory (CDI-LA), ¿How is your family? Composite International Diagnostic Interview (CIDI II) and the Apgar family test. Similarly, a confirmatory factor analysis and a logistic regression were conducted. **Results:** there is association between suicide orientation risk among adolescent students and the following indicators: accumulation of stress in the family, poor search for support, poor family functioning, vulnerability in their moral values and presence of depression symptoms. **Conclusion:** good family functioning is a very important immediate strategy for achieving good mental health among adolescent students. -----**Keywords:** suicide, adolescent, family, depression, Mental Health

Introducción

El riesgo de orientación suicida es un estado que antecede a la ideación suicida, es el hecho de pensar o sentir que no se es útil en la vida o que no es importante para la familia y que sería mejor estar muerto; este tipo de ideas puede conducir a un intento de suicidio y posiblemente a un suicidio consumado; estudios sobre el tema muestran de manera preocupante que las situaciones depresivas en los adolescentes pueden desencadenar situaciones de riesgo o de autolesiones que pueden conducir a suicidio [1, 2].

Para la salud pública es un tema de interés por su magnitud y por la presión que ejerce sobre los sistemas de salud. En los campos de actuación de la salud, encuentra terreno el desarrollo conceptual de la salud mental; entre las muchas definiciones sobre el concepto, encontramos la de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en la que se afirma: “La salud mental se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”. La dimensión positiva de la salud mental se destaca en la definición de salud que figura en la Constitución de la OMS (2011): «La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades» [3].

En este panorama, la salud mental puede entenderse como un proceso evolutivo y dinámico de la vida. En este proceso intervienen múltiples factores como: un normal desarrollo neurobiológico, factores hereditarios en la constitución biopsíquica, la educación familiar y escolar, el nivel de bienestar social, el grado de realización personal y una relación de equilibrio entre las capacidades del individuo y las demandas sociales [2].

No obstante, y pese a los esfuerzos en materia de salud pública y salud mental, se siguen presentando problemáticas que afectan en grado sumo la condición de salud de las poblaciones. Según la OMS, un 24 % de la población general padece de trastorno mental y la oferta de servicios para atender dicha morbilidad no alcanza al 20%. Así pues, se agregan las deficiencias en la formación del personal de salud, en el reconocimiento y diagnóstico de las enfermedades mentales; además de los tratamientos inadecuados y los escasos programas de educación continuada conllevan a incrementar la problemática de la atención de los trastornos mentales [4].

En el Estudio Nacional de Salud Mental (ENSM) en Colombia año 2003 [5], aparece como preocupante que dos de cada cinco colombianos han presentado algún trastorno de salud mental por lo menos una vez en su vida; el momento más frecuente de aparición de los mismos es entre los catorce y los veintisiete años; sólo una de cada diez personas que presentó algún trastorno

mental recibió algún tipo de atención [5, 6] y que la prevalencia de ideación suicida e intento de suicidio mostró un aumento con respecto a años anteriores [6].

Este estudio enfocó su atención en los adolescentes escolarizados, ya que se considera una población fácilmente vulnerable por su situación de transición de la niñez a la vida adulta. De acuerdo con la OMS, la adolescencia es la etapa que transcurre entre los diez y diecinueve años, considerándose dos fases: la adolescencia temprana de diez a catorce años, y la adolescencia tardía de quince a diecinueve años [7]. En este contexto, se definirá la adolescencia como esa etapa del ciclo vital entre la niñez y la adultez, que se inicia por los cambios puberales y se caracteriza por profundas transformaciones biológicas, psicológicas y sociales, muchas de ellas generadoras de crisis, conflictos y contradicciones, pero esencialmente positivas [8].

En el proceso de crecimiento de los adolescentes, los trastornos del desarrollo son muy frecuentes y probablemente tengan repercusiones considerables en la salud general. Esos trastornos se reflejan en la incidencia elevada de depresión, suicidio, abuso de alcohol y otras sustancias tóxicas. La Encuesta de Salud en los Adolescentes del Caribe (CAHS, siglas en inglés) efectuada en el año 2000 entre jóvenes de nueve países de habla inglesa del Caribe, reveló que los adolescentes informaron acerca de problemas familiares aquéllos como la ingestión de bebidas alcohólicas (13%), la violencia (9%), y la salud mental deficiente (8%), también se encontró que uno de cada seis jóvenes se siente en general triste, enojado o irritable y la misma proporción piensa que sus amigos se preocupan muy poco por ellos; la mitad de estos jóvenes se han sentido tan deprimidos que se preguntaron si había algo que valiera la pena, así mismo el 23% de las mujeres y 20% de los hombres tenía un miembro de la familia o un amigo que había intentado matarse [9].

En la ciudad de Medellín, se ha sentido la necesidad de conocer la situación de salud mental de su población adolescente y como base para la búsqueda de soluciones, se han desarrollado algunos estudios sobre la “Salud Mental del Adolescente 2006” [6] y el “Segundo Estudio de la Salud Mental del Adolescente, Medellín 2009” [8] los cuales lograron iniciar la evaluación de las tendencias de los problemas de salud mental estudiados y sus factores asociados, encontrándose las siguientes características:

- La prevalencia de depresión pasó del 12,1% en el estudio de 2006 al 13,1% en el estudio de 2009.
- Para el año 2009 se encontró que casi uno de cada cuatro adolescentes “alguna vez ha pensado seriamente en suicidarse”, más de trece de cada cien “alguna vez ha realizado un plan para suicidarse”.
- Frente a los eventos vitales estresantes, la separación de los padres pasó del 13,2% en el estudio 2006 al 17,2% en el estudio de 2009.

- Según el fracaso escolar, se pasó de 18,6% en 2006 a 25,2% en 2009.

Todo lo anterior lleva a afirmar que la adolescencia se desvirtuará o se dará con mayores riesgos de los necesarios, cuando aquélla se vive en condiciones poco favorables, como que en el medio familiar y social abunden actitudes, oportunidades, estilos y vías de acción social que predisponen a los jóvenes a una experiencia desventurada. A medida que se estudian las comunidades marginadas o la población joven de aquéllas con mayor desorganización social, lo anterior se hace evidente [10].

Ahora bien, al referir el contexto de ciudad, es de anotar que los habitantes de Medellín están distribuidos en 16 comunas y 5 corregimientos de acuerdo al proceso de construcción de la ciudad, es decir, el proceso de poblamiento y de configuración socio-espacial, se explica en razón a la dinámica de industrialización y a los efectos de los cambios en la relación campo ciudad, que se han dado en los últimos 50 años en los que el país ha pasado de ser rural para transformarse en un país urbano.

La zona Noroccidental de Medellín, la cual agrupa las comunas de Castilla, Doce de Octubre y Robledo, de acuerdo a los criterios del Decreto 346 de 2000 y del Acuerdo 62 de 1999 “Plan de Ordenamiento Territorial”, fue asiento principal de los flujos campesinos de la década de los sesenta. Dicha zona está comprendida por 73 barrios donde predomina el estrato medio-bajo, y en menor medida, el estrato bajo.

El estudio planteó como objetivo principal, determinar la posible asociación del nivel de riesgo de orientación suicida según los dominios de depresión y las variables, funcionamiento familiar, vulnerabilidad familiar y consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes escolarizados de la zona Noroccidental de Medellín, 2010.

Metodología

Para el logro del objetivo propuesto, se realizó un estudio de corte transversal, dirigido a determinar la asociación del riesgo de orientación suicida con indicadores de salud mental sobre depresión, vulnerabilidad familiar, consumo de sustancias psicoactivas y funcionamiento familiar, en adolescentes del municipio Medellín Zona Noroccidental, matriculados en básica secundaria y nivel media en el año 2010.

El método de muestreo fue aleatorio, estratificado por comunas, participaron 604 adolescentes escolarizados de los cuales 290 (48,0%) eran hombres y 314 mujeres (52,0%), con promedio de edad de catorce años ($DE = 1,9$) para ambos sexos.

Los instrumentos que se utilizaron en la recolección de la información fueron: el Inventory of Suicide Orientation-30 (ISO-30); en su validación original, se

efectuaron dos tipos de pruebas de confiabilidad. En la prueba de consistencia interna se obtuvo un alfa de Cronbach de 0,92 y 0,90 para la primera y segunda muestra respectivamente en el grupo de pacientes en situación clínica y no clínica. Las puntuaciones de los 30 ítems que componen la prueba se suman para obtener un puntaje bruto que proporciona un índice total de orientación del suicidio; este puntaje va de 0 a 90 donde; un puntaje menor a 30 clasifica al individuo en bajo riesgo de orientación suicida, entre 30 y 44 puntos lo clasifica en riesgo moderado y mayor a 45 lo clasifica en alto [11]; para la zona Noroccidental de Medellín, se realizó una prevalidación de la estructura factorial del ISO-30 mediante la aplicación estadística de la técnica de análisis factorial confirmatorio, encontrándose que conserva la estructura original de ítems y subconstructos y que, además, es confiable para identificar el nivel de riesgo de orientación suicida para la población de adolescentes escolarizados de la zona Noroccidental (alfa de Cronbach = 0,826) [12]; para identificar el nivel de depresión se usó la escala Children Depression Inventory en su versión validada para Latinoamérica CDI-LA; este instrumento tiene los subconstructos de ánimo negativo, anhedonia, problemas interpersonales, autoestima negativa e ineffectividad; cada subconstructo tiene unos ítems que permiten obtener un puntaje total para ese dominio y a partir de él clasificar al individuo en alto (de 19 a 54 puntos), leve (de 14 a 18 puntos) y ninguno (de 0 a 13 puntos)[13]; para estimar la Vulnerabilidad familiar se usó la escala ¿Cómo es tu familia? [14] la cual hace parte del proyecto evaluación de la salud de la familia ubicada en el contexto del Programa de Salud Integral del Adolescente, ésta contiene ocho factores que se refieren al tipo de relaciones, afrontamiento de problemas, apoyo del adolescente, valores, satisfacción, acumulación de tensiones, problemas de salud y comportamiento, y recursos de la familia, las puntuaciones obtenidas en cada factor identifican como vulnerable y no vulnerable al adolescente; para el consumo de sustancias psicoactivas se usó la entrevista diagnóstica internacional compuesta-CIDI-II la cual fue desarrollada por la Organización Mundial de la Salud de acuerdo a los criterios de la CIE-10 y el DSM-IV donde se indaga sobre el consumo de cigarrillo, alcohol, marihuana, cocaína, heroína e inhalantes entre otras sustancias psicoactivas, esta encuesta fue validada para Colombia en el Estudio Nacional de Salud Mental 1992 y 2003 logrando adaptaciones más funcionales y entendibles para que el adolescente lo pudiera auto diligenciar [5, 15] y por último, para identificar el funcionamiento familiar se usó el APGAR familiar, el cual es recomendado por el Ministerio de la Protección Social, éste fue validado para Colombia en el año 2006 en un grupo de estudiantes de secundaria, dicha

escala clasifica en buena función familiar (entre 18 y 20 puntos), disfunción familiar leve (entre 14 y 17 puntos), moderada (entre 10 y 13 puntos) y severa (entre 9 o menos puntos) [16].

La información se recogió entre los meses de septiembre a diciembre de 2010 en 62 colegios públicos y privados de la zona Noroccidental de Medellín, previa autorización de la Secretaría de Educación Municipal. Para ello se utilizó un cuestionario autoaplicable conformado por varios instrumentos en los cuales las preguntas fueron cerradas siguiendo una escala tipo Likert; se utilizó, además, un consentimiento informado donde se aclaraba a los adolescentes el propósito del estudio y se garantizaba el absoluto anonimato y confidencialidad en el manejo de la información. Previo a esto, se solicitó un consentimiento informando a los padres de familia de los estudiantes menores de dieciocho años de edad, siguiendo las recomendaciones del Comité de ética de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia, el cual valoró la investigación como de riesgo mínimo. Se realizó una prueba piloto con 30 estudiantes y se calculó el tiempo promedio de respuesta, identificando las preguntas que más dificultades generaban a los adolescentes para su respuesta, facilitando así el entrenamiento del personal encuestador en la lectura guiada de las preguntas y evitar dificultades de comprensión en los entrevistados.

Análisis estadístico

Para identificar las variables relacionadas con el riesgo de orientación suicida, se realizó un modelo de regresión logística (aplicando el método Stepwise), considerando como variable dependiente el nivel de riesgo de orientación suicida, de acuerdo a las categorías: 0: "bajo" y 1: "alto o moderado", cuya frecuencia fue de 50,3% (304 estudiantes) y 49,7% (300 estudiantes) respectivamente; como variables independientes, los posibles factores

predictivos de vulnerabilidad familiar, depresión, consumo de sustancias psicoactivas y funcionamiento familiar. Tras un primer análisis bivariante entre la variable dependiente, nivel de riesgo alto o moderado de orientación suicida, y cada una de las independientes en estudio, se determinó la asociación a través de la prueba Chi cuadrado de independencia, se determinó su inclusión en el modelo cuando su valor $p < 0.25$ (criterio de Hosmer y Lemeshow). Para ejecutar el modelo, el software utilizado fue SPSS versión 18.0 para Windows. Un valor de $p < 0.05$ fue considerado para determinar la significación de los parámetros en el modelo.

Resultados

De acuerdo al nivel de riesgo de orientación suicida, en el nivel alto se encontró una prevalencia del 11,3% (IC95% 8,7-13,9), equivalente a 68 casos del total de jóvenes escolarizados, se destaca que entre el nivel de riesgo alto y moderado se comprometió el 50,3% (IC95% 46,3-54,4) de los adolescentes.

Al verificar la suficiencia del tamaño muestral para el número de covariables incluidas en el modelo de regresión logística, se encontró que se podían incluir hasta 30 desde el número de estudiantes con nivel de riesgo orientación suicida, alto y moderado; se identificaron como candidatas: el grupo de edad, ánimo negativo, problemas interpersonales, ineffectividad, anhedonia, autoestima negativa, cohesión familiar, participación en la solución de problemas, búsqueda de apoyo social, fuentes de apoyo del adolescente, comunicación con la madre, comunicación con el padre, rutinas familiares, jerarquía y límites, satisfacción con la vida, esfuerzo personal, valores morales, sentimiento de felicidad, rendimiento académico, acumulación de tensiones, redefinición de problemas, funcionamiento familiar, haber sufrido abuso sexual y haber sufrido maltratos (tabla 1).

Tabla 1. Variables candidatas para ingresar al modelo de regresión logística

Características	Nivel de riesgo de orientación suicida		Total Max	OR	IC 95% OR		Chi ²	Valor p	
	Alto o moderado	Bajo			Mín	Máx			
Grupo de edad	11-14 años	185	154	339	1,5	1,1	2,1	6,0	0,01
	15-19 años	117	146						
Ánimo negativo	Si	86	19	105	5,8	3,4	9,9	50,7	0,00
	No	218	281	499					
problemas interpersonales	Si	55	17	72	3,7	2,1	6,5	22,2	0,00
	No	249	283	532					
Ineffectividad	Si	147	72	219	3,0	2,1	4,2	38,8	0,00
	No	157	228	385					

Continuación tabla 1

Características		Nivel de riesgo de orientación suicida		Total Max	OR	IC 95% OR		Chi²	Valor p
		Alto o moderado	Bajo			Mín	Máx		
Anhedonia	Si	127	41	168	4,5	3,0	6,8	59,4	0,00
	No	177	259	436					
Autoestima negativa	Si	83	12	95	9,0	4,8	16,9	61,9	0,00
	No	221	288	509					
Cohesión familiar	Vulnerable	34	7	41	5,3	2,3	12,1	18,7	0,00
	No vulnerable	270	293	563					
Participación en la solución de problemas	Vulnerable	102	44	146	2,9	2,0	4,4	29,4	0,00
	No vulnerable	202	256	458					
Búsqueda de apoyo social	Vulnerable	213	225	438	0,8	0,5	1,1	1,8	0,17
	No vulnerable	91	75	166					
Fuentes de apoyo del adolescente	Vulnerable	238	190	428	2,1	1,5	3,0	16,4	0,00
	No vulnerable	66	110	176					
Comunicación con la madre	Vulnerable	140	69	209	2,9	2,0	4,1	35,5	0,00
	No vulnerable	164	231	395					
Comunicación con el padre	Vulnerable	156	123	279	1,5	1,1	2,1	6,5	0,01
	No vulnerable	148	177	325					
Rutinas familiares	Vulnerable	277	237	514	2,7	1,7	4,4	17,5	0,00
	No vulnerable	27	63	90					
Jerarquía y límites	Vulnerable	4	0	4	-	-	-	4,0	0,05
	No vulnerable	300	299	599					
Satisfacción con la vida	Vulnerable	85	36	121	2,8	1,9	4,4	24,0	0,00
	No vulnerable	219	264	483					
Esfuerzo personal	Vulnerable	67	29	96	2,6	1,7	4,2	17,3	0,00
	No vulnerable	237	271	508					
Valores morales	Vulnerable	103	56	159	2,2	1,5	3,2	18,0	0,00
	No vulnerable	201	244	445					
Sentimiento de felicidad	Vulnerable	180	143	323	1,6	1,2	2,2	8,1	0,00
	No vulnerable	124	157	281					
Rendimiento académico	Vulnerable	82	39	121	2,5	1,6	3,8	18,4	0,00
	No vulnerable	222	261	483					
Acumulación de tensiones	Vulnerable	16	3	19	5,5	1,6	19,1	9,0	0,00
	No vulnerable	288	297	585					
Redefinición de problemas	Vulnerable	110	93	203	1,3	0,9	1,8	1,8	0,18
	No vulnerable	194	207	401					
Funcionamiento familiar	Disfuncional	244	173	417	3,0	2,1	4,4	36,0	0,00
	Funcional	58	124	182					
Haber sufrido abuso sexual	Sí	8	2	10	4,0	0,8	19,1	3,6	0,06
	No	295	296	591					
Haber recibido golpes o maltratos	Sí	50	32	82	1,6	1,0	2,6	4,2	0,04
	No	254	267	521					

De acuerdo al modelo estimado por medio de la regresión logística, con el método Stepwise, sugiere que, de las variables analizadas, las que mejor explican el riesgo de orientación suicida son: el grupo de edad de once a catorce años (OR = 1,75; IC 95% 1,19-2,58), ánimo negativo (OR = 2,37; IC 95% 1,28- 4,38) ineffectividad (OR = 2,04; IC 95% 1,36- 3,07), anhedonia (OR = 2,26; IC 95% 1,39- 3,69), autoestima negativa (OR = 5,35; IC 95% 2,69- 10,61), vulnerabilidad en fuentes de apoyo del adolescente (OR = 1,69; IC 95% 1,10- 2,60), vulnerabilidad en valores morales (OR = 2,26; IC 95% 1,47- 3,49), vulnerabilidad en acumulación de tensiones (OR = 5,66; IC 95% 1,36- 23,53) y disfunción familiar (OR = 2,22; IC 95% 1,44-3,42) (tabla 2).

El estudio muestra que, al estar controlado el efecto de las otras variables incluidas en el modelo, un adolescente que tiene entre once y catorce años aumenta 1,8 veces la probabilidad de presentar un riesgo de orientación suicida alto y moderado; si presenta ánimo negativo, la probabilidad de riesgo es 2,4 veces; con

inefectividad, la probabilidad de riesgo es 2 veces; si presenta anhedonia aumenta 2,3 veces; con autoestima negativa, la probabilidad de riesgo es 5,4 veces; si es vulnerable en las fuentes de apoyo aumenta 1,7 veces la probabilidad de riesgo; con vulnerabilidad frente a los valores morales, el riesgo de orientación es 2,3 veces; si presenta vulnerabilidad con acumulación de tensiones aumenta 5,7 veces el riesgo, y si tiene disfunción familiar, aumenta 2,2 veces el riesgo de orientación suicida.

Según la prueba de bondad de ajuste de Hosmer y Lemeshow, este modelo es adecuado, debido a que las probabilidades observadas son iguales a las probabilidades esperadas ($p = 0,623$) (tabla 2). Entre tanto, de acuerdo al estadístico de Nagelkerke, la variabilidad del nivel de riesgo de orientación suicida alta o moderado es explicada en un 35,3% por la edad, ánimo negativo, ineffectividad, anhedonia, autoestima negativa, fuentes de apoyo del adolescente, valores morales, acumulación de tensiones y funcionamiento familiar (tabla 2). El 64,7 % es explicado por otras variables del modelo.

Tabla 2. Regresión logística multivariada para el riesgo de orientación suicida en adolescentes escolarizados. Medellín- zona Noroccidental, 2010

			B	E.T.	Wald	Gl	Sig.	Exp(B)	I.C. 95% para Exp(B)	
									Inferior	Superior
Grupo edad	11-14		0,562	0,197	8,128	1	0,004	1,75	1,19	2,58
CDI-LA	Ánimo negativo	Sí	0,862	0,314	7,537	1	0,006	2,37	1,28	4,38
	Ineectividad	Sí	0,715	0,208	11,852	1	0,001	2,04	1,36	3,07
	Anhedonia	Sí	0,817	0,249	10,817	1	0,001	2,26	1,39	3,69
	Autoestima Negativa	Sí	1,677	0,350	22,997	1	0,000	5,35	2,69	10,61
¿Cómo es tu familia?	Fuentes de apoyo del Adolescente	Vulnerable	0,527	0,219	5,805	1	0,016	1,69	1,10	2,60
	Valores Morales	Vulnerable	0,817	0,221	13,664	1	0,000	2,26	1,47	3,49
	Acumulación de Tensiones	Vulnerable	1,733	0,727	5,682	1	0,017	5,66	1,36	23,53
APGAR Familiar	Funcionamiento Familiar	Disfuncional	0,798	0,221	13,087	1	0,000	2,22	1,44	3,42
	Constante		-2,291	0,283	65,723	1	0,000	0,10		

B: parámetro estimado; E.T.: error estándar; Wald: índice de Wald; G.L.: grados de libertad; Sig.: valor p; Exp(B): odds ratio, OR; IC 95 %: intervalo de confianza del 95 % para el OR. La prueba de bondad de ajuste de Hosmer y Lemeshow: Chi cuadrado= 6.3 (p= .62); R cuadrado de Nagelkerke= .353.

Discusión

La prevalencia observada de riesgo alto de orientación suicida en los adolescentes escolarizados de la zona Noroccidental de Medellín fue de 11,3%, siendo más baja que la reportada en el estudio desarrollado en adolescentes escolarizados de la zona Nororiental de

esta misma ciudad, donde se evaluaron 779 adolescentes y se observó una prevalencia de 22,4 % [17]; para Colombia, según el estudio nacional de salud mental, se encontró una prevalencia de 12,4% en el año 2003 en toda la población [18]. El comportamiento observado en la presente investigación se asemeja a los resultados obtenidos en un estudio sobre riesgo suicida (mediante

la escala iso-30) desarrollado en distintas regiones de Argentina en una muestra de 1.567 estudiantes adolescentes, donde se reporta una prevalencia del nivel de riesgo alto de orientación suicida del 13,3% en Catamarca, 11,1% en Tucumán, 11,1% en Buenos Aires y 4,1% en Mar del Plata [19]. Los resultados evidencian que la situación de los adolescentes de la zona Noroccidental no es tan problemática como la que se registró en la zona Nororiental, pero es claro que la presencia de una orientación suicida es una problemática que si no se atiende y previene, permanece y predispone a la ejecución de intentos y/o suicidios en años posteriores.

La ideación suicida, así como los factores asociados a ella, permiten establecer la importancia del monitoreo constante a través de instrumentos de medición configurados por escalas, las cuales posibilitan establecer ayudas diagnósticas para prevenir las situaciones de riesgo frente a las ideas o pensamientos suicidas; de hecho, se han encontrado asociación de ideas suicidas y comportamientos autolesivos no suicidas en adolescentes con trastornos alimentarios [20], y en algunos casos, un verdadero problema de salud pública como señalan estudios en lengua portuguesa frente a los comportamientos autolesivos de los adolescentes [21]. Estudios norteamericanos como el de Spirito *et al.*, presentan alternativas de tratamiento mediante terapias de comportamiento cognitivo, con buen resultado en población infantil y adolescente [22].

Atender igualmente los comportamientos frente al uso del alcohol y de las drogas, permite identificar situaciones riesgosas en población adolescente, lo que afectan su salud mental y física, por tanto, se considera importante un monitoreo de los padres frente a las situaciones que presentan en su comportamiento los preadolescentes [22, 23]. El entender la ideación suicida en adolescentes es importante para prevenir conductas de riesgo, ya sea intento o acto suicida.

Este estudio apoya lo encontrado por otras investigaciones, como la de Rossello y Berríos, quienes reportan una relación significativa entre riesgo suicida y eventos de vida negativos, autoestima y actitudes disfuncionales [24]. Es así como se podría explicar que la falla en la estructura de la personalidad, puede ocasionar inseguridad en el adolescente, haciendo que sienta, de cierto modo, que sus acciones no son lo suficientemente efectivas y eficaces, o también, que perciba no tener una estimación apropiada de sí mismo, en ciertos casos tales situaciones pueden contribuir a establecer un contacto con pares o adultos que tienen comportamientos no deseables e incluso, pueden inducirlos a conductas no apropiadas en esa búsqueda de identidad y estructura personal.

Es importante mantener los procesos de atención adecuada en los comportamientos adolescentes, en especial, brindar atención a las situaciones que pueden

estar asociadas con los trastornos mentales, algunos estudios en ciudad de México revelan la fuerte asociación de los trastornos mentales como la distimia en la ideación y en la planeación e intento suicida [25], lo que permite concluir que los esfuerzos deben focalizar sus metas en estos adolescentes que presentan trastornos en su estado de ánimo, a fin de hacer una prevención más eficaz.

Es de notar que, tanto en la ciudad de Medellín, como en su zona Noroccidental y en Colombia, el suicidio es una realidad de cuidado, con una prevalencia de ideaciones suicidas importante y sobre la cual se deben hacer esfuerzos para disminuir los indicadores evidenciados por este estudio, los cuales concuerdan con estudios desarrollados tanto nacional como internacionalmente aportando insumos para la planificación y desarrollo de programas de intervención en las poblaciones vulnerables para promover conductas más saludables.

Una fortaleza que tiene el estudio es que relaciona indicadores medidos en una muestra aleatoria de adolescentes escolarizados para lo cual se ha utilizado escalas validadas nacionalmente; una limitación es que los resultados únicamente se pueden inferir a los adolescentes escolarizados de la zona Noroccidental de Medellín.

Agradecimientos

Al Centro de Investigaciones de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia, entidad educativa superior y pública sin ánimo de lucro y cuyos fines son académicos y científicos.

Al Fondo de Apoyo a la Investigación Docente de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia, por el financiamiento de la investigación.

Referencias

- 1 Rosenbaum J, Porta G, Spirito A, Emslie G, Clarke G, Dineen K, *et al.* Suicide Attempts and Nonsuicidal Self-Injury in the Treatment of Resistant Depression in Adolescents: Findings from the TORDIA Study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 2011; 50(8): 772-781.
- 2 Tuisku V, Kiviruusu O, Pelkonen M, Karlsson L, Strandholm T, Marttunen M Depressed adolescents as young adults – Predictors of suicide attempt and non-suicidal self-injury during an 8-year follow-up. *Journal of Affective Disorders* 2014; 152–154: 313-319
- 3 Organización Mundial de la Salud. Salud mental: un estado de bienestar [Internet] Washington: OMS; 2011 [Acceso 8 de julio de 2012]. Disponible en: http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/index.html.
- 4 Alarcón R, Muñoz R, Molinello H, Umaña C, González C, Holguín J, *et al.* Depresión y educación, reconocimiento y abordaje por el médico general: Experiencia Colombiana. *Rev. Colomb. Psiquiatr [Internet]* 2001; 30(3), 249-260 [Acceso 20 de agosto de 2012]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/806/80630303.pdf>.

- 5 Colombia. Ministerio de la Protección Social, Fundación FES Social. Estudio Nacional de Salud Mental Colombia 2003. Cali: C&C Gráficas Ltda; 2005
- 6 Universidad CES, Alcaldía de Medellín. Salud Mental del Adolescente Medellín, 2006 [Internet] Medellín: Editorial Artes y Letras Ltda; 2007; [Acceso 15 de febrero de 2012]. Disponible en: <http://www.medellin.gov.co/itj/go/km/docs/wpcontent/Sites/Subportal%20del%20Ciudadano/Salud/Secciones/Publicaciones/Documentos/2012/Investigaciones/Libro%20Salud%20Mental%20del%20Adolescente%202006.pdf>.
- 7 Cendales R, Vanegas C, Fierro M, Córdoba R, Olarte A. Tendencias del suicidio en Colombia, 1985-2002. *Rev Panam Salud Pública* 2007; 22(4): 231-238.
- 8 Montoya LP, Torres Y, Zapata MA, Garro C GI, Hurtado, Villegas G. Segundo estudio de salud mental del adolescente – Medellín, 2009. *Rev Salud Pública de Medellín* 2010; 4(2):23-40.
- 9 Organización Panamericana de Salud La salud en las Américas 2a ed Publicación Científica y Técnica de la OPS No 587. Washington, D.C: OPS; 2002.
- 10 Dulanto E. El adolescente México: McGraw-Hill Interamericana de México; 2000.
- 11 King D, Kowalchuck B. Inventory of suicide orientation-30, ISO 30. Minneapolis: National Computer Systems, INC; 1994.
- 12 Rueda SM. Perfil de orientación al suicidio según indicadores de salud mental en adolescentes escolarizados Medellín - zona noroccidental, 2010 [Trabajo de grado Magister en Epidemiología]. Medellín: Universidad de Antioquia; 2012.
- 13 Posada A, Rúa C, Torres Y, Muñoz A Validación del instrumento Children's Depression Inventory (CDI) para detección de sintomatología depresiva en adolescentes, Medellín 1996 [Trabajo de grado Magister en Salud Pública] Medellín: Universidad de Antioquia Facultad Nacional de Salud Pública; 1996.
- 14 Fundación WK Kellogg. Familia y adolescencia: indicadores de salud Manual de aplicación de instrumentos [Internet] Washington, D.C: OPS/OMS; 1996 [Acceso 6 de julio de 2010]. Disponible en: <http://www1.paho.org/Spanish/HPP/HPF/ADOL/Family.pdf>.
- 15 World Health Organization. Composite international diagnostic interview (CIDI). Version 15. Geneva: WHO; 2000
- 16 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 secundaria Rev. Colomb. Psiquiatr 2006; 35(1): 23-29.
- 17 Toro DC, Paniagua RE, González CM, Montoya B. Caracterización de adolescentes escolarizados con riesgo de suicidio, Medellín 2006. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública* 2009; 27(3): 302-308.
- 18 Posada J, Rodríguez M, Duque P, Garzón A. Prevalencia y factores de riesgo de comportamientos relacionados con suicidio en el Estudio Nacional de Salud Mental, Colombia 2003 (ENSM). *Nova* 2007; 5(7):1-100.
- 19 Casullo M, Fernández M Estudiantes adolescentes argentinos en riesgo suicida: una investigación comparativa. *Cienc Psicol [revista en internet]* 2007; 1(1), 37-45 2007; [Acceso 27 de febrero de 2012]. Disponible en: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/cpsi/v1n1/v1n1a05.pdf>.
- 20 Rodríguez M, Rodríguez N, Gempeler J, Garzón D. Factores asociados con intento de suicidio y comportamientos de autolesión no suicida en pacientes con trastornos del comportamiento alimentario. *Revista Colombiana de Psiquiatría* 2013; 43(1):19-26
- 21 Frasilho D, Sampaio D. Comportamentos autolesivos em adolescentes: uma revisão da literatura com foco na investigação em língua portuguesa. *Revista Portuguesa de Saúde Pública* 2013; 31(2): 204-213.
- 22 Spirito A, Esposito-Smythers C, Wolff J, Uhl K. Cognitive-Behavioral Therapy for Adolescent Depression and Suicidality. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America* 2011; 20(2): 191-204.
- 23 Benjet C, Borges G, Méndez E, Casanova L, Medina-Mora ME. Adolescent alcohol use and alcohol use disorders in Mexico City. *Drug and Alcohol Dependence* 2014; 136(1): 43-50.
- 24 Rossello J, Berríos M. Ideación suicida, depresión, actitudes disfuncionales, eventos de vida estresantes y autoestima en una muestra de adolescentes Puertorriqueños/as *Interamerican Journal of Psychology* 2004; 38(2), 295-302.
- 25 Borges G, Benjet, Medina-Mora ME, Orozco R, Nock M. Suicide Ideation, Plan, and Attempt in the Mexican Adolescent Mental Health Survey. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 2008; 47(1): 41-52.