

Ideación suicida en la adolescencia: Una explicación desde tres de sus variables asociadas en Bogotá, 2009

GLORIA CARVAJAL, ENF, PHD¹, CLARA VIRGINIA CARO, ENF, PHD²,

RESUMEN

Objetivo: Determinar la relación entre desesperanza, soledad y grado de salud familiar en adolescentes escolarizados, con y sin ideación suicida, para profundizar en el conocimiento del fenómeno desde la disciplina de enfermería y plantear opciones de promoción y prevención en Bogotá, Colombia.

Métodos: Se utilizó el estudio cuantitativo descriptivo correlacional comparativo de corte transversal. La muestra se seleccionó en el período comprendido entre febrero y abril de 2009, a través de un muestreo mixto y estuvo constituida por 482 adolescentes escolarizados entre 14 y 17 años. A través del empleo de análisis estadísticos de tipo univariado, bivariado y multivariado se describió el comportamiento de cada una de las variables, se exploraron las relaciones y contrastes entre éstas y se estimó el efecto de las variables independientes en la presencia de ideación suicida. Se siguieron todas las consideraciones éticas para el desarrollo de investigaciones con seres humanos.

Resultados: Entre los adolescentes investigados 20% de la muestra informó presencia de pensamientos o deseos suicidas de variada intensidad. Todas las variables estudiadas influyen la presencia de ideación suicida en los adolescentes a excepción de edad, estrato socioeconómico, localidad y tipo de colegio. Sin embargo a partir de la construcción de modelos de regresión logística se observó que las variables que mejor explican la presencia de ideación suicida son: antecedente de intento de suicidio, baja autoestima, depresión y pertenecer a una familia poco saludable.

Conclusiones: Los datos sobre ideación e intento suicida obtenidos en este estudio apoyan la idea de implementar mayores esfuerzos preventivos al interior de las familias y las escuelas. Identificar los adolescentes en riesgo de suicidio o de alteraciones de la salud mental y construir programas efectivos de prevención y programas de tratamiento es una prioridad.

Palabras clave: Suicidio; Soledad; Relaciones familiares; Adolescente; Enfermería; Prevención y control.

Colomb Med. 2011; 42 (Supl 1): 45-56

Suicidal ideation in adolescence: an explanation from three of its associated variables in Bogotá, 2009

SUMMARY

Objective: To determine the relationship between hopelessness, loneliness and the level of family health in school-age adolescents with and without suicidal ideation to deepen in the knowledge of this phenomenon from a nursing point of view and to pose promotion and prevention options in Bogotá, Colombia.

Method: This was a cross-sectional, comparative, correlational, descriptive and quantitative study. The sample was selected in the period between February and April 2009, through mixed sampling and 482 school-attending 14-17 year-old adolescents were included. Widely recognized and highly qualified psychometric tools were used to measure the variables concerned. Univariate, bivariate and multivariate statistic analysis were used to describe the behavior of each variable, to explore the relationships and contrasts between these variables and to estimate the effect of the independent variables on the presence of suicidal thoughts. This study has followed the ethical considerations necessary for research involving human beings.

Results: 20% of the sample used reported the presence of suicidal thoughts or desires. All variables studied influence the presence of suicidal thoughts except age, socioeconomic strata, borough and type of school. However, with the use of logistic

1. Profesora Asistente, Facultad de Enfermería y Rehabilitación, Universidad de La Sabana, Bogotá, Colombia.
e-mail: gloria.carvajal@unisabana.edu.co
2. Profesora Asociada, Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia.
e-mail: cvcaroc@unal.edu.co

Recibido para publicación febrero 3, 2011 Aceptado para publicación abril 4, 2011

regression methods, the variables that best express the presence of suicidal thoughts are: previous suicide attempt, low self-esteem, depression and belonging to an unhealthy family.

Conclusions: Data on suicidal ideation and attempts made in this study support the idea of implementing greater preventive efforts within families and schools. Identifying adolescents at risk of suicide or mental health disorders, and build effective prevention and treatment programs is a priority.

Keywords: *Suicide; Loneliness; Family relations; Adolescent; Nursing; Prevention & control.*

Colomb Med. 2011; 42 (Supl 1): 45-56

La conducta suicida (ideación-intento-suicidio consumado) en población general y en adolescentes, representa actualmente un problema de salud pública que requiere atención de todos los sectores; debido a que es un fenómeno de origen multifactorial que ocurre como respuesta a una situación que la persona ve como abrumadora, enmarca una realidad compleja, que no puede explicarse exclusivamente a partir de los factores biológicos, sino que incluye aspectos psicológicos, sociales y culturales. Aunque la complejidad de sus causas requiere necesariamente un enfoque polifacético e interdisciplinar para su prevención y manejo, necesita, además, una definición precisa de la contribución desde la disciplina de enfermería¹

Una de las manifestaciones de esta conducta es 'la ideación suicida' definida como *la presencia de pensamientos, planes o deseos de cometer suicidio en un individuo que no ha hecho un intento de suicidio reciente*². Su valoración es importante porque ésta puede preceder al intento y el contenido de ella puede ser indicativo de su seriedad y letalidad². Es un fenómeno común en población general, que ocurre con mayor frecuencia que el intento y que el suicidio completo; se afirma, además, que es un fenómeno frecuente entre los adolescentes³. Respecto a la relación entre las diversas manifestaciones de la conducta suicida, se ha afirmado que la ideación precede, de forma lógica, al intento y al hecho consumado y que, por esta razón, es apropiado focalizar el interés tanto en sus características, como en su intensidad y duración con el fin de valorar además la intención actual y predecir el riesgo potencial, para el futuro.

En Colombia esta conducta viene tomando proporciones epidémicas, presentándose como un problema

de salud pública dada su alta y constante morbimortalidad, razón por la cual «*es importante disponer de un adecuado conocimiento, de un manejo técnico y de unas políticas públicas que reconozcan el tema como multifactorial y complejo. Prevenir este problema en todos los niveles requiere comprender adecuadamente su génesis, identificar los factores de riesgo, informar sobre los signos de alarma, promover las mejores estrategias de atención y realizar vigilancia permanente*»⁴.

Con respecto a los factores asociados, múltiples autores afirman que el más frecuente es la depresión⁵. Adicionalmente, en muestras clínicas y comunitarias de adolescentes, el sexo, la desesperanza, la soledad, la depresión materna, la baja autoestima, el consumo de sustancias psicoactivas (SPA), las relaciones familiares y la dificultad para obtener apoyo de los amigos y de la familia se ven como variables asociadas con el desarrollo de la ideación^{3,6,7}. A pesar del conocimiento actual, la revisión de la literatura realizada evidenció algunos vacíos que indican que se requieren estudios que evalúen la ideación suicida y sus trastornos mentales y/o constructos psicológicos asociados⁸.

Los hallazgos de la literatura además afirman que los profesionales de enfermería juegan un rol clave en la valoración, manejo y cuidado de las personas con cualquier expresión de conducta suicida a través de la educación, prevención y provisión de cuidado y tienen cualidades, habilidades y recursos inherentes para alcanzar la meta de la promoción del bienestar y salud de estas personas y sus familias¹. Si la valoración del riesgo es una tarea esencial en el manejo de esta conducta, los profesionales de enfermería pueden generar intervenciones para la identificación de los factores asociados, para lo que es necesario el conocimiento y entendimiento de sus condiciones causales; de esta manera, será posible construir sistemas de alarma temprana y planes específicos para su prevención y control⁹.

Para dar respuesta a los vacíos y necesidades encontrados en el escenario real y en la literatura pertinente, esta investigación tuvo como objetivo general determinar la relación entre desesperanza, soledad y grado de salud familiar en una muestra de adolescentes escolarizados con y sin ideación suicida, para profundizar en el conocimiento del fenómeno desde la disciplina de enfermería y plantear opciones de promoción y prevención en Bogotá, Colombia.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio. Cuantitativo, descriptivo correlacional comparativo de corte trasversal.

Muestreo. La población estuvo conformada por todos los adolescentes escolarizados entre 14 y 17 años (105,074 según informe de la Secretaría de Educación Distrital, 2007) de los colegios del sector oficial y privado de las localidades de Usaquén, Chapinero, Bosa, San Cristóbal, Puente Aranda y Candelaria. Los criterios para la selección de las localidades de la ciudad de Bogotá, fueron aquellas que mostraron una tasa de crecimiento positivo de 5 puntos o más (tasa por 100,000 habitantes) de presentación de casos de intento de suicidio (según informe de la Secretaría Distrital de Salud) y que fueran representativas de los diferentes niveles socioeconómicos de la ciudad.

Para efectos de este estudio, se utilizó un muestreo tipo mixto, intencionado para la selección de las localidades y los colegios y aleatorio simple a través de una tabla de números aleatorios en la asignación de los estudiantes en cada colegio. La asignación de la muestra fue de carácter proporcional al tamaño del total de alumnos por localidad y al carácter del colegio (público y privado). Para seleccionar el número de colegios a incluir en la muestra por localidad, se tomó el mismo nivel de error seleccionado para el cálculo del tamaño de la muestra, con esta medida se decidió incluir un colegio oficial y uno no oficial por localidad, para un total de 12 colegios.

Tamaño de muestra. Considerando, como es costumbre, plantear un nivel de significancia α de 5%; un nivel de confianza Z_c^2 de 1.96; un error de estimación de 5% ($\epsilon^2=0.05$), aceptando que $p=0.5$ (probabilidad) para obtener el tamaño de muestra más grande, y considerando una tasa de atrición del 15%, el tamaño de la muestra fue 482 adolescentes escolarizados. Esta fue suficiente y acorde con las expectativas de tamaño de muestra para realizar un análisis de tipo multivariado como la regresión logística.

Variables de estudio. Se definieron como variable dependiente la presencia de ideación suicida; como variables independientes principales la desesperanza, soledad y grado de salud familiar; como variables independientes intervinientes la autoestima, depresión, consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas

(SPA); y finalmente, como variables contextuales la edad, sexo, localidad, estrato socioeconómico, tipo de colegio, tipo de familia y pertenencia a culturas urbanas.

Instrumentación. Para medir las variables de interés se utilizaron instrumentos de uso internacional y con reconocida calidad psicométrica en cuanto a validez y confiabilidad. Los instrumentos seleccionados fueron la Escala de Ideación Suicida de Beck, el Inventario de Depresión de Beck, la Escala de Desesperanza de Beck, la Escala de Autoestima de Rosenberg, la Escala de Soledad de la Universidad de California y el Instrumento de Salud Familiar: Familias en General.

Análisis estadístico. Para analizar la calidad métrica de los instrumentos en la muestra, se utilizó como medida de consistencia interna el coeficiente alfa de Cronbach y como medida de validez el índice de validez de contenido de Lawshe, modificado por Tristán. Para el análisis de los datos, según el nivel de medición de las variables, se utilizaron medidas de tendencia central y de variabilidad, se evaluó el comportamiento normal a través de la prueba de Kolmogorov Smirnov y la homogeneidad de varianzas a través de la prueba de Levene. Se analizaron relaciones a partir de las pruebas Chi cuadrado y coeficiente Phi. Finalmente en el análisis multivariado se utilizaron técnicas como el análisis de correspondencias múltiples y la regresión logística.

Consideraciones éticas. este proyecto se acogió a los lineamientos éticos establecidos por la Dirección de Investigación Sede Bogotá (DIB) de la Universidad Nacional de Colombia, en los cuales se propone tener en cuenta el Código de Nuremberg y el Código de Helsinki; a las pautas éticas internacionales para la investigación biomédica en seres humanos establecidas por el Consejo de Organizaciones Internacionales de Ciencias Médicas (CIOMS), a los lineamientos de la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud y a las recomendaciones éticas para las investigaciones en la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia. Específicamente con respecto al principio de no maleficencia la presente investigación fue de tipo descriptiva correlacional comparativa y no provocó daño, lesión vital o daños psicológicos a los participantes. La aplicación de pruebas de tamizaje o de detección de riesgo para conducta suicida no ha demostrado tener efectos adversos o daños (ideación o intento de suicidio desencadenados por el tamizaje) en los expuestos a este

Cuadro 1
Análisis de confiabilidad para los instrumentos del estudio

Instrumento	Alfa de Cronbrach
Escala de Ideación Suicida de Beck (BSI)	0.8831
Escala de Autoestima de Rosenberg	0.6795
Escala de Soledad de la Universidad de California	0.8825
Escala de Desesperanza de Beck (BHS)	0.8019
Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)	0.8632
Instrumento de Salud Familiar: Familias en General (ISF-GEN: 21)	0.916
Escala de Organización Sistémica	0.8479
Escala de Satisfacción	0.8704

Cuadro 2
Características socio-demográficas de la muestra de adolescentes investigados

Variable	Modalidad	Frecuencia	%
Edad	14 años	196	41
	15 años	148	31
	16 años	98	20
	17 años	40	8
Sexo	Masculino	251	52
	Femenino	231	48
Nivel socio-económico	Estrato 1	49	10
	Estrato 2	234	49
	Estrato 3	170	35
	Estrato 4 ó más	29	6

tipo de estrategia, sin embargo, para minimizar el posible riesgo se recibió el apoyo de la Secretaría Distrital de Salud y de los profesionales de enfermería, psicología y trabajo social de los colegios seleccionados para la canalización y manejo de los adolescentes con ideación suicida e intento de suicidio de acuerdo con protocolo establecido para tal fin.

Este estudio recibió la aprobación del Comité de Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, el 11 de agosto de 2008.

RESULTADOS

Análisis de confiabilidad para los instrumentos del estudio. Todos los instrumentos utilizados informaron un buen nivel de confiabilidad (Cuadro 1).

Características socio-demográficas y familiares. Del total de adolescentes evaluados 62% pertenecían a colegios de tipo oficial y 38% al tipo privado; 87% vivían en una familia de tipo nuclear (ambos padres y hermanos) o en el denominado de familia nuclear modificada (un solo padre y los hermanos) en el cual se encontró que 87% vivían con la madre (Cuadro 2).

Conductas de riesgo. Con respecto a consumo de alcohol y otras SPA, 64% de los adolescentes de la muestra manifestaron consumir alcohol; 10% (30 casos) y 5% (15 casos) reconocieron una frecuencia de consumo de una vez a la semana y varias veces a la semana respectivamente. Frente a otras SPA, 8% (37 adolescentes) comunicaron su consumo. Entre éstos, se observa que predomina la marihuana con 57%. Además, se encontró consumo de otras sustancias en 27%,

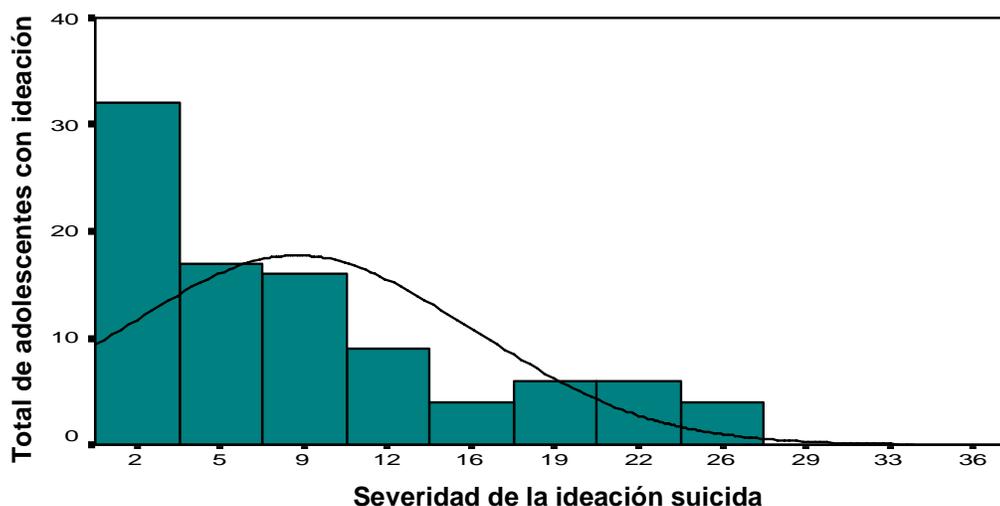


Figura 1. Grado de severidad de la ideación suicida

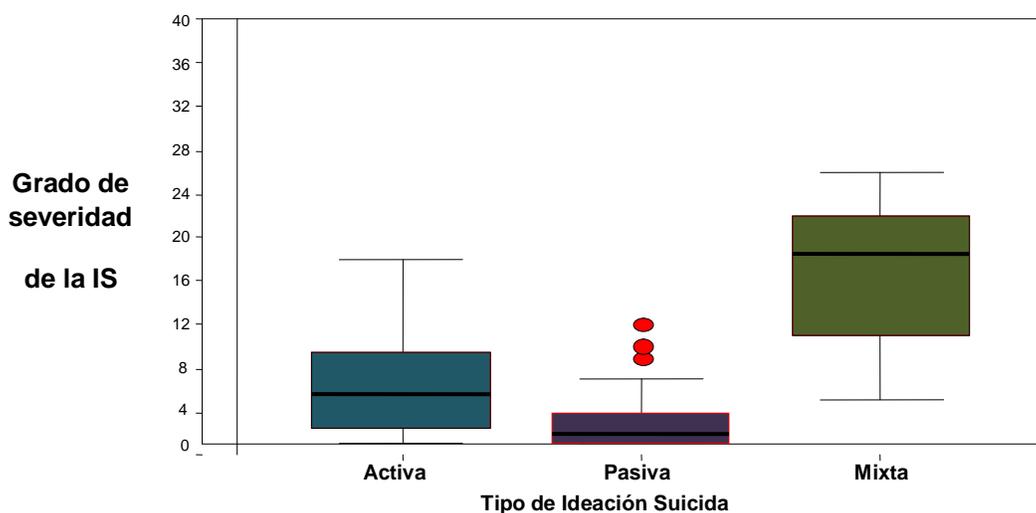


Figura 2. Presencia de casos atípicos en el grado de severidad de la ideación suicida según tipología de la ideación suicida

dentro de las cuales se puede mencionar dick, bazuco y bóxer; 54% de los mismos informaron consumo múltiple de SPA (es decir, consumo entre dos y cinco sustancias). Se observó una relación positiva entre consumo de alcohol y consumo de otras SPA (Coeficiente phi - Ö- : 0.199). La prueba χ^2 que verifica la significancia de Phi; para esta relación se encuentra en un valor de 19.186 (1 gl; valor p: 0.000)

Ideación suicida. Con respecto a la presencia de ideación suicida se observó cómo 20% (94 adolescentes) de la muestra manifestó algún grado de pensamientos o deseos suicidas en la última semana. La clasificación

por tipología (activa, pasiva, mixta) en aquellos con presencia de ideación suicida indica que la activa fue la de mayor presentación entre los adolescentes (38%).

Una vez identificados los adolescentes con ideación suicida, se procedió a determinar su grado de severidad. Los estadísticos descriptivos que lo resumen, evidenciaron un rango de puntuación entre 1 y 28, una media de 8.33 y desviación estándar de 7.29. La tendencia del grupo fue a presentar puntajes bajos (Figura 1).

La Figura 2 permite observar la distribución de las puntuaciones de la severidad de la ideación suicida a través de sus diferentes tipos. Para el grupo de adoles-

centes clasificados en la tipología de ideación suicida activa (36 adolescentes) el rango de severidad osciló entre 1 y 18 con una media de 6.17 y desviación estándar de 4.49. En el de ideación suicida pasiva (30 adolescentes) las puntuaciones oscilaron entre 1 y 12 con una media de 3.30 y desviación estándar de 2.85. Los elipses que se observan en la parte superior del *box Plot* que ilustra esta tipología, representan, desde una perspectiva estadística, tres casos atípicos de puntuación; estos datos indican que, en el estudio, lo atípico es presentar un alto grado de severidad en presencia de un tipo de ideación pasiva. En el grupo de adolescentes clasificados de ideación suicida mixta, el rango de puntuación fluctuó entre 5 y 26 con media de 16.50 y desviación estándar de 6.67. En éste se observó la mayor variabilidad y los niveles más altos de severidad.

Respecto a las variables sociodemográficas se observó relación entre ideación suicida y sexo (χ^2 : 5.243; $p=0.022$); consumo de alcohol (χ^2 : 7.914; $p=0.005$) y consumo de otras SPA (χ^2 : 6.239; $p=0.012$).

Luego, se analizó el antecedente de intento de suicidio, encontrando que de los 482 adolescentes 11.2% manifestaron haber tenido un intento previo, y 3.1% haber tenido dos o más. Manifestaron, como principal motivo problemas familiares como alteraciones en la relación con padre y/o madre en 49.2% de los casos, pérdidas amorosas 7.2% y pérdidas afectivas de padre o madre 4.3%. Es fundamental resaltar que 100% de este grupo manifestó que no había buscado ayuda para resolver esta situación. Se evidenció una relación significativa entre ideación suicida actual e intento de suicidio previo (χ^2 : 84.10; 2 gl $p<0.0001$).

Las variables independientes

Autoestima. El rango de puntuación del nivel de autoestima en los adolescentes investigados osciló entre 4 y 30, con una media de 20.41, desviación estándar de 4.37. Se observó la presencia de ocho casos de puntuaciones atípicas es decir, puntuaciones, de autoestima por debajo de 11. Un nivel de autoestima muy bajo fue un comportamiento atípico en este grupo. Posteriormente y, a partir de los puntos de corte propuestos se clasificó la muestra según su nivel de autoestima encontrando 10% con baja autoestima.

Al analizar la relación entre alta/baja autoestima y presencia de ideación suicida se encontró que existe una relación significativa entre una primera alta y ausencia de la segunda (coeficiente phi ϕ 0.296; χ^2 :

42.292; valor $p<0.0001$). Adicionalmente, al analizar la relación entre severidad de la ideación suicida y puntaje de autoestima al interior de la muestra de adolescentes con ideación, se encontró un coeficiente de correlación de Pearson de -0.386 con valor p asociado de 0.000, indicando que a mayor autoestima menor severidad de la ideación suicida.

Soledad. Los estadísticos descriptivos que resumen el comportamiento de esta variable muestran el puntaje en un rango entre 22 y 77, con una media de 39.5 y desviación estándar de 9.99. Se observó la presencia de seis casos de puntuaciones atípicas hacia el límite superior, por encima de 65. En el presente estudio, un alto nivel de soledad fue atípico dentro del comportamiento de grupo. Se evaluó la relación entre severidad de la ideación suicida y grado de soledad, la correlación de Pearson fue de 0.387 ($p:0.000$) indicando una correlación positiva y significativa pero baja entre las dos variables.

Depresión. El comportamiento de esta variable mostró una puntuación mínima de 0 y una máxima de 54, con media de 13.06 y desviación estándar de 8.819. Adicionalmente, se observó la presencia de 11 casos atípicos y un caso extremo. Las puntuaciones altas de depresión fueron un comportamiento atípico para este grupo. Una vez analizado el comportamiento general del nivel de depresión de la muestra, se presenta su clasificación según los puntos de corte propuestos por el autor de la escala.

Se observó que la mayoría de los adolescentes de la muestra (79%) se encontraban en los niveles mínimo y leve de sintomatología depresiva (depresión no significativa). No obstante, vale la pena destacar que 21% exhibieron niveles entre moderados y altos; se enfatiza además la presencia de nueve casos atípicos (por encima de 34 puntos) y un caso extremo (por encima de 55 puntos), datos que se alejan del comportamiento promedio del grupo. Por último, se exploró la relación entre depresión e ideación suicida. Los resultados muestran una relación significativa entre las variables (χ^2 : 72.10; 3 gl; valor $p<0.0001$). Además, se realizó el análisis entre la severidad de la ideación suicida y la puntuación obtenida de depresión encontrando una relación fuerte y significativa entre estas dos variables (correlación de Pearson de 0.711, p asociado 0.000)

Desesperanza. El rango de respuesta de esta variable osciló entre 0 y 18 con una media de 2.3 y desviación

estándar de 2.86. Se observó la presencia de seis datos atípicos y trece datos extremos que reflejan un comportamiento atípico de altos puntajes de desesperanza que se alejan del comportamiento de esta variable en los adolescentes investigados. El comportamiento típico de la muestra fue a presentar puntajes muy bajos de desesperanza. Una vez analizado el comportamiento general del nivel de desesperanza, se clasificó la muestra tomando como referencia los puntos de corte propuestos por los autores encontrando que 93% informaron niveles de desesperanza mínima y leve, 6% desesperanza moderada y 1% desesperanza severa. Finalmente, los resultados del análisis de la relación entre desesperanza e ideación suicida, informaron una relación significativa entre estas variables (χ^2 : 27.64; 6 gl; $p < 0.0001$). Al analizar la relación entre severidad de la ideación suicida y grado de desesperanza se encontró una correlación positiva y significativa, pero baja entre estas dos variables (correlación de Pearson 0.279, p asociado 0.007).

Grado de salud familiar. La distribución de frecuencias de esta variable mostró que la mayoría de los adolescentes investigados (62.9%) comunicaron una percepción individual que su sistema familiar era organizado y que se sentían satisfechos con dicha organización quedando así clasificados según los puntos de corte de la autora del instrumento como familia saludable. En 18.5% hubo la percepción individual que su sistema familiar era desorganizado y que se sentían insatisfechos con dicha organización, quedando clasificados como familia poco saludable. No se observó relación entre el tipo de familia y el grado de salud familiar (χ^2 : 1.319; 2 gl.; valor p : 0.517). Se encontró relación entre la variable grado de salud familiar y la presencia de ideación suicida (χ^2 : 36.807 $p < 0.0001$).

Regresiones logísticas univariadas. Se examinó el efecto de las variables sexo, consumo de alcohol, consumo de otras SPA, antecedente de intento de suicidio, autoestima, soledad, desesperanza, depresión, organización familiar sistémica, satisfacción familiar, grado de salud familiar sobre la presencia de ideación suicida. Es importante tener en cuenta que, dado que los resultados de este análisis se expresan en términos de probabilidades, lo que se obtiene de los mismos, son las estimaciones de los efectos de las variables independientes sobre la variable dependiente con un grado de confianza determinado.

A partir del análisis de los coeficientes asociados con los parámetros de las variables estudiadas, los OR y valores P obtenidos en las regresiones univariadas es posible afirmar que cada una de estas variables independientes ejerce un efecto sobre la presencia de ideación suicida (Cuadro 3).

Regresiones logísticas multivariadas. Posteriormente, en el análisis de regresión logística multivariado, a través de un modelo de extracción de variables stepwise se estimó el efecto del conjunto de variables que mostraron relación a través de las regresiones univariadas sobre la presencia de ideación suicida en adolescentes.

En un primer modelo de regresión logística se ingresó el conjunto de variables compuesto por sexo, consumo de alcohol, consumo de sustancias psicoactivas, autoestima, soledad, desesperanza, depresión, y grado de salud familiar. Los resultados del modelamiento se muestran en el Cuadro 4, allí se puede observar, según los coeficientes asociados con los parámetros, que aunque todas las variables tienen efecto sobre la presencia de ideación suicida en la muestra de adolescentes investigados, las que tienen un efecto más fuerte son depresión severa y familia poco saludable.

Posteriormente, se construyó un modelo final que incluyó el conjunto de variables compuesto por sexo, consumo de alcohol, consumo de SPA, antecedente de intento de suicidio (una, dos veces o más), autoestima, soledad, desesperanza, depresión y grado de salud familiar. La variable antecedente de intento de suicidio se incluyó porque aunque está relacionada representa una faceta distinta de esta conducta. Los resultados del modelamiento permiten afirmar que las variables que mejor explican la presencia de ideación suicida en la muestra de adolescentes investigados fueron, en orden de importancia según los parámetros del modelo: antecedente de dos o más intentos de suicidio, antecedente de un intento de suicidio, pertenecer a una familia poco saludable y tener baja autoestima (Cuadro 5).

DISCUSIÓN

Durante la adolescencia, etapa de interés para esta investigación, datos recientes indican que la ideación, el intento y el suicidio consumado continúan presentando cifras alarmantes¹⁰. Además de las cifras que relacionan la edad con la conducta suicida, la razón para seleccionar adolescentes como muestra de estudio se

Cuadro 3
Estimación de parámetros para las variables que mostraron efecto sobre la
presencia de ideación suicida

	Parámetro	EE	p	OR	IC del 95% para el OR	
					Límite inferior	Límite superior
Sexo	Intercepto	-1.6928	0.1742	<0.0001		
	Femenino	0.5298	0.2328	0.0229	1.699	1.076 2.681
Consumo de alcohol	Intercepto	-1.9262	0.2282	<0.0001		
	Sí consume alcohol	0.7348	0.2649	0.0055	2.085	1.241 3.505
Consumo de otras sustancias psicoactivas	Intercepto	-1.5027	0.1229	<0.0001		
	Sí consume sustancias psicoactivas	0.8896	0.3656	0.0150	2.434	1.189 4.984
Antecedente de intento de suicidio	Intercepto	-1.9158	0.1471	<0.0001	0.147	
	He tratado de suicidarme dos veces o más	2.9272	0.6021	<0.0001	18.675	5.738 60.782
	Traté de suicidarme una vez	2.1390	0.3109	<0.0001	8.491	4.617 15.616
Autoestima	Intercepto	-1.6952	0.1329	<0.0001		
	Baja autoestima	1.8555	0.3133	<0.0001	6.395	3.460 11.817
Soledad	Intercepto	-5.0550	0.5619	<0.0001		
	Soledad	0.0868	0.0125	<0.0001	1.091	1.064 1.118
Desesperanza	Intercepto	-1.7356	0.1424	<0.0001		
	Desesperanza leve	1.0655	0.2983	<0.0004	2.902	1.617 5.208
	Desesperanza moderada o severa	1.6021	0.3927	<0.0001	4.963	2.299 10.716
Depresión	Intercepto	2.1140	0.1871			
	Depresión leve	0.5335	0.3481	0.1253	1.705	0.862 3.373
	Depresión moderada	1.6746	0.3029	<0.0001	5.337	2.948 9.662
	Depresión severa	2.7558	0.4332	<0.0001	15.734	6.732 36.777
Grado de salud familiar	Intercepto	-2.8332	0.4602	<0.0001		
	Familia poco saludable	2.4464	0.5083	<0.0001	11.547	4.264 31.273
	Familia saludable	1.2820	0.4844	0.0081	3.604	1.395 9.313

Cuadro 4
Modelo de regresión logística (modelo 1)

	Parámetro	EE	p	OR	IC del 95% para el OR	
					Límite inferior	Límite superior
Intercepto	-4.4700	0.7054	<0.0001			
Baja autoestima	0.7385	0.3731	0.0478	2.093	1.007	4.348
Soledad	0.0427	0.0150	0.0045	1.044	1.013	1.075
Depresión leve	0.1753	0.3649	0.6309	1.192	0.583	2.436
Depresión moderada	0.8918	0.3433	0.0094	2.439	1.245	4.781
Depresión severa	1.5908	0.4919	0.0012	4.908	1.871	12.870
Familia poco saludable	1.3818	0.5468	0.0115	3.982	1.363	11.629
Familia saludable	0.7236	0.5064	0.1538	2.062	0.764	5.562

Cuadro 5
Modelo de regresión logística (modelo 2)

	Parámetro	EE	p	OR	IC del 95% para el OR	
					Límite inferior	Límite superior
Intercepto	-4.7032	0.6947	<0.0001	-	-	-
He tratado de suicidarme dos veces o más	2.5597	0.6536	<0.0001	12.932	3.592	46.565
Traté de suicidarme una vez	1.5273	0.3401	<0.0001	4.606	2.365	8.971
Baja autoestima	0.8156	0.3804	0.0320	2.261	1.073	4.764
Soledad	0.0501	0.0146	0.0006	1.051	1.022	1.082
Familia poco saludable	1.2981	0.5509	0.0185	3.662	1.244	10.782
Familia saludable	0.5921	0.5098	0.2455	1.808	0.666	4.910

refuerza en los planteamientos de Daniel y Goldston¹¹ quienes afirman que, desde el punto de vista del desarrollo, los adolescentes difieren de los adultos jóvenes en una vía en la que esta etapa de la vida puede aumentar el riesgo de conductas suicidas. La vulnerabilidad de este grupo a la conducta suicida puede ser explicada por la necesidad de adaptación a estos cambios psicosociales, a aquellos de origen físico y a los factores del contexto que la convierten en un período de mayor riesgo para la aparición de problemas en la salud mental, especialmente si a ello se le suman acontecimientos que aumentan la carga emocional, como rechazo por parte de la pareja, falta de comunicación con los padres, dificultades para alcanzar las aspiraciones propias o las expec-

tativas de los padres y conflictos familiares o escolares. Al respecto se afirma que la adolescencia es una etapa crítica de vulnerabilidad para aumento de la conducta suicida no sólo como causa de muerte sino de aparición de precursores como ideación, planes e intentos, razones por las cuales el estudio de la conducta suicida en esta etapa de transición es un aspecto de gran prioridad^{8,12}.

Los hallazgos de esta investigación son coherentes con los informados por la literatura internacional recopilada en muestras escolares¹³ en quienes se evidencian cifras entre 11% y 49%. Específicamente, para el Distrito Capital de Bogotá, únicamente se encontró la información de Taborda y Téllez¹⁴ acerca de los resul-

tados del estudio *Caracterización del comportamiento suicida en el Distrito Capital*, que para el año 2001 encontró que 30% de la muestra de estudiantes de bachillerato y universidad investigados comunicaron pensamientos actuales acerca del suicidio. Aunque hay autores que consideran que la ideación suicida es un fenómeno normal y efímero durante la adolescencia, otros consideran lo contrario, teniendo en cuenta hallazgos de investigación que demuestran la asociación entre ideación suicida en la adolescencia e intento de suicidio en la adultez joven en muestras clínicas y comunitarias¹². Además afirman que la ideación suicida aumenta la probabilidad de disfunción psicológica, emocional e interpersonal posterior y de otras alteraciones de la salud mental¹⁵, razón por la cual es muy importante detectar grupos de adolescentes en alto riesgo de suicidio dentro de la población general y que aquellos con ideación suicida positiva sean abordados lo más temprano posible con el fin de prevenir efectivamente acciones suicidas futuras¹⁶.

Los resultados del estudio actual han establecido que existe una fuerte asociación entre la ideación y el antecedente de intento de suicidio. Al respecto, es importante resaltar que la ideación suicida es un fuerte predictor de riesgo suicida actual¹⁷, pero su combinación con plan o evidencia de preparación activa para el intento o el antecedente de intento previo son fuertes predictores de riesgo a corto plazo¹⁸.

De manera congruente con la literatura revisada, en esta investigación se observó mayor presentación de la ideación suicida y el antecedente de intento en el sexo femenino, hallazgo similar con los que informa Rueter³. Aspecto que también es congruente con el comportamiento del fenómeno que informa la Secretaría Distrital de Salud para Bogotá. Adicionalmente, se observó una estrecha relación entre la ideación suicida y el consumo de alcohol y otras SPA. Estos hallazgos son similares a los del trabajo de Wu¹⁹.

Un aspecto para destacar es que todos los adolescentes de ese grupo manifestaron no buscar o no necesitar ayuda para solucionar la situación previa (antecedente) o actual (ideación). La literatura pertinente refiere que no todos los adolescentes que intentan suicidarse acuden para recibir atención hospitalaria⁵. Para Bogotá, los datos disponibles muestran que una mínima parte de la población busca ayuda para resolver esta conducta¹⁴.

En esta investigación aunque la mayoría de los

investigados presentó niveles bajos de soledad, se evidenció relación entre soledad e ideación suicida. Este hallazgo es congruente con los de la literatura existente, donde se afirma que la soledad se asocia con todas las manifestaciones de conducta suicida²⁰.

Respecto a la variable desesperanza, ésta se asocia con todas las expresiones de conducta suicida en adolescentes. Igualmente, se observó que la relación entre ella e ideación suicida en la muestra objeto de este estudio es similar a lo encontrado en la literatura pertinente^{2,21}.

Respecto al comportamiento de la variable depresión, los resultados evidenciaron una relación positiva y fuerte con la presencia de ideación suicida. Al respecto, la literatura afirma que la depresión es un fenómeno prevalente que ocasiona diversidad de efectos nocivos en los adolescentes²². También se evidencia que la depresión es la principal causa de todas las manifestaciones de conducta suicida en todos los grupos de edad y en muestras psiquiátricas y comunitarias^{16,18}.

Frente al grado de salud familiar que informa el adolescente, los hallazgos son congruentes con los planteamientos que indican que existe evidencia de estudios prospectivos que afirman que ciertas características del sistema familiar como apoyo, cohesión, adaptabilidad e índices de disfunción predicen intento e ideación suicida. Además, la evidencia de estudios transversales indica que cohesión familiar, apoyo, y conflicto discriminan grupos de adolescentes con conducta suicida y grupos sin ella en muestras clínicas y no clínicas⁷.

Finalmente, el comportamiento de la variable autoestima mostró que la mayoría de los adolescentes informó altos niveles. En aquellos con ideación suicida esta variable evidenció un efecto significativo. Estos resultados confirman los de Bearman y Moody²³, quienes aseguran que para los jóvenes de ambos sexos tenerla alta disminuye la probabilidad de la ideación.

Los hallazgos del presente estudio confirman la premisa que la conducta suicida es un fenómeno de naturaleza multicausal. Así, teniendo en cuenta que los factores asociados con las expresiones de la conducta suicida raramente ocurren en forma aislada, los esfuerzos preventivos en jóvenes son más efectivos si el objetivo es cubrir múltiples factores condicionantes, para lo cual el conocimiento profundo de éstos es vital²⁴. La identificación temprana de pensamientos

suicidas en adolescentes puede contribuir a la prevención de una potencial conducta suicida posterior²⁵, de esta manera, entender los antecedentes y los factores correlacionados con la ideación suicida o conducta suicida en general es un primer paso esencial para este proceso⁵. Debido al rol de la ideación suicida en la etiología del suicidio completo y psicopatología, ésta debe ser incluida como un foco de las iniciativas de prevención e intervención tanto en el nivel clínico como en el nivel comunitario¹⁵.

La importancia de los datos resultantes radica en su utilidad para fundamentar estrategias de prevención local en situaciones reales con grupos de riesgo identificados, y proponer intervenciones apropiadas para estos contextos. Reconocer el contexto o ambiente en el cual se genera y ocurre la conducta suicida es fundamental para proporcionar a los padres, maestros, profesionales de la salud y líderes comunitarios educación adecuada acerca de estas conductas y de aspectos positivos relacionados con la salud mental como recreación y redes de apoyo entre otras. Al respecto De Zubiría²⁷, afirma que «las circunstancias sociales que pueden desencadenar una situación que ponga en riesgo de suicidio a niños y jóvenes aparecen en 2 ejes fundamentales de la sociedad: la familia y el colegio.» Los métodos tradicionales de prevención primaria en conducta suicida presentan una gran dificultad, pues al tener una aproximación pasiva hacia los adolescentes, se olvida que muchos de ellos que por ejemplo piensan en suicidarse o lo intentan no hablan con otros acerca de esto y que en muchas oportunidades padres y maestros no son conscientes de las conductas suicidas de los jóvenes, razón por la cual se debe abrir la puerta a la búsqueda de aproximaciones más proactivas. Estos son aspectos fundamentales para el trabajo de prevención desarrollado por los profesionales de enfermería en los ámbitos escolares y comunitarios. Al respecto, Evans²⁷ afirma que la identificación temprana de factores asociados con ese fenómeno puede jugar un rol fundamental en el desarrollo de programas de prevención e intervención basados en la comunidad y en la escuela.

En Bogotá no se habían desarrollado estudios sobre ideación suicida en adolescentes escolarizados que utilizaran instrumentos de auto-informe traducidos, válidos y confiables para la misma población. Los datos sobre ideación e intento suicida obtenidos en este estudio apoyan la idea de implementar mayores esfuer-

zos preventivos al interior de las familias y las escuelas. Identificar los adolescentes en riesgo de suicidio o de alteraciones de la salud mental y construir programas efectivos de prevención y programas de tratamiento es una prioridad que debe llamar la atención de entidades como el Ministerio de la Protección Social. El trabajo conjunto de instituciones académicas y entidades distritales permite ver las bondades del trabajo interdisciplinario e intersectorial, cuyo beneficiario directo es la población en este caso los adolescentes, las familias y las comunidades educativas.

Se constituyen como limitaciones de esta investigación, el uso de instrumentos de auto-informe, pues no es posible asegurar en 100% la confiabilidad de las respuestas, aun cuando se tuvieron en cuenta las recomendaciones de los autores y de las investigaciones previas para disminuir su efecto. Adicionalmente, aunque se trató de mantener la confidencialidad, el tipo de fenómeno estudiado implicaba la posibilidad de informar a los padres o responsables sobre cualquier riesgo, y al ser este aspecto conocido por los adolescentes comprometidos, la exactitud en el informe de conductas suicidas o de riesgo pudo verse influida. Se sugiere realizar la réplica en estudiantes de niveles socioeconómicos altos teniendo en cuenta su baja concentración en la muestra de este estudio. De igual manera hacer la réplica en adolescentes de otras localidades por ejemplo las denominadas en emergencia social. Con base en los hallazgos del estudio y la información que brinda la literatura revisada, se puede explorar la posibilidad de evaluar las estrategias de prevención existentes y/o implementar según el caso aquellas que tiene demostrada efectividad.

Conflicto de intereses. Las autoras declaran que no hay conflicto de intereses en el presente manuscrito.

AGRADECIMIENTOS

Los resultados de esta investigación son el producto de la tesis doctoral titulada «Ideación suicida en la adolescencia: soledad, desesperanza y salud familiar». Las autoras agradecen el apoyo académico y económico recibido por el Programa de Doctorado en Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, la Dirección de Investigación de la misma Universidad y de la Universidad de La Sabana. Las autoras de este manuscrito no tenemos conflicto de intereses frente a esta publicación.

REFERENCIAS

1. Sun F, Long A, Boore J, Tsao Ll. A theory for the nursing care of patients at risk suicide. *J Adv Nurs*. 2006; 53: 680-90.
2. Beck A, Steer R. Beck hopelessness scale: Manual. The Psychological Corporation. San Antonio: Harcourt Brace & Co; 1993.
3. Rueter M, Holm K, McGeorge C, Conger R. Adolescent suicidal ideation subgroups and their association with suicidal plans and attempts in young adulthood. *Suicide Life-Threat Behav*. 2008; 38: 564-75.
4. González J, Reyes A, Álvarez C, Rodríguez A. Ideación, intento y suicidio en Bogotá. Un estado de Arte 2000-2002. *En: Colombia 2002*. Bogotá: Secretaría de Gobierno-Alcaldía Mayor de Bogotá; 2002.
5. Wild L, Flisher A, Lombard C. Suicidal ideation and attempts in adolescents: association with depression and six domains of self-esteem. *J Adolesc*. 2004; 27: 611-24.
6. Sun R, Hui E. Psychosocial factors contributing to adolescent suicidal ideation. *J Youth Adolesc*. 2007; 36: 775-86.
7. Perkins D, Hartless G. An ecological risk-factor examination of suicide ideation and behaviour of adolescents. *J Adolesc Res*. 2002; 17: 3-26.
8. Prinstein M, Nock M, Simon V, Aikins J, Cheah C, Spirito A. Longitudinal trajectories and predictors of adolescent suicidal ideation and attempts following in-patient hospitalization. *J Consult Clin Psychol*. 2008; 76: 92-103.
9. Anderson M, Jenkins R. The national suicide prevention strategy for England: the reality of a national strategy for the nursing profession. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2006; 13: 641-60.
10. Kessler R, Berglund P, Borges G, Nock M, Wang P. Trends in suicide ideation, plans, gestures, and attempts in the United States, 1990-1992 to 2001-2003. *JAMA*. 2005; 293: 2487-95.
11. Daniel S, Goldston D. Interventions for suicidal youth: a review of the literature and development considerations. *Suicide Life-Threat Behav*. 2009; 39: 252-67.
12. Kessler R, Borges G, Walters E. Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Co morbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*. 1999; 56: 617-26.
13. Thompson E, Eggert L, Randell B, Pike K. Evaluation of indicated suicide risk prevention approaches for potential high school dropouts. *Am J Public Health*. 2001; 91: 742-52.
14. 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.
15. Reinherz H, Tanner J, Berger S, Beardslee W, Fitzmaurice G. Adolescent suicide ideation as predictive of psychopathology, suicidal behavior, and compromised functioning at age 30. *Am J Psychiatr*. 2006; 163: 1226-32.
16. Chang H, Lin M, Lin K. The mediating and moderating roles of the cognitive triad on adolescent suicidal ideation. *Nurs Res*. 2007; 56: 252-59.
17. Wichstrom L. Predictors of adolescent suicide attempts: A nationally representative longitudinal study of Norwegian adolescent. *J Am Acad Child Adolescent Psychiatr*. 2000; 39: 603-10.
18. Mann J, Currier D. Prevention of suicide. *Psychiatr Ann*. 2007; 37: 331-39.
19. Wu P, Hoven C, Liu X, Cohen P, Fuller C, Shaffer D. Substance use, suicidal ideation and attempts in children and adolescents. *Suicide Life-Threat Behav*. 2004; 34: 408-20.
20. Heinrich L, Gullone E. The clinical significance of loneliness: a literature review. *Clin Psychol Rev*. 2006; 26: 695-718.
21. MacLeod A, Tata P, Tyrer P, Schmidt U, Davidson K, Thompson S. Hopelessness and positive and negative future thinking in par suicide. *Br J Clin Psychol* 2005; 44: 495-504.
22. Shochet I, Dadds M, Holland D, Whitefield K, Harnett P, Osgarby S. The efficacy of a Universal School-Based Program to prevent adolescent depression. *J Clin Child Psychol*. 2001; 30: 303-15.
23. Bearman P, Moody J. Suicide and friendships among American adolescents. *Am J Public Health*. 2004; 94: 89-95.
24. Walsh E, Eggert L. Suicide risk and protective factors among youth experiencing school difficulties. *Int J Ment Health Nurs*. 2007; 16: 349-59.
25. Chioqueta, A, Stiles, T. Psychometric properties of the Beck Scale for Suicide Ideation: A Norwegian study with university students. *Nord J Psychiatr*. 2006; 60: 400-04.
26. Evans E, Hawton K, Rodham K, Deeks J. The prevalence of suicidal phenomena in adolescents: A systematic review of population-based studies. *Suicide Life-Threat Behav*. 2005; 35: 239-50.
27. De Zubiria M. *Cómo prevenir la soledad, la depresión y el suicidio en niños y jóvenes: Un manual para que sus hijos vivan mejor*. Bogotá: Aguilar; 2007.