

# Caracterización de factores asociados con comportamiento suicida en adolescentes estudiantes de octavo grado, en tres colegios bogotanos\*

Isabel Pérez-Olmos<sup>1</sup>  
Doris Lorena Téllez Cruz<sup>2</sup>  
Ángela Liliana Vélez Traslaviña<sup>2</sup>  
Milciades Ibáñez-Pinilla<sup>3</sup>

## Resumen

**Objetivos:** Determinar la probabilidad de riesgo suicida y/o enfermedad mental y factores asociados en estudiantes de secundaria de tres colegios bogotanos. **Métodos:** Estudio de corte transversal con 309 adolescentes. **Resultados:** El promedio de edad fue de 13,83 ± 0,9 años, predominó el género femenino (58,6%) y el estrato socioeconómico 3 (68,3%). La probabilidad de riesgo para comportamiento suicida y/o síntomas mentales fue de 47,6%; 26,5% tuvo alguna manifestación suicida; 14,23% tuvo ideación suicida en los últimos tres meses; 3,55% tuvo intentos suicidas alguna vez en la vida, y 8,73% tuvo ideación suicida e intentos suicidas en los últimos tres meses. El riesgo de comportamiento suicida y/o enfermedad mental fue explicado conjuntamente por la depresión (OR = 27,9, IC95% = 3,5-223,1), la baja autoestima (OR = 11,8, IC95% = 2,5-56,5), la disfunción familiar severa (OR = 3,4, IC95% = 1,2-9,7), el sexo femenino (OR = 2,1, IC95% = 1,2-3,8) y la edad mayor

---

\* Proyecto financiado por la Universidad del Rosario. El presente artículo hace parte del trabajo de tesis de grado titulado "Caracterización de factores asociados a comportamiento suicida en adolescentes estudiantes de octavo grado de tres colegios bogotanos", para obtener el título de especialista en psiquiatría, de las doctoras Doris Lorena Téllez Cruz y Ángela Liliana Vélez Traslaviña, en la Universidad del Rosario, 2012, con la tutoría de Isabel Pérez-Olmos y Milciades Ibáñez-Pinilla.

<sup>1</sup> Médica psiquiatra. Especialización en Psiquiatría, de la Universidad Nacional de Colombia; formación en psicoanálisis, de la Sociedad Colombiana de Psicoanálisis. Especialización en epidemiología, de la Universidad del Rosario. Maestría en epidemiología, de la Universidad CES y Universidad del Rosario, Profesora principal del Centro de Investigación de Ciencias de la Salud (CICS), Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud, Universidad del Rosario, Bogotá, Colombia.

<sup>2</sup> Médica residente de psiquiatría, tercer año. Universidad del Rosario, Bogotá, Colombia.

<sup>3</sup> Estadístico matemático. Especialización en Epidemiología, de la Universidad El Bosque, y especialización en Docencia Universitaria. Magíster en Epidemiología General, de la Universidad del Valle. Profesor del Centro de Investigación en Ciencias de la Salud (CICS), Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud, Universidad del Rosario, Bogotá, Colombia.

o igual a 15 años (OR = 1,9, IC95% = 0,9-3,9). El maltrato psicológico seguido del abuso físico se asociaron con manifestación suicida y/o enfermedad mental, y la buena relación familiar, con menor probabilidad. *Conclusión:* La depresión, la baja autoestima, la disfuncionalidad familiar, el género femenino, la edad  $\geq 15$  y la violencia intrafamiliar son factores asociados al riesgo suicida y/o enfermedad mental en adolescentes, y las buenas relaciones familiares se asocian con menor riesgo.

**Palabras clave:** Suicidio, adolescente, trastornos mentales, depresión, autoestima, relaciones familiares.

**Title: Factor Characterization Associated with Suicidal Behavior in 8<sup>th</sup> Grade Adolescent Students in Three Schools from Bogotá (Colombia)**

#### **Abstract**

*Objective:* To establish the probability for suicide risk and/or mental disorders, together with related factors among high school students in 3 schools in Bogotá. *Methods:* Cross sectional study of 309 adolescents. *Results:* The average age was  $13.83 \pm 0.9$ , female dominance (58.6%) and a 3<sup>rd</sup> socioeconomic stratum (68.3%). The suicidal risk behavioral probability and/or mental symptoms was 47.6%, 26.5% exhibited some suicide manifestations, 14.23% had experienced suicidal ideas in the last 3 months, 3.55% had had suicide attempts at least once in life, and 8.73% had suicidal ideas in the last 3 months with suicide attempts. The risk of suicidal behavior and/or mental disorders was explained jointly by depression (OR=27.9, 95% CI: 3.5-223.1), low self-esteem (OR=11.8, 95% CI: 2.5-56.5), severe family dysfunction (OR=3.4, 95% CI: 1.2-9.7), being female (OR=2.1, 95% CI: 1.2-3.8) and being 15 or older (OR=1.9, 95% CI: 0.967-3.9). Psychological abuse followed by physical mistreatment was associated with suicidal behavior and/or mental illness while good family relationships were associated to

lower probability. *Conclusion:* Depression, low self-esteem, severe family dysfunction, female gender, older age ( $\geq 15$ ) and domestic violence are risk factors associated with suicide and/or mental disorders in adolescents; good family relationships are associated with lower risk.

**Key words:** Suicide, adolescent, mental disorders, depression, self-esteem, family relationships.

## **Introducción**

Los trastornos mentales y del comportamiento en la infancia y la adolescencia son frecuentes. Se estima que del 10% al 20% de los niños y adolescentes presenta uno o más trastornos mentales o del comportamiento (1). El suicidio es una de las tres primeras causas de muerte de personas con edades entre los 15 y los 34 años, y la tercera causa de muerte en adolescentes entre los 13 y los 19 años de edad, en Estados Unidos (1,2). La mayoría de jóvenes que cometen suicidio ha presentado un trastorno psiquiátrico (3). En Colombia, el Estudio Nacional de Salud Mental realizado en el 2003 informó que el 12,3% de la población ha tenido ideación suicida alguna vez en la vida, el 4,1% ha realizado planes suicidas alguna vez en la vida y el 4,9% de la población ha tenido intentos suicidas en algún momento de su vida (4).

Las estadísticas del Instituto de Medicina Legal de Colombia sobre muerte por suicidio revelan que desde el 2002 este fenómeno disminuyó progresivamente; sin embargo, entre

el 2008 y el 2010 ha presentado pequeños aumentos. Para el 2010, la tasa de muerte por suicidio en Colombia estuvo entre 4,1 y 4,52 por cada 100.000 habitantes. Fue superior en hombres (82%) que en mujeres (18%). A su vez, las mayores tasas en hombres ocurrieron en los grupos de 18 a 29 años, así como en mayores de 70 años de edad. Por otro lado, en mujeres las mayores tasas de muerte por suicidio ocurrieron en el grupo de 15 a 17 años (4,4 por cada 100.000) (5). De esta manera, las estadísticas de Colombia evidencian un aumento en los últimos años en la tasa de suicidios de adolescentes, adultos jóvenes y adolescentes de sexo femenino.

Aunque las tasas de suicidio consumado en niños y adolescentes no sean altas, las prevalencias de los intentos de suicidio y de la ideación suicida en estos grupos de edad hacen que este fenómeno sea preocupante. El intento de suicidio es más frecuente que el suicidio consumado, pues se estima que el intento de suicidio alguna vez en la vida en adolescentes varía del 1,3% al 3,8% en hombres, y del 1,5% al 20,1% en mujeres; y la prevalencia de ideación suicida es del 15% al 25%, con un pico entre los 14 y los 16 años (3,6-8). El incremento del riesgo suicida a medida que aumenta la edad de los niños se ha explicado por la adquisición de mayores capacidades cognitivas y el proceso de individuación del adolescente, que lo aparta de los padres y debilita el

sistema de apoyo familiar y escolar, cambios que pueden volver a los adolescentes más vulnerables a estresores ambientales (3,7).

Los factores de riesgo asociados con comportamiento suicida son múltiples y se interrelacionan unos con otros; se pueden categorizar en cuatro grupos: individuales, familiares, socioambientales y estresores de la vida diaria. Dentro de los factores individuales se encuentran descritos los genéticos y los psicopatológicos; estos últimos se han estudiado por medio de autopsias psicológicas. Así, se ha encontrado que del 81% al 95% de los niños y adolescentes que se suicidan tienen un trastorno psiquiátrico, el más prevalente es el trastorno depresivo, documentado en el 49%-64% de los casos, seguido por el uso de sustancias psicoactivas (3,9-11). El intento de suicidio previo es uno de los factores más fuertemente relacionados con suicidio consumado y con intentos de suicidio futuros (3,6-8). El género masculino presenta mayor frecuencia de suicidio consumado, mientras que el género femenino presenta mayor ideación suicida e intentos suicidas (7,8,10,12). Las emociones displacenteras y los sentimientos negativos, como la ansiedad, la irritabilidad, la baja autoestima, la soledad y la desesperanza, también se han relacionado con intentos de suicidio en jóvenes (2,8,12), al igual que la impulsividad, las pobres habilidades para la resolución de problemas y la homosexualidad (7,8,12).

Entre factores familiares se destacan: el comportamiento suicida de algún miembro de la familia, la historia de enfermedad mental en los padres— sobre todo de depresión y el uso de sustancias psicoactivas—, la alteración en la relación padres e hijos, no convivir con ambos padres, la comunicación conflictiva, los altos niveles de control parental y la disfunción familiar (3,6-9,11-13).

Como factores de riesgo socioambientales y estresores figuran el bajo estrato socioeconómico, los problemas académicos y la pérdida de años escolares, ser víctima o autor de matoneo, ser víctima de violencia o abuso sexual, sufrir pérdidas amorosas, la pérdida de alguno de los padres, el fácil acceso a armas de fuego y la imitación suicida (3,6-8,10,12).

Aunque los factores protectores para suicidio se encuentran menos descritos en la literatura, se cree que son los opuestos a los factores de riesgo. Se ha determinado que algunos de estos son la cohesión familiar, el buen rendimiento académico, la religiosidad, contar con servicios de consejería en el colegio, la conexión con el colegio (el sentido de pertenencia y seguridad en este), y la percepción de alto nivel de apoyo por parte de amigos y compañeros, entre otros (6,12,14).

Teniendo en cuenta las altas tasas de suicidio en adolescentes, y la escasez de estudios sobre el tema en la población colombiana, es útil determinar los factores asociados

con el comportamiento suicida para identificar a los adolescentes que se encuentren en riesgo de ejecutar un suicidio, así como conocer los factores protectores. Por estas razones, el estudio está dirigido a determinar los factores asociados con comportamiento suicida en estudiantes de octavo grado de tres colegios bogotanos.

### Métodos

Estudio de corte transversal, con estudiantes de octavo grado de secundaria de tres colegios de Bogotá (dos públicos y uno privado). Los adolescentes participaron voluntariamente en la evaluación de tamizaje para la detección y atención temprana del riesgo mental y/o suicida de la Facultad de Medicina de la Universidad del Rosario (programa de tamizaje juvenil, Rosario Health Screen). Se cumplieron los requisitos éticos (asentimiento informado, previo consentimiento informado de los padres), se excluyeron estudiantes que dieron información incompleta o inconsistente en la valoración para la detección de enfermedad mental y/o signos de comportamiento suicida.

La población de referencia estuvo conformada por estudiantes de octavo grado de secundaria de tres colegios de Bogotá. Un colegio privado al noroccidente ( $n = 257$ ) y dos colegios públicos ( $n = 246$ ) en el suroccidente de la ciudad. De estos, participaron 169 estudiantes de el colegio privado y 140 de los colegios

públicos (115 de un colegio ubicado en un sector más favorecido y 25 de un colegio de un sector menos favorecido). Se aplicaron los cuestionarios autodiligenciables. Todos los participantes fueron entrevistados posteriormente por residentes de psiquiatría, psiquiatras y psicólogos entrenados previamente en el programa de tamizaje de salud mental juvenil, de la Escuela de Medicina de la Universidad del Rosario.

### **Variables de estudio e instrumentos**

En el marco del programa de tamizaje juvenil, subsidiario del Teenscreen Program de la Universidad de Columbia, implementado en un colegio privado de Bogotá, con alumnos de estratos socioeconómicos tres y cuatro, se aplicaron a estudiantes de octavo grado escolar los siguientes instrumentos: la Encuesta de Salud Juvenil y la escala de depresión de Columbia, el APGAR familiar y la escala de autoestima de Rosenberg. También, se recogió información sobre otras variables que han sido descritas en la literatura científica como factores de riesgo o protección del comportamiento suicida en adolescentes. Para fines de comparación entre grupos de adolescentes de edades y niveles educativos similares, pero de estratos socioeconómicos diferentes, se evaluaron ambos grupos usando los mismos instrumentos: adolescentes estudiantes del mismo grado escolar

en dos colegios públicos de estratos socioeconómicos dos y tres.

### *Encuesta de salud juvenil (Teenscreen Columbia)*

Es una de las principales herramientas utilizadas para el tamizaje de suicidio en el entorno escolar, por su alta sensibilidad para identificar estudiantes con riesgo de suicidio (15). Es la versión hispana, adaptada a Colombia, de un cuestionario autodiligenciable, que consta de once preguntas, que incluyen intento de suicidio alguna vez en la vida, ideación suicida o de muerte en los últimos tres meses, problemas emocionales por estado de ánimo negativo (tristeza, irritabilidad, nerviosismo y aislamiento) y abuso de sustancias (16). El Programa Columbia Teenscreen incluye una escala de depresión que consta de 22 preguntas de respuestas *sí* o *no*, que da resultados con un punto de corte de  $< 12$ , negativo para depresión, y  $> 0 = 12$ , positivo para depresión.

Esta herramienta fue validada utilizando The National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule for Children, IV (DISC, IV), con una sensibilidad de 0,75, una especificidad de 0,83, un valor predictivo positivo de 0,16 y un valor predictivo negativo de 0,99 (16).

En el marco de este estudio, el uso de los términos “suicidio”, “comportamiento suicida” o “manifestación suicida” incluye cualquier tipo de manifestación dentro del

espectro suicida que se presenta en adolescentes: ideación seria de muerte, deseos persistentes de muerte, ideación suicida, planes suicidas, gestos suicidas (bajo riesgo de letalidad) o intentos de suicidio (mayor riesgo de letalidad).

En este artículo, cada una de las anteriores modalidades del espectro suicida se especificó de acuerdo con los resultados encontrados. Los estudiantes fueron clasificados en el tamizaje con resultado positivo si respondieron afirmativamente a alguna de las siguientes preguntas: 1. ideación suicida en los últimos tres meses; o 2. un intento de suicidio alguna vez en la vida; o 3. tres o más de las preguntas relacionadas con alteraciones emocionales (tristeza, desánimo, irritabilidad, malgenio, nerviosismo, aislamiento o abuso de sustancias), presentando muchos o muchísimos problemas en los últimos tres meses; o 4. deseo del joven de hablar con un profesional por sus problemas emocionales.

Aquellos estudiantes que respondieron afirmativamente las preguntas relacionadas con ideación suicida en los últimos tres meses, intento de suicidio alguna vez en la vida o ambas se identificaron como estudiantes positivos para el tamizaje con comportamiento o manifestaciones suicidas. El resultado positivo en el tamizaje fue confirmado en todos los casos mediante entrevista clínica especializada, previo entrenamiento en las guías de manejo del programa

Teenscreen de la Universidad de Columbia.

### *APGAR familiar y de apoyo de pares*

Es un instrumento diseñado y desarrollado por Gabriel Smilkstein para cuantificar la función familiar según la percepción del encuestado (17). La sigla APGAR proviene de los nombres en inglés de percepción de funciones familiares evaluadas por el instrumento: *adaptability* (adaptabilidad), *partnership* (participación y colaboración), *growth* (crecimiento), *affection* (afecto) y *resolve* (recursos y resolución). Consiste en cinco enunciados que se refieren a características de la funcionalidad y las relaciones que se tiene con la familia. Ha sido aplicado en varios estudios de problemas de salud mental y diversos contextos socioculturales, y ha mostrado una buena fiabilidad. Su versión en español ha sido validada en población colombiana (18).

### *Escala de autoestima de Rosenberg*

Es una de las escalas más utilizadas para la medición global de la autoestima; incluye diez ítems que indagan acerca de la percepción de sí mismo. Los ítems se responden en una escala de cuatro puntos (1 = muy de acuerdo, 2 = de acuerdo, 3 = en desacuerdo, 4 = totalmente en desacuerdo). Se calcula un puntaje

total de 10 a 40, que se clasifican en alta, media y baja autoestima (19). Esta escala presenta un coeficiente  $\alpha$  de entre 0,74 y 0,77, fiabilidad *test-retest* de 0,63 (intervalo de siete meses) y de 0,85 (intervalo de dos semanas) (20). La validez de la escala como medida unidimensional de la autoestima ha sido también comprobada en varios estudios (19-23).

### *Otras variables*

Se diseñó un cuestionario sobre factores relacionados con comportamiento suicida informados en la literatura científica. Además, se recolectó información sobre sedentarismo, actividades extracurriculares artísticas, deportivas y religiosas; antecedentes familiares de enfermedad mental y violencia intrafamiliar. Los aspectos sobre violencia intrafamiliar se tomaron del estudio realizado por Cepeda y colaboradores, en el cual determinaron el nivel de violencia intrafamiliar en estudiantes de colegios de Ciudad Bolívar, Bogotá (24).

### **Consideraciones éticas**

El estudio estuvo enmarcado dentro de los lineamientos éticos nacionales e internacionales (última revisión de Helsinki y la normativa nacional que regula la investigación en humanos en Colombia, Resolución 8430 de octubre de 1993, del Ministerio de la Protección Social); se consideró una investigación de riesgo mínimo. Todos los participan-

tes firmaron asentimiento informado para su participación y recibieron previamente el consentimiento informado de los padres; en concordancia también con los principios éticos en psiquiatría que enuncia la Declaración de Hawái (1977). De acuerdo con los lineamientos éticos, los participantes encontrados con riesgo en su salud mental o con riesgo suicida fueron remitidos según el tipo y severidad del riesgo para recibir atención en el servicio psicológico escolar o al servicio de salud mental del proveedor de servicios de salud correspondiente.

En total, se presentaron al programa 257 alumnos de octavo grado de un colegio privado y 246 estudiantes de octavo grado de dos colegios públicos, de los cuales 309 participaron luego de recibir la autorización escrita de sus padres, y fueron incluidos en la evaluación realizada en este estudio.

### **Análisis estadístico**

En la descripción de las variables cualitativas se utilizaron distribuciones de frecuencias absolutas y porcentuales, y en las cuantitativas, medidas de tendencia central, el promedio y la mediana, y medidas de dispersión, el rango y la desviación estándar. Se evaluó la asociación de las variables cualitativas con el riesgo de enfermedad mental y/o comportamiento suicida. Según la distribución de las variables, se utilizó la prueba asintótica  $\chi^2$  de Pearson en unos ca-



sos y las pruebas exactas de Fisher o de verosimilitud, en otros (cuando los valores esperados fueron  $< 5$ ), y se evaluó la probabilidad de riesgo mental y/o suicida con el *odds ratio* (OR) y sus respectivos intervalos de confianza del 95%.

Para evaluar la asociación del riesgo de enfermedad mental y/o comportamiento suicida, y las variables ordinales o cuantitativas que no presentaron distribución normal (Kolmogorov-Smirnov y Shapiro Wilk) se utilizó la prueba de Mann Whitney y la prueba de Kruskal-Wallis. El análisis multivariado se realizó con el modelo de regresión logística incondicional para disfuncionalidad familiar y la escala de autoestima, y para la explicación en conjunto de las variables se seleccionó el modelo final con el método jerárquico. Las pruebas estadísticas se evaluaron a un nivel de significancia del 5% ( $p < 0,05$ ).

## Resultados

### *Características sociodemográficas*

Se evaluaron 309 estudiantes de octavo grado, de tres colegios de Bogotá, uno privado y dos públicos. La edad más frecuente de esta población fue 14 años, con una edad mínima de 12 años y máxima de 17 años, con un promedio de  $13,83 \pm 0,9$  años. El género predominante fue el femenino, y el estrato socioeconómico varió del 1 al 4; el más frecuente fue el estrato 3 (tabla 1).

La probabilidad de riesgo para comportamiento suicida y/o enfermedad mental de los 309 estudiantes evaluados fue de 47,6%. El 26,5% ( $n = 82$ ) presentó algún tipo de manifestación suicida, de los cuales 14,23% ( $n = 44$ ) refería ideación suicida en los últimos tres meses; 3,55% ( $n = 11$ ) había intentado suicidarse alguna vez en su vida, y 8,73% ( $n = 27$ ) había tenido tanto ideación suicida en los últimos tres meses, como intentos suicidas alguna vez en la vida.

En cuanto a la asociación de las características sociodemográficas con la probabilidad de riesgo para enfermedad mental y/o comportamiento suicida, hubo asociación significativa con el género femenino ( $p = 0,001$ ) y con la edad mayor o igual a 15 años ( $p = 0,002$ ); el estrato socioeconómico no se encontró asociado con dicho riesgo; sin embargo, en uno de los colegios públicos ubicado en un sector menos favorecido, el 52% de los estudiantes evaluados fue positivo para riesgo de enfermedad mental y/o manifestaciones suicidas. En la tabla 2 se presentan las variables sociodemográficas y las medidas de riesgo para enfermedad mental y/o manifestación suicida.

### *Variables relacionadas con riesgo de enfermedad mental y/o comportamiento suicida*

De los 309 estudiantes evaluados, el 19,4% ( $n = 55$ ) tenía una autoestima alta, el 71,5% (203)



*Tabla 1. Distribución de variables sociodemográficas de estudiantes de octavo grado de tres colegios bogotanos, 2011*

Variables		n	%
Grupos etarios	12	8	2,6
	13	114	36,9
	14	126	40,8
	≥ 15	61	19,7
Género	Femenino	181	58,6
	Masculino	128	41,4
Estrato socioeconómico	1	1	0,3
	2	84	27,2
	3	211	68,3
	4	7	2,3
	Sin información	6	1,9
Tipo de colegio	Público	140	45,3
	Privado	169	54,7

*Tabla 2. Variables sociodemográficas y su asociación con riesgo para enfermedad mental y comportamiento suicida, en estudiantes de octavo grado de tres colegios bogotanos, 2011*

Variables		Riesgo de enfermedad mental y/o suicidio				Comportamiento suicida			
		n (%)	P*	OR	IC95 %	Sin riesgo n (%)	Riesgo mental con comportamiento suicida n (%)	Riesgo mental sin comportamiento suicida n (%)	P*
Género	Femenino	100 (55,2)	0,001	2,1	(1,3; 3,4)	81 (44,8)	64 (35,4)	36 (19,9)	< 0,001
	Masculino	47 (36,7)		1,0		81 (63,3)	18 (14,1)	29 (22,7)	
Edad	< 15	107 (45,2)	0,087	1,0	(0,9; 2,9)	136 (54,8)	55 (22,2)	57 (23,0)	0,002
	≥ 15	35 (57,4)		1,6		26 (42,6)	27 (44,3)	8 (13,1)	
Estrato	1 y 2	38 (44,7)	0,588	1,1	(0,7; 1,9)	47 (55,3)	23 (27,1)	15 (17,6)	0,651
	3 y 4	105 (48,2)		1,0		113 (51,8)	56 (25,7)	49 (22,5)	

**Nota:** \*p: prueba a dos colas.

normal, y el 9,2% (25) baja. La baja autoestima se encontró asociada significativamente con riesgo para enfermedad mental y/o suicidio, lo que mostró una tendencia en autoestima baja (88,5%), normal (51,2%) y alta (18,2%) ( $p < 0,001$ ). Respecto al riesgo de comportamiento suicida, también se encontró asociación significativa; fue mayor en los estudiantes con baja autoestima (50%) ( $p < 0,001$ ).

Para la percepción de funcionalidad familiar se encontró un 34,6% ( $n = 107$ ) con una buena función familiar, 30,1% ( $n = 93$ ) con disfunción leve, 20,7% ( $n = 64$ ) con disfunción moderada y 14,6% ( $n = 45$ ) con disfunción familiar severa. La disfuncionalidad familiar se encontró asociada significativamente con riesgo para enfermedad mental y/o suicidio, lo que mostró una tendencia de disfuncionalidad familiar severa (80%), moderada (51,6%), leve (47,3%) y buena función familiar (31,8%) ( $p < 0,001$ ). El riesgo de comportamiento suicida fue significativamente más alto entre mayor era la disfunción familiar ( $p < 0,001$ ). En las tablas 3 y 4 se presentan la asociación entre autoestima y función familiar con riesgo para enfermedad mental y/o comportamiento suicida.

Se encontró que el 11% ( $n = 32$ ) de los 309 alumnos evaluados presentó depresión según la escala de depresión del programa de tamizaje de Columbia; los estudiantes con depresión presentaron riesgo significativamente mayor de enfermedad

mental y/o suicidio, en un 96,9% ( $n = 31$ ), que sin depresión, en un 41,3% (OR = 44, IC 95%: 5,9-327,6,  $p < 0,001$ ), y el riesgo de comportamiento suicida fue mayor en los estudiantes con depresión (78,1% frente a 19,7%,  $p < 0,001$ ).

Se indagó acerca de la percepción de haber sufrido decepciones amorosas que hubieran perturbado la vida diaria en el último año; se encontró que un 26% ( $n = 78$ ) la había presentado al menos una vez, ello estuvo relacionado significativamente con riesgo de enfermedad mental y/o suicidio (78,2% frente a 36%;  $p < 0,001$ ); también, con comportamiento suicida (48,7% frente a 18,9%;  $p < 0,001$ ).

Por otro lado, un 29,6% ( $n = 91$ ) de los estudiantes evaluados participaba en actividades artísticas extracurriculares y el 84,7% ( $n = 261$ ) pertenecía a alguna religión; la más frecuente fue la católica. Pertenecer a una religión o participar de una actividad religiosa no mostró asociación con riesgo suicida o enfermedad mental ( $p = 0,265$ ;  $p = 0,560$ , respectivamente). Se encontró un mayor tiempo empleado en actividades sedentarias diferentes a las actividades de la jornada escolar, como ver televisión, jugar videojuegos, navegar en internet, entre otros, en los estudiantes con riesgo de enfermedad mental y/o suicidabilidad, en comparación con quienes no presentaron riesgo ( $p = 0,036$ ). Respecto al tiempo empleado en actividad física, no se encontraron diferencias significativas.

*Tabla 3. Autoestima y su asociación con riesgo para enfermedad mental y/o comportamiento suicida, en estudiantes de octavo grado de tres colegios bogotanos, 2011*

Variables	Riesgo de enfermedad mental y/o suicidio				Comportamiento suicida		
	n (%)	P	OR	IC 95% OR	Riesgo mental con comportamiento suicida n (%)	Riesgo mental sin comportamiento suicida n (%)	P
Alta	10 (18,2)	< 0,001	1,0		6 (10,9)	4 (7,3)	< 0,001
Normal	104 (51,2)	< 0,001	4,7	(2,3; 9,9)	58 (28,6)	46 (22,7)	
Baja	23 (88,5)	< 0,001	34,5	(8,6; 137,8)	13 (50)	10 (38,5)	

*Tabla 4. Función familiar y su asociación con riesgo para enfermedad mental y/o comportamiento suicida, en estudiantes de octavo grado, de tres colegios bogotanos, 2011*

Variables	Riesgo de enfermedad mental y/o suicidio				Comportamiento suicida		
	n (%)	P	OR	IC95%	Riesgo mental con comportamiento suicida n (%)	Riesgo mental sin comportamiento suicida n (%)	P
Buena	34 (31,8)	< 0,001	1,0	---	18 (16,8)	16 (15,2)	< 0,001
Disfunción leve	44 (47,3)	0,025	1,9	(1,1; 3,4)	21 (22,6)	23 (24,7)	
Disfunción moderada	33 (51,6)	0,011	2,3	(1,2; 4,3)	19 (27,7)	14 (21,9)	
Disfunción severa	36 (80)	< 0,001	8,6	(3,7; 19,8)	24 (53,3)	12 (26,7)	

En cuanto a la conformación familiar, se encontró que los estudiantes que vivían con un solo padre y hermanos presentaron menor riesgo de tener una enfermedad mental y/o suicidio (31,7% frente a 51,6%,  $p = 0,005$ ) y menor riesgo de comportamiento suicida (17,5% frente a 28,9%,  $p = 0,019$ ), en comparación con quienes convivían con ambos padres solamente, o con padres y hermanos, u otras modalidades de composición familiar.

En cuanto a los antecedentes familiares referidos por los estudiantes, el 16,5% ( $n = 50$ ) tenía algún familiar en primer o segundo grado de consanguinidad con enfermedad mental (la de mayor frecuencia fue el trastorno de ansiedad, con 5,5% [ $n = 17$ ]; seguido por depresión, con 2,3% [ $n = 7$ ]). Los estudiantes que refirieron este antecedente presentaron mayor probabilidad de riesgo de tener una enfermedad mental y/o suicidio (68% frente a 43,9%;  $p = 0,002$ ) y mayor riesgo de manifestaciones suicidas (50% frente a 22,1%;  $p < 0,001$ ). De igual manera, los estudiantes con el antecedente familiar de haber recibido tratamiento u hospitalización por psiquiatría presentaron mayor probabilidad de riesgo de enfermedad mental y/o suicidio (70% frente a 46,3%;  $p = 0,040$ ), y mayor riesgo de comportamiento suicida (60% frente a 24,7%;  $p = 0,005$ ).

De los estudiantes evaluados, el 25,5% ( $n = 96$ ) refirió tener antecedentes de consumo de alcohol y/o drogas en la familia; esto se

encontró relacionado con mayor probabilidad de riesgo de enfermedad mental y/o suicidio (64,6% frente a 39,8%;  $p < 0,001$ ), y con mayor riesgo de comportamiento suicida (36,5% frente a 42,3%;  $p < 0,001$ ). Se encontró que el 68,4% ( $n = 13$ ) de los estudiantes con el antecedente familiar de intento de suicidio presentó riesgo para enfermedad mental y/o suicidio ( $p = 0,045$ ; OR 2,7; IC 95%: 0,9-7,2). Para el antecedente de suicidio consumado en la familia solo se encontraron tres casos.

El 25,5% ( $n = 77$ ) de los estudiantes evaluados había perdido años escolares alguna vez en su vida; este antecedente no mostró asociación con riesgo de enfermedad mental y/o suicidio ( $p = 0,180$ ). La percepción del estudiante de ir reprobando el actual año escolar se encontró en el 31,2% ( $n = 88$ ) y mostró asociación con riesgo de enfermedad mental y/o suicidio (63,6% frente a 42,3%;  $p = 0,001$ ).

Las variables de violencia intrafamiliar que se encontraron asociadas significativamente con riesgo de enfermedad mental y/o comportamiento suicida y maltrato psicológico fueron: relaciones irrespetuosas en la casa, afrontamiento de los conflictos con gritos e insultos en el hogar, discriminación del joven respecto a los otros miembros de la familia, sentimiento de ser ignorado o rechazado por algún miembro de la familia, recibir insultos y humillaciones cuando se comete alguna falta, ser objeto de bromas y burlas,

ser culpado injustamente por lo que pasa, recibir castigo cuando se comete una falta, ser castigado sin causa justificada, recibir insultos y humillaciones cuando se comete una falta, sentir miedo de comentar un error con algún miembro de la familia, presenciar conflictos en el hogar por el dinero y temor a ser castigado cuando se comete alguna falta.

Las variables relacionadas con maltrato físico fueron: maltrato físico al estudiante y cuando el maltrato se realiza por cometer una falta. Las variables relacionadas con buen trato fueron: la percepción sobre si se tienen en cuenta las opiniones propias en el hogar, siente que es querido por sus padres, los triunfos del estudiante o de la familia son celebrados y cuando el estudiante considera justos los castigos al cometer una falta. Las variables de violencia sexual no se encontraron asociadas significativamente; fue muy poco frecuente este evento (tabla 5).

### *Análisis multivariado*

El modelo de regresión logística final mostró que las variables que explicaron conjuntamente el riesgo para suicidio y/o enfermedad mental en los 309 estudiantes fueron la depresión, la baja autoestima, la disfuncionalidad familiar severa, el sexo femenino y el grupo de edad mayor o igual a 15 años. Tener depresión y baja autoestima mostraron la mayor fuerza de asociación para

riesgo de suicidio y/o enfermedad mental (tabla 6).

### **Discusión**

Los hallazgos de este estudio indican que el 14,23% de los adolescentes evaluados presentó ideación suicida en los últimos tres meses, y que el 3,55% ha intentado suicidarse alguna vez en su vida. Estas cifras son menores a las encontradas por Pinzón y Pérez (2001) (2) en un estudio con 1.730 estudiantes de colegios públicos de Bogotá. Los autores mencionados encontraron que el 21% de los jóvenes evaluados tenía ideación suicida y que el 11% había tenido al menos un intento de suicidio en su vida; sin embargo, el promedio de edad de los estudiantes evaluados por Pinzón y Pérez era mayor (16,5 años) que el de los adolescentes de este estudio (13,83 años). Se evidencia que el riesgo de comportamiento suicida de los adolescentes se incrementa con la edad; específicamente, los mayores de 15 años presentaron un mayor riesgo suicida.

Los hallazgos de este estudio indican que el riesgo para desarrollar enfermedad mental y/o manifestaciones suicidas se incrementa con la edad; esto es acorde con hallazgos de otros estudios, pues el suicidio es raro en la adolescencia temprana y se incrementa en la adolescencia tardía, probablemente porque en esa etapa aumenta la frecuencia de la depresión y del consumo de alcohol,



Tabla 5. Variables de violencia intrafamiliar y su asociación con riesgo para enfermedad mental y comportamiento suicida, en estudiantes de octavo grado de tres colegios bogotanos

	Con mucha frecuencia o con frecuencia	Rara vez o nunca	Riesgo de enfermedad mental y/o suicidio				Comportamiento suicida			
							Sin riesgo	Riesgo con comport. suicida	Riesgo sin comport. suicida	p*
	n (%)	n (%)	n (%)	p*	OR	IC	n (%)	n (%)	n (%)	
Variables relacionadas con maltrato psicológico										
Las relaciones en su casa son irrespetuosas	48 (15,8)	256 (84,2)	33 (68,8)	0,001	2,8	(1,5; 5,5)	15 (31,3)	22 (45,8)	11 (22,9)	0,002
Los conflictos se enfrentan con gritos e insultos	66 (21,8)	237 (78,2)	47 (71,2)	< 0,001	3,6	(1,9; 6,5)	19 (28,8)	30 (45,5)	17 (25,8)	< 0,001
Se siente discriminado en relación con otros miembros de la familia	39 (12,8)	265 (87,2)	29 (74,4)	< 0,001	3,7	(1,7; 7,9)	10 (25,6)	16 (41)	13 (33,3)	0,002
Se siente ignorado	46 (15,1)	258 (84,9)	32 (69,6)	0,001	2,9	(1,5; 5,8)	14 (30,4)	20 (43,5)	12 (26,1)	0,004
Es rechazado por algún miembro de su familia	33 (10,9)	270 (89,1)	23 (69,7)	0,007	2,8	(1,3; 6,1)	10 (30,3)	18 (54,5)	5 (15,2)	0,001
Recibe insultos y humillaciones	31 (10,3)	271 (89,8)	23 (74,2)	0,002	3,6	(1,5; 8,2)	8 (25,8)	15 (48,4)	8 (25,8)	0,004
Es usted motivo para realizar bromas o burlas	29 (9,6)	274 (90,4)	21 (72,4)	0,005	3,2	(1,4; 7,5)	8 (27,6)	16 (55,2)	5 (17,2)	0,001
Lo culpan injustamente de lo malo que pasa	78 (25,8)	224 (74,2)	49 (62,8)	0,002	2,2	(1,3; 3,8)	29 (37,2)	31 (39,7)	18 (23,1)	0,004
Es agredido verbalmente	32 (10,5)	270 (89,4)	20 (62,5)	0,069	1,9	(0,9; 4,2)	12 (37,5)	13 (40,6)	7 (21,9)	0,127
Recibe insultos y humillaciones cuando comete alguna falta	36 (11,9)	267 (88,1)	28 (77,8)	< 0,001	4,5	(1,9; 10,2)	8 (22)	20 (55,6)	8 (22,2)	< 0,001
Las normas en su hogar las impone una sola persona	97 (32,3)	203 (67,7)	51 (52,6)	0,273	1,3	(0,8; 2,1)	46 (47,4)	32 (33)	19 (19,6)	0,311

Continúa

	Con mucha frecuencia o con frecuencia	Rara vez o nunca	Riesgo de enfermedad mental y/o suicidio				Comportamiento suicida			
	n (%)	n (%)	n (%)	p*	OR	IC	Sin riesgo n (%)	Riesgo con comport. suicida n (%)	Riesgo sin comport. suicida n (%)	p*
<b>Variables relacionadas con maltrato psicológico</b>										
Cuando comete algún error siente miedo para comentarlo a algún miembro de su familia	146 (48,5)	155 (51,5)	94 (64,4)	< 0,001	3,9	(2,4; 6,3)	52 (35,6)	57 (39)	37 (25,3)	< 0,001
Algún otro miembro de su familia recibe insultos y humillaciones cuando comete una falta	31 (10,3)	269 (89,7)	21 (67,7)	0,015	2,6	(1,2; 5,7)	10 (32,3)	13 (41,9)	8 (25,8)	0,038
El dinero es una causa de conflicto en su hogar	47 (15,5)	256 (84,5)	34 (72,3)	< 0,001	3,5	(1,7; 6,9)	13 (27,7)	19 (40,4)	15 (4,93)	0,001
Cuando comete alguna falta le teme al castigo	125 (41,3)	178 (58,8)	74 (59,2)	0,001	2,3	(1,4; 3,6)	51 (40,8)	47 (37,6)	27 (21,6)	0,001
<b>Variables relacionadas con maltrato psicológico</b>										
Es maltratado físicamente cuando comete una falta	16 (5,5)	278 (94,6)	12 (75)	0,021	3,6	(1,1; 11,5)	4 (25)	6 (37,5)	6 (37,5)	0,041
<b>Variables relacionadas con violencia sexual</b>										
Se ha sentido agredido sexualmente	2 (0,7)	301 (0,7)	1 (50)	0,944	1,1	(0,1; 17,8)	1 (50)	1 (50)	0 (0)	1,000
Algún miembro de su familia ha sido agredido sexualmente	1 (0,3)	303 (99,7)	0 (0,0)	0,339	1,9	(1,7; 2,1)	1 (100)	0 (0)	0 (0)	1,000





	Rara vez o nunca	Con mucha frecuencia o con frecuencia	Riesgo de enfermedad mental y/o suicidio				Comportamiento suicida			
							Sin riesgo	Riesgo con comport. suicida	Riesgo sin comport. suicida	p*
	n (%)	n (%)	n (%)	p*	OR	IC	n (%)	n (%)	n (%)	
En su casa tienen en cuenta sus opiniones	59 (19,1)	247 (80,9)	40 (69)	< 0,001	0,3	(0,2; 0,6)	18 (31)	22 (37,9)	18 (31)	0,001
Siente que es querido por sus padres	21 (7,0)	281 (93,0)	15 (71,4)	0,022	0,3	(0,1; 0,9)	6 (28,6)	8 (38,1)	7 (33,3)	0,033
Siente que es querido por sus hermanos	54 (19,3)	226 (80,7)	31 (57,4)	0,093	0,6	(0,3; 1,1)	23 (42,6)	20 (37)	11 (20,4)	0,095
Hay tiempo para compartir actividades de recreación con su familia	124 (41,1)	178 (58,9)	65 (52,4)	0,169	0,7	(0,5; 1,1)	59 (47,6)	40 (32,3)	25 (20,2)	0,230
Los triunfos suyos o de su familia son reconocidos o celebrados	93 (30,6)	211 (69,4)	55 (59,1)	0,008	0,5	(0,3; 0,8)	38 (40,9)	34 (36,6)	21 (22,6)	0,017
Considera justos los castigos que se le asignan por haber cometido una falta	137 (45,2)	166 (54,8)	76 (55,5)	0,012	0,5	(0,4; 0,9)	61 (44,5)	45 (32,8)	31 (18,7)	0,306

Tabla 6. Modelo de regresión logística para riesgo de suicidio y/o enfermedad mental, en estudiantes de octavo grado de tres colegios bogotanos, 2011

		B	ET	Sig.	OR R	IC 95%
Disfuncionalidad familiar	Severa	1,240	0,527	0,019	3,4	(1,2; 9,7)
	Moderada	0,121	0,398	0,761	1,1	(0,5; 2,5)
	Leve	0,476	0,349	0,173	1,6	(0,8; 3,2)
	Buena				1,0	
Autoestima	Baja	2,468	0,799	0,002	11,8	(2,5; 56,5)
	Normal	1,466	0,418	0,000	4,3	(1,9; 9,8)
	Alta				1,0	
Depresión	+	3,328	1,061	0,002	27,9	(3,5; 223,1)
	-				1,0	
Edad	≥ 15	0,675	0,361	0,062	1,9	(0,9; 3,9)
	< 15				1,0	
Sexo	Femenino	0,748	0,293	0,011	2,1	(1,2; 3,8)
	Masculino				1,0	
Constante		-1,775	0,525	0,001	0,2	

**Nota:** Abreviaturas: B: coeficientes del modelo; ET: error estándar de estimación.

sustancias o drogas, alteraciones de la conducta y de las emociones, y la exposición a eventos vitales adversos que predisponen al desarrollo de trastornos psiquiátricos y manifestaciones suicidas (3,12,14).

La prevalencia, alguna vez en la vida, de intentos suicidas del presente estudio fue de 3,55%, menor a la informada en Estados Unidos (6,3%); no obstante, los jóvenes de este estudio presentaron una mayor prevalencia de ideación suicida en los últimos tres meses (14,23%), comparada con los jóvenes de Estados Unidos, pues en ese país un 10,9% había hecho un plan suicida y 13,8% había considerado seriamente llevar a cabo el suicidio en los últimos doce meses (26).

Las diferencias de género encontradas coinciden con las de otras investigaciones, con un predominio de las manifestaciones suicidas en adolescentes de género femenino (2,6,9,14,26). No se encontró relación entre el estrato socioeconómico y el comportamiento suicida, y/o el riesgo de enfermedad mental, lo que posiblemente se deba a que la mayoría de la muestra evaluada pertenecía al estrato tres, por lo cual en futuros estudios sobre comportamiento suicida de adolescentes se debe considerar ampliar la muestra e incluir jóvenes de todos los estratos socioeconómicos, del 1 al 6.

Pese a que no hubo diferencias entre las manifestaciones psiquiátricas evaluadas y el tipo de colegio

público o privado, llama la atención que el 44% de la muestra evaluada en uno de los colegios públicos presentó manifestaciones suicidas, esto podría deberse a que el colegio público con mayores manifestaciones suicidas está ubicado en un sector geográfico de mayor pobreza que los otros dos colegios, y que los estudiantes de este sector vulnerable con mayor frecuencia presentan adversidades socioeconómicas, fácil acceso para el consumo de sustancias psicoactivas legales e ilegales, así como mayor posibilidad de involucrarse en conductas violentas o delictivas. Sin embargo, esta hipótesis debe someterse a verificación.

Se encontró una asociación estadísticamente significativa de la depresión por un lado, y la baja autoestima por el otro, con el riesgo de enfermedad mental y/o la ideación suicida o comportamiento suicida (intento suicida). Estos resultados son consistentes con investigaciones previas de otros autores, aunque no sea muy clara la direccionalidad de la asociación entre estas características (3,12,23,25,27). También, las decepciones amorosas se encontraron relacionadas significativamente con el riesgo para enfermedad mental y/o tentativas suicidas o ideación suicida, lo que también concuerda con los hallazgos de otros estudios (10).

Este estudio encontró que factores relacionados con la familia, como historia familiar de intento de suicidio, disfunción familiar severa, violencia intrafamiliar, antecedente

familiar de depresión y abuso de sustancias presentaron una asociación significativa con riesgo para enfermedad mental y/o tentativa suicida o ideación suicida en los jóvenes evaluados, lo cual confirma la importancia de los factores familiares en el desarrollo de las manifestaciones suicidas de los adolescentes informadas en investigaciones previas (3,12,28).

Un hallazgo inesperado fue encontrar un menor riesgo de enfermedad mental y/o comportamiento suicida en los estudiantes que vivían con un solo padre y hermanos, comparados con quienes vivían con ambos padres, con o sin hermanos, o en otras modalidades de composición familiar; este resultado no es concordante con la literatura científica y requiere ser investigado más ampliamente.

En el análisis multivariado, la depresión, la baja autoestima, la disfuncionalidad familiar severa, el sexo femenino y la edad igual o mayor a 15 años explicaron conjuntamente el riesgo de enfermedad mental y/o comportamiento suicida, en los 309 adolescentes evaluados; así, fue mayor la fuerza de asociación con la depresión y la baja autoestima. Estos resultados son consistentes con los hallazgos de otros autores (3,12,23,25,27).

La variable sobre si algún miembro de la familia es agredido verbalmente no mostró relación significativa con comportamiento suicida. Las variables relacionadas con violencia

sexual no mostraron asociaciones significativas con riesgo para enfermedad mental y comportamiento suicida, posiblemente por los pocos estudiantes que presentaban alguna de estas características.

Estudios previos han mostrado que la religiosidad y un buen rendimiento académico funcionan como factores protectores del comportamiento suicida en adolescentes (12,23,29); aunque nuestros resultados no mostraron estas asociaciones, los estudiantes que refirieron ir reprobando el año escolar sí tuvieron de manera significativa mayor riesgo de enfermedad mental y/o suicidio.

Practicar alguna actividad artística mostró una asociación significativa con riesgo para enfermedad mental y/o ideación suicida, pero no se relacionó con comportamiento suicida. Algunos estudios han mostrado la existencia de una relación entre la creatividad artística y un trastorno mental, pero la existencia de una relación causal aún es incierta (30).

Realizar actividades sedentarias se asoció significativamente con riesgo para enfermedad mental y/o suicidio. La literatura científica describe que los escolares más activos físicamente informan tener mejores relaciones con sus padres, mejor rendimiento académico, mientras que el sedentarismo se asocia principalmente con problemas de relación social y en la relación con los compañeros y pares (31).

Las asociaciones presentadas mostraron un alto poder o potencia,

cuyos valores se presentan a continuación: género femenino (94,5%), disfuncionalidad familiar severa (99,9%), baja autoestima (99,9%), depresión (99,9%), violencia intrafamiliar (99,9%), a diferencia de las anteriores asociaciones, el grupo etario ( $\geq 15$  años), que mostró un nivel cercano de asociación significativa, tuvo un poder menor, de 52,8%.

Los intervalos de confianza del OR (*odds ratio*) como medida de asociación para enfermedad mental y/o conducta suicida asociada con la presencia de depresión o autoestima baja fueron amplios, lo cual indicó una menor precisión. Esto ocurrió debido a que el estudio es de corte transversal y en una población general de estudiantes (población no clínica) en que la categoría extrema de la autoestima (autoestima baja) y la presencia de depresión mostraron baja frecuencia, y, por lo tanto, errores estándar altos, lo que llevó a los intervalos de confianza amplios.

### **Limitaciones**

En los colegios públicos participantes, de 246 niños estudiantes de octavo grado solo se pudo evaluar a 140 estudiantes (56,91%), pues fue difícil lograr que los padres dieran el consentimiento. La ausencia de los estudiantes no participantes constituye una limitación del estudio, pues queda la duda de la posibilidad de encontrar diferencias significativas entre los colegios públicos y el

privado, y su relación con el riesgo para enfermedad mental y/o comportamiento suicida, si se hubiera contado con una mayor participación en los colegios públicos.

Los datos recolectados provienen de autoinformes, lo que podría influir en la veracidad o pérdida de algunos datos. Para el caso de los antecedentes familiares, estos derivan del conocimiento del estudiante, por lo general incompleto; además, puede haber un subregistro de manifestaciones suicidas, debido al estigma existente sobre el suicidio y la enfermedad mental. Se intentó controlar estas limitaciones, al garantizar a los jóvenes participantes la confidencialidad de la información suministrada y la preservación del anonimato.

Ya que este estudio es de corte transversal, de las asociaciones encontradas entre los diferentes factores evaluados y el riesgo de enfermedad mental y/o comportamiento suicida no se pueden establecer relaciones causales o temporales.

### **Conclusiones**

Los factores que explicaron conjuntamente con mayor fuerza el riesgo para comportamiento suicida y/o enfermedad mental en adolescentes, en orden de mayor a menor relevancia, fueron: la depresión, la baja autoestima, la disfuncionalidad familiar severa, el sexo femenino y el grupo de edad mayor o igual a 15 años. En cambio, la alta

autoestima y la buena función familiar fueron factores de protección del riesgo mental y/o suicida. Las variables de violencia intrafamiliar asociadas con mayor frecuencia al riesgo mental y/o suicida fueron el maltrato psicológico y el maltrato físico, mientras que el buen trato en las relaciones familiares se encontró asociado con protección del riesgo. Otros factores asociados con el riesgo de enfermedad mental y/o comportamiento suicida fueron el bajo desempeño académico actual (reprobación del año escolar al momento de la evaluación) y pasar un mayor tiempo en actividades sedentarias extracurriculares. Con excepción de la pertenencia al sexo femenino y la edad mayor o igual a 15 años, los demás factores asociados son susceptibles de intervención preventiva a nivel escolar y/o sanitario.

Los hallazgos de este estudio confirman que la mayoría de los factores relacionados con manifestaciones suicidas en adolescentes descritos en la literatura en otros países también están presentes en la población colombiana.

### **Agradecimientos**

Los autores agradecen especialmente el apoyo recibido de la Universidad Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario, que hizo posible el desarrollo de esta investigación; y a la comunidad académica de los colegios evaluados, por su gran colaboración para el desarrollo de este estudio.

## Referencias

- World Health Organization (WHO). The world health report 2001-mental health: New understanding, new hope [internet]. 2001 [citado: 1 de diciembre del 2011]. Disponible en: [http://www.who.int/whr/2001/en/whr01\\_en.pdf](http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_en.pdf).
- Pinzón H, Pérez M. A study of suicide-related behaviors among Colombian youth: reflections on prevention and implications for health education. *Am J Educ*. 2001;32:288-92.
- Pelkonen M, Marttunen M. Child and adolescent suicide: Epidemiology, risk factors and approaches to prevention. *Pediatr Drugs*. 2003;5:243-65.
- República de Colombia. Ministerio de la Protección Social (Minprotección). Estudio nacional de salud mental, Colombia 2003 [internet]. 2005 [citado: 1 de diciembre del 2011]. Disponible en: <http://www.minproteccionsocial.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/ESTUDIO%20NACIONAL%20DE%20SALUD%20MENTAL%20EN%20COLOMBIA.pdf>.
- Tello J. Comportamiento del suicidio en Colombia 2010. Colombia: Instituto de medicina legal y ciencias forenses. Forensis Datos para la vida. 2010;12:212-32.
- Borowsky I, Ireland M, Resnick M. Adolescent suicide attempts: risk and protectors. *Pediatrics*. 2001;107:485-93.
- Bridge J, Goldstein T, Brent D. Adolescent suicide and suicidal behavior. *J Child Psychol Psychiatry*. 2006;47:372-94.
- Waldvogel J, Rueter M, Oberg C. Adolescent suicide: Risk factors and prevention strategies. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care*. 2008;38:110-25.
- Pérez-Olmos I, Ibáñez M, Reyes J, et al. Factores asociados al intento suicida e ideación suicida persistente en un centro de atención primaria. Bogotá 2004-2006. *Rev Salud Pública*. 2008;10:374-85.
- Pérez-Olmos I, Rodríguez E, Dussan M. Caracterización psiquiátrica y social del intento de suicidio. *Rev Salud Pública*. 2007;10:230-40.
- Campo G, Roa J, Pérez A, et al. Intento de suicidio en niños menores de 14 años atendidos en el Hospital Universitario del Valle. *Colomb Med*. 2003;34:9-16.
- Gould M, Veltind D, Shaffer D. Youth suicide risk and preventive interventions: A review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2003;42:368-405.
- Pavez P, Santander N, Carranza J, et al. Factores de riesgo familiares asociados a la conducta suicida en adolescentes con trastorno depresivo. *Rev Med Chile*. 2009;137:226-33.
- Cheng Y, Tao M, Riley L, et al. Protective factors related to decreased risk of adolescent suicidal behavior. *Child Care Dev*. 2009;35:313-22.
- Horowitz L, Ballard E, Pao M. Suicide screening in schools, primary care and emergency departments. *Curr Opin Pediatr*. 2009;21:620-7.
- Shaffer D, Scott M, Wilcox H, et al. The columbia suicide screen: validity and reability of a screen for youth suicide and depression. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2004;43:71-9.
- Smilkstein G. The family APGAR: a proposal for family function test and use by physicians. *J Fam Practice*. 1978;6:1231-9.
- Forero L, Avendaño M, Duarte Z, et al. Consistencia interna y análisis de factores de la escala APGAR para evaluar el funcionamiento familiar en estudiantes de básica secundaria. *Rev Colomb Psiquiat*. 2006;35:23-9.
- Rosenberg M. Society and the adolescent self image. Middletown, CT: Wesleyan University Press; 1965.
- Plata C, Riveros M, Moreno J. Autoestima y empatía en adolescentes observadores, agresores y víctimas del bullying en un colegio del municipio de Chía. *Psychología: Avances de la disciplina*. 2010;2:99-112.
- Martín J, Nuñez J, Navarro J, et al. The Rosenberg self-esteem scale: Translation and validation in university students. *Span J Psychol*. 2007;10:458-67.
- Garaigordobil M, Durá A, Pérez J. Síntomas psicopatológicos, problemas de conducta y autoconcepto-autoestima: Un estudio con adolescentes de 14 a

- 17 años. *Psicol Clin Salud*. 2005;1:53-63.
23. Martin G, Richardson A, Bergen H, et al. Perceived academic performance, self-esteem and locus of control as indicators of need for assessment of adolescent suicide risk: implications for teachers. *J Adolescence*. 2005;28:75-87.
24. Cepeda E, Moncada E, Alvarez V. Violencia intrafamiliar que afecta a estudiantes de educación básica y media en Bogotá. *Rev Salud Pública*. 2007;9:516-28.
25. Wild L, Flisher A, Lombard C. Suicidal ideation and attempts in adolescents: associations with depression and six domains of self-esteem. *J Adolescence*. 2004;27:611-24.
26. Eaton D, Kann L, Kinche S, et al. Youth risk behavior surveillance - United States, 2009. *MMWR Surveill Summ*. 2010;59:1-142.
27. Randell B, Wang W, Herting J, et al. Family factors predicting categories of suicide risk. *J Child Fam Studies*. 2006;15:255-70.
28. Martin G, Rotaries P, Pearce C, et al. Adolescent suicide, depression and family dysfunction. *Acta Psychiatr Scand*. 1995;92:336-44.
29. Robins A, Fiske A. Explaining the relation between religiousness and reduced suicidal behavior: social support rather than specific beliefs. *Suicide Life Threat Behav*. 2009;39:386-95.
30. Lauronen E, Veijola J, Isohanni I, et al. Links between creativity and mental disorder. *Psychiatry*. 2004;57:81-98.
31. Rodríguez A, De la Cruz E, Feu S, et al. Sedentarismo, obesidad y salud mental en la población española de 4 a 15 años de edad. *Rev Esp Salud Pública*. 2011;85:373-82.

*Conflictos de interés: Los autores manifiestan que no tienen conflictos de interés en este artículo.*

*Recibido para evaluación: 20 de diciembre del 2011*

*Aceptado para publicación: 28 de febrero del 2012*

Correspondencia  
Isabel Pérez-Olmos  
Universidad del Rosario  
Carrera 24 No. 63C-69  
Bogotá, Colombia  
[isabel.perez@urosario.edu.co](mailto:isabel.perez@urosario.edu.co)