



Revista Facultad Nacional de Salud  
Pública  
ISSN: 0120-386X  
revistasaludpublica@udea.edu.co  
Universidad de Antioquia  
Colombia

Lobo R, Nelly J.; Morales O, Diego F.  
Perfil de orientación al suicidio en adolescentes escolarizados, Villahermosa - Tolima,  
2013  
Revista Facultad Nacional de Salud Pública, vol. 34, núm. 1, enero-abril, 2016, pp. 94-102  
Universidad de Antioquia  
Medellín, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12043924011>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en [redalyc.org](http://redalyc.org)

# Perfil de orientación al suicidio en adolescentes escolarizados, Villahermosa - Tolima, 2013

Profile of suicide orientation among adolescent students.  
Villahermosa - Tolima, 2013

Perfil de orientação ao suicídio em adolescentes escolarizados.  
Villahermosa - Tolima, 2013

Nelly J. Loba R<sup>1</sup>; Diego F. Morales O<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Magíster en Salud Pública, Master en investigación en Atención Primaria en Salud, Especialista en Gerencia en Salud Pública. Universidad de los Llanos, Villavicencio, Colombia. Correo electrónico: johana0204@hotmail.com.

<sup>2</sup> Magíster en Salud Pública, Especialista medicina del trabajo, Especialista en Epidemiología. Clínica Tolima, Tolima, Colombia. Correo electrónico: diegomorales66@yahoo.com.

Recibido: 01 de julio de 2014. Aprobado: 18 de diciembre de 2015. Publicado: 12 de febrero de 2016

---

Loba NJ, Morales DF. Perfil de orientación al suicidio en adolescentes escolarizados. Villahermosa - Tolima, 2013. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2016; 34(1): 96-104. DOI: 10.17533/udea.rfnsp.v34n1a12

---

## Resumen

**Objetivo:** Establecer el perfil de riesgo de orientación suicida según los indicadores de salud mental: Depresión, funcionamiento familiar, vulnerabilidad familiar y consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes que cursan básica secundaria y media vocacional en las instituciones educativas del municipio de Villahermosa - Tolima, durante el año 2013.

**Metodología:** Estudio descriptivo de corte transversal sobre el censo de los estudiantes escolarizados del municipio con edades entre 11 y 19 años. **Resultados:** Se abordaron 554 adolescentes de los cuales el 50,4% fueron hombres, la edad promedio fue 14 años, la mayor participación se representó en los grados sexto y séptimo. La prevalencia de riesgo de

orientación suicida alta y moderada se presentó en el 52,1%, siendo mayoritaria en los adolescentes entre 11 y 14 años.

**Conclusiones:** El perfil de orientación suicida se caracteriza a partir de dominios de los indicadores de salud mental: depresión, vulnerabilidad familiar y consumo de sustancias psicoactivas; se evidencia un problema de salud pública de gran magnitud en el municipio; el cual debe ser abordado de modo interinstitucional tanto en el nivel individual como familiar de los adolescentes.

-----*Palabras clave:* Salud mental, adolescente, ideación suicida, suicidio, depresión, vulnerabilidad familiar, consumo de sustancias psicoactivas.

---

## Abstract

**Objective:** To establish a suicide orientation risk profile for adolescents attending high school. The profile is based on the following mental health indicators: depression, family functioning, family vulnerability and psychoactive substance consumption. Likewise, the students were attending educational institutions from the Villahermosa municipality in the department of Tolima, Colombia, in 2013. **Methodology:** a

descriptive, cross-sectional study. The municipal census was used to obtain the data of adolescents who were attending school and whose age ranged from 11 to 19. **Results:** A total of 554 teenagers were approached, 50.4% which were male; the average age was 14 years; the largest amount of participants was from sixth and seventh grade. Additionally, high and moderate prevalence of suicide orientation risk was observed in 52.1% of

the students and the highest values were exhibited by adolescents aged 11 and 14. Conclusions: The suicide orientation profile is characterized on the basis of the following domains of the mental health indicators: depression, family vulnerability and psychoactive substance consumption. The results show thus a public health problem of great magnitude in this municipality.

## Resumo

**Objetivo:** conhecer o perfil de risco de orientação suicida segundo os indicadores de saúde mental: Depressão, funcionamento familiar, vulnerabilidade familiar e o consumo de drogas em adolescentes que cursam ensino secundário e o ensino médio nas instituições educativas do município de Villahermosa - Tolima, durante o ano 2013. **Metodologia:** estudo descritivo de corte transversal sobre o censo dos estudantes escolarizados do município com idades entre 11 e 19 anos. **Resultados:** Foram abordados 554 adolescentes dos quais o 50,4% foram homens, a idade média foi 14 anos, a maior participação representou-se nos graus sexto e sétimo. A prevalência de risco de orientação

It should therefore be addressed interinstitutionally both at the individual and family levels.

-----**Keywords:** mental health, adolescent, suicidal ideation, suicide, depression, family vulnerability, psychoactive substance consumption.

suicide alta e moderada apresentou-se no 52,1%, com a maioria nos adolescentes entre 11 e 14 anos. **Conclusões:** O perfil de orientação suicide caracteriza-se a partir de domínios dos indicadores de saúde mental: depressão, vulnerabilidade familiar e consumo de drogas; se evidencia um problema de saúde pública de grande magnitude no município; o qual deve ser abordado de modo interinstitucional tanto no nível individual como familiar dos adolescentes.

-----**Palavras-chave:** saúde mental, adolescente, ideação suicida, suicídio, depressão, vulnerabilidade familiar, consumo de drogas.

## Introducción

El suicidio a través de la historia se ha identificado como un hecho inherente a la condición humana que por sus características ha revestido importancia para el análisis científico, siendo explicado por diferentes enfoques que han determinado su causalidad multifactorial a partir de características biológicas, psicológicas y sociales. Durkheim en su obra clásica *El suicidio*, define este fenómeno como todo caso de muerte que resulte, directa o indirectamente, de un acto, positivo o negativo, realizado por la víctima misma, sabiendo ella que debía producir este resultado [1].

El suicidio es el último eslabón en la secuencia que se configura en el comportamiento suicida, el cual se dimensiona desde la ideación, las amenazas, el intento y el suicidio propiamente dicho. Los factores que predisponen al suicidio consumado son muchos, e incluyen trastornos psiquiátricos preexistentes y factores facilitadores biológicos y psicosociales. El suicidio es mucho más común en adolescentes y jóvenes masculinos que femeninos, pero muchos de los factores de riesgo son los mismos para ambos sexos [2].

Los datos del informe de descripción del suicidio en Colombia para el año 2009, evidenciaron que sí existe una población vulnerable a cometer conducta suicida, encontrándose que tanto en el 2009 como en años anteriores, los jóvenes de edades entre 18 y 29 años, con educación de primaria, bachillerato o profesional, pertenecientes a los grupos vulnerables campesinos o consumidores de sustancias psicoactivas, solteros, y que su tiempo u ocupación fuera dedicado al estudio o a cuidar un hogar, compartieron condiciones que

pudieron favorecer la conducta suicida. De acuerdo a la distribución departamental en el país, las tasas de suicidio por cien mil habitantes fueron mayores en el año 2005 en Risaralda 6,7; Tolima 6,4; Huila 6,2; Nariño 5,1 y menores en San Andrés y Providencia 1,2 y La Guajira 1,1. De modo particular para el departamento del Tolima existió un incremento significativo de casos a partir del año 2005 en donde se identificaron 82 casos, en el año 2006 se reportaron 96 casos y para 2007 la cifra subió a 105 casos. Para los años 2008 y 2009 se evidencia disminución del evento, siendo 45 y 40 casos para cada período, que representaron tasas de suicidio por 100.000 habitantes de 3 y 2,8 respectivamente [3].

Según datos de la Secretaría de Salud del Tolima y teniendo como fuente la información estadística del DANE correspondiente a los años de 1998 a 2009, en el Tolima los cinco municipios con mayor tasa de incidencia de suicidio por 100.000 habitantes en esta década corresponden a Rovira 22,4; Murillo 20,2; San Antonio 18,8; Villahermosa 18,4 y Líbano 18,2 casos. En cuanto a los intentos de suicidio reportados al Sivigila departamental el municipio de Villahermosa, presenta tasas para el año 2009 y 2010 de 63,6 y 45,6 respectivamente por 100.000 habitantes, superando el promedio Departamental que es de 27,1 para el último cuatrienio. Esta información se sustenta en el Plan de Salud Territorial del Tolima 2012-2015 donde se relaciona dentro de las primeras causas de mortalidad general en el grupo de 15 a 44 años a las lesiones auto infringidas intencionadas (suicidios) con una tasa de 8,5 por 100.000 habitantes [4].

El análisis de los indicadores de muertes violentas en el departamento del Tolima, ocurridos durante la primera década del siglo XXI, evidencian un incremento

de las muertes por suicidio, con mayor incidencia en la población de los municipios de Rovira, Murillo, San Antonio, Líbano y Villahermosa; tres de estos municipios se encuentran concentrados en la zona de cordillera del Norte del Tolima, siendo aledaños los municipios de Líbano, Murillo y Villahermosa quienes comparten no solo la cercanía de territorio sino algunas características comunes en geografía, vías de acceso, culturales y de economía basada en la producción agrícola. La respuesta al porque se presenta en esta población una mayor incidencia de este evento, no queda clara para las autoridades de salud al no contar con información específica que permita establecer los factores relacionados con la aparición de estos comportamientos, los cuales se analizan a la luz de la fría estadística, pero sin profundizar sobre los antecedentes que motivan su aparición.

Se ha definido la ideación suicida como una preocupación con pensamientos acerca de la finalización de la propia vida que se introducen sin razón y puede ser conceptualizada como la primera fase de una conducta que termina con la vida, aunque se reconoce que el paso por una etapa no requiere haber pasado por las anteriores. La ideación puede ser un antecedente del intento suicida, el cual a su vez, es el principal predictor de futuros intentos, e incluso del suicidio consumado [5]. Se puede afirmar entonces, que antes de la ocurrencia del suicidio aparece la ideación suicida, por lo tanto allí se deben enfocar esfuerzos de búsqueda de individuos en riesgo con el fin de brindar la atención temprana que permita evitar la aparición del acto final.

La realización de este estudio tiene como objetivo el perfil de riesgo de orientación suicida según los indicadores de salud mental: depresión, funcionamiento familiar, vulnerabilidad familiar y consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes que cursan básica secundaria y media vocacional en las instituciones educativas del municipio de Villahermosa - Tolima, durante el año 2013.

## Metodología

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, abordando algunas características y condiciones con respecto a indicadores de salud mental con el objeto de determinar el perfil de orientación suicida de adolescentes escolarizados, en el municipio de Villahermosa Tolima en el año 2013.

La muestra fue el censo de adolescentes que al momento de la aplicación de los instrumentos de recolección de información tenían una edad entre los 11 y 19 años, encontrándose matriculados y como asistentes regulares de las clases de básica secundaria y media vocacional en las instituciones educativas del municipio equivalente a 544 participantes, la fuente

de información fue primaria, constituida por los adolescentes escolarizados, la técnica fue la encuesta y el instrumento consistió un compendio de seis formularios: Formulario con preguntas socio demográficas, inventario de depresión en niños y adolescentes – CDI [6, 7], escala ¿Cómo es tu familia? [8,9], APGAR familiar [10,11], entrevista diagnóstica internacional compuesta – CIDI II [12] e inventario de orientación suicida ISO – 30 [13]; la entrevista fue realizada por técnicos y profesionales del área de la salud entrenados en el objetivo de la investigación, la captación de los datos y la utilización de estrategias de la lectura guiada del cuestionario para facilitar a los estudiantes la compresión de las preguntas.

El análisis estadístico de los datos y la generación de cuadros de salida se realizó en SPSS 19.0. Se realizó análisis univariado de las características sociodemográficas de la muestra; describiendo la frecuencia y la distribución porcentual con sus intervalos de confianza. Se desarrolló un análisis factorial confirmatorio para comprobar las estructuras factoriales consideradas en el Inventario de Orientación Suicida – ISO-30. Se realizó un análisis bivariado utilizando tablas de contingencia entre el nivel de riesgo de orientación suicida, con el sexo, el grupo de edad y zona de residencia. Se empleó la prueba de Chi-cuadrado de independencia considerando como significativa toda diferencia entre el nivel de riesgo de orientación suicida entre las variables descritas donde la prueba estadística mostrara un valor (valor  $p/2$ ) inferior al nivel de significación  $a = 0,05$ . Para identificar la asociación del riesgo de orientación suicida con las variables socio demográficas y con los sub-constructos de los indicadores de salud mental, se utilizó la regresión logística para construir un modelo explicativo en el cual la variable dependiente fue la presencia de riesgo de suicidio y como independientes las demás variables.

Se cumplieron los requerimientos éticos avalados por el comité de ética de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia.

## Resultados

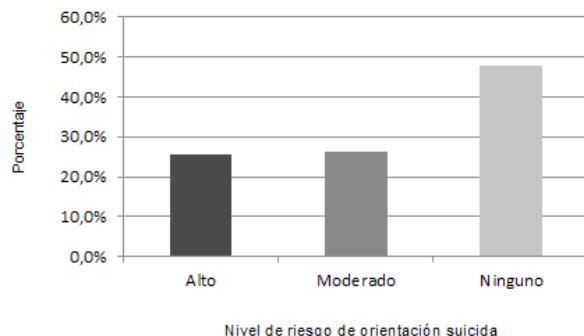
### Descripción de las características socio- demográficas de los adolescentes que cursan básica secundaria y media vocacional en las instituciones educativas del municipio de Villahermosa – Tolima

El 50,4% de los 544 adolescentes del estudio correspondieron al sexo masculino; la edad promedio de la muestra fue de 14 años con una desviación de 1,9 años. El grupo de edad con mayor frecuencia se ubicó entre los 11 a 14 años con un 62,1%. Los adolescentes de sexto y séptimo grado presentaron la mayor participación con el 44,3 % en relación al total;

de acuerdo a la tipología familiar, la mayoría de los adolescentes pertenece a familias nucleares con el 54%; luego las familias incompletas con el 22,6% y con 9,7% las familias extensas. La zona de residencia que urbana alberga al 53,3% de los adolescentes abordados.

#### Prevalencia del nivel de riesgo de orientación suicida, según edad y sexo

En el nivel alto de riesgo de orientación suicida se identificó una prevalencia del 25,7%, equivalente a 140 casos del total de jóvenes escolarizados; los niveles de riesgo alto y moderado comprometen en suma el 52,1% de la muestra. De acuerdo a esto, uno de cada cuatro estudiantes presenta alto riesgo de suicidio y uno de cada dos tiene algún riesgo de suicidio (Figura 1).



**Figura 1.** Prevalencia del nivel de riesgo de orientación suicida en adolescentes escolarizados. Villahermosa (Tolima), 2013

De acuerdo al nivel de riesgo de orientación suicida según sexo, se identificó que tanto en hombres como en mujeres, que uno de cada cuatro presenta alto riesgo en ideación suicida, y uno de cada dos, tiene algún riesgo de ideación suicida (Tabla 1).

**Tabla 1.** Nivel de riesgo de suicidio según el sexo de los adolescentes escolarizados. Villahermosa (Tolima), 2013

Nivel	Hombre	Mujer
	n=275	n=269
	%	%
Alto	26,5	27,5
Moderado	26,9	29,0
Bajo	46,5	43,5
Total	100,0	100,0

Con respecto al nivel de riesgo de suicidio según el grupo de edad, se halló mayor riesgo en los adolescentes escolarizados que se encuentran en el rango de edad entre los 11 y los 14 años de edad (Tabla 2).

**Tabla 2.** Nivel de riesgo de suicidio según el grupo de edad de los adolescentes escolarizados. Villahermosa (Tolima), 2013

Nivel	11-14 años	15-19 años
	n=339	n=205
	%	%
Alto	30,7	21,0
Moderado	26,3	30,7
Bajo	43,1	48,3
Total	100,0	100,0

#### Possible asociación de riesgo de orientación suicida según las variables socio demográficas y los sub-constructos de depresión, funcionamiento familiar, vulnerabilidad familiar y variables de consumo de sustancias psicoactivas

Para el análisis de regresión logística la variable dependiente que se consideró fue el nivel de riesgo de orientación suicida, de acuerdo a las categorías: 0: "bajo" y 1: "alto o moderado", cuya frecuencia para la categoría bajo fue de 45% (245) y de 55% (299) para la categoría moderado y alto. A través de la prueba Chi cuadrado de independencia se determinó si cada una las variables cualitativas tenían relación con el nivel de riesgo alto y moderado de orientación suicida, es decir, aquellas cuyo valor  $p/2$  fue menor a 0,05.

Con el valor de  $p$  también se aplicó el criterio de Hosmer y Lemeshow ( $p < 0,25$ ), quedando como candidatas para ingresar al modelo las siguientes variables: grupo de edad, zona se residencia, ánimo negativo, problemas interpersonales, inefectividad, anhedonia, autoestima negativa, cohesión familiar, participación en la solución de problemas, búsqueda de apoyo social, fuentes de apoyo del adolescente, comunicación con la madre, comunicación con el padre, rutinas familiares, satisfacción con la vida, esfuerzo personal, valores morales, sentimiento de felicidad, rendimiento académico, funcionamiento familiar, tipología, haber sufrido abuso sexual, haber sufrido maltratos, consulta por problemas emocionales o psicológicos, consulta por problemas familiares y consulta por problemas de consumo de sustancias psicoactivas (Tablas 3 a 7).

Al seleccionar el subconjunto de variables independientes que más información aportó sobre la probabilidad de pertenecer a cualquiera de los dos grupos de nivel de riesgo de suicidio, (aplicando el método Stepwise), las variables que resultaron estadísticamente significativas ( $p < 0,05$ ) se consideraron como alternativas para tener en cuenta como presuntas variables que explicaran el nivel de riesgo de suicidio alto o moderado, las cuales se describen en la tabla 8.

En la tabla 8 se evidencia que al estar controlado el efecto de las otras variables incluidas en el modelo, tener un riesgo de orientación suicida alto y moderado es

**Tabla 3.** Descripción de las características relacionadas con condiciones socio -demográficas en adolescentes escolarizados y el nivel de riesgo de orientación suicida. Villahermosa (Tolima), 2013

Características	Nivel de Riesgo de Orientación Suicida			OR	IC 95% OR		Chi Cuadrado	Valor p
	Alto - Moderado	Bajo	Total		Min	Max		
Sexo del Estudiante	Hombre	147	128	275	0,884	0,63	1,239	0,511
	Mujer	152	117	269				
Grupo de Edad	11-14 años	193	146	339	0,81	0,572	1,147	1,409
	15-19 años	106	99	205				
Zona Residencia	Rural	114	106	220	1,235	0,869	1,756	1,382
	Urbano	166	125	291				

**Tabla 4.** Descripción de las características relacionadas con los sub constructos de depresión en los adolescentes escolarizados y el nivel de riesgo de orientación suicida. Villahermosa (Tolima), 2013

Características	Nivel de Riesgo de Orientación Suicida			OR	IC 95% OR		Chi Cuadrado	Valor p
	Alto - Moderado	Bajo	Total		Min	Max		
Animo Negativo	Si	147	53	200	3,503	2,397	5,12	43,403
	No	152	192	344				
Problemas Interpersonales	Si	54	14	84	3,637	1,967	6,725	18,766
	No	245	231	476				
Inefectividad	Si	115	51	166	2,377	1,615	3,499	19,774
	No	184	194	378				
Anhedonia	Si	119	47	160	3,289	2,188	4,945	34,505
	No	180	204	384				
Autoestima negativa	Si	81	8	89	11,007	5,203	23,29	55,860
	No	218	237	455				

**Tabla 5.** Descripción de las características relacionadas con los sub constructos de vulnerabilidad familiar en los adolescentes escolarizados y el nivel de riesgo de orientación suicida. Villahermosa (Tolima), 2013

Características	Nivel de Riesgo de Orientación Suicida			OR	IC 95% OR		Chi Cuadrado	Valor p
	Alto - Moderado	Bajo	Total		Min	Max		
Cohesión Familiar	Vulnerable	52	14	66	3,474	1,875	6,437	17,224
	No vulnerable	247	231	478				
Participación en Solución Problemas	Vulnerable	128	60	188	2,308	1,593	3,343	19,983
	No vulnerable	171	185	356				
Búsqueda de apoyo social	Vulnerable	247	211	458	0,765	0,479	1,224	1,249
	No vulnerable	52	34	86				
Búsqueda de apoyo Religioso	Vulnerable	268	224	492	0,81	0,453	1,45	0,503
	No vulnerable	31	21	52				
Búsqueda de apoyo Profesional	Vulnerable	272	232	504	0,564	0,285	1,119	2,741
	No vulnerable	27	13	40				
Fuentes de apoyo adolescente	Vulnerable	165	105	270	1,642	1,168	2,308	8,185
	No vulnerable	134	140	274				

Continuación tabla 5

Características	Nivel de Riesgo de Orientación Suicida			OR	IC 95% OR		Chi Cuadrado	Valor p
	Alto - Moderado	Bajo	Total		Min	Max		
Comunicación con la madre	Vulnerable	137	70	207	2,114	1,477	3,026	16,995 0,000
	No vulnerable	162	175	337				
Comunicación con el padre	Vulnerable	212	139	351	1,858	1,303	2,651	11,809 0,001
	No vulnerable	87	106	193				
Rutinas familiares	Vulnerable	130	70	200	1,923	1,343	2,755	12,871 0,000
	No vulnerable	169	165	344				
Jerarquía y Límites	Vulnerable	278	229	507	0,925	0,472	1,814	0,052 0,820
	No vulnerable	21	16	37				
Satisfacción con la vida	Vulnerable	106	33	139	3,528	2,28	5,46	34,206 0,000
	No vulnerable	193	212	405				
Esfuerzo Personal	Vulnerable	32	8	40	3,551	1,605	7,857	10,933 0,001
	No vulnerable	267	237	504				
Poder, dinero y sexo	Vulnerable	119	91	210	1,119	0,79	1,584	0,401 0,527
	No vulnerable	180	154	334				
Valores Morales	Vulnerable	43	7	50	5,711	2,52	12,94	21,427 0,000
	No vulnerable	256	238	494				
Sentimiento de felicidad	Vulnerable	178	126	304	1,389	0,988	1,953	3,586 0,058
	No vulnerable	121	119	240				
Rendimiento académico	Vulnerable	61	30	91	1,837	1,143	2,952	6,431 0,011
	No vulnerable	238	215	453				
Acumulación de tensiones	Vulnerable	13	9	22	1,192	0,501	2,837	0,158 0,691
	No vulnerable	286	236	522				
Redefinición de problemas	Vulnerable	201	154	355	1,212	0,85	1,727	1,133 0,287
	No vulnerable	98	91	189				

**Tabla 6.** Descripción de las características relacionadas con el funcionamiento familiar en los adolescentes escolarizados y el nivel de riesgo de orientación suicida. Villahermosa (Tolima), 2013

Características	Nivel de Riesgo de Orientación Suicida			OR	IC 95% OR		Chi Cuadrado	Valor p
	Alto o Moderado	Bajo	Total		Min	Max		
Funcionamiento Familiar	Disfuncional	154	79	233	2,232	1,571	3,17	20,400 0,000
	Funcional	145	166	311				
Tipología	Nuclear	145	149	294				0,034
	Incompleta	81	42	123	1,982	1,280	3,069	9,549 0,002
	Mixta	16	11	27	1,495	0,671	3,330	0,977 0,323
	Extensa	32	21	53	1,566	0,863	2,842	2,197 0,138
	Otra	25	22	47	1,168	0,630	2,164	0,243 0,622

**Tabla 7.** Descripción de características relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas (SPA) en los adolescentes escolarizados y el nivel de riesgo de orientación suicida. Villahermosa (Tolima), 2013

Características	Nivel de Riesgo de Orientación Suicida			OR	IC 95% OR		Chi Cuadrado	Valor p
	Alto o Moderado	Bajo	Total		Min	Max		
¿Consumió Alguna vez SPA?	Si	165	141	306	1,101	0,783	1,548	0,307
	No	134	104	238				
¿Consumo Actual SPA?	Si	165	140	305	1,083	0,77	1,522	0,210
	No	134	105	239				
¿Alguna vez peleas riñas?	Si	98	72	170	1,172	0,813	1,689	0,720
	No	201	173	374				
¿Haber sufrido abuso sexual?	Si	16	1	17	13,8	1,816	104,8	10,868
	No	283	244	527				
¿Haber recibido golpes Maltrato?	Si	43	27	70	1,356	0,811	2,268	1,357
	No	256	218	474				
¿Haber tenido aborto o tu novia?	Si	9	0	9	0,542	0,501	0,586	7,499
	No	290	245	535				
¿Consulta Problemas psicológicos?	Si	142	102	244	1,268	0,902	1,783	1,869
	No	157	143	300				
Consulta problemas familiares?	Si	151	108	259	1,294	0,922	1,817	2,225
	No	148	137	285				
Consulta Problemas consumo SPA?	Si	89	37	126	2,382	1,552	3,658	16,270
	No	210	208	418				

**Tabla 8.** Regresión logística multivariada para el riesgo de suicidio en adolescentes escolarizados. Villahermosa (Tolima), 2013

			B	E.T.	Wald	gl	Sig.	I.C. 95% para EXP(B)	
								Inferior	Superior
CDI-LA	Animo negativo	Sí	0,984	0,219	20,209	1	0,000	2,676	1,742
	Autoestima negativa	Sí	1,874	0,424	19,529	1	0,000	6,515	2,838
Vulnerabilidad Familiar	Cohesión Familiar	Vulnerable	0,723	0,373	3,754	1	0,053	2,061	0,992
	Participa Solución Problemas	Vulnerable	0,456	0,226	4,079	1	0,043	1,577	1,014
	Búsqueda apoyo Profesional	Vulnerable	-0,881	0,393	5,022	1	0,025	0,414	0,192
SPA	Satisfacción con la vida	Vulnerable	0,819	0,258	10,058	1	0,002	2,269	1,368
	Consulta por Problemas SPA	Sí	0,681	0,249	7,484	1	0,006	1,975	1,213
	Constante		-0,077	0,385	0,040	1	0,842	0,926	

Prueba de bondad ajuste de Hosmer Lemeshow: Chi cuadrado=5,154 (p=0,641). R cuadrado de Nagelkerke 0,285

aproximadamente 2,7 veces si se tiene ánimo negativo frente a los que no lo tienen; es 6,5 veces si tiene autoestima negativa frente a los que no lo presentan; es 2 veces si tiene pobre cohesión familiar; es 1,5 veces si participa en la solución de problemas frente a los que no la tienen; 0,4 veces menos si se cuenta con búsqueda de apoyo profesional; es dos veces si el adolescente siente satisfacción con su vida; es 2 veces si consulta por problemas con sustancias psicoactivas.

## Discusión

La prevalencia del riesgo de orientación suicida en el nivel alto estuvo representada por el 25,7% de la población, superando así los hallazgos del estudio de Paniagua [14] de 2010 que reportaron una prevalencia para este indicador situada en el 20,6% a partir de la situación de los 624 adolescentes escolarizados de la muestra del municipio de Ebéjico, en el departamento de Antioquia.

Los resultados se asemejan a los identificados en el estudio desarrollado en Perú en 2011 [15], en el que se identifica una prevalencia de 25,7% en una muestra de adolescentes escolarizados del centro poblado Palpa, ubicado en la sierra de la provincia de Huaral, de la ciudad de Lima. En contraste, en la ciudad de Cajamarca, Perú se identificó una prevalencia de 38,5% de orientación suicida en una muestra de 638 adolescentes escolarizados de secundaria, durante el año 2012 [16].

Los resultados demuestran a partir del modelo de regresión logística que el nivel de riesgo de orientación suicida alto o moderado es explicado por el ánimo negativo, la autoestima negativa, vulnerabilidad de la cohesión familiar, la vulnerabilidad en la participación en la solución de problemas, la vulnerabilidad en la búsqueda de apoyo profesional, la vulnerabilidad de la satisfacción con su vida y la consulta por problemas con sustancias psicoactivas en un 28,5 % y el 71,5 % es explicado por otras variables. De acuerdo con esto los indicadores de salud mental que establecen el perfil de orientación suicida de la población abordada en esta investigación son la depresión, la vulnerabilidad familiar y el consumo de sustancias psicoactivas; estos indicadores por sus características y el impacto que generan en las dimensiones tanto individual como social de los escolares, se configuran como factores de riesgo de alto impacto para la calidad de vida y salud, no solo de los adolescentes sino de sus núcleos familiares impactando de modo desfavorable en los ámbitos escolar y comunitario.

Los indicadores de salud mental depresión y consumo de sustancias psicoactivas identificados en el perfil de esta investigación son similares a los hallazgos

de Paniagua y otros [17] en la primera tipología de salud mental descrita, la cual se configuró como la de mayor presencia en la población y amplia complejidad. En este mismo sentido, al relacionar los hallazgos con el estudio de Rueda [18] se identifica una similitud con los indicadores de depresión y vulnerabilidad familiar. La presencia riesgo de orientación suicida en la población adolescente evidencia la naturaleza compleja de un problema para la salud pública, el cual debe ser abordado de modo prioritario teniendo en cuenta el impacto que genera en las nuevas generaciones y las repercusiones que para el futuro pueden impactar el desarrollo de los individuos, la familia y en suma la sociedad.

## Conclusiones

El municipio de Villahermosa pertenece al norte del departamento del Tolima, zona en la que las estadísticas muestran alta prevalencia de suicidio en los últimos años y los resultados de este estudio evidencian la existencia de un problema de gran magnitud al identificarse que la prevalencia del riesgo de orientación suicida alta y moderada se ubican en más de la mitad de los adolescentes focalizados en los colegios de básica secundaria y media vocacional que existen en el municipio, sin hallarse diferencias estadísticamente significativas según sexo pero si mayor prevalencia del riesgo en los adolescentes entre 11 y 14 años.

El nivel de riesgo de orientación suicida está presente en los adolescentes con ánimo negativo, autoestima negativa, vulnerabilidad de la cohesión familiar, vulnerabilidad en la participación en la solución de problemas, vulnerabilidad en la búsqueda de apoyo profesional, vulnerabilidad de la satisfacción con su vida y la consulta por problemas con sustancias psicoactivas. Estos características pertenecen a los indicadores de salud mental depresión, vulnerabilidad familiar y consumo de sustancias psicoactivas; al estar identificadas de modo particular facilitan la planeación de intervenciones individuales y colectivas que de modo progresivo y permanente se instauren para mitigar esta problemática en salud mental.

Si bien el sistema de salud colombiano prestan una discreta atención a la promoción de la salud de los adolescentes al considerarlos menos vulnerables a la enfermedad que los niños, gestantes y ancianos; es imperativo considerar desde la salud pública la multiplicidad de factores que desencadenan riesgos para la salud mental, no solo desde el enfoque biológico sino desde las dinámicas sociales y los procesos de transición que a este respecto afrontan los adolescentes.

## Referencias

- 1 Durkheim E. *El suicidio*. Madrid: Akal; 1989.
- 2 Organización mundial de la salud. *El suicidio, un problema de salud pública enorme y sin embargo prevenible* [Internet]. [Consultado 2012 Jun 14]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr61/es/index.html>.
- 3 Instituto nacional de medicina legal y ciencias forenses de Colombia. *Informe de descripción del suicidio en Colombia para el año 2005* [Internet]. [Consultado 2012 Jun 29]. Disponible en: <http://www.medicinallegal.gov.co/images/stories/root/FORENSIS/2005/Suicidio.pdf>.
- 4 Secretaría departamental de Salud del Tolima. *Plan de salud territorial 2012- 2015* [Internet]. [Consultado 2014 May 02]. Disponible en: [http://www.saludtolima.gov.co/portal/data/file/PLAN\\_DE\\_SALUD\\_TERRITORIAL\\_2012-2015.pdf](http://www.saludtolima.gov.co/portal/data/file/PLAN_DE_SALUD_TERRITORIAL_2012-2015.pdf).
- 5 Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. *Vigía de los derechos de la niñez y la adolescencia mexicana. La Adolescencia*. [Internet]. [Consultado 2012 Mar 08]. Disponible en: [http://www.unicef.org/lac/indice\\_adolescencia\\_mexico2006.pdf](http://www.unicef.org/lac/indice_adolescencia_mexico2006.pdf).
- 6 Kovacs M. *Children's Depression Inventory -CDI*. Canadá: Multi-Health Systems. 1992.
- 7 Posada C, Rúa CM. *Validación del instrumento Children's Depression Inventory (CDI) para detección de sintomatología depresiva en adolescentes*. Medellín: Universidad de Antioquia; 1996.
- 8 Nares R. *Influencia de la dinámica familiar en la presencia de conductas de riesgo en adolescentes del instituto Manuel c. Silva en Villa de Álvarez, Colima* [Internet]. [Consultado 2013 Ene 10]. Disponible en: [http://share.pdfonline.com/50b957aa5f2a407fa87581c0acf34e10/NARES\\_REYES\\_MARIA.desbloqueado.htm](http://share.pdfonline.com/50b957aa5f2a407fa87581c0acf34e10/NARES_REYES_MARIA.desbloqueado.htm)
- 9 Hernández C. *Familia y adolescencia: indicadores de salud. Manual de aplicación de instrumentos*. Washington, D.C., E.U.A.: Fundación W. K. Kellogg; 1996.
- 10 Bellon JA, Delgado A, Luna del Castillo JD, Lardelli P. *Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar Apgar-familiar*. Barcelona: El Servier; 1996.
- 11 Ariza LMF, Durán MCA, Cubillos ZJD, Arias AC. *Consistencia interna y análisis de factores de la escala APGAR para evaluar el funcionamiento familiar en estudiantes de básica secundaria*. Bogotá: Revista Colombiana de Psiquiatría; 2006.
- 12 Organización Mundial de la Salud. *División de Salud Mental. Entrevista diagnóstica internacional compuesta (CIDI): Versión modular 2.1*. Washington: Organización Mundial de la Salud, División de Salud Mental; 1997.
- 13 King J, Kowalchuk B. *Manual for ISO-30 Adolescent: Inventory of Suicide Orientation-30*. Minneapolis, EE.UU: Minn: National Computer Systems; 1994.
- 14 Paniagua R, González C. *Salud mental en los adolescentes escolarizados del municipio de Ebéjico, 2010*. [Macroproyecto de investigación de la línea de mediciones en salud pública]. Medellín: Universidad de Antioquia. Facultad Nacional de Salud Pública; 2010.
- 15 Cerna E. *Nivel de riesgo suicida en la población adolescente escolar de la I.E. N.º 3051 del AA.HH. El Milagro de Lima Metropolitana e I.E. N.º 21554 del Centro Poblado Palpa - Huaral, Lima, 2011*. [Trabajo de grado licenciatura en enfermería]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina Humana. Escuela de enfermería; 2011.
- 16 Leal R, Vásquez L. *Ideación suicida en adolescentes cajamarquinos prevalencia y factores asociados*. [Trabajo de grado en psicología]. Cajamarca: Universidad Privada Antonio Guillermo Urrelo. Facultad de Psicología; 2012.
- 17 Paniagua R, González C, Montoya B. *Tres tipologías de salud mental de los adolescentes de una zona de Medellín-Colombia, 2006*. Rev. Fac. Nac. Salud Pública [Internet]. 2010; 12: 51-60 [Consultado 2013 Oct 21]. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v12n1/v12n1a05.pdf>.
- 18 Rueda S. *Perfil de orientación al suicidio según indicadores de salud mental en adolescentes escolarizados*. Medellín - zona noroccidental, 2010. Rev. Fac. Nac. Salud Pública [Internet]. 2012; 30: 52-56 [Consultado 2013 Oct 21]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/120/12025811013.pdf>.