

ESTUDIO EPIDEMIOLOGICO DE LAS CONDUCTAS SUICIDAS EN
ESTUDIANTES DE SECUNDARIA DE LA CIUDAD DE IPIALES

Erika Patricia Chamorro Rodríguez

Diana Carolina Crisancho Bernal

UNIVERSIDAD DE NARIÑO
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PSICOLOGIA
SAN JUAN DE PASTO

2010

ESTUDIO EPIDEMIOLOGICO DE LAS CONDUCTAS SUICIDAS EN
ESTUDIANTES DE SECUNDARIA DE LA CIUDAD DE IPIALES

Erika Patricia Chamorro Rodríguez

Diana Carolina Cristancho Bernal

Asesor

Ph. Fredy Villalobos Galvis

UNIVERSIDAD DE NARIÑO
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PSICOLOGIA
SAN JUAN DE PASTO

2010

NOTA DE RESPONSABILIDAD

“Las ideas y conclusiones aportadas en este Trabajo de Grado, son de responsabilidad exclusiva de los autores”

Artículo 1ª del Acuerdo No. 324 de octubre de 1966 emanado del Honorable Consejo Directivo de la Universidad de Nariño.

Nota de aceptación

Firma del Presidente del Jurado

Firma del Jurado

Firma del Jurado

San Juan de Pasto, Julio de 2010

AGRADECIMIENTOS

A nuestro asesor, el Doctor Fredy Hernán Villalobos-Galvis por su valioso acompañamiento durante este proceso y por buscar la máxima capacidad en nosotras ayudándonos a crecer académica y personalmente.

A los miembros del jurado, la Doctora María Fernanda Enríquez Villota y a la Doctora Cruz Stella Izquierdo García, por sus pertinentes orientaciones y sugerencias.

A los Directivos, padres de familia y estudiantes de la Institución Educativa Ciudad de Ipiales, Institución Educativa seminario, Institución Educativa Alfonso López, Institución Educativa Mixto San Felipe Neri e Institución Educativa Jesús de Nazaret de la ciudad de Ipiales, a la Secretaría de Salud de la ciudad de Ipiales y demás instituciones que brindaron información y participaron durante la aplicación de instrumentos.

A Darío Guerrero, Mario Hernández, Isabeth Solarte y Yaqueline Suarez, por ser parte del equipo de trabajo durante la recolección de información.

A Sandrita, por su compromiso institucional y su disposición de trabajo.

DEDICATORIA

A Dios, por brindarme la sabiduría necesaria para tomar las decisiones correctas y la fortaleza ante los problemas,

A mis padres, Jaime Chamorro Calvo y Patricia Rodríguez Quintero. No dejo de pensar en los primeros pasos, que esta sea la primera de las recompensas a tantos años de entrega, desvelos y apoyo, son la inspiración para la obtención de mis logros, gracias a Ustedes cuento con lo necesario para mi desarrollo como persona y como profesional...los amo.

A mis hermanos, Ángela Catalina y Daniel, porque pasaron de ser mis aliados de juegos a mis compañeros de alegrías, triunfos y tristezas. Mis niños, no tienen idea lo que significan para mí. Siempre los llevo en mi corazón.

A mi compañera de tesis, Diana Carolina, por su fuerza y perseverancia, porque culminan nuestros estudios pero la amistad que iniciamos al ingresar a la Universidad continua...Dianita ¡lo logramos! y a su familia por el apoyo brindado.

A mis amigos y familiares, por su confianza y sus palabras de aliento durante mis estudios.

A mi Alma Mãter, la Universidad de Nariño, por la oportunidad y por su alto nivel académico, gracias al que hoy egreso a demostrar el lema de La Universidad "TANTUM POSSUMUS CUANTUM SCIMUS" (PODEMOS TANTO COMO SABEMOS) y por tanto podré siempre porque me siento segura de lo que se.

ERIKA

DEDICATORIA

*A Dios por ser mi fortaleza y estar conmigo en cada paso que doy, tú me diste
la fuerza necesaria para cumplir esta meta.*

*A mis padres Germán Cristancho y Olga Bernal, porque a ellos les debo todo
en la vida....Gracias por creer y confiar siempre en mi*

*Mami.... Gracias por tu apoyo y amor incondicional, no me equivoco cuando
digo que eres la mejor mama del mundo*

*Papi.... Gracias por tu comprensión, paciencia y porque de ti aprendí que la
responsabilidad es uno de los más grandes valores, gracias por darme el mejor regalo
que un hijo puede recibir de un padre... la educación.*

*A mis hermanos Javier y Karen por ser mis compañeros fieles en todos los
momentos de mi vida y porque con ellos entendí que el ejemplo vale masque mil
palabras.*

*A Erika mi compañera y amiga porque juntas hicimos el mejor equipo de
trabajo*

*A Euler por su amor, paciencia y apoyo constante..... Gracias por ser mi
sostén y el ser incondicional que siempre me acompaña*

*Por último gracias todos los que creyeron en mí y nunca dudaron que lo
lograría*

DIANA

TABLA DE CONTENIDO

Tabla de contenido.....	8
Lista de tablas.....	10
Lista de figuras.....	11
RESUMEN -----	12
ABSTRACT -----	13
INTRODUCCION -----	15
METODOLOGIA -----	19
Tipo de estudio -----	19
Participantes -----	20
Muestreo -----	20
Muestra -----	20
Instrumentos -----	21
Procedimiento -----	21
Consideraciones éticas y bioéticas -----	22
RESULTADOS -----	23
Prevalencia de la conducta suicida -----	23
Relaciones entre Eventos Vitales Estresantes y conductas suicidas -----	26
Relación entre conductas suicidas y número de eventos vitales estresantes vivos -----	28
Relación entre consumo de sustancias psicoactivas y conductas suicidas ----	29

Relación entre estructura familiar y conductas suicidas-----	31
Relación entre autoeficacia y tipo de conducta suicida-----	33
Relación entre imitación y conductas suicidas -----	34
Características epidemiológicas del Intento de suicidio-----	35
DISCUSION-----	40
CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES -----	45
REFERENCIAS-----	47
ANEXOS-----	51
ANEXO 1 -----	52
ANEXO 2 -----	55
ANEXO 3 -----	56

LISTA DE TABLAS

	Pág
Tabla 1. Prevalencia de la conducta suicida.....	20
Tabla 2. Presencia de la conducta suicida por genero	21
Tabla 3. Presencia de la conducta suicida por grupo etario.....	22
Tabla 4. Presencia de la conducta suicida por grado.....	22
Tabla 5. Presencia de la conducta suicida por sector.....	23
Tabla 6. Eventos vitales estresantes asociados con la conducta suicida.....	24
Tabla 7. Consumo de alcohol asociado con la conducta suicida.....	26
Tabla 8. Consumo de cigarrillo asociado con la conducta suicida.....	27
Tabla 9. Consumo de bazuco asociado con la conducta suicida.....	27
Tabla 10 convivencia con madrastra asociado a la conducta suicida.....	28
Tabla 11 convivencia con hermanastros asociado a la conducta suicida.....	29
Tabla 12 convivencia con amigos asociado a la conducta suicida.....	30
Tabla 13 autoeficacia familiar asociada con la conducta suicida	30
Tabla 14 autoeficacia personal asociada con la conducta suicida	31
Tabla 15 imitacion y conductas suicidas.....	31
Tabla 16 fuente de imitación.....	32

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Numero de eventos negativos por cada conducta suicida.....25

Figura 2. Frecuencia numero de intentos.....33

Figura 3. Edad del primer intento.....33

Figura 4. Objetivo primer intento.....34

Figura 5. Asistencia hospitalaria.....34

Figura 6. Posibilidad muerte.....35

ESTUDIO EPIDEMIOLOGICO DE LAS CONDUCTAS SUICIDAS EN ESTUDIANTES DE SECUNDARIA DE LA CIUDAD DE IPIALES

RESUMEN

El objetivo del presente estudio fue caracterizar epidemiológicamente las conductas suicidas en estudiantes de secundaria de la ciudad de Ipiales. Para ello se realizó un estudio cuantitativo epidemiológico, de tipo descriptivo correlacional, con una muestra de 585 estudiantes de instituciones educativas oficiales y privadas de la ciudad de Ipiales, de edades comprendidas entre 10 y 19 años. El estudio proyectó resultados que indican una alta prevalencia de conducta suicida, pues se encontró que el 32,4 % de la muestra presenta alguna conducta suicida, de los cuales el 16,7% presentó ideación, el 3,1% planeó suicidarse y el 12,6% lo intentó en algún momento.

Es importante destacar que los grupos etarios que presentan mayor riesgo frente a las conductas suicidas son la pre adolescencia (16.1%) y la adolescencia media (39%) confirmando una vez más la atención que se le debe prestar a la población objeto del estudio. La anterior afirmación se respalda con los resultados de los grados que tienen los mayores índices: el 10° (58,1%) y el 11° (55,6%), los cuales son cursados por sujetos pertenecientes a los ciclos evolutivos citados.

Por otra parte, la presencia de conductas suicidas y de problemas psicológicos o emocionales en el evaluado o sus seres queridos son los eventos vitales que tienen la relación más altamente significativa con las conductas suicidas ($p < 0.05$), se rescata de dicho efecto la importancia de una intervención psicosocial en la comunidad, en especial de los profesionales de la salud mental, además es indudable la influencia de la familia sobre los participantes, evidenciado en los datos que se encontraron respecto a la asociación entre estructura familiar, autoeficacia familiar e imitación y conductas suicidas, asociación significativa en los tres casos. De esta manera, el pertenecer a una familia compuesta y convivir con la madrastra y los hermanastros está relacionado significativamente con las conductas suicidas ($\chi^2=38,385$, $g.l=12$,

$p < 0,001$), además un muy mal desempeño en el área familiar indica un riesgo considerablemente alto de presentar alguna conducta suicida y en lo que corresponde a imitación, se halló que conocer a alguien que haya incurrido en el suicidio incide significativamente respecto a cualquier tipo de conducta suicida ($\chi^2=44.502$, g.l=3, $p < 0,001$), en especial si es el padre, la madre o los hermanos ($\chi^2=12.529$, g.l=3, $p < 0,001$).

De otra parte, 312 estudiantes de la muestra revelaron que nunca han ingerido bebidas alcohólicas, 485 aseguraron no haber consumido cigarrillo en ninguna ocasión y 513 afirmaron que jamás han consumido bazuco. Sin embargo, la información revela que el alcohol es la sustancia que presenta la relación más significativa con las conductas suicidas ($\chi^2=76,080$, g.l=15, $p < 0,001$).

Finalmente, al revisar los métodos suicidas más empleados se encontró al corte con objetos filudos, el ahorcamiento y el ahogamiento como los principales. El terminar con los problemas y dejar de ser carga para los demás son los objetivos suicidas que pretenden alcanzarse. Los evaluados que reportaron intentos de suicidio señalaron que nadie se enteró de lo sucedido, entre los hombres y mujeres que buscaron una fuente de apoyo, el 21,4% acudieron a los amigos, sin embargo, se presenta una diferencia en cuanto a género, pues el 12,2% de las mujeres buscaron apoyo de un profesional y el 22,7% de los hombres seleccionaron el apoyo espiritual.

En conclusión, el presente estudio evidenció los agudos índices de conductas suicidas en estudiantes de secundaria de la ciudad de Ipiales, exigiendo intervención eficaz y operante.

Palabras clave: Conductas suicidas, epidemiología, estudiantes.

ABSTRACT

The aim of this study was to characterize epidemiologically suicidal behavior in high school students from the city of Ipiales. This quantitative study was conducted epidemiological, correlational descriptive with a sample of 585 students from

government and private educational institutions in the city of Ipiales, aged between 10 and 19 years. The study projected results indicate a high prevalence of suicidal behavior, it was found that 32.4% of the sample have any suicidal behavior, of which 16.7% had suicidal ideation, 3.1% planned to commit suicide and 12.6% tried at some point;

Importantly, the age groups that are most at risk from suicidal behavior are pre teens (16.1%) and middle adolescence (39%), confirming once again the attention should be paid to the population under study. The above statement is supported with the results of grades that have the highest rates: 10^o (58.1%) and 11th (55.6%), which are placed by individuals belonging to the aforementioned evolutionary cycles. Moreover, the presence of suicidal behavior and psychological or emotional problems in assessment and / or their loved ones are life events that are highly significant relationship with suicidal behavior ($p < 0.05$), it recovers the importance of this effect psychosocial intervention in the community, especially the mental health professionals also undoubtedly influenced by the family about the participants, as evidenced in the data were found regarding the association between family structure, family and imitation and self-efficacy suicidality, significant association in all three cases. Thus, belonging to a family and live with her stepmother and siblings are not correlated with suicidal behavior ($\chi^2 = 38.385$, $df = 12$, $p < 0.001$), but a very poor performance in the family area indicates a present significantly higher risk for suicidal behavior and a corresponding in imitation, it was found that knowing someone who committed suicide a significant impact on any kind of suicidal behavior ($\chi^2 = 44.502$, $df = 3$, $p < 0.001$), especially if the father, mother or siblings ($\chi^2 = 12.529$, $df = 3$, $p < 0.001$).

In addition, 312 students in the sample revealed that they have never consumed alcohol, 485 cigarettes not have said on any occasion, and 513 said they have never used bazuco. However, the data reveal that alcohol is the substance that presents the most significant relationship with suicidal behavior ($\chi^2 = 76.080$, $df = 15$, $p < 0.001$).

Finally, in reviewing the most commonly used suicide methods was found to cut with sharp objects, hanging and drowning as the principal. Ending the problems and stop being a burden to others are the objectives designed to accomplish suicide. The evaluated who reported suicide attempts reported that no one heard of happened, between men and women who sought a source of support, 21.4% went to friends, however, presents a difference in gender, for 12.2% of women sought professional support and 22.7% of men selected spiritual support.

In conclusion, the present study showed the sharp rates of suicidal behavior among secondary school students in the city of Ipiales, demanding effective intervention and active

KEY WORDS: Suicides behaviours, epidemiology, students.

INTRODUCCION

Desde el punto de vista histórico las conductas suicidas aparecen en todas las sociedades desde los tiempos más remotos. Sin embargo, a lo largo de la historia ha variado la actitud de la sociedad hacia estos actos, su frecuencia, su presencia en los diferentes grupos etarios, los métodos que se utilizan para ejecutarlas y sus intenciones han sido eje central de una gran cantidad de estudios en todo el mundo. Hoy en día existe una tendencia al análisis multicausal y pluridimensional del fenómeno que confiere relevancia a factores personales, familiares y sociales en relación con factores circunstanciales y psicosociales que operan como señales de riesgo de la conducta suicida (Núñez y Valdés, 2007)

En la actualidad las conductas suicidas se considera como un problema de salud pública. La Organización Mundial de la Salud [OMS] (2008), estima que por lo menos un millón de personas se suicidan anualmente, tendencia que se ha ido incrementando con el paso de los años y que pone en manifiesto la gravedad del problema en todo el mundo. Colombia no es ajena a esta problemática, pues en la Encuesta Nacional de Salud Mental (2003) se encontró que por lo menos el 12,3 % de los colombianos han tenido ideas suicidas, que el 4,1 % ha realizado planes y que el 4.9% lo ha intentado, así como que la prevalencia más alta está entre los 15 y 29

años de edad, datos que muestran que el grupo de los adolescentes y jóvenes está siendo el más afectado.

Dentro de los departamentos con más altos índices de suicidio en Colombia se encuentra Nariño. Las cifras lo ubican para el 2005 en el cuarto lugar (5.1%), después del departamento del Huila (6,2%) (Taborda y Téllez 2004), figurando Pasto, Ipiales y Tumaco como las ciudades con más alto índice de suicidios. De acuerdo con el reporte de la Secretaría de Salud Municipal de Ipiales [SSMI] (2009) (comunicación personal, 04 de agosto de 2010), las tasas de incidencia de suicidios en esta ciudad fueron 19 por cada 100.000 habitantes, este informe también indica que el género masculino es el de mayor prevalencia, utilizando como medio más frecuente el consumo de sustancias tóxicas y ahorcamiento y que la edad en la que prevalece ésta conducta oscila entre los 15 y 24 años, confirmando así que la población más afectada en la ciudad de Ipiales es la infanto-juvenil como lo señala el estudio realizado por Delgado, Insuasty y Villalobos (2004), en el que se asegura que esta población presenta más factores de riesgo por ser una etapa en la que se experimentan situaciones nuevas y difíciles de entender y aceptar.

Por otra parte, existe gran dificultad para conocer esta problemática a fondo pues sólo los suicidios consumados son conocidos verazmente por los certificados médicos de defunción. En cuanto a las ideas, planes e intentos de suicidio, no hay una idea clara de este aspecto, debido al subregistro y al no reportaje, generalmente estos casos pasan como intoxicaciones, accidentes o simplemente los padres o cuidadores no los reportan, porque a veces no se dan cuenta (Taborda y Téllez, 2004).

Es por lo anteriormente mencionado que los estudios epidemiológicos son una herramienta valiosa para la prevención de este tipo de conductas y es por esta razón que se han realizado una variedad de estudios que le permiten a las entidades gubernamentales y de salud adoptar estrategias y herramientas para disminuir las tasas de suicidio en el mundo, sin embargo en Colombia este tipo de estudios no ha sido muy abarcado a excepción del realizado en la ciudad de San Juan de Pasto con estudiantes de colegios y universidades (Villalobos, 2009). Los resultados de este

estudio revelaron que el 30,2% de la muestra conformada por 463 estudiantes había presentado algún tipo de conducta suicida. El 18% presentó ideas suicidas y el 8% habían intentado suicidarse. El autor afirma que las conductas suicidas se presentan de manera distinta dependiendo del género y del nivel educativo, siendo el género femenino y los jóvenes entre los 17 y 20 años (secundarios y universitarios) en quienes prevalece este flagelo. De igual manera, Gómez *et al.* (2002), realizaron en la capital colombiana un estudio en el cual se indica que el 5% de las mujeres habían intentado suicidarse, mientras que esta conducta se presentó entre el 3.9% de los hombres. Tales autores plantean como factores de riesgo el consumo de alcohol, el abuso verbal dirigido a las mujeres en el hogar, la percepción de las reglas familiares como punitivas y la baja satisfacción con los logros.

Por otra parte el estudio de Taborda y Téllez (2004) ofrece un completo análisis de la conducta suicida en relación con factores como género, edad, estado civil y antecedentes familiares, ofreciendo así una visión aproximada del fenómeno a nivel nacional.

Tuesca y Navarro (2003), realizaron un estudio en la ciudad de Barranquilla (Colombia) y estiman que el 54.1% de las mujeres de su muestra intentaron suicidarse, siendo la media de edad de la población 28,10 años. Por otra parte el 37,8% había culminado la secundaria y el 24,3% no la había terminado.

El estudio realizado por Amézquita, Gonzales y Zuluaga (2008) se encontró que las conductas suicidas en estudiantes de secundaria de la ciudad de Manizales aumentó a lo largo de los años y señala a la depresión como un factor relevante en la ideación suicida.

Por otra parte, los datos encontrados en los estudios realizados en Colombia son similares a los de otros estudios realizados en otros países como México, España, Puerto Rico, entre otros, en donde se encontró que los intentos de suicidio son de 3 a 4 veces mayores en mujeres que en hombres y que los hombres encabezan los índices de los suicidios consumados debido a la letalidad del método, a excepción de China que es el único país en donde el número de suicidios femeninos sobrepasa los masculinos (Gómez, *et al* 2002).

Por ejemplo, el estudio realizado por Charón, Vargas y Mesa (1999) en Cuba, evidencia que el sexo femenino es el género que presenta riesgo de intento (78 %), con un predominio de los grupos etarios 25-39 y 40-59 años con 34,1% y 24,3% respectivamente. El nivel escolar predominante correspondió a los que superaron la secundaria con un 39% y con dominio del sexo masculino con un 55,5%.

Se presentan elementos teóricos, los que inician con la definición de las conductas suicidas, teniendo en cuenta a diferentes autores, entre los que se destaca a Delgado, Insuasty y Villalobos (2004). Posteriormente, se enseñan los componentes de las conductas suicidas: a) la ideación suicida, definida como los pensamientos de autodestrucción (Osornio, 1999 citado por Córdova, Rosales y Eguiluz, 2005), b) la amenaza suicida, la que se puntualiza como las afirmaciones frente a una posible autodestrucción, sin pasar al acto, según lo planteado por Delgado *et al.* (2004), por otra parte, c) el síndrome pre suicida, que son los síntomas que suelen presentarse antes de una conducta suicida (Basile, 2009), d) el intento de suicidio, que significa actuar para terminar con la propia vida, sin conseguirlo (García, 2002 citado por Monge, Cubillas, Román y Valdez, 2007) y e) el suicidio consumado, que es el accionar por el cual un individuo se autolesiona, terminando en muerte (García de Jalón y Peralta, 2002).

A partir de ello, se definen los factores de riesgo asociados a las conductas suicidas, pero debido a los múltiples autores que encuentran diferentes factores, se eligieron los factores relevantes para la presente investigación, a saber: a) *factores demográficos*, en los que se incluyen edad, sexo, estado civil y nivel educativo, b) factores sociales, entre los que se encuentran estructura familiar, estrés, eventos negativos de la vida e imitación, c) factores clínicos, se señalan aquí trastornos relacionados con sustancias, trastornos del estado de ánimo, trastornos adaptativos y conducta suicida previa.

Teniendo en cuenta la importancia del ciclo vital para este estudio, el lector encontrara un elemento teórico que se relaciona con dicha temática, realizando mayor énfasis en la población infantil y juvenil, por razones de interés de investigativo, pues

los contextos estresantes creados por cambios que se viven estas poblaciones probablemente desencadenen conductas suicidas (Rosello y Berrios, 2004).

Se considera fundamental conocer la epidemiología de las conductas suicidas en estudiantes de secundaria de instituciones educativas de la ciudad de Ipiales, ya que esta admite a la sociedad una aproximación al comportamiento actual de la conducta suicida a través de estadísticas descriptivas (frecuencia, distribución y probabilidad de ocurrencia), además permite concluir los puntos clave que podrían empeorar la situación de las poblaciones (Reyes, 2002), razón por la que se presenta un esbozo de la epidemiología y su efecto frente a las conductas suicidas.

Frente a los antecedentes se encontró que si bien existen hallazgos nacionales e internacionales frente a conductas suicidas, las investigaciones locales son nulas, respecto a epidemiología de las conductas suicidas se destaca el trabajo realizado por Villalobos-Galvis (2009) en la ciudad de San Juan de Pasto, ya que esta temática no ha sido explorada.

METODOLOGIA

Tipo de estudio

El presente estudio es cuantitativo epidemiológico, porque pretende establecer la frecuencia, distribución, índices e incidencia de las conductas suicidas en estudiantes de secundaria de la ciudad de Ipiales, además de conocer los factores asociados a dichos comportamientos (Fernández, 2001). Adicionalmente, esta investigación se considera de tipo descriptivo-correlacional, pues además de describir cada una de las variables de estudio, se evaluará el grado de relación entre ellas (Sáenz y Tinoco, 1999). Para esto el diseño de la presente investigación es de tipo transversal (Hernández, Garrido y López, 2000), puesto que busca indagar, en un momento dado, la magnitud y la distribución de la conducta suicida en los estudiantes de secundaria de la ciudad de Ipiales y obtener una descripción de factores que puedan generarlas.

Participantes

Muestreo

Para seleccionar la muestra se llevó a cabo un muestreo probabilístico multietápico que implicó un muestreo aleatorio simple de conglomerados (cursos), estratificado por sector (oficial y privado) y por grado académico (6 a 11), con la participación final de voluntarios. Durante la primera etapa se escogieron 3 instituciones educativas oficiales y 2 instituciones educativas privadas; en la segunda etapa se escogieron al azar varios cursos por cada grado y en la tercera etapa se invitó a participar a todos los estudiantes de los cursos seleccionados; sin embargo solo participaron aquellos que estaban autorizados por la firma de padres o acudientes y la propia (autorización informada para padres de familia y estudiantes) (véase anexo 1). Quien no cumplió con los requisitos o no tenía intención de participar diligenció un formato de no respuesta que recolectaba datos anónimos de género, edad, institución educativa y grado (véase anexo 2).

Muestra

El tamaño de muestra se calculó basándose en una muestra de población finita (585 estudiantes de Ipiales), con una presencia esperada de las conductas suicidas del 30% (Villalobos-Galvis, 2009a), un error máximo del 0,04% y una confiabilidad del 0.95% (Aguilar, 2005).

La muestra estuvo conformada por 585 estudiantes de instituciones educativas oficiales y privadas de la ciudad de Ipiales, de los cuales 287 (49,1%) corresponden al género femenino y 298 (50.9%) al género masculino. Las edades oscilaron entre los 10 y los 19 años de edad con una media de 13,97 y una desviación estándar de 1,976, siendo el de 14 años de edad el grupo con mayores frecuencias (n= 109, 18,6%). Con respecto a los grupos de edad, el rango que presentó más casos fue el de adolescencia temprana (12 a 14 años) con el 49,1%, mientras que las menores frecuencias se dieron en la adolescencia tardía (18 a 19 años) con un 3,2%. Por otra parte el grado 9 presentó mayor número de casos (25,5 %). La muestra escogida aleatoriamente contó con la participación de 530 estudiantes de colegios oficiales (90,6%) y 55 de colegios privados (9,4%). Las instituciones que apoyaron esta investigación fueron: Institución

Educativa Ciudad de Ipiales (40,2%), Institución Educativa Seminario (43,9%), Institución Educativa Alfonso López (6,5%), Institución Educativa Jesús de Nazaret (3,1%) y la Institución Educativa San Felipe Neri (6,3%).

Instrumentos

Para la recolección de información se aplicaron los siguientes instrumentos; encuestas; que indagan acerca de estructura familiar, desempeño percibido en diferentes áreas de la vida y presencia de consumo de sustancias psicoactivas (véase Anexo 3). Por otra parte se utilizó la Cédula de Indicadores Para suicidas (CIP) versión adaptada (véase Anexo 4) conformada por preguntas que interrogan sobre las Lesiones Auto infligidas Deliberadamente y los Intentos Suicidas a lo largo de la vida, con el fin de conocer la ocurrencia del intento y el número de intentos en la vida, la edad del único o último intento, los motivos y los métodos (Gonzales-Forteza *et al*, 1997-2002; *versión adaptada*).

Además para identificar los eventos vitales estresantes en adolescentes y jóvenes, se aplicó la prueba eventos vitales estresantes para adolescentes de la Universidad de Nariño [EEVA-Udenar] (véase Anexo 5) que contiene 28 sucesos vitales, que el evaluado debió señalar si los ha vivido o no en los últimos 6 meses y, en caso positivo, determinar en qué medida le afectó, con una escala Likert de 3 opciones (mucho, poco o nada). La prueba fue validada por medio de la técnica de revisión de jueces, quienes evaluaron la escala en términos de su suficiencia, relevancia y claridad. En este sentido la evaluación dada por los jueces fue de 0,97, 0,95 y 0,96, respectivamente. La escala mostró igualmente altos niveles de estabilidad, al hallarse una correlación de 0,79 ($p < 0,001$), entre dos aplicaciones con una diferencia de 2 meses (Villalobos-Galvis, 2009b).

Procedimiento

La presente investigación inició con la presentación verbal y escrita del proyecto de investigación a un representante de cada una de las instituciones educativas. Con el permiso concedido por cada institución se proporcionó información verbal y escrita a los estudiantes y padres de familia de los cursos seleccionados, informándoles del proceso y solicitando su aceptación para participar

como voluntarios en el estudio a través del consentimiento informado y posteriormente se procedió a aplicar la prueba solo a los estudiantes que cumplieron con los requerimientos.

Consideraciones éticas y bioéticas

La ejecución de la presente investigación se rigió bajo parámetros éticos determinados por el Ministerio de Salud de Colombia en la Resolución 008430 de 1993, la cual en su Capítulo 1 menciona los aspectos éticos relacionados con la investigación en seres humanos.

Es importante señalar que desde la clasificación de las investigaciones que se realizan en este documento, el riesgo para la presente investigación es mínimo puesto que implica solamente la aplicación de pruebas psicológicas, además no interviene o modifica intencionadamente variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los participantes .

Los datos recolectados mediante las pruebas se utilizaron con fines únicamente informativos y estadísticos, por lo que la información suministrada por los participantes es de suma reserva, como se describe en el Artículo 2 del Código Deontológico del Psicólogo, en el que se indica que el psicólogo realiza la investigación respetando la dignidad y el bienestar de las personas que participan en esta y con pleno conocimiento de las normas legales y de los estándares profesionales que regulan la conducta de la investigación con participantes humanos, respetando así el derecho a la integridad como individuos. Es entonces importante resaltar que la participación en la investigación fue anónima, evitando prevenciones frente a la participación en la aplicación de la prueba.

Con el fin de evitar inconvenientes inherentes a la participación de menores de edad, se presentó un formato de autorización informada, que fue firmado por al menos uno de los padres de familia o acudientes y el participante, aprobando su participación en la investigación. Este formato indicaba claramente, mediante una serie de interrogantes con su respectiva respuesta, toda la información pertinente acerca del estudio: nombre de la investigación, en qué consiste, responsables,

objetivo, participantes potenciales y consecuencias de la no participación, entre otras, que le permitieron al participante y a sus padres o acudientes tener una idea más clara de la actividad. A estas aclaraciones se adjuntó un formato escrito en el que el padre o acudiente declaró que conocía los parámetros de la participación de su hijo en la investigación y los aceptaba, respaldando con su firma y número de identificación. De igual manera, el participante previo al diligenciamiento de la prueba, confirmó y aceptó con su firma las condiciones planteadas en el estudio.

Quienes cumplieran con la aprobación del consentimiento de sus padres/acudientes, pero no tenían intención de participar en la prueba no fueron obligados a participar en ella, sólo diligenciaban el formato de no respuesta. Estas personas fueron apartadas en el salón de clase para no interferir el trabajo de sus compañeros.

RESULTADOS

Prevalencia de la conducta suicida

Con respecto a la prevalencia de las conductas suicidas en la muestra evaluada, se encontró que el 32,4 % de la muestra presenta conductas suicidas, de los cuales 16,7% presentó ideación suicida, 3,1 % planeó en algún momento suicidarse y el 12,6 lo intentó alguna vez en su vida (véase tabla 1).

Tabla 1

Prevalencia de la conducta suicida

Conducta Suicida	Frecuencia	Porcentaje valido %
Ninguna	392	67.6
Ideación	97	16.7
Planes	18	3.1
Intento	73	12.6
Total	580	100

En lo que se refiere a la prevalencia de las conductas suicidas por género, se encontró una diferencia estadísticamente significativa ($\chi^2= 22,602$, g.l=3, $p<0,001$) en la prueba chi cuadrada entre hombres y mujeres. El género femenino presentó tasas más significativas en toda las conductas suicidas (41,1%) comparado con el género masculino (24,1%), siendo la ideación y el intento las conductas suicidas en las que superan significativamente a los hombres, así, por cada hombre que presenta ideación suicida existen 1.3 mujeres con la misma conducta. Con respecto a intento, el porcentaje de ellas superan casi tres veces el porcentaje del género masculino y finalmente la proporción de intento es 2:1, mujer: hombre (véase tabla 2

Tabla 2

Presencia de la conducta suicida por género

Genero	Conducta suicida %				Total casos
	Ninguna	Ideas	Planes	Intentos	
Hombres	75.9	14.6	2.0	7.5	295
Mujeres	58.9	18.9	4.2	17.9	285
Total %	67.6	16.7	3.1	12.6	580

En lo que refiere a los grupos etarios, los preadolescentes son el grupo que presentan menor riesgo de conductas suicidas (16,1%), mientras que la adolescencia media se evidencia como una etapa crítica en la que aumentan las frecuencias de todas las conductas suicidas (39 %) (Véase tabla 3). Por otra parte, la adolescencia tardía, presenta tasas elevadas en ideas (21,1%) y planes (15,8%), sin embargo, esta tendencia no se da para intentos, mientras que el grupo de 15 a 17 años reporta una elevación significativa frente a intentos (18,8%). Las diferencias mencionadas anteriormente, son significativas ($\chi^2=30,943$, g.l=9, $p<0,001$) en la prueba chi cuadrada.

Tabla 3

Presencia de la conducta suicida por grupo etario

Grupo etario	Conducta suicida %				Total casos
	Ninguna	Ideación	Planes	Intentos	
9-11	83.8	13.2	0.0	2.9	68
12-14	68.8	16.8	3.2	11.2	285
15-17	61.1	17.3	2.9	18.8	208
18-19	63.2	21.1	15.8	0.0	19
Total	67.6	16.7	3.1	12.6	580

Los grados escolares con mayor prevalencia en las conductas suicidas fueron los grados 11° (55,6%) y 10° (58,1%), siendo el grado 11° el que presenta mayor riesgo en planes (6,2%) e intentos (18,5%), mientras que respecto a ideas es el grado 10° el que reporta el más alto número de casos (25,8%). Por otra parte, el grado que presenta menor riesgo es el 6° (véase tabla 4).

Tabla 4

Presencia de la conducta suicida por nivel educativo

Nivel educativo	Conducta suicida %				Total casos
	Ninguna	Ideas	Planes	Intentos	
6	80.4	14.0	.0	5.6	107
7	67.3	18.3	5.8	8.7	104
8	63.0	19.6	.0	17.4	46
9	72.5	9.4	2.7	15.4	149
10	58.1	25.8	3.2	12.9	93
11	55.6	19.8	6.2	18.5	81
Total %	67.6	16.7	3.1	12.6	580

Con relación a las conductas suicidas por sector, estas se presentan con mayor número de casos en el sector privado que en el oficial, tendencia que se mantiene en

todas las conductas suicidas, sin embargo no se encontraron diferencias estadísticamente significativas (véase tabla 5).

Tabla 5

Presencia de la conducta suicida por sector

Sector	Conducta suicida %				Total casos
	Ninguna	Ideas	Planes	Intentos	
Oficial	80.4	14.0	.0	5.6	107
Privado	67.3	18.3	5.8	8.7	104
Total%	67.6	16.7	3.1	12.6	580

Relaciones entre Eventos Vitales Estresantes y conductas suicidas

Se evaluaron 28 eventos vitales estresantes, de los cuales 21 presentaban una asociación significativa con las conductas suicidas ($p < 0.05$) (véase tabla 6).

Al analizar la relación que existe entre conductas suicidas y eventos vitales estresantes se encontró que los eventos que representan mayor riesgo para todas las conductas son: la presencia de conductas suicidas en el evaluado o en algunos de sus seres queridos (ítem 25), la presencia de graves problemas emocionales o psicológicos en la familia (ítem 24), el maltrato físico intrafamiliar (ítem 26), que el evaluado haya tenido que vivir alejado de su familia (ítem 5) y los problemas con la ley (ítem 15).

Además de los eventos comunes para las conductas suicidas, sólo dos eventos más se constituyen como signos de alarma respecto a ideación suicida: la victimización de un delito grave (ítem 16) y la presencia de graves problemas emocionales o psicológicos en alguno de los seres queridos (ítem 24).

De igual manera, la suspensión o expulsión del evaluado del colegio (ítem 10) y la ida de la casa de alguno de los familiares cercanos (ítem 14) son los dos factores de alto riesgo en relación con planes suicidas, superando en casi tres veces el porcentaje del comportamiento de la población (3,1%).

Los siguientes eventos superan el porcentaje del comportamiento de la población en casi tres veces, lo cual les atribuye mayor riesgo en lo que se refiere a intento: terminación definitiva de la relación con el novio(a) o pareja o con uno de los mejores amigos(a)s del evaluado (ítem 1), presencia de defecto físico que se nota fácilmente o que incomoda mucho al evaluado (ítem 4), el evaluado vive alejado de la familia (ítem 5), pérdida del empleo, trabajo o negocio de alguno de los padres del evaluado (ítem 12), problemas con la ley (ítem 15), victimización por la guerra o el terrorismo (ítem 17), problemas con las drogas o el alcohol (ítem 21), embarazo de cercana o familiar (ítem 22), graves problemas emocionales o psicológicos en el evaluado o en alguno de sus seres queridos (ítem 24) y maltrato intrafamiliar físico o verbal (ítem 25)(véase tabla 6).

Finalmente, la tabla 6 indica que el 15.8% de los evaluados que han sido suspendidos o expulsados del colegio (ítem 10) idean, planean e intentan suicidarse.

Tabla 6

Eventos vitales estresantes asociados con la conducta suicida

Evento Vital (EEVIT)	Conducta Suicida %				Chi 2	p-valor
	Ningun	Ideas	Planes	Intentos		
1. Rompimiento de relaciones	56.2	19.4	3.5	20.9	23.457	<0.001
4. Defecto físico	55.5	20.3	3.9	20.3	12.748	0.005
5. Vivir lejos de la familia	45.3	18.7	8.0	28.0	29.420	<0.001
6. Discusiones con un ser querido	47.0	24.3	6.0	22.8	101.788	<0.001
7. Padres divorciados	56.1	19.7	4.5	19.7	15.320	0.002
8. Pérdida de un año	60.7	19.0	4.0	16.2	10.270	0.016
10. Expulsión del colegio	52.6	15.8	15.8	15.8	11.007	0.012
11. Problemas de dinero	57.3	19	4.3	19.4	20.364	<0.001
12. Pérdida de empleo o negocio	57.4	16.5	4.3	21.7	12.453	0.006
14. Familiar se fue de la casa	58.7	17.4	6.5	17.4	12.306	0.006
15. Problemas con la ley	46.6	20.7	5.2	27.6	17.234	0.001
16. Víctima de golpiza atraco.	55.4	25.9	2.9	15.8	14.657	0.002

17. Víctima de la guerra o terrorismo	47.1	20.6	5.9	26.5	8.958	0.030
18. Muerte de ser querido o mascota	62.4	19.9	4.9	12.9	11.291	0.010
19. Accidente grave	59.8	20.1	3.0	17.1	9.663	0.022
21. Problemas con la droga o alcohol	53	18.3	4.3	24.3	20.928	<0.001
22. Familiar quedo en embarazo	55	20	3.3	21.7	14.455	0.002
24. Problemas psicológicos	42.2	23.9	5.5	28.4	46.175	<0.001
25. Conductas suicidas seres queridos	32.4	22.1	7.4	38.2	60.206	<0.001
26. Maltrato físico de un familiar a otro	45	20	5.	30	31.749	<0.001
27. Humillaciones en la familia.	47.7	20.5	5.3	26.5	40.502	<0.001
Total	67.5	16.6	3.1	12.8		

Relación entre conductas suicidas y número de eventos vitales estresantes vividos

Por otra parte, con el fin de evaluar la asociación entre el número de eventos vitales que la persona ha vivido y las conductas suicidas, se usó el análisis de varianza de una vía, así mismo se hizo uso de las comparaciones post – hoc con el objetivo de evidenciar la diferencia entre grupos, encontrando que sí existen diferencias entre los grupos con relación a la presencia de eventos vitales estresantes y conducta suicida, ($f= 44,172$, $gl= 3/ 387$ $p <000,1$), se observa además que a medida que las personas reportan una conducta suicida más grave hay mayor cantidad de estos eventos, así; las personas que no presentaron ninguna conducta suicida tuvieron una media de eventos de 4.88, mientras que los promedios para ideación y planes fueron similares (7,6) y para intento fue de 10.70 (véase figura 1).

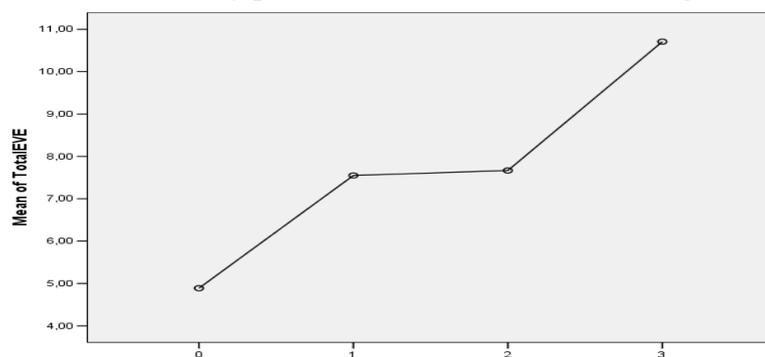


Figura 1 número de eventos para cada conducta suicida

Relación entre consumo de sustancias psicoactivas y conductas suicidas

312 estudiantes de la muestra revelaron que nunca han ingerido bebidas alcohólicas, de igual manera 485 aseguraron no haber consumido cigarrillo en ninguna ocasión y el mayor número de casos en relación a la ausencia del consumo se presenta en relación al bazuco (513).

Con respecto a la relación entre consumo de sustancias psicoactivas y conductas suicidas, la información recolectada indica que el consumo de alcohol tiene relación significativa con las conductas suicidas ($\chi^2=76,080$, g.l=15, $p<0,001$), Así, el consumo de alcohol en repetidas ocasiones durante el mismo día indica mayor riesgo frente a los tres tipos de conducta suicida. Con respecto a ideación y planeación, se observa que una persona que consume alcohol una vez al mes tiene alto riesgo de presentar alguna de estas dos conductas (véase tabla 7).

Tabla 7

Consumo de alcohol asociado con la conducta suicida

Consumo de SPA	Conducta suicida %				
	Ninguna	Ideas	Planes	Intentos	N de casos
nunca consumido	80.4	12.5	1.3	5.8	312
1 vez al año	55	20.5	5.3	19.2	151
1 vez al mes	47.2	27	6.7	19.1	89
1 vez a la semana	59.1	13.6	0	27.3	22
1 vez al día	100	0	0	0	2
varias veces al día	0	0	0	100	2
Total %	67.0	16.8	3.1	12.5	578

Al indagar la relación entre el consumo de cigarrillo y las conductas suicidas, se halló que esta era significativa ($\chi^2=47,120$, g.l=15, $p<0,001$) en la prueba chi cuadrada. De este modo, consumir cigarrillo una vez al mes tiene una incidencia relevante en ideación, respecto a planes un único consumo mensual señala un riesgo

de casi 5 veces y de otro lado, consumir cigarrillo varias veces al día está estrechamente relacionado con intento de suicidio (véase tabla 8).

Tabla 8

Consumo de cigarrillo asociado con la conducta suicida

Consumo de SPA Cigarrillo	Conducta Suicida %				N° casos
	Ninguna	Ideas	Planes	Intento	
Nunca ha consumido	70.9	16.5	2.1	10.5	485
1 vez al año	46.9	22.4	14.3	16.3	49
1 vez al mes	41.2	23.5	0	35.3	17
1 vez a la semana	66.7	8.3	0	25.0	12
1 vez al día	62.5	12.5	0	25.0	8
Varias veces al día	60.0	0	0	40.0	5
Total	67.6	16.8	3.0	12.5	576

Los datos indican que el consumo de bazuco tiene una relación significativa con las conductas suicidas ($\chi^2=22,740$, g.l=6, $p<0,001$), en la prueba chi cuadrada, la tabla 9 revela que el consumir una vez al año y una vez al mes tiene un efecto bastante considerable en planes e intentos de suicidio, respectivamente, sin embargo, consumir bazuco una vez al mes no incide en ideas y planes, pero si en intentos.

Tabla 9

Consumo de bazuco asociado con la conducta suicida

Consumo de SPA Bazuco	Conducta Suicida %				N° Casos
	Ninguna	Ideas	Planes	Intentos	
Nunca ha consumido	67.9	16.9	2.8	12.4	573
1 vez al año	50.0	0	50	0	2
1 vez al mes	0	0	0	100.0	1
Total	67.7	16.8	3.0	12.5	576

Cabe destacar que el instrumento también indagó el consumo de marihuana, cocaína e inhalables (bóxer y tiner), pero al analizar la relación entre estas y las conductas suicidas se encontró que no se presenta una relación significativa entre dichas variables ($p > 0,001$).

Relación entre estructura familiar y conductas suicidas

Con respecto a la relación que existe entre estructura familiar y conductas suicidas, el pertenecer a una familia compuesta y convivir con la madrastra está relacionado significativamente con la conducta suicida ($\chi^2=38,385$, $g.l=12$, $p < 0,001$). Además, una convivencia permanente con ella significa un mayor riesgo frente a los tres tipos de conducta suicida y en especial a intentos. El convivir la mitad del mes con la madrastra es un signo de alarma para pensarlo y convivir durante 8 días del mes con ésta representa un alto riesgo para planearlo (véase tabla 10).

Tabla 10

Tiempo de convivencia con madrastra asociado con la conducta suicida

Estructura familiar Madrastra	Conducta suicida %			
	Ninguna	Ideas	Planes	Intentos
Nunca	68.6	16.2	3.0	12.1
De 15 a 30 días	50.0	50.0	.0	0
De 8 a 15 días	50.0	50.0	.0	0
8 días	50.0	33.3	16.7	0
Siempre	16.7	.0	.0	83.3
Total %	67.7	16.6	3.1	12.6

Al realizar el análisis de la tabla 11, se observa que la convivencia con hermanastros está relacionada significativamente con las conductas suicidas ($\chi^2=33,047$, $g.l=12$, $p < 0,001$), en la prueba chi cuadrada, además el convivir de 15 a 30 días con ellos señala un alto riesgo para pensar en suicidarse. Respecto a planes e intentos una convivencia entre 15 y 30 días representa mayor riesgo; mientras que no convivir con esta figura se relaciona con la ausencia de conductas suicidas.

Tabla 11

Tiempo de convivencia con hermanastros asociado con la conducta suicida

Estructura familiar	Conducta Suicida %			
	Ninguna	Ideas	Planes	Intentos
Hermanastros				
Nunca	69.2	15.7	3.0	12.1
De 15 a 30 días	30.0	30.0	10.0	30.0
De 8 a 15 días	20	80.0	.0	0
8 días	61.5	30.8	7.7	0
Siempre	60	6.7	0	33.3
Total	67.7	16.6	3.1	12.6

Los datos recolectados evidencian que existe una relación significativamente alta entre el tiempo que se comparte con amigos y las conductas suicidas ($\chi^2=26,995$, g.l=12, $p<0,001$), puesto que la convivencia de 15 a 30 días incide significativamente en ideación, el convivir de 8 a 15 días indica un riesgo mayor para planes y la convivencia permanente es un signo de alarma frente a intentos. Los anteriores resultados indicarían que él no convivir con la familia es un factor de riesgo frente a cualquier tipo de conducta suicida.

Tabla 12

Tiempo de convivencia con amigos asociado con la conducta suicida

Estructura familiar	Conducta suicida %			
	Ninguna	Ideas	Planes	Intentos
Amigos				
Nunca	72.7	16.4	2.3	8.6
De 15 a 30 días	67.9	17.9	3.6	10.7
De 8 a 15 días	57.9	15.8	15.8	10.5
8 días	68.4	15.8	7.0	8.8
Siempre	62.6	16.9	1.8	18.7
Total	67.7	16.6	3.1	12.6

La convivencia con el padre, la madre, los hermanos, el padrastro, los tíos-abuelos, la pareja/esposo (a), los hijos y con otros, así como vivir solo fueron

evaluados través del instrumento, pero no se encontró una asociación significativa entre éstos y conductas suicidas ($p < 0,001$).

Relación entre autoeficacia y tipo de conducta suicida

Frente al riesgo que representa la autoeficacia familiar para la presencia de conductas suicidas, se encontró un comportamiento polar: un muy mal desempeño en el área familiar indica un riesgo considerablemente alto de presentar alguna conducta suicida y un excelente desempeño en la misma área indica que no existen riesgos. Por otra parte, se encontró que un desempeño regular señala un alto riesgo frente a ideación y planeación y finalmente, los intentos se ven más influenciados si hay un muy mal desempeño, con una asociación significativa ($\chi^2=90,451$, g.l=12, $p < 0,001$) (véase tabla 13).

Tabla 13

Autoeficacia familiar asociada con la conducta suicida

Autoeficacia Familiar	Conductas Suicidas %			
	Ninguna	Ideas	Planes	Intentos
Muy mala	0	.0	0	100.0
Mala	14.3	14.3	0	71.4
Regular	41.0	23.1	7.7	28.2
Buena	61.0	21.9	3.8	13.3
Excelente	81.3	11.3	1.4	6.0
Total	67.6	16.7	3.1	12.6

Finalmente, la tabla 14 enseña que la relación entre autoeficacia personal y conductas suicidas es significativa ($\chi^2=27,325$, g.l=9, $p < 0,001$). Esta tabla también señala que entre mejor sea la autoeficacia personal, las conductas suicidas disminuyen y que una autoeficacia mala es un factor de riesgo significativo para planes, así como una muy mala autoeficacia lo es para intento. Sin embargo, también se indica que una buena autoeficacia representa un riesgo mayor para ideación.

Tabla 14

Autoeficacia personal asociada con la conducta suicida

	Conductas suicidas %			
	Ninguna	Ideas	Planes	Intentos
Muy mala	25.0	0	0	75.0
Mala	48.4	19.4	6.5	25.8
Regular	62.9	20.8	3.4	12.9
Buena	61.0	21.9	3.8	13.3
Excelente	72.1	14.5	2.7	10.7
Total	67.7	16.6	3.1	12.6

El instrumento evaluaba además la autoeficacia en las áreas académica y social, pero el análisis de la relación entre cada una de éstas y las conductas suicidas indicó que no existe una relación significativa ($p > 0,001$).

Relación entre imitación y conductas suicidas

La imitación juega un papel muy importante en las conductas suicidas, pues el hecho de conocer a alguien que haya muerto por suicidio tiene una incidencia significativa en todas las conductas de los evaluados ($\chi^2=44.502$, $g.l=3$, $p<0,001$), (véase tabla 15).

Tabla 15

Imitación y conductas suicidas

	Conducta suicida %			
	Ninguna	Planes	Ideación	Intento
Conoce a alguien con conducta suicida				
No conoce	76.4	14.3	1.6	7.7
Si conoce	51.2	21.2	5.9	21.7
Total %	67.6	16.7	3.1	12.6

Por otra parte, el hecho de tener un/a novio/a o amigo/a que haya muerto a causa del suicidio tiene mayor influencia en las conductas suicidas de los evaluados,

con una asociación significativa ($\chi^2=17,680$, g.l=3, $p<0,001$) así mismo que algún miembro de la familia nuclear ya sea padre, madre o hermanos hayan muerto por suicidio tiene una influencia significativa para ideas y planes ($\chi^2=12,529$, g.l=3, $p<0,001$), a diferencia de otros familiares y conocidos que no se relacionan significativamente con estas conductas (véase tabla 16).

Tabla 16

Fuente de imitación

Fuente de imitación	Conducta suicida %			
	Ninguna	Ideación	Planes	Intento
Padre, Madre, hermanos				
Si conoce	10	40	10	40
No conoce	64.7	14.7	3.8	16.7
Otros familiares				
Si conoce	66.7	7.4	3.7	22.2
No conoce	62.9	16.3	4.1	16.7
Amigos				
Si conoce	43.6	23.1	5.1	28.2
No conoce	69.5	13.2	3.7	13.6
Conocidos				
Si conoce	61.3	20.4	5.4	12.9
No conoce	64.0	13.6	3.5	18.9

Características epidemiológicas del Intento de suicidio

Con respecto a las características epidemiológicas de quienes reportaron haber intentado suicidarse por lo menos una vez en la vida, la mayoría respondió que se ha autolesionado una sola vez (39.4%), sin embargo el rango de veces varía hasta 10 (véase figura 2).

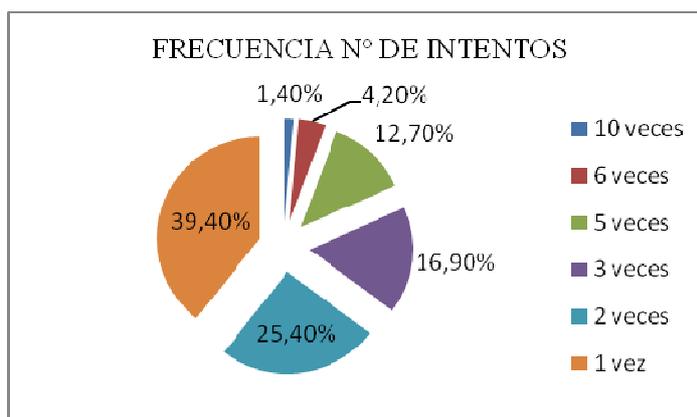


Figura 2. Frecuencia número de intentos

Por otra parte, la edad del primer intento de suicidio se dio entre los 6 y los 17 años, con una frecuencia más elevada en el rango de los 13 a 15 años, lo que implica un 65.7 % de los casos, la edad promedio del primer intento es los 13 años (véase figura 3).

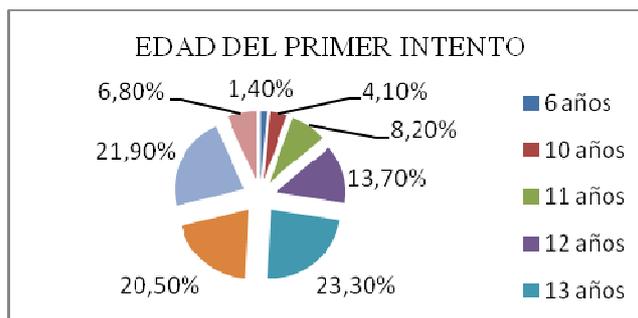


Figura 3. Edad del primer intento

En relación con la importancia que se le atribuía a la vida o a la muerte, la mayoría de los evaluados respondieron que no importaba si vivía o moría (45.1%), sin embargo, un 32.4% sí tenían la intención real de morir, frente a un 22.5% que no tenían la intención de morir (véase figura 4).

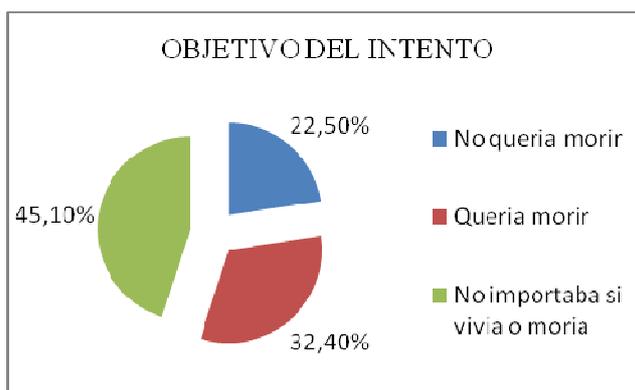


Figura 4. Objetivo del intento

De otra parte, al indagar si recurrió o no a asistencia hospitalaria después del único o último intento, la mayoría no recurrió a esta instancia (71.8%), incluso nadie se enteró del evento, únicamente el 11.3 % acudió a los servicios de salud, y al 14.1% lo ayudó otro tipo de persona (véase figura 5).

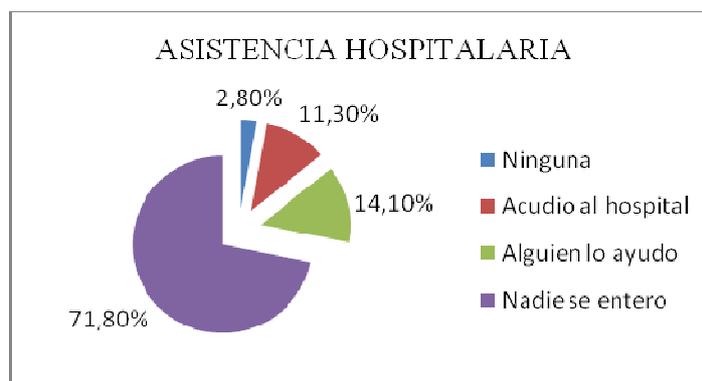


Figura 5. Asistencia hospitalaria

Frente a la posibilidad de morir o vivir a la hora de realizar el intento, la mayoría de los evaluados veían la muerte como algo inseguro (50.7%), mientras que un 1.4% sí tenían claro que el intento iba a causar la muerte inmediatamente (Véase figura 6).

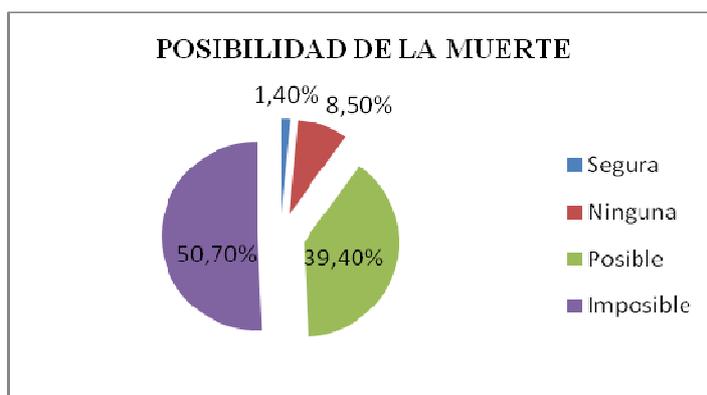


Figura 6. Posibilidad de la muerte

Con respecto al método, el más utilizado para la autolesión fue el corte con un objeto filudo (64,3%), seguido de ahorcarse o ahogarse (26,8%), con una frecuencia alta en hombres y en mujeres, sin embargo ingerir pastillas es más relevante en las mujeres (24,5%) con relación a los hombres (9,5%) (Véase tabla 17).

Tabla 17

Métodos suicidas utilizados por género

Método	% hombres	% mujeres	% total
Pastillas	9.5	24.5	20
Corte con objeto filudo	57.1	67.3	64.3
Ahorcarse. ahogarse o asfixiarse	33.3	24.0	26.8
Veneno	4.8	4.1	4.3
Sobredosis de drogas	0	4.1	2.9
Tirarse de una parte alta	0	2	1.4
Dejar de comer	14.3	18.4	17.1
Ingerir otras cosas	0	2	1.4
de otra forma	0	2	1.4

Los objetivos a alcanzar con el intento de suicidio por parte de los evaluados son: terminar con los problemas (44.3%), seguido de dejar de ser una carga (41,4%), tendencia que se mantiene tanto para hombres como para mujeres, sin embargo

quitarse un sufrimiento tiene una diferencia significativa en las mujeres ($\chi^2=5,326$, g.l=1, $p<0,001$) (véase tabla 18).

Tabla 18

Objetivo a alcanzar por género

Objetivo	% hombres	% mujeres	% Total
Morir	14.3	31.3	26.1
Autocastigo	33.3	20.8	24.6
Castigar a otros	19.0	14.3	15.7
Búsqueda de atención	14.3	24.5	2.4
Terminar los problemas	38.1	46.9	44.3
Quitar un sufrimiento	14.3	42.9	34.3
Dejar de ser una carga	28.6	46.9	41.4
Conseguir beneficios	4.8	2.1	2.9

Para finalizar la fuente de apoyo a la que recurren los evaluados después del único o último intento varía según el género así; mientras que las mujeres buscan más ayuda profesional los hombres no recurren a esta y prefieren recibir ayuda espiritual, sin embargo ambos géneros recurren a los amigos como fuente de apoyo. (Véase tabla 19).

Tabla 19

Fuente de apoyo según género

Fuente de apoyo	% Hombres	% Mujeres	% Total
Profesional	0	12.2	8.5
Espiritual	22.7	8.2	12.7
Familiar	18.2	14.3	15.5
Amigos	23.8	20.4	21.4

DISCUSION

Si bien es cierto, indagar acerca de la epidemiología del suicidio no es tarea fácil, su estudio es prioritario y más aun en la ciudad de Ipiales, en donde se carecía de información, es por eso relevante que los datos hallados en este estudio se conviertan en herramienta fundamental para la prevención de este tipo de conductas, permitiendo un manejo directo de los grupos de riesgo identificados.

Los resultados de este estudio evidencian las características epidemiológicas de las conductas suicidas en estudiantes de secundaria de la ciudad de Ipiales, además de los factores de riesgo asociados a estas conductas. En la muestra evaluada se encontró que el 32,4%, presentan conductas suicidas, de los cuales el 16,7% presenta ideas, el 3.1% ha planeado alguna vez un suicidio y el 12.6% lo ha intentado, cifra que sin restar importancia a las demás se convierte en una señal de alarma y en el factor de riesgo más evidente. La prevalencia de las conductas suicidas en este estudio se dio con un mayor número de casos con respecto a otros estudios a nivel departamental como el de Villalobos (2009a), en el que la prevalencia de las conductas suicidas en estudiantes de secundaria y universitarios se presenta en un 30%, evidenciando que dentro del departamento de Nariño, Ipiales presenta altos índices de conductas suicidas, situación que ha cambiado a través de los años, pese a que el mayor número de casos en Ipiales se dió en el año 2007, esta cifra no superaba las tasas de conductas suicidas en San Juan de Pasto que para tal año eran de 62.3% (Peña, Ortiz y Gutiérrez, 2009) y para el 2009 eran de 30.2% según Villalobos-Galvis (2009).

Este estudio también indica que las características de las personas que presentaron alguna conducta suicida coinciden con los datos demostrados en la literatura científica, en la que la población joven y el sexo femenino predominan frente a este tipo de conductas así: el género femenino (41,1%), se mantuvo por encima del género masculino (24,1%), frente a ideación e intento de suicidio, sin embargo, no se reportó diferencias significativas frente al método utilizado en el intento suicida, pues ambos géneros hacen más uso de objetos corto punzantes para conseguir su objetivo, datos que difieren de los hallados en otros estudios en los que

sí se encontraron diferencias significativas en cuanto al método utilizado, como el de Gonzales, (2001) en el que se señala que el género femenino hace uso frecuente de tóxicos, mientras que el género masculino usa métodos como el arma de fuego y el ahorcamiento, sin embargo, en el presente estudio se encontró que ninguno de los evaluados recurre a mecanismos como arma de fuego y lanzamiento a carro, toda vez que son tan letales que seguramente su resultado no será el de un intento.

Por otra parte, la información recolectada muestra que la adolescencia temprana es el grupo etario que presenta menor riesgo, coincidiendo con los resultados de otros estudios como el Sánchez, Cáceres y Gómez, (2002) que indica que la tasa de conducta suicida es más baja en la etapa infantil e incluso puede ser infrecuente en niños menores de 12 años; además, esta conducta presenta tasas bajas en los grados inferiores de la secundaria como lo afirma este estudio. Sin embargo, lo mencionado anteriormente no significa que este grupo esté exento de incurrir en dichas conductas, pues en los últimos años la incidencia de intentos suicidas en esta etapa ha incrementado (Chávez, Pérez, Macías y Paramo, 2004).

De otra parte, la adolescencia media es el grupo etario con mayor riesgo frente a todas las conductas suicidas, grupo que generalmente cursa grado 10° y 11°, nivel educativo en el que también se encontró un riesgo significativo, mientras que frente a intentos, el riesgo más alto se da entre los 13 y 15 años, siendo los 13 la edad promedio del primer intento; en este sentido Mingote, Jiménez-Arriero, Osorio-Suárez y Palomo (2004), señalan que la incidencia de las conductas suicidas aumentan a los 13 años y alcanza un pico alto entre los 17 y 24 años, situación que preocupa, ya que la presencia de conductas suicidas antes de los 18 años aumenta la probabilidad de presentar conductas suicidas durante la adultez joven.

Los eventos negativos de la vida que se relacionaron significativamente con la presencia de conductas suicidas en la muestra evaluada fue la presencia de conducta suicida en seres queridos, siendo la más relevante para todas las conductas, lo que está estrechamente relacionado con imitación de las conductas suicidas. Seguido a este estresor se encuentran las discusiones con familiares, el rompimiento de relaciones afectivas y vivir alejado de la familia que son los que más afectan y se

relacionan, y que son eventos comunes a los encontrados por Villalobos (2009). La muerte de un ser querido no tuvo relevancia, datos que se diferencian de los obtenidos en el estudio de Rosello y Berrios (2004), en el que se encontró que los eventos que más afectaron a una muestra de jóvenes puertorriqueños fueron el cambio de escuela o trabajo, dificultades económicas, rompimiento de una relación, dificultades con algún miembro de la familia y la muerte de un familiar.

Por otro lado, llama la atención que el divorcio de los padres no tiene una significación elevada dentro de los eventos negativos de la vida, sin embargo sí resulta significativo que los progenitores formen una nueva familia, lo que significa que las adversidades familiares incrementan el riesgo de las conductas suicidas en los adolescentes; por lo general los jóvenes con este tipo de conductas provienen de hogares disfuncionales, con conflictos familiares permanentes y ausencia representativa de autoridad (Barón, 2000).

De otra parte, en cuanto a la asociación establecida entre desempeño en el área familiar y conductas suicidas se halló que el pertenecer a una familia compuesta tiene una relación estrecha con esta conducta, resultados que coinciden con los de otros estudios en los que la desestructuración y fragmentación del núcleo familiar aumenta el riesgo hasta en un 88% y la falta de un soporte familiar aumenta entre 3 y 6 veces la probabilidad de intentos de suicidio (Martínez, Moracén, Madrigal y Almenares, 1998).

Una percepción positiva del área familiar se convierte en un factor protector frente al riesgo que implican las conductas suicidas, por el contrario, una percepción negativa incrementará el riesgo, como se demuestra en el estudio de Reyes y Alonso (2001), quienes exponen que los adolescentes que tenían un concepto negativo del área familiar incurrieron en intentos suicidas (62.5%), mientras que aquellos que mantenían un concepto regular no presentaban tales indicadores (26.8%).

Con respecto al intento, la mayoría de evaluados respondieron haber intentado suicidarse una sola vez, sin embargo, el rango oscilaba hasta diez veces, cifra que pone en evidencia la gravedad de la situación, por otra parte también se evaluó acerca

del primer, único o último intento suicida, encontrando que el 44,4 % lo había intentado hace más de un año, lo que se convierte en uno de los predictores más evidentes y visibles frente a un posible suicidio consumado (Pérez, Ibáñez, Reyes, Atuesta y Suárez, 2008), pues la mayoría de las muertes por suicidio son precedidas por un intento previo, además de que existe un riesgo mayor de volver a intentarlo en menos de un año posterior al primer intento.

La relación existente entre conductas suicidas y las variables contempladas en este estudio (Edad, sexo, nivel escolar, estructura familiar, autoeficacia, consumo de sustancias psicoactivas, eventos vitales estresantes, experiencias vitales), arrojaron una relación significativa, indicando que el consumo de sustancias psicoactivas presenta un riesgo elevado frente a estas, información respaldada por Bella, Fernández y Willington (2010), que encontraron que el 22% de la muestra con conductas suicidas consumían sustancias psicoactivas, sin embargo, en el presente estudio el alcohol es la sustancia que consumida varias veces al día indica mayor riesgo para un intento suicida directo sin necesidad de pensarlo, ni planearlo. En el estudio realizado por Vicuña (2003), se encontró que el alcohol es un factor presente entre el 25 y el 50% de todos los intentos y suicidios.

A diferencia del planteamiento realizado por Moscicki (sin dato), en el presente estudio no se halló relación significativa entre el consumo de marihuana y la conducta suicida, lo que evidencia que en la muestra evaluada el consumo de esta sustancia no es frecuente y en el caso de consumirla no presentó relación significativa con las conductas suicidas.

Al indagar acerca de la intencionalidad del único o último intento se encontró que el 32.4% tenían la intención clara de morir, mientras que el resto de la muestra no tenía claridad frente a la letalidad del método, lo que en la literatura científica se denomina parasuicidio y que refiere a todo acto deliberado e infringido contra sí mismo, que no tiene como resultado la muerte y que probablemente el sujeto utiliza como medio para comunicar sus necesidades afectivas y emocionales (Basile, 2009),

Los objetivos principales que los evaluados pretendían alcanzar al incurrir en alguna conducta suicida fueron; terminar con los problemas, dejar de ser una carga y quitarse un sufrimiento, motivos que se presentaron de manera similar en ambos géneros, por su parte Chávez *et al* (2004) reafirma este resultado cuando plantea que dentro de los indicadores de ideación e intento de suicidio se encuentran; pensar la gran parte del tiempo en acabar con su vida para terminar con todos sus problemas y en dejar de ser una carga para sus seres cercanos, pensamientos que en los adolescentes pueden ser traducidos como: la expresión de un deseo de cambio o poner fin a una situación difícil en la que se encuentra (Barón, 2000).

De otra manera, un dato preocupante que resulta de esta investigación hace referencia a que el 71.8% de quienes han intentado suicidarse no recibieron asistencia hospitalaria e incluso nadie se enteró del hecho, situación que exige un compromiso serio por parte de los servicios de salud no sólo en lo relacionado a atención sino también frente a la detección precoz de estas conductas, sin embargo, quienes sí acuden a alguna fuente de apoyo, prefieren hacerlo con sus amigos, lo que evidencia que durante la adolescencia se crean relaciones estrechas con el grupo de pares.

En contraste, los amigos pueden convertirse en un modelo a seguir como en el presente estudio en el que se evidencia que el 28.1% de los evaluados que intentaron suicidarse tenían amigos que se suicidaron, con una asociación significativa, incluso por encima del modelo que representan los padres en este tipo de conductas, resultados que coinciden con la mayoría de los autores y que corroboran que las conductas suicidas pueden ser aprendidas por imitación a un familiar o amigo, pues con frecuencia se encuentra que alguien que intento suicidarse tenía familiares o amigos con este tipo de conductas, lo que se considera un factor de riesgo (Martínez, Moracén, Madrigal y Almenares, 1998).

Para finalizar, todo lo anteriormente expuesto muestra entonces que en la ciudad de Ipiales si existe una situación grave de conductas suicidas dejando de ser sólo un mito y convirtiéndose en una realidad confirmada científicamente y respaldada por datos reales, panorama que de no ser manejado a tiempo terminará en un problema mayor.

CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES

El estudio de las conductas suicidas dio paso a su caracterización epidemiológica en estudiantes de secundaria de la ciudad de Ipiales, lo que se refleja en los resultados obtenidos que dan cuenta de la presencia de ideas, planes e intentos suicidas. Se puede decir respecto a ello, que en la ciudad de Ipiales los estudiantes de secundaria presentan altos índices que confirman la referencia que se tiene de la ciudad frente al suicidio, pues supera en gran medida los promedios históricos nacional y departamental, afirmación respaldada desde hoy con cifras reales y resultados de un estudio formal (Peña, *et al.*, 2009). Encontrando que la adolescencia media es el grupo etario más vulnerable, mientras que los preadolescentes se constituyen como el grupo que menor riesgo tiene, sin embargo sus cifras no dejan de ser preocupantes y requieren de una atención prioritaria.

Por otra parte el estudio permitió establecer y confirmar que el género femenino presenta una mayor prevalencia con respecto a todas las conductas suicidas, siendo el intento la conducta que mas prevaleció por encima del género masculino, quienes utilizan métodos mas letales como; corte con objeto filudo, ahorcarse, asfixiarse o ahogarse, mientras que el género femenino acude a la ingesta de pastillas, un dato interesante indica que ninguno de los evaluados utiliza métodos como; arma de fuego o tirarse a un carro para lograr su objetivo, dato que pone en manifiesto que la efectividad del intento depende de la accesibilidad que el sujeto tiene frente a los métodos, por lo que es recomendable que los padres de familia tengan especial cuidado con la disponibilidad de métodos como; armas de fuego, pastillas, fumigantes, sogas elementos que podrían representar un riesgo para los niños y adolescentes.

El presente estudio estableció la relación entre conductas suicidas y diferentes variables, que si bien es cierto, no todas resultaron tan significativas, aportaron en gran medida a dimensionar la esfera real de esta problemática.

La identificación de la relación existente entre las conductas suicidas y las variables contempladas para la ejecución de la investigación es una novedad, al igual que el estudio en general, convirtiéndose en una herramienta de apoyo para las

diferentes instituciones que pueden intervenir en la prevención de este fenómeno y en la adecuada focalización de campañas educativas, trabajo que evidenciará sus resultados si se tiene en cuenta las recomendaciones que refieren al seguimiento cuidadoso de las personas que han presentado un primer intento y que tienen un mayor riesgo de repetir dicha conducta.

Se sugiere también crear estrategias que fortalezcan un registro real, dado que el estudio indicó que más de la mitad de la muestra evitaba atención asistencial originando el subregistro. También se considera necesario continuar realizando estudios epidemiológicos que actualicen los datos y revaliden la información, no sólo de la población infantojuvenil, sino también de otros grupos que contribuyan a brindar información valiosa y a ampliar los hallazgos en la ciudad.

Para finalizar este estudio será entregado a la comunidad educativa de la Ciudad de Ipiales con el objeto de que se difundan y se evalúen los resultados y de esta manera crear la necesidad de una intervención psicosocial que permita prevenir este flagelo de manera real y asertiva en la comunidad afectada. De otra parte los efectos que tenga este estudio dependerán también del control y seguimiento que se le hagan a cada uno de los casos reportados durante el proceso de trabajo de campo.

Las limitaciones fueron escasas, pero al constituirse este como el primer estudio que contempla conductas suicidas y epidemiología realizado en la ciudad, se presentaron con respecto a la carencia de estudios de las conductas suicidas y de estudios epidemiológicos. Si bien los funcionarios de las instituciones a las que se acudió para la obtención de información presentaban disposición para colaborar, no poseían información epidemiológica relevante. Por otra parte, la mayor limitación la constituyó la preocupación e incertidumbre de los directivos de las instituciones educativas y los padres de familia frente a esta temática, ratificando los prejuicios que se le atribuyen a la conducta suicida, dificultad superada mediante el manejo argumentativo que se le dio a la situación.

REFERENCIAS

- Aguilar, S. (2005). Fórmulas para el cálculo de la muestra en investigación de la salud, *Revista de Salud de Tabasco*, 11 (1), 333-338. Recuperado el día 22 de febrero de 2010 de la base de datos REDALYC.
- Amezquita, M., González, E., Zuluaga, D. (2003). Prevalencia de la depresión, ansiedad y comportamiento suicida en la población estudiantil de pregrado de la Universidad de Caldas, año 2000. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 4, 341-356.
- Barón, O. (2000). Adolescencia y suicidio. *Psicología desde el Caribe*, 6, 48 – 69.
- Basile, H. (2009, Agosto 3). *Prevención del suicidio*. Primer Congreso Internacional de Suicidio. [CD-ROM]. San Juan de Pasto.
- Bella, M., Fernández, R. y Willington, J. (2010). Intento de suicidio en niños y adolescentes: depresión y trastornos de conducta disocial como patologías más frecuentes. *Revista Argentina de Pediatría*, 2, 154-129.
- Charón, M., Vargas, E. y Mesa L. (2001). Análisis comparativo de la conducta suicida en un área de salud. *Revista Cubana de Enfermería*, 17 (1), 51-55. Recuperado el día 12 de febrero de 2010, de la base de datos SCIELO.
- Chávez, A., Pérez, R., Macías, L. y Páramo, D. (2004). Ideación e intento suicida en estudiantes de nivel medio superior de la Universidad de Guanajuato. *Acta Universitaria*, 14, 12-20.
- Delgado, A., Insuasty, D. y Villalobos-Galvis, F. (2004). Factores de riesgo asociados a la conducta suicida. *Universidad y Salud*, 5, 60-76.
- Fernández, P. (2001). Epidemiología: conceptos básicos. Tratado de epidemiología clínica. 4 (1). Disponible en www.fisterra.com/mbe/invstiga/6tipos-estudios.pdf
- García de Jalón, E. y Peralta, V. (2002). Suicidio y riesgo de suicidio. *Anales*, 25(3), 87-96.

- Gómez, C., Rodríguez, N., Bohórquez, A., Diazgranados, N., Ospina, M. y Fernández, C. (2002). Factores asociados al intento de suicidio en la población colombiana. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 31 (4), 293-297.
- González-Forteza, C., Villatoro, J., Alcántar, I., Medina-Mora, M., Fleiz, C., Bermúdez, P. y Amador, N. (2002). Prevalencia de intento suicida en adolescentes estudiantes en la Ciudad de México: 1997-2002. *Salud Mental*, 25(6), 1-12.
- Hernández, M., Garrido, F., López, S. (2000). Diseño de estudios epidemiológicos. *Salud pública*, 42 (2), 144-154. Recuperado el día 26 septiembre de 2009 de la base de datos de SCIELO.
- Martínez, A., Moracén, I., Madrigal, M. y Almenares, M. (1998). Comportamiento de la conducta suicida infantojuvenil. *Revista Cubana de Medicina General Integrada*, 14 (6), 554-559.
- Mingote, J., Jiménez-Arriero, M., Osorio-Suárez, R. y Palomo, T. (2004) Suicidio: asistencia clínica [versión electrónica], *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 91,151-152.
- Monge, J., Cubillas, M., Román, R., y Valdez, E. (2007). Intentos de suicidio en adolescentes de Educación Media Superior y su relación con la familia. *Psicología y Salud*, 17 (001), 45-51. Recuperado el 15 de febrero de 2010, de la base de datos REDALYC..
- Moscicki, E. (sin dato). Suicidio en la infancia y la adolescencia. *Familia Schola*. Londres. Disponible en http://www.familianova-schola.com/files/suicidio_infancia_adolescencia.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2008). *Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud*. Recuperado el día 26 de septiembre de 2009, del sitio web de la Organización Mundial de la Salud: [http:// www.oms.org.com](http://www.oms.org.com)

- Peña, M., Ortíz, Y. y Gutiérrez, M. (2009). El suicidio en Nariño: una mirada desde los observatorios del delito de cinco municipios del departamento. *Pensamiento Psicológico*, 6(13), 97-107.
- Pérez, I., Ibáñez, M., Reyes, F., Julio, C., Atuesta, J. y Suárez, M. (2008). Factores asociados al intento suicida y a las ideas suicidas persistentes en un centro de atención primaria de Bogotá 2004-2006. *Revista de Salud Pública*, 10(3), 374-385.
- Reyes, G. (2002). Epidemiología de la conducta suicida. *Revista. Cubana de Medicina General Integrada*, 18, 139-142. Recuperado el 08 de Febrero de 2010 de la base de datos SCIELO.
- Reyes, W. y Alonso, A. (2001). Factores epidemiológicos y psicosociales que inciden en los intentos suicidas. *Revista Cubana de Psiquiatría*. 17 (2) ,55-63. Recuperado el día 17 de julio de 2010, de la base de datos REDALYC.
- Rossello, J. y Berríos, M. (2004). Ideación Suicida, Depresión, Actitudes Disfuncionales, Eventos de Vida Estresantes y Autoestima en una Muestra de Adolescentes Puertorriqueños/as. *Interamerican Journal of Psychology*, 38(2), 299.
- Sáenz, D. y Tinoco, Z. (1999). Introducción a la investigación científica. *Revista Fármacos*. 12 (1), 68-71.
- Sánchez, R., Cáceres, H., y Gómez, D. (2002). Ideación suicida en adolescentes universitarios: Prevalencia y factores asociados. *Biomédica*, 2 (2). Recuperado el 24 de octubre de 2009 de la Base de datos REDALYC.
- Taborda, L. y Téllez J. (2004). El suicidio en cifras. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 24-41. Disponible en: <http://www.psiquiatriabiologica.org.co>.
- Tuesca, R. y Navarro, E. (2003). Factores de riesgo asociados al suicidio e intento de suicidio. *Revista Salud Uninorte*, 17. Recuperado el 16 de febrero de 2010 de la base de datos REDALYC.

- Valdés, B. y Núñez, P. (2007). Estudio de los adolescentes con intento suicida. *Infomed*. Recuperado el día 7 de julio de 2010. Disponible en <http://www.sabetodo.com/contenidos/EEIkFlupVpXhmCvkWN.php>.
- Vicuña, Alberto. (2003). “Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria y Salud Mental para la Atención Primaria de Salud: Elementos para el manejo de la Conducta Suicida en la Atención Primaria de Salud”. Recuperado el día 26 de septiembre de 2009. Disponible en <http://www.psiquiatriasur.cl/>
- Villalobos-Galvis, F. (2009). Situación de la conducta suicida en estudiantes de la ciudad de San Juan de Pasto, Colombia. *Revista Salud Mental*, 32 (2), Recuperado el 26 de septiembre de 2010 de la base de datos REDALYC.

ANEXOS

ANEXO 1

DOCUMENTO DE AUTORIZACIÓN INFORMADA PARA PADRES O ACUDIENTES

¿Cuál es el nombre de la investigación?

Estudio epidemiológico de las conductas suicidas en estudiantes del municipio de Ipiales.

¿En qué consiste esta investigación?

El objetivo de este estudio es estimar la prevalencia de las conductas suicidas en estudiantes del municipio de Ipiales, teniendo en cuenta variables como género, nivel educativo y edad, lo cual servirá como referencia para aportar a la prevención del suicidio en Ipiales.

¿Quién es el responsable de esta investigación?

Este proyecto es adelantado por las Psicólogas Egresadas Diana Carolina Cristancho Bernal y Erika Patricia Chamorro Rodríguez y asesorado por el Doctor en Psicología Clínica y de la Salud Fredy Hernán Villalobos Galvis, como parte del trabajo de grado para la optación del título de Psicólogas por la Universidad de Nariño.

¿Por qué se hace esta investigación?

Esta investigación busca aportar a la promoción de la salud y a la prevención de la conducta debido al aumento progresivo de las conductas suicidas en adolescentes del municipio de Ipiales. La muestra elegida es una referenciación de la juventud ipialeña, lo que permitirá establecer datos epidemiológicos como vulnerabilidad respecto a la edad, género, nivel educativo, entre otros.

¿En quiénes se hará la investigación?

Los cuestionarios se aplicarán a una muestra representativa de estudiantes del municipio de Ipiales. Para seleccionar a los participantes de esta investigación, se escogerán al azar algunos cursos de una institución, de tal manera que todas las

personas que hagan parte de dichos cursos saldrán automáticamente elegidas para participar en el estudio.

¿Qué deben hacer las personas que participan en esta investigación?

Responder las encuestas y la prueba psicológica que evalúan: estructura familiar, consumo de SPA, desempeño en áreas de la vida, experiencias vitales y eventos vitales estresantes en adolescentes. La prueba se aplicará en una sola jornada durante el horario de clase, si la institución así lo permite.

¿Qué molestias o riesgos puede llegar a tener quien participe en la investigación?

La aplicación de la prueba no genera riesgos para el participante.

¿Por qué se hace esta investigación con adolescentes y jóvenes?

Porque se busca realizar un abordaje epidemiológico en estudiantes adolescentes con el fin de prevenir conducta suicida en esta etapa del ciclo vital que presenta vulnerabilidad ante el suicidio.

¿Qué beneficios se obtienen de esta investigación?

El beneficio es colectivo ya que al finalizar se proporcionaran estimaciones certeras y objetivas acerca de esta conducta que a su vez evitará casos nuevos.

¿Qué pasa si mi hijo o yo tenemos alguna pregunta?

Cualquier inquietud o pregunta que tanto usted como su hijo tengan sobre la investigación, los cuestionarios, etc., pueden plantearla, en cualquier momento, al investigador responsable o al equipo de psicólogos que las aplicarán. Igualmente, el investigador responsable tiene la obligación de brindarle información relevante, obtenida durante la aplicación de los cuestionarios, aún cuando dicha información pueda afectar su interés por participar en la investigación.

¿Qué pasa si mi hijo no quiere participar o si yo no quiero que él participe en la investigación?

Ante todo la participación es voluntaria; Para que un estudiante participe deberá cumplir con los requisitos de autorización informada.

¿Qué pasa si mi hijo o yo no queremos participar en la investigación, pero él ya respondió los cuestionarios?

Si el estudiante o sus padres deciden retirarse de la investigación, el equipo procederá a eliminar los datos obtenidos y a destruir el cuestionario respondido, sin que ello acarree ninguna consecuencia, no quedara registro de nombres ya que la participación es anónima.

¿Puedo tener una copia de los resultados de mi hijo?

No, no se entregaran informes, dado que el diligenciamiento de los instrumentos es anónimo. Se proporcionará un informe global a las directivas de la institución para la adopción de medidas en caso de considerarse necesario.

¿Qué pasa si, al contestar los cuestionarios, mi hijo se da cuenta de que quiere o necesita ayuda psicológica?

(Entre el investigador principal y las con investigadoras actualmente se considera la opción de atención clínica a quien lo requiera, mediante la gestión de un espacio formal)

En esta investigación, ¿Cuál es la responsabilidad de la institución educativa en la que está matriculado mi hijo?

La responsabilidad de la investigación es únicamente de las investigadoras responsables. La Institución Educativa permitirá la aplicación los cuestionarios y facilitará los espacios.

AUTORIZACIÓN INFORMADA

Si su decisión es que su hijo(a) NO PARTICIPE en la investigación, por favor NO FIRME la hoja, simplemente devuélvala. Pero si su decisión es que SI PARTICIPE, por favor diligencie lo que hay en el siguiente cuadro. Gracias.

Por medio de la presente autorizo que _____, quien está bajo mi custodia legal, participe en la investigación denominada “Estudio epidemiológico de las conductas suicidas en estudiantes del municipio de Ipiales”.

Declaro que he leído y comprendido el documento informativo, y que se me han aclarado los aspectos relacionados con el objetivo, los participantes, el procedimiento, los posibles riesgos y molestias y los beneficios que implica esta investigación.

Declaro que no he sido sometido a ningún tipo de presiones y que mi decisión de participar en esta investigación es completamente voluntaria.

Entiendo que conservo los derechos de retirarme del estudio en cualquier momento, de que la información será manejada de manera confidencial, de hacer preguntas en cualquier momento y de ser informado de datos relevantes de la investigación, en los términos que se expresan en el documento informativo.

En constancia se firma en Ipiales, a los ____ días, del mes de _____, del año __

	Nombre	Firma	Teléfono de contacto
Representante			
Co investigadora 1	Erika Chamorro R.		3017375140
Co investigadora 2	Diana Cristancho.		3113742949
Testigo 1			
Testigo 2			

ANEXO 2

FORMATO DE NO RESPUESTA

Este formato será diligenciado solo por aquellos que no deseen participar en la investigación y solo será utilizado para fines estadísticos.

GENERO:	_____
EDAD:	_____
GRADO:	_____
INSTITUCIÓN EDUCATIVA:	_____
GRACIAS	

ANEXO 3

CUESTIONARIO

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Sexo: Hombre_____ Mujer_____ Edad: _____años Consecutivo: _____

Curso _____ Institución: _____

A continuación encontrarás varios cuestionarios que te van a preguntar sobre algunos aspectos personales. Por favor lee detenidamente las instrucciones, las frases y las opciones de respuesta y luego marca con una X en la respectiva casilla. No te demores mucho en responder cada pregunta.

Por último, recuerda que esta encuesta es anónima y que NO hay respuestas buenas o malas, por eso te pedimos que respondas de la forma más honesta posible.

GRACIAS POR TU COLABORACIÓN

		Tiempo que compartes con cada uno de ellos			
Miembro de la familia		Siempre	8 días	De 8 a 15 días	De 15 a 30 días
Padre					
Madre					
Hermanos					
Padrastra					
Madrastra					

Hermanastros					
Tíos –abuelos					
Pareja esposo (a)					
Hijos					
Amigos					
Otros					
Solo					

ESTRUCTURA FAMILIAR

Señala con una X las personas que conforman tu núcleo familiar y el tiempo que compartes con cada uno de ellos

AUTOEFICACIA AREAS DE LA VIDA

¿Cómo evaluas las siguientes áreas de tu vida? Responde para cada una de las áreas.

AREA	Excelente	Buena	Regular	Mala	Muy mala
a) académica: tu desempeño académico.					
b) Familiar: Las relaciones con tu familia.					
c) Social: las relaciones con tus amigos.					
d) personal: Tu mismo, tu salud, tu imagen etc.					

CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

Durante el último año ¿con que frecuencia consumiste cada una de las siguientes sustancias?

SUSTANCIA	FRECUENCIA					
	Nunca he consumido	Una vez al año	Una vez al mes	Una vez a la semana	Una vez al día	Varias veces al día
Alcohol						
Cigarrillo						
Marihuana.						
Bazuco						
Cocaína						
Inhalables (bóxer, tiner)						

ESCALA DE EVENTOS VITALES ESTRESANTES PARA ADOLESCENTES DE LA UNIVERSIDAD DE NARIÑO – EEVA UDENAR

A continuación encontrarás una lista de situaciones que las personas a veces viven. Por favor lee atentamente cada frase y recuerda si has vivido esa situación en los últimos 6 meses. Si la viviste, marca SI y luego especifica qué tanto te afectó. Si NO la viviste, marca NO y pasa a la siguiente situación. Marca con una X en la casilla respectiva.

Nota:

En varias frases se habla de tus SERES QUERIDOS, ten en cuenta que esto se refiere a tus padres, hermanos, familiares cercanos, novio o novia, pareja, mejor amigo o mejor amiga.

Lee cuidadosamente las palabras que están entre paréntesis ya que ellas te aclaran la respectiva frase.

¿Viviste esta situación en estos 6 meses?	No	Si	¿Qué tanto te afectó?	Mucho	Poco	Nada
---	----	----	-----------------------	-------	------	------

1. Se terminó definitivamente tu relación con tu novio(a) o pareja, o con uno de tus mejores amigos(a)s	No	Si	¿Qué tanto te afecto?	Mucho	Poco	Nada
2. Tú o alguno de tus <i>seres queridos</i> se cambió de casa, de barrio o de ciudad.	No	Si	¿Qué tanto te afecto?	Mucho	Poco	Nada
3. Cambiaste (o te cambiaron) de colegio/ universidad o de grupo de compañeros	No	Si	¿Qué tanto te afecto?	Mucho	Poco	Nada
4. Tienes un defecto físico que se nota fácilmente o que te incomoda mucho.	No	Si	¿Qué tanto te afecto?	Mucho	Poco	Nada
5. Tuviste que vivir alejado de tu familia.	No	Si	¿Qué tanto te afecto?	Mucho	Poco	Nada
6. Has tenido peleas o discusiones graves con un <i>ser querido</i> .	No	Si	¿Qué tanto te afecto?	Mucho	Poco	Nada
7. Tus padres se divorciaron, se separaron o tuvieron muchas peleas	No	Si	¿Qué tanto te afecto?	Mucho	Poco	Nada
8. Perdiste el año o una materia y tienes que repetirlo o recuperarla	No	Si	¿Qué tanto te afecto?	Mucho	Poco	Nada
9. Otras personas se burlaron de ti por tus bajas calificaciones	No	Si	¿Qué tanto te afecto?	Mucho	Poco	Nada
10. Te suspendieron o te expulsaron del colegio/universidad	No	Si	¿Qué tanto te afecto?	Mucho	Poco	Nada
11. En tu familia hubo graves problemas de dinero	No	Si	¿Qué tanto te afecto?	Mucho	Poco	Nada
12. Alguno de tus padres perdió el empleo, trabajo o negocio	No	Si	¿Qué tanto te afecto?	Mucho	Poco	Nada
13. Hay nuevas personas viviendo en la casa, por ejemplo: hermano(a), hermanastro(a), padrastro, madrastra, familiar, etc.	No	Si	¿Qué tanto te afecto?	Mucho	Poco	Nada
14. Alguno de tus familiares cercanos	No	Si	¿Qué tanto	Mucho	Poco	Nada

(padres o hermanos) se fue de la casa.			te afecto?			
15. Tu o alguno de tus <i>seres queridos</i> tuvo problemas con la ley (fue perseguido, arrestado o encarcelado)	No	Si	¿Qué tanto te afecto?	Mucho	Poco	Nada
16. Tu o alguno de tus <i>seres queridos</i> fue víctima de un delito grave (golpiza, atraco, secuestro, asesinato)	No	Si	¿Qué tanto te afecto?	Mucho	Poco	Nada
17. Tu o alguno de tus <i>seres queridos</i> fue víctima de la guerra o el terrorismo (disparos, explosiones, desplazamiento)	No	Si	¿Qué tanto te afecto?	Mucho	Poco	Nada
18. Murió alguno de tus <i>seres queridos</i> o tu mascota	No	Si	¿Qué tanto te afecto?	Mucho	Poco	Nada
19. Tú o alguno de tus <i>seres queridos</i> tuvo un accidente grave o fue hospitalizado.	No	Si	¿Qué tanto te afecto?	Mucho	Poco	Nada
20. Tu o alguno de tus <i>seres queridos</i> tiene una enfermedad grave o mortal	No	Si	¿Qué tanto te afecto?	Mucho	Poco	Nada
21. Tu o alguno de tus <i>seres queridos</i> tiene problemas con las drogas o el alcohol	No	Si	¿Qué tanto te afecto?	Mucho	Poco	Nada
22. Tu o alguna de tus seres queridas (novia, hermana, madre o mejor amiga) quedó en embarazo	No	Si	¿Qué tanto te afecto?	Mucho	Poco	Nada
23. Tú o alguno de tus <i>seres queridos</i> se vio afectado por un desastre natural (inundación, incendio, terremoto, erupción volcánica, etc.)	No	Si	¿Qué tanto te afecto?	Mucho	Poco	Nada
24. Alguno de tus <i>seres queridos</i> tuvo graves problemas emocionales o psicológicos (depresión, ansiedad,	No	Si	¿Qué tanto te afecto?	Mucho	Poco	Nada

psicosis, etc.)						
25. Alguno de tus <i>seres queridos</i> pensó o intentó suicidarse, o se suicidó.	No	Si	¿Qué tanto te afectó?	Mucho	Poco	Nada
26. Tú o alguno de tus <i>seres queridos</i> fue maltratado físicamente (puños, cachetadas, patadas, golpes) por parte de otro familiar.	No	Si	¿Qué tanto te afectó?	Mucho	Poco	Nada
27. Tú o alguno de tus <i>seres queridos</i> fue insultado o humillado por parte de un familiar.	No	Si	¿Qué tanto te afectó?	Mucho	Poco	Nada
28. Tú o alguno de tus <i>seres queridos</i> fue violado, o intentaron violarlo, o fue obligado a tener actos sexuales contra su voluntad.	No	Si	¿Qué tanto te afectó?	Mucho	Poco	Nada
Si otras situaciones importantes te afectaron en estos 6 meses, por favor escríbelas 29.	No	Si	¿Qué tanto te afectó?	Mucho	Poco	Nada
30.	No	Si	¿Qué tanto te afectó?	Mucho	Poco	Nada

A continuación hay una serie de preguntas que servirán para saber si has pasado por las siguientes experiencias en algún (os) momentos de tu vida, Lee la pregunta y marca con una X en el cuadro de la respuesta que refleje lo que te haya pasado.

<p>1. Conoces a alguien que se haya suicidado o que lo haya intentado. Si _____ quien _____ No ___ pasa a la pregunta 2</p>	<p>Padre/ Madre/Hermano (a) _____ Familiares: Tío (a), Abuelo (a) _____ Amigo(a), Novio (a) _____ Conocidos: vecino (a) compañero (a) ____</p>
<p>2. ¿alguna vez tu mismo te has herido, cortado, intoxicado, o hecho daño a propósito, con el fin de quitarse la vida?</p>	<p>No, nunca lo he hecho _____ Solo lo pensé _____ Estuve a punto de hacer _____ Si lo hice _____</p>

Si marcaste la última opción (“si lo hice”), continua con todas las siguientes preguntas, pero si marcaste cualquier otra opción pasa directamente a la siguiente prueba.

3. Cuantas veces te has herido, cortado, intoxicado o hecho daño a propósito, con el fin de quitarte la vida? _____ Veces.

4. ¿Qué edad tenias la primera o la única vez que te hiciste daño a propósito, con el fin de quitarte la vida? Tenía _____ años.

<p>5. ¿hace cuanto tiempo fue la última vez que te hiciste daño a propósito con el fin de quitarse la vida?</p>	<p>Hace más de un año ----- Hace mas de 6 meses----- En los últimos 6 meses----- En el último mes----- En esta semana -----</p>
<p>6. esta ultima o única vez que te hiciste daño a propósito ¿Qué querías?</p>	<p>No quería morir, quería seguir viviendo ----- No me importaba si vivía o moría----- Quería dejar de vivir, quería morirme -----</p>

<p>7. Esta ultima o única vez que te hiciste daño a propósito, ¿Cómo lo hiciste?</p> <p>Puedes marcar más de una opción.</p>	<p>Tome pastillas o medicamento -----</p> <p>Me corte con un objeto filudo -----</p> <p>Me dispare con un arma de fuego -----</p> <p>Trate de ahorcarme, ahogarme, asfixiarme ---</p> <p>Use o tome veneno -----</p> <p>Tuve una sobredosis de drogas-----</p> <p>Me tire desde una parte alta -----</p> <p>Deje de comer -----</p> <p>Me le tire a un carro -----</p> <p>Ingerí otras cosas, (pólvora, desinfectantes, etc</p> <p>Lo hice de otra forma -----</p> <p>¿cual?_____</p>
<p>8. Esta ultima o única vez que te hiciste daño a propósito ¿ que querías lograr?</p> <p>Puedes elegir varias opciones</p>	<p>Morirme _____</p> <p>Castigarme a mi mismo _____</p> <p>Que alguien se sienta mal o castigarlo _____</p> <p>Que me pongan atención _____</p> <p>Terminar con todos mis problemas _____</p> <p>Quitarme un sufrimiento _____</p> <p>Dejar de ser una carga para otro _____</p> <p>Conseguir algo para mi beneficio _____</p> <p>Otra _____</p> <p>¿Cual? _____</p>
<p>9. Esta ultima o única vez que te hiciste daño a propósito</p>	<p>Tuviste que ir a un hospital o centro de salud____</p> <p>Alguien te ayudo pero no te llevo al hospital-----</p> <p>Nadie se enteró de lo que pasó_____</p>

10. Esta ultima o única vez que te hiciste daño a propósito, pensaste que tu muerte era:	Segura : sabía que moriría _____ Posible: no sabía si viviría o moriría _____ Imposible: sabía que no moriría _____
11. Esta ultima o única vez que te hiciste daño a propósito: Puedes elegir más de una opción.	Buscaste ayuda profesional _____ Buscaste concejo espiritual (sacerdote, pastor) _____ Buscaste apoyo en tu familia _____ Buscaste apoyo en tus amigos _____ Buscaste apoyo de otras personas _____ No buscaste apoyo de nadie más. _____

GRACIAS POR TU COLABORACION

