

Perfil de orientación al suicidio según indicadores de salud mental en adolescentes escolarizados. Medellín - zona noroccidental, 2010

Suicide orientation profile based on the mental health indicators of adolescent students in the northwestern area of Medellín, Colombia, 2010

Sandra M. Rueda R.¹

¹ Magíster en Epidemiología, Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia. Correo electrónico: samiruo6@gmail.com

Introducción

El final de la Segunda Guerra Mundial marcó un interés por comprender los trastornos mentales a través de la aplicación de encuestas en diversos países; este interés se ha ido estructurando y actualmente, en estudios realizados por la Organización Mundial de la Salud (OMS), se estima que 450 millones de personas en el mundo sufren de un trastorno mental o de la conducta [1, 2]. Estas dificultades son causantes de sufrimiento, exclusión social, incapacidad y una pobre calidad de vida, aumentan la tasa de mortalidad y tienen un impacto en los costos sociales y económicos [3].

Así, el tema de la salud mental ha comenzado a plantearse en las agendas políticas de múltiples países y es percibido como de igual importancia que la salud física para el bienestar de los individuos y de la sociedad. En una investigación sobre la carga de enfermedades realizada por la OMS en 1990, el suicidio, junto con otras lesiones autoinfligidas, ocupó la quinta posición por su importancia en el segmento de la población entre 15 y 44 años de edad. Por esta causa se perdieron en total 14'645.000 años de vida saludable en el año 1990 y se cree que el número de víctimas anuales podría ascender a cerca de un millón y medio antes del año 2020. Con respecto a la mortalidad reportada por suicidio, se evidencia una estimación anual de 14,5 muertes por cada 100.000 personas, lo que equivale a una muerte cada 40 segundos. La muerte autoinfligida representa el 1,5% de todas las muertes y es la décima causa de muerte en el mundo [4]. La OMS lo consideró como un problema de salud pública a escala mundial y ha hecho un llamado de atención sobre el incremento de este problema [5].

Las tasas de suicidio varían mucho entre países, con las mayores cargas en los países en desarrollo, en los que se ha observado un aumento de un 60% en los últimos

50 años [6, 7]. Aunque las tasas de suicidio en las personas mayores se han reducido en muchos países, se ha observado una tendencia al aumento entre los jóvenes, particularmente entre los hombres, y unas altas tasas de ideación e intentos de suicidio entre las mujeres [8].

En Colombia, según el Estudio Nacional de Salud Mental (ENSM) (nombre de la Encuesta Mundial sobre Salud Mental - EMSM) en el año 2003, se observó como preocupante que dos de cada cinco colombianos han presentado algún trastorno de salud mental por lo menos una vez en su vida; el momento más frecuente de aparición de los mismos es entre los 14 y los 27 años. Sólo una de cada diez personas que presentó algún trastorno mental recibió algún tipo de atención [9, 10] y la prevalencia de ideación suicida e intento de suicidio mostró un aumento con respecto a años anteriores [9].

El suicidio como problema psicosocial

El suicidio es un problema psicosocial que se presenta en todos los grupos y sociedades, aumentando el número de muertes trágicas y produciendo grandes trastornos emocionales para las familias. Es considerado un problema difícil de analizar; la angustia, el sufrimiento y la confusión llevan al individuo a elegir la muerte, afectando la salud mental de la comunidad a través de la huella que deja en los supervivientes [11].

El sociólogo francés Emile Durkheim en su obra *El suicidio* (1897) [12], señala que los suicidios son fenómenos individuales que responden esencialmente a causas sociales; las sociedades presentan ciertos síntomas patológicos, ante todo la integración o regulación social ya sea excesiva o insuficiente del individuo en la colectividad, y por tanto el suicidio sería un hecho social.

Los estudios realizados hasta ahora sobre suicidio permiten acercarse a la comprensión de la influencia de

un grupo de factores de riesgo que pueden ser causa o indicadores de este tipo de comportamiento. Dicho acercamiento facilita una identificación temprana, la cual tiene un extraordinario valor epidemiológico y clínico para reducir la morbimortalidad de la conducta suicida a mediano y largo plazo [13].

Según la Declaración Médica Mundial sobre el suicidio de adolescentes, los factores que contribuyen a estos eventos son variados y entre ellos se cuentan: la depresión, el aislamiento emocional, la pérdida de autoestima, el estrés emocional excesivo, los problemas mentales, las fantasías románticas, el gusto por el peligro, el abuso de drogas y alcohol, y la disponibilidad de armas de fuego y otros elementos de autodestrucción [14].

En la mayoría de los casos, el suicidio es el resultado de la combinación de diversos factores, en lugar de uno solo aislado [14]. Por tanto, es visto como un hecho complejo que requiere, para su comprensión, de un enfoque interdisciplinario integral que alcance la influencia de factores de índole individual, social y familiar que llevan a una persona a intentar su autodestrucción.

Los comportamientos relacionados con el suicidio se vinculan con factores sociales y económicos

El suicidio de adolescentes es una tragedia que afecta no sólo al individuo sino también a la familia, los amigos y la comunidad. Una de estas formas de afectación podría explicarse en el sentido de vivirse como un fracaso personal por parte de padres, amigos y médicos al culparse por no detectar signos que los alertaran; y como comunidad, por sentir ésta que dicha tragedia sirve de vivo recordatorio de que la sociedad, a menudo, no entrega un ambiente saludable, de sostén y educativo donde los niños crezcan y se desarrollen [14].

Los impactos económicos de las enfermedades mentales, específicamente de los intentos de suicidio, se expresan en la disminución del ingreso personal, en la habilidad de la persona enferma para trabajar, en la productividad en el ámbito de trabajo, en la contribución a la economía nacional, así como en el aumento de la utilización de los servicios de atención y apoyo. El costo de los problemas de salud mental en países desarrollados se estima entre el 3% y el 4% del Producto Nacional Bruto. Más aún, las enfermedades mentales cuestan a las economías nacionales varios miles de millones de dólares, tanto en términos de gastos incurridos directamente como en la pérdida de la productividad [2].

Objetivo general

Determinar el perfil de riesgo de orientación suicida con los indicadores de salud mental: depresión, funcio-

namiento familiar, vulnerabilidad familiar y consumo de sustancias psicoactivas, en adolescentes que cursan básica secundaria y media vocacional en instituciones educativas públicas y privadas del municipio Medellín - zona noroccidental, año 2010.

Objetivos específicos

1) Estimar la validez de los subconstructos del iso-30: ideación suicida, baja autoestima, manejo de emociones, desesperanza y aislamiento social; además la consistencia interna de los ítems.

2) Determinar la prevalencia del nivel de riesgo de orientación suicida según edad, sexo, estrato socioeconómico y comuna de ubicación del colegio.

3) Determinar la posible asociación del nivel de riesgo de orientación suicida según las variables socio-demográficas y los subconstructos de depresión, funcionamiento familiar, vulnerabilidad familiar y consumo de sustancias psicoactivas.

4) Determinar la tipología que contiene a los estudiantes con algún riesgo de orientación suicida.

Metodología

Se realizó un estudio de corte transversal dirigido a explorar el riesgo de suicidio con indicadores de salud mental en adolescentes escolarizados de la zona noroccidental de Medellín. La muestra aleatoria de adolescentes estuvo conformada por 604 adolescentes escolarizados en los colegios públicos y privados de dicha zona.

Como instrumento para la recolección de información se usó una encuesta de autoaplicación la cual contiene cinco cuestionarios, como son: el Inventory of Suicide Orientation-30 (iso-30); el nivel de depresión Children's Depression Inventory (CDI); vulnerabilidad familiar; ¿cómo es tu familia?; consumo de sustancias psicoactivas, según una adaptación correspondiente al tema en el CIDI II. En razón de que el iso-30 no está validado para Colombia, se realizó un análisis factorial confirmatorio o de ecuaciones estructurales para establecer el funcionamiento de los ítems en las escalas: desesperanza, baja autoestima, inhabilidad para manejar las emociones, aislamiento social y marginalidad, ideación suicida; permitiendo verificar que los ítems que se han definido teóricamente para cada uno de los subconstructos, de acuerdo a la evidencia empírica obtenida de una muestra aleatoria de 604 adolescentes escolarizados en la zona noroccidental de Medellín, conservan las mismas propiedades teóricas.

Se clasificaron los adolescentes escolarizados según el riesgo de suicidio de acuerdo a la clasificación del nivel de riesgo total (alto, moderado y bajo). Se determinó la existencia de asociación entre variables (dependiente e independiente) a través de la comparación de sus pro-

porciones con la prueba Chi-cuadrado de tendencia para variables ordinales y Chi-cuadrado de independencia para variables bicatómicas. Los resultados fueron analizados con intervalos de confianza del 95%. El modelo de regresión logística binaria se usó para las categorías del nivel de riesgo de orientación suicida alto/moderado y bajo usando la técnica STEPWISE. Las variables candidatas a ingresar al modelo se consideraron con base en el criterio Hosmer y Lemeshow ($p < 0.25$) [15, 16].

Por medio de procedimientos multivariados para resumir la información se producirán tipologías de estudiantes de acuerdo a la agrupación de las variables cualitativas; se realizará el análisis de correspondencias múltiples, con el fin de cruzar todas las variables simultáneamente y ubicar esas variables en unos constructos o factores que son grupos de variables con sus valores que definen perfiles para la población. Para obtener una clasificación de las variables, más refinada, se utilizará la clasificación mixta con el fin de obtener las tipologías a partir de las coordenadas de las variables en cada factor.

Para el análisis estadístico se utilizarán los software Microsoft Access, los paquetes estadísticos SPSS versión 18.0 y el SPAD versión 3.5

Esta investigación fue declarada por el comité de bioética de la Facultad Nacional de Salud Pública como de riesgo mínimo.

Avance en los resultados (datos preliminares)

Estimación de la validez de constructo

Al evaluar el modelo de la estructura factorial del Inventario de Orientación Suicida (ISO-30) de la versión española, mostró índices de bondad de ajuste en el análisis factorial confirmatorio (AFC) considerados adecuados (tabla 1, muestra de referencia), lo que señala un nivel de asociación adecuado de los ítems en cada uno de los subconstructos de desesperanza, baja autoestima, inhabilidad para manejar las emociones, aislamiento social y marginalidad, e ideación suicida en los adolescentes.

Tabla 1. Medidas de bondad de ajuste para el modelo de análisis factorial confirmatorio (afc) para los ítems del iso-30

Muestra	RMR	GFI	AGFI	PGFI
N=604	0,086	0,847	0,819	0,719

RMSEA fue menor a 0,08

Se generarán otros modelos alternativos en submuestras (Bootstrapping) para calcular sus índices de bondad y compararlos con los de la muestra inicial.

Prevalencia del nivel de riesgo de orientación suicida según edad, sexo, estrato socioeconómico y comuna de ubicación del colegio

De los 604 adolescentes escolarizados de la muestra se observó que en su mayoría fueron mujeres, siendo éstas el 52% (IC95%: 47,9-56,1) del total; la edad promedio de los jóvenes fue de 14 años con una desviación de 1,9 años con respecto a la edad promedio. Los estratos socioeconómicos más frecuentes fueron el 2 y 3, representando estos el 74% (447) del total. De acuerdo a la tipología familiar, la mayoría de los jóvenes conviven en

Tabla 2. Distribución de frecuencia según variables sociodemográficas de los jóvenes escolarizados. Medellín, zona noroccidental, 2010

Variable	n=604	%	IC 95%
<i>Sexo del estudiante</i>			
Hombre	290	48,0	43,9-52,1
Mujer	314	52,0	47,9-56,1
<i>Grupo de edad</i>			
11-14 años	341	56,5	52,4-60,5
15-19 años	263	43,5	39,5-47,6
<i>Estrato socio-económico</i>			
1	74	12,3	9,6-14,9
2	233	38,6	34,6-42,5
3	214	35,4	31,5-39,3
4	14	2,3	1,0-3,6
5	7	1,2	0,2-2,1
6	2	0,3	0,0-1,2
Perdidos	60	9,9	7,5-12,4
<i>Grado de escolaridad</i>			
Sexto	137	22,7	19,3-26,1
Séptimo	109	18,0	14,9-21,2
Octavo	107	17,7	14,6-20,8
Noveno	93	15,4	12,4-18,4
Décimo	82	13,6	10,8-16,4
Undécimo	76	12,6	9,9-15,3
<i>Comuna de ubicación colegio</i>			
Castilla	214	35,4	31,5-39,3
Doce de Octubre	200	33,1	29,3-36,9
Robledo	190	31,5	27,7-35,2
<i>Tipología familiar</i>			
Nuclear	364	60,3	56,3-64,3
Mixta	46	7,6	5,4-9,8
Extensa	98	16,2	13,2-19,3
Incompleta	72	11,9	9,3-14,6
Otra	24	4,0	2,3-5,6

familias nucleares conformadas por papá, mamá e hijos; luego están las familias extensas donde además de estar el grupo nuclear, conviven al menos con otro pariente (tabla 2).

Al observar el nivel de riesgo de orientación suicida, se encontró en el nivel alto una prevalencia del 11,3% (IC95%: 8,7-13,9), equivalente a 68 casos del total de jóvenes escolarizados. Llama la atención que entre el nivel de riesgo alto y moderado se compromete el 50,3% (IC95%: 46,3-54,4) de los adolescentes.

De acuerdo al nivel de riesgo de orientación suicida y el sexo, no se encontraron diferencias estadísticas (figura 1); según grupo de edad, con una confianza del 95%, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el nivel de riesgo moderado ($p=0,008$), presentándose una mayor prevalencia en los adolescentes de 11 a 14 años (figura 2).

Determinar la posible asociación del nivel de riesgo de orientación suicida según las variables sociodemográficas y los subconstructos de depresión, funcionamiento familiar, vulnerabilidad familiar y consumo de sustancias psicoactivas

Para desarrollar el modelo de regresión logística se están considerando las variables socioeconómicas (tabla 2) y los subconstructos de cada uno de los instrumentos usados como indicadores de salud mental, las cuales serán: desesperanza, baja autoestima, inhabilidad para el manejo de emociones, aislamiento social, ideación suicida, nivel de riesgo de suicidio, grupo de edad, ánimo negativo, problemas interpersonales, ineffectividad, anhedonia, autoestima negativa, nivel de depresión, cohesión familiar, participación en la solución de problemas, búsqueda de apoyo social, fuentes de apoyo del adolescente, comunicación con la madre, comunicación con el padre, rutinas familiares, jerarquía, satisfacción con la vida, esfuerzo personal, valores morales, sentimiento de felicidad, rendimiento académico, acumulación de tensiones, redefinición de problemas, funcionamiento familiar, consumo de una sustancia alguna vez en la vida, consumo de sustancias psicoactivas en la familia, abuso sexual, recibido golpes o maltratos. Las variables candidatas a ingresar al modelo serán aquellas que presenten un $p \leq 0,25$.

Determinar la tipología que contiene a los estudiantes con algún riesgo de orientación suicida

Se realizará el análisis de correspondencias múltiples equivalente a una sucesión de tablas de contingencia dos a dos para ubicar grupos de variables con sus valores que definen perfiles para la población. Se correrá el procedimiento del análisis de correspondencias múltiples CORMU, para obtener las coordenadas de las familias en los factores y luego se insertará un segundo método, la clasificación jerárquica ascendente mediante el RECIPI

con el fin de obtener “el histograma de índices de nivel” que orienta sobre el número de grupos a escoger en la clasificación.

Para hacer la clasificación de los adolescentes y las variables se utiliza un tercer método dentro de la clasificación, el PARTI - DECLA. En las clases o grupos aparecen las variables y sus modalidades con los siguientes indicadores estadísticos: CLA/MOD (porcentaje del total de la modalidad en el grupo o clase), MOD/CLA (porcentaje de individuos del grupo o clase que seleccionaron la modalidad), GLOBAL (peso de la modalidad dentro de la variable) y el VALOR de TEST.

Referencias

- 1 Posada J, Trevisi C. Prevalencia, severidad y necesidades no satisfechas del tratamiento de los trastornos de ansiedad, relacionados con sustancias, del estado de ánimo y del control de los impulsos en adultos [Internet] [acceso 6 de julio de 2010]. Disponible en: http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_revista=90&id_seccion=1118&id_ejemplar=2523&id_articulo=24540.
- 2 Organización Mundial de la Salud. Invertir en salud mental [Internet]. Ginebra, Suiza: OMS; [acceso 17 de octubre de 2011]. Disponible en: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9243562576.pdf>.
- 3 Rew L. Characteristics and health care needs of homeless adolescents. *Nursing Clinics of North America*. 2002; 37(3): 423-431.
- 4 Hawton K, van Heeringen K. Suicide. *The Lancet*. 2009; 18; 373(9672): 1372-1381.
- 5 Cendales R, Vanegas C, Fierro M, Córdoba R, Olarte A. Tendencias del suicidio en Colombia, 1985-2002. *Rev Panam Salud Pública* 2007 [revista en Internet]; 22(4). [acceso 6 de julio de 2010]. Disponible en: http://onasm.ces.edu.co/estudios.php?estudio_id=6&articulo_id=35.
- 6 Fundación Santa Fe de Bogotá, Fundación Corona, Fundación Antonio Restrepo Barco, Fundación Saldarriaga Concha, Universidad Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario, Universidad de Antioquia, et al. Reporte Anual 2009. Tendencias de la salud en Colombia. Bogotá: José Miguel Hernández; 2009.
- 7 Chica HL. La respuesta de muchos, la experiencia de la vida: el suicidio [Internet]. Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses; [acceso 13 de septiembre de 2011]. Disponible en: <http://www.medicinalegal.gov.co/images/stories/root/FORENSIS/2010/SUICIDIO.pdf>
- 8 Cash SJ, Bridge JA. Epidemiology of Youth Suicide and Suicidal Behavior. *Curr Opin Pediatr*. 2009; 21(5): 613-619.
- 9 Ministerio de la Protección Social. Estudio Nacional de Salud Mental - Colombia 2003. [Internet] Bogotá: Ministerio de la Protección Social, Fundación FES Social [acceso 15 de septiembre de 2011]. Disponible en: www.minproteccion-social.gov.co
- 10 Universidad CES, Alcaldía de Medellín. Salud Mental del Adolescente. Medellín 2006. Medellín: Artes y Letras Ltda.; 2007. 197 p.
- 11 Casullo MM, Bonaldi PD, Fernández M. Comportamientos suicidas en la adolescencia. Morir antes de la muerte. Buenos Aires: Lugar Editorial S.A.; 2000. 141 p.
- 12 Durkheim É. El suicidio [Internet] Ediciones AKAL; 1989. [acceso 05 de julio de 2011]. Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/5301993/Emile-Durkheim-El-Suicidio>.

- 13 Guibert Reyes W, Alonso Roldán AP. Factores epidemiológicos y psicosociales que inciden en los intentos suicidas. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 2001; 17: 155-163.
- 14 Asociación Médica Mundial. Declaración de la Asociación Médica Mundial sobre el suicidio de adolescentes [Internet]. Universidad de Navarra; 2002 [acceso 8 de julio de 2010]. Disponible en: <http://www.unav.es/cdb/ammmalta1.html>
- 15 Ávila MH. *Epidemiología: diseño y análisis de estudios*. Instituto Nacional de Salud Pública. México, D.F: Ed. Médica Panamericana; 2009. 412 p.
- 16 Silva A LC. *Excursión a la regresión logística en ciencias de la salud*. Díaz de Santos, S.A. Madrid: Ediciones Díaz de Santos; 1995. 260 p.