

Caracterización de adolescentes escolarizados con riesgo de suicidio, Medellín, 2006

Characterization of school adolescent students with suicide risk in Medellin, 2006

Diana C. Toro G¹; Ramón E. Paniagua S²; Carlos M. González P³; Brígida Montoya G⁴.

¹ Profesional en Gerencia de Sistemas de Información en Salud, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. Correo electrónico: karoto@gmail.com

² Especialista en estadística, especialista en ingeniería del software, magíster en salud pública, profesor de la Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. Correo electrónico: epania@une.net.co.

³ Magíster en salud pública, profesor de la Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia, Correo electrónico: carmauro@une.net.co

⁴ Trabajadora social, magíster en salud pública, Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, Medellín, Colombia. Correo electrónico: brigidamg@une.net.co

Recibido: 4 de agosto de 2009. Aprobado: 25 de septiembre de 2009

Toro DC, Paniagua RE, González CM, Montoya B. Caracterización de adolescentes escolarizados con riesgo de suicidio, Medellín, 2006. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2009; 27(3): 302-308.

Resumen

Objetivo: explorar la posible asociación entre el riesgo de suicidio, depresión, consumo de psicoactivos y disfunción familiar en adolescentes escolarizados. **Metodología:** se administró una encuesta de autoaplicación a una muestra aleatoria de 779 adolescentes para evaluar el riesgo de suicidio, depresión, consumo de sustancias psicoactivas y disfunción familiar; se utilizaron los instrumentos ISO-30, CDI-LA, CIDI-II y Apgar familiar respectivamente. Para el análisis se empleó la técnica del método casos y controles. **Resultados:** la prevalencia del riesgo de suicidio se situó entre 23,0% y 26,5%. La depresión y la disfunción familiar se asociaron positivamente con el riesgo de suicidio, con una razón de disparidad de 4,3 y 2,0 respectivamente. **Conclusiones:**

los resultados muestran la magnitud de un problema que deben tener en cuenta las autoridades educativas, la administración municipal y los padres de familia. Es prioritario fortalecer los programas de detección de la depresión adolescente, como también exigir al Estado mejores tratamientos para depresión (no solo limitados al medicamento). Es necesario promover la estrategia de escuela de padres en instituciones educativas, hacer énfasis en temas referentes a la salud mental y resaltar la importancia en la comunicación, la cooperación, el afecto y el respeto entre los miembros de la familia.

-----**Palabras clave:** adolescente, suicidio, depresión, psicotrópicos, relaciones familiares

Abstract

Objective: To explore the possible association between the risk of suicide, depression, consumption of psychoactive and family dysfunction in school adolescents. **Methodology:** It was administered a self-administered survey to a random sample of 779 adolescents to assess the risk of suicide, depression, psychoactive substance use and family dysfunction, the instruments were used ISO-30, CDI-LA-II CIDI and Family Apgar respectively. The analysis used the technique of case-control method. **Results:** The prevalence of suicide risk was between 23.0% and 26.5%. Depression and family dysfunction were positively associated with suicide risk, with a disparity ratio of 4.3 and 2.0 respectively.

Conclusions: The results show the magnitude of a problem that must take into account the educational authorities, the municipal administration and parents. A priority is to strengthen programs for adolescent depression screening, and also require to the State better treatments for depression (not just limited to the drug). We must promote the strategy of school parents in educational institutions, emphasizing issues related to mental health and stress the importance of communication, cooperation, affection and respect among family members.

-----**Key words:** adolescent, suicide depression, psychotropics, family relations

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) reporta un millón de suicidios al año en todo el mundo, lo que equivale a una muerte cada 40 segundos.¹ El suicidio consumado (exceptuando en la china rural),^{2,3} es predominante en el sexo masculino, con los intentos más frecuentes en la mujer. Diversas investigaciones han indicado que los habitantes de las zonas urbanas y los jóvenes de 15 a 24 años son los grupos poblacionales de mayor riesgo suicida en el continente americano.⁴

A lo largo de la historia se han elaborado diversos conceptos y descripciones de este fenómeno, llegando al consenso de que el suicidio es una conducta compleja en la que intervienen factores sociodemográficos, psicológicos y biológicos.^{5,6} En población adolescente, Finlandia y Canadá se han destacado con altas tasas de suicidio.⁷ Argentina ha registrado tasas de suicidio de 2,52 y 5,90 por cien mil en adolescentes de 10 a 14 y de 15 a 19 años respectivamente. En el año 2006, Colombia registró tasas de 12 por cien mil en hombres de 18 a 24 años y de 4 por cien mil en mujeres de 15 a 17 años.⁷ Si bien las cifras en nuestro país no son alarmantes, debe tenerse en cuenta el subregistro del suicidio como causa de muerte, lo cual puede indicar que el problema es aún más grave.

Algunos de los factores asociados al suicidio en adolescentes son la depresión, sentimientos de soledad, desespero e incapacidad, deterioro de las relaciones familiares, rendimiento escolar deficiente, dificultad de aprendizaje, autoimagen disminuida, consumo de sustancias psicoactivas, sucesos de tensión en su vida, historia de abuso físico o sexual. Las tentativas previas de suicidio y la pérdida reciente de una persona amada también aumentan en forma manifiesta las probabilidades de suicidio. El riesgo de suicidio es una predisposición que puede presentar un individuo a realizar un acto suicida. Aunque el riesgo de suicidio está en relación con el número de factores de riesgo presentes, Mann y colaboradores⁸ formularon un modelo de conducta suicida que consta de dos dimensiones interrelacionadas: la dimensión de los rasgos de la persona (genética, abuso de sustancias, trastorno de personalidad limítrofe o impulsividad) y la de los desencadenantes o precipitantes (enfermedad psiquiátrica aguda o acontecimientos vitales adversos). Este autor sugiere que deben coincidir, al menos, un factor de cada dimensión para que aumente el riesgo de suicidio.⁵

La depresión es quizás uno de los factores que más se ha vinculado con el suicidio. Dicho trastorno afecta de manera importante el nivel de funcionamiento personal y social.⁶ El trastorno depresivo puede afectar a personas de cualquier edad, sexo, raza, etnia o nivel económico; comúnmente se lo asocia con fragilidad de carácter, lo cual obstaculiza el oportuno y adecuado tra-

tamiento; por ello, es importante aceptar que la depresión es una enfermedad.⁹

De igual manera, estudios han señalado que los conflictos familiares representan el factor de riesgo de más alta prevalencia en población depresiva.⁶ En 1987, Durkheim ya destacaba el papel de la familia en el comportamiento suicida. En este sentido, algunos investigadores han discutido y analizado sobre cuáles pueden ser las funciones esenciales de la familia, exponiendo por ejemplo que las principales características de una familia funcional son las jerarquías claras, los límites claros, los roles definidos, la comunicación abierta y explícita, la afectividad y cooperación entre los miembros y la capacidad de adaptación al cambio.¹⁰ Cuando las relaciones familiares son cálidas, estrechas y cooperativas, los miembros se fortalecen y se fomenta la libre y creadora evolución personal; en cambio, cuando lo anterior no acontece, predomina la incertidumbre, con el consiguiente malestar que puede generar la ideación e incluso el intento suicida.¹¹

Otro de los factores que aumenta el riesgo de la conducta suicida es el consumo de sustancias psicoactivas, pues su contacto con el organismo puede modificar tanto las funciones orgánicas como los estados de conciencia, el estado de ánimo y los procesos de pensamiento.¹² Entre las sustancias legales se encuentran el alcohol y el tabaco, mientras que las ilegales incluyen heroína, cocaína, marihuana y éxtasis, entre otras. La ingesta de alcohol incrementa el riesgo de suicidio porque agrava los sentimientos depresivos y disminuye el autocontrol. Alrededor de la mitad de los que intentan suicidarse están intoxicados en el momento de hacerlo.¹ En tanto, se ha comprobado que el consumo de tabaco en la adolescencia guarda relación con el consumo de otras sustancias psicoactivas, la ansiedad y trastornos psicopatológicos (básicamente esquizofrenia y depresión). Adicionalmente a lo anterior, otras investigaciones han evidenciado una relación bidireccional entre el tabaquismo y la depresión, es decir, fumar sería un factor de riesgo de depresión y ésta sería un factor de riesgo para empezar a fumar.¹³

La adolescencia, que transcurre entre los 10 y 19 años (OMS)¹⁴ es un período de muchos cambios en el cual los adolescentes se ven enfrentados a profundas transformaciones biológicas, psicológicas y sociales. Los psicólogos coinciden en afirmar que la tarea fundamental de la adolescencia es la búsqueda de la identidad.¹⁵ Si el adolescente fracasa en esta tarea, será susceptible a algunas tendencias autodestructivas, incluyendo el suicidio.

Por todo lo anterior, este estudio tiene como objetivo examinar la presencia de indicadores de riesgo suicida en adolescentes, como también las posibles relaciones entre los factores de riesgo, de manera que se

puedan emprender acciones preventivas en este grupo poblacional.

Metodología

Estudio de corte transversal dirigido a explorar las posibles asociaciones entre el riesgo de suicidio y la exposición a la depresión, el consumo de sustancias psicoactivas y la disfunción familiar en adolescentes escolarizados de la zona nororiental de Medellín.

Los datos se obtuvieron del proyecto de investigación “Riesgo de suicidio en adolescentes escolarizados de la zona nororiental de Medellín, año 2006”, realizado por la línea psicosocial del Grupo de Investigación en Salud Mental de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia. En dicho estudio, la muestra aleatoria estuvo conformada por 779 adolescentes escolarizados en los colegios públicos y privados de la zona nororiental de Medellín, recogida entre los meses de agosto y noviembre del 2006. Se utilizó como instrumento una encuesta de autoaplicación que contenía cinco instrumentos validados, como son el *Inventary of Suicide Orientation-30 (ISO-30)*;¹⁶ el nivel de depresión *Children’s Depression Inventory CDI*;¹⁷ Vulnerabilidad familiar: ¿cómo es tu Familia?;¹⁸ consumo de sustancias psicoactivas, según una adaptación correspondiente al tema en el CIDI II;¹⁹ el Apgar familiar.²⁰

Para este estudio se realizó una postestratificación de la muestra y se realizó un análisis secundario basado en una técnica del método de casos y controles. De esta manera, se reclasificó la muestra de 779 adolescentes en dos grupos de estudiantes de la siguiente forma:

- de acuerdo con la variable desenlace, se tomaron como casos a los adolescentes de la muestra total que tuvieron una clasificación alta en riesgo de suicidio (179), y como controles a los adolescentes que tuvieron una clasificación moderada y baja (600). Dicha clasificación se obtuvo mediante la aplicación del instrumento *Inventario de orientación para suicidio-30 (ISO-30)*, que contiene cinco subconstructos: baja autoestima, desesperanza, inhabilidad para el manejo de emociones, aislamiento social, ideación suicida;
- de acuerdo con la variable de exposición principal, se tomó el total de adolescentes expuestos a la depresión, al consumo de sustancias psicoactivas y a la disfunción familiar; también se tomaron como covariables el sexo, el grupo de edad, el estrato de la vivienda, la comuna de residencia y la tipología familiar.

Para hallar la asociación de las exposiciones con el riesgo de suicidio en adolescentes, se calculó la razón de disparidad cruda (RD) con un intervalo de confianza de 95%; para definir un potencial efecto de las variables de confusión en el riesgo de suicidio, se compararon

la RD cruda y la RD ajustada de las variables de interés; se encontró la ausencia de efecto de confusión, ya que estas presentaron valores aproximadamente iguales. Finalmente, con el objeto de producir tipologías de adolescentes con clasificación alta de riesgo de suicidio, se realizó un análisis multivariado combinando el análisis de correspondencias múltiples y la clasificación mixta.²¹ Para el análisis estadístico se utilizaron los software estadísticos SPSS, versión 15.0, Epi Info, versión 2007, y el SPAD, versión 3.5.

Resultados

En el grupo de adolescentes con clasificación alta en riesgo de suicidio (casos), no se evidenciaron diferencias significativas por sexo; en cambio, sí se reflejaron diferencias por grupo de edad, en las cuales la adolescencia temprana presentó la mayor proporción de adolescentes vulnerables a esta problemática. En cuanto al estrato de la vivienda, los datos corresponden con la distribución de los estratos en la zona (tabla 1).

Tabla 1. Adolescentes escolarizados con clasificación alta en riesgo de suicidio según variables sociodemográficas, zona nororiental, Medellín, 2006

Variables sociodemográficas	Categoría	n	(n = 179) %	IC 95%
Sexo	Masculino	89	49,7	42,2-57,3
	Femenino	90	50,3	42,7-57,8
Edad (años)	11-14	97	54,2	46,6-61,6
	15-19	82	45,8	38,4-53,4
Estrato	Estrato 1	27	15,1	10,2-21,2
	Estrato 2	84	46,9	39,4-54,5
	Estrato 3	41	22,9	17,0-29,8
	Estrato 4	2	1,1	0,1-4,0
	NS/NR	25	14,0	9,2-19,9

Fuente: base de datos “Riesgo de suicidio en adolescentes escolarizados de la zona nororiental de Medellín, año 2006”.

De acuerdo con el análisis de las variables familiares, se encontró que la mayor proporción de adolescentes con puntaje alto de riesgo de suicidio conviven en familias nucleares con ambos padres (35,2%) y en familias incompletas (33,5%), la mayoría de los cuales conviven con ambos padres.

De igual manera, pudo apreciarse que las familias de los adolescentes con clasificación alta en riesgo de suicidio estaban compuestas principalmente por dos y tres hijos (62%); alrededor del 30% de las familias esta-

ban constituidas por más de tres hijos, y en 8,4% de los casos se encontró la figura de hijo único.

Según los resultados, se encontró que los casos tienden a valorar su familia como severamente disfuncional (34,6%), mientras que el grupo control la consideró como levemente disfuncional (31,7%) y funcional en el 30,7% (tabla 2).

Problemas de depresión, consumo de sustancias psicoactivas y disfunción familiar

La literatura ha expuesto ampliamente que la depresión, el consumo de sustancias psicoactivas y la disfunción familiar se encuentran entre los principales factores de riesgo y situaciones de alta vulnerabilidad para el riesgo de suicidio en adolescentes. Por consiguiente, este estudio realiza un análisis comparativo de la coexistencia de estas problemáticas en adolescentes con clasificación alta (casos) y en adolescentes con clasificación media y baja (controles) en riesgo de suicidio.

La diferencia más evidente entre los dos grupos de estudio fue determinada por el estado depresivo en los adolescentes, de tal manera que la prevalencia de depresión en los casos duplicó la cantidad de los controles. Otro dato que llama la atención es el predominio de la percepción de disfunción familiar en ambos grupos. En general, los problemas de depresión, consumo de sustancias psicoactivas y disfunción familiar fueron predominantes en los casos (tabla 3).

Según la razón de disparidades, la depresión y la disfunción familiar se asociaron positivamente con el riesgo de suicidio en los adolescentes objeto de estudio; de esta manera, el riesgo de suicidio en los adolescentes que manifestaron algún indicador de depresión equivaldría a 4,3 veces el de los adolescentes no depresivos, mientras que para los adolescentes que perciben disfunción familiar en su hogar, el riesgo de suicidio sería de dos veces con relación al de los adolescentes que la consideran funcional. Finalmente, el consumo de sustancias psicoactivas no se asoció con el riesgo de suicidio en los adolescentes (tabla 4).

Tabla 2. Funcionamiento familiar en los casos y controles, zona nororiental, Medellín, 2006

Funcionamiento familiar	Casos (n = 179)			Controles (n = 600)		
	n	%	IC 95%	n	%	IC 95%
Funcional	32	17,9	12,6-24,3	184	30,7	27,0-34,6
Disfunción leve	37	20,7	15,0-27,3	190	31,7	28,0-35,6
Disfunción moderada	48	26,8	20,5-33,9	122	20,3	17,2-23,8
Disfunción severa	62	34,6	27,7-42,1	104	17,3	14,4-20,7

Fuente: base de datos "Riesgo de suicidio en adolescentes escolarizados de la zona nororiental de Medellín, año 2006".

Tabla 3. Depresión, consumo de sustancias psicoactivas y disfunción familiar en los casos y controles, zona nororiental, Medellín, 2006

Variable	Casos (n = 179)			Controles (n = 600)		
	n	%	IC 95%	n	%	IC 95%
Depresión	94	52,5	44,9-60,0	123	20,5	17,4-24,0
Consumo de SPA	123	68,7	61,4-75,4	379	63,2	59,2-67,0
Disfunción familiar	147	82,1	75,7-87,4	416	69,3	65,4-73,0

Fuente: base de datos "Riesgo de suicidio en adolescentes escolarizados de la zona nororiental de Medellín, año 2006".

Tabla 4. Razón de disparidad para riesgo de suicidio en adolescentes escolarizados según indicadores de depresión, consumo de sustancias psicoactivas y disfunción familiar, zona nororiental, Medellín, 2006

Variable	Razón de disparidad	Intervalo de confianza del 95%	Valor p
Depresión	4,3	2,96-6,21	0,0000
Consumo de SPA	1,3	0,88-1,86	0,1737
Disfunción familiar	2,0	1,78-2,22	0,0008

Fuente: base de datos "Riesgo de suicidio en adolescentes escolarizados de la zona nororiental de Medellín, año 2006".

Tipologías o perfiles de adolescentes escolarizados con clasificación alta en riesgo de suicidio

El análisis de correspondencias múltiples y clasificación mixta en los adolescentes con clasificación alta en riesgo de suicidio de la zona nororiental de Medellín arrojó tres tipologías; las características incluidas en cada una de estas fueron ordenadas jerárquicamente en forma descendente, de acuerdo con la calidad de la representación de una modalidad: en tanto el valor test sea más grande mejor es la representación. Los perfiles o tipologías se exponen a continuación:

Tabla 5. Tipología 1 de los adolescentes escolarizados con clasificación alta en riesgo de suicidio, zona nororiental, Medellín, 2006

Valor Test	Variabes	Características
34,60	Grupo edad	11-14 años
21,56	Grado	Séptimo
16,92	Tipología familiar	Incompleta
16,36	Grado	Sexto
14,00	Comuna	Aranjuez
13,37	Estrato	NS/NR
11,69	Apgar Familiar	Bueno

Fuente: base de datos “Riesgo de suicidio en adolescentes escolarizados de la zona nororiental de Medellín, año 2006”.

Tabla 6. Tipología 2 de los estudiantes con clasificación alto en riesgo de suicidio, zona nororiental, Medellín, 2006

Valor Test	Variabes	Características
32,72	Grado	Noveno
26,66	Apgar Familiar	Disfunción severa
22,20	Tipología familiar	Mixta
18,25	Grupo edad	15-19 años
17,83	Comuna	Santa Cruz
12,77	Depresión	Alta
12,71	Colegio	Público
11,27	Grado	Undécimo

Fuente: base de datos “Riesgo de suicidio en adolescentes escolarizados de la zona nororiental de Medellín, año 2006”.

Tabla 7. Tipología 3 de los adolescentes escolarizados con clasificación alto en riesgo de suicidio, zona nororiental, Medellín, 2006

Valor Test	Variabes	Características
36,97	Grado	Décimo
27,42	Grupo edad	15-19 años
22,78	Comuna	Manrique
17,08	Colegio	Privado
15,17	Consumo SPA	Sí
14,59	Depresión	Ninguna
13,01	Estrato	Tres
10,08	Apgar Familiar	Disfunción moderada

Fuente: base de datos “Riesgo de suicidio en adolescentes escolarizados de la zona nororiental de Medellín, año 2006”.

De acuerdo con las tres tipologías obtenidas (tablas 5, 6 y 7), se pudo apreciar que la más problemática es la número dos (tabla 6), porque presenta el mayor número de características asociadas a una alta probabilidad de riesgo de suicidio en los adolescentes. Dicha tipología agrupa a 30% de los adolescentes con clasificación alta en riesgo de suicidio, quienes tienen las siguientes características: en su mayoría están matriculados en el grado noveno, consideran que su familia presenta una disfunción severa, provienen de familia de tipo mixto, tienen entre 15 y 19 años y manifiestan altos indicadores de depresión.

Los datos arrojados por esta técnica multivariada pueden constituir un buen insumo para el diseño y la implementación de medidas de intervención y prevención en la zona.

Discusión

En la literatura son numerosas las investigaciones que abordan los temas de ideación suicida, intentos de suicidio y suicidio consumado. En la ciudad de Medellín, este es un nuevo estudio que se propone indagar sobre el riesgo de suicidio en población adolescente escolarizada; en esta línea, el estudio apoya los planteamientos de otros investigadores sobre la importancia de estudiar lo que concierne al riesgo de suicidio. Gómez²² exaltó el necesario diagnóstico del riesgo suicida y lo imperioso del tratamiento adecuado en los casos sospechosos para evitar desenlaces fatales. De otra parte, Guibert y colaboradores¹⁰ consideraron que la aplicación del enfoque de riesgo al estudio de la conducta suicida es uno de los pasos más importantes en el conocimiento y prevención del suicidio que se ha producido a escala mundial, pues los factores de riesgo pueden ser causa o indicadores del comportamiento, pero su importancia radica en que son observables o identificables antes de la ocurrencia de este, lo cual permite anticipar una atención preventiva, adecuada y oportuna a fin de evitar dicha conducta patológica.

Algunos estudios que analizan la tentativa suicida como el indicador más evidente del riesgo de suicidio muestran que dicho riesgo es más frecuente en mujeres que en hombres; en discrepancia con lo anterior, este estudio no encontró diferencias estadísticamente significativas por sexo para población adolescente. Por otro lado, al analizar los casos de depresión según sexo, se observó con similitud al estudio de Leyva y colaboradores⁶ mayor frecuencia de indicadores de depresión en el sexo femenino.

Con respecto al papel de la depresión en la conducta de riesgo suicida, este estudio coincide con los resultados obtenidos en otras investigaciones. Tiesca y colaboradores²³ respaldan que la depresión —como trastorno mental— está estrechamente relacionada con

el riesgo de suicidio, por lo cual, juega un papel determinante en esta conducta y afecta principalmente a los adolescentes. García y colaboradores⁸ han corroborado que los trastornos afectivos —y sobre todo el trastorno depresivo mayor— es el trastorno psiquiátrico que más se relaciona con el suicidio; además, advierten que el riesgo es especialmente mayor al comienzo o al final del episodio depresivo, y que aumenta 20 veces el riesgo de suicidio.

Guibert y colaboradores¹⁰ encontraron que la depresión tiene una relación significativa de causalidad con el intento suicida al hacerlo 13 veces más probable. En esta línea, los resultados del presente estudio mostraron que el factor que ejerce mayor peso sobre el riesgo de suicidio es la sintomatología depresiva (RD: 4,3; IC 95% 3,96–4,64), representando un riesgo 4,3 veces superior en los adolescentes depresivos.

Los resultados de este estudio coinciden con otras investigaciones que reportan disfunción familiar en los hogares de las personas con conducta suicida. Para citar un ejemplo, Guibert y colaboradores¹⁰ hallaron en uno de sus estudios de la conducta suicida que 77,4% de los que intentaron suicidarse evaluaron a su familia como disfuncional; en correspondencia con los resultados de este estudio, los adolescentes con clasificación alta en riesgo de suicidio consideraron que su familia era disfuncional en 82,1% de los casos. En este punto, cabe resaltar la función innegable e indelegable de la familia en la prevención de conductas autodestructivas de sus miembros; en todo momento los padres deben brindar los elementos necesarios y suficientes para potenciar las capacidades y destrezas de sus hijos.

En lo que concierne al consumo de sustancias psicoactivas, Tuesca y colaboradores²³ ratifican que este constituye un factor precipitante para el riesgo de suicidio; dichos resultados difieren con el presente estudio que no encontró asociación entre el riesgo de suicidio en adolescentes y consumo de sustancias psicoactivas.

Finalmente, se puede concluir que de las tres tipologías obtenidas de los adolescentes escolarizados con clasificación alta en riesgo de suicidio, es de interés para la salud pública la que agrupa a 30% de ellos (3,330 estudiantes). Estos jóvenes tienen entre 15 y 19 años, cursan los grados noveno a undécimo, residen en la Comuna Popular, viven en familias cuyos padres tuvieron hijos en una unión anterior y presentan los factores de riesgo de suicidio más preocupantes, como son: alto puntaje en depresión y percepción de que en sus familias la disfuncionalidad es severa.

Limitaciones del estudio

Una de las limitaciones del estudio es que no permite identificar cuál de los factores de riesgo desencadena

en los otros, elevando las probabilidades de riesgo de suicidio, pues los factores tienden a relacionarse entre sí; dicho de otro modo, la depresión puede llevar a la disfunción familiar y viceversa; de esta manera hay un sinnúmero de relaciones que se pueden presentar.

Agradecimientos

Al fondo de apoyo a la investigación docente; al centro de investigaciones de la Facultad Nacional de Salud Pública.

Referencias

- 1 Guibert RW, Del Cueto E. Factores psicosociales de riesgo de la conducta suicida. *Rev Cubana Med Gen Integr* [revista en internet] 2003 [acceso el 24 de julio de 2008]; 19 (5). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol19_5_03/mgi04503.htm
- 2 Organización Panamericana de la Salud. *Salud Mental en el Mundo: Problemas y prioridades en poblaciones de bajos ingresos*. Washington: OPS/OMS; 1997.
- 3 Pfeffer C. Youth suicide: prevention through risk management. *Clinical neuroscience research* 2001; 1: 362-365.
- 4 Organización Panamericana de la salud. *Las condiciones de salud en las Américas*, Washington: ops; 1994, 2: 490. Citado por: González FC, Berenzon GS, Tello GA, Facio F D, Medina MM. Ideación suicida y características asociadas en mujeres adolescentes. *Rev Salud Pública de México* 1998; 40(5): 430-437.
- 5 Wild L, Flisher A, Lombard C. Suicidal ideation and attempts in adolescents: associations with depression and six domains of self – esteem. *Journal of adolescence* 2004; 27: 611-624.
- 6 Leyva JR, Hernández JA, Nava JG, López GV. Depresión en adolescentes y funcionamiento familiar. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2007; 45(3): 225-232
- 7 Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. *Forensis 2006: Datos para la vida*. Bogotá: Centro de Referencia Nacional sobre Violencia; 2007.
- 8 Mann JJ, Oquendo M, Uderwood MD, Arango V. The neurobiology of suicide risk: a review for the clinician. *J Clin Psychiatry* 1999; 60 (Suppl 2): 7-11. Citado por: García E, Peralto V. Suicidio y riesgo de suicidio [Internet] [acceso el 24 de julio de 2008]. Disponible en: <http://www.cfnararra.es/salud/anales/textos/vol25/sup3/suple7a.html>
- 9 González FC, Berenzon GS, Tello GA, Facio FD, Medina MM. Ideación suicida y características asociadas en mujeres adolescentes. *Rev Salud Pública de México* 1998; 40 (5): 430-437.
- 10 Guibert RW, Torres MN. Intento suicida y funcionamiento familiar. *Rev Cubana de Gen Integr* [revista en internet] 2001 septiembre-octubre. [acceso el 10 de junio de 2008]; 17(5). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252001000500008&lng=en&nrm=iso.
- 11 Valdés M, Serrano T, Rodríguez J, Roizblatt A, Florenzano R, Labra J. Características del funcionamiento familiar que predicen conductas de riesgo en adolescentes y sus familias. *Rev Cuadernos Medico Sociales* 1997; 38(4): 14-21.
- 12 Cardona AM, Hernández HF. Consumo de alcohol y otros psicoactivos en estudiantes universitarios y su relación con aspectos de la calidad de vida y factores psicosociales, Medellín 2003-2004. [Trabajo de grado]. Medellín: Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Salud Pública; 2007.
- 13 Domènech E, Larraburu I, Moncada A, Font S. Perturbaciones en el desarrollo adolescente: depresiones, trastornos alimenticios,

- drogadicción, tabaquismo. En: Perinat MA. Los adolescentes en el siglo XXI. Barcelona: IOC; 2003. p. 225-261.
- 14 Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. *Forensis 2004: Datos para la vida*. Bogotá: Centro de Referencia Nacional sobre Violencia; 2005.
 - 15 Perinat MA. La Adolescencia: perspectiva sociohistórica. En: Perinat MA. Los adolescentes en el siglo XXI. Barcelona: UOC; 2003. p. 21-51.
 - 16 King J, Kowalchuk B. *Manual for ISO-30 Adolescent: Inventory of Suicide Orientation-30*. Minneapolis: National Computer Systems, Inc; 1994.
 - 17 Kovacs M. *Children's Depression Inventory: profile report*. Multi-health Systems. USA; 2004.
 - 18 Fundación Kellogg. *Familia y adolescencia: indicadores de salud*. Washington; 1996.
 - 19 Organización Mundial de la Salud. *Entrevista diagnóstica internacional compuesta-CIDI*. Secciones B, J, L. Ginebra: OMS; 1997.
 - 20 Smilkstein G. The family APGAR: A proposal for a family function test and its used by physicians. *J FamPract* 1978; 6: 12-31.
 - 21 Morineau A; Aluja T. Análisis de correspondencias. Cisia, Francia. Simposio de Estadística. Departamento de matemáticas y estadística. Facultad de Ciencias. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá; 1994.
 - 22 Gómez C, Rodríguez MN. Factores de riesgo asociados al síndrome depresivo en la población colombiana. *Rev Col Psiquiatría* [artículo en internet] 1997 marzo. [acceso el 6 de febrero de 2008]; 26(1). Disponible en: http://www.psiquiatria.org.co/BancoConocimiento/R/revista_1_psiquiatria_1997_articulos_originales1/revista_1_psiquiatria_1997_articulos_originales1.asp.
 - 23 Tuesca MR, Navarro LE. Factores de riesgo asociado al suicidio e intento de suicidio. *Rev Salud Uninorte Barranquilla*. 2003; 17: 19-28.