

# ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN PARA LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO EN ADOLESCENTES: LA ESCUELA COMO CONTEXTO

Laura Elvira Piedrahita S.\*  
Karla Mayerling Paz\*\*  
Ana Maritza Romero\*\*\*

Recibido en julio 12 de 2012, aceptado en octubre 9 de 2012

## Resumen

**Objetivos:** Proyecto de intervención educativa cuyo objetivo fue fomentar conductas protectoras a partir de los factores de riesgo para intento de suicidio, identificados en adolescentes y promover el conocimiento de los factores de riesgo y dotarles de herramientas para el abordaje inicial a educadores y padres de familia. **Materiales y Métodos:** La muestra estuvo conformada por 30 estudiantes entre 9 y 14 años, matriculados en una institución educativa de la ciudad de Cali entre septiembre de 2009 y junio de 2010. Y siete adultos entre educadores y padres. Se diseñó la intervención en cuatro fases: *una inicial*, buscaba identificar en los estudiantes los factores de riesgo. En la *segunda fase*, se elaboró el programa educativo. En la *tercera fase*, se implementó el programa bajo los principios de educación en salud. Y una *cuarta fase*, donde se evaluó el impacto de las actividades realizadas. **Resultados:** Los hallazgos evidenciaron el desconocimiento de los adultos respecto al suicidio. A partir de los resultados después de la intervención educativa, se evidenció más precisión respecto a los conceptos básicos de suicidio y de las intervenciones a realizar con adolescentes en riesgo. **Conclusiones:** La intervención educativa, posibilitó la identificación de los factores de riesgo en los adolescentes y mostró una significativa efectividad al aumentar el nivel de conocimientos en los padres y educadores. Una mayor información posibilita la identificación y tratamiento oportuno lo cual conlleva a la disminución del evento en este grupo poblacional. Se resalta el papel de la escuela como contexto apropiado para la realización de las intervenciones.

## Palabras clave

Conducta del adolescente, Intento de suicidio, educadores, padres (*fuentes: DeCs*).

---

\* Enfermera y Psicóloga, Magister en Educación: Desarrollo Humano. Escuela de Enfermería, Facultad de Salud, Universidad del Valle. Santiago de Cali, Colombia. Autor de correspondencia. Teléfono: 5185695 ext. 4112, Área de Salud Mental. Correo electrónico: lauraeps1@hotmail.com

\*\* Estudiante de Enfermería. Escuela de Enfermería, Facultad de Salud, Universidad del Valle. Santiago de Cali, Colombia. Correo electrónico: karlapaz627@hotmail.com

\*\*\* Estudiante de Enfermería. Escuela de Enfermería, Facultad de Salud, Universidad del Valle. Santiago de Cali, Colombia. Correo electrónico: anita1442@hotmail.com

## INTERVENTION STRATEGY FOR THE PREVENTION OF SUICIDE IN ADOLESCENTS: THE SCHOOL AS CONTEXT

### Abstract

**Objectives:** The educational intervention project whose objective was to promote protective behaviors from the risk factors for attempting suicide identified in adolescents and to promote knowledge of risk factors and provide them with tools for the initial approach to educators and parents. **Materials and Methods:** The sample consisted of 30 students between 9 and 14 years old, enrolled in an educational institution in the city of Cali between September 2009 and June 2010, and seven adults between educators and parents. The intervention was designed in four phases: An *initial phase* sought to identify risk factors in the students. During the *second phase*, the educational program was developed. In the *third phase* the program was implemented under the principles of health education. And a *fourth phase*, which the impact of the activities carried out, was evaluated. **Results:** The findings showed the lack of awareness adults have about suicide. From the results after the educational intervention, more accuracy in regards to the basic concepts of suicide and of the interventions to be performed with adolescents at risk was evident. **Conclusions:** The educational intervention allowed the identification of risk factors in adolescents and showed a significant effectiveness increasing parents and educators' level of knowledge. Greater information enables the identification and timely treatment which leads to the decrease of the event in this population. It highlights the role of the school as appropriate context for the implementation of interventions.

### Key words

Adolescent behavior, attempt to commit suicide, educators, parents (*source: DeCs*).

## ESTRATEGIA DE INTERVENÇÃO PARA A PREVENÇÃO DO SUICÍDIO EM ADOLESCENTES: A ESCOLA COMO CONTEXTO

### Resumo

**Objetivos:** Projeto de intervenção educativa cujo objetivo foi fomentar condutas protetoras a partir dos fatores de risco para tento de suicídio, identificados em adolescentes e promover o conhecimento dos fatores de risco e dotar lhes de ferramentas para a abordagem inicial a educadores e pais de família. **Materiais e Métodos:** A amostra esteve conformada por 30 estudantes entre 9 e 14 anos, matriculados em uma instituição educativa da cidade de Cali entre setembro de 2009 e junho de 2010. E sete adultos entre educadores e pais. Desenhou se a intervenção em quatro fases: *uma inicial buscava* identificar com os estudantes os fatores de risco. Na *segunda fase*, elaborou se o programa educativo. Na *terça fase*, elaborou se o programa baixo os princípios de educação em saúde. E uma *quarta fase*, onde se avaliou o impacto das atividades realizadas. **Resultados:** Os descobrimentos evidenciaram o desconhecimento dos adultos respeito ao suicídio. A partir dos resultados depois da intervenção educativa, evidenciou se mais precisão respeito aos conceitos básicos de suicídio e das intervenções a realizar com adolescentes em risco. **Conclusões:** A intervenção educativa possibilitou a identificação dos fatores de risco nos adolescentes e amostrou uma significativa efetividade ao aumentar o nível de conhecimentos nos pais e educadores. Uma maior informação possibilita a identificação e tratamento oportuno o qual leva à diminuição do evento neste grupo populacional. Resalta se o papel da escola como contexto apropriado para a realização das intervenções.

### Palavras chave

Conduta do adolescente, tento de suicídio, educadores, pais (*fonte: DeCs*).

## INTRODUCCIÓN

El suicidio representa un fenómeno universal, atemporal y multicausal con diversas concepciones culturales y sociopolíticas de acuerdo al contexto donde se suscribe. Se ha definido en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) (1), como “un acto con resultado letal, deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, sabiendo o esperando su resultado letal y siendo considerado el resultado como instrumento para obtener cambios deseables en su actividad consciente y medio social”. Así mismo, se ha propuesto considerar las conductas suicidas como un espectro continuo que va desde aspectos cognitivos como la ideación suicida y planificación, hasta los comportamentales, como el intento de suicidio y el suicidio consumado (2).

Desde 1970, la Organización Mundial de la Salud, ha reconocido al suicidio como un grave problema de salud pública (3). Actualmente es responsable de aproximadamente la mitad de todas las muertes violentas en el mundo, presentándose más de un millón de suicidios anualmente. Sin embargo esta cifra no refleja la totalidad de la magnitud de la problemática, ya que el intento de suicidio es aún más frecuente y se estima que su incidencia es de 10 a 40 veces la del suicidio consumado, considerándose que ocurre un intento de suicidio cada 3 segundos y una muerte por suicidio cada 30 segundos (4).

En las últimas décadas las notificaciones de suicidio han mostrado un aumento a nivel mundial en la población de adolescentes y adultos jóvenes, particularmente en el rango de edad de 15 a 24 años, constituyéndose entre una de las tres primeras causas de muerte en este grupo poblacional y en la sexta causa de muerte para el grupo poblacional entre 5 a 14 años (5). Esta situación es consecuente con el panorama nacional, ya que las cifras arrojadas por el Estudio Nacional de Salud Mental en Colombia en el año 2003 (6), indicaron que la mayor prevalencia de intentos de suicidio en nuestro país,

se encuentra en los jóvenes entre 18-29 años de edad y corresponde a la cuarta causa de muerte en jóvenes de 12 a 15 años. Los reportes del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses para el año 2010 (7), refieren que la población entre los 20 y 34 años es más proclive a ejecutar actos suicidas, resaltando el rango entre los 20 a 24 años por tener una participación porcentual del 16,79%. Por otra parte, al observar la población de adolescentes, se identifica que los casos entre los 15-17 años, superan las frecuencias presentadas en los mayores de 40 años, demostrando que se trata de un fenómeno con una alta mortalidad entre los jóvenes.

En el Valle del Cauca, de acuerdo a los informes de vigilancia epidemiológica de la Secretaría Departamental de Salud (8), en el periodo comprendido entre 1998 y 2009 se presentaron 2.771 suicidios, con un promedio de 231 casos/año, de los cuales el 73% de casos se encontraban en la franja de edad de 15 a 44 años y el 3,8% correspondía a menores de 15 años. Durante el año 2010 se presentó una tasa general de 4,7 casos por cada 100.000 habitantes, siendo esta 14,6% más elevada que la tasa nacional. En lo que respecta a las intoxicaciones autoinfligidas en el año 2011, la Secretaría Departamental de Salud informa que se reportaron al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública –SIVIGILA– un total de 1.007 casos, con un promedio de edad de 25,8 años, siendo el grupo de 14 a 23 años quien aporta más de la mitad de los casos de intencionalidad suicida (60,5%).

En Santiago de Cali, en 2010 se reportaron al sistema de Vigilancia en Intento de Suicidio 453 casos, con un aumento del 15% en número de casos en relación a los reportados en el año 2009; respecto a la edad, el promedio para este periodo fue de 24,9 años. Así mismo se reportaron 12 casos en menores de 10 años y 93 casos en menores de 15 años, lo que representa un incremento para este grupo de edad respecto al año anterior en un 19,2% (9).

Si bien generalmente la información sobre el comportamiento suicida en la adolescencia está por debajo de su ocurrencia, porque muchas muertes de este tipo se clasifican imprecisamente como no intencionales o accidentales (2), las cifras anteriores revelan la imperiosa necesidad de realizar intervenciones tempranas en este grupo poblacional, ya que se trata de la población en edad productiva y este hecho origina graves consecuencias socioeconómicas y un alto costo psicológico, de pareja y familiar, porque al tratarse de personas jóvenes dejan hogares recién constituidos, con hijos pequeños y familia a la deriva (10).

A lo largo de la literatura se han relacionado diversos factores de riesgo y de carácter predictivo de la conducta suicida, de modo que el conocimiento y la identificación temprana de los mismos resultan fundamentales para su prevención (11). En el grupo de adolescentes se identifica la presencia de desórdenes mentales (especialmente depresión y distimia), abuso de sustancias psicoactivas, antecedentes familiares de suicidio, experiencias de abuso sexual, presencia de trastornos de la conducta, violencia intrafamiliar, fallas académicas, eventos vitales recientes como la muerte de un familiar o amigo, disminución de la autoestima, sensación de vacío afectivo, sensación de desesperanza hacia el futuro (12).

Gómez et al., en el estudio de factores asociados al intento de suicidio en población colombiana realizado con base a los resultados del primer estudio nacional de salud mental 2001, en una muestra de 21.988 personas entre los 16 y 60 años, identificaron que la población con mayor riesgo se ubica entre 16 y 21 años, encontrando entre los principales riesgos asociados al intento de suicidio la depresión (leve, moderada y grave), la ansiedad (moderada y grave) en el último año, la consulta al médico por “nervios”, la presencia de abuso verbal dirigido hacia las mujeres, los valores morales diferentes a los de la familia, las reglas intrafamiliares poco claras y punitivas o baja satisfacción con los logros (13).

En un estudio realizado en el 2006 en la ciudad de Medellín, Toro et al. indagaron sobre el riesgo de suicidio en población adolescente escolarizada en una muestra aleatoria de 779 adolescentes, encontrando que 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 (14).

En el estudio de corte transversal, realizado en una muestra probabilística de 339 alumnos de los colegios públicos de la ciudad de Manizales, que evaluó el riesgo suicida y las variables asociadas, se concluyó que ser mujer, tener una disfunción familiar severa, una decepción amorosa, antecedentes personales o familiares de intento suicida, fumar y consumir sustancias psicoactivas o padecer algún trastorno psiquiátrico como la ansiedad y la depresión mayor, aumentan el riesgo de suicidio (15).

## Prevención

Siendo el suicidio el prototipo de condiciones que no se pueden tratar, sino prevenir, existen diversos modelos conceptuales y programas de prevención del comportamiento suicida a nivel mundial (16); en el caso de este estudio se retoman dos: el estudio SUPRE-MISS que la Organización Mundial de la Salud (OMS) inició en 1999 como una iniciativa a escala mundial dirigida a reducir la mortalidad asociada al suicidio, a través de la cual se realizó una evaluación detallada, en 18 lugares diferentes, de los factores asociados a la conducta suicida y se aplicó una breve intervención psicoeducativa para los pacientes que hubieran tenido un intento de suicidio, lo cual permitió la realización y difusión de una serie de documentos que ofrecen información, recomendaciones, pautas y guías de acción para la detección, prevención y tratamiento de la conducta suicida y se dirigen a grupos sociales y profesionales específicos, particularmente relevantes en la prevención del suicidio entre ellos los docentes (17). En segundo lugar el modelo de prevención primaria y secundaria de la salud,

centrado en la promoción de factores protectores en la población general y la detección temprana de factores de riesgo en grupos vulnerables, para el caso del comportamiento suicida abarca intervenciones educativas a la población general o grupos específicos, como son: entrenamiento en habilidades de afrontamiento para resolver problemas, restricción de acceso a medios letales, tamizajes comunitarios y grupos de apoyo para personas en riesgo (18). Otro aspecto importante a tener en cuenta en la prevención del suicidio es entender que la comunicación y el diálogo abierto sobre el tema, no incrementan el acto, como erróneamente se considera; y por el contrario, hablar abiertamente del tema, constituye una valiosa oportunidad para iniciar su prevención (19).

Teniendo en cuenta lo anterior, con el fin de contribuir a la búsqueda de soluciones, se propone el presente trabajo el cual buscó desarrollar una estrategia de intervención psicoeducativa que posibilitara a educadores y padres de familia, identificar los factores de riesgo para la conducta suicida y dotarles de herramientas para el abordaje inicial de personas en riesgo suicida. Se buscó identificar en los adolescentes factores de riesgo para intento de suicidio y a partir de estos, fortalecer los factores protectores, a través del fomento de habilidades para la vida, autoestima y conectividad social. Los cuales además de facilitar la construcción de tejido social permiten identificar formas de resolver conflictos de una forma diferente a terminar con la vida, así mismo se buscó promover la reflexión, respecto a la capacidad de analizar opciones conscientes y tomar decisiones responsables, frente a las diferentes situaciones que les ofrece la vida.

## MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un proyecto de intervención el cual se diseñó en cuatro fases: *una inicial* en donde mediante un muestreo no probabilístico, se selecciona una

muestra conformada por 30 estudiantes entre 9 y 14 años, teniendo en cuenta que se identifica a la población de adolescentes tempranos como grupo vulnerable. Se incluyeron estudiantes de sexo masculino y femenino matriculados en el grado quinto de primaria durante el año lectivo de Septiembre de 2009-Junio de 2010, en una institución educativa del sector oficial de la ciudad de Cali. Esta primera fase, buscaba recolectar información sobre factores de riesgo para el suicidio, para lo cual se diseñó un instrumento de valoración por parte de las investigadoras; el cual permitía recolectar información sobre datos de identificación, familiograma y Apgar, red social de apoyo, antecedentes familiares, antecedentes personales, presencia de conflicto actual: familia – pareja – escuela y presencia de conductas autolíticas. Dentro de este instrumento, solo el Apgar familiar es una escala validada; que tiene consistencia interna de 0,81 y la fiabilidad test-retest de 0,81. Consta de 5 preguntas en escala Likert (casi nunca, a veces, casi siempre), la funcionalidad familiar se puntúa: normofuncional [7-10], disfunción leve [4-6] y disfunción grave [0-3] (20). Partiendo de la identificación de los factores de riesgo obtenidos en la primera fase, se plantea la *segunda fase*, donde se elaboró el programa educativo con dos poblaciones objeto: educadores y padres de familia, los cuales se seleccionaron mediante muestreo no probabilístico por convocatoria y participaron en él siete adultos. El objetivo del programa fue dotarlos de herramientas conceptuales y prácticas para la identificación de riesgos y el abordaje inicial de personas en riesgo suicida. En la *tercera fase* se procedió a la implementación del programa mediante las intervenciones educativas; se desarrolló bajo los principios de la educación en salud abarcando los siguientes temas: definición de conductas suicidas, análisis de los mitos y realidades relacionados con el suicidio, identificación de los factores de riesgo y protección, detección y abordaje inicial de personas en riesgo suicida, así como canalización y seguimiento. Posteriormente, al finalizar las intervenciones se aplicó nuevamente el

instrumento de valoración inicial, lo cual permitía comparar la adquisición de conocimientos nuevos frente a conocimientos previos respecto al tema, buscando evaluar el impacto de las actividades educativas. Lo anterior, se constituyó en la *cuarta fase* del proyecto.

El programa educativo se implementó en el transcurso de encuentros en el contexto escolar, que tuvieron lugar durante 6 meses con una duración de 2 horas y un total de 5 secciones con padres de familia y educadores. En cada sesión se abordaron los temas como un proceso de construcción conjunta de conocimientos a partir de situaciones a través de dinámicas como talleres lúdicos, lecturas dirigidas, análisis y reflexión de casos a partir de textos y películas. El procesamiento de los datos se efectuó con ayuda del paquete estadístico SPSS tanto para la elaboración de la base de datos, la tabulación y análisis de los mismos.

En cuanto a los aspectos éticos, inicialmente, se presentó el proyecto a las directivas de la institución educativa para su revisión y aprobación. Antes de su implementación, se realizó reunión con los padres de familia para explicarles los objetivos del programa y, posteriormente, con los adolescentes se procedió a diligenciar el formato de recolección de la información, previa obtención del consentimiento informado de los padres de familia o persona responsable; el cual contaba

además con el asentimiento del menor. El estudio tuvo el aval del Comité de Ética de la Facultad de Salud, de acuerdo a las normas éticas vigentes en Colombia (21).

## RESULTADOS

Los resultados de la primera fase incluyen la descripción de las características sociodemográficas de la población y los factores de riesgo para el suicidio identificados en los menores participantes.

### Características sociodemográficas

La edad promedio fue de 10,97 años, en un rango de 9 a 14 años y una desviación estándar de 1,27; la variable sexo quedó distribuida en 53% hombres –correspondiente a 16 estudiantes– y 47% mujeres –correspondiente a 14 estudiantes–. Otras características sociodemográficas aparecen en la Tabla 1.

Todos los menores, expresaron como su ocupación principal el ser estudiante. Sin embargo se encontró un 10% correspondiente a 3 estudiantes que adicionalmente trabajan los fines de semana en negocios que son propiedad de familiares. Uno de ellos expresó que “cuida” de otros menores en las mañanas y cuando no asiste al colegio.

**Tabla 1. Distribución según sexo, edad, etnia y religión de estudiantes de una institución educativa del sector oficial de la ciudad de Cali, 2009. (n = 30)**

VARIABLES	MUJERES		HOMBRES		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
<b>SEXO</b>	14	47%	16	53%	30	100
<b>EDAD</b>	n	%	n	%	n	%
9	1	3,30%	0	0%	1	3,30%
10	6	20,00%	7	23,30%	13	43,30%
11	4	13,30%	4	13,30%	8	26,60%
12	1	3,30%	3	10,00%	4	13,3%
13	1	3,30%	1	3,30%	2	6,60%
14	1	3,30%	1	3,30%	2	6,60%
<b>ETNIA</b>	n	%	n	%	n	%
Indígena	1	3,30%	1	3,30%	2	6,60%
Afro descendiente	0	0%	1	3,30%	1	3,30%
Resto	13	43%	14	47%	27	90%
<b>RELIGIÓN</b>	n	%	n	%	n	%
Cristiana	5	16,70%	6	20%	11	37%
Católica	7	23,30%	6	20%	13	43%
Ninguna	2	6,60%	4	13,30%	6	20%

Fuente: Cuestionario factores de riesgo para el suicidio en adolescentes.

### Factores de riesgo

Para valorar la función familiar, se utilizó el Apgar familiar, el cual consiste en un cuestionario con cinco enunciados que hacen referencia a adaptación, participación, crecimiento o autorrealización, afecto y recursos, las cuales son

características básicas que hacen que la familia sea funcional y armónica. La interpretación de los resultados del Apgar, permite dar una clasificación general de algún grado de disfunción familiar en 73% y buena función familiar en 27% de los participantes. Ver Tabla 2.

**Tabla 2. Valoración de la función familiar de acuerdo al Apgar en estudiantes de una institución educativa del sector oficial de la ciudad de Cali, 2009. (n = 30)**

Sexo	Funcional (20-18)		Disfunción familiar leve (17-14)		Disfunción familiar moderada (13-10)		Disfunción familiar severa (igual o < 9)	
	n	Porcentaje	n	porcentaje	n	porcentaje	n	%
Femenino	2	7%	4	13%	2	7%	6	20%
Masculino	6	20%	4	13%	3	10%	3	10%
Total	8	27%	8	26,00%	5	17%	9	30%

Chi<sup>2</sup> = 9,80; valor p = 0,02. Fuente: Cuestionario factores de riesgo para el suicidio en adolescentes.

Al analizar cada componente evaluado en la escala de Apgar, se encuentra con respecto a la adaptación, definida como la utilización de los recursos intra y extra familiares para resolver los problemas, que el 70% de los menores expresaron sentirse satisfechos con la ayuda que reciben de su familia cuando tienen algún problema y/o necesidad y 10% expresaron no sentirse satisfechos.

Con relación a la participación la cual se refiere a compartir la toma de decisiones y responsabilidades como miembro de la familia, 47% se sienten satisfechos con esa participación y 33% expresaron no sentirse satisfechos. Con respecto al crecimiento entendido como el logro de una maduración emocional, física y la autorrealización de los miembros de la familia, a través del soporte y de la guía mutua, 70% se sienten satisfechos y 17% declaran no sentirse satisfechos. En relación al afecto, entendido como la relación de amor y atención que existe entre los miembros de la familia, 54% de los adolescentes se sienten satisfechos, 13% solo algunas veces y 34% declaran no sentirse satisfechos. Con respecto a si comparten en familia aspectos relacionados con el tiempo juntos, los espacios y el dinero, el cual se valora a través de los recursos, 57% se sienten satisfechos con la manera como se comparten en familia estos aspectos, 17% solo algunas veces, y 27% declara no sentirse satisfechos.

Respecto a si se sienten satisfechos con el soporte que reciben de sus amigos, 63% se sienten satisfechos, 17% algunas veces y 20% declara no sentirse satisfechos nunca. Con relación a si tiene algún(a) amigo(a) cercano(a) a quien pueda buscar cuando necesita ayuda, 73% expresaron que siempre, 10% tienen amigos y lo buscan algunas veces y 17% expresaron no tener amigos a quien buscar en momentos que se requiera ayuda.

Con respecto a las redes de apoyo social, para el presente trabajo, se definen como el conjunto de relaciones interpersonales que vincula a los menores con otras personas de su entorno, con

el fin de mantener o mejorar su bienestar físico y emocional. El 63% de los menores refieren pertenecer a algún grupo social y 37% restante no lo hacen.

El 70% afirmaron contar con alguna persona para compartir sus problemas, conflictos y preocupaciones. Entre estas personas se destacan la mamá, amigos, y otros familiares; hermanos(as), padres, abuelos(as), y tíos(as). El 30% refirieron no contar con ninguna persona.

El 70% afirmaron no conocer servicios de psicología, y/o salud mental en su barrio, ciudad, o el colegio, donde puedan acudir en busca de ayuda. El 23% afirman que sí los conocen y mencionan especialmente el centro de salud, clínicas y/o hospitales, pero se encontró que no tienen claro el mecanismo de acceso a ellos. El 7% no respondieron a la pregunta.

En 63% de los participantes, se encontraron antecedentes de enfermedad mental en la familia, especialmente alcoholismo; seguido de depresión, consumo de sustancias psicoactivas y enfermedades como esquizofrenia, trastornos alimenticios y déficit cognitivo. En 13% de los participantes se encontraron antecedentes familiares de intento de suicidio.

Con relación a los antecedentes personales, en 83% de los menores se encontraron antecedentes de hospitalización médica especialmente asociadas a causas orgánicas. Llamó la atención un estudiante que manifestó la caída de un tercer piso. El 37% expresaron haber presentado en algún momento de la vida depresión; 13% ansiedad, 13% problemas de aprendizaje, pero solo 7% recibieron atención médica. El 3% admitieron consumo de alcohol.

El 13% de los menores afirmaron que habían intentado quitarse la vida, de estos 6,6% refieren haberlo hecho en el último mes, 3% en el último año y 3% hace más de un año. La forma mediante la cual lo intentaron fue con objetos corto punzantes en 3% y envenenamiento 10%.



El 30% de los menores refirieron cambios en los sentimientos hacia sí mismos o hacia su cuerpo últimamente, especialmente sentimientos de tristeza o decepción. El 20% refirieron cambios en el sueño y 23,3% cambios en el apetito.

En 27% de los participantes, se encontró presencia de conductas suicidas como ideas, fantasías o deseo de matarse o hacerse daño durante el último año. Y 20% piensan que los demás estarían mejor sin ellos especialmente cuando hay conflictos familiares, situaciones de abandono o maltrato físico y/o verbal.

A la evaluación de la presencia de conflicto actual, en la familia y/o en la escuela, el 47% de los menores confirmaron situaciones difíciles en su familia como separación de los padres en 16%, muerte de algún familiar en 13%, malas relaciones con el padrastro en 7%, y en 7% falta de dinero. El 60% refirieron problemas en el colegio como perder un logro, asignatura o el año. Se identificaron otras situaciones de riesgo como dificultades entre

compañeros por agresión verbal, problemas de comportamiento evidenciado por peleas en horas del descanso y problemas con los profesores. El 27% refirieron haber sido expulsados alguna vez del colegio.

Así mismo, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la funcionalidad familiar según el sexo, puesto que el valor  $p$  estuvo por debajo de 0,05 (nivel de significancia estadística para una confiabilidad del 95%).  $\chi^2 = 9,80$ ; valor  $p = 0,02$ . Lo cual muestra una mayor disfuncionalidad en las mujeres que en los hombres.

### Evaluación de las actividades educativas

A continuación, se presentan los resultados de la intervención con educadores y padres de familia, las cuales se desarrollaron bajo los principios de la educación en salud, partiendo de los factores de riesgo y protección identificados en los menores. Ver Tabla 3.

**Tabla 3. Distribución relativa de la adquisición de conocimientos nuevos frente a conocimientos previos en padres y docentes de una institución educativa del sector oficial de la ciudad de Cali, 2009 (n = 7)**

Temas evaluados	Pre-test		Pos-test	
	n	Porcentaje	n	Porcentaje
Definición del concepto de suicidio	1	14%	3	43%
Diferenciación entre ideación suicida y el acto suicida	2	29%	5	71%
Factores de riesgo para el intento de suicidio	3	43%	6	86%
Conocimiento del protocolo de manejo de una persona en riesgo de intento de suicidio o suicidio	2	29%	6	86%
Descripción de estrategias de prevención del suicidio	1	14%	4	57%

Fuente: Cuestionario factores de riesgo para el suicidio en adolescentes.

El valor  $p$  estuvo por encima de 0,05 (nivel de significancia estadística para una confiabilidad del 95%).  $\chi^2 = 5,03$ ; valor  $p = 0,28$ . Lo cual muestra que no existen diferencias significativas en las mediciones pre-test y pos-test. Pero al comparar cada uno de los temas de forma individual, se observa una mejora en cada uno de estos, así:

Al inicio de las actividades no había una definición clara del concepto de suicidio, ni de la conducta suicida, solo lo definían como “quitarse la vida”. En la evaluación al finalizar los talleres, el 43% cambiaron su descripción a entenderlo como un trastorno multidimensional, en el que influyen factores biológicos, genéticos, psicológicos, sociológicos y ambientales. Así mismo, no había en los participantes una diferenciación clara entre la ideación suicida y el acto suicida, para ellos, la ideación suicida consistía en tratar de morirse e intentarlo sin éxito. Al finalizar los resultados muestran claridad en los conceptos en un 71% y perciben el intento de suicidio como las acciones físicas y mentales que llevan a una persona a atentar en contra de su vida pero que no llegan a su fin e incluyeron conceptos como parasuicidio.

Los participantes consideraban como factores de riesgo en las menores causas internas como depresión, falta de afecto e inestabilidad emocional. Al finalizar las intervenciones 86% de los participantes identificaron otras causas tanto internas como externas, tales como: maltrato físico y psicológico, problemas familiares, pérdidas físicas y emocionales, las cuales se identificaron como factores de riesgo en los menores de la institución y otras como consumo de sustancias psicoactivas, ausentismo paterno y discriminación.

En la evaluación posterior a las intervenciones, el 86% de los participantes afirmaron conocer el manejo que se debe dar a una persona que presenta riesgo de intento de suicidio o suicidio, y describen actividades como prestarle atención, escucharlo, dialogar, no juzgarlo, darle alternativas y opciones de ayuda, hacerle seguimiento, y remitirlo al centro de salud.

El 57% de los participantes al finalizar las intervenciones, describen las capacitaciones dadas por las estudiantes de enfermería de la Universidad del Valle, como una estrategia para la prevención de suicidio e incluyen también los programas de psicología en las escuelas apoyados por la Secretaría de Educación –Escuela Saludable–. E identifican las instituciones a las cuales pueden acudir en caso de que una persona intente suicidarse o esté en alto riesgo de hacerlo indicando el centro de salud, el Hospital Universitario del Valle (HUV), el Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle (HPUV), y el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF).

## DISCUSIÓN

Los hallazgos de la presente investigación muestran una proporción de adolescentes con antecedente de suicidio del 13% lo cual puede considerarse alta, y debe llevar a encaminar acciones tendientes a la prevención del evento en el contexto escolar a través de la capacitación a los jóvenes y a los padres y docentes. Teniendo en cuenta que, acorde con la literatura revisada, las estadísticas del país muestran a esta franja de la población como uno de los grupos de mayor riesgo suicida (7).

En el 73% de los participantes se encontró disfunción familiar; así como poco apoyo familiar, antecedentes familiares y presencia de conflicto los cuales se han identificado en diferentes estudios como factores de riesgo para intento de suicidio (11, 12, 15, 19). Así mismo, se encontró una mayor disfuncionalidad en las mujeres que en los hombres.

A partir de los resultados obtenidos después de la intervención educativa, los padres y docentes, mostraron un aumento en cada uno de los temas abordados en forma individual; se pudo identificar que los participantes tenían más precisión respecto a los conceptos básicos de suicidio y de las intervenciones a realizar con adolescentes en

riesgo de cometer intento de suicidio, logrando un acercamiento a la visión multidimensional a la que se refiere la Organización Mundial de la Salud (3, 17).

La intervención educativa desde enfermería, posibilitó la identificación de los factores de riesgo de los menores participantes. En los padres y docentes, posterior a la intervención, se observa un cambio favorable respecto a la adquisición de conocimientos en cada uno de los ítems de forma individual, como se aprecia en la Tabla 3. Una mayor información posibilita la identificación oportuna de los menores en riesgo y la búsqueda de ayuda para tratamiento oportuno lo cual conlleva a la disminución de los eventos en este grupo poblacional (11, 12, 19).

## CONCLUSIONES

La adolescencia es un período del desarrollo con cambios muy importantes. Para algunos adolescentes, estos cambios a veces acompañados por otros hechos o situaciones específicas, pueden causar gran perturbación y resultar abrumadores. Y aunque la presencia de estos aspectos anteriormente mencionados, no es causante directa de los intentos suicidas sí nos indica que puede haber mayor posibilidad de ocurrencia, constituyéndose este grupo poblacional en un grupo de riesgo para el intento de suicidio, en el cual se hace necesario trabajar por el fortalecimiento de conductas protectoras y de afrontamiento positivo a las situaciones difíciles de la vida.

La prevención del suicidio, requiere de la participación coordinada y articulada de diferentes

actores: las familias, las secretarías de salud, las secretarías de educación, las secretarías de recreación y cultura, Bienestar Familiar y otras instituciones en un trabajo conjunto. Dentro de este trabajo articulado, es de resaltar el papel de la escuela como formadora, como campo de información y formación y como contexto apropiado y facilitador para la realización de las intervenciones. Es imposible desconocer que el papel de los padres en la formación de los hijos es fundamental, pero igual de importante es el papel que nos concierne a los educadores y a los profesionales de salud para orientar a toda la comunidad respecto a la prevención del suicidio.

Es importante aumentar las intervenciones y estudios de esta índole, teniendo en cuenta que el suicidio se constituye en un importante problema de salud pública, y aprovechando los espacios académicos en colegios y escuelas, teniendo en cuenta que para crear una estrategia efectiva en la disminución de suicidios e intento de suicidio en adolescentes es necesario capacitar a los educadores y padres de familia en la identificación de factores de riesgo. Se recomienda realizar otros estudios ya que el tema es de gran importancia para profesionales de salud, educadores y padres.

## AGRADECIMIENTOS

A los menores, padres de familia, educadores y directivos de la Institución Educativa Agustín Nieto Caballero, sede José María Vivas Balcázar, por su participación y apoyo para el desarrollo de la investigación.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Panamericana de la Salud. Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. Décima revisión. (CIE-10) Manual de instrucciones. Vol. 2. Washington, D.C.: OPS; 1996.
2. Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud; 2002. (acceso 24 de enero de 2012). Disponible en: [http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/world\\_report/en/summary\\_es.pdf](http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/summary_es.pdf)
3. Organización Mundial de la Salud. Prevención del suicidio. Ginebra: OMS; 1969. (acceso 24 de enero de 2012). Disponible en: [http://whqlibdoc.who.int/php/WHO\\_PHP\\_35\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/php/WHO_PHP_35_spa.pdf)
4. Organización Mundial de la Salud. SUPRE (Suicide prevention). 2009 (acceso 15 de febrero de 2012). Disponible en: <http://www.who.int/topics/suicide/es/>
5. Organización Mundial de la Salud. The World Health Report 2000 Mental Health: New understanding, new hope. 2001 (acceso 3 de abril de 2012). Disponible en: <http://www.who.int/whr>
6. Ministerio de la Protección Social de Colombia. Estudio Nacional de Salud Mental. Un panorama de la salud y enfermedad mental en Colombia: informe preliminar. Bogotá: Ministerio de la protección Social de Colombia; 2003.
7. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Forensis: Datos para la vida. Bogotá: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses; 2010.
8. Secretaría Departamental de Salud Valle del Cauca. Perfil Epidemiológico de Eventos Relacionados con Salud Mental. Colombia; 2011.
9. Castillo A. Informe del sistema de vigilancia epidemiológica en intento de suicidio. Cali: Secretaría de Salud Municipal; 2010.
10. Taborda LC, Téllez-Vargas J. El suicidio en cifras. En: Téllez J, Forero J. Suicidio: Neurobiología, factores de riesgo y prevención. Bogotá: Nuevo Milenio Editores; 2006. p. 24-41.
11. Piedrahíta LE, García MA, Mesa JS, Rosero IS. Identificación de los factores relacionados con el intento de suicidio, en niños y adolescentes a partir de la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería. Colomb Med. 2011; 42: 334-41.
12. Molinello H. Suicidio en niños y adolescentes. En: Téllez J, Forero J. Suicidio: Neurobiología, factores de riesgo y prevención. Bogotá: Nuevo Milenio Editores; 2006. p. 152-64.
13. Gómez C, Rodríguez N, Bohórquez A, Díaz-Granados N, Ospina M, Fernández C. Factores asociados con el intento de suicidio en la población colombiana. Rev Colomb Psiquiatr. 2002; 4: 271-85.
14. 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.
15. Fuentes MM, González AF, Castaño JJ, Hurtado CF et al. Riesgo suicida y factores relacionados en estudiantes de 6° a 11° grado en colegios de la ciudad de Manizales (Colombia). 2007-2008. Archivos de Medicina 2009; 9(2):110-112.
16. Silverman MM. Preventing suicide: a call to action World Psychiatry 2004; 3(3): 152-153 (acceso 24 de enero de 2012). Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1414696/>
17. Organización Mundial de la Salud. Prevención del suicidio: un instrumento para docentes y demás personal institucional. Ginebra: OMS; 2001.
18. Bobes J. Suicidio y psiquiatría. Recomendaciones preventivas y de manejo del comportamiento suicida. Madrid: Editorial Triacastela; 2011. p. 110-115.

19. Pérez S. El Suicidio, Comportamiento y Prevención. *Rev. Cubana Med Gen Integr.* 1999; 15(2): 196-217 (acceso 12 de abril de 2012). Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol15\\_2\\_99/mgi13299.pdf](http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol15_2_99/mgi13299.pdf)
20. Velásquez V, López L, López H et al. Efecto de un programa educativo para cuidadores de personas ancianas: una perspectiva cultural. *Rev. Salud pública* 2011; 13(4): 610-619.
21. Ministerio de Salud. Resolución 8430 de 1993. Bogotá: Ministerio de Salud de la República de Colombia; 1993.