

Vigilada por el Ministerio de Educación

**UB** Universidad de Boyacá®

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y EDUCATIVAS  
CENTRO DE INVESTIGACIONES PARA EL DESARROLLO "CIPADE"

# Conducta suicida en Boyacá

Factores Psicosociales y Prevención



Ronald Alberto Toro Tobar - Mildred Alexandra Vianchá Pinzón  
Lizeth Cristina Martínez Baquero - Mónica Patricia Pérez Prada

Conducta suicida en Boyacá: factores psicosociales y  
prevención / Ronald Alberto Toro Tobar [y otros]. -- Tunja :  
Universidad de Boyacá, 2018.

134 páginas ; 24 cm.

ISBN 978-958-8642-84-0

1. Conducta suicida - Boyacá (Colombia) 2. Suicidio -  
Aspectos sociales 3. Prevención del suicidio 4. Juventud -  
Conducta suicida. I. Toro Tobar, Ronald Alberto, autor.

362.28 cd 22 ed.

A1619654

CEP-Banco de la República-Biblioteca Luis Ángel Arango

1974

**UB** Universidad de Boyacá®

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y EDUCATIVAS  
CENTRO DE INVESTIGACIONES PARA EL DESARROLLO "CIPADE"

# Conducta suicida en Boyacá

Factores Psicosociales y Prevención



Ronald Alberto Toro Tobar - Mildred Alexandra Vianchá Pinzón  
Lizeth Cristina Martínez Baquero - Mónica Patricia Pérez Prada

**Presidente de la Universidad de Boyacá**

Dr. Osmar Correal Cabral

**Rectora**

Dra. Rosita Cuervo Payeras

**Vicerrector Académico**

Ing. MSc. Rodrigo Correal Cuervo

**Vicerrector Desarrollo Institucional**

Ing. MSc. Andrés Correal

**Vicerrectora Investigación Ciencia  
y Tecnología**

Ing. Mg. Claudia Patricia Quevedo Vargas

**Vicerrectora Educación Virtual**

Ing. Mg. Carmenza Montañez Torres

**Vicerrector Administrativo y de Infraestructura**

Dr. Camilo Correal C.

**Decana Facultad de Ciencias  
Humanas y Educativas**

Psic. Mg. Claudia Inés Bohórquez Olaya

**Directora Centro de Investigaciones para el**

**Desarrollo "CIPADE"**

Ft. Mg. Elisa Andrea Cobo Mejía

©

**Los autores**

Ronald Alberto Toro Tobar  
Mildred Alexandra Vianchá Pinzón  
Lizeth Cristina Martínez Baquero  
Mónica Patricia Pérez Prada

**Gestión editorial, corrección de texto y estilo,  
diseño y diagramación**

División de Publicaciones

**Director División de Publicaciones**

Ing. D.G. Mg. Johan Camilo Agudelo Solano

**Gestión editorial**

Lcda. Mg. Natalia Elizabeth Cañizalez Mesa

**Corrección de Texto y Estilo**

Lcda. Esp. Clara Yenny Vanegas Correa

**Diseño de cubierta**

D.G. Diana Lizeth Becerra Castro

**Diseño y Diagramación**

D.G. Esp. Daniel Francisco Dueñas Mora

© Ediciones Universidad de Boyacá

Carrera 2ª. Este N° 64-169  
Tels.: (8) 7452742 - 7450000 Ext. 3104  
[www.uniboyaca.edu.co](http://www.uniboyaca.edu.co)  
[publicaciones@uniboyaca.edu.co](mailto:publicaciones@uniboyaca.edu.co)

Tunja-Boyacá-Colombia

ISBN: 978-958-8642-84-0

Esta edición y sus características gráficas son propiedad de la

**UB** Universidad de Boyacá®

Vigilada Mineducación

© 2018

Queda prohibida la reproducción parcial o total de este libro, por medio de cualquier proceso reprográfico o fónico, especialmente fotocopia, microfilme, offset o mimeógrafo (Ley 23 de 1982)

DOI: <https://doi.org/10.24267/9789588642840>

## PRESENTACIÓN LIBRO SOBRE CONDUCTA SUICIDA EN BOYACÁ



Para la Universidad de Boyacá, es muy satisfactorio presentar el trabajo intitulado “Conducta suicida en Boyacá: factores psicosociales y prevención” elaborado por los psicólogos Ronald Alberto Toro, Mildred Alexandra Vianchá, Lizeth Cristina Martínez y Mónica Patricia Pérez, docentes de la Facultad de Ciencias Humanas y Educativas.

Desde el año 2012, han adelantado esta investigación movidos por el interés en detectar las causas del suicidio en Boyacá, porque las estadísticas muestran que es uno de los departamentos con mayor tasa de suicidios en Colombia (5.98 por 100.000 habitantes en el 2016) y que municipios muy pequeños como Tutazá y Cúitiva presentaron altísimos registros en el año 2014 (111.8 y 57.08 respectivamente), lo cual constituye, sin lugar a dudas, un grave y complejo problema de salud pública que debe estudiarse y atenderse con prontitud.

Los autores estudiaron este problema a partir de una pregunta que sirvió de base para toda la investigación: “¿Cuáles son las variables psicológicas, familiares y sociodemográficas asociadas a la ideación y al acto suicida en jóvenes de Tunja, Sogamoso y Duitama?” y el análisis de las respuestas dadas por la población joven entrevistada les permitió a los autores de este trabajo formular una propuesta de prevención que debe ser considerada con toda atención por las autoridades de la Salud Pública de Boyacá.

**Dr. Osmar Correal Cabral**

Presidente Universidad de Boyacá



## **AUTORÍA**

Ronald Alberto Toro Tobar, Psicólogo, Especialista en Psicología Clínica, Magíster en Psicología, Estudiante de Doctorado en Salud, Psicología y Psiquiatría en la Universidad de Almería en España. Afiliación: Universidad de Boyacá.  
Contacto: tororonald@gmail.com

Mildred Alexandra Vianchá Pinzón, Directora Programa de Psicología, Líder Grupo ETHOS. Afiliación: Universidad de Boyacá.

Lizeth Cristina Martínez Baquero, Directora de Investigación FCHE. Afiliación: Universidad de Boyacá.

Mónica Patricia Pérez Prada, Coordinadora Proyección Social FCHE. Afiliación: Universidad de Boyacá.

## **AGRADECIMIENTOS**

A Bertha Lucía Avendaño, Universidad Católica de Colombia, por su asesoría metodológica y estadística.

A Paola Barrera y Leydy Johana Barrera, por su trabajo como auxiliares de investigación.

A los estudiantes del semillero PAIDEIA de la Universidad de Boyacá: Diana Katerin Hernández, Leidy Milena Carreño, Diana Camila Parra, Henry Leonardo Rivera, Yury Nataly Barajas, Lizeth Natalia Arévalo, Alejandra Cujaban, Fabián Bustamante, Ángela Ochoa y Milena Cabra.

A la Fundación para la Promoción de la Investigación y la Tecnología del Banco de la República, que en el año 2014 patrocinó la investigación titulada: "Variables psicológicas, familiares y sociodemográficas relacionadas con la ideación y acto suicida en adolescentes escolarizados de Tunja, Sogamoso y Duitama". Tunja, (Proyecto 3190), y que este libro forma parte de los productos de ella derivados.





## **CONTENIDO**

<b>Introducción</b>	11
<b>Parte I</b>	15
Capítulo 1 El suicidio como problema de salud pública mundial	17
Capítulo 2: El suicidio en Latinoamérica como problema de salud pública	27
Capítulo 3: Consideraciones sobre el suicidio en Colombia	35
Capítulo 4: La conducta suicida en el departamento de Boyacá	45
Factores de riesgo suicida en Boyacá	49
Riesgo suicida, edad y sexo en adolescentes de Boyacá	62
Riesgo suicida y familia en adolescentes de Boyacá	63
Riesgo suicida y abuso sexual en adolescentes de Boyacá	64
Riesgo suicida y conducta alimentaria en adolescentes de Boyacá	66
<b>Parte II</b>	69
Capítulo 5: La prevención del suicidio en el panorama mundial y colombiano	71
Introducción	73
Prevención del suicidio	74
Intervención de la conducta suicida	80
Capítulo 6: Una propuesta de prevención de la conducta suicida en Boyacá	85
<b>Epílogo</b>	99
La investigación en Boyacá sobre los factores psicosociales en la conducta suicida	101
Direcciones futuras para los programas de prevención de la conducta suicida en Boyacá	104
<b>Referencias</b>	107

## Índice de Tablas

<b>Tabla 1.</b> Estadísticos descriptivos de la muestra inicial conformada (n = 676) según sus características sociodemográficas	52
<b>Tabla 2.</b> Contingencias entre la ideación suicida positiva y negativa y los niveles establecidos	54
<b>Tabla 3.</b> Ideación suicida y riesgo suicida y su asociación con la variable sexo	55
<b>Tabla 4.</b> Ideación suicida y riesgo suicida y su asociación con la variable tipo de familia	55
<b>Tabla 5.</b> Frecuencia y porcentajes de intentos suicidas según tiempo transcurrido desde la última tentativa y edad de aparición	56
<b>Tabla 6.</b> Indicadores de asociación entre las variables de riesgo suicida, maltrato y problemas de conducta alimentaria	57
<b>Tabla 7.</b> Regresión logística binaria de acto suicida, maltrato físico y verbal, abuso- tocamiento y abuso penetración y trastornos alimentarios	58
<b>Tabla 8.</b> Regresión logística binaria de ideación suicida, maltrato físico y verbal, abuso- tocamiento y abuso penetración y trastornos alimentarios	59
<b>Tabla 9.</b> Frecuencias de intentos suicidas según edades y constitución familiar de los participantes	60
<b>Tabla 10.</b> Frecuencias de ideación suicida según edades y constitución familiar de los participantes	61
<b>Tabla 11.</b> Indicadores de asociación entre las variables ideación suicida, intento suicida y abuso sexual	62
<b>Tabla 12.</b> Recomendaciones por cada intervención en los casos de conducta suicida	83
<b>Tabla 13.</b> Resumen de las características del programa de prevención de la conducta suicida para adolescentes de Boyacá	91
<b>Tabla 14.</b> Características de los participantes del programa de prevención de la conducta suicida para adolescentes de Boyacá	95
<b>Tabla 15.</b> Estadísticos de comparación de ideación suicida positiva y negativa en términos pre y post intervención	97

## INTRODUCCIÓN

El término suicidio proviene de las raíces latinas sui (sí mismo) y caedĕre (matar), que conforman suicidium lo que significa “quitarse voluntariamente la vida” (Real Academia Española RAE, 2016). Durkheim (1897/1965) lo concibió como una forma de locura, una entidad morbosa sui géneris limitada al acto, es decir, transitoria o monomaniaca que aparece en momentos de alta sensibilidad o violencia, derivada de una pasión anormal que agota la energía de vivir. Conceptualmente, es un caso de muerte que resulta directa o indirectamente de un acto positivo o negativo, realizado por la víctima sabiendo el resultado. Para el autor se constituye como el resultado de un factor individual (psicológico) y otro social (sociológico).

El suicidio a través de la historia se ha asociado a diversos factores socioculturales, los cuales han sido los componentes fundamentales para su comprensión. Es así como desde la antigüedad, las explicaciones han variado según el rol que ejercía en la sociedad el suicida (Maris, Berman, & Silverman, 2000), una apreciación que resalta la relevancia de los aspectos psicosociales que acompañan esta problemática hasta la fecha.

Desde tiempos remotos, el suicidio ha sido considerado un fenómeno confuso para los filósofos, teólogos, médicos, sociólogos y artistas, igualmente, en diversas culturas como los celtas, hispanos, vikingos y nórdicos; por ejemplo, entre los galios era una conducta razonable por razones como vejez, muerte de los esposos, condición de jefe y/o enfermedad grave o dolorosa; también, en situaciones de vejez o enfermedad, lo validaban los celtas, hispanos, vikingos y nórdicos; en China era un acto de lealtad y en Japón un evento ceremonial, un acto de expiación o el desenlace de una derrota. A su vez, los antiguos cristianos, lo consideraban un hecho escaso quizás por atentar contra el quinto mandamiento. Así mismo, son innumerables las referencias a los suicidios en las antiguas Grecia y Roma, allí se daban por razones como conducta heroica y patriótica, vínculos societarios y solidarios, fanatismo, locura, decretos de solidaridad o suicidio asistido por el senado (Raheb, 2009).

Actualmente, el suicidio se define como un acto con resultado fatal, anticipado y llevado a cabo por la persona, la cual tiene conocimiento del hecho y el propósito de obtener un cambio deseado (WHO, World Health Organization, 2012). Según

Montalbán (1998), la conducta suicida hace referencia al continuum de conductas que incluyen tanto el suicidio consumado como la ideación y los intentos, derivada de la interacción de tres elementos cognoscitivos básicos: un autoconcepto negativo, una interpretación sesgada de las experiencias hacia lo destructivo, y una visión pesimista de los hechos futuros. Para este autor, el suicidio es una manifestación extrema del deseo de escape a las situaciones que son percibidas como inmanejables e intolerables, muchas de ellas presentes a lo largo del tiempo (factor distal) y otras cercanas temporalmente (factor proximal); la combinación de los factores distales y proximales sumados a un evento desencadenante (factor precipitante), incrementa paulatinamente el nivel de riesgo suicida (vulnerabilidad), que termina en muchos casos en la manifestación del acto suicida (intento y muerte por suicidio).

Las muertes por suicidio se calculan alrededor de unas 800.000 cada año y las conductas suicidas no fatales van de 25 a 50 por cada muerte; esta se constituye como la décima causa de muerte en el mundo (WHO, 2016; Oquendo & Baca-García, 2014). El National Institute of Mental Health (NIMH, 2016) indicó que uno de los principales factores de riesgo en muertes por suicidio es ser hombre, dado que suelen usar métodos como el arma de fuego o el ahorcamiento, sin embargo, las mujeres lo intentan más veces usando métodos como el envenenamiento; otros factores relevantes son tener una edad entre los 15 y 34 años, sobrepasar los 65 años y pertenecer a razas y etnias minoritarias como indoamericanos, nativos de Alaska o afroamericanos.

Ante este panorama, se hace notoria la necesidad de mejoras inmediatas en la implementación de los programas de prevención pues, aunque las políticas públicas llevan a cabo esfuerzos titánicos, no dejan de ser inquietantes estas cifras; esta situación ha llevado a un cambio de perspectivas ante el problema. En la última edición del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales -DSM-5-, se ha sugerido usar una nueva categoría diagnóstica denominada conducta suicida (American Psychiatric Association -APA-, 2013), esto aunaría esfuerzos directos para atacar la problemática, teniendo en cuenta los avances en neurociencias, salud pública y los problemas de clasificación del anterior manual diagnóstico (Regier, Kuhl, & Kupfer, 2013), sin embargo, este tema se encuentra aún en debate y revisión.

Otra perspectiva está relacionada con el diseño de métodos de evaluación de la conducta suicida cada vez más precisos y con suficientes soportes empíricos, que garanticen la detección temprana de los potenciales suicidas; al respecto, los investigadores han dirigido sus esfuerzos hacia la identificación de los factores sociales y psicológicos, estos últimos con mucha acogida, particularmente cuando se basan en el modelo tripartito: afecto, conducta y cognición (Harris et al., 2015), aunque la investigación es menor en cuanto a los factores biológicos (Pandey, 2013).

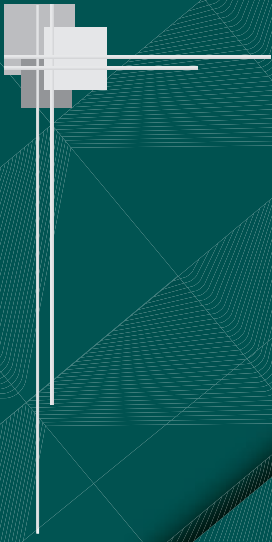
Un enfoque de prevención ha sido el desarrollo de mejores programas, diseñados con base en un espectro más amplio que el de los actuales y basados en los principales factores de riesgo, es decir, dirigidos hacia poblaciones saludables, personas con mediano y alto riesgo, teniendo en cuenta también los contextos, los factores interpersonales y sociales (Caine, 2013), incluida especial atención a los niños y adolescentes.

La National Strategy for Suicide Prevention de los Estados Unidos de Norteamérica (Wyman, 2014) sugiere programas basados en habilidades de regulación emocional, resolución de conflictos familiares y escolares, control de abuso de sustancias psicoactivas y el fortalecimiento de las relaciones interpersonales. Otro programa estructurado a partir de variables cognitivas es el perfeccionismo, en especial el perfeccionismo socialmente prescrito, que parece tener auge en la evaluación del riesgo, a la vez que brinda pautas para la prevención de la conducta suicida, con base en mediciones de vulnerabilidad psicológica, sumadas a la desesperanza, el estrés y la sobregeneralización (Flett, Hewitt, & Heisel, 2014). El NIMH (2016), dada la relevancia que han adquirido los modelos de intervención con base en la evidencia, recomienda “la implementación de programas a partir de los factores de riesgo, teniendo en cuenta las características de las poblaciones minoritarias e incluyendo además procesos psicológicos implicados como memoria, atención, planeación y emoción, muchos de estos asociados a trastornos depresivos y ansiosos, abuso de sustancias y psicosis” (párr. 4).

Se debe reconocer que las estrategias llevadas a cabo hasta la fecha, se han conectado con los tratamientos de estos trastornos asociados; por otra parte, la información disponible sugiere que las terapias de corte cognitivo conductual, como la Terapia Cognitivo Conductual (CBT) pueden reducir efectivamente el

riesgo suicida (NIMH, 2016, párr. 12), lo mismo la Terapia Dialéctico Conductual (DBT) y la farmacoterapia; sin embargo, es necesario obtener mayor evidencia empírica y comparaciones con controles y placebos, además de pruebas con grupos poblacionales distintos (por ejemplo infancia, vejez), tal vez sea un reto más grande, dada la dificultad de realizar estudios ex post facto en esta problemática.

El propósito del presente libro, por lo tanto, es exponer los factores de riesgo identificados en el contexto local, es decir, el departamento de Boyacá (Colombia), especialmente en las ciudades de Tunja, Sogamoso y Duitama, a la vez, presentar un panorama de las posibilidades de prevención de la conducta suicida, incluida una propuesta en desarrollo que pretende servir como herramienta efectiva para disminuir esta creciente problemática de salud pública, no solo local sino mundial, que genera costos de diversa índole.



# PARTE I







# Capítulo 1

El suicidio como  
problema de salud  
pública mundial

- Ronald Alberto Toro Tobar
- Mildred Alexandra Vianchá Pinzón
- Lizeth Cristina Martínez Baquero
- Mónica Patricia Pérez Prada





El suicidio es la causa de muerte de alrededor de 800.000 personas cada año, siendo la segunda en personas con edades entre los 15 y 29 años (WHO, 2016), la WHO desde el año 2012 indicó que es la décima causa mundial de muerte, ubicada entre 1.2 % y el 1.8 % del total, con una tasa de 16 por cada 100.000 habitantes; aproximadamente cada cuarenta segundos ocurre una muerte por suicidio, con un incremento del 60 % en los últimos 45 años y un 50 % más hacia el año 2020 (WHO, 2014; Suicide.org, 2016).

A nivel mundial la tasa de suicidios consumados es mayor o igual a 15 por cada 100.000 habitantes; tasas mayores se han reportado en el norte de Europa y Asia, África Oriental, India, y algunas zonas del oriente de Sudamérica; tasas menores (entre 10 y 14.9) se registran en los Estados Unidos de Norteamérica, Europa Mediterránea, África del Sur, Australia y en el sur de Sudamérica como Argentina y Chile, seguidos de las zonas ocupadas por Canadá, Turquía, Irán, y demás hasta la China; países de América del sur como Colombia, Brasil y Ecuador tienen tasas entre 5 y 9.9; mientras que en países del Caribe, Medio Oriente, norte y extremo sur de África, península arábiga y las islas del Océano Índico fueron reportadas tasas inferiores a 5 (WHO, 2014).

A su vez, el país con la tasa de muertes por suicidio más alta en el mundo por cada 100.000 habitantes, según el World Health Rankings (2016) basados en los indicadores de la WHO (2014), es Guyana (43.22), seguido de Corea del Norte (37.44), Corea del Sur (29.34), mientras que las tasas más bajas las tienen Arabia Saudita (0.42), Siria (0.44), Kuwait (0.86) y Líbano (0.91). En América, se resaltan países con tasas altas como los Estados Unidos (12.38), Bolivia (12.27), Chile (12.21) y menores en Brasil (5.85), Perú (3.23), Venezuela (2.70) y Panamá (4.52), una tasa similar a la reportada en ese año para Colombia (5.62).

Estos datos indican que el suicidio puede ser considerado un problema de salud pública (WHO, 2012), el cual se ha asociado a otros problemas de salud mental y física en el mundo. En Suiza, mediante un estudio longitudinal entre 2001 y 2008, encontraron que 8.721 adultos, entre 7'140.589 muertes evaluadas, murieron por suicidio (0.12 %); entre los factores de riesgo más representativos se identificaron el diagnóstico previo de depresión (aumenta de 15 hasta 42 veces), la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, el cáncer, los trastornos espinales, el asma y los infartos (aumentan entre 1.4 a 2.1 el riesgo), mientras que la diabetes y la enfermedad isquémica cardíaca es más prevalente en hombres (aumenta entre 1.2 y 1.4 veces el riesgo) (Crumpa et al., 2014). En el Reino Unido, se reportaron en el mismo periodo resultados similares, ubicándose la depresión como el principal factor de riesgo, el cual aumentaba si había presencia de enfermedad (57.7 % vs. 47.9 %) (Webb et al., 2012). Estos resultados dan cuenta de la importancia que tiene el nexo de las enfermedades mentales y físicas con el incremento de la probabilidad de cometer muerte por suicidio.

Sin embargo, condiciones contextuales como pertenecer a las fuerzas militares, parecen estar relacionadas también con el incremento de este riesgo. Estudios al respecto indican que en el personal militar activo aumenta considerablemente el riesgo suicida en situaciones en las que también se presenta trastorno de estrés postraumático -TEPT- (24 %), trastorno depresivo mayor (29 %) o ambos (45 %) (Ramsawh et al., 2014); particularmente, ha sido confirmada la conducta suicida en veteranos con TEPT (Pompili, 2013; Ramchand, Rudavsky, Grant, Tanielian & Jaycox, 2015). Esta problemática abordada desde las fuerzas militares ha generado especial interés, no solo por su notable incremento el cual supera los índices en la población civil, sino porque ha sido foco para el desarrollo de programas de

prevención que pudiesen extrapolarse a otras poblaciones vulnerables. Con base en esta información se han identificado cuatro elementos a tener en cuenta en el desarrollo de investigaciones con militares: a) una mejor descripción de la conducta suicida, b) nuevos estudios exploratorios de la conducta suicida para identificar nuevos factores de riesgo, c) desarrollar nuevos métodos de predicción que sintetizen la información desde múltiples dominios, y d) comprender los mecanismos y procesos que subyacen el desarrollo de la conducta suicida (Nock et al., 2013).

Por otra parte, el acoso escolar o bullying ha ganado substancial interés en los últimos años dada su relación con la conducta suicida, incluida su presencia en las redes sociales, en donde es llamado cyberbullying. Estudios de meta-análisis han reportado una estrecha relación entre la victimización de pares y la ideación suicida (OR, 2.23, 95 % IC, 2.10-2.37) e intento suicida (OR, 2.55, 95 % CI, 1.95-3.34) en población infantil y adolescente (van Gel, Vedder, & Tanilon, 2014); similares resultados se reportaron en adolescentes canadienses (1.658 mujeres, 1.341 hombres, M = 14.3 DT = 1.8 años), quienes aumentaron su riesgo de ideación suicida ante el bullying (OR, 3.31, 95 % CI, 2.16-5.07) y el cyberbullying (OR, 3.48, 95 % CI, 2.48-4.89), también en planes suicidas (bullying: OR, 2.76, 95 % CI, 2.20-3.45; cyberbullying: OR, 2.79, 95 % CI, 1.63-4.77) e intentos suicidas (bullying: OR, 2.76, 95 % CI, 2.20-3.45; cyberbullying: OR, 1.64, 95 % CI, 1.18-2.27), estos resultados apoyan la evidencia de estos factores como relevantes en el aumento estadísticamente significativo del riesgo suicida (Sampasa-Kanyinga, Roumeliotis, & Xu, 2014).

Investigaciones de revisión sobre estos factores, indican que se trata oficialmente de un problema de salud pública que afecta entre el 20 y el 40 % de la población infantil y adolescente, con mayor riesgo para las minorías sexuales, y los perpetradores son usualmente varones que prefieren las plataformas electrónicas (Aboujaoude, Savage, Starcevic & Salame, 2015). Se necesitan programas de intervención centrados en estos factores que puedan mitigar el impacto que tienen el bullying y el cyberbullying en el aumento del riesgo suicida, dada su estrecha relación con los problemas depresivos moderados y graves, consumo de sustancias psicoactivas, ideación e intentos suicidas (Bottino, Bottino, Regina, Correia, & Ribeiro, 2015). De este modo, los programas de intervención por desarrollar deben incluir modos específicos por cada grupo de edades, usar estrategias diversas para obtener información, enfocarse también en la victimización e incluir los espacios de internet (Smith, 2014).

Otro de los factores asociados al suicidio como problema de salud pública es la edad avanzada, particularmente la etapa del ciclo vital que corresponde a la vejez, considerada por muchos autores a partir de los 65 años. Se ha prestado especial interés a las dificultades que aparecen en el estudio de estas poblaciones, dado que en dicha edad, la manifestación de la conducta suicida puede confundirse con el deseo pasivo de muerte, más aún cuando estas personas sufren desesperanza y se consideran una carga para quienes los rodean (Cukrowicz, Jahn, Graham, Poin-dexter, & Ryan, 2013).

Los síntomas depresivos vistos como factores de riesgo suicida en esta población, se han estudiado de manera independiente, encontrándose una elevada asociación entre intento suicida y problemas de abuso de alcohol, con incrementos notables para las mujeres, hasta doce veces mayor (hombres OR, 9.5; 95 % CI, 4.0-22.8; y mujeres OR, 12.0; 95 % CI, 2.4-59.5) (Morin et al., 2013); asimismo, la mala calidad en el patrón de sueño (OR, 1.39; 95 % CI, 1.14-1.69), en cuanto a la concilia-ción de sueño (OR, 2.24; 95 % CI, 1.27-3.93) y sueño no reparador (OR, 2.17; 95 % CI, 1.28-3.67), con incrementos significativos de muerte por suicidios si se presenta diagnóstico depresivo (OR, 1.30; 95 % CI, 1.04-1.63) (Bernert, Turvey, Conwell, & Joiner, 2014). En Corea fue reportado como principal factor de riesgo el intento suicida previo (OR, 3.84; 95 % CI = 1.06-13.87), además de la baja actividad física (si es alta, el riesgo disminuye así OR, 0.32; 95 % CI, 0.12-0.81), el bajo nivel educativo (OR, 2.41; 95 % CI, 1.21-4.77) y la depresión (OR, 3.02; 95 % CI, 1.65-5.53). Adicionalmente, los diagnósticos de trastornos bipolares con o sin episodio actual, o con episodio depresivo mayor actual, fueron reportados como los más altos factores de riesgo suicida en una muestra de 530 adultos, mayores de 60 años, en Brasil (Ciulla et al., 2013).

Los anteriores factores proponen la prevención de la conducta suicida en la adul-tez mayor con base en intervenciones multimodales que tengan en cuenta las variaciones en cuanto al riesgo reportado en investigaciones previas. Al respecto, se han sugerido tratamientos basados en evidencia como la CBT para la depresión, que contemplen los principales factores de riesgo de la conducta suicida de esta po-blación, preferiblemente con protocolos de doce sesiones que incluyan evaluación, formulación cognitivo conductual del problema, desarrollo del plan de seguridad, estrategias que permitan aumentar la esperanza y razones de vida, mejoras del soporte social y habilidades para la solución de problemas, fortalecimiento del

apoyo médico, prevención de recaídas y reestructuración cognitiva (Bhar & Brown, 2012). Sin embargo, también puede ser un programa de intervención breve que contenga elementos como identificar los signos de riesgo suicida y crisis, estrategias de afrontamiento adaptativas, apoyo social con distracción de pensamiento, remisión a profesionales de la salud y restringir contacto con instrumentos letales (Stanley & Brown, 2012).

Otro factor de riesgo suicida es el maltrato infantil, incluido el abuso sexual. Se ha reportado un aumento de la aparición de la ideación suicida y planes suicidas en quienes presentaron diferentes tipos de maltrato en su infancia (OR, 3.0; 95 % CI, 2.3-3.9, y OR, 7.7; 95 % CI, 5.7-10.3) (Afifi et al., 2016). De igual manera, en una muestra canadiense de 23.395 personas, el historial de abuso físico, sexual y la exposición a la violencia de pareja, estuvo asociado al posterior desarrollo de enfermedad mental como trastorno depresivo (OR, 2.9; 95 % CI, 2.5-3.3), trastorno bipolar (OR, 3.6; 95 % CI, 2.7-4.9), trastorno de ansiedad generalizada (OR, 2.7; 95 % CI, 2.3-3.1), alcoholismo (OR, 2.5; 95 % CI, 2.2-2.89), abuso de drogas y sustancias (OR, 3.4; 95 % CI, 2.9-4.0), ideación suicida (OR, 4.1; 95 % CI, 3.7-4.7) e intentos suicidas (OR, 6.1; 95 % CI, 4.6-8.0), entre otros. Si hay un solo tipo de abuso se aumenta el riesgo de ideación suicida en 3.2 veces (OR, 3.2; 95 % CI, 2.7-3.7), con dos formas de abuso 5 veces (OR, 5.0; 95 % CI, 4.1-6.0) y tres formas de abuso 13.8 veces (OR, 13.8; 95 % CI, 10.4-18.2); asimismo, los intentos de suicidio relacionados con una sola forma de abuso un 3.4 veces (OR, 3.4; 95 % CI, 2.4-4.8), con dos formas de abuso 7.5 veces (OR, 7.5; 95 % CI, 5.5-10.3), y con los tres tipos de abuso 27.2 veces (OR, 27.2; 95 % CI, 18.2-40.6) (Afifi et al., 2014).

Adicionalmente, factores mediadores como la inhibición o la desinhibición, al parecer están relacionados con el intento suicida. Al respecto, en el estudio de Stewart et al. (2015), hallaron relación entre el historial de abuso sexual infantil y desinhibición en las frecuencias del intento suicida, sin embargo, estos datos requieren un mayor soporte dada la condición observacional y transversal del estudio; los autores sugirieron usar la desinhibición como un predictor del riesgo suicida y foco de intervención.

Se puede afirmar que el abuso físico, sexual y la exposición a la violencia en la familia, se relacionan significativamente con el riesgo suicida posterior y otras alteraciones de la salud mental (Afifi et al., 2014; Pérez-Fuentes et al., 2013), además,

pueden facilitar la inhibición de conductas suicidas (Stewart et al., 2015), aspecto relevante a tener en cuenta para el desarrollo de programas de prevención enfocados en los factores de vulnerabilidad que aumenten el riesgo de padecer alteraciones psiquiátricas, incluida la conducta suicida (Constantino, 2016).

Por último, se han encontrado trastornos de la conducta alimentaria (TCA) en pacientes con elevado riesgo suicida, lo que se constituye en un relevante factor de riesgo por revisar. En un estudio llevado a cabo con 2.462 pacientes (95 % mujeres), admitidos por TCA entre los años 1995-2010, un 6.3 % presentó ingreso por intento suicida y se encontró que los riesgos de cometer suicidio aumentaban 4.7 veces ante la presencia del TCA (OR, 4.7; 95 % IC, 1.41-15.74), ocho veces ante la presencia de anorexia nerviosa (OR, 8.01; 95 % CI, 5.40-11.87), y 5.08 veces en bulimia nerviosa (OR, 5.08; 95 % CI, 3.46-7.42) (Suokas et al., 2014). Similares resultados fueron reportados por Suokas et al. (2013), en un estudio previo para anorexia nerviosa (OR, 5.07; 95 % CI, 1.87-18.84) y bulimia nerviosa (OR, 6.07; 95 % CI, 2.47-14.89). Estos resultados permiten aseverar que los TCA se constituyen como factores de riesgo suicida, y más aún en asociación con trastornos afectivos, emocionales y consumo de sustancias psicoactivas. Al respecto, Bodell, Joiner y Keel (2013), mediante un análisis de regresión, encontraron que la bulimia nerviosa predice significativamente la aparición e incremento del riesgo suicida y trastornos comórbidos, sin embargo, la anorexia nerviosa no fue significativa; los autores sugieren por lo tanto, desarrollar nuevos estudios que permitan dilucidar el papel causal de la bulimia nerviosa y su aplicabilidad en la evaluación del riesgo suicida.

El desarrollo de programas de tratamiento de los TCA's que contengan específicamente la reducción de los factores de riesgo suicida asociados, hace necesario que los programas por venir en un futuro cercano tengan en cuenta diferentes rutas, contextos y planes de contingencia que faciliten la disminución de estas muertes en el mundo; un problema de salud pública que, de acuerdo con la mayoría de las cifras, va en aumento cada año.

La WHO (2013) en su plan de trabajo para la salud mental y el bienestar a nivel mundial en el periodo 2013-2020, mencionó que entre un 76 % y 85 % de los casos de enfermedad mental no reciben ayuda, tal vez debido a la inequidad en la distribución de los recursos en los diferentes países, con presupuestos que



pueden ir desde 0.25 dólares hasta 2 dólares por persona; en promedio, hay un psiquiatra por cada 200.000 personas o más. La meta entonces, es promocionar el bienestar mental, prevenir trastornos mentales, proveer atención, facilitar la recuperación, promover los derechos humanos y reducir la mortalidad, morbilidad y discapacidad, ya que las personas con problemas mentales tienen una probabilidad entre un 40 % y un 60 % mayor de morir prematuramente, ya sea por complicaciones físicas como cáncer, enfermedad cardiovascular, diabetes o infección de VIH o suicidio.

Según este informe, la depresión predispone la aparición de infarto al miocardio y diabetes, además, se asocia con los trastornos adictivos (en especial en las mujeres), la discapacidad y el ausentismo laboral con sus consecuentes pérdidas económicas a gran escala; por ejemplo, se calcula que entre los años 2011 y 2030 podrían perderse alrededor de US\$16.3 billones de dólares por esta razón. El suicidio tiene como principal causa la depresión, por lo tanto el plan de salud mental 2013-2020 de la OMS (WHO, 2013) pretende reducir en un 10 % la tasa de suicidios en los países, siguiendo seis principios a saber: cobertura universal de salud, derechos humanos, prácticas basadas en la evidencia, métodos a lo largo del ciclo vital, métodos multisectoriales y el fortalecimiento de las estrategias para las personas con trastornos mentales y limitaciones psicosociales. La estrategia recomendada se basa en fortalecer los sistemas de reporte y la vigilancia de las conductas autolesivas, asimismo, enfocarse en otros aspectos como mejorar el control y restringir el acceso a elementos letales (armas de fuego, pesticidas, y medicinas tóxicas); además, mejorar los sistemas de detección, reporte, protección y manejo efectivo de los trastornos mentales concomitantes.

La WHO recomienda también incluir las poblaciones vulnerables e identificadas en los grupos de alto riesgo. Se espera que para el año 2020, el 80 % de los países tengan en funcionamiento dos programas multisectoriales de promoción y prevención en salud mental (WHO, 2013). Es necesario reconocer que se requiere, de inmediato, estimular el desarrollo de mejores políticas públicas para la prevención del suicidio, que "es algo más que un problema clínico, es un problema de salud pública" (Sarabia, 2014, p. 199).



# Capítulo 2

El suicidio en  
Latinoamérica como  
problema de salud pública.

- Ronald Alberto Toro Tobar
- Mildred Alexandra Vianchá Pinzón
- Lizeth Cristina Martínez Baquero
- Mónica Patricia Pérez Prada





El suicidio como problema de salud pública en Latinoamérica ha sido objeto de interés para los países que conforman el territorio. La Organización Panamericana de la Salud -OPS- (PAHO, 2014), en el reporte de 2014 respecto a Latinoamérica, indicó que alrededor de 65.000 personas se quitan la vida, cifra equivalente a siete muertes por cada hora. En América del Sur las tasas fueron inferiores a las del norte, aunque las cifras suelen ser imprecisas debido a las dificultades en cuanto a la toma de datos y la clasificación de la conducta suicida con base en los intentos, las variables socioculturales y legales. Entre las clasificaciones están la ideación suicida, los planes e intentos, muchos de ellos no letales y por lo tanto no reportados; se ha estimado que por cada muerte ocurren entre 10 y 20 intentos, (mientras que en países como los Estados Unidos una muerte por cada 100 a 200 intentos), y una por cada cuatro intentos en mayores de 65 años, con una presencia del 90 % de enfermedad mental en los casos reportados.

En el reporte de la PAHO (2014), se presentó una tasa anual de muertes por suicidio de 7.3 por 100.000 habitantes (11.5 en hombres y 3 para mujeres), principalmente en el Caribe no hispano y América del Norte se evidenciaron las tasas más altas, mientras que las más bajas en el Caribe central, Caribe hispano, México, y América del Sur. En

América Latina y Caribe fue de 5.2 por 100.000, distribuidas para “América del Norte, 10,1; América Central, Caribe hispano y México, 5.3; Suramérica, 5.2; y Caribe no hispano, 7.4” (p. 5). En cuanto al sexo, los hombres con un 79 % de total de muertes en todas las regiones, con edades entre los 25-44 años, y 44-59 años (25.6 %) y menor para mayores de 70 años (19.9 %). Los métodos de suicidio más usados (90 % de los casos) fueron la asfixia (37.9 %), arma de fuego (33.3 %), y envenenamiento (18.2 %); se resaltó que en Norteamérica el arma de fuego obtuvo un 47.2 %, y asfixia en Centroamérica, Caribe hispano, México (64.3 %) y Suramérica (58.2 %), y el envenenamiento en el Caribe no hispano (47.3 %). Estas cifras varían también entre hombres y mujeres, los primeros usaron más las armas de fuego (1.9 veces) mientras que las mujeres el envenenamiento (2.7 veces); en todos los grupos de edades en Suramérica, la asfixia fue la causa de muerte por suicidio más común, mientras que en Norteamérica fueron las armas de fuego.

Sin embargo, el problema del suicidio en esta zona del mundo requiere mejoras a nivel metodológico; entre las recomendaciones del informe de la PAHO está el uso precavido de los datos reportados, ya que se tuvieron limitaciones en el acceso a la información en algunos países, incluso, varios de ellos no aportaron datos, igualmente, se presentaron dificultades en la definición de las variables y la congruencia con los reportes solicitados, por cuanto no deben centrarse únicamente en la estadística de la mortalidad, sino incluir registros de riesgo en casos de ideación, planeación e intento, además de factores sociales y culturales no expuestos con claridad aún en las investigaciones latinoamericanas.

Estudios similares sobre el problema del suicidio en la región apoyan la información reportada por la PAHO, aspecto que favorece parcialmente el uso de los anteriores datos. Al respecto, en Chile, en la pasada década, la tasa por cada 100.000 habitantes ascendió a 14.7, siendo la más elevada de Suramérica, 4.8 veces más alta en hombres, pertenecientes a las áreas rurales (Bustamante et al., 2016). En Cuba se indicó como la novena causa de muerte, y la tercera en las edades comprendidas entre los 10 y 19 años, con incrementos en mayores de 60 años; la tasa por cada 100.000 habitantes fue de 12.8 en 2014, principalmente en hombres (80.3 %, tasa del 21.6, razón de 3.9 respecto a las mujeres) (Corona, Hernández, & García, 2016). En el Perú, las prevalencias anuales para el deseo suicida fueron del 8.5 % en Lima metropolitana y del 9.4 % en la Lima rural, también, un 1 % y 2.2 % en ideación suicida, respectivamente. Se presentaron elevaciones hasta

del 12.9 % en las poblaciones de la sierra en cuanto el deseo suicida y 5.4 % en la ideación suicida (Nizama, 2011).

Uno de los aspectos resaltados fue el constante incremento en los países latinoamericanos; por ejemplo, en un estudio retrospectivo realizado en México con información obtenida desde el año 1950, el aumento fue permanente debido tal vez a los cambios socio políticos que se han generado de manera paralela en este país, probablemente conectados con dificultades emocionales y adaptativas en la población (Hernández-Bringas & Flores-Arenales, 2011). Datos relacionados indican que en el año 2011 se registraron 5.718 casos, lo que representó un aumento del 258 % con respecto a 1990, año en el que se presentaron 1.939 casos, aunque menor en los hombres con un 279 % frente a un 390 % del total de casos estudiados en el periodo; la cantidad de casos masculinos es alarmante en contraste con los femeninos (4.621 ante 1.095), los métodos suicidas entre hombres y mujeres presentaban diferencias, no obstante, fueron similares a los reportados por la PAHO; los hombres usan unos métodos más letales y agresivos; estado civil, en su mayoría solteros; el lugar más común, la vivienda; las causas, problemas familiares y conflictos con la pareja (Jiménez-Ornelas & Cardiel-Téllez, 2013). Hallazgos similares en menores de 20 años reportaron Sánchez-Cervantes, Serrano-González y Márquez-Caraveo (2015) en el mismo país; concluyeron estos autores que “en promedio, cada año mueren 22 personas menores de 20 años por suicidio por cada millón de habitantes de 5 a 19 años” (p. 382).

Los factores de riesgo reportados por los estudios en Latinoamérica también son similares a los revisados en cuanto a los indicadores mundiales, muchos de ellos asociados a disfunción familiar, adolescencia y adultez mayor, minorías y discriminación, y enfermedad mental como el trastorno depresivo (Teti, Rebok, Rojas, Grendas & Daray, 2014). Uno de los principales factores de riesgo suicida ha sido el lugar ocupado en el ciclo vital, ya que el pertenecer a un grupo etario adolescente o mayor de 60 años, tal parece que tiene particular relevancia en los países latinoamericanos.

Respecto a la vejez, con el aumento de la edad de la población mundial se incrementa cada vez más el número de casos; conforme avanzan los cambios demográficos en Latinoamérica (Velásquez, 2013) se producen menos intentos (4 veces a 1), aunque los métodos usados son similares (incluida la precipitación de lugares altos); los

adultos mayores suelen presentar pocas señales de aviso, no son tan impulsivos y prefieren métodos pasivos como dejar de alimentarse o no tomar los medicamentos (Pérez, 2012). En cambio, en países como Brasil se estimó que en la adolescencia el comportamiento suicida se asocia a enfermedad psiquiátrica en un 75 % de los casos, con predominio en el sexo femenino que llega al intento suicida en un 50 %, aunque la mayoría de los casos fatales se siguen presentando en la población masculina (Kuczynski, 2014). Los principales factores de riesgo se asocian con el acceso a lugares letales como alturas y al consumo de medicamentos que causan intoxicación, especialmente en los menores de doce años; igualmente, se relacionan con la presencia de patologías ansiosas, depresivas y el déficit cognitivo (Vásquez-Rojas & Quijano-Serrano, 2013).

Sin embargo, la adolescencia ha cobrado particular interés como variable de riesgo suicida; por ejemplo, Pandolfo et al. (2011), analizaron mediante un estudio epidemiológico la incidencia de consultas por intentos autolíticos en menores de 15 años, su entorno y los métodos, encontraron que la mayoría de los casos se desencadenaron debido a conflictos interpersonales (57 %), pérdidas afectivas (17 %), maltrato (11 %), ingesta de fármacos (78 %); con un 18 % planeados previamente, en la vivienda (77 %) y un alto riesgo vital (10 %). Los investigadores concluyeron que edades entre 12 y 14 años, sexo femenino y acceso a fármacos, son aspectos que conformaban un perfil de riesgo para los adolescentes evaluados. En países como Colombia, Ballesteros et al. (2010), encontraron que las representaciones sociales del suicidio en la juventud se agruparon en torno a las perturbaciones psíquicas, el drama existencial y los dilemas vitales de los jóvenes. Si bien, puede ser un fenómeno cultural emergente, también, en estudios como el de Vianchá, Bahamón y Alarcón (2013), se puede evidenciar que los factores de riesgo en población juvenil tienen entre las principales variables documentadas el acoso escolar, los trastornos alimentarios, el abuso sexual y el maltrato; factores que coinciden con lo reportado por Villa-Manzano et al. (2009), quienes además agregaron condiciones como el tabaquismo, la baja autoestima, la depresión y la ansiedad.

Los antecedentes psicopatológicos son elementos claves para la comprensión del suicidio en adolescentes y jóvenes. Al respecto, Bella, Fernández y Willington (2010) buscaron describir la frecuencia de los trastornos mentales en niños y adolescentes con intentos de suicidio, analizando el método de autoagresión utilizado, además de los antecedentes psicopatológicos previos; igualmente,



reportaron que antes de los intentos suicidas ya se tenían antecedentes psicopatológicos y diagnósticos de trastornos mentales como depresión y trastorno de conducta disocial.

Además, en estos últimos años el acoso escolar ha tenido un impacto en el desarrollo de un mayor número de investigaciones, como un factor clave de riesgo suicida y su posible papel causal. Al respecto, se ha identificado que la relación acoso escolar - suicidio, presenta similar probabilidad de aumento de conducta suicida tanto en el rol de la víctima como en el del victimario. Autores como Cano, Gutiérrez y Nizama (2009), determinaron que la prevalencia de la ideación suicida y su asociación con la violencia dirigida hacia otros, era elevada en los adolescentes escolares. La depresión clínica también es uno de los principales factores de riesgo para esta población, con tasas que siguen en aumento en edades comprendidas entre los 14 y 19 años (Ventura-Juncá et al., 2010), además de la distimia (Cabrejos, Krüger, & Samalvides, 2005).

Estos reportes parecen indicar que tratándose del suicidio en Latinoamérica, el riesgo suicida y la conducta suicida se incrementan a medida que se cumple un perfil sociodemográfico como ser mujer, pese a que la mayor letalidad está presente bajo la condición de ser hombre, pertenecer a zonas marginadas o estratos socioeconómicos bajos, presentar conflictos interpersonales y familiares; asimismo, inciden aspectos relacionados con pérdidas afectivas, maltrato o abuso y padecimiento de patologías mentales como la depresión mayor. Aunque en Latinoamérica el número de investigaciones sobre suicidio en adolescentes es menos extenso y prolijo que en el resto del mundo, se reconoce que el tema ha tomado en los últimos años cierta relevancia social, tal vez por el creciente aumento en las cifras de muerte por suicidio.



# Capítulo 3

Consideraciones sobre  
el suicidio en Colombia.

- Ronald Alberto Toro Tobar
- Mildred Alexandra Vianchá Pinzón
- Lizeth Cristina Martínez Baquero
- Mónica Patricia Pérez Prada





En el informe Forensis del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (2016), en el capítulo que corresponde al comportamiento del suicidio en Colombia, se expone que en el año 2016 fueron reportados 2.310 casos de muerte por suicidio. En el periodo comprendido entre 2007 y 2016 se registraron 19.777 casos, un promedio de 1.918 cada año, con una tasa de 4.56 por cada 100.000 habitantes. En el 2016 la tasa aumentó a 5.20 por cada cien mil habitantes (2.310 casos); las mayores tasas se presentaron en los grupos de edades comprendidas entre los 20 y 24 años (270 casos) y 25-29 años (228); con una tasa de 7.60, superior a la tasa nacional, principalmente hombres (1.888, 81.7 %); con escolaridades de básica primaria y secundaria (37.18 % y 35.7 %); solteros (50.25 %), en unión libre o casados (42.14 %). A nivel ocupacional, se identificaron condiciones como ser campesino (102 casos, 5.04 %) y tener un historial de consumo de sustancias psicoactivas (68 casos, 3.36 %).

Los mecanismos más usuales fueron la asfixia mecánica con 1.421 casos (61.52 %), de los cuales 1.200 fueron hombres y 221 mujeres; el envenenamiento (447 casos, 19.35 %) y el uso de arma de fuego (226 casos, 11.52 %). Entre las causas identificadas, aunque en un 53.7 % no se obtuvo información, sobresalieron la enfermedad física y mental (311 casos, 29.09 %), los conflictos con la pareja o

expareja (277 casos, 25.91 %), los problemas económicos (154 casos, 14.41 %) y el desamor (148 casos, 13.84 %); el lugar más común fue la vivienda (1.615 casos, 72.132 %). Adicionalmente, los meses con mayor registro fueron octubre (217 casos), agosto (215 casos) y diciembre (213 casos); asimismo, los días de la semana con mayor registro fueron los domingos, lunes, sábado y martes (18.01 %, 15.89 %, 14.68 %, y 13.59 % respectivamente); en las mañanas, la mayor incidencia estuvo aproximadamente de las 09:00 a las 11:59 (162 casos) y en las tardes, de las 15:00 a las 17:59 (139 casos).

A su vez, los departamentos que más suicidios reportaron en el 2016, fueron Putumayo (34 casos, tasa de 10.98 por 100.000 habitantes), Arauca (24 casos, tasa de 10.35 por 100.000 habitantes), Quindío (46 casos, tasa de 8.80 por 100.000 habitantes), Guainía (3 casos, tasa de 8.14 por 100.000 habitantes) y el Huila (79 casos, tasa de 7.49 por 100.000 habitantes). El departamento de Boyacá en el año 2016 presentó 70 casos, lo que equivale a una tasa de 5.98 por 100.000 habitantes.

Sin embargo, los datos son más elevados cuando incluyen la ideación, la amenaza y el intento suicida; por ejemplo, en el 2014 se reportaron, únicamente en Bogotá D.C., un total de 7.745 casos, 4.014 casos de ideación (1.406 hombres y 2.608 mujeres), 485 de amenaza (205 hombres y 280 mujeres), y 3.246 intentos (1.043 hombres y 2.203 mujeres). Autores como Gómez-Restrepo (2013) indicaron que en Colombia, la ideación suicida tiene una prevalencia del 9.2 %, 3.2 % para los planes suicidas y el 2.7 % para los intentos. A su vez, la muerte por suicidio sigue teniendo vacíos relevantes en los datos obtenidos año tras año.

Estas cifras muestran un panorama nacional del suicidio como problema de salud pública, además, se constituyen en un foco urgente de trabajo multidisciplinar en términos de prevención y promoción, a partir del análisis de aquellos factores que favorecen el surgimiento de la conducta suicida en esta población. El INML (2014, p. 346) concluye al respecto:

Es necesario alertar a las autoridades, en especial a las de los departamentos de Vichada, Quindío, Norte de Santander, Arauca, Huila, Antioquia, Risaralda, Casanare y Cundinamarca, donde se presentaron las tasas más altas, para analizar e intervenir las posibles causas, no solo las epidemiológicas, sino las sociales y culturales de cada región del país, y puedan incluir en sus acciones la evaluación

del riesgo de la conducta suicida y la intervención integral del fenómeno.

Para el desarrollo de un enfoque de prevención centrado en los factores de riesgo, se debe tener en cuenta que en Colombia se han identificado aquellos relacionados con la infancia, adolescencia y juventud, tales como problemas familiares, enfermedad psiquiátrica, dificultades afectivas, y pertenecer a la población LGBTI. Estudios exploratorios han reportado diversos factores sin tener en cuenta en muchos de los casos las variaciones entre suicidio, riesgo suicida, ideación suicida e intentos suicidas.

Por ejemplo, según Jiménez, Hidalgo, Camargo y Dulce (2014), los principales factores de riesgo para la ideación suicida están relacionados con el sexo femenino y las edades entre 13 y 16 años. Adicionalmente, en un estudio llevado a cabo en la ciudad de Medellín en el año 2008, en 108 casos a los cuales se les practicaron autopsias psicológicas se encontró, mediante análisis de regresión logística condicional, que la ruptura de pareja, el desempleo y las dificultades económicas predicen la muerte por suicidio (García-Valencia et al. 2008). En este mismo departamento, Blandón, Medina-Pérez y Peláez (2015) caracterizaron el fenómeno del suicidio para la zona del golfo de Urabá de la siguiente manera: edad promedio de 31.1 años; proporción entre hombres y mujeres, 3 a 2; estado civil, 44.8 % solteros; con métodos de ahorcamiento, (43.4 %); mes de mayor ocurrencia, enero (11.9 %); días domingos (19.6 %); todos estos datos con una tasa de 2.6 por cada 100.000 habitantes, mayormente en el municipio de Mutatá (tasa de 5.5 por 100.000 habitantes). De igual forma, en el 2015 Blandón, Carmona, Mendoza y Medina (2015) reportaron que la ideación suicida en el departamento, en el último año, fue del 16 %, más un 12 % para intentos con características similares como no tener empleo, malas relaciones con el padre, intentos previos conocidos con intentos suicidas y actividades de alto riesgo contra la vida.

Sin embargo, intentar comprender el suicidio desde una óptica poblacional en el país representa una dificultad, tal vez debido a las variaciones culturales, las distancias y la misma historia de cada departamento. Uno de los departamentos que aparece con mayor riesgo suicida en los reportes de medicina legal es Nariño, el cual ha presentado un perfil compuesto por la falta de práctica religiosa, escolaridad inferior a los 11 años, diagnósticos psiquiátricos previos, intentos previos, estrés agudo y depresión (Muñoz & Gutiérrez, 2010). En un estudio previo, los municipios

de Pasto, Ipiales, Tumaco, Túquerres y La Unión, reportaron 393 suicidios (67.6 %) entre los años 2002 y 2007; estos municipios, en este periodo, hicieron evidente un perfil similar a los ya mencionados, como ser hombres (2:1 respecto a las mujeres), edad media de 29 años (DE = 14.2), llevado a cabo en la casa (70.9 %), con los conflictos de pareja como principal detonador (22 %) (Peña, Ortiz, & Gutiérrez, 2009).

Otro estudio llevado a cabo en el departamento de Nariño entre los años 2001 y 2005, después de la revisión de 242 historias clínicas de pacientes con intento previo (Jiménez, Hidalgo, Camargo, & Dulce, 2014), reveló que en la ciudad de Pasto la población afectada presentaba las siguientes características: edad entre los 13 y 16 años, en aislamiento, en su mayoría mujeres (74 %), con ocupación estudios de secundaria incompleta (52 %), que habían ingerido medicamentos (61.26 %), habían comunicado su intención de quitarse la vida durante las horas del descanso (57.44 %), la mayoría llevados a cabo en las propias viviendas (70.25 %).

Por su parte, en departamentos como el Valle del Cauca, con una tasa de suicidios de 4.16 por 100.000 habitantes (INML, 2014), los factores de riesgo no distan demasiado de los anteriormente expuestos. Se podría agregar que los casos en niños y adolescentes se incrementan por situaciones relacionadas con historial familiar de enfermedad mental con antecedentes de intentos suicidas, consumo de alcohol y cigarrillo, exposición a venenos, cambios en los patrones nutricionales metabólicos, bajas en la actividad y el ejercicio, alteraciones del sueño y el descanso, modificaciones en el autoconcepto, dificultades en las relaciones, baja tolerancia y afrontamiento del estrés (Piedrahita, García, Sirley & Stivalis, 2011).

De igual forma, en el departamento del Quindío, Medina, Piernagorda y Rengifo (2010, p. 12) indicaron en su revisión, que durante el periodo 1989-2008, de un total de 683 casos de muerte por suicidio, 321 correspondían a adultos jóvenes (18-34 años de edad), con una relación 4:1 entre hombres y mujeres; los métodos identificados fueron ahorcamiento (32 %), arma de fuego (32 %) e intoxicación (30 %), más un 4 % por lanzamiento al vacío. Resaltan los autores que el 75 % de los casos se cometieron antes de los 28.5 años de edad.

Los perfiles de riesgo suicida en Colombia van más allá de una delimitación regional, este problema también se puede estudiar desde variaciones y comunalidades con otros aspectos de interés; entre otros elementos que enmarcan esta situación,



está el pertenecer a una de las etapas específicas del desarrollo humano como la infancia, la adultez temprana y la vejez; estas etapas han cobrado relevancia en la determinación de los factores asociados al riesgo suicida en el panorama nacional. En un estudio llevado a cabo en Manizales, los adultos jóvenes evaluados presentaron un 13.5 % de riesgo suicida en la Escala de Plutchik, y síntomas de depresión entre moderados y altos en la escala de Beck. Los principales factores identificados en esta población fueron los eventos vitales como separaciones afectivas recientes junto con problemas académicos, económicos y familiares; asimismo, se identificaron situaciones como baja autoestima, depresión, ansiedad, y alcoholismo (Cañón et al., 2012).

Las relaciones afectivas inestables parecen indicar que las variables de tipo vincular incrementan el riesgo suicida; en este sentido, Garcíandía (2013), resalta por ejemplo la incidencia en la dinámica familiar del duelo derivado de la muerte por suicidio, el cual en muchos de los casos se vuelve patológico y da lugar a la aparición de patologías mentales en los sobrevivientes como depresión, estrés postraumático, conductas suicidas, además de permanentes conductas evitativas de las conversaciones sobre el tema, seguidas de frustración y estigmatización consecuente por los miembros de la comunidad. Estos resultados, permiten resaltar que la disfunción familiar hace parte de los componentes afectivos fundamentales que permitirían la comprensión del suicidio (García de Alba, Quintanilla, Sánchez, Morfín & Cruz, 2011).

Siguiendo con los elementos claves que hacen parte del perfil de las personas en riesgo suicida, en el territorio nacional, se puede afirmar que la población universitaria tiene un elevado riesgo dada la soltería, las relaciones afectivas variables y las condiciones económicas relativas a los estados de empleabilidad. Es presumible por lo tanto que la conducta suicida en población universitaria tiene una mayor prevalencia que en otros grupos poblacionales. Carmona, Gaviria y Layne (2014), identificaron en 17 universidades colombianas, a partir de una muestra de 1.055 participantes entre los 18 y 25 años, que los vínculos más débiles con las figuras paterna y materna, los presentaban aquellos que puntuaban alto en ideación suicida, intentos suicidas, omisiones en el autocuidado y conductas autodestructivas. Este estudio resaltó la relevancia de reconocer los comportamientos culturales específicos relativos a los patrones de crianza e incluso el género.

Estudios de revisión como el llevado a cabo por Rosado, García, Afeo y Rodríguez (2014), indican que los factores relativos al género son fundamentales en la comprensión de las causas de la conducta suicida; se ha determinado un papel fundamental del rol masculino y la conducta suicida en los hombres; esta afirmación la sustentan en aspectos concernientes a la relación con las adicciones, específicamente alcoholismo, igualmente, con el hecho de no poder cumplir con los papeles asignados tradicionalmente al varón, por ejemplo, ser proveedor y la consecuente desesperanza al no lograrlo, la depresión posterior y la indisposición para la expresión de emociones.

Por esta misma línea, elementos relativos a atributos sociales per sé, como estigmas y discriminación de género, han tomado interés en tiempos recientes. Campo-Arias y Herazo (2015), reportaron en su revisión que “Se evidenció que las personas con estigma internalizado realizaron más intentos de suicidio y que la tasa de suicidio en población general es más alta en los países con mayor estigma percibido” (p. 243); a lo anterior se suman las restricciones en el acceso a los servicios en salud mental, factor de vulnerabilidad cuando el paciente se encuentra internalizado y en riesgo de desencadenar síntomas depresivos y conductas autolesivas.

Esta problemática aumenta si se pertenece a la comunidad conformada por lesbianas, gais, bisexuales, transexuales e intersexuales (LGBTI). Se ha reportado que entre más temprana sea la revelación de la orientación sexual, mayor será el riesgo suicida; este riesgo se incrementa en los 12 meses siguientes a dicha revelación y en presencia de factores como adicciones y abuso físico en la adultez (OR, 0.97; 95 % IC, 0.96-0.99) (Hatzembuehler, 2011). La población LGBTI tiene mayor riesgo en la adultez por causas como homofobia internalizada, depresión, ansiedad, ideación e intentos previos, este aspecto resalta la importancia de incluir factores sociales en el desarrollo de los programas de prevención del suicidio, dirigidos a esta población en particular (Pineda, 2013).

Las enfermedades psiquiátricas también constituyen una importante variable de riesgo suicida en el territorio nacional. El intento suicida y conductas autolesivas presentes en 908 pacientes con trastornos de la conducta alimentaria (TCA), en Bogotá, D. C., fueron estudiados por Rodríguez, Rodríguez, Gempeler y Garzón (2013), mediante análisis de frecuencias simples y bivariadas, según las historias clínicas y reportes familiares; los resultados reportados indicaron un 13 % en ideación

suicida y 26 % de conductas autolesivas. Los predictores de ideación suicida fueron el trastorno bipolar (OR, 3.86, 95 % IC, 2.4 - 6.1) y el abuso sexual (OR, 3.48, 95 % IC, 2.2-5.4), principalmente.

Lo anterior permite aseverar que el suicidio se presenta con mayor frecuencia en casos de patología psiquiátrica y por ende, en las instituciones de salud mental. En un estudio con pacientes institucionalizados durante el periodo 1998-2007 en cinco ciudades de Colombia (tres capitales entre ellas), se reportaron doce casos en los cuales fueron sobrepasados los controles de seguridad debido a su alto riesgo, muchos de ellos (50 %) ocurridos en el año 2007; en estos casos se pudo reconocer su elevada complejidad, pese al subregistro por deserción y a la falta de datos en cuanto a tasas de prevalencia después de los egresos hospitalarios. Se resalta en el estudio que pese a no haber dado señales previas, sí se encontraron notas suicidas escondidas en la unidad de cuidados agudos, habitaciones y baños; adicionalmente, once de estos pacientes ya presentaban intentos previos (de la Espriella, 2010). La posible percepción de discapacidad presente en las personas con intentos suicidas y patología mental, al parecer, según un estudio hecho con poblaciones vallecaucanas, constituye un factor adicional de riesgo (OR, 4.5, 95 % IC, 1.04 - 27.16), así como las limitaciones en movilidad (OR, 1.61, 95 % IC, 0.79 - 6.88), y las restricciones en la participación social (OR, 6.45, 95 % IC, 3.03 - 13.71) (Castro & Castillo, 2013).

Diferentes estudios consultados sobre la muerte por suicidio en Colombia, que dan cuenta de un perfil basado en comunalidades masculinas, con patologías mentales como depresión, adicciones, acceso a tóxicos y armas, historiales de abusos, pérdidas afectivas, pertenencia a comunidades LGBTI, vejez, niñez y adolescencia, permiten establecer un modelo de riesgo suicida que orientaría directamente el desarrollo de programas de prevención del suicidio, articulado a los actuales servicios en salud mental del país. Estos enfoques exploratorios permitirán a los investigadores precisar modelos teóricos y metodológicos, así como técnicas de intervención, ajustadas a las características particulares y necesarias en el contexto nacional y que a la vez, aborden específicamente el tema del suicidio que ha sido evitado, estigmatizado e incluso, mitificado por la sociedad (Silva, 2012).



# Capítulo 4

La conducta suicida  
en el departamento de  
Boyacá

- Ronald Alberto Toro Tobar
- Mildred Alexandra Vianchá Pinzón
- Lizeth Cristina Martínez Baquero
- Mónica Patricia Pérez Prada



Los datos de los últimos años han activado alarmas en torno al incremento de las tasas de conducta suicida en el Departamento de Boyacá. En el reciente Informe Forensis del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses del año 2016, la tasa de 5.98 por 100.000 habitantes (70 casos) fue superior a la nacional de 5.2. A nivel de municipios, el índice más alto está en Berbeo, en donde por cada 100.000 habitantes se obtuvo una tasa de 58.04; lo siguen Pachavita con 43.99, Viracachá con 34.47, Güicán con 33.18 y Belén con 29.90, más siete municipios con tasas alrededor de 20.

En el momento en el que se desarrolló la anterior investigación, se contaba con el informe Forensis publicado por el INML en el 2014, en este "...el municipio de Tutazá, en el departamento de Boyacá, presentó la tasa municipal más alta (111.86 por 100.000 habitantes), seguido por Gutiérrez Cundinamarca (82.21 por 100.000 habitantes), Guatapé Antioquia (61.27 por 100.000 habitantes), Cuítiva Boyacá (57.08 por 100.000 habitantes) y Altamira Huila (53.18 por 100.000 habitantes)" (INML, 2014; p. 333). Las tasas registradas en dos municipios del departamento de Boyacá han despertado el interés de diferentes sectores de la salud mental en el país.

Asimismo, los registros manejados previamente por el INML (2010), sugieren que, en promedio, diariamente seis personas deciden quitarse la vida. Año tras año las cifras aumentan y la edad de los suicidas es cada vez menor, pese a los esfuerzos de las autoridades. Ahora bien, los datos de Boyacá sobre suicidio, según el Forensis (INML, 2010), ubican este departamento como el segundo del país con mayor cantidad de suicidios (74 casos, 61 hombres y 13 mujeres), con las mayores tasas de suicidio en Tunja y Sogamoso. En el año 2011, la tasa de suicidio en Boyacá fue de 3.94 por cada 100.000 habitantes, con un total de 50 casos (39 hombres, 11 mujeres), y las ciudades de Tunja y Duitama tuvieron tasas de 7.45 y 5.41 por cada 100.000 habitantes respectivamente (Macana, 2011).

Según el reporte Forensis del 2014 (INML, 2014), en el departamento de Boyacá se incrementó la tasa a 4.62 por cada 100.000 habitantes (55 casos, 45 hombres y 10 mujeres); las poblaciones con más frecuencia de casos fueron Tunja (9 casos, tasa de 4.96 por cada 100.000 habitantes) y Sogamoso (9 casos, tasa de 7.88 por cada 100.000 habitantes), seguidas de Moniquirá (4 casos, tasa de 18.59 por cada 100.000 habitantes), Duitama (3 casos, tasa de 2.68 por cada 100.000 habitantes) y Úmbita (3 casos, tasa de 29.10 por cada 100.000 habitantes).

Si bien los anteriores datos indican un notable incremento en el riesgo suicida en las poblaciones abordadas, las investigaciones en torno a la identificación de los factores asociados son aún escasas. En un estudio llevado a cabo por Siábito y Salamanca (2015), con un diseño de investigación descriptiva y una muestra de 258 estudiantes universitarios, se identificó que alrededor del 31 % de los evaluados presentaban ideación suicida asociada, a estas personas también se les identificaron condiciones como estado civil en unión libre, vivencias de eventos estresantes, dependencia emocional, impulsividad, y depresión.

Los suicidios en Boyacá registrados desde el año 2004, analizados por género, coinciden con la proporción entre hombres y mujeres a nivel nacional (4 a 1); el municipio de Sogamoso ha presentado las tasas más altas con las siguientes características: edades inferiores a 30 años; métodos más comunes las armas de fuego, el ahorcamiento en los hombres y el consumo de sustancias tóxicas en mujeres; sin embargo, no se dispone de datos completamente ajustados a la realidad, ya que se estima que hay un 22 % de subregistro de la información de las personas que han presentado suicidio consumado. Los factores protectores,



particularmente en varones, son: el estar casado y tener hijos pequeños, este último factor funciona en la medida en que despierta la expectativa de ver, en un futuro, a los niños convertidos en adultos (Perdomo, 2012).

La Secretaría de Salud de Boyacá, concluyó desde el año 2010 que el suicidio es un problema de salud pública, lo que llevó a ese despacho a plantear, a través del comité de infancia, adolescencia y familia, un plan de choque que incluía la gestión pública y estratégica, articulada al plan estratégico para la prevención de la ideación y el suicidio; un plan centrado en los factores de riesgo, con el propósito de controlar el acceso a los medios de la autolesión y brindar servicios de apoyo psicológico a través de la línea 106, una atención telefónica que funciona las 24 horas y que ha permitido salvar alrededor de 900 adolescentes boyacenses (Perdomo, 2012). Sin embargo, para incrementar la eficacia de los esfuerzos, se requiere una mayor cantidad de información derivada de las investigaciones en torno a la descripción de los factores de riesgo específicos para el departamento, ya que los estudios disponibles solo brindan respuestas parciales, tal vez debido a las diferentes variables usadas en cada pesquisa; tener información amplia y precisa podría ampliar el foco de atención de los programas preventivos, centrando el interés en las intervenciones de los casos detectados e identificados como de alto riesgo y en las necesidades de contextos particulares, específicamente en las ciudades principales y con mayor casuística como son Tunja, Duitama y Sogamoso. Se expone a continuación, una revisión de los factores psicosociales de la conducta suicida en Boyacá.

#### **FACTORES DE RIESGO SUICIDA EN BOYACÁ**

Responder una sencilla pregunta constituye en la síntesis del problema y de la misma investigación, en la cual se centraron los intereses del proyecto llevado a cabo por la Universidad de Boyacá; la pregunta formulada fue: ¿cuáles son las variables psicológicas, familiares y sociodemográficas asociadas a la ideación y al acto suicida en jóvenes de Tunja, Sogamoso y Duitama?

En primer lugar, es conveniente resaltar que Boyacá ha sido considerado como uno de los departamentos con la mayor tasa de suicidios en Colombia, desde el reporte realizado por medicina legal durante el año 2010; sin embargo, los actos suicidas tienen una presencia considerable también en los departamentos del

Huila, Quindío, Caldas y Risaralda (INML, 2010). Con este panorama y la escasa investigación sobre el tema en el contexto Boyacense, se llegó a la necesidad de realizar un estudio minucioso sobre el suicidio, el acto suicida y la ideación suicida, asimismo, considerando que el suicidio no es un fenómeno de naturaleza espontánea en el ser humano, sino que por el contrario, puede constituirse en el resultado de un complejo proceso que pasa por la idea de desesperanza, la posibilidad de cometer suicidio, la planeación y los intentos hasta que finalmente, llega a la ejecución del acto con un resultado fatal.

De igual manera, se debe considerar que el suicidio es un fenómeno con orígenes multifactoriales, por lo tanto, resulta conveniente determinar cuáles son las variables asociadas a la conducta suicida del departamento. En este sentido, la identificación de correlaciones estadísticamente significativas entre las distintas variables de riesgo, permitiría generar mejores modelos explicativos, comprender los procesos psicológicos implicados en la conducta suicida hasta su desenlace fatal, así como determinar las relaciones causales que permitan finalmente la construcción de modelos explicativos sobre los determinantes del suicidio en el contexto boyacense; es un resultado necesario que aportaría significativamente al control, la predicción y por supuesto la mejora en la planeación, ejecución y revisión de los programas de intervención y prevención del departamento.

El objetivo general formulado para la investigación consistió en “Analizar las relaciones entre variables sociodemográficas, psicológicas, familiares y la ideación y acto suicida en jóvenes de las ciudades de Tunja, Sogamoso y Duitama”. Para lograrlo, se plantearon tres objetivos específicos; el primero, “Identificar los niveles de ideación suicida y acto suicida en los jóvenes de las ciudades de Tunja, Duitama y Sogamoso”; el segundo, “Identificar la presencia de maltrato físico y verbal, abuso sexual, síntomas de trastornos alimentarios y acoso escolar en los jóvenes participantes de las ciudades de Tunja, Duitama y Sogamoso” y el último, “Establecer un perfil sociodemográfico de riesgo suicida en los jóvenes de las ciudades de Tunja, Duitama y Sogamoso”.

En el año 2012, se empezó a ejecutar el proyecto de investigación; en el estudio participaron 676 jóvenes de las tres principales ciudades del Departamento, a través de ellos se buscaba comprender la dinámica de la conducta suicida en los jóvenes y establecer las variables que predicen con mayor probabilidad el riesgo

de ideación y el acto suicida. Se plantearon variables como la intimidación social, los trastornos alimentarios, el maltrato físico y verbal y el abuso sexual, con las cuales, a partir de los resultados obtenidos, se esperaba desarrollar otras investigaciones tanto de orden descriptivo (depresión infantil, depresión en hombres, inteligencia emocional) como interventivo (protocolos de atención, modelos de intervención) que dieran respuesta y que permitieran profundizar en aspectos hallados en el estudio.

Los participantes fueron seleccionados mediante muestreo no probabilístico y teniendo en cuenta la literatura y los antecedentes empíricos, que describen a los jóvenes entre los 14 y 18 años como personas más vulnerables a la ideación y el acto suicida, la intimidación escolar, el maltrato físico y verbal, el abuso sexual y los trastornos alimentarios. La muestra obtenida presentó una distribución normal, homogénea; la edad mínima registrada fue de 12 años y la máxima de 19, con una media de 14.58 años y una mediana de 15 años, en su mayoría mujeres (56.9 %), con escolaridades entre grados octavos y undécimos (nivel de escolaridad esperable de acuerdo con los datos del Sistema de Matrícula Estudiantil de Educación Básica y Media (SIMAD)). La configuración familiar fue en un mayor porcentaje de familias nucleares (59 %). En la tabla 1 se presentan las características de la muestra del estudio expuesta.

**Tabla 1.** Estadísticos descriptivos de la muestra inicial conformada (n = 676) según sus características sociodemográficas

Variable	Valores	Frecuencia	Porcentaje
Sexo	Masculino	385	56.9
	Femenino	283	41.8
	Sin dato	8	1.2
Edad	12	13	1.92
	13	117	17.31
	14	136	20.12
	15	191	28.25
	16	125	18.49
	17	67	9.91
	18	12	1.78
	19	3	0.44
	Sin dato	12	1.78
Escolaridad	Octavo	209	31
	Noveno	144	21
	Décimo	183	27
	Once	139	21
Familia	Nuclear	400	59
	Mono parental	151	22
	Extensa	67	10
	Sin dato	29	4
	Compuesta	18	3
	Otro tipo de familia	11	2

*Fuente:* elaboración propia.

**Acto e ideación suicida en jóvenes del departamento de Boyacá.** Se encontró que 91 jóvenes (13.5 %) señalaron haber intentado suicidarse al menos una vez; en contraste, 585 afirmaron no haber tenido nunca una tentativa de suicidio. En relación con el tiempo transcurrido desde el acto suicida, el 3.5 % indicó haberlo hecho durante el último año, a su vez, el 86.5 % (n = 585), reportó no haber tenido nunca una tentativa de suicidio, y un 13.5 % (n = 91), señaló haber intentado suicidarse al menos una vez en la vida. La edad de 14 años fue la que más se registró en los intentos suicidas. Asimismo, las mujeres presentaron riesgo suicida

alto y moderado con respecto a los hombres (3.73 % y 0.74 % respectivamente); principalmente en las familias nucleares se evidenció el mayor número de adolescentes en riesgo alto (0.80 %), mientras que el riesgo moderado de suicidio (1.77 %) fue más alto en las familias monoparentales.

En cuanto a los indicadores de ideación suicida, se analizaron los datos obtenidos de las subescalas del instrumento aplicado para medir la Ideación Suicida Positiva y Negativa (PANSI) en los adolescentes evaluados. Se trata de un instrumento que mide pensamientos protectores contra el suicidio llamados ideación suicida positiva, con ítems positivos como "¿Has sentido que tenías el control de la mayoría de las situaciones de tu vida?" e ítems de ideación suicida negativa como "¿Pensaste en matarte porque no tenías esperanza en el futuro?". A partir de las medidas de ideación suicida, se elaboró una codificación categórica; el puntaje mínimo posible en el factor de ideación negativa fue de 8 y el máximo fue de 40. Según las puntuaciones medias y la desviación estándar obtenida, se recodificó el total de la variable ideación negativa, agrupando los participantes en dos categorías: la primera incluyó a los adolescentes que obtuvieron puntuaciones superiores a una desviación estándar por considerarlos un grupo en riesgo; la segunda tuvo en cuenta los restantes puntajes con sumatorias inferiores a 16 (puntuación por debajo de una desviación estándar). En el 11.1 % de los jóvenes participantes se encontraron factores de riesgo para la ideación suicida como fracaso, desesperanza, baja autoeficacia, frustración y tristeza. A su vez, el puntaje mínimo posible en el factor de ideación positiva es de 6 y el máximo de 30, en esta muestra los puntajes oscilaron entre 6 y 29; teniendo en cuenta la media y la desviación estándar obtenidas, se recodificó el total de la variable ideación positiva, agrupando los participantes en dos categorías, quienes obtuvieron una puntuación superior a 18 (puntuación por encima de una desviación estándar) correspondían al grupo en alto riesgo.

Se encontró que el 11.4 % de los jóvenes participantes no presentaba factores protectores para la ideación suicida, tales como sentido de control, autoconfianza, expectativas positivas, alegría y satisfacción con la vida. Además, se identificaron 25 jóvenes con alta ideación negativa y baja ideación positiva, factor que los ubicó en una situación de vulnerabilidad; este grupo de jóvenes correspondió al 3.7 % del total de muestra. En una tabla de contingencia entre ideación suicida positiva y negativa, codificados los participantes según el riesgo, se encontró que el 88.9 %

de los participantes no presentaba riesgo suicida e ideación suicida baja; por el contrario, el 11.1 % tuvo alta ideación suicida negativa y un 3.7 % presentó alto riesgo según la ideación positiva (ver tabla 2).

**Tabla 2.** Contingencias entre la ideación suicida positiva y negativa y los niveles establecidos

		Ideación Negativa		
		Sin riesgo	Con riesgo	Total
Ideación Positiva	Sin riesgo	549	50	599
		81.2 %	7.4 %	88.6 %
	Con riesgo	52	25	77
		7.7 %	3.7 %	11.4 %
	Total	601	75	676
		88.9 %	11.1 %	100 %

*Fuente:* elaboración propia.

**Acto e ideación suicida según sexo y conformación familiar.** Para el estudio de las relaciones entre las variables sociodemográficas, psicológicas, familiares y la ideación y acto suicida en jóvenes de las ciudades de Tunja, Sogamoso y Duitama, se procedió mediante el análisis estadístico, usando pruebas no paramétricas en la comprobación de las hipótesis relacionales para variables nominales y ordinales mediante el Chi cuadrado X<sup>2</sup> y un  $\alpha = 0.01$  para un IC del 99 %. Las hipótesis planteadas se enfocaron en establecer las relaciones entre el acto suicida e ideación suicida con las variables de riesgo, maltrato físico, maltrato psicológico, tocamientos, penetración y trastornos alimentarios. En cuanto al sexo se encontró que las mujeres tenían un riesgo alto y moderado en mayor proporción que los hombres, como se muestra en la tabla 3.

**Tabla 3.** Ideación suicida y riesgo suicida y su asociación con la variable sexo

	Femenino	Masculino	Total	
<b>Ideación suicida negativa</b>	Sin riesgo	37.61 %	32.08 %	70 %
	Poco Riesgo	15.22 %	9.10 %	24.32 %
	Riesgo moderado	3.73 %	0.74 %	4.47 %
	Alto riesgo	0.89 %	0.29 %	1.19 %
	Total	57.46 %	42.23 %	100 %

**Nota:** Valores de puntuaciones: sin riesgo (1-10), poco riesgo (11-20), riesgo moderado (21-30), y alto riesgo (21-40).

**Fuente:** elaboración propia.

A nivel de constitución familiar, el mayor número de adolescentes en riesgo alto se ubicó en las familias nucleares, mientras que en la familia monoparental la mayoría de los casos presentaron un riesgo moderado de suicidio (ver tabla 4).

**Tabla 4.** Ideación suicida y riesgo suicida y su asociación con la variable tipo de familia

	Tipo de familia				
	Nuclear	Extensa	Monoparental	Total	
<b>Ideación suicida negativa</b>	Sin riesgo	46.60 %	6.79 %	16.99 %	70.38 %
	Poco Riesgo	15.85 %	3.07 %	5.50 %	24.42 %
	Riesgo moderado	1.45 %	0.80 %	1.77 %	4.02 %
	Alto riesgo	0.80 %	0.16 %	0.16 %	1.12 %
	Total	64.72 %	10.87 %	24.43 %	100 %

**Nota:** la ideación suicida negativa se planteó como aquellas cogniciones o pensamientos recurrentes sobre la muerte de sí mismo, los motivos para morir y la planeación del acto de quitarse la vida. Valores de puntuaciones: sin riesgo (1-10), poco riesgo (11-20), riesgo moderado (21-30), y alto riesgo (21-40).

**Fuente:** elaboración propia.

En cuanto a la tentativa de suicidio, de los 676 jóvenes, el 86.5 % (n = 585) afirmó no haber tenido nunca una tentativa de suicidio y el 13.5 % (n = 91), señaló haber intentado suicidarse al menos una vez en la vida; en relación con el tiempo transcurrido desde el intento, se identificó que el 3.5 % lo intentó durante el último año; con respecto a la edad, el mayor número de intentos suicidas se presentó a los 14 años (ver tabla 5).

**Tabla 5.** Frecuencia y porcentajes de intentos suicidas según tiempo transcurrido desde la última tentativa y edad de aparición

	Variable	Frecuencia	Porcentaje
Tiempo transcurrido	Nunca	597	88.3
	más de 1 año	51	7.5
	más de 1 mes	15	2.2
	7 a 30 días	9	1.3
	última semana	4	0.6
Edad en años	10	3	0.4
	11	2	0.3
	12	3	0.4
	13	3	0.4
	14	12	1.8
	15	6	0.9
	16	7	1.0

*Fuente:* elaboración propia.

**Acto e ideación suicida según maltrato, abuso sexual, y conducta alimentaria.** Se procedió a establecer las asociaciones entre las variables de conducta suicida, algunas formas de maltrato y las conductas alimentarias patológicas, las cuales han sido identificadas, según la revisión empírica, como indicadores de riesgo. Para ello, se tuvo en cuenta el nivel de significancia  $p = .001$  a partir de la prueba Chi cuadrado de Pearson ( $\chi^2$ ), como indicador de aceptación de la hipótesis. En la tabla 6 se pueden observar las asociaciones obtenidas entre las variables analizadas. En las asociaciones estadísticamente significativas se identificó el maltrato verbal



como variable relacionada con la ideación suicida y el acto suicida, así como los problemas relativos a la conducta alimentaria relacionados con la ideación y acto suicida. El abuso sexual en cambio no representó una considerable asociación.

**Tabla 6.** Indicadores de asociación entre las variables de riesgo suicida, maltrato y problemas de conducta alimentaria

Asociación	Casos válidos	$\chi^2$	gl	Sig.	Porcentaje esperado (casillas)
Acto suicida y maltrato verbal	676	36.79	1	.000	0.0 % (0)
Acto suicida y abuso sexual -tocamientos-	676	2.31	1	.128	25 % (1)
Acto suicida y abuso sexual -penetración-	676	2.05	1	.152	25 % (1)
Acto suicida y trastorno alimentario	676	36.37	2	.000	16.7 % (1)
Ideación suicida y maltrato físico	676	28.83	3	.000	25 % (2)
Ideación suicida y maltrato verbal	676	21.93	3	.000	12.5 % (1)
Ideación suicida y abuso sexual -tocamientos-	676	3.53	3	.317	25 % (2)
Ideación suicida y abuso sexual -penetración-	676	15.79	3	.001	50 % (4)
Ideación suicida y trastorno alimentario	676	31.52	6	.000	25 % (3)

**Nota:**  $\chi^2$  (Chi cuadrado de Pearson); gl (Grados de libertad); Sig. (significancia).

**Fuente:** elaboración propia.

Para complementar el análisis estadístico llevado a cabo, se procedió a realizar un análisis de regresión logística binaria para determinar cuál de las variables (abuso sexual por tocamiento, abuso sexual por penetración, maltrato físico, y maltrato verbal) predecía, con mayor probabilidad, la ocurrencia de la ideación y el acto suicida.

En primer lugar, en el acto suicida se determinó como variable dependiente el acto suicida de manera dicotómica, codificada con valores 0 (ausencia) y 1 (presencia); luego se identificaron las covariables, predictoras y confundentes, siendo estas el abuso sexual penetración, abuso sexual tocamientos, maltrato físico, maltrato verbal, trastornos alimentarios. Se hizo el paso 0 y 1 para cada una de las variables dependientes con cada una de las covariables. A continuación, se obtuvo en el paso uno la regresión logística binaria para las variables ideación suicida, maltrato físico y verbal, abuso tocamiento, abuso penetración y trastornos alimentarios. En la tabla 7 se detallan los valores obtenidos del modelo resultante, en el cual el maltrato físico predice significativamente el acto suicida (-2 log de la verosimilitud = 487.053; R cuadrado de Cox y Snell = .067; R cuadrado de Nagelkerke = .123).

**Tabla 7.** Regresión logística binaria de acto suicida, maltrato físico y verbal, abuso- tocamiento y abuso penetración y trastornos alimentarios

Covariables	B	E.T.	Wald	Gl	Sig.	Exp(B)
SCOFF	.631	.154	16.829	1	.000	1.879
Maltrato físico	.921	.239	14.914	1	.000	2.512
Maltrato verbal	.319	.193	2.716	1	.099	1.375
Paso 1 Abuso tocamiento	-.194	.411	.224	1	.636	.823
Abuso penetración	-.507	.945	.287	1	.592	.602
Constante	-1.774	.227	60.935	1	.000	.170

**Fuente:** elaboración propia.

A continuación, se analizó la ideación suicida negativa a partir de las anteriores variables llevando a cabo el mismo procedimiento anterior. Las covariables del modelo fueron el maltrato físico, el verbal y el abuso sexual (tocamiento, penetración); en la tabla 8 se detallan los valores obtenidos del modelo resultante en el cual las variables que predicen mejor la ideación suicida en su orden fueron el maltrato físico y verbal (-2 log de la verosimilitud = 817.697; R cuadrado de Cox y Snell = .065; R cuadrado de Nagelkerke = .090).

**Tabla 8.** Regresión logística binaria de ideación suicida, maltrato físico y verbal, abuso- tocamiento y abuso penetración y trastornos alimentarios

Covariables	B	E.T.	Wald	GI	Sig.	Exp(B)
SCOFF	.915	.192	22.635	1	.000	2.496
Maltrato físico	1.089	.285	14.630	1	.000	2.973
Maltrato verbal	.891	.263	11.469	1	.001	2.438
Paso 1 Abuso tocamiento	-.153	.496	.096	1	.757	.858
Abuso penetración	.339	.994	.116	1	.733	1.404
Constante	-3.790	.337	126.292	1	.000	.023

*Fuente:* elaboración propia.

Un estudio posterior centrado en maltrato y abuso sexual en los adolescentes escolarizados de Boyacá (Colombia), con un enfoque social cuantitativo y un diseño descriptivo-correlacional multifactorial de corte transversal; se realizó con una población objeto (según el Sistema de Matrículas del Ministerio de Educación Nacional corresponde a un código 85444) que correspondía a niveles educativos comprendidos entre los grados octavo, noveno, décimo y undécimo de instituciones educativas públicas de Tunja, Sogamoso y Duitama.

Mediante un muestreo probabilístico, se conformó una muestra final de 1.292 participantes quienes cumplieron con criterios de inclusión como manifestar su voluntad de participar en el estudio y firmar el consentimiento informado de investigación, descartando los criterios de exclusión como la negación a participar en el estudio, no pertenecer a las instituciones educativas seleccionadas, estar en los niveles de educación básica primaria, grados sexto o séptimo, y presentar discapacidad cognitiva severa.

El instrumento utilizado fue el Inventario de Ideación Suicida Positiva y Negativa (Positive and Negative Suicidal Ideation - PANSI; Osman, Gutiérrez, Kopper, Barrios & Chiros, 1998). Para su diligenciamiento, la persona debía responder haciendo uso de una escala de 5 puntos que oscilaban entre 0 (nunca) y 4 (siempre) con los cuales se identificaron factores de riesgo y protectores de

conducta suicida. Se incluyó además un instrumento de autorreporte de abuso sexual y acto suicida de cuatro preguntas cerradas.

Los resultados obtenidos de este proyecto indican también las características sociodemográficas de los jóvenes en quienes se identificó la presencia de acto e ideación suicida, y su relación con el abuso sexual.

En principio, en cuanto a la relación acto suicida y abuso sexual, se encontró que el 15.5 % de los participantes (n = 198 estudiantes) reportó haber intentado el suicidio, de los cuales el 60.1 % (n = 119) eran mujeres y el 39.9 % hombres (n = 79). En cuanto a la edad como variable de estudio, se encontró que el mayor número de intentos de suicidio estaba en jóvenes entre los 14 y 17 años, la mayoría de ellos pertenecientes a familias nucleares y monoparentales (ver tabla 9).

**Tabla 9.** Frecuencias de intentos suicidas según edades y constitución familiar de los participantes

Variable	Edad									Total
	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
Sí ha intentado suicidarse	0	12	<b>44</b>	<b>44</b>	<b>57</b>	<b>26</b>	12	3	0	198
No ha intentado suicidarse	3	52	253	250	304	141	54	15	1	1073
<b>Total</b>	3	64	297	294	361	167	66	18	1	1271

Riesgo / Constitución familiar	Nuclear	Extensa	Monoparental	Compuesta	Otra	Total
Sí ha intentado suicidarse	<b>111</b>	13	<b>44</b>	15	15	198
No ha intentado suicidarse	674	90	220	57	30	1071
<b>Total</b>	785	103	264	72	45	1269

**Nota:** Se resaltan en negrita los datos de riesgo suicida de interés.

**Fuente:** elaboración propia.

En cuanto a la ideación suicida registrada, se encontró que 226 personas (17.6 %) la presentaban, con mayor presencia en el sexo femenino (n = 135). Igualmente, los intentos suicidas tuvieron ocurrencia en personas con edades comprendidas entre los 14 y 17 años, pertenecientes a familias nucleares y monoparentales (ver tabla 10).

**Tabla 10.** Frecuencias de ideación suicida según edades y constitución familiar de los participantes

Variable	Edad									Total
	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
Sí ha tenido ideación suicida	0	10	<b>49</b>	<b>52</b>	<b>64</b>	<b>34</b>	15	2	0	226
No ha tenido ideación suicida	3	65	298	294	362	167	66	19	1	1275
Total	3	55	249	242	298	133	51	17	1	1049

Riesgo / Constitución familiar	Nuclear	Extensa	Monoparental	Compuesta	Otra	Total
Sí ha tenido ideación suicida	666	86	<b>217</b>	46	32	1047
No ha tenido ideación suicida	122	17	48	26	13	226
Total	788	103	265	72	45	1273

**Nota:** Se resalta en negrita los datos de riesgo suicida de interés.

**Fuente:** elaboración propia.

El abuso sexual como factor de riesgo suicida, se indagó a partir de los reportes de tocamientos y penetración y la presencia de la ideación suicida en los afectados. En la tabla 11 se puede observar una asociación positiva entre el abuso sexual con la ideación suicida positiva e intento suicida, en aquellos participantes que reportaron antecedentes de abuso por tocamientos.

**Tabla 11.** Indicadores de asociación entre las variables ideación suicida, intento suicida y abuso sexual

Asociación	Casos en riesgo (%)	$\chi^2$	gl	Sig.	Porcentaje esperado (casillas)
Ideación suicida y abuso sexual -tocamientos-	26(36.6)	18.63	1	.000	0.0 % (0)
Ideación suicida y abuso sexual -penetración-	13(52)	20.69	1	.000	25 % (1)
Intento suicida y abuso sexual -tocamientos-	48(24)	159.06	1	.000	0.0 % (0)
Intento suicida y abuso sexual -penetración-	25(12.5)	138.06	1	.000	25 % (1)

**Nota:**  $\chi^2$  (Chi cuadrado de Pearson); gl (Grados de libertad); Sig.(significancia).

**Fuente:** elaboración propia.

### RIESGO SUICIDA, EDAD Y SEXO EN ADOLESCENTES DE BOYACÁ

Los anteriores resultados, obtenidos del proyecto llevado a cabo en el departamento de Boyacá, dan cuenta de que las variables edad y sexo femenino están asociadas al riesgo suicida. Estos hallazgos concuerdan con los reportados en otros lugares del mundo; aunque la tasa de muertes por autolesión en esos lugares es mucho mayor, coinciden en la importancia de las diferencias entre hombres y mujeres en el riesgo suicida, particularmente mayor riesgo en las mujeres (Sun & Zhang, 2017). También, en cuanto a la edad, estudios recientes sobre tasas de suicidio indican aumentos considerables en población femenina desde 1989, además, a partir de los diez años se incrementa paulatinamente el riesgo en aquellos nacidos en 1999 y posteriores años (OR, 7.4, 95 % IC, 5.1-9.7) (Burns, 2016; Park, Jee & Jung, 2016). Al parecer, la edad se ha disminuido en los últimos años, según los datos revisados previamente que reportaban tasas superiores para las personas con edades alrededor de los 30 años. Es relevante recordar que se siguen presentando las mismas diferencias significativas entre los reportes de ideación suicida en mujeres y las muertes consumadas de los hombres.

El riesgo suicida se ha estudiado teniendo en cuenta que la conducta suicida se presenta en tres pasos, el primero corresponde a la ideación suicida, luego el intento suicida y finalmente el suicido consumado (Li, Bao, Li & Wang, 2016); por lo tanto, se puede determinar el nivel de riesgo suicida a partir de los indicadores de ideación e intentos. En población adolescente se estima que las mujeres son más propensas a presentar experiencias depresivas e ideación suicida (Nock et al., 2013); al parecer, experimentan mayores cantidades de conflictos emocionales y mucho más temprano que los adolescentes hombres (Shin et al., 2014), asociados a crisis de identidad que conllevan inestabilidad psicológica, en especial en cursos de educación media con edades promedio entre 14 y 15 años (Im, Oh & Suk, 2017), según se encontró con los estudios del proyecto. Asimismo, podrían estar asociados estos indicadores a los eventos vitales estresores cotidianos que enfrentan estas poblaciones y a una permanente frustración por considerarse una carga (Miller, Esposito-Smythers & Leichtweis, 2016). Los estados depresivos y las formas de afrontamiento disfuncional para los estados emocionales negativos, también se asocian al incremento de la ideación suicida en los adolescentes con conductas de riesgo como consumo de alcohol y tabaco (Peltzer & Pengpid, 2015).

En conclusión, el riesgo suicida así como la ideación suicida, se encontraron elevados en Boyacá en adolescentes entre los 14 y 15 principalmente, además, se hallaron asociaciones con el sexo femenino probablemente por una mayor presencia de conflictos emocionales y crisis de identidad tempranas en esta población. Esta condición, se considera por lo tanto una medida de vulnerabilidad de conducta suicida en la población adolescente en Boyacá.

#### **RIESGO SUICIDA Y FAMILIA EN ADOLESCENTES DE BOYACÁ**

La conformación familiar en el estudio constituyó un indicador de riesgo; las familias monoparentales y nucleares fueron las que mayor frecuencia de riesgo presentaron. Al respecto, la familia como principal grupo de apoyo, puede representar a la vez un factor de riesgo o protección. Algunos estudios han reportado que la percepción de escaso apoyo familiar estaría asociada a la ideación suicida y estos a su vez, estarían relacionados con el estatus socioeconómico, los desequilibrios intrafamiliares y un escaso soporte social (Adrian et al., 2016); aquellas familias en las cuales hay padres ausentes o padres solteros, representan factores que maximizan la aparición de ideación suicida en población adolescente (Im, Oh & Suk, 2017).

El riesgo suicida y los factores familiares asociados se han establecido también desde el historial de parientes con muerte por suicidio. En este estudio no se llevó a cabo la indagación del historial, sin embargo, a nivel familiar este puede ser una variable causal, en cuanto a las características de inestabilidad emocional que acarrea un evento particular como es la muerte por suicidio de un familiar, a manera de "contagio suicida" (Mueller & Abrutyn, 2015). Además, estudios recientes recalcan que factores como la impulsividad motora se han asociado a un historial de suicidio familiar e intentos suicidas posteriores (Wang et al., 2017), un aspecto que podría ayudar a diferenciar a los adolescentes en riesgo suicida que están en la etapa de ideación, de los que están en intento. Las relaciones interpersonales, al igual que el funcionamiento social ineficaz, incrementan el riesgo suicida; al parecer los estilos personales intrusivos y la incapacidad de crear relaciones estables y duraderas, pueden incrementar tanto el riesgo de alteraciones de personalidad como el suicida (Rajalin et al., 2017). Otros estudios indican que algunas condiciones como psicopatologías, violencia doméstica, abuso de sustancias y encarcelamiento de los padres, aumentan la probabilidad de aparición de las conductas suicidas (Sachs-Ericsson et al., 2015).

En conclusión, en el primer caso, el riesgo suicida se asoció a la conformación familiar monoparental y nuclear debido a la baja percepción de apoyo por parte del adolescente, y en el segundo (aunque también para las monoparentales), se relacionó con la inestabilidad emocional que genera la muerte por suicidio de un familiar cercano o problemas intrafamiliares diversos.

#### **RIESGO SUICIDA Y ABUSO SEXUAL EN ADOLESCENTES DE BOYACÁ**

El maltrato como variable asociada al riesgo suicida tuvo elevados indicadores de asociación en los participantes del estudio en Boyacá; tanto el maltrato físico y verbal como el abuso sexual por tocamientos, fueron los más representativos en los casos con riesgo suicida. Se ha documentado previamente la relación directa e indirecta que tienen las diferentes formas de abuso infantil con el posterior desarrollo de conductas suicidas (Devries et al., 2014; Short & Nemeroff, 2014); particularmente, tanto el abuso físico como el sexual han sido los más relacionados (Bruffaerts et al. 2010), así se registró en este estudio con adolescentes de Boyacá.



Al parecer, la vivencia temprana de experiencias negativas como el maltrato, favorece el surgimiento de factores relacionados con el desarrollo de estilos cognitivos negativos, el afrontamiento inefectivo y la presencia de problemas interpersonales, que ante un estresor particular pueden llevar a la aparición de la ideación e intento suicida. Sachs-Ericsson et al. (2015) expusieron los siguientes mecanismos: a nivel neurológico, cambios en las vías sensitivas ante estresores; a nivel genético ambiental, cambios en la regulación del ánimo y aparición de psicopatologías; a nivel psiquiátrico, aparición de trastornos neuropsiquiátricos además de problemas de salud; y a nivel de desarrollo psicosocial, aparición de sesgos cognitivos, dificultades en solución y afrontamiento de conflictos, disregulación emocional (v.g. afecto plano o alexitímico), dificultades interpersonales unidas a un escaso soporte social y vulnerabilidad en etapas tardías del ciclo vital.

Las experiencias tempranas de abuso inciden en el desarrollo de estilos cognitivos inferenciales negativos (Liu et al., 2012); se ha reportado que algunas formas de abuso sexual suelen generar posteriores percepciones de culpa y atribuciones de responsabilidad por el evento (Sachs-Ericsson et al., 2015), lo anterior concuerda con los modelos teóricos explicativos en los cuales se activan esquemas desadaptativos o modos suicidas (Wenzel, Brown, & Beck, 2009). A partir de lo dicho, se puede asumir que la aparición de ideación, intento y plan suicida en los adolescentes se deriva de eventos traumáticos previos, aunque la evidencia aún no es concluyente (Liu & Miller, 2014).

Se ha documentado que los abusos ocurridos antes de los nueve años de edad, combinados con abuso físico, facilitan la aparición de trastornos de personalidad y conductas suicidas; además, entre más temprano haya ocurrido el abuso, más se aumenta la frecuencia de intentos suicidas; igualmente, si el abuso sexual se dio con penetración vaginal o anal también aumenta la frecuencia (López-Castroman et al., 2013); por ejemplo, en militares con antecedentes de abuso sexual infantil se incrementó la ideación suicida 2.2 veces (OR, 2.2; 95 % IC, 1.6-2.9) y 2.7 veces los planes suicidas (OR, 2.7; 95 % IC, 1.7-4.3) (Afifi et al., 2016). Estos datos concuerdan con los indicadores de ideación e intentos suicidas en los adolescentes de Boyacá, los cuales reportaron antecedentes de maltrato físico y abuso sexual por tocamientos y penetración. Sin embargo, es necesario profundizar los estudios de riesgo en dicha población para corroborar estos factores de alta relevancia.

En conclusión, el maltrato infantil y el abuso sexual son factores de alto riesgo suicida y han sido documentados en múltiples estudios con muestras poblacionales distintas; en los adolescentes de Boyacá, tanto el maltrato físico como el abuso sexual por tocamientos, se constituyen en variables de riesgo. Entre los mecanismos causales se ha considerado que estas formas de maltrato llevan al desarrollo de psicopatologías que facilitan la aparición de la conducta suicida, asimismo, el nivel de disfunción familiar se asocia generalmente a estos eventos.

### **RIESGO SUICIDA Y CONDUCTA ALIMENTARIA EN ADOLESCENTES DE BOYACÁ**

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) como la anorexia, bulimia y otros no especificados, predicen la aparición de la conducta suicida, especialmente; así se observó en el estudio llevado a cabo en el que al parecer, estos trastornos solamente se asociaron al intento suicida, mientras que para la ideación suicida no se obtuvo una suficiente frecuencia de casos, de tal forma que se pudiera asumir la hipótesis establecida.

Se ha determinado que los TCA presentan picos entre los 16 y 21 años, principalmente en mujeres, aunque se ha incrementado la tendencia en hombres (Zerwas et al., 2015), un aspecto relevante dados los indicadores de riesgo para ideación suicida en mujeres y muerte por suicidio en hombres. Esto da cuenta de que los TCA al estar asociados a la conducta suicida se constituyen en factores de riesgo, no solo porque afectan la salud de los adolescentes sino por el nivel de letalidad.

Entre los mecanismos explicativos se afirma que pueden deberse a los cambios físicos y psicológicos intensos que se presentan en la adolescencia, en especial aquellos derivados de los cambios corporales de la pubertad y la percepción insatisfactoria del cuerpo, además de las conductas de dieta que tienen inicio en esta etapa y los cambios hormonales con una posible incidencia en las respuestas ansiosas y depresivas (Neumark-Sztainer et al., 2011, Zerwas et al., 2015).

Se ha indicado que una persona con anorexia nerviosa tiene 40 veces más posibilidades de morir por suicidio con respecto a la población general (Preti et al., 2011). A su vez, se considera que la bulimia nerviosa es un predictor de la conducta suicida, mientras que la anorexia nerviosa, debido a su elevada comorbilidad con trastornos ansiosos y depresivos, no muestra una relación clara (Bodell, Joiner

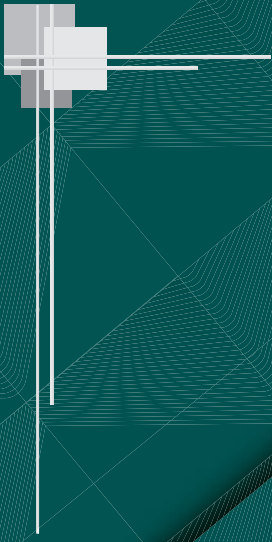
& Keel, 2013); estos reportes confirman parcialmente la importancia de los diagnósticos comórbidos en los pacientes con TCA. Lo anterior permite plantear que los participantes del estudio presentaron asociaciones entre los TCA y los intentos suicidas, sin embargo, los hallazgos parecen dar cuenta de que estos trastornos se consideran un factor de riesgo multidimensional, cuya interpretación debe ser analizada con mayor detenimiento.

A la vez, se ha reportado que las conductas relacionadas con la dieta restrictiva, y el estrés que estas conllevan, más los eventos estresores vitales factibles de aparecer en la adolescencia, pueden generar la percepción de ser una carga para la familia, frustración y síntomas depresivos asociados como el aislamiento interpersonal; estas asociaciones parecen ser los factores causales que conducen a un incremento del riesgo suicida (Dodd, Smith & Bodell, 2014).

En algunos estudios sobre suicidio consumado, por ejemplo, se encontró que la anorexia nerviosa está mucho más asociada al suicidio, más que la bulimia nerviosa (Preti et al., 2011). Al respecto, Preti et al. (2011) reportaron que tanto la anorexia nerviosa como la bulimia nerviosa, los TCA's no especificados, las alteraciones del estado del ánimo, la ansiedad, y otros trastornos por uso de sustancias psicoactivas fueron predictores simultáneos de conductas suicidas. Esto indicaría que se hace necesario replicar el estudio usando instrumentos de evaluación diagnóstica para otras alteraciones asociadas, con el fin de explicar la aparición de conductas suicidas particularmente en esta población.

En conclusión, los TCA's son psicopatologías que se constituyen de manera multifactorial en indicadores de riesgo suicida. Al encontrar asociaciones positivas con el intento suicida en los adolescentes de Boyacá, se asume que la ideación suicida, las problemáticas afectivas y emocionales, el estrés asociado a las conductas como dietas restrictivas y purgativas, al igual que las dinámicas familiares e interpersonales, incrementan la posibilidad de muerte por suicidio en los evaluados del departamento.





# PARTE II





# Capítulo 5

La prevención del suicidio  
en el panorama mundial  
y colombiano

- Ronald Alberto Toro Tobar
- Mildred Alexandra Vianchá Pinzón
- Lizeth Cristina Martínez Baquero
- Mónica Patricia Pérez Prada







## INTRODUCCIÓN

Prevenir las muertes por suicidio es una prioridad en lo que respecta a la salud mental hoy en el mundo; los intereses del presente libro están enfocados hacia este justo propósito. El uso de políticas claras acerca de la prevención de la conducta suicida es necesario y conveniente en la sociedad actual, sin embargo, proponer lineamientos de acción específicos demanda mayor claridad sobre las formas más efectivas de proceder, ya que muchos de los métodos actuales han probado eficacia en poblaciones específicas, pero lastimosamente no se han documentado con mayor rigurosidad, lo que hace difícil verificar su viabilidad. Esta heterogeneidad de estrategias a lo largo del mundo permite aseverar la necesidad, por una parte, usar revisiones sistemáticas sobre los procedimientos más eficaces y, por la otra, reportar los alcances de los resultados indicando las condiciones en las cuales se desarrollaron las estrategias de prevención, además de tener en cuenta factores sociodemográficos como raza, cultura, economía y contexto de aplicación.

En el documento de la WHO (2012), por ejemplo, se describen formas de prevención que van desde campañas multitareas hasta tratamientos específicos, la mayoría de

ellos con base en la minimización de los factores de riesgo. Así, se muestra que los programas escolares focalizados en el cambio conductual y las estrategias de afrontamiento han presentado bajas en las tasas de suicidio, sin embargo, son poco documentados y se desconoce el efecto preciso de estas formas de intervención.

El reporte de la WHO también rescata las modificaciones a nivel educativo y organizacional en la institución militar, lo cual ha demostrado efectividad en cuanto a la disminución de los intentos suicidas en el personal de la milicia. A su vez, las restricciones activas de agentes letales han sido una forma efectiva de prevención; tal es el caso de la prohibición del uso de armas letales, sin embargo, también es escasa la evidencia en términos de reducción de tasas de muerte por suicidio. Además, está la administración de fármacos como los que contienen litio o fluoxetina, generalmente utilizados para la modulación del estado del ánimo, más aún si se usan de forma combinada con las terapias cognitivo-conductuales, la solución efectiva de problemas y las tarjetas de emergencia; al parecer, estas estrategias corroboran reducciones significativas en las tasas de intentos suicidas en diversas poblaciones (WHO, 2012).

El panorama de la muerte por suicidio es amplio, este problema obedece a un fenómeno complejo, multicausal y que requiere esfuerzos conjuntos a nivel multidisciplinar. A lo largo de este capítulo se presenta, para efectos de facilidad en la presentación de la información, un apartado sobre la prevención, entendida como aquellos esfuerzos dirigidos a impedir la aparición del trastorno (en este caso la conducta suicida y muerte por suicidio), teniendo en cuenta tanto la prevención universal como la selectiva, esta última enfocada hacia objetivos poblacionales de riesgos particulares. Igualmente, se presenta en otro apartado la información sobre los tratamientos de la conducta suicida, es decir, los esfuerzos enfocados hacia la disminución del riesgo en personas que ya presentan la problemática.

### **PREVENCIÓN DEL SUICIDIO**

En el documento sobre la prevención del suicidio publicado por el departamento de salud y servicios humanitarios (U.S. Department of Health and Human Services, -HHS-, 2012), se indica que las acciones en materia de prevención, deberán promover

un diálogo público y libre de vergüenza, prejuicios y silencios para construir un soporte social adecuado, enfocar las poblaciones vulnerables y coordinar acciones con los órganos de salud mental. Todos estos esfuerzos deberán estar enfocados hacia la promoción de cambios en las políticas, en los sistemas de soporte y en los ambientes, de tal forma que faciliten la prevención del suicidio, la solución de problemas, la disminución del acceso a elementos letales en individuos con riesgo suicida y por último, la aplicación de todo el conocimiento actualizado para la prevención del suicidio.

Una de las estrategias usadas por los sistemas, consistió en aunar esfuerzos entre los sistemas promotores de salud y las fuerzas de trabajo para la prevención del suicidio, por ejemplo, el programa “cero suicidios”, dirigido a los órganos de salud clínicos, o las conversaciones públicas sobre el suicidio y su prevención, con esfuerzos comunicativos destinados a segmentos específicos de la población, promoviendo mensajes positivos y apoyo en los casos de intervención en crisis.

En el Reino Unido, se efectuaron cambios en el sector de salud pública, los cuales incluyeron recomendaciones como implementar un sistema de equipos de atención las 24 horas del día; remover elementos letales como los corto punzantes; hacer seguimiento, mínimo durante siete días, tanto a los pacientes en riesgo como a los que ya padecen enfermedad mental aguda; entrenar los equipos de atención primaria en manejo del riesgo suicida; evaluar los pacientes que abandonan los tratamientos de forma prematura; compartir información con los sistemas legales y de justicia y conducir evaluaciones de carácter multidisciplinar con las familias luego de la muerte por suicidio (While et al., 2012).

Al respecto, un paradigma de atención prioritaria basado en el entrenamiento a los asistentes telefónicos en líneas de emergencia puede ser un avance significativo. Al recibir la llamada el asesor, además de evaluar el estado mental y el nivel de ideación suicida (etapa 1), deberá hacer contención y profundizar la evaluación del paciente en cuanto drogas, alcohol, y funcionamiento cognitivo (etapa 2); si no se logra la contención, se debe proceder a la etapa 3 y seguir las recomendaciones protocolarias resumidas en los 21 ítems de la Asociación Americana de Suicidología como por ejemplo: hospitalizar, remitir al terapeuta, advertir a la familia y hablar con ella, conversar con amigos y supervisor, remover peligros letales (armas o medicamentos), realizar seguimientos telefónicos, pedir un acompañamiento

comprometido y la visita permanente de amigos o familiares, tener a la mano el teléfono de emergencias 24/7, tener un cuarto para emergencias, solicitar cita de urgencia, brindar información al personal de emergencias, dar aviso a la policía y pedirle revisiones periódicas; adicionalmente, también se debe requerir evaluación clínica por parte de profesionales, proveer información al personal clínico y autoridades, ofrecer el llamado de ambulancia, averiguar si la familia cuenta con facilidad de transporte, evaluar capacidad letal y de daño y finalmente, contar con planes detallados y debidamente documentados (Halderman et al., 2009).

Sin embargo, un enfoque basado en llamadas telefónicas presenta limitaciones que deberán ser solventadas antes de llevar a cabo una estrategia preventiva y similar; uno de los obstáculos más comunes consiste en los mitos que persisten en la comunidad, tanto en los familiares como en los mismos potenciales suicidas, la OMS (2000) enlista algunos:

- a. **Mito:** los que hablan de suicidio no lo cometen. **Realidad:** los suicidas suelen comentar sus intenciones.
- b. **Mito:** los suicidas tienen claro su deseo de morir. **Realidad:** para ellos es ambivalente.
- c. **Mito:** el suicidio ocurre sin advertencias. **Realidad:** los suicidas advierten de forma detallada.
- d. **Mito:** después de la crisis, el suicidio se supera. **Realidad:** los suicidios suelen ocurrir en el periodo de mejoría.
- e. **Mito:** no todos los suicidios se previenen. **Realidad:** la mayoría se puede prevenir.
- f. **Mito:** la persona es, durante toda la vida, un potencial suicida. **Realidad:** los pensamientos suicidas no son permanentes y son superables.

Igualmente, la OMS (2000, p. 12) sugiere tener en cuenta la relación sentimiento-pensamiento existente en los pacientes suicidas. En el caso de expresar tristeza o depresión, el pensamiento típico asociado suelen ser, "desearía estar muerto"; si se siente solitario piensa, "no puedo hacer nada", si se ve indefenso concluye, "no lo soporto más"; si sufre desesperanza cree, "soy un perdedor, soy una carga"; si se valora como un ser despreciable, está convencido de que "los otros serán más felices sin mí".

En el marco de un procedimiento de identificación previa de estas cogniciones, los profesionales del área de la salud mental deberán tener en cuenta múltiples estrategias y los diferentes sectores de la sociedad para obtener logros evidentes en el mediano y largo plazo. Una estrategia para la prevención del suicidio que reunió varios de los elementos expuestos hasta el momento, fue la llevada a cabo a partir del año 1992 en Finlandia; se trató de un programa implementado en los noventa de una manera comprometida, multisectorial, multiprofesional y que involucraba varios servicios públicos y se apoyaba en las redes, con la participación de actores sociales comprometidos con la cooperación y el trabajo interactivo (Upanne, 1998).

La estrategia llevada a cabo incluyó alrededor de 1.700 profesionales de 12 áreas de trabajo, un 70 % perteneciente al campo de la salud, quienes desarrollaron 220 proyectos multisectoriales; adicionalmente, se contó con la participación de 200 agentes respondientes que recibieron aproximadamente de 320 horas de entrenamiento, lo que en términos de jornadas laborales correspondió a 331 días de labores y un promedio de 50 profesionales recibiendo capacitación diaria. La estrategia en total brindó cobertura a 30.000 profesionales aproximadamente, quienes se enfocaron en modelos de cuidado para aquellos que presentan riesgo suicida y problemas asociados al consumo de alcohol; modelos de afrontamiento ante las situaciones de crisis en la escuela, personas con problemas legales y deudas; modelos regionales de prevención y modelos de información pública, asimismo, en la implementación de una red nacional de vigilancia de 1.200 miembros. El proyecto involucró a las escuelas, fuerzas armadas, iglesias, policía, centros de atención en salud y hospitales y fue evaluado en cuanto a operaciones, en forma interna y externa por agentes nacionales e internacionales. Las estadísticas indicaron, para Finlandia, una disminución de la tasa de suicidios de 30.3 (por 100.000 habitantes) en 1990 a 27.6 (por 100.000 habitantes) en 1993, fecha en la que se reportó el avance preliminar (Upanne, 1998).

Hoy en día, más de dos décadas después de esta propuesta, la fuerza de trabajo para la prevención del suicidio en Europa, Zalsman et al. (2016) resalta cuatro elementos claves según estudios de revisión sistemática: a) restringir el acceso de armas letales con prohibiciones de ley, b) tratamiento de la depresión mediante farmacoterapia y psicoterapia, c) asegurar la cadena de cuidado a través de sistemas de servicio de salud apropiados, y d) un enfoque de prevención universal en las

escuelas, respaldado por políticas de salud pública. La mayor evidencia que han aportado las estrategias se resume en dos frentes; por una parte, los métodos desde la salud pública como la restricción y la prevención universal, además, aunque menos relevante, el entrenamiento a vigilantes, las capacitaciones a través de medios, intervenciones vía internet y líneas de atención; por la otra, el nivel interventivo, el cual ha tenido incidencia, muy fuerte, en los tratamientos para la depresión (farmacológicos y psicoterapias) y en el cuidado seguro, y en menor medida, en la educación a los cuidadores primarios y los sondeos en unidades de atención primaria (Zalsman et al., 2017).

Según lo anterior, se exponen a continuación algunos programas recientes de prevención que han demostrado prometedores resultados en la disminución de las tasas de suicidio.

En población reclusa se ha estimado que el aislamiento, la frustración, el miedo y la vergüenza reportada por los prisioneros, incrementa hasta cinco veces el riesgo suicida (Pratt et al., 2015); uno de cada seis, ha presentado ideación suicida y uno de cada veinte lo ha intentado (Bebbington et al., 2010); estos son indicadores que demandan medidas de prevención urgentes para esta población en particular. Pratt et al. (2015) presentaron un programa de prevención cognitivo conductual basado en los mecanismos subyacentes de la conducta suicida, con una duración de cuatro meses, en los cuales se llevaban a cabo 20 sesiones individuales de 30 a 60 minutos.

Las estrategias iniciales se enfocaron en la alianza terapéutica y la evaluación de los problemas de cada participante, igualmente, en las experiencias previas de ideación suicida e intentos suicidas (creencias, percepciones, respuestas emocionales y conductuales, metas de cambio). Se formularon planes de intervención en áreas claves por cada participante, para los cuales se tuvo en cuenta la propuesta de Tarrrier et al. (2013), que contiene cinco módulos: 1) entrenamiento en control atencional (reducción de la fijación atencional por ejemplo con imaginería), 2) reestructuración de percepción (mediante el uso de reestructuración cognitiva de Beck), 3) entrenamiento en solución de problemas, 4) activación conductual, y 5) técnicas focalizadas en esquemas (por ejemplo instaurar creencias adaptativas acerca de sí mismos y el futuro). Posteriormente, se desarrolló un compilado de estrategias de afrontamiento y fortalecimiento de la resiliencia hacia la conducta

suicida. En las etapas finales, el enfoque estuvo hacia el mantenimiento de ganancias y en las dos últimas sesiones, hacia el incremento del bienestar.

Entre los resultados reportados, Pratt et al. (2015), indicaron que durante el programa ninguno de los participantes evidenció ideación e intento suicida, pese al alto nivel de riesgo que presentaban, tampoco en el periodo de seguimiento que fue de seis meses. La naturaleza preventiva de este programa se dio en términos de implementar diferentes estrategias en contextos específicos, particularmente en aquellos que se han identificado como vulnerables.

En poblaciones asistenciales como los cuerpos de bomberos, el Houston Fire Department de EEUU desarrolló un programa de prevención, apropiado para replicar en otros servicios sanitarios. Finney, Buser, Schwartz, Archibald y Swanson (2015), presentaron tres fases; la primera, una fase de vigilancia en la que los superiores fueron capacitados para difundir toda la información relacionada con el historial de casos de suicidio, con las tres etapas del programa y con los recursos disponibles para la atención en salud mental; la siguiente fase fue de prevención y estuvo enfocada a todo el personal, brindándoles entrenamiento en vigilancia de los compañeros en riesgo y educación acerca de la conducta suicida, sus signos, síntomas, factores de riesgo y planes. La tercera fase fue de instrucción y tuvo una duración aproximada de seis meses, en esta se ofreció capacitación sobre la diferencia entre los problemas y las crisis, como también, en las pautas para afrontar las situaciones de crisis y usar adecuadamente los servicios de salud mental. El programa resultó exitoso en cuanto a la formación del personal de bomberos y el reconocimiento del riesgo y las herramientas para minimizarlo, pero el principal éxito reportado fue la reducción a dos casos desde su implementación en el año 2007.

Estos estudios resaltan la importancia de las redes de apoyo social, tanto en lo interpersonal como en lo institucional, convirtiéndose en un elemento clave para la prevención de la conducta suicida. En comunidades indígenas por ejemplo, se ha destacado su efectividad como factor protector ante el riesgo suicida; asimismo, en las relaciones estrechas entre jóvenes con adultos y ancianos y en la protección familiar y comunitaria (Philip, Ford, Henry, Rasmus, & Allen, 2016). Es así que las poblaciones sin hogar suelen tener porcentajes de riesgo más elevados, especialmente si a esta condición se le agrega el consumo diario de alcohol (45.2 %), lo que demanda programas especializados que incluyan otras variables

de riesgo concomitantes (Calvo-García, Giralt-Vázquez, Calvet-Roura, & Carbonells-Sánchez, 2016).

En conclusión, los programas de prevención de la conducta suicida deben tener en cuenta los siguientes componentes para garantizar una mayor efectividad: a) un componente informativo acerca del riesgo suicida y la manera de prevenirlo y actuar en casos identificados; b) un componente de soporte institucional, en el cual hagan presencia las organizaciones relacionadas con el campo de la salud mental y atención de emergencias, garantizando disponibilidad y facilidades de acceso para la población; c) un componente legal que restrinja el acceso a elementos letales, en especial las armas de fuego; d) un componente que involucre fuerzas de trabajo multidisciplinario, desde las cuales se propongan proyectos preventivos coordinados; y e) un componente que incluya el fortalecimiento de las redes de apoyo, a nivel interpersonal como la familia y psicosocial, como la comunidad del lugar de vivienda, incluyendo estrategias basadas en vigilantes y seguimiento telefónico.

### **INTERVENCIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA**

Uno de los mayores factores de riesgo para muerte por suicidio es haber tenido intentos suicidas previos o diagnóstico de trastorno depresivo mayor y esquizofrenia. Las etapas de prevención secundaria de la conducta suicida están enfocadas por lo general, a la intervención de las patologías de base; por esta razón, se presentan a continuación los tratamientos específicos desarrollados para diferentes trastornos que permitirán esbozar los elementos claves enfocados al desarrollo de un programa de prevención en este nivel.

Para la atención a pacientes con psicosis y alto riesgo suicida, Tarrrier et al. (2013) propusieron un protocolo cognitivo conductual destinado a la prevención del suicidio en psicosis, que con base en modelos de procesamiento de información, identifica sesgos, percepciones, errores, atrapamiento, disregulación emocional, aislamiento social y pobre solución de problemas interpersonales; además, este protocolo incluye un aspecto focalizado en los componentes subyacentes de la resiliencia ante el suicidio. Tarrrier et al. (2014), en un ensayo clínico controlado, informaron que después de haber implementado el protocolo, la ideación suicida y la probabilidad de cometer suicidio disminuyeron con respecto al grupo de control,



además, en las mediciones se observó una reducción de los síntomas depresivos y psicóticos, y un impacto positivo sobre la autoestima.

Dada la elevada asociación de los trastornos del estado del ánimo depresivos unipolares y bipolares con la conducta suicida, se han detallado, en revisiones sistemáticas como la reportada por Rihmer y Gonda (2013), tratamientos para el caso de la depresión unipolar con base en antidepresivos como la fluoxetina, la cual ha demostrado una reducción del 56 % en el riesgo suicida, superior a otros antidepresivos que muestran una efectividad del 40 %. Con el uso de TCAs y SSRIs se logra una reducción del 81 % y el 77 % respectivamente, aspecto que resalta las facultades protectoras de estos medicamentos. Zisook et al., (2011), indicaron que los pacientes con depresión mayor posterior al tratamiento farmacológico antidepresivo (escitalopram, bupropion, venlafaxina, o mirtazapina), no presentaron nueva ideación suicida en un seguimiento de 28 semanas (86 %, solamente un 1.7 %). Rihmer y Gonda (2013) agregan que los tratamientos basados en litio tienen un efecto reductor en el riesgo suicida (88 %), en pacientes que no necesariamente padecen un trastorno bipolar; también se resalta que el uso combinado de antiepilépticos y litio o estabilizadores del estado del ánimo más antidepresivos o antipsicóticos, reducen el riesgo suicida (combinaciones quetiapina y olanzapina-fluoxetina, o de largo plazo como quetiapina, olanzapina, y aripiprazol).

Por otra parte, las estrategias que se llevan a cabo después de las crisis suicidas, varían según el alcance poblacional, es decir, se definen dependiendo de los pacientes con alto riesgo suicida a quienes están dirigidas. Una de estas estrategias ha sido el uso de mensajes de texto y llamadas telefónicas a las personas que han tenido intento reciente (Berrouiguet, Gravey, LeGaludec, Alavi, & Walter, 2014); la técnica incluye envío de mensajes de texto después de que el paciente recibe la atención, siempre a la 1:00 p.m. y con la siguiente frecuencia: 48 horas después de la salida, en el día ocho, en el día 15 y en el día 30. El contenido del mensaje apuntaba a la validación del sufrimiento, a recordar la posibilidad de descarga y al sistema de monitoreo; estas acciones, realizadas desde una perspectiva interventiva, también incluían el número de contacto 24/7; cabe aclarar que los mensajes fueron enviados por un portal de intranet diseñado para el estudio. Los pacientes mostraron un elevado margen de aceptabilidad hacia la estrategia, la consideraron beneficiosa para la salud psicológica y no intrusiva.

El uso de pares vigilantes entrenados en la detección de factores de riesgo y acciones específicas ante casos reportados, con derivación inmediata al tratamiento, ha mostrado resultados favorables en adolescentes (Kong & Kim, 2016). Un programa llevado a cabo en Corea con la participación de vigilantes, evidenció mejoras en la autoestima y en las relaciones interpersonales, con lo cual, se demostró una considerable disminución en el riesgo suicida (Shin & Kim, 2013); otro estudio que incluyó el entrenamiento en solución de problemas fue favorable, aunque no se reportó un cambio suficientemente significativo (Sohn, 2011). Se ha sugerido que para incrementar la efectividad de los vigilantes en población adolescente, los programas deben incluir otros actores del contexto como los docentes, personal educativo y la comunidad local.

A continuación, la guía clínica de prevención, tratamiento y pautas que se deben seguir en las intervenciones de la conducta suicida, presentada para España, desde el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011, p. 22) (tabla 12).

**Tabla 12.** Recomendaciones por cada intervención en los casos de conducta suicida

Intervención	Recomendaciones
<b>A nivel general</b>	<p>Abordar la conducta suicida de forma integral o coordinada a nivel farmacológico, psicoterapéutico y psicosocial.</p> <p>Promover una sólida alianza terapéutica.</p>
<b>Psicoterapéutica</b>	<p>Usar tratamientos semanales de corte cognitivo-conductual.</p> <p>Debe incluir un módulo específico para la conducta suicida.</p> <p>En adultos usar sesiones individuales.</p> <p>En adultos con trastorno límite de la personalidad usar Terapia Dialéctico Conductual.</p> <p>En adolescentes se recomienda formato de terapia grupal.</p> <p>En adultos mayores y adolescente se recomienda la Terapia Interpersonal.</p>
	<p>Se recomienda el uso de antidepresivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• En adultos con depresión usar antidepresivos del grupo ISRS.</li> <li>• En adolescentes fluoxetina más terapia interpersonal.</li> </ul> <p>Se recomienda el uso de ansiolíticos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• En etapas iniciales de la conducta suicida, depresión mayor y síntomas de ansiedad.</li> </ul> <p>Se recomienda el litio:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• En casos de adultos con depresión bipolar.</li> <li>• Si es reciente la crisis usar combinación con antidepresivos.</li> <li>• Hacer retirada de medicamento de manera gradual, mínimo dos semanas.</li> </ul>
<b>Farmacológica</b>	<p>Se recomiendan anticonvulsivantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• En adultos con trastorno límite de la personalidad elegir carbamazepina para controlar riesgo suicida.</li> <li>• En pacientes con trastorno afectivo bipolar y riesgo suicida, usar ácido valproico o carbamazepina.</li> <li>• En pacientes con epilepsia y riesgo suicida, usar topiramato o carbamazepina. Extender vigilancia si están tratados con gabapentina, lamotrigina, oxcarbazepina y tiagabina, dado que pueden aumentar el riesgo.</li> </ul> <p>Se recomiendan los antipsicóticos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• En pacientes adultos con esquizofrenia o trastornos esquizoafectivos con alto riesgo suicida usar clozapina.</li> </ul>

Intervención	Recomendaciones
<b>Electroconvulsiva</b>	<p>Se recomienda en casos de depresión grave sin respuesta a otros tratamientos.</p> <p>Se puede usar en casos con alto riesgo suicida de esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, y trastorno afectivo bipolar en episodio maniaco.</p> <p>Se debe decidir en conjunto con el paciente.</p> <p>Debe haber un consentimiento informado escrito y firmado por el paciente.</p> <p>Se debe realizar en entorno hospitalario.</p>

*Fuente: elaborado a partir de lo reportado por España en la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011, p. 22).*


En conclusión, las intervenciones de la conducta suicida como forma de prevención secundaria, deben tener en cuenta, para el desarrollo de un protocolo ajustado a los conocimientos actuales sobre suicidio, los siguientes componentes: 1) intervención articulada a las patologías comórbidas como los trastornos del estado del ánimo unipolares y bipolares, psicóticos y convulsivos; 2) un plan de psicoterapia que incluya procedimientos basados en la evidencia, preferiblemente con una combinación entre farmacoterapia y terapia cognitivo conductual; 3) un acompañamiento psicosocial que involucre distintos niveles de atención como la supervisión familiar y de pares, la vigilancia (gatekeepers), el seguimiento telefónico asistencial, y facilidades en el acceso a los servicios de salud; y 4) únicamente en casos de alto riesgo suicida que no respondan a las intervenciones tradicionales, usar terapia electroconvulsiva teniendo en cuenta los protocolos de seguridad y éticos requeridos.

# Capítulo 6

Una propuesta de  
prevención de la conducta  
suicida en Boyacá

- Ronald Alberto Toro Tobar
- Mildred Alexandra Vianchá Pinzón
- Lizeth Cristina Martínez Baquero
- Mónica Patricia Pérez Prada





Los diferentes componentes que hacen parte de una propuesta de prevención de la conducta suicida, en especial los relacionados con la ideación, considerada uno de los principales factores que incrementan el riesgo, deberían estar enfocados hacia la reducción de la ideación suicida negativa e incrementar la positiva, así como a fortalecer las capacidades de afrontamiento positivo y las estrategias efectivas de solución de problemas.

Si bien las estrategias para la reducción de la ideación suicida están enfocadas hacia la modificación del pensamiento, otras, como la distracción, han tenido resultados prácticos en poblaciones adolescentes y jóvenes; reducir las preocupaciones y la autoinculpación, también parece tener un efecto en la disminución de la ideación suicida (Tucker, Smith, Hollingsworth, Cole, & Wingate, 2017). Así mismo, el entrenamiento en la solución de problemas en adolescentes ha resultado efectivo en la reducción del riesgo suicida (Sohn, 2011); esto sugiere que una estrategia que incluya técnicas cognoscitivas, sumadas a entrenamientos conductuales en resolución de problemas y autocontrol, permitirá generar reducción del riesgo en población adolescente. Siguiendo esta premisa, se planteó como una iniciativa, desde el programa de psicología, un modelo de prevención dirigido a adolescentes

de Boyacá. A continuación, se exponen los detalles del pilotaje llevado a cabo en las ciudades de Tunja y Sogamoso.

En primer lugar, el problema de investigación planteado de manera preliminar fue: ¿Cuál es el efecto de un programa de prevención basado en estrategias de autocontrol y resolución de problemas en la ideación suicida de adolescentes de 14 a 18 años en las ciudades de Tunja y Sogamoso? Para poder responder este interrogante, se debieron responder las siguientes preguntas claves: ¿Cuál es la presencia de ideación suicida en adolescentes de 14 a 18 años de las ciudades de Tunja y Sogamoso? ¿Cuáles son las estrategias de autocontrol y resolución de problemas más efectivas en la prevención de la ideación suicida desde el modelo cognitivo conductual? ¿Cómo se aplica el programa a los adolescentes de 14 a 18 años identificados con ideación suicida? ¿Cuáles son los efectos del programa en los adolescentes de 14 a 18 años de las ciudades de Tunja y Sogamoso identificados con ideación suicida?

El objetivo general planteado fue diseñar y aplicar un programa de prevención para la ideación suicida, mediante estrategias de autocontrol y resolución de problemas para adolescentes entre 14 a 18 años de las ciudades de Tunja y Sogamoso. Los objetivos específicos se plantearon en torno a evaluar la presencia de ideación suicida en los adolescentes de 14 a 18 años en las ciudades de Tunja y Sogamoso; identificar las estrategias de autocontrol y resolución de problemas, más efectivas en la prevención de la ideación suicida desde el modelo cognitivo conductual; y evaluar los efectos del programa en los participantes.

El diseño metodológico adoptado tuvo como muestra cinco participantes adolescentes entre los 14 y 18 años de tres colegios (A, B, y S), los cuales se seleccionaron mediante muestreo no probabilístico intencional, un muestreo utilizado en estudios que se orientan a poblaciones y grupos particulares, donde se privilegia la selección de sujetos con determinadas características, más que la generalización de resultados (Hernández, Fernández & Baptista, 2014). Los criterios de inclusión a considerar fueron las edades entre los 14 y 18 años, presentar ideación suicida negativa alta, voluntad explícita de participación en el estudio mediante la firma del consentimiento y asentimiento informado. Entre los criterios de exclusión se tuvieron en cuenta ser jóvenes universitarios y no entregar el consentimiento informado debidamente firmado.



El procedimiento llevado a cabo, consistió en unas etapas preliminares de estudio más el desarrollo de ocho etapas. En las preliminares se contactó a los rectores y coordinadores de las instituciones educativas para gestionar los permisos correspondientes y se realizó la identificación de las instituciones educativas de Tunja y Sogamoso, en las que se presentaron ideación suicida negativa alta e ideación suicida positiva baja, según un estudio previo realizado por los investigadores. Posteriormente, se enviaron los consentimientos informados a los padres de familia, para ser diligenciados y entregados el día de la aplicación del instrumento. Durante la aplicación se les explicó a los estudiantes con claridad el objetivo del estudio y el destino que se le daría a la información suministrada, igualmente, se aclaró la forma de diligenciar el instrumento mediante instrucciones estandarizadas. Solamente quienes se encontraron de acuerdo con participar voluntariamente e hicieron entrega del consentimiento informado, fueron parte de la investigación. El programa se realizó de manera individual y cada sesión duró en promedio 60 minutos.

En la etapa uno, se realizó una exhaustiva investigación en cuanto a los factores de riesgo y factores protectores en el suicidio, estos últimos con el fin de ser fortalecidos mediante el diseño e implementación del programa. Además, se investigó sobre la prevención de este fenómeno, tanto en el mundo como a nivel nacional y regional, para identificar cómo se ha venido haciendo prevención en diferentes ámbitos.

Entre las fuentes de información primaria estuvieron los resultados provenientes del proyecto de suicidio Modelo multinivel de atención y prevención del suicidio en Boyacá, adelantado por el grupo ETHOS de la Facultad de Ciencias Humanas y Educativas de la Universidad de Boyacá. El principal propósito fue indagar en todos aquellos elementos en los cuales se tuvo en cuenta alguna forma de prevención del suicidio en adolescentes, brindándoles las herramientas suficientes para su efectivo afrontamiento. Las fuentes secundarias, fueron las derivadas de la recolección de datos, investigaciones, artículos y normatividad sobre el suicidio, legal y vigente. Para seleccionar los artículos y publicaciones pertinentes para la investigación se tuvieron en cuenta los siguientes criterios: a) la disponibilidad en revistas electrónicas, b) que estas publicaciones tuvieran acceso libre, sin ningún costo, c) que las publicaciones fueran del año 2006 en adelante, y d) que tuvieran un plan o algún tratamiento para intervención en la ideación suicida o suicidio. La búsqueda permitió elegir aquellos artículos en los que se revisaban o se planteaban modelos y protocolos encaminados a la prevención de la conducta suicida y artículos

de investigación que mostraran resultados acerca de los factores de riesgo, los protectores de la conducta suicida y la prevalencia del suicidio.

En la etapa dos, se llevó a cabo la aplicación y tabulación del pre-test; en esta etapa participaron los adolescentes entre 14 y 18 años pertenecientes a tres instituciones educativas, dos de la ciudad de Tunja y una de la ciudad de Sogamoso. En el desarrollo de este proceso, se enviaron los consentimientos informados a los padres de familia, para ser diligenciados y entregados el día de la aplicación del instrumento. Durante la aplicación grupal a 225 estudiantes de los dos colegios de Tunja, se expuso claramente el objetivo del estudio y la forma en que se usaría la información obtenida, igualmente, se dio explicación de diligenciamiento del instrumento mediante instrucciones estandarizadas; posteriormente, se hizo el mismo procedimiento en la institución educativa de Sogamoso, donde se aplicaron 15 pre-test, con el fin de realizar la selección del grupo experimental que participó en el programa de prevención.

La estrategia de evaluación pre y post, fue el uso de una entrevista clínica y un test de ideación suicida positiva y negativa. La entrevista clínica fue estructurada para identificar los factores sociodemográficos y las relaciones interpersonales y familiares, proporcionando información relevante acerca de la conducta problema. El Test de Ideación Suicida Positiva y Negativa (Positive and Negative Suicidal Ideation-PANSI), desarrollado por Osman et al. (1998), es un instrumento que consiste en un cuestionario de 14 ítems, seis para medir ideación suicida positiva (factores protectores) y ocho de ideación suicida negativa (factores de riesgo); estos ítems fueron evaluados durante las últimas dos semanas, a través de ellos se preguntó qué tan a menudo se habían presentado cada uno de los 14 pensamientos; el encuestado debía responder haciendo uso de una escala de 5 puntos que oscilaban entre 0 (nunca) y 4 (siempre). Este inventario ha mostrado coeficientes de consistencia interna superiores a 0.8 y buena evidencia de validez de constructo (concurrente y discriminante), tanto en muestras clínicas como no clínicas.

En las etapas tres y cuatro, se identificaron las estrategias y se seleccionaron las técnicas de autocontrol y resolución de problemas, más efectivas, en la prevención de la ideación suicida desde el modelo cognitivo conductual. Para este fin, se revisaron aquellas que podrían ser útiles en el fortalecimiento de estos factores

protectores, por ejemplo el modelo de D'Zurilla y Nezu (1999) para resolución de problemas y Kanfer (1970, 1971) para autocontrol.

En la etapa cinco, se llevó a cabo la elaboración del programa de prevención previsto para ser realizado en 10 fases y 10 sesiones, cada una con una hora de duración, en las cuales se integraron actividades relacionadas con técnicas de autocontrol y de resolución de problemas; antes de iniciar la intervención, se realizó una entrevista clínica, para identificar factores que pudieran facilitar o interrumpir el éxito del programa. En la tabla 13 se resumen las principales características del programa diseñado, por sesiones y comentarios teóricos u operativos.

**Tabla 13.** Resumen de las características del programa de prevención de la conducta suicida para adolescentes de Boyacá

Sesiones	Descripción de la sesión	Comentarios sobre la sesiones
<b>Sesión 1</b> <b>Fase educativa.</b>  <b>Duración:</b> <b>1 hora</b>	<b>Descripción</b> En esta fase el psicólogo muestra las principales características de la resolución de problemas y el autocontrol, así mismo, debe estar dispuesto a resolver las dudas y las inquietudes de los participantes. Además, está destinada a la corrección de errores de concepto a fin de que el sujeto pueda recurrir a ellos cuando se va precisando.	<b>Comentario</b> Se planteó una jornada de psicoeducación para los participantes, donde se les dio a conocer la forma en que se iba a realizar la intervención; en general, se resolvieron todas aquellas dudas que los asistentes pudiesen tener.

Sesiones	Descripción de la sesión	Comentarios sobre la sesiones
<p><b>Sesión 2</b></p> <p>Fase de entrenamiento y orientación hacia el problema.</p> <p>Duración: 2 horas</p>	<p><b>Descripción</b></p> <p>En esta fase se busca que los sujetos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Acepten el hecho de que las situaciones problemáticas forman parte de la vida diaria y que es posible hacerles frente de manera eficaz.</li> <li>• Reconozcan las situaciones problemáticas cuando ocurren e inhiban la tendencia a responder de forma impulsiva o sin hacer nada (D'Zurilla &amp; Goldfried, 1971).</li> </ul>	<p><b>Comentario</b></p> <p>Se realizó entrenamiento en autoobservación, auto registro y tareas entre sesiones, además, se elaboró el contrato conductual. Se pretendió que los sujetos aceptaran el hecho de que las situaciones problemáticas forman parte de la vida diaria y que es posible hacerles frente de manera eficaz; igualmente, se buscó que reconocieran las situaciones problemáticas cuando ocurren.</p>
<p><b>Sesión 3</b></p> <p>Definición y formación del problema.</p> <p>Duración: 1 hora</p>	<p><b>Descripción</b></p> <p>Con esta fase se busca obtener información relevante sobre el problema, clarificar su naturaleza y establecer una meta realista de solución, adicionalmente, reevaluar la importancia del problema para el bienestar personal y social.</p>	<p><b>Comentario</b></p> <p>Ninguno</p>
<p><b>Sesión 4</b></p> <p>Generación de soluciones alternativas.</p> <p>Duración: 45 minutos</p>	<p><b>Descripción</b></p> <p>El propósito de esta fase es tener tantas soluciones alternativas como sea posible para que así, se maximice la probabilidad de encontrar la mejor solución.</p>	<p><b>Comentario</b></p> <p>Ninguno</p>

Sesiones	Descripción de la sesión	Comentarios sobre la sesiones
<p data-bbox="159 547 271 651">Sesión 5 Toma de decisiones.</p> <p data-bbox="159 711 271 771">Duración: 1 hora</p>	<p data-bbox="332 207 452 232"><b>Descripción</b></p> <p data-bbox="332 247 628 273">El procedimiento consistió en:</p> <ul data-bbox="332 287 722 1112" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="332 287 722 511">• Después de la generación de alternativas se pide a los sujetos elegir una que resulte adecuada y sea la más útil o eficaz, para ponerla en práctica en la solución problemática actual.</li> <li data-bbox="332 529 722 1112">• El instructor debe plantearles a los sujetos las siguientes preguntas: ¿Consigue la meta con ella? ¿Puede ejecutar esa solución de modo óptimo? ¿Qué tanto esfuerzo, tiempo, costes o ganancias emocionales tiene esa solución? ¿Cuáles son las consecuencias sociales que trae la solución (efectos sobre la familia, amigos, compañeros de estudio y vecinos)? ¿Cuáles son las consecuencias a corto y a largo plazo?</li> </ul>	<p data-bbox="735 511 855 536"><b>Comentario</b></p> <p data-bbox="735 551 1096 775">El objetivo de la toma de decisiones es evaluar (comparar juzgar) las alternativas de solución disponibles y seleccionar la mejor(es) para ponerla en práctica en la situación problemática.</p>
<p data-bbox="159 1203 271 1348">Sesión 6 Puesta en práctica y verificación.</p> <p data-bbox="159 1403 271 1463">Duración: 1 hora</p>	<p data-bbox="332 1142 452 1168"><b>Descripción</b></p> <p data-bbox="332 1183 722 1567">En esta fase se evalúa el resultado de la intervención y se verifica la efectividad de la estrategia de solución elegida para la problemática de la vida real. En esta etapa se debe hacer énfasis en la teoría cibernética del control y la concepción cognitiva-conductual del autocontrol (Ejecución, autoobservación, autoevaluación y auto-reforzamiento).</p>	<p data-bbox="735 1324 855 1350"><b>Comentario</b></p> <p data-bbox="735 1365 825 1390">Ninguno</p>

Sesiones	Descripción de la sesión	Comentarios sobre la sesiones
<b>Sesión 7</b> Asimilación.	<p><b>Descripción</b></p> <p>En esta fase se hace énfasis en los siguientes aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Autoobservación</li> <li>• Aplicación</li> <li>• Autoevaluación</li> <li>• Autocorrección</li> </ul>	<p><b>Comentario</b></p> <p>Ninguno</p>
<b>Sesión 8</b> Fase de ensayo y prevención de recaída.	<p><b>Descripción</b></p> <p>En esta fase se busca que los participantes tengan todas las habilidades completamente desarrolladas y sean capaces de resolver los problemas cotidianos.</p>	<p><b>Comentario</b></p> <p>Además, se hizo un entrenamiento en prevención de recaída, en ambiente no clínico.</p>
<b>Sesión 9</b> Fase de evaluación	<p><b>Descripción</b></p> <p>En esta sesión se desarrollan los siguientes procesos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Calificación de auto registros y tareas entre sesiones.</li> <li>• Evaluación del mantenimiento de las técnicas aprendidas</li> </ul>	<p><b>Comentario</b></p> <p>Ninguno</p>
<b>Sesión 10</b> Cierre	<p><b>Descripción</b></p> <p>Se realiza el cierre de la intervención terapeuta y paciente; se evalúa el tratamiento, objetivos alcanzados y cambios evidenciados.</p>	<p><b>Comentario</b></p> <p>Buscando el éxito en su aplicación, este programa se diseñó para ser ejecutado exclusivamente por psicólogos y estudiantes de psicología de últimos semestres, con un enfoque cognitivo conductual.</p>

**Fuente:** elaboración propia.

En la etapa seis, se ejecutó el programa vinculando a los adolescentes identificados con ideación suicida, se inició solamente con aquellos que entregaron los consentimientos y los asentimientos firmados, esta acción fue realizada de forma individual.

En la etapa siete, una vez terminadas las diez sesiones, se procedió con la aplicación y tabulación de las post-pruebas diligenciadas por los participantes; finalmente, se realizaron los análisis descriptivos para verificar la viabilidad del programa.

Los resultados más representativos del pilotaje de este programa con adolescentes de Boyacá, en particular de las ciudades de Tunja y Sogamoso, se detallan en la tabla 14.

**Tabla 14.** Características de los participantes del programa de prevención de la conducta suicida para adolescentes de Boyacá

Variables	Sujeto A	Sujeto B	Sujeto C	Sujeto D	Sujeto E
Edad	18	17	18	18	18
Ocupación	Estudiante	Estudiante	Estudiante	Estudiante	Estudiante
Sexo	Femenino	Femenino	Femenino	Masculino	Femenino
Tipo de familia	Nuclear	Nuclear	Extensa	Extensa	Nuclear
Asistencia psicológica previa	No	Sí	No	No	No
Intento de suicidio previo	Sí	No	Sí	Sí	No
Historia de intento de suicidio familiar	No	Sí	No	No	No
Nivel de satisfacción actual con la vida (Según entrevista 0 muy insatisfecho-7 muy satisfecho)	3	2	1	2	2
Severidad del problema	Muy molesto	Muy molesto	Muy molesto	Muy molesto	Muy molesto
Confía en sus padres	No	No	No	No	No
Nivel de tensión (En el último mes)	Muy tenso	Muy tenso	Muy tenso	Muy tenso	Muy tenso

**Fuente:** elaboración propia.

Se encontró que en los colegios A y B, los participantes presentaron un alto porcentaje de factores protectores de ideación suicida (colegio A, negativos: 15 %, positivos: 85 %; colegio B, negativos: 9 %, positivos: 91 %), mientras que en el

colegio S fueron más altos los factores de riesgo según la ideación suicida negativa (colegio S, negativos: 73 %, positivos: 27 %).

A partir de la información presentada en la tabla 14, se pueden establecer algunos datos sociodemográficos que respaldan los encontrados en las investigaciones anteriormente revisadas. En primer lugar, se evidencia que la edad promedio de los sujetos participantes fue de 17.8 años, lo cual concuerda con las estimaciones de la OMS, desde donde se indica un aumento en las tasas de suicidio que se producen en los jóvenes entre 15 y 24 años, situándose como una de las tres causas de muerte más frecuentes en este grupo etario.

En segundo lugar, cuatro de los cinco participantes fueron de sexo femenino y uno masculino, tres de los cinco sujetos pertenecían a familias nucleares, los otros dos a familias extensas, tres de los sujetos habían presentado intento de suicidio previo a la intervención. Respecto a la satisfacción con su vida, en una escala de 1 a 7, siendo 7 muy satisfecho y 1 insatisfecho, se pudo observar que el promedio de los sujetos no estaban completamente satisfechos, ni tenían la confianza suficiente en sus padres como para contarles sus problemas.

En tercer lugar, tres de los adolescentes participantes tenían intento de suicidio previo, además, manifestaron sentirse insatisfechos con su vida actual lo cual interfirió al momento de la aplicación ya que, aunque estaban dispuestos a participar, mostraban incomodidad al hablar de sus problemas personales o familiares, entre otros.

En cuanto a la efectividad del programa de prevención llevado a cabo, se utilizaron medidas iniciales y finales para determinar los efectos, mediante estadísticos no paramétricos y pruebas del tamaño del efecto. En la tabla 15 se presentan las diferencias entre las puntuaciones pre y post de las medidas de ideación suicida positiva (factores protectores) y la negativa (factores de riesgo), con las cuales se muestra la efectividad del programa, una vez ejecutado con los adolescentes de Boyacá. Se puede evidenciar que tanto los factores de riesgo como los protectores, tuvieron un cambio estadísticamente significativo al finalizar el programa de prevención, con un tamaño del efecto grande.



**Tabla 15.** Estadísticos de comparación de ideación suicida positiva y negativa en términos pre y post intervención

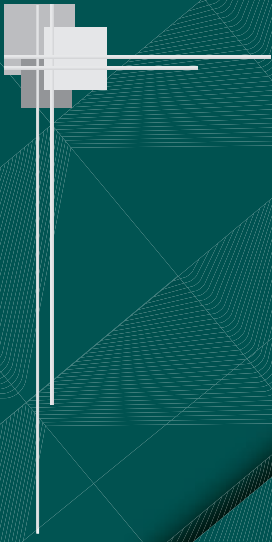
Factores protectores					
Participante	PreTest	PostTest	Rangos de Wilcoxon (z)	p.	Tamaño del efecto
Sujeto A	7	13			
Sujeto B	8	13			
Sujeto C	8	14	-2.032	.042	0.90
Sujeto D	5	12			
Sujeto E	8	9			
Factores de riesgo					
Sujeto A	8	5			
Sujeto B	9	7			
Sujeto C	12	10	-2.032	.042	0.90
Sujeto D	14	8			
Sujeto E	13	5			

*Fuente:* elaboración propia.

Entre las principales conclusiones del estudio, se pudo afirmar que el diseño y aplicación de un programa de prevención para la ideación suicida en población adolescente de las ciudades de Tunja y Sogamoso como estudio piloto, fue exitoso. Con estos hallazgos, se evidenció que mientras más habilidosa sea una persona a la hora de enfrentar un problema y mayor autocontrol muestre, menor será su ideación suicida, la cual se irá reduciendo consecutivamente; razón por la cual, un programa que involucre estos aspectos se puede considerar pertinente para su ejecución mediante un diseño cuasi experimental.

A manera de recomendaciones finales, se sugirió fortalecer el apoyo social, la funcionalidad familiar, las habilidades de solución de problemas, el autocontrol y la autoestima, entre otros factores protectores; lo anterior, como parte de una nueva versión del programa en etapas posteriores de validación.





# EPÍLOGO





### LA INVESTIGACIÓN EN BOYACÁ SOBRE LOS FACTORES PSICOSOCIALES EN LA CONDUCTA SUICIDA



Una vez indagados los factores de riesgo y los protectores de la conducta suicida en el mundo, en Colombia y en Boyacá, es importante mencionar aquellos vacíos pendientes por revisar; de esta forma, se podría ampliar la información hasta el punto en que permita establecer perfiles de riesgo más precisos, para que de esta manera repercuta en el desarrollo de programas de prevención e intervención más eficaces, los cuales no están suficientemente reportados por las investigaciones locales.

Se documentó que la muerte por suicidio se presenta, según estudios epidemiológicos, en hombres depresivos, especialmente, si padecen alguna enfermedad física adicional; estas características probablemente dan cuenta de un perfil de riesgo más alto. Por tanto, los enfoques preventivos deben tener como prioridad el acceso a la población adolescente y adulta con este perfil. Igualmente, se requiere una mayor atención a elementos contextuales que facilitan el incremento del riesgo en población vulnerable, tales como pertenecer o haber pertenecido a las fuerzas militares (considerando la facilidad de acceso a las armas letales), ser

víctima de acoso escolar presencial o virtual, presentar dificultades para acceder a los servicios de salud en la vejez o haber sufrido maltrato infantil y/o abuso sexual. De acuerdo con los hallazgos reportados en la primera parte del libro, se puede considerar que los adolescentes y jóvenes de Boyacá coinciden en alta medida con el perfil de riesgo de la OMS. De los factores analizados en esta población, los más representativos en el surgimiento de la ideación y el riesgo suicida fueron: 1) las dificultades asociadas a la conformación familiar nuclear y monoparental, aunadas al contexto de maltrato verbal, físico y sexual que conllevan; y 2) las disfunciones en la conducta alimentaria.

Los anteriores factores, encontrados en este estudio, permitirán la implementación de proyectos encaminados a especificar los mecanismos determinantes de la conducta suicida a nivel local y nacional, partiendo de unos referentes mínimos como los expuestos anteriormente; sin embargo, se deben precisar algunos aspectos de orden metodológico a tener en cuenta para desarrollar líneas de investigación en torno a esta problemática.

En primer lugar, las variables asociadas al riesgo suicida se han analizado a partir de estudios descriptivos incidentales, sin embargo, es necesario llevar a cabo estudios de corte longitudinal prospectivo para incrementar las posibilidades de ampliación de la información recolectada, así como las conclusiones derivadas de los mismos, dado que el alcance es mucho mayor en estos modelos de investigación. Es relevante reconocer que la evaluación de la conducta suicida no incrementa el riesgo suicida en la población (Eynan et al., 2014). El uso de estudios que hacen seguimiento de casos basados en la incidencia de muertes por suicidio y en pacientes ingresados con elevado riesgo suicida, constituyen una importante alternativa para la comprensión de la conducta suicida de manera exploratoria. Por ejemplo, un modelo explicativo llevado a cabo en México, con variables similares a las del estudio expuesto, denominado Modelo explicativo psicosocial de la ideación suicida en adolescentes, evidenció resultados coincidentes, con una varianza explicada del 33.1 % (Sánchez-Sosa, Villarreal-González, Musitu, & Martínez, 2010); estudios semejantes en Boyacá, ampliarían los alcances del presente estudio.

En segundo lugar, el uso de medidas que evalúen con mayor precisión constructos derivados de la conducta suicida como la desesperanza, la ideación, la

planeación, el intento, la visión de túnel y el método usado, requieren estudios psicométricos que reporten las propiedades de confiabilidad y validez, teniendo en cuenta que el desarrollo de estos instrumentos suele tener bajos indicadores de varianza explicada, tal vez, debido a los componentes cognitivos protectores de los no vulnerables (v.g. Toro, Avendaño & Castrillón, 2016; Urzúa & Caqueo-Urizar, 2011). Por lo tanto, es necesario seguir analizando la estructura factorial de la conducta suicida, como objeto de estudio de la psicopatología y áreas afines, para identificar los mejores tipos de reactivos, las diferencias culturales relativas a las respuestas de los ítems (análisis de invarianza en los test) y las manifestaciones conductuales suicidas que difícilmente pueden ser captadas mediante un test de autorreporte, además, para establecer las mismas baremaciones de los instrumentos en grupos poblacionales específicos, en especial el sexo y la edad.

En tercer lugar, sobre las muestras poblacionales se han elaborado propuestas de manejo desde la conformación de grupos ya sea por diagnósticos comórbidos de distimia, trastorno depresivo mayor o esquizofrenia; o por tipo de riesgo, por ejemplo, grupos control, ideación suicida, o intento suicida; o por factores de riesgo alto, medio y bajo (Toro, 2013). También, aumentar los estudios de autopsia psicológica, ya que estos reportan las verdaderas poblaciones suicidas, las cuales pueden incluir factores de riesgo no establecidos claramente con respecto a otras muestras, dado que solo se han referenciado las causas de la muerte en un contexto médico (Figueroa-Perea & Nájera-Aguirre, 2015).

En cuarto lugar, tener en cuenta el riesgo suicida que aparece cuando los pacientes se encuentran en fases posteriores del tratamiento para los trastornos depresivos, es decir, cuando aparentemente se encuentran fuera de riesgo; se ha observado que en periodos de seguimiento de seis meses, hasta el 55 % de los pacientes han incrementado su ideación suicida, porcentaje inferior al 79 % que se presenta alrededor de los dos meses posteriores al tratamiento, aunque solamente el 29 % llega a la crisis suicida real (Gaudiano, Andover & Miller, 2008). Estos reportes indican la necesidad de llevar a cabo estudios de seguimiento de casos, ya sea con metodologías de caso único o de estimación de riesgos prospectivos, que permitan establecer los métodos de intervención para esta población en particular.

Tener en cuenta los anteriores aspectos metodológicos, contextuales, poblacionales y patológicos, permitirá comprender de una forma precisa y amplía la conducta suicida en el departamento. Estos aspectos son claves y serán la base necesaria y suficiente para desarrollar programas de prevención en varios niveles, es decir, desde la disminución del riesgo suicida hasta la intervención inmediata y eficaz en los casos de alto riesgo, identificados por la comunidad, las autoridades y los profesionales de la salud mental de Boyacá.

#### **DIRECCIONES FUTURAS PARA LOS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA EN BOYACÁ**

Según Google Trends, la tendencia de muerte por suicidio se ha incrementado paulatinamente; en un reciente informe de esta herramienta informática se indicó que a medida que aumentan las búsquedas de la palabra “suicidio”, de forma similar, aumentaban las tasas mundiales de prevalencia de la muerte por suicidio. También, las búsquedas sobre depresión, trastorno bipolar y formas de suicidarse y cometer suicidio han puesto en la mira este tipo de tecnologías para ser incluidas en las políticas de prevención, en tiempo real (Fond, Gaman, Brunel, Haffen & Llorca, 2015). En este siglo en el que se da el flujo constante del acceso a la información digital, sumado a fenómenos como la globalización y la aldea global, las políticas de prevención deben formularse teniendo en cuenta estas herramientas tecnológicas.

Actualmente, se ofrecen programas de formación virtual en la prevención del suicidio, en los cuales los profesionales se capacitan en sesiones de intervención, manejo de grupos, video llamadas sobre los elementos claves del suicidio, incluso, se resaltan temas avanzados de investigación y práctica (Lieu, 2015). Otros programas se han enfocado en realizar juegos de roles virtuales que provocan emociones como ira, tristeza o ansiedad, con el fin de establecer las capacidades de afrontamiento e incluso el riesgo suicida, estrategia que ha sido usada de forma paralela a los programas de pares vigilantes (Albright et al., 2014). Otro modelo de intervención virtual interactiva de pacientes en riesgo (TAB con intento suicida), fue usado exitosamente para entrenar estudiantes del área de la salud mental, generalizable a la intervención psiquiátrica (Foster et al., 2015).

Estos programas han demostrado disminuciones significativas del riesgo suicida en contextos educativos (Katz, 2013), en especial el Juego de la Buena Conducta



(Good Behavior Game), del cual ha sido evidente su efectividad, incluso en la reducción del consumo de sustancias psicoactivas y trastornos adictivos, trastornos de personalidad antisocial, crímenes violentos, e ideación suicida (Kellam et al., 2011). Una combinación de entrenamientos virtuales, programas de pares vigilantes y horas específicas para la implementación de juegos como el de la buena conducta, serán estrategias eficaces para la prevención del suicidio en los adolescentes de Boyacá.

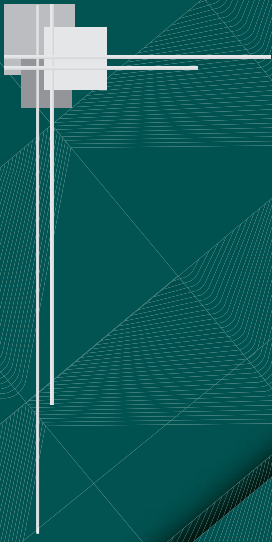
Otras de las orientaciones futuras para el estudio del suicidio en el departamento, serán aquellas que usen la información proveniente de las redes sociales, ya sean blogs, Twitter, Facebook, o similares, utilizando métodos de análisis de grandes datos (big data), tal como se está implementando en las fuerzas armadas de los Estados Unidos de Norteamérica y el Reino Unido, con los registros de las entradas a los servicios de salud de los usuarios (Goodwin, Wessely, & Fear, 2015). En un estudio sobre factores de riesgo y protectores realizado a partir de las búsquedas en Google entre los años 2004 y 2010, se usó esta estrategia de análisis de datos con base en la cual se reportó que las personas suelen buscar palabras relacionadas con reducción de estrés antes de las asociadas a suicidio (Song, Song, An, Hayman, & Woo, 2014). Resultados como este permiten aseverar que los esfuerzos para la prevención deben darle mucha importancia al uso de las tecnologías de información y comunicación; de esta forma, se podrían disminuir los factores de riesgo en tiempo real, con estrategias de vigilancia que detecten los casos específicos sin esperar a que la persona, o su vigilante, acuda a solicitar apoyo profesional.

Nock (2016), resalta que los actuales modelos epidemiológicos sobre la muerte por suicidio permiten explicar la conducta suicida a partir de factores de riesgo, sin embargo, se han limitado a la ideación suicida, dejando de lado el intento o la muerte. La Entrevista de Salud Mental Mundial de la OMS, conocida como el WMH Project (disponible en <http://www.hcp.med.harvard.edu/wmh/>), ha permitido superar esta limitación, es decir, está reduciendo la brecha explicativa que existe en la transición ideación e intento suicida (Nock, Borges, & Ono, 2012); dicha estrategia ayudará a explorar los mecanismos causales inmediatos, tal como ya lo está haciendo.

En últimas, la tecnología deberá seguir siendo útil al momento de establecer mejores alternativas en la captación de datos relevantes para la prevención, ya

sea por medio de Smartphones, tablets o dispositivos similares; de esta forma, algunas aplicaciones podrían permitir el monitoreo de pensamientos suicidas, conductas de riesgo y comportamientos patológicos como la impulsividad que pueden desembocar en posteriores intentos; asimismo, la frecuencia, intensidad, duración, desencadenantes y motivaciones de la conducta suicida (Nock, 2016).

Se concluye que las estrategias dirigidas a la prevención del suicidio, además de establecer los factores de riesgo, lejanos y cercanos, contextuales y culturales, no son suficientes en la medida en que no aportan al mejoramiento de los actuales modelos teóricos y explicativos. Lo anterior, no solamente a nivel descriptivo sino procesal, un aspecto con el que las nuevas tecnologías de la información y la comunicación están abriendo brechas metodológicas antes imposibles, ni siquiera imaginables, lo que a su vez, está perfeccionando los horizontes necesarios para proyectar mejores modelos preventivos en varios niveles; un paso que ya se está dando, lento pero acumulativo. Finalmente, ante el suicidio como problema de salud pública, se puede aseverar que existen alternativas diferentes.



# REFERENCIAS





- Aboujaoude, E., Savage, W. M., Starcevic, V., & Salame, W. O. (2015). Cyberbullying: Review of an Old Problem Gone Viral. *The Journal of Adolescent Health, 57*(1), 10-18. doi:10.1016/j.jadohealth.2015.04.011
- Adrian, M., Miller, A. B., McCauley, E., & Van der Stoep, A. (2016). Suicidal ideation in early to middle adolescence: Sex-specific trajectories and predictors. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 57*(5), 645-653. doi:10.1111/jcpp.12484
- Afifi, T. O., MacMillan, H. L., Boyle, M., Taillieu, T., Cheung, K., & Sareen, J. (2014). *Child abuse and mental disorders in Canada. CMAJ, 186*(9), E324-32. doi:10.1503/cmaj.131792
- Afifi, T. O., Taillieu, T., Zamorski, M. A., Turner, S., Cheung, K., & Sareen, J. (2016). Association of child abuse exposure with suicidal ideation, suicide plans, and suicide attempts in military personnel and the general population in Canada. *JAMA Psychiatry, 73*(3), 229-238. doi:10.1001/jamapsychiatry.2015.2732

- Albright, G., Davidson, J., Goldman, R., Shockley, K., Eastgard, S., & Himmel, J. (2014). Utilizing emotionally responsive virtual human role-play simulations to train users to identify, talk to and refer students in psychological distress including those at-risk for suicide: a meta-analysis. Faculty works (CUNY), Paper-30.
- American Psychiatric Association, APA (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Washington, DC (USA): Author.
- Ballesteros, M., Gutiérrez, M., Sánchez, L., Herrera, N., Gómez, P., & Izzedin, I. (2010). El suicidio en la juventud: una mirada desde la teoría de las representaciones sociales. *Revista Colombiana Psiquiatría*, 39(3), 523-543.
- Bebbington, P. E., Minot, S., Cooper, C., Dennis, M., Meltzer, H., Jenkins, R., & Brugha, T. S. (2010). Suicidal ideation, self-harm and attempted suicide: Results from the British psychiatric morbidity survey 2000. *European Psychiatry*, 25(7), 427-431. doi:10.1016/j.eurpsy.2009.12.004.
- Bella, M., Fernández, R., & Willington, J. (2010). Intento de suicidio en niños y adolescentes: depresión y trastorno de conducta disocial como patologías más frecuentes. *Archivos argentinos de pediatría*, 108(2), 124-129.
- Bernert, R. A., Turvey, C. L., Conwell, Y., & Joiner, T. E. (2014). Association of Poor subjective sleep quality with risk for death by suicide during a 10-year period: A longitudinal, population-based study of late life. *JAMA Psychiatry*, 71(10), 1129-1137. doi:10.1001/jamapsychiatry.2014.1126f
- Berrouguet, S., Gravey, Le Galudec, M., Alavi, Z., & Walter, M. (2014). Post-acute crisis text messaging outreach for suicide prevention: A pilot study. *Psychiatry Research*, 217, 154-157. doi:10.1016/j.psychres.2014.02.034

- Bhar, S. S., & Brown, G. K. (2012). Treatment of Depression and Suicide in Older Adults. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19(1), 116-125. doi:10.1016/j.cbpra.2010.12.005
- Blandón, O. M., Carmona, J. A., Mendoza, M. Z., & Medina, O. A. (2015). Ideación suicida y factores asociados en jóvenes universitarios de la ciudad de Medellín. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 19(5), 469-478.
- Blandón, O. M., Medina-Pérez, Ó. A., & Peláez, M. A. (2015). Comportamiento de los suicidios en el Urabá Antioqueño, Colombia, 2000-2010. *Investigaciones Andina*, 17(30), 1166-1178.
- Bodell, L. P., Joiner, T. E., & Keel, P. K. (2013). Comorbidity-independent risk for suicidality increases with bulimia nervosa but not with anorexia nervosa. *Journal of Psychiatric Research*, 47(5), 617-621. doi:10.1016/j.jpsychires.2013.01.005
- Bottino, S. M., Bottino, C. M., Regina, C. G., Correia, A. V., & Ribeiro, W. S. (2015). Cyberbullying and adolescent mental health: systematic review. *Cadernos de saúde pública*, 31(3), 463-475.
- Bruffaerts, R., Demyttenaere, K., Borges, G., Haro, J.M., Chiu, W.T., Hwang, I., Nock, M.K. (2010). Childhood adversities as risk factors for onset and persistence of suicidal behaviour. *The British Journal of Psychiatry*, 197(1), 20-27. doi:10.1192/bjp.bp.109.074716
- Burns, R. A. (2016). Sex and age trends in Australia's suicide rate over the last decade: Something is still seriously wrong with men in middle and late life. *Psychiatry Research*, 245, 224-229. doi:10.1016/j.psychres.2016.08.036
- Bustamante, F., Ramirez, V., Urquidi, C., Bustos, V., Yaseen, Z., & Galynker, I. (2016). Trends and most frequent methods of suicide in Chile between 2001 and 2010. *Crisis*, 37(1), 21-30. doi:10.1027/0227-5910/a000357

- Cabrejos, C., Krüger, H., & Samalvides, F. (2005). Intento de suicidio en niños y adolescentes, sus características biopsicosociales y diagnósticos psiquiátricos. *Revista de Neuropsiquiatría*, 68(1-2), 55-66.
- Caine, E. D. (2013). Forging an Agenda for Suicide Prevention in the United States. *American Journal of Public Health*, 103(5), 822-829. doi:10.2105/AJPH.2012.301078
- Calvo-García, F., Giralto-Vázquez, C., Calvet-Roura, A., & Carbonells-Sánchez, X. (2016). Riesgo de suicidio en población sin hogar. *Clínica y Salud*, 27, 89-96. doi:10.1016/j.clysa.2016.05.002
- Campo-Arias, A., & Herazo, E. (2015). El complejo estigma-discriminación asociado a trastorno mental como factor de riesgo de suicidio. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 44(4), 243-250.
- Cano, P., Gutiérrez, C., & Nizama, M. (2009). Tendencia a la violencia e ideación suicida en adolescentes escolares en una ciudad de la Amazonía peruana. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 26(2), 175-81.
- Cañón, S. C., Castaño, J. J., Atehortúa, B. E., Botero, P., García, L. K., Rodríguez, L. M., Rincón, E. (2012). Factor de riesgo para suicidio según dos cuestionarios y factores asociados en población estudiantil de la Universidad de Manizales (Colombia), 2011. *Psicología desde el Caribe*, 29(3), 632-664.
- Carmona, J. A., Gaviria, J. M., & Layne, B. (2014). Suicidio, vínculos en estudiantes universitarias colombianas. *Tesis Psicológica*, 9(1), 102-111.
- Castro, E. S., & Castillo, A. (2013). Factores relacionados con la carga de discapacidad en personas con intento de suicidio, atendidas en la red pública de servicios de salud de Santiago de Cali. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 42(1), 29-50.



- Ciulla, L., Lopes, E., Gomes da Silva, I., Levi, G., Engroff, P., Ciulla, V., & Cataldo, A. (2013). Suicide risk in the elderly: Data from Brazilian public health care program. *Journal of Affective Disorders*, 152-154(152-154), 513-516. doi:10.1016/j.jad.2013.05.090
- Constantino, J. N. (2016). Child maltreatment prevention and the scope of child and adolescent psychiatry. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 25(2), 157-165. doi:10.1016/j.chc.2015.11.003
- Corona, B., Hernández, M., & García, R. M. (2016). Mortalidad por suicidio, factores de riesgos y protectores. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 15(1), 90-100.
- Crumpa, C., Sundquista, K., Sundquista, J., & Winklebya, M. A. (2014). Sociodemographic, psychiatric and somatic risk factors for suicide: a Swedish national cohort study. *Psychological Medicine*, 44(2), 279-289. doi:10.1017/S0033291713000810
- Cukrowicz, K. C., Jahn, D. R., Graham, R. D., Poindexter, E. K., & Williams, R. B. (2013). Suicide risk in older adults: Evaluating models of risk and predicting excess zeros in a primary care sample. *Journal of Abnormal Psychology*, 122(4), 1021-1030. doi:10.1037/a0034953
- D'Zurilla, T. J., & Goldfried, M. R. (1971). Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology*, 78(1), 107-126. doi:10.1037/h0031360
- D'Zurilla, T. J., & Nezu, A. M. (1999). Problem-solving therapy: A social competence approach to clinical intervention. Nueva York: Springer.
- de la Espriella, R. (2010). Suicidio en instituciones psiquiátricas, 1998-2007. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 39(2), 268-290.

- Devries, K. M., Mak, J. Y. T., Child, J. C., Falder, G., Bacchus, L. J., Astbury, J., & Watts, C. H. (2014). Childhood sexual abuse and suicidal behavior: A meta-analysis. *Pediatrics*, 133(5), 2013-2166. doi:10.1542/peds.2013-2166
- Dodd, D., Smith, A., & Bodell, L. (2014). Restraint feeds stress: The relationship between eating disorder symptoms, stress generation, and the interpersonal theory of suicide. *Eating Behaviors*, 15, 567-573. doi:10.1016/j.eatbeh.2014.08.004
- Durkheim, É. (1897/1965). El suicidio. Traducción al castellano de Lucila Gibaja, Buenos Aires, Argentina: Schapire.
- Eynan, R., Bergmans, Y., Antony, J., Cutcliffe, J. R., Harder, H. G., Ambreen, M., Links, P. S. (2014). The effects of suicide ideation assessments on urges to self-harm and suicide. *Crisis*, 35(2), 123-131. doi:10.1027/0227-5910/a000233
- Figuroa-Perea, J. G., & Nájera-Aguirre, J. N. (2015). El uso de las autopsias verbales para analizar algunos suicidios de varones progenitores. *Acta Universitaria*, 25(NE-2), 40-46. doi:10.15174/au.2015.848
- Finney, E. J., Buser, S. J., Schwartz, J., Archibald, L., & Swanson, R. (2015). Suicide prevention in fire service: The Houston Fire Department (HFD) model. *Aggression and Violent Behavior* 21, 1-4. doi:10.1016/j.avb.2014.12.012
- Flett, G. L., Hewitt, P. L., & Heisel, M. J. (2014). The destructiveness of perfectionism revisited: Implications for the assessment of suicide risk and the prevention of suicide. *Review of General Psychology*, 18(3), 156-172. doi:10.1037/gpr0000011

- Fond, G., Gaman, A., Brunel, L., Haffen, E., & Llorca, P. (2015). Google Trends: Ready for real-time suicide prevention or just a Zeta-Jones effect? An exploratory study. *Psychiatry Research*, 228, 913-917. doi:10.1016/j.psychres.2015.04.022
- Foster, A., Chaudhary, N., Murphy, J., Lok, B., Waller, J., & Buckley, P. F. (2015). The use of simulation to teach suicide risk assessment to health profession trainees—rationale, methodology, and a proof of concept demonstration with a virtual patient. *Academic Psychiatry*, 39(6), 620-629. doi:10.1007/s40596-014-0185-9
- García de Alba, J. E., Quintanilla, R., Sánchez, L. M., Morfín, T., & Cruz, J. I. (2011). Consenso Cultural sobre el Intento de Suicidio en Adolescentes. *Revista Colombiana de Psicología*, 20(2), 167-179.
- Garciandía, J. A. (2013). Familia, suicidio y duelo. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 42(1), 71-79,
- García-Valencia, J., Palacio-Acosta, C., Diago, J., Zapata, C., López, G., Ortiz, J., & López, M. (2008). Eventos vitales adversos y suicidio: un estudio de autopsia psicológica en Medellín, Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 37(1), 11-28.
- Gaudiano, B. A., Andover, M. S., & Miller, I. W. (2008). The emergence of suicidal ideation during the post-hospital treatment of depressed patients. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 38(5), 539-551. doi:10.1521/suli.2008.38.5.539
- Gómez-Restrepo, C. (2013). Intento de suicidio y suicidio. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 42(1), 1-2.
- Goodwin, L., Wessely, S., & Fear, N. T. (2015) The future of “big data” in suicide behaviors research: can we compare the experiences of the U.S. and U.K. armed forces? *Psychiatry*, 78(1), 25-28. doi: 10.1080/00332747.2015.1016783

- Halderman, B. L., Eyman, J. R., Kerner, L., & Schlacks, B. (2009). A paradigm for the telephonic assessment of suicidal ideation. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 39(6), 639-647. doi:10.1521/suli.2009.39.6.639.
- Harris, K. M., Syu, J.-J., Lello, O. D., Chew, Y. L. E., Willcox, C. H., & Ho, R. H. M. (2015). The ABC's of Suicide Risk Assessment: Applying a Tripartite Approach to Individual Evaluations. *PLoS ONE*, 10(6), e0127442. doi:10.1371/journal.pone.0127442
- Hatzenbuehler, M. L. (2011). The social environment and suicide attempts in lesbian, gay and bisexual youth. *Pediatrics*, 127(5), 896-903.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2014). Metodología de la investigación. Sexta edición. México: McGraw-Hill.
- Hernández-Bringas, H. H. & Flores-Arenales, R. (2011). El suicidio en México. *Papeles de Población*, 17(68), 69-101.
- Im, Y., Oh, W., & Suk, M. (2017). Risk factors for suicide ideation among adolescents: five-year national data analysis. *Archives of Psychiatric Nursing*, In Press. doi:10.1016/j.apnu.2017.01.001
- Instituto Nacional de Medicina Legal -INML. (2010). Medicina legal. Forensis: La respuesta de muchos, la experiencia de la vida: el suicidio. Obtenido de <http://www.medicinalegal.gov.co/documents/20143/49508/Suicidios.pdf>
- Instituto Nacional de Medicina Legal -INML. (2014). Medicina legal. Forensis: Datos para la vida. Obtenido de <http://www.medicinalegal.gov.co/documents/20143/49520/Forensis+2014+-+Datos+para+la+vida.pdf>

- Instituto Nacional de Medicina Legal -INML. (2016). Medicina legal. Forensis: Datos para la vida. Obtenido de <http://www.medicinalegal.gov.co/documents/20143/49526/Forensis+2016.+Datos+para+la+vida.pdf>
- Jiménez, M., Hidalgo, J., Camargo, C., & Dulce, B. (2014). El intento de suicidio en la población pediátrica, una alarmante realidad. *Revista Ciencias de la Salud*, 12(1), 59-92.
- Jiménez-Ornelas, R. A., & Cardiel-Téllez, L. (2013). El suicidio y su tendencia social en México: 1990-2011. *Papeles de Población*, 19(77), 205-229.
- Kanfer, F. H. (1970). Self-monitoring: methodological limitation and clinical applications. *Journal of Consulting and Clinical applications*, 35, 148-152.
- Kanfer, F. M. (1971). The maintenance of behavior by self-generated stimuli and reinforcement. In A. Jacobs & L. B. Sacha (Eds), *The psychology of private events*. New York: Academic Press.
- Katz, C., Bolton, S.-L., Katz, L. Y., Isaak, C., Tilston-Jones, T., Sareen, J., & Swampy Cree Suicide Prevention Team. (2013). A systematic review of school-based suicide prevention programs. *Depression and Anxiety*, 30(10), 1030-1045. doi:10.1002/da.22114
- Kellam, S. G., Mackenzie, A. C. L., Brown, C. H., Poduska, J. M., Wang, W., Petras, H., & Wilcox, H. C. (2011). The Good Behavior Game and the future of prevention and treatment. *Addiction Science & Clinical Practice*, 6(1), 73-84. Available at <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3188824/>
- Kong, J. W., & Kim, J. W. (2016). A review of school-based suicide prevention interventions in South Korea, 1995-2015. *Children and Youth Services Review*, 69, 193-200. doi:10.1016/j.child-youth.2016.08.007

- Kuczynski, E. (2014). Suicídio na infância e adolescência. *Psicologia USP*, 25(3), 246-252.
- Li, D., Bao, Z., Li, X., & Wang, Y. (2016). Perceived school climate and Chinese adolescents' suicidal ideation and suicide attempts: The mediating role of sleep quality. *Journal of School Health*, 86(2), 75-83. doi:10.1111/josh.12354
- Lieu, D. (2015, August). Using interactive virtual events to build capacity in suicide prevention. In 2015 National Conference on Health Communication, Marketing, and Media (August 11-13). CDC. Available at <https://cdc.confex.com/cdc/nphic15/webprogram/Paper36304.html>
- Liu, R. T., Jager-Hyman, S., Wagner, C. A., Alloy, L. B., & Gibb, B. E. (2012). Number of childhood abuse perpetrators and the occurrence of depressive episodes in adulthood. *Child Abuse & Neglect*, 36(4), 323-332. doi:10.1016/j.chiabu.2011.11.007
- Liu, R. T., & Miller, I. (2014). Life events and suicidal ideation and behavior: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 34, 181-192. doi:10.1016/j.cpr.2014.01.006
- López-Castroman, J., Melhem, N., Birmaher, B., Greenhill, L., Kolko, D., Stanley, B. ... Oquendo, M. A. (2013). Early childhood sexual abuse increases suicidal intent. *World Psychiatry*, 12(2), 149-154. doi:10.1002/wps.20039
- Macana, N. L. (2011). Comportamiento del suicidio en el 2011, FORENSIS. Bogotá, D.C., Colombia: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses.
- Maris, R. W., Berman, A. I., & Silverman, M. M. (2000). Comprehensive textbook of suicidology. New York, USA: Guilford Press.

- Medina, Ó., Piernagorda, D. C., & Rengifo, Á. J. (2010). Prevalencia del suicidio en adultos jóvenes en el departamento del Quindío - Colombia, entre 1989 y 2008. *Pensamiento Psicológico*, 8(15), 9-16.
- Miller, A. B., Esposito-Smythers, C., & Leichtweis, R. N. (2016). A short-term, prospective test of the interpersonal-psychological theory of suicidal ideation in an adolescent clinical sample. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 46(3), 337-351. doi:10.1111/sltb.12196.
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. (2011). Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida I. Evaluación y Tratamiento. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agencia de Avaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t); 2010. Madrid, España: Tórculo Artes Gráficas. Disponible en [http://www.guiasalud.es/GPC/GPC\\_481\\_Conducta\\_Suicida\\_Avaliat\\_vol1\\_compl.pdf](http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_481_Conducta_Suicida_Avaliat_vol1_compl.pdf)
- Montalbán, S. (1998). La Conducta Suicida. Madrid: Aran.
- Morin, J. Wiktorsson, S., Marlow, Th., Olesen, P. J., Skoog, I., & Waern, M. (2013). Alcohol use disorder in elderly suicide attempters: A comparison study. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 21(2), 196-203. doi:10.1016/j.jagp.2012.10.020
- Mueller, A. S., & Abrutyn, S. (2015). Suicidal disclosures among friends: using social network data to understand suicide contagion. *Journal of Health and Social Behavior*, 56(1), 131-148. doi:10.1177/0022146514568793
- Muñoz, É. J., & Gutiérrez, M. I. (2010). Factores de riesgo asociados al suicidio en Nariño (Colombia): estudio de casos y controles. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 39(2), 291-312.

- National Institute of Mental Health, NIMH (2016, April). Suicide Prevention. Available at <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/suicide-prevention/index.shtml>
- Neumark-Sztainer, D., Wall, M., Larson, N. I., Eisenberg, M. E., & Loth, K. (2011). Dieting and disordered eating behaviors from adolescence to young adulthood: Findings from a 10-year longitudinal study. *Journal of the American Dietetic Association*, 111(7), 1004-1011. doi:10.1016/j.jada.2011.04.012
- Nizama, M. (2011). Suicidio. *Revista Peruana de Epidemiología*, 15(2), 81-85.
- Nock, M. K. (2016). Recent and needed advances in the understanding, prediction, and prevention of suicidal behavior. *Depression and Anxiety*, 33, 460-463. doi:10.1002/da.22528
- Nock, M. K., Borges, G., & Ono, Y. (2012). *Suicide: Global perspectives from the WHO World Mental Health Surveys*. New York: Cambridge University Press.
- Nock, M. K., Deming, C. A., Fullerton, C. S., Gilman, S. E., Goldenberg, M., Kessler, R. C., ... Ursano, R. J. (2013). Suicide among soldiers: *A review of psychosocial risk and protective factors*. *Psychiatry*, 76(2), 97-125. <http://doi.org/10.1521/psyc.2013.76.2.97>
- Nock, M. K., Green, J. G., Hwang, I., McLaughlin, K. A., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., & Kessler, R. C. (2013). Prevalence, correlates, and treatment of lifetime suicidal behavior among adolescents: Results from the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. *JAMA Psychiatry*, 70(3), 300-310. doi:10.1001/2013.jamapsychiatry.55
- OPS, Organización Panamericana de Salud. (2014). *Mortalidad por suicidio en las Américas*. Informe regional. Washington, DC: Autor. Disponible en [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&Itemid=&gid=27709&lang=es](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&Itemid=&gid=27709&lang=es)



- Oquendo, M. A., & Baca-Garcia, E. (2014). Suicidal behavior disorder as a diagnostic entity in the DSM-5 classification system: advantages outweigh limitations. *World Psychiatry*, 13(2), 128-130. doi:10.1002/wps.20116
- Organización Mundial de la Salud, -OMS- (2000). Prevención del suicidio, un instrumento para trabajadores de atención primaria de salud. División de Trastornos Mentales y Cerebrales. Departamento de Salud Mental y Toxicomanía. Ginebra: Autor. Disponible en [http://www.who.int/mental\\_health/media/primaryhealthcare\\_workers\\_spanish.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/primaryhealthcare_workers_spanish.pdf)
- Osman, A., Gutiérrez, P., Kopper, B., Barrios, F., & Chiros, C. (1998). The positive and negative suicide ideation inventory: Development and validation. *Psychological reports*, 82(3), 783-793. doi:10.2466/pr0.1998.82.3.783
- Pandey, G. N. (2013). Biological basis of suicide and suicidal behavior. *Bipolar Disorders*, 15(5), 524-541. doi:10.1111/bdi.12089
- Pandolfo, S., Vásquez, M., Más, M., Vomero, A., Aguilar, A., & Bello, O. (2011). Intentos de autoeliminación en menores de 15 años. Experiencia en un Servicio de Urgencias. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 109(1), 18-23.
- Park, C., Jee, Y. H., & Jung, K. J. (2016). Age-period-cohort analysis of the suicide rate in Korea. *Journal of Affective Disorders*, 194(4), 16-20. doi:10.1016/j.jad.2016.01.021
- Peltzer, K., & Pengpid, S. (2015). Early substance use initiation and suicide ideation and attempts among school-aged adolescents in four Pacific Island countries in Oceania. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 12(10), 12291-12303. doi:10.3390/ijerph121012291

- Peña, M. del P., Ortiz, Y., & Gutiérrez, M. I. (2009). El suicidio en Nariño: una mirada desde los observatorios del delito en cinco municipios del Departamento. *Pensamiento Psicológico*, 6(13), 97-108.
- Perdomo, M. E. (2012). Conducta suicida en Boyacá, un tema para tener en cuenta. Suicidios consumados 2004 a 2011. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. *Boletín Epidemiológico -CRRV, Regional Oriente*, 3(1), 1-12.
- Pérez, S. A. (2012). Factores de riesgo suicida en el anciano. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(8), 2011-2016.
- Pérez-Fuentes, G., Olfson, M., Villegas, L., Morcillo, C., Wang, S., & Blanco, C. (2013). *Prevalence and correlates of child sexual abuse: a national study. Comprehensive Psychiatry*, 54(1), 16-27. doi:10.1016/j.comppsy.2012.05.010
- Philip, J., Ford, T., Henry, D., Rasmus, S., & Allen, J. (2016). Relationship of social network to protective factors in suicide and alcohol use disorder intervention for rural Yup'ik Alaska Native youth. *Psychosocial Intervention*, 25, 45-54. doi:10.1016/j.psi.2015.08.002
- Piedrahita, L. E., García, MA., Sirley, J., & Stivalis, I. (2011). 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. *Colombia Médica*, 42(3), 334-341.
- Pineda, C. A. (2013). Factores asociados con riesgo de suicidio de adolescentes y jóvenes autoidentificados como lesbianas, gays y bisexuales: estado actual de la literatura. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 42(4), 333-349.
- Pompili, M., Sher, L., Serafini, G., Forte, A., Innamorati, M., Dominici, G., Girardi P. (2013). Posttraumatic stress disorder and suicide risk among veterans: a literature review. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 201(9), 802-812. doi:10.1097/NMD.0b013e3182a21458

- Pratt, D., Tarrier, N., Dunn, G., Awenat, Y., Shaw, J., Ulph, F., & Gooding, P. (2015). Cognitive behavioural suicide prevention for male prisoners: A pilot randomized controlled trial. *Psychological Medicine*, 45(16), 3441-3451. doi:10.1017/S0033291715001348
- Preti, A., Rocchi, M. B., Sisti, D., Camboni, M. V., & Miotto, P. A. (2011). Comprehensive meta-analysis of the risk of suicide in eating disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 124(1), 6-17. doi:10.1111/j.1600-0447.2010.01641.x
- Raheb, C. (2009) Suicidio y conducta suicida en la infancia y la adolescencia. España: Universidad Autónoma de Barcelona. Disponible en [http://www.paidopsiquiatria.cat/files/Suicidio\\_Ninos\\_Adolescentes.pdf](http://www.paidopsiquiatria.cat/files/Suicidio_Ninos_Adolescentes.pdf)
- Rajalin, M., Hirvikoski, T., Renberg, E. S., Åsberg, M., & Jokinen, J. (2017). Family history of suicide and interpersonal functioning in suicide attempters. *Psychiatry Research*, 247, 310-314. doi:10.1016/j.psychres.2016.11.029
- Ramchand, R., Rudavsky, R., Grant, S., Tanielian, T., & Jaycox, L. (2015). Prevalence of, risk factors for, and consequences of posttraumatic stress disorder and other mental health problems in military populations deployed to Iraq and Afghanistan. *Current Psychiatry Reports*, 17(5), 37. doi:10.1007/s11920-015-0575-z
- Ramsawh, H. J., Fullerton, C. S., Mash, H. B., Ng, T. H., Kessler, R. C., ... Ursano, R. J. (2014). Risk for suicidal behaviors associated with PTSD, depression, and their comorbidity in the U.S. Army. *Journal of Affective Disorders*, 161, 116-122. doi:10.1016/j.jad.2014.03.016
- Real Academia Española, RAE. (3 de mayo de 2016). Diccionario de la Lengua Española - Vigésima segunda edición. Obtenido de <http://dle.rae.es/?id=YfmGwPw>

- Regier, D. A., Kuhl, E. A., & Kupfer, D. J. (2013). The DSM-5: Classification and criteria changes. *World Psychiatry*, 12(2), 92-98. doi:10.1002/wps.20050
- Rihmer, Z., & Gonda, X. (2013). Pharmacological prevention of suicide in patients with major mood disorders. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 37, 2398-2403. doi:10.1016/j.neubiorev.2012.09.009
- Rodríguez, M., Rodríguez, N., Gempeler, J., & Garzón, D. F. (2013). Factores asociados con intento de suicidio y comportamientos de autolesión no suicida en pacientes con trastornos del comportamiento alimentario. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 42(1), 19-26. doi:10.1016/j.rcp.2013.11.007
- Rosado, M<sup>a</sup>. J., García, F., Alfeo, J. C., & Rodríguez, J. (2014). El suicidio masculino: Una cuestión de género. *Prisma Social*, 13, 433-491.
- Sachs-Ericsson, N. J., Rushing, N. C., Stanley, I. H., & Sheffler, J. (2015). In my end is my beginning: developmental trajectories of adverse childhood experiences to late-life suicide. *Aging & Mental Health*, 20(2), 139-165. doi:10.1080/13607863.2015.1063107
- Sampasa-Kanyinga, H., Roumeliotis, P., & Xu, H. (2014). Associations between cyberbullying and school bullying victimization and suicidal ideation, plans and attempts among Canadian school-children. *PLoS One*, 30; 9(7). doi:10.1371/journal.pone.0102145
- Sánchez-Cervantes, F. S., Serrano-González, R. E., & Márquez-Caraveo, M. E. (2015). Suicidios en menores de 20 años. México 1998-2011. *Salud Mental*, 38(5), 379-389.
- Sánchez-Sosa, J. C., Villarreal-González, M. E., Musitu, G., & Martínez, B. (2010). Ideación suicida en adolescentes: *Un análisis psicosocial*. *Intervención Psicosocial*, 19(3), 279-287. doi:10.5093/in2010v19n3a8

- Sarabia, S. (2014). Suicidio: un problema de salud pública. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 77(4), 199-200.
- Shin, E. J., & Kim, H. S. (2013). Effects of a peer gatekeeper training program on self-esteem, interpersonal relationships with friends, and suicide probability for high school students. *Journal of the Korean Academy of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 22(3), 241-251. doi:10.12934/jkpmhn.2013.22.3.241.
- Shin, S. H., Ko, S. J., Yang, Y. J., Oh, H. S., Jang, M. Y., & Choi, J. M. (2014). Comparison of boys' and girls' families for actor and partner effect of stress, depression and parent-adolescent communication on middle school students' suicidal ideation: Triadic data analysis. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 44(3), 317-327. doi:10.4040/jkan.2014.44.3.317
- Short, A. O., & Nemeroff, C. B. (2014). Early life trauma and suicide, in K.E. Cannon, T.J. Hudzik (Eds.), *Suicide: Phenomenology and Neurobiology* (pp 187-205). USA: Springer International Publishing.
- Siabato, E. F., & Salamanca, Y. (2015). Factores asociados a ideación suicida en universitarios. *Psychologia: avances de la disciplina*, 9(1), 71-81.
- Silva, S. (2012). Reseña de "Manual de prevención del suicidio para instituciones educativas. ¿Qué hacer en casos de suicidio consumado, intento de suicidio o ideación suicida de nuestros estudiantes?" de Carmona, J. A., Jaramillo, J. C., Tobón, F. & Areiza, Y. A. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 44(2), 194-195.
- Smith, P. K. (2014). *Understanding School Bullying: Its Nature and Prevention Strategies*. London, UK: SAGE.

- Sohn, J. N. (2011). The effects of the peer suicide prevention gatekeeper program for middle school students. *Journal of the Korean Academy of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 20(1), 111-119. doi:10.12934/jkpmhn.2011.20.1.111.
- Sohn, J. N. (2011). The effects of the peer suicide prevention gatekeeper program for middle school students. *Journal of the Korean Academy of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 20(1), 111-119. doi:10.12934/jkpmhn.2011.20.1.111.
- Song, T. M., Song, J., An, J. Y., Hayman, L. L., & Woo, J. M. (2014). psychological and social factors affecting internet searches on suicide in Korea: A big data analysis of Google search trends. *Yonsei Medical Journal*, 55(1), 254-263. doi:10.3349/ymj.2014.55.1.254
- Stanley, B., & Brown, G. K. (2012). Safety planning intervention: A brief intervention to mitigate suicide risk. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19(2), 256-264. doi:10.1016/j.cbpra.2011.01.001
- Stewart, J. G., Kim, J. C., Espósito, E. C., Gold, J., Nock, M. K., & Auerbach, R. P. (2015). Predicting suicide attempts in depressed adolescents: Clarifying the role of disinhibition and childhood sexual abuse. *Journal of Affective Disorders*, 187, 27-34. doi:10.1016/j.jad.2015.08.034
- Suicide.org (2016, May). International Suicide Statistics. Available at <http://www.suicide.org/international-suicide-statistics.html>
- Sun, L., & Zhang, J. (2017). Gender differences among medically serious suicide attempters aged 15-54 years in rural China. *Psychiatry Research*, 252, 57-62. doi:10.1016/j.psychres.2017.02.042

- Suokas, J. T., Suvisaari, J. M., Gissler, M., Löfman, R., Linna, M. S., Raevuori, A., & Haukka, J. (2013). Mortality in eating disorders: A follow-up study of adult eating disorder patients treated in tertiary care, 1995-2010. *Psychiatry Research*, 210(3), 1101-1106. doi:10.1016/j.psychres.2013.07.042
- Suokas, J. T., Suvisaari, J. M., Grainger, M., Raevuori, A., Gissler, M., & Haukka, J. (2014). Suicide attempts and mortality in eating disorders: a follow-up study of eating disorder patients. *General Hospital Psychiatry*, 36(3), 355-357. doi:10.1016/j.genhosppsych.2014.01.002
- Tarrier, N., Gooding, P., Pratt, D., Kelly, J., Awenat, Y., & Maxwell, J. (2013). Cognitive behavioral prevention of suicide in psychosis: A treatment manual. London: Routledge.
- Tarrier, N., Kelly, J., Maqsood, S., Snelson, N., Maxwell, J., Law, H. Gooding, P. (2014). The cognitive behavioural prevention of suicide in psychosis: A clinical trial. *Schizophrenia Research* 156, 204-210. doi: 10.1016/j.schres.2014.04.029
- Teti, G. L., Rebok, F., Rojas, S. M., Grendas, L., & Daray, F. M. (2014). Systematic review of risk factors for suicide and suicide attempt among psychiatric patients in Latin America and Caribbean. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 36(2), 124-133.
- Toro, R. A. (2013). Conducta suicida: consideraciones prácticas para la implementación de la terapia cognitiva. *Psychologia. Avances de la disciplina*, 7(1), 93-102. Disponible en <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=297226904010>
- Toro, R. A., Avendaño, B. L., & Castrillón, D. A. (2016). Design and psychometric analysis of the Hopelessness and Suicide Ideation Inventory "IDIS". *International Journal of Psychological Research*, 9(1), 52-63. Available at <http://www.scielo.org.co/pdf/ijpr/v9n1/v9n1a06.pdf>

- Tucker, R. P., Smith, C. E., Hollingsworth, D. W., Cole, A. B., & Wingate, L. R. (2017). Do thought control strategies applied to thoughts of suicide influence suicide ideation and suicide risk? *Personality and Individual Differences*, 112, 37-41. doi:10.1016/j.paid.2017.01.019
- U.S. Department of Health and Human Services, -HHS-. (2012). National Strategy for Suicide Prevention: Goals and Objectives for Action. Office of the Surgeon General and National Action Alliance for Suicide Prevention. Washington, DC: HHS. Available at [www.surgeongeneral.gov/library/reports/national-strategy-suicide-prevention/index.html](http://www.surgeongeneral.gov/library/reports/national-strategy-suicide-prevention/index.html)
- Upanne, M. (1998). Implementation of the suicide prevention strategy in Finland first follow-up, in D. De Leo, A. Schmidtke, & R. F. W. Diekstra (eds.), *Suicide Prevention* (pp 219-223). Netherlands: Kluwer Academic Publishers.
- Urzúa M., A. & Caqueo-Urizar, A. (2011). Construcción y evaluación psicométrica de una escala para pesquisar factores vinculados al comportamiento suicida en adolescentes chilenos. *Universitas Psychologica*, 10(3), 721-734. Disponible en <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revPsycho/article/download/564/1167>
- van Gel, M., Vedder, P., & Tanilon, J. (2014). Relationship between peer victimization, cyberbullying, and suicide in children and adolescents: a meta-analysis. *JAMA Pediatrics*, 168(5), 435-442. doi:10.1001/jamapediatrics.2013.4143
- Vásquez-Rojas, R., & Quijano-Serrano, M. (2013). Cuando el intento de suicidio es cosa de niños. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 42(1), 36-46. doi:10.1016/j.rcp.2013.11.004
- Velásquez, J. M. (2013). Suicidio en el anciano. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 42(1), 80-84.
- Ventura-Juncá, Carvajal, C., Undurraga, S., Vicuña, P., Egaña, J., & Garib, M. J. (2010). Prevalencia de ideación e intento suicida



en adolescentes de la Región Metropolitana de Santiago de Chile. *Revista Médica de Chile*, 138(3), 309-315. doi:10.4067/S0034-98872010000300008

Vianchá, M. A., Bahamón, M. L., & Alarcón, L. L. (2013). Variables psicosociales asociadas al intento suicida, ideación suicida y suicidio en jóvenes. *Revista Tesis Psicológica*, 8(1), 112-123.

Villa-Manzano, A. I., Robles-Romero, M. A., Gutiérrez-Román, M. G., Martínez-Arriaga, F. J., & Cabrera-Pivaral, C. E. (2009). Magnitud de la disfunción familiar y depresión como factores de riesgo para intento de suicidio. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 47(6), 643-646.

Wang, Y., Chen, S., Xu, Z., Shen, Z., Wang, Y., He, X., Wang, J. (2017). Family history of suicide and high motor impulsivity distinguish suicide attempters from suicide ideators among college students. *Journal of Psychiatric Research*, 90, 21-25. doi:10.1016/j.jpsychires.2017.02.006

Webb, R. T., Kontopantelis, E., Doran, T., Qin, P., Creed, F., & Kapur, N. (2012). Suicide risk in primary care patients with major physical diseases. *Archives of General Psychiatry*, 69(3), 256-264. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2011.1561

Wenzel, A., Brown, G. K., & Beck, A. T. (2009). Cognitive therapy for suicidal patients. Scientific and clinical applications. Washington, DC: American Psychological Association.

While, D., Bickley, H., Roscoe, A., Windfuhr, K., Rahman, S., Shaw, J. ... Kapur, N. (2012). Implementation of mental health service recommendations in England and Wales and suicide rates, 1997-2006: A cross-sectional and before-and-after observational study. *Lancet*, 379(9820), 1005-1012. doi:10.1016/S0140-6736(11)61712-1

- WHO, World Health Organization. (2012). For which strategies of suicide prevention is there evidence of effectiveness? Copenhagen, Denmark: WHO Regional Office for Europe. Available at [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0003/168843/HEN-Suicide-Prevention-synthesis-report.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/168843/HEN-Suicide-Prevention-synthesis-report.pdf)
- WHO, World Health Organization. (2012). For which strategies of suicide prevention is there evidence of effectiveness? Copenhagen, Denmark: WHO Regional Office for Europe. Available at [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0003/168843/HEN-Suicide-Prevention-synthesis-report.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/168843/HEN-Suicide-Prevention-synthesis-report.pdf)
- WHO, World Health Organization. (2012). For which strategies of suicide prevention is there evidence of effectiveness? Copenhagen, Denmark: WHO Regional Office for Europe. Available at [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0003/168843/HEN-Suicide-Prevention-synthesis-report.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/168843/HEN-Suicide-Prevention-synthesis-report.pdf)
- WHO, World Health Organization. (2013). Mental Health Action Plan 2013-2020. Geneva, Switzerland: WHO Document Production Services. Available at [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89966/1/9789241506021\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89966/1/9789241506021_eng.pdf)
- WHO, World Health Organization. (2014, May). World Health Organization Map Production: Health statistics and information systems (HSI). Available at [http://gamapserver.who.int/mapLibrary/Files/Maps/Global\\_AS\\_suicide\\_rates\\_bothsexes\\_2012.png?ua=1](http://gamapserver.who.int/mapLibrary/Files/Maps/Global_AS_suicide_rates_bothsexes_2012.png?ua=1)
- WHO, World Health Organization. (2016, April). Suicide. Available at <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs398/en/>
- WHO, World Health Organization. (2016, May). Suicide data. Available at [www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/)

- World Health Rankings. (2016, May). World Health Rankings. Live longer live better: Suicide. Available at <http://www.worldlifeexpectancy.com/cause-of-death/suicide/by-country/>
- Wyman, P. A. (2014). Developmental Approach to Prevent Adolescent Suicides: Research Pathways to Effective Upstream Preventive Interventions. *American Journal of Preventive Medicine*, 47(3 0 2), S251-S256. doi:10.1016/j.amepre.2014.05.039
- Zalsman, G., Hawton, K., Wasserman, D., van Heeringen, K., Arensman, E., Sarchiapone, M., & Zohar, J. (2016). Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *Lancet Psychiatry*, 3(7), 646-659. doi:10.1016/S2215-0366(16)30030-X
- Zalsman, G., Hawton, K., Wasserman, D., van Heeringen, K., Arensman, E., Sarchiapone, M., Zohar, J. (2017). Evidence-based national suicide prevention task force in Europe: A consensus position paper. *European Neuropsychopharmacology*, in press. doi:10.1016/j.euroneuro.2017.01.012
- Zerwas, S., Larsen, J. T., Petersen, L., Thornton, L. M., Mortensen, P. B., & Bulik, C. M. (2015). The incidence of eating disorders in a Danish register study: Associations with suicide risk and mortality. *Journal of Psychiatric Research*, 65, 16-22. doi:10.1016/j.jpsychires.2015.03.003
- Zisook, S., Lesser, I. M., Lebowitz, B., Rush, A. J., Kallenberg, G., Wisniewski, S. R., Trivedi, M. H. (2011). Effect of antidepressant medication treatment on suicidal ideation and behavior in a randomized trial: an exploratory report from the combining medications to enhance depression outcomes study. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 72(10), 1322-1332. doi:10.4088/JCP.10m06724



Este libro se terminó de imprimir  
en el mes de noviembre de 2018  
en Búhos Editores Ltda.

