

Cohesión familiar e ideación suicida en adolescentes de la costa peruana en el año 2006.

Family cohesion and suicidal ideation in adolescents in the Peruvian coast in 2006.

Ira G. Rojas^{1,2,a}, Javier E. Saavedra^{1,b;2,c,d}

RESUMEN

Objetivos: Determinar el grado de relación entre deseo de morir, pensamiento y planeamiento suicida con los indicadores de cohesión familiar en adolescentes de cinco ciudades de la costa peruana en el año 2006. **Materiales y métodos:** Estudio descriptivo de corte transversal, se basó en los datos del Estudio Epidemiológico de Salud Mental de la Costa Peruana (Piura, Trujillo, Chimbote, Ica y Arequipa) – 2006, que se realizó mediante una encuesta directa a 2390 adolescentes, obtenida a través de un muestreo probabilístico de tres etapas. La encuesta fue realizada por profesionales de la salud adecuadamente capacitados, utilizando el Cuestionario de Salud Mental, el cual fue adaptado en Perú. Se realizaron análisis estadísticos descriptivos para calcular frecuencias y las principales medidas de tendencia y porcentajes. Para la evaluación de las asociaciones bivariadas se utilizaron pruebas F de independencia y para el análisis multivariado se ajustaron modelos de regresión logística. **Resultados:** La prevalencia de vida del deseo de morir fue de 26,7%, pensamiento suicida 10,8% y planeamiento suicida 4,2%. Hubo una asociación estadísticamente significativa e inversa entre los indicadores de cohesión familiar y todos los indicadores suicidas. El deseo de morir fue significativamente mayor en las mujeres (35,0%) en comparación con los varones (15,9%). **Conclusiones:** Los datos obtenidos demuestran una relación inversa entre la ideación suicida y la cohesión familiar, y apoyan la idea de implementar mayores esfuerzos preventivos al interior de la familia y las escuelas, para identificar a los adolescentes en riesgo de suicidio o de alteraciones de la salud mental.

PALABRAS CLAVE: Cohesión familiar, ideación suicida, adolescentes.

SUMMARY

Objectives: To determine the degree of relationship between death wishes, suicidal ideation and suicidal planning with indicators of family cohesion in adolescents from five cities of the Peruvian coast in 2006. **Material and methods:** A descriptive cross-sectional study was based on data from the Epidemiological Study of Mental Health of the Peruvian Coast (Piura, Trujillo, Chimbote, Ica y Arequipa) – 2006, performed through a direct survey of 2390 adolescents and obtained through a three-stage probability sampling. The survey was conducted by properly trained health professionals using the Mental Health Questionnaire, which was adapted in Peru. Descriptive statistical

¹ Facultad de Medicina Alberto Hurtado, Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú.

² Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado – Hideyo Noguchi. Lima, Perú.

^a Médica-Cirujana

^b Profesor Principal

^c Médico-Psiquiatra

^d Doctor en Medicina,

analyses were performed to calculate frequencies and major trend measures and percentages. F tests of independence were used to evaluate bivariate associations and, logistic regression for adjust multivariate analysis. **Results:** The lifetime prevalence of death wishes was 26.7%, suicidal ideation 10.8% and suicide planning 4.2%. There was a statistically significant and inverse relationship between indicators of family cohesion and all suicide indicators. Death wishes were significantly higher in women (35.0%) compared to men (15.9%). **Conclusions:** The obtained data showed an inverse association between suicidal ideation and family cohesion. This finding supports the idea of implementing major prevention efforts within the family and schools in order to identify adolescents at risk of suicide or mental health disorders.

KEYWORDS: Family relations, suicidal ideation, adolescents.

INTRODUCCIÓN

Uno de los fenómenos epidemiológicos que ha ocupado más la atención de los profesionales de las ciencias de la salud y la conducta humana en los últimos años, es el aumento importante de las tasas de suicidio durante la edad adolescente. En este grupo etario la frecuencia se ha incrementado, en comparación con el resto de grupos (1), alcanzando la cifra de 14,2 por 100 000 en varones y 12 por 100 000 en mujeres en el año 2003, a nivel mundial (2,3). Este hecho, de ocurrencia universal y en gran medida prevenible (4), tiene en países subdesarrollados como el nuestro, importancia fundamental y constituye un problema de salud pública cuyo conocimiento y tratamiento deben ser del mayor interés, en particular en la población de 12 a 17 años, donde ocupa actualmente la segunda causa de muerte en la mayoría de países (5). En ese sentido, en años recientes hubo un incremento en las investigaciones sobre la prevalencia y los factores protectores y de riesgo asociados con el fenómeno suicida, incluyéndose dentro de estos factores el funcionamiento familiar (6,7).

Existe evidencia de estudios prospectivos que afirman que ciertas características del sistema familiar, como apoyo, cohesión, adaptabilidad e índices de disfunción, predicen el intento e ideación suicida (8,9). Sin embargo, en nuestro país los estudios que indaguen por ideación suicida y el papel que sobre ésta tiene la cohesión familiar en adolescentes, son escasos. Además la mayoría de la información en relación al tema proviene de muestras clínicas, existiendo escasos estudios publicados de ideación suicida en población general de adolescentes. En relación a lo anterior resulta relevante conocer la prevalencia de ideación suicida y su relación con la cohesión familiar, con el fin de aportar elementos que permitan la aplicación de acciones de prevención en un grupo etario que se encuentra en alto riesgo.

En esta perspectiva, el estudio tuvo como objetivo determinar el grado de relación entre deseo de morir, pensamiento y planeamiento suicida con los indicadores de cohesión familiar en adolescentes de cinco ciudades de la costa peruana (Piura, Trujillo, Chiclayo, Ica y Arequipa) en el año 2006.

MATERIAL Y MÉTODOS

Es un estudio descriptivo de corte transversal, se basó en los datos del Estudio epidemiológico de salud mental de la costa peruana – 2006 (EESMCP-2006) (10), realizado por el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado – Hideyo Noguchi (INSM “HD-HN”) entre julio y diciembre del 2006. La muestra final de adolescentes estuvo compuesta por 2390 encuestados, que es la utilizada en este estudio.

Los instrumentos utilizados en el EESMCP-2006 fueron sometidos a ensayos piloto mediante encuestas de campo y grupos focales individuales en estudios previos desarrollados por el INSM “HD-HN”. Esto facilitó una revisión exhaustiva de los documentos y permitió realizar los ajustes finales en las preguntas a usar (11-15). Las preguntas principales del EESMCP-2006 relacionadas al presente estudio se obtuvieron del Cuestionario de Salud Mental (CSM) elaborado en Colombia (16).

Los datos sociodemográficos incluyeron edad, sexo, estado civil, nivel de instrucción y nivel de pobreza. El nivel de pobreza fue definido en base a la metodología de necesidades básicas insatisfechas (NBI) propuesta por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (17).

Se realizaron análisis estadísticos descriptivos para calcular frecuencias y se estimaron las principales medidas de tendencia y porcentajes. Se calcularon prevalencias para las variables de indicadores suicidas.

Además, para la evaluación de las asociaciones bivariadas se utilizaron pruebas F de independencia para muestras complejas y para el análisis multivariado se ajustaron modelos de regresión logística al relacionar los indicadores de cohesión familiar con los indicadores suicidas. El análisis estadístico se realizó tomando en cuenta el diseño muestral complejo del EESMCP-2006. Se utilizó el programa SPSS versión 15.0.

RESULTADOS

La muestra estuvo constituida por 2390 adolescentes. Las edades de los adolescentes variaban entre 12 a 17 años, con un promedio de $14,4 \pm 1,7$ años. El 51,5% fueron de género masculino y el 48,5%

femenino. Aproximadamente las tres cuartas partes de los adolescentes se encontraba cursando educación secundaria. Solo 1,3% vivían en unión marital. El 25,1% pertenecía a hogares clasificados como pobres, en tanto que un 9,9% eran pobres extremos (Tabla 1).

En relación a los indicadores suicidas, la prevalencia de deseos de morir a lo largo de la vida, en el último año y en el último mes fueron de 26,7%, 9% y 5,7%, respectivamente. La prevalencia de pensamientos suicidas a lo largo de la vida, en el último año y en el último mes fueron de 10,8%, 4,3% y 2,1%, respectivamente. Asimismo, la prevalencia de planeamiento suicida a lo largo de la vida, en el último año y en el último mes fueron de 4,2%, 1,6% y 1,0%, respectivamente.

Tabla 1. Características demográficas en adolescentes de cinco ciudades de la costa peruana 2006.

	n	Media (IC 95%)
Edad		14,4 (SE 0,081) (14,3 - 14,6)
		% (IC 95%)
Edad (años)		
12 a 14	1285	53,2 (49,0 - 57,3)
15 - 17	1105	46,8 (42,7 - 51,0)
Sexo		
Masculino	1248	51,5 (48,2 - 54,8)
Femenino	1142	48,5 (45,2 - 51,8)
Último grado de instrucción alcanzado		
Preescolar/Primaria	599	26,2 (22,0 - 30,8)
Secundaria	1769	72,9 (68,4 - 77,1)
Superior	22	0,9 (0,5 - 1,5)
Estado civil		
Unido(a)	31	1,3 (0,8 - 2,3)
Nunca unido(a)	2359	98,7 (97,7 - 99,2)
Nivel de pobreza según NBI		
Pobre extremo	237	9,9 (7,5 - 13,0)
Pobre	600	25,1 (21,7 - 28,7)
No Pobre	1553	65,0 (59,8 - 69,9)

Fuente: Estudio Epidemiológico de Salud Mental de la Costa Peruana.

Tabla 2. Deseos de morir según características demográficas de los adolescentes de cinco ciudades de la costa peruana 2006.

Características demográficas	n Total	Deseos de morir				Significación (*)
		Presente		Ausente		
		n	%	n	%	
Edad (años)						
12 a 14	1285	294	22,1	991	77,9	0,051
15 - 17	1105	347	28,7	758	71,3	
Sexo						
Masculino	1248	189	15,9	1059	84,1	0,000
Femenino	1142	452	35,0	690	65,0	
Último grado de instrucción alcanzado						
Preescolar/Primaria	599	139	24,1	460	75,9	0,746
Secundaria	1769	495	25,5	1274	74,5	
Superior	22	7	33,5	15	66,5	
Nivel de pobreza según NBI						
Pobre extremo	237	59	25,9	178	74,1	0,977
Pobre	600	170	24,8	430	75,2	
No Pobre	1553	412	25,6	1141	74,8	

(*) Prueba de independencia para muestras complejas.

Tabla 3. Pensamiento suicida según características demográficas de los adolescentes de cinco ciudades de la costa peruana 2006.

Características demográficas	n Total	Pensamiento suicida				Significación (*)
		Presente		Ausente		
		n	%	n	%	
Edad (años)						
12 a 14	1285	91	6,7	1194	93,3	0,003
15 - 17	1105	167	12,2	938	87,8	
Sexo						
Masculino	1248	63	4,3	1185	95,7	0,000
Femenino	1142	195	14,5	947	85,5	
Último grado de instrucción alcanzado						
Preescolar/Primaria	596	37	7,3	562	92,7	0,535
Secundaria	1769	219	9,9	1550	90,1	
Superior	22	2	15,4	20	84,6	
Nivel de pobreza según NBI						
Pobre extremo	237	21	12,7	216	87,3	0,398
Pobre	600	67	7,0	533	93,0	
No Pobre	1553	170	9,6	1383	90,4	

(*) Prueba de independencia para muestras complejas.

En la tabla 2 se observa que el deseo de morir fue significativamente mayor ($p < 0,05$) en los adolescentes entre 15 y 17 años (28,7%) y en el sexo femenino (35%). No se observaron diferencias estadísticamente significativas según el grado de instrucción ni el nivel de pobreza de sus hogares.

En relación al pensamiento suicida (Tabla 3) hubieron diferencias significativas según edad y sexo ($p < 0,05$), esto es, se encontró que fue dos veces más frecuente (12,2%) en los adolescentes con edades entre 15 a 17 años comparados con los de 12 a 14 años (6,7%); asimismo, fue casi cuatro veces más frecuente entre las mujeres (14,5%) en comparación con los varones (4,3%), pero no se encontraron diferencias significativas según grado de instrucción y nivel de pobreza del hogar.

Con respecto al planeamiento suicida, este fue significativamente mayor en el sexo femenino (4,9%), en los adolescentes entre 15 a 17 años (5,4%) y en los de nivel de instrucción superior (13,9%). No se observaron diferencias significativas en las proporciones de adolescentes que planificaron un suicidio según el nivel de pobreza al que pertenecían sus hogares (Tabla 4).

En las tablas 5, 6 y 7 puede observarse el análisis de la asociación entre cada uno de los indicadores suicidas (deseo de morir, pensamiento y planeamiento suicidas) con los indicadores de cohesión familiar, así como el análisis de regresión logística multivariado entre estos indicadores, controlando el efecto de la edad y el sexo.

Se observó que los deseos de morir, el pensamiento y planeamiento suicida disminuyeron significativamente cuando el adolescente siente que su familia lo respeta, que se apoyan unos a otros, que participa en el progreso de su familia, que comparte pensamientos y sentimientos con sus padres y hermanos, cuanto más orgulloso se siente de su familia, cuanto más se parecen sus valores morales a los de su familia y si comparte los días feriados y domingos con su familia ($p < 0,05$). Por otro lado, si bien da importancia a hacer pasar vergüenza a su familia, no se observó una asociación significativa con la ideación suicida (Tablas 5, 6 y 7).

Con respecto al análisis de regresión logística multivariado que evaluó la asociación entre los indicadores suicidas y los indicadores de cohesión familiar, controlando el efecto de la edad y el sexo, se encontró una asociación estadísticamente significativa con algunos de los indicadores de la cohesión familiar (Tabla 5, 6 y 7).

Tabla 4. Planeamiento suicida según características demográficas de los adolescentes de cinco ciudades de la costa peruana 2006.

Características demográficas	n Total	Planeamiento suicida				Significación (*)
		Presente		Ausente		
		n	%	n	%	
Edad (años)						
12 a 14	1285	30	1,4	1255	98,6	0,000
15 - 17	1105	71	5,4	938	94,6	
Sexo						
Masculino	1248	25	1,8	1223	98,2	0,003
Femenino	1142	76	4,9	1066	95,1	
Último grado de instrucción alcanzado						
Preescolar/Primaria	599	11	1,0	588	99,0	0,008
Secundaria	1769	89	3,9	1680	96,1	
Superior	22	1	13,9	21	86,1	
Nivel de pobreza según NBI						
Pobre extremo	237	9	2,7	228	97,3	0,352
Pobre	600	26	2,4	574	97,6	
No Pobre	1553	66	3,7	1487	96,3	

(*) Prueba de independencia para muestras complejas.

Tabla 5. Deseos de morir y cohesión familiar en los adolescentes de cinco ciudades de la costa peruana 2006.

COHESIÓN FAMILIAR	n Total	DESEOS DE MORIR				Significancia (*)	OR Ajustado (**)	IC (95%)
		Si		No				
		n	%	n	%			
Edad (años)								
12 a 14	1285	294	22,1	991	77,9	0,051	0,98	(0,6 - 1,7)
15 a 17	1105	347	28,7	758	71,3			
Sexo								
Masculino	1248	189	15,9	1059	84,1	0,000	2,72	(1,6 - 4,5)
Femenino	1142	452	35,0	690	65,0			
Cuánto te importaría si haces pasar vergüenza a tu familia								
Nada o poco	227	68	32,1	159	67,9	0,108	1,13	(0,6 -2,1)
Regular	199	61	29,0	138	71,0		1,5	(0,8 -3,0)
Bastante o mucho	1957	510	24,1	1447	75,9			
En tu familia, qué tanto sientes que te respetan								
Nada o poco	217	106	39,9	111	60,1	0,000	0,82	(0,4 -2,4)
Regular	511	190	37,1	321	62,9		1,22	(0,6 -2,4)
Bastante o mucho	1660	345	19,9	1315	80,1			
En tu familia, qué tanto sientes que se apoyan unos a otros								
Nada o poco	253	129	46,4	124	53,6	0,000	2,29	(1,1 -4,9)
Regular	473	157	34,0	316	66,0		1,55	(0,9 -2,5)
Bastante o mucho	1664	355	19,0	1309	81,0			
Cuán orgulloso te sientes de tu familia								
Nada o poco	81	41	41,8	40	58,2	0,009	0,58	(0,2 -1,4)
Regular	199	88	38,3	111	61,7		0,88	(0,4 -2,1)
Bastante o mucho	2108	511	23,2	1597	76,8			
Qué tanto sientes que tu moral se parece a la de tu familia								
Nada o poco	302	136	43,4	166	56,6	0,000	1,63	(0,9-3,0)
Regular	627	199	30,0	428	70,0		1,32	(0,8- 2,2)
Bastante o mucho	1458	305	19,8	1153	80,2			
Qué tanto te sientes que participas en el progreso de tu familia								
Nada o poco	328	141	44,1	187	55,9	0,000	1,16	(0,7-2,1)
Regular	752	223	25,0	529	75,0		0,86	(0,5-1,5)
Bastante o mucho	1306	276	20,6	1030	79,4			
En tu hogar suelen pasar juntos los domingos o días de fiesta								
Nunca o rara vez	773	249	34,4	524	65,6	0,000	1,17	(0,8-1,8)
Ocasionalmente	422	106	20,3	316	79,7		0,61	(0,4-1,1)
Frec. / muy frecuentemente	1192	286	21,6	906	78,4			
Comparte pensamientos y sentimientos con su familia								
Nada o poco	417	167	43,5	250	56,5	0,000	3,7	(1,8-7,8)
Regular	407	119	26,9	288	73,1		2,2	(1,2-4,1)
Bastante o mucho	331	44	13,2	287	86,8			

(*) Prueba de independencia para muestras complejas.

(**) Categoría de referencia: Sexo=masculino, edad=12 -14, Cohesión= bastante/mucho

Tabla 6. Pensamiento suicida y cohesión familiar en los adolescentes de cinco ciudades de la costa peruana 2006.

COHESIÓN FAMILIAR	n Total	PENSAMIENTO SUICIDA				Significancia (*)	OR Ajustado (**)	IC (95%)
		Si		No				
		n	%	n	%			
Edad (años)								
12 a 14	1285	91	6,7	1194	93,3	0,003	0,7	(0,4 - 1,2)
15 a 17	1105	167	12,2	938	87,8			
Sexo								
Masculino	1248	63	4,3	1185	95,7	0,000	2,9	(1,5 - 5,8)
Femenino	1142	195	14,5	947	85,5			
Cuánto te importaría si haces pasar vergüenza a tu familia								
Nada o poco	227	34	13,4	193	86,6	0,118	1,1	(0,5-2,7)
Regular	199	28	11,8	171	88,2			
Bastante o mucho	1957	196	8,6	1761	91,4			
En tu familia, qué tanto sientes que te respetan								
Nada o poco	217	60	21,2	157	78,8	0,000	1,1	(0,5-2,4)
Regular	511	89	14,3	422	85,7			
Bastante o mucho	1660	109	6,3	1551	93,7			
En tu familia, qué tanto sientes que se apoyan unos a otros								
Nada o poco	253	69	19,1	184	80,9	0,000	1,0	(0,4-2,7)
Regular	473	67	14,6	406	85,4			
Bastante o mucho	1664	122	5,9	1542	94,1			
Cuán orgulloso te sientes de tu familia								
Nada o poco	81	23	22,9	58	77,1	0,000	1,4	(0,5-4,2)
Regular	199	49	22,9	150	77,1			
Bastante o mucho	2108	185	7,3	1923	92,7			
Qué tanto sientes que tu moral se parece a la de tu familia								
Nada o poco	302	63	18,0	239	82,0	0,000	0,9	(0,4-2,0)
Regular	627	93	13,1	534	86,9			
Bastante o mucho	1458	102	6,1	1356	93,9			
Qué tanto te sientes que participas en el progreso de tu familia								
Nada o poco	328	74	24,9	254	75,1	0,000	2,5	(1,1-6,0)
Regular	752	91	8,1	661	91,9			
Bastante o mucho	1306	93	6,3	1213	93,7			
En tu hogar suelen pasar juntos los domingos o días de fiesta								
Nunca o rara vez	773	120	15,0	653	85,0	0,000	1,2	(0,6-2,2)
Ocasionalmente	422	43	6,6	379	93,4			
Frec./ muy frecuentemente	1192	95	6,8	1097	93,2			
Comparte pensamientos y sentimientos con su familia								
Nada o poco	417	78	19,4	339	80,6	0,000	4,2	(1,5-12,1)
Regular	407	36	7,6	371	92,4			
Bastante o mucho	331	12	3,5	319	96,5			

(*) Prueba de independencia para muestras complejas.

(**) Categoría de referencia: Sexo=masculino, edad=12 -14, Cohesión= bastante/mucho

Tabla 7. Planeamiento suicida y cohesión familiar en los adolescentes de cinco ciudades de la costa peruana 2006.

COHESIÓN FAMILIAR	n Total	PLANEAMIENTO SUICIDA				Significancia (*)	OR Ajustado (**)	IC (95%)
		Si		No				
		n	%	n	%			
Edad (años)								
12 a 14	1285	30	1,4	1255	98,6	0,000	3,3	(1,4 - 7,1)
15 a 17	1105	71	5,4	938	94,6			
Sexo								
Masculino	1248	25	1,8	1223	98,2	0,003	1,4	(0,6 - 3,2)
Femenino	1142	76	4,9	1066	95,1			
Cuánto te importaría si haces pasar vergüenza a tu familia								
Nada o poco	227	11	5,3	216	94,7	0,294	0,6	(0,2-2,1)
Regular	199	11	3,4	188	96,6			
Bastante o mucho	1957	79	3,0	1878	97,0			
En tu familia, qué tanto sientes que te respetan								
Nada o poco	217	22	7,5	195	92,5	0,000	1,1	(0,4-3,1)
Regular	511	38	5,5	473	94,5			
Bastante o mucho	1660	41	2,1	1619	97,9			
En tu familia, qué tanto sientes que se apoyan unos a otros								
Nada o poco	253	25	7,6	228	92,4	0,001	0,8	(0,2-3,6)
Regular	473	27	4,4	446	95,6			
Bastante o mucho	1664	49	2,2	1615	97,8			
Cuán orgulloso te sientes de tu familia								
Nada o poco	81	9	10,1	72	89,9	0,000	2,2	(0,4-11,3)
Regular	199	23	8,2	176	91,8			
Bastante o mucho	2108	68	2,5	2040	97,5			
Qué tanto sientes que tu moral se parece a la de tu familia								
Nada o poco	302	29	8,5	273	91,5	0,000	3,8	(1,2-12,0)
Regular	627	32	3,9	595	96,1			
Bastante o mucho	1458	40	2,1	1418	97,9			
Qué tanto te sientes que participas en el progreso de tu familia								
Nada o poco	328	29	8,0	299	92,0	0,000	1,6	(0,4-6,8)
Regular	752	40	3,8	712	96,2			
Bastante o mucho	1306	32	1,8	1274	98,2			
En tu hogar suelen pasar juntos los domingos o días de fiesta								
Nunca o rara vez	773	50	4,9	723	95,1	0,077	1,2	(0,4-3,4)
Ocasionalmente	422	17	3,1	405	96,9			
Frec. /muy frecuentemente	1192	34	2,3	1158	97,7			
Comparte pensamientos y sentimientos con su familia								
Nada o poco	417	29	7,0	388	93,0	0,000	5,6	(1,01-30,7)
Regular	407	12	2,3	395	97,7			
Bastante o mucho	331	4	0,8	327	99,2			

(*) Prueba de independencia para muestras complejas.

(**) Categoría de referencia: Sexo=masculino, edad=12 -14, Cohesión= bastante/mucho

DISCUSIÓN

Durante la adolescencia, etapa de interés para esta investigación, datos recientes evidencian que los indicadores suicidas presentan cifras alarmantes (4,5). La vulnerabilidad de este grupo a la conducta suicida puede ser explicada por la necesidad de adaptación a cambios psicosociales, a aquellos de origen físico y a los factores del contexto que la convierten en un período de mayor riesgo para la aparición de problemas en la salud mental. Los hallazgos de este estudio fueron que el 26,7% de adolescentes presentó deseos de morir, el 10,8% tuvo pensamientos suicidas y el 4,2% planeó suicidarse en algún momento de su vida. Las prevalencias encontradas fueron similares a las descritas en otras regiones del país. En el estudio epidemiológico de la sierra peruana las prevalencias de deseos de morir, pensamiento suicida y planeamiento suicida fueron de 29,6%, 9,8% y 3,8%, respectivamente (12); en la selva peruana las prevalencias de deseos de morir, pensamiento suicida y planeamiento suicida fueron de 25,4%, 10,1% y 4,1%, respectivamente (13); en las fronteras, las prevalencias de deseos de morir, pensamiento suicida y planeamiento suicida fueron de 25,6%, 10,6% y 4,4%, respectivamente (14). Estos datos señalan que existe un gran porcentaje de adolescentes que percibió la muerte como algo deseable o necesario. Además que no sólo es un problema de una región, sino que se puede considerar un problema nacional que no discrimina la procedencia.

En otros países latinoamericanos como Brasil, se reportó una alta prevalencia del pensamiento suicida en la población adolescente, tal como lo revela el estudio de Guevara et al., en el cual la prevalencia de vida fue del 35,7% (18). La prevalencia de vida de planeamiento suicida que se encontró en este estudio se aproxima a los hallazgos de Baggio et al., que fue de 6,3% en adolescentes brasileños de 12 a 18 años (19). Trabajos previos nacionales y extranjeros que evaluaron la ideación suicida en adolescentes y adultos jóvenes usando otros instrumentos autoadministrados han encontrado prevalencias de vida variables que han fluctuado entre 14 y 55% (20-22). Hay que tener en cuenta que los estudios no usan un instrumento estandarizado para evaluar los indicadores suicidas y esa podría ser una razón de las diferencias.

Dada la elevada presentación de la ideación suicida resulta apropiado focalizar el interés tanto en sus características como en su intensidad y duración con el fin de valorar la intención actual y predecir el riesgo

potencial. Aunque hay autores que consideran que la ideación suicida es un fenómeno normal y efímero durante la adolescencia, otros consideran lo contrario teniendo en cuenta hallazgos de investigaciones que demuestran la asociación entre la ideación suicida en la adolescencia e intento suicida en la adultez joven en muestras clínicas y comunitarias (5,22). Además afirman que la ideación suicida aumenta la probabilidad de disfunción psicológica, emocional e interpersonal posterior y de otras alteraciones de la salud mental, razón por la cual es muy importante detectar grupos de adolescentes en alto riesgo de suicidio dentro de la población general y que aquellos con ideación suicida sean abordados lo más temprano posible con el fin de prevenir efectivamente acciones suicidas futuras (6).

De manera congruente con la literatura revisada, en esta investigación se encontró mayor presentación de la ideación suicida en el sexo femenino, hallazgo similar al informado por Shaffer (23-27). No se encontró relación entre el nivel de pobreza e indicadores suicidas, lo que posiblemente se deba a que la mayoría de la muestra evaluada pertenecía a hogares clasificados como no pobres, por lo cual en futuros estudios sobre indicadores suicidas de adolescentes se debe considerar ampliar la muestra e incluir jóvenes de todos los estratos socioeconómicos.

Respecto a cohesión familiar e indicadores suicidas, se encontró una asociación estadísticamente significativa; como lo demuestran Salvo y Melipillán (28), los problemas de cohesión familiar se asociaron a mayor riesgo suicida en adolescentes, al igual que otros factores como una menor autoestima, mayor impulsividad y menor apoyo social. Asimismo Huapaya (29) halló que la ideación suicida y el funcionamiento familiar, en base a una encuesta que media el funcionamiento familiar, estaban asociados ($p < 0,05$). Cortés y colaboradores (30) encontraron que “tener con quien contar en situaciones difíciles” ($OR = 0,434$) y “la relación con sus padres” ($OR = 0,1819$), son factores protectores con respecto a la presencia de ideación suicida y por otro lado se encontró como factor de riesgo “el no confiar en sus padres” ($OR = 3,9402$). En el presente estudio y en el de Cortés, si bien se utilizaron instrumentos diferentes para medir la asociación, los enunciados son bastante similares el “tener con quien contar en situaciones difíciles” y “compartir pensamientos y sentimientos con la familia”, pues ambos implican tener confianza en alguien con quien compartir aspectos personales. Por otro lado si bien se encontró una asociación estadísticamente significativa e inversa entre la

mayoría de los indicadores de cohesión familiar e ideación suicida; cabe resaltar que en el análisis multivariado se halló que el estar regularmente orgulloso de su familia tiene un OR de 2,6 con respecto a los que se sienten bastante o muy orgullosos de su familia para pensamiento suicida, es decir una mayor probabilidad de tener pensamiento suicida, sin embargo el estar nada o poco orgullosos tiene un OR de 1,4, esperándose un OR mayor. Este hallazgo podría deberse a que el adolescente se encuentra en un periodo de identificación, vulnerabilidad y adaptación al entorno familiar. Por otro lado Carbajal y Caro encontraron relación entre la variable grado de salud familiar (determinada por la percepción individual de la organización del sistema familiar) y la presencia de ideación suicida ($p < 0,0001$) (31); frente a ello, en nuestro estudio se halló que la ideación suicida disminuye cuando se apoyan unos a otros, si el adolescente siente que participa en el progreso de su familia, y cuando comparte los días feriados y domingos con los miembros de su familia ($p < 0,0001$). Pérez-Olmos et al., encontraron que la disfunción familiar se asoció significativamente a un mayor riesgo de suicidio en base al instrumento APGAR familiar, encontrándose un riesgo del 80% si la disfuncionalidad familiar era severa (32). Asimismo, el riesgo de comportamiento suicida fue significativamente más alto mientras mayor fuera la disfunción familiar ($p < 0,001$). Al respecto Muñoz y colaboradores encontraron en adolescentes una asociación estadísticamente significativa entre ideación suicida y el pertenecer a una familia desligada, mediante el uso de la subescala de cohesión familiar de la escala FACES III (33). Garfinkel et al., señalaron que la familia cumple un papel en el intento de suicidio y encontraron que los adolescentes con intento de suicidio afirmaron que sus padres mostraban una actitud fría, no comunicativa y eran incapaces de tolerar o aceptar cambios o crisis; además, manifestaron su incapacidad para hablar de sus problemas con sus padres (34). Toro et al., quienes usaron también el APGAR familiar, observaron que el riesgo de suicidio en adolescentes que percibían disfunción familiar en su hogar era dos veces en relación al de los adolescentes que la consideraban funcional. La disfunción familiar severa fue una característica importante dentro de una tipología familiar con alto riesgo de suicidio. Disminuir las características negativas de las relaciones familiares así como su grado de conflicto podría tener efectos importantes en la disminución de las conductas de auto-daño de los adolescentes vulnerables (35). Además el tener una familia con cohesión baja representó un factor de riesgo para los adolescentes, destacando así

la función innegable e indelegable de la familia en la prevención de conductas autodestructivas de sus miembros; en todo momento los padres deben brindar los elementos necesarios y suficientes para potenciar las capacidades y destrezas de sus hijos. Una forma de lograr lo antes mencionado sería brindar capacitación a los padres tanto en estrategias de crianza así como en habilidades para reducir su propia inestabilidad emocional, impulsividad y déficit en las relaciones interpersonales.

Nuestro trabajo es una aproximación inicial al problema citado. No se ha indagado si variables asociadas a causalidad, identificadas en estudios anteriores, influyen en la muestra estudiada, entre ellas la presencia de comorbilidad psiquiátrica, historia familiar de intento suicida, violencia intrafamiliar, antecedentes de familiar con depresión, abuso de sustancias, la personalidad de los sujetos afectados tales como impulsividad, baja autoestima y sentimientos de desesperanza, como otros estudios lo han demostrado (28,31,32). En relación a la comorbilidad psiquiátrica, si bien es cierto que la depresión es un factor de riesgo importante no es imprescindible su presencia para que esté manifiesta la ideación suicida. Sin embargo, sería importante para estudios posteriores establecer la asociación con dicha variable, pues autores como Toro y colaboradores respaldan que la depresión, está estrechamente relacionada con el riesgo suicida, por lo cual juega un papel determinante en ésta conducta.

Se puede concluir que hay una relación estadísticamente significativa e inversa entre la mayoría de los indicadores de cohesión familiar (cuando el adolescente siente que su familia lo respeta, que se apoyan unos a otros, que participa en el progreso de su familia, que comparte pensamientos y sentimientos con sus padres y hermanos, cuanto más orgulloso se siente de su familia, cuanto más se parecen sus valores morales a los de su familia y si comparte los días feriados y domingos con su familia) y los indicadores suicidas (deseos de morir, el pensamiento y planeamiento suicida). De los indicadores suicidas el que obtuvo mayor prevalencia de vida fue el deseo de morir (26,7%) en comparación con el pensamiento o el planeamiento suicidas.

Se constituye como limitación de esta investigación el que una gran parte de la encuesta se basa en la opinión subjetiva del encuestado, lo que podría llevar a un sesgo, ya sea por falta de voluntad para haber respondido o por temor a la estigmatización. Por otro lado, los resultados no pueden generalizarse al resto

del país debido a nuestra multiculturalidad. Finalmente se requiere incentivar estudios longitudinales relacionados con nuestros indicadores que permitan determinar el comportamiento de la ideación suicida en el tiempo y corroborar su progresión en el espectro de la suicidalidad, para sobrepasar las limitaciones de los estudios de tipo transversal.

La importancia de los datos obtenidos radica en su utilidad para fundamentar estrategias de prevención en situaciones reales con grupos de riesgo identificados y proponer intervenciones apropiadas para este contexto. Reconocer el contexto en el cual se genera y ocurre la ideación suicida es fundamental para proporcionar a los padres, maestros, profesionales de la salud y líderes comunitarios educación adecuada acerca de estas conductas y de aspectos positivos relacionados con la salud mental como recreación y redes de apoyo, entre otras. La identificación temprana de factores asociados con la ideación suicida, en este caso la familia, puede jugar un rol fundamental en el desarrollo de programas de prevención e intervención basados en la comunidad y en el colegio. Los métodos tradicionales de prevención primaria en la conducta suicida presentan déficits, razón por la cual se debe abrir la puerta a la búsqueda de aproximaciones más proactivas.

Correspondencia

Ira Galia Rojas Rojas.

Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi”.

Jr. Eloy Espinoza 709, Urb. Palao, San Martín de Porres, Lima 31, Perú.

Correo electrónico: ira.rojas.r@upch.pe

Teléfono: 51992245418.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Evans E, Hawton K, Rodham K. Factors associated with suicidal phenomena in adolescents: A systematic review of population-based studies. *Clin Psychol Rev.* 2004; 24(8): 957-79.
2. Castellanos T, Carrillo T, Cuervo N, Molinet H. Intento suicida en el niño y en el adolescente. *Rev Hosp Psiqui Habana.* 2007; 4(3):1-2.
3. Pfeffer C. Youth suicide: prevention through risk management. *Clin Neurosci Res.* 2001; 1: 362-365.
4. Pelkonen M, Marttunen M. Child and adolescent suicide: epidemiology, risk factors and approaches to prevention. *Pediatr Drugs.* 2003; 5(4): 243-65.
5. Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Cha CB, Kessler RC, Lee S. Suicide and suicidal behavior. *Epidemiol Rev.* 2008; 30(1): 133-154.
6. González C, Berenzon S, Tello AM, Facio D, Medina-Mora ME. Ideación suicida y características asociadas en mujeres adolescentes. *Salud Publica Mex.* 1998; 40(5): 430-37.
7. Melhem NM, Porta G, Shamseddeen W, Payne MW, Brent DA. Grief in children and adolescents bereaved by sudden parental death. *Arch Gen Psychiatry.* 2011; 68(9): 911-919.
8. Olson D, Russell C, Sprenkle D. Circumplex model of marital and family systems VI: Theoretical Update. *Family Process.* 1983; 22: 69-83.
9. Perkins D, Hartless G. An ecological risk-factor examination of suicide ideation and behaviour of adolescents. *J Adolesc Res.* 2002; 17: 3-26.
10. Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi. Estudio epidemiológico de salud mental en la costa peruana 2006. *Anales de Salud Mental.* 2007; 23 (1-2):1-228.
11. Instituto Especializado de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi. Estudio Epidemiológico Metropolitano de Salud Mental 2002. Informe General. *Anales de Salud Mental.* 2002; 18 (1-2): 1-197.
12. Instituto Especializado de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi. Estudio epidemiológico de salud mental en la sierra peruana 2003: Informe General. *Anales de Salud Mental.* 2004; 19 (1-2): 1-209.
13. Instituto Especializado de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi. Estudio Epidemiológico en Salud Mental en la Selva Peruana. *Anales de Salud Mental.* 2005; 21 (1-2): 1-212.
14. Instituto Nacional de Salud Mental. Estudio epidemiológico de salud mental en fronteras 2005. Informe General. *Anales de Salud Mental.* 2006; 22 (1-2): 1-227.
15. Instituto Nacional de Salud Mental. Confiabilidad y validez de los cuestionarios de salud mental de Lima y de la Selva Peruana. *Anales de Salud Mental.* 2009; 25 (S1): 1-259.
16. Perales A, Sogí C, Sánchez E, Salas RE. Salud mental de una población urbano marginal de Lima. Lima: INSM Honorio Delgado- Hideyo Noguchi; 1995.
17. Fresneda O. La medida de necesidades básicas insatisfechas (NBI) como instrumento de medición de la pobreza y focalización de programas. Bogotá: Naciones Unidas – CEPAL; 2007.
18. Guevara BS, Roxo V, Fensterseifer L. Fatores de risco ou proteção para a presença de ideação suicida na adolescência. *Rev Interam Psicol.* 2005; 39 (2): 259 -266.
19. Baggio L, Palazzo LS, Ganzo DR. Planeamiento suicida entre adolescentes escolares: prevalencia y factores asociados. *Cad Saude Publica.* 2009; 25 (1): 142 -150.
20. Botega NJ, Barros M, Oliveira H, Dalgalarondo

- P, Marín-León L. Suicidal behavior in the community: prevalence and factors associated with suicidal ideation. *Rev Bras Psiquiatr.* 2005; 27(1): 45-53.
21. Grunbaum JA, Kann L, Kinchen SA, Williams B, Ross JG, Lowry R, et al. Youth risk behavior surveillance - United States 2003. *MMWR Surveill Summ.* 2004; 53(2): 1-96.
 22. Kessler R, Borges G, Walters EE. Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry.* 1999; 56(7): 617-26.
 23. Pinzón H, Pérez M. A study of suicide related behaviors among Colombian youth: reflections on prevention and implications for health education. *Am J Educ.* 2001; 32: 288-92.
 24. Borowsy I, Ireland M, Resnick M. Adolescent suicide attempts: risk and protectors. *Pediatrics.* 2001; 107: 485-93.
 25. Pérez-Olmos I, Ibáñez-Pinilla M, Reyes-Figueroa JC, Atuesta-Fajardo JY, Suárez-Díaz MJ. Factores asociados al intento suicida persistente en un centro de atención primaria Bogotá 2004-2006. *Rev Salud Publica.* 2008; 10: 374-85.
 26. Cheng Y, Tao M, Riley L, Kann L, Ye L, Tian X, et al. Protective factors related to decreased risk of adolescent suicidal behavior. *Child Care Health Dev.* 2009; 35: 313-22.
 27. Shaffer D, Scott M, Wilcox H, Maslow C, Hicks R, Lucas CP, et al. The Columbia suicide screen: validity and reability of a screen for youth suicide and depression. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2004; 43: 71-9.
 28. Salvo L, Melipillán R. Predictores de suicidalidad en adolescentes. *Rev Chil Neuro-Psiquiatr.* 2008; 46(2):115-123.
 29. Huapaya DB. Factores asociados a ideación suicida en adolescentes escolares de 3er, 4to y 5to años de secundaria de instituciones educativas públicas del cono este de Lima. Tesis doctoral. Lima, Perú. Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2009.
 30. Cortés A, Aguilar J, Suárez R, Rodríguez E, Durán JS. Factores de riesgo asociados con el intento suicida y criterios sobre lo ocurrido en adolescentes. *Rev Cubana Med Gen Integr.* 2011; 27(1): 33-41.
 31. Carbajal G, Caro C. Ideación suicida en la adolescencia: Una explicación desde tres de sus variables. *Colomb Med.* 2011; 42(1): 45-56.
 32. Pérez-Olmos I, Téllez DL, Vélez AL, Ibáñez-Pinilla M. Caracterización de factores asociados con comportamiento suicida en adolescentes estudiantes de octavo grado, en tres colegios bogotanos. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2012; 41(1): 26-47.
 33. Muñoz J, Pinto V, Callata H, Napa N, Perales A. Ideación suicida y cohesión familiar en estudiantes preuniversitarios entre 15 y 24 años. *Rev Peru Med Exp Salud Publica.* 2005; 23 (4): 239-246.
 34. Garfinkel B, Froese A, Hood J. Suicide attempts in children and adolescents. *Am. J. Adolescents. Am J Psychiatry.* 1982; 139 (10): 1257-1261.
 35. Toro DC, Paniagua RE, González CM, Montoya B. Caracterización de adolescentes escolarizados con riesgo de suicidio: Medellín 2006. *Rev Fac Nac Salud Publica.* 2009; 27(3): 302-8.

Recibido: 14/10/2014

Aceptado: 17/11/2014