

Revista Duazary

ISSN: 1794-5992

Vol. 13

No. 1

7 - 14

Enero - Junio de 2016

EVALUACION DE LAS EXPECTATIVAS NEGATIVAS Y TIPO DE RIESGO SUICIDA EN ESTUDIANTES DE 9°, 10° Y 11° DE UNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA DEL DEPARTAMENTO DEL QUINDÍO

EVALUATION OF THE NEGATIVE EXPECTATIONS AND TYPE OF SUICIDE RISK IN STUDENTS OF 9°, 10° AND 11° GRADE OF AN EDUCATIONAL INSTITUTION OF THE DEPARTMENT OF QUINDÍO

TÍTULO CORTO: EVALUACIÓN DE LAS EXPECTATIVAS NEGATIVAS Y TIPO DE RIESGO SUICIDA EN ESTUDIANTES

Juan Gonzales-Portillo¹, Jerson Gil-Arévalo², Daniela Hernández-Botero³ y Lina Marcela Henao-Sánchez⁴

Recibido en junio 27 de 2015

Aceptado en octubre 15 de 2015

RESUMEN

Esta investigación es de tipo empírico analítico con diseño descriptivo- transversal cuyo objetivo es realizar una evaluación de las expectativas negativas y tipo de riesgo de cometer suicidio en estudiantes de 9°, 10° y 11° de una Institución Educativa del departamento del Quindío, para lo cual se aplicó una ficha de caracterización y la escala de Desesperanza de Beck, Weissman, Lester, & Trexler. El riesgo de suicidio es un problema de salud pública local, nacional y mundial que afecta la calidad de vida de adolescentes y jóvenes del eje cafetero. El estudio indicó que 8 de cada 10 estudiantes tiene riesgo moderado y las edades en las que prevalece son los 15 y 16 años. El *bullying*, la violencia intrafamiliar y la tristeza permanente contribuyen al aumento de este riesgo.

Palabras Clave: autoestima; ideación suicida; suicidio; adolescencia

ABSTRACT

This empirical and analytical study follows a descriptive - transversal design in order to assess the negative expectations and risk of suicide in students of 9°, 10° and 11° year of an educational institution in the Department of Quindío, counting with a personal questionnaire and the Beck hopelessness scale as tools to do so. The risk of suicide is an issue of local, national and global public health that affects the quality of life of teenagers and youngsters from the "Eje Cafetero" area. The research showed that 8 out of every 10 students have a moderate risk, and the ages of prevalence are 15 and 16 years old. Bullying, domestic violence and permanent sadness contribute to increase this risk.

Keywords: self-esteem; suicidal ideation; suicide; adolescence

7

1. Psicólogo especialista en gerencia educativa. Maestrante en educación: desarrollo humano. Docente investigador, Universidad de San Buenaventura Medellín extensión Armenia, Colombia. Correo: juancgp9@hotmail.com
2. Estudiante de XI semestre de Psicología Universidad de San Buenaventura Medellín extensión Armenia, Correo: altarof86@gmail.com
3. Estudiante de X semestre de Psicología Universidad de San Buenaventura Medellín extensión Armenia, Colombia. Correo: danihebo@outlook.com
4. Estudiante de X semestre de Psicología Universidad de San Buenaventura Medellín extensión Armenia, Colombia. Correo: liinahenaos7@hotmail.com



INTRODUCCIÓN

El suicidio y la ideación suicida constituyen un problema de salud pública que afecta la calidad y expectativa de vida de las poblaciones vulnerables, especialmente de aquellas cuyas edades oscilan entre los 15 y 25 años. El Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses^{1,2} expone que por cada suicidio consumado hay de 8 a 10 intentos, y que por cada intento de suicidio otras 5 u 8 lo pensaron a causa de los siguientes factores: disgustos familiares, experiencias de humillación, sufrimiento infantil y fracaso escolar, enfermedades graves, depresión³, ansiedad, consumo de sustancias psicoactivas etc., motivo por el cual se constituye en un problema importante de salud pública en el mundo^{4,5}. Otros aspectos que incrementan los factores de riesgo respecto al suicidio son la búsqueda de identidad, la toma de decisiones, proyecto de vida y el asumir responsabilidades complejas tempranamente⁶; estos elementos son de difícil resolución para los adolescentes ya que el mundo adulto puede resultar para ellos un lugar de difícil ingreso y ajuste, lo cual provoca una crisis importante en relación a lo normativo (autoridad) y la proyección futura (proyecto vital)⁷. Al respecto Moya⁸ indica que la “crisis del adolescente comporta el momento en el que habrá de decidir su futuro, y ello en diversas áreas de la vida: laboral, formativa, afectiva, etc., por lo que un adecuado direccionamiento positivo asegura gran parte de su plan de vida”.

Para el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses¹ el suicidio de adolescentes, jóvenes y adultos es un problema de salud pública de amplio espectro que convoca y requiere de la atención conjunta de los diversos actores e instituciones sociales, para lo cual es necesario el dialogo entre disciplinas y la concertación interinstitucional, aspecto que también implica la colaboración de las familias y de la comunidad. Según Andrade⁹ “el suicidio no emerge de una desconexión de la persona respecto a la realidad que lo impacta, sino de la distorsión de la responsabilidad de asumir o demandar a nivel socio familiar la reestructuración de vínculos rotos con otros sujetos importantes para su experiencia vital”, de modo que la ideación suicida tanto como el suicidio responden a crisis locales y globales que impactan la organización familiar, lo que a su vez afecta la capacidad de respuesta de los colectivos ante los diversos estresores sociales. Es importante mencionar que los adolescentes son especialmente sensibles a los cambios en las dinámicas intrafamiliares, así como también a características de las interacciones en los grupos a los que asisten, por esta razón en ellos se elevan los factores de riesgo cuando los

elementos protectores en la familia y en la comunidad dejan de tener una labor de sostén, acompañamiento y protección continua¹⁰.

El suicidio y la ideación suicida constituyen un problema de salud pública que afecta la calidad y expectativa de vida de las poblaciones vulnerables, especialmente de aquellas cuyas edades oscilan entre los 15 y 25 años. El Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses^{1,2} expone que por cada suicidio consumado hay de 8 a 10 intentos, y que por cada intento de suicidio otras 5 u 8 lo pensaron a causa de los siguientes factores: disgustos familiares, experiencias de humillación, sufrimiento infantil y fracaso escolar, enfermedades graves, depresión³, ansiedad, consumo de sustancias psicoactivas etc., motivo por el cual se constituye en un problema importante de salud pública en el mundo^{4,5}. Otros aspectos que incrementan los factores de riesgo respecto al suicidio son la búsqueda de identidad, la toma de decisiones, proyecto de vida y el asumir responsabilidades complejas tempranamente⁶; estos elementos son de difícil resolución para los adolescentes ya que el mundo adulto puede resultar para ellos un lugar de difícil ingreso y ajuste, lo cual provoca una crisis importante en relación a lo normativo (autoridad) y la proyección futura (proyecto vital)⁷. Al respecto Moya⁸ indica que la “crisis del adolescente comporta el momento en el que habrá de decidir su futuro, y ello en diversas áreas de la vida: laboral, formativa, afectiva, etc., por lo que un adecuado direccionamiento positivo asegura gran parte de su plan de vida”.

Para el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses¹ el suicidio de adolescentes, jóvenes y adultos es un problema de salud pública de amplio espectro que convoca y requiere de la atención conjunta de los diversos actores e instituciones sociales, para lo cual es necesario el dialogo entre disciplinas y la concertación interinstitucional, aspecto que también implica la colaboración de las familias y de la comunidad. Según Andrade⁹ “el suicidio no emerge de una desconexión de la persona respecto a la realidad que lo impacta, sino de la distorsión de la responsabilidad de asumir o demandar a nivel socio familiar la reestructuración de vínculos rotos con otros sujetos importantes para su experiencia vital”, de modo que la ideación suicida tanto como el suicidio responden a crisis locales y globales que impactan la organización familiar, lo que a su vez afecta la capacidad de respuesta de los colectivos ante los diversos estresores sociales. Es importante mencionar que los adolescentes son especialmente sensibles a los cambios en las dinámicas intrafamiliares, así como también a características de las

interacciones en los grupos a los que asisten, por esta razón en ellos se elevan los factores de riesgo cuando los elementos protectores en la familia y en la comunidad dejan de tener una labor de sostén, acompañamiento y protección continua¹⁰.

De acuerdo a lo señalado por Forensis¹, a nivel nacional en el año 2012 hubo 325 suicidios en personas entre 5 y 19 años, en total en este año se presentaron 1810 suicidios, 63 casos corresponden a niños entre los 10 y 14 años, con un incremento de suicidios adolescentes. Según datos de Medicina Legal¹, a nivel nacional en el 2013 hubo 1.685 casos registrados por lo que la tasa anual pasó de 4,2 a 3,5 por cada 100.000 habitantes; Medicina legal advierte que cada día se suicidan 4 personas en Colombia¹, y aunque las regiones más afectadas sean Antioquia y Bogotá, el Quindío sigue siendo especialmente vulnerable en relación al número de eventos por tasa poblacional. En el departamento del Quindío el fenómeno del suicidio se ha presentado de la siguiente manera: 36 casos en 2008, 55 casos en 2009, 47 casos en 2010, 55 eventos en 2011, 39 casos en 2012 y 33 eventos de suicidio en 2013 (25 hombres y 8 mujeres); el Quindío se encuentra de tercero entre los cinco departamentos con mayor tasa de suicidio (tasa de 5,9) a nivel nacional¹. La entidad afirma que las causas de estos acontecimientos en los niños, niñas y adolescentes se asocian a problemas en los estilos de crianza de los padres, conflictos en el entorno escolar, familiar y social en el que viven, modelos de aprendizaje disfuncional en el hogar, como también por la influencia de grupos de pares que elevan los factores de riesgo psicosocial en esta población¹.

En gran medida “la adolescencia es una etapa cuya naturaleza conflictiva cuestiona el mundo adulto, al confrontarlo con su pasado y los modelos de crianza, de los cuales ellos son el prototipo “deseado” o “negado” socialmente”⁹. Como consecuencia, muchos conflictos pueden emerger y persistir de forma dañina e intensificarse debido a la falta de comprensión de los cambios en la vida de los adolescentes y de sus familias, lo que eleva los riesgos de depresiones¹, consumo de sustancias psicoactivas (SPA)⁴ y conductas suicidas entre otros aspectos¹¹. En los adolescentes el riesgo de suicidio es proporcional a la inestabilidad de sus interacciones socio familiares, siendo los intentos no consumados o parasuicidios aquellas conductas que presentan un mayor riesgo ya que muchos intentos terminan en suicidio cuando su intención era llamar la atención sobre un aspecto conflictivo de la convivencia^{12, 13}.

Para la comprensión de los hallazgos se implementó el Modelo Arquitectónico de Mack¹⁴ el cual plantea que los adolescentes y jóvenes con riesgo suicida presentan ocho elementos predominantes y constitutivos previos al suicidio los cuales son:

1. un microsistema que emerge en la persona determinado por la influencia de la cultura, factores políticos, económicos y el sistema educativo
2. factores genéticos y biológicos que influyen en el temperamento y el carácter de los sujetos
3. el cúmulo de experiencias vividas desde la infancia, las cuales tuvieron una elevada incidencia y carga emocional para el adolescente en su proceso de desarrollo
4. la estructuración de la personalidad del joven que determina una forma particular para manejar sus acciones, la visión propia (auto concepto) y la forma de presentarse ante el mundo
5. el tipo de identificaciones, relaciones y socializaciones derivadas de la interacción con su núcleo familiar, sus pares y con otras personas, así como también el manejo de duelos, respecto a la ausencia de un miembro cercano
6. el estado psicopatológico del adolescente relacionado con cuadros depresivos, ansiedad, alcoholismo u otro tipo de afectaciones
7. la relación entre el desarrollo evolutivo y la muerte
8. las condiciones vitales en relación a factores biológicos y socio familiares

MATERIALES Y METODOS

Diseño

Esta investigación se tipificó como empírica-analítica, con un diseño descriptivo de corte transversal. En este tipo de estudios prima la prevalencia de las variables que se van a medir a través de instrumentos, además de permitir una mirada objetiva y descriptiva acerca de las diversas dimensiones que presenta el fenómeno¹⁵.

Población

La población participante en esta investigación fueron los estudiantes de grados 9º, 10º y 11º de una institución educativa pública ubicada en el municipio de Armenia, en el departamento del Quindío. La muestra es de tipo aleatoria simple y los criterios de inclusión son los siguientes: estar matriculado en el colegio y asistir a

clases, tener una permanencia mínima de seis meses en la institución educativa, ser adolescente y pertenecer a los grados noveno, décimo o undécimo.

Instrumentos

Para caracterizar la población se aplicó una ficha de datos sociodemográficos a través, de la cual se obtuvo información como la edad, curso, género, estrato socioeconómico, lugar que ocupa en la familia. Asimismo, se aplicó la Escala de Desesperanza de Beck, Weissman, Lester y Trexler¹⁸, la cual es auto aplicada y consta de 20 ítems y evalúa el grado de desesperanza actual, es decir la actitud o expectativas del sujeto hacia el futuro. El riesgo bajo de suicidio está entre 0 y 8, mientras que el moderado se sitúa entre 9 y 14 y el alto, entre 15 y 20.

Procedimiento

Esta investigación se encuentra dividida en cinco fases: 1) diseño y aprobación de la propuesta de investigación, asimismo la aprobación por parte del comité de bioética; 2) fase de recolección de información teórica respecto al tema de investigación y de planificación de la intervención (permisos en colegios); 3) aplicación de instrumentos, tabulación y análisis estadístico de los datos; 4) construcción del informe de investigaciones y del artículo científico; 5) devolución de los resultados obtenidos a las instituciones.

RESULTADOS

En la investigación realizada se empleó una ficha de datos sociodemográficos la cual arrojó los siguientes resultados: referente a la edad el 1,7% tiene 13 años; el 22,3% 14 años; el 33,5% 15 años; el 30,0% 16 años; el 9,9% 17 años; y el 2,6% 18 años. En cuanto al estrato socioeconómico que en Colombia se clasifica de manera ascendente del 1 al 5: el 3,4% indicó el nivel 1; el 20,6% nivel 2; el 63,1% al estrato 3; el 10,7% al nivel 4; y el 2,1% al estrato 5. El 57,5% fueron mujeres y el 42,5 %

hombres. El 32,6% está en 9° grado, el 35,6% en 10° y el 31,8% en 11° grado. El 22,7% fue hijo único, el 14,6% ha sido testigo de violencia entre sus padres; el 9,0% ha sido víctima de *bullying*; el 3,0% tiene padres separados; el 57,5% padres que viven juntos; el 39,5% no vive con sus padres; el 15,5% indica llevarse mejor con el padre; el 55,8% con la madre; el 7,7% con sus hermanos; el 6,9% con ninguno y el 14,2% con todos; un 8,2% siente que lo castigan demasiado y sin razón, el 29,6% se ha sentido triste la mayor parte del día.

Respecto a los factores que le dan volumen al riesgo suicida se encontró que prima el factor motivacional (= 6,22), seguido por el factor cognitivo o *expectativas negativas frente al futuro* (= 3,19), y el factor afectivo (= 0,52), tal como lo refiere la tabla 1 (ver tabla 1). Según la tabla 2, referente al tipo de riesgo observado el 14,6% corresponde al leve, el 85,4% a riesgo moderado, no se presentó riesgo alto (0%). Las edades que se encuentran en un nivel moderado de riesgo suicida son 15 años (27,9%) y 16 (25,8%). El riesgo suicida moderado se presenta en hijos únicos (19,3%), cuando son testigos de violencia entre sus padres (9,0%), ser víctima de *bullying* (8,2%), convivir con sus padres (51,5%) especialmente con una madre conflictiva o controladora (48,5%), sentir que se es castigado injustamente y sin razón (6,9%), y sentirse triste la mayor parte del día (21,9%) (ver tabla 2).

Tabla 1. Factores determinantes del riesgo suicida

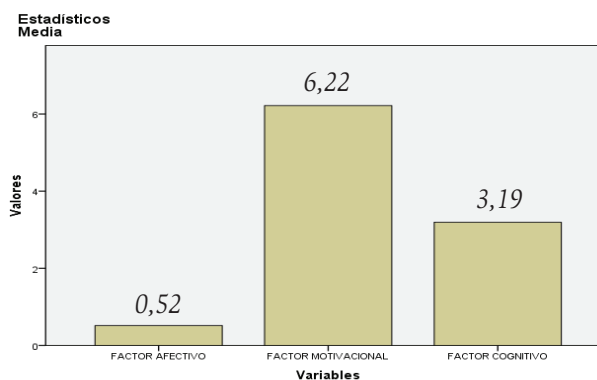


Tabla 2. Tipo de riesgo suicida, nivel de desesperanza.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	LEVE	34	14,6	14,6	14,6
	MODERADO	199	85,4	85,4	100,0
	Total	233	100,0	100,0	



DISCUSIÓN

El riesgo de suicidio aquí evaluado se asocia al concepto de *desesperanza*, el cual representa al sistema de esquemas cognoscitivos que tienen en común la presencia de expectativas negativas ante el futuro, motivo por el cual la desesperanza es la razón más influyente al momento de quitarse la vida e incluso puede ser mucho más importante que la depresión^{17, 16, 18}. Análogamente, en la población investigada se encontró que el factor que más influye en el riesgo suicida son las motivaciones emocionales seguidas de factores cognitivos. Beck *et al.*¹⁷ revelan que un componente específico de la depresión son las *expectativas negativas del futuro* cuyo elemento cognitivo eleva la racionalización de la conducta suicida, así como también una visión desfavorable de sí mismo influyendo de manera directa en el incremento y consolidación del deseo de suicidarse^{19, 21}. En los adolescentes evaluados existe la noción de estar tristes la mayor parte del día, especialmente en aquellos adolescentes con riesgo suicida leve y moderado. Al respecto, investigaciones demuestran que la depresión es un factor precipitante y aunque no se requiere de una depresión profunda para que el intento de suicidio y el parasuicidio aparezcan, los estados depresivos y factores socio familiares se constituyen en los principales elementos determinantes de las conductas suicidas a dicha edad^{3, 22, 24}.

De acuerdo con Mack¹⁴ para que un adolescente tome la decisión de quitarse la vida, deben aparecer de manera conjunta dos o más factores de riesgo, en un momento en que su existencia se torna complicada debido a la dificultad para responder ante la mayoría de presiones y dilemas familiares y sociales. Este modelo resalta que los estresores psicosociales suelen emerger de la dinámica conflictiva en la interacción con personas cercanas, aspecto que en la investigación realizada con adolescentes de bachillerato estuvo asociado al riesgo suicida, lo cual fue notable en conflictos con las figuras de autoridad, influencia de pares y episodios de *bullying*. Correlativamente, y según el quinto factor planteado por Mack¹⁴, compuesto por identificaciones con referentes de socialización negativos, relaciones disfuncionales y socializaciones conflictivas con el núcleo familiar. Tanto las relaciones con el grupo de pares como con los familiares y personas externas resultan determinantes para la emergencia del riesgo de suicidio, ya que entre más complejas y difusas sean, mayor es el riesgo de generar ideas de autoeliminación. Estos aspectos no pueden tomarse como únicos, ya que a ellos deben vincularse los problemas e interpretaciones personales acerca de la

autoridad además de dilemas, incertidumbres y complejos propios de la adolescencia^{25, 11, 20}.

El riesgo suicida en la población evaluada se asocia a la tensión intrafamiliar cuando uno de los padres ejerce un control normativo inapropiado. El hecho de sentirse triste la mayor parte del día, ser testigo de violencia en el hogar, y víctima de episodios de agresión escolar, son factores que evidencian al suicidio como un fenómeno multidimensional que puede ser comprendido a partir de las relaciones que existe entre dichos factores; los cuales son: el factor afectivo, factor emocional y factor cognitivo^{9, 21}. El suicidio responde a varios factores de riesgo que confluyen y presentan un trasfondo emocional innegable, siendo su asociación inter-influyente lo que suele diezmar la capacidad de la persona para autorregularse. Así, cuando los adolescentes han interiorizado los conflictos y sienten que no logran salir de ellos pueden asumir una postura extrema de tristeza y melancolía, o en caso contrario tornarse impulsivos, contestatarios, agresivos o desafiantes, tomando ambos comportamientos como respuestas ante el abandono, las limitaciones a su libertad, presión y exigencia de sus padres o cuidadores²⁶. En el acto suicida la concientización de la idea suicida precede a factores emocionales; así una expectativa negativa de futuro se convierte en certeza de no-futuro cuando el ambiente no permite que los factores protectores superen a los de riesgo, dejando a la persona a expensas de sus más crudas ideas, afectos y representaciones negativas⁶.

Moya²⁷ muestra que los padres deben cooperar en la prevención del suicidio generando espacios de diálogo, confianza y comprensión de los hijos, fortaleciendo su autoestima y habilidades sociales, ya que los factores de riesgo que afectan a nivel intrafamiliar su robustez emocional son: la falta de atención de los padres, negligencia familiar, la separación parental, agresiones a su identidad, la presión por que asuman un modelo de conducta, la exclusión de las decisiones en el hogar y una sensación permanente de soledad, entre otros^{7, 28}. De acuerdo con Mack¹⁴, las crisis intrafamiliares son un elemento que incrementa los riesgos de suicidio en adolescentes, especialmente cuando crecen bajo relaciones conflictivas que comprometen su salud física y mental tales como violencia entre sus padres, separaciones permanentes, manipulación afectiva por parte de sus progenitores o abuso sexual^{29, 26, 28, 10}. En los estudiantes investigados se visualizó que el factor cognitivo o *expectativas negativas frente al futuro*, sumado al factor motivacional son determinantes en el riesgo

suicida, especialmente cuando el adolescente choca con la figura de autoridad que habitualmente es la madre. El hecho de ser hijo único también se constituyó en riesgo: en este sentido estudios han revelado que en madres cabeza de hogar y hogares con padres separados, los hijos suelen quedar a cargo de la madre quien puede ejercer una autoridad inapropiada debido a que no han superado aún la crisis de la ruptura^{30, 31}.

En relación a lo expuesto es preciso indicar que el estilo de crianza y la unión del núcleo familiar consolidan condiciones y mecanismos de protección de la conducta suicida, de modo que los *factores biológicos y socio familiares*, que son componentes del octavo factor de riesgo enunciado por Mack¹⁴, inciden en el desarrollo de conductas autolíticas en los adolescentes, ya que el crecer en un ambiente conflictivo, sin una comunicación asertiva y un escaso sentido de protección y autorregulación familiar permanente, produce en ellos la idea de desvalimiento, incertidumbre, desprotección, maltrato, o abandono^{1, 30, 9}. Muchos de estos estudiantes suelen mostrarse vulnerables ante sus pares, por lo que algunos de ellos pueden ser víctima de *bullying*, el cual en la investigación realizada se constituyó en un factor de riesgo de suicidio moderado y grave, y aunque la proporción de sujetos victimados fue baja, debe ser tomada en cuenta como factor potencial de riesgo grave. En este sentido estudios demuestran que el *bullying* puede constituirse en un elemento predictor del comportamiento suicida en los agredidos, en aspectos relacionados con la intensidad de las agresiones, la frecuencia del acoso, y en conjunto a otros factores de riesgo psicosocial en adolescentes y jóvenes^{24, 32, 7}.

CONCLUSIÓN

La tasa de suicidios en la ciudad de Armenia y en el departamento del Quindío aumentó en el periodo comprendido entre los años 2004 y 2008. Su incremento ha sido leve en los años posteriores siendo los adolescentes y jóvenes la población más vulnerable, en este sentido la región ocupa el tercer lugar en los porcentajes más elevados de suicidio de acuerdo a tasa poblacional. Las edades en las que se presenta con mayor probabilidad el comportamiento suicida son aquellas comprendidas entre los 18 y 29 años de edad. Según informes de Forensis, el factor de riesgo común para el suicidio en el Quindío son los problemas afectivos y la crisis financiera. Se cree entonces que el desarrollo de comportamientos suicidas se presenta en edades en las que no se ha establecido aún la madurez emocional y social suficiente para afrontar las exigencias sociales. Por lo tanto, los eventos estresores en

la vida de los adolescentes no actúan de manera aislada, y se hace necesario estudiar e investigar otras variables de carácter individual y social con el fin de determinar la capacidad de afrontamiento que tienen los adolescentes y los jóvenes para superar dichos eventos.

El estudio encontró que, aunque la autoestima y la depresión no sean los únicos factores precipitantes de la ideación suicida, existe en los adolescentes una propensión a vivenciar de forma frecuente sintomatología depresiva y estados de presión familiar con las figuras de autoridad principalmente con la madre. Estos roces, choques o crisis forman parte de la dinámica vital de los adolescentes, pero se tornan complejos en la medida que se adhieren a otros factores de riesgo social, por ello es importante el trabajo preventivo mancomunado y el establecimiento de una cultura preventiva en todas las instituciones sociales. Cabe señalar que la población evaluada presenta riesgos elevados de cometer suicidio, especialmente por motivos familiares y el mal manejo de la norma en el hogar por parte de los padres, motivo por el cual es necesario trabajar el rol de autoridad, los límites y pautas de crianza a fin de elevar los factores protectores y las habilidades para la vida en los y las adolescentes.

Los estudios revisados indican que los elementos estresores que son relevantes al momento del desarrollo de conductas suicidas pueden presentarse durante varios meses antes de la conducta, siendo estos de carácter acumulativo, ya que varios factores adversos se reúnen meses antes de la presentación del comportamiento suicida. En los adolescentes la acumulación de dilemas, problemas familiares y escolares como el *bullying* además de otras modalidades de acoso, constituirían un nodo de elementos negativos que eleva el riesgo de cometer suicidio. Se recomienda indagar en investigaciones otros factores asociados a la conducta suicida, tales como elementos socioculturales, representaciones sociales, depresión reactiva y la exposición a situaciones estresantes. En la población evaluada el riesgo es elevado y se distribuye entre leve y moderado, por lo que 8 de cada 10 estudiantes presenta riesgo de suicidio (moderado). Se encontró que el convivir con ambos padres podría elevar el riesgo suicida cuando la autoridad se centra en la madre y esta asume ambos roles. Asimismo, los hijos únicos, ser testigo de violencia intrafamiliar o víctima de acoso escolar constituyeron elementos vinculados al riesgo suicida.

La desesperanza es elevada en la población adolescente debido en gran medida a las interacciones con las figuras de autoridad y a la calidad de vida que brindan

los adultos o cuidadores de los mismos, aspectos en los que es preciso ahondar los estudios. Ergo, es necesario plantear nuevas investigaciones, y que sus resultados se divulguen y aporten a la comunidad, y no solo a la población objeto de estudio. A partir de lo anterior se sugiere realizar estudios sobre los factores protectores y la forma en que estos interactúan con los factores de riesgo, contextualizando los indicadores de riesgo, para así generar estrategias efectivas para prevenir, intervenir y contener la problemática. En este sentido uno de los mejores métodos para prevenir la conducta suicida es un método a largo plazo que direcciona y evalúe los factores tanto a nivel individual como psicosocial. Por ello, la prevención de las conductas suicidas no solo se limita a intervenir en los factores individuales, sino también desde un enfoque ecológico, el trabajo de aspectos personales, interpersonales y sociales.

DECLARACIÓN SOBRE CONFLICTOS DE INTERÉS

Los autores no reportan conflictos a declarar relacionados con la investigación.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. FORENSIS: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses [Internet]. Colombia: FORENSIS; 2012 [citado 10 Mar 2015]. [aprox. 2 pantallas]. Disponible en: <http://www.medicinalegal.gov.co/documents/10180/34861/6+5+suicidio+forensis+2012.pdf/654be518-60d0-4979-b899-f26c83d1bb8c>
2. Madrigal de León M. Suicidio-Adolescencia. Boletín latinoamericano adolescencia. 2004; 10(1).
3. Treviño L, Saíz P, Bobes J. Suicidio y depresión. Humanidades médicas [Internet]. 2006 [citado 10 Abr 2015]; 9: 1-13. Disponible en: http://www.fundacionmhm.org/www_humanitas_es_numero9/articulo.pdf.
4. OMS [Internet]. Ginebra: Organización mundial de la salud; 2006 [citado 15 Mar 2015]. Disponible en: http://www.hqlibdoc.who.int/publications/2006/9241594314_spa.pdf
5. Organización Mundial de la Salud. Suicide data. Ginebra: OMS; 2012 [citado 22 Mar 2015]. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en
6. Andrade P, Betancourt D, Vallejo A, Segura B, Rojas R. Prácticas parentales y sintomatología depresiva en adolescentes. Salud Mental [Internet]. 2012 [citado 24 Feb 2015]; 35(1): 29-36. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252012000100005
7. García H, Sahagún J, Ruiz A, Sánchez G, Tirado J, González J. Factores de riesgo, asociados a intento de suicidio, comparando factores de alta y baja letalidad. Redalyc [Internet]. 2010 [citado 24 Feb 2015]; 15(5): 713-721. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=42219911002>
8. Moya J. La conducta suicida en adolescentes sus implicaciones en el ámbito de la justicia juvenil. IPSEds [Internet]. 2007 [15 Mar 2015]; 1: 29-36. Disponible en: <http://www.osamcat.cat/cat/Publicacions/Articles/ConductaSuicida.pdf>
9. Andrade J. Aspectos psicosociales del comportamiento suicida en adolescentes. REPI [Internet]. 2012 [citado 12 Feb 2015]; 5(2): 688-721. Disponible en: <http://www.revistas.unam.mx/index.php/repi/article/view/32373>
10. García A. La integración de los padres en los procesos educativos escolares. Revista Educación y Futuro. 2005; 12(1): 11-50.
11. Diekstra RF. The epidemiology of suicide and parasuicide. Acta Psychiatr Scand. 1993; 8(371): 9-20.
12. Florenzano R, Valdés M, Cáceres E, Santander S, Aspillaga C, Musalem C. Relación entre ideación suicida y estilos parentales en un grupo de adolescentes chilenos. Rev Med Chile. 2011; 139(12): 1529-1533.
13. Fergusson DM, Horwood LJ, Beautrais AL. Is sexual orientation related to mental health problems and suicidality in young people? Arch Gen Psychiatry. 1999; 56(10): 876-880.
14. Mack JE. Suicide and depression among adolescent and young adults. Adolescent suicide: aix architectural model, Ed. Klerman GL, editor. Washington: American Psychiatric Press; 1986.
15. FORENSIS: Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses [Internet]. Colombia: FORENSIS; 2013 [citado 10 Mar 2015]. [aprox. 2 pantallas]. Disponible en: <http://www.medicinalegal.gov.co/documents/10180/188820/FORENSIS+2013+3-+suicidio.pdf/65a683b4-38b2-46a4-b32a-f2a0884b25bf>
16. Beck AT, Schuyler D, Herman I. Development of suicidal intent scales. En: Beck, AT, Renisck HLP, Lettieri DJ, editors. The prediction of suicide. Bowie, MD: Charles Press; 1974. 45-56.
17. Beck AT, Weissman A, Lester D, Trexler L. The measurement of pessimism: The hopelessness Scale. Consult J Clin Psychol. 1974; 42(6): 861-865.
18. Beck CT. Predictors of postpartum depression: An update. Nur Res. 2001; 50 (5): 275-285.
19. Betancourt OD, Andrade P. Las prácticas parentales como recursos familiares que modulan la sintomatología depresiva en adolescentes. Uaricha. 2012; 9(19): 34 - 45.
20. Quiroga, S. Adolescencia: del goce orgánico al hallazgo de objeto. 1. 2ª ed. Argentina: Eudeba; 1999.
21. Sánchez J, Musitu G, Villarreal M, Martínez B. Ideación Suicida en Adolescentes: Un Análisis Psicosocial. Scielo [Internet]. 2010 [citado 10 May 2015]; 19 (3): 279-258. Disponible en: <http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/social/in2010v19n3a8.pdf>.

22. Rosselló J, Berríos M. Ideación suicida, depresión, actitudes disfuncionales, eventos de vida estresantes y autoestima en una muestra de adolescentes puertorriqueños/as. *Rev Interam Psicol* [Internet]. 2004 [citado 5 Mayo 2015]; 38(2): 295-302. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28438215>.
23. Hernández SR, Fernández CC, Baptista LP. Fundamentos de metodología de la investigación. [Internet]. 4ta Edición. México: McGraw Hill; 2005 [citado 6 Mar 2015]. Disponible en:
24. https://competenciashg.files.wordpress.com/2012/10/sampieri-et-al-metodologia-de-la-investigacion-4ta-edicion-sampieri-2006_ocr.pdf
25. Cardozo G, Alderete A. Adolescentes en riesgo psicosocial y resiliencia. *Revista Psicología desde el Caribe*. 2009; 23: 148-182.
26. Vallejo Casarín A, Osorno R, Mazadiego T. Estilos parentales y sintomatología depresiva en una muestra de adolescentes veracruzanos. *Enseñanza e Investigación en Psicología* [Internet]. 2008 [citado 18 Abr 2015]; 13(1): 91-105. Disponible en:
27. http://www.researchgate.net/profile/Alma_Vallejo/publication/40441113_Estilos_parentales_y_sintomatologia_depresiva_en_una_muestra_de_adolescentes_veracruzanos/links/0f31753aab72ac3602000000.pdf.
28. Cajigas N, Kahan E, Luzardo M, Najson S, Ugo C, Zamalvide G. Agresión entre pares (Bullying) en un centro educativo de Montevideo: estudio de las frecuencias de los estudiantes de mayor riesgo. *Rev Med Urug*. 2006; 22(2): 143-51.
29. Moya J. La conducta suicida en adolescentes sus implicaciones en el ámbito de la justicia juvenil. *IPSEds* [Internet]. 2007 [15 Mar 2015]; 1: 29-36. Disponible en: <http://www.osamcat.cat/cat/Publicacions/Articles/ConductaSuicida.pdf>
30. Cepeda Cuervo E, Caicedo G. Acoso escolar: caracterización, consecuencias y prevención. *Revista Iberoamericana de Educación*. 2012; 61(3): 1-7.
31. Andrade P, Betancourt O. Prácticas parentales: Una mediación integral. Rivera R. L, Díaz-Loving I, Reyes AR, Sánchez, ML. M. Cruz. *La psicología social en México*. 13. México: Amepso; 2008.
32. Toro D, Paniagua R, González C, Montoya B. Caracterización de adolescentes escolarizados con riesgo suicida, Medellín, 2006. *Rev Fac Nac Salud Pública* [Internet]. 2006 [citado 15 May 2015]; 27(3): 302-308. Disponible en:
33. <http://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/fnsp/article/view/1446>
34. Sarmiento S, Aguilar J. Predictores familiares y personales de la ideación suicida en adolescentes. *Psicología y Salud* [Internet]. 2011 [citado 10 May 2015]; 21(1): 25-30. Disponible en:
35. <http://www.uv.mx/psicysalud/psicysalud-21-1/21-1/Carolina-Sarmiento-Silva.pdf>
36. Córdova A, Estrada A, Velázquez M. Detección de riesgo suicida en una muestra de adolescentes estudiantes de escuelas secundarias. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*. 2013; 15(1): 7-21.

Para citar este artículo: Gonzales-Portillo J, Gil-Arévalo J, Hernández-Botero D, Henao-Sánchez L. Evaluación de las expectativas negativas y tipo de riesgo suicida en estudiantes de 9°, 10° y 11° de una Institución Educativa del Departamento del Quindío. *Duazary*. 2016 jun; 13 (1): (7 - 14)