



Interdisciplinaria

ISSN: 0325-8203

ISSN: 1668-7027

[interdisciplinaria@fibercorp.com.ar](mailto:interdisciplinaria@fibercorp.com.ar)

Centro Interamericano de Investigaciones Psicológicas y Ciencias Afines

Argentina

Rey Anacona, César A.; Redondo Pacheco, Jesús; Moreno Méndez, Jaime H.  
Diferencias por sexo y variables asociadas a la planificación suicida en adolescentes colombianos  
Interdisciplinaria, vol. 41, núm. 1, 2024, Enero-, pp. 22-23  
Centro Interamericano de Investigaciones Psicológicas y Ciencias Afines  
Buenos Aires, Argentina

DOI: <https://doi.org/10.16888/interd.2024.41.1.22>

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18076225022>

- ▶ [Cómo citar el artículo](#)
- ▶ [Número completo](#)
- ▶ [Más información del artículo](#)
- ▶ [Página de la revista en redalyc.org](#)

The logo for Redalyc.org features the text 'redalyc.org' in a lowercase, sans-serif font. The 'red' is in red, and 'alyc.org' is in black. A red graphic element resembling a stylized 'r' or a drop is positioned above the 'y'.

Sistema de Información Científica Redalyc

Red de revistas científicas de Acceso Abierto diamante

Infraestructura abierta no comercial propiedad de la academia

**Diferencias por sexo y variables asociadas a la planificación suicida en adolescentes colombianos**

**Sex differences and variables associated with suicidal planning in Colombian adolescents**

César A. Rey Anacona<sup>1</sup>, Jesús Redondo Pacheco<sup>2</sup> y Jaime H. Moreno Méndez<sup>3</sup>

<sup>1</sup><https://orcid.org/0000-0002-9528-2199>. E-mail: [cesar.rey@uptc.edu.co](mailto:cesar.rey@uptc.edu.co).

<sup>2</sup><https://orcid.org/0000-0001-6063-1996>. E-mail: [jesus.redondo@upb.edu.co](mailto:jesus.redondo@upb.edu.co)

<sup>3</sup><https://orcid.org/0000-0003-4087-6309>. E-mail: [jhmoreno@ucatolica.edu.co](mailto:jhmoreno@ucatolica.edu.co)

Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia.

Universidad Pontificia Bolivariana (Seccional Bucaramanga).

Universidad Católica de Colombia.

**Resumen**

En este estudio se examinaron las diferencias por sexo en el número de intentos de suicidio y la ideación suicida (pensar seriamente en el suicidio y en un plan suicida), entre 1659 adolescentes de 13 a 19 años (54 % mujeres), de cuatro ciudades de Colombia. Además, se comparó a los(as) adolescentes que informaron haber pensado un plan suicida con aquellos que no, en una serie de variables individuales y socio-familiares previamente relacionadas con la conducta suicida. Los instrumentos utilizados fueron la Lista de Síntomas (SCL-90-R), el Conflict in Adolescent Dating Relationships Inventory (CADRI), el Sistema de Evaluación de la Conducta de Niños y Adolescentes 3<sup>a</sup> Ed. (BASC-S3), un cuestionario de autoinforme de variables psicológicas y un cuestionario de autoinforme sobre incidentes de violencia entre los padres presenciados por los adolescentes. Las mujeres informaron más intentos suicidas que los varones, y un porcentaje significativamente mayor ( $p \leq .05$ ) informó haber

pensado seriamente en la posibilidad de suicidarse y en un plan suicida. Los(as) participantes que pensaron en un plan suicida presentaron significativamente ( $p \leq .05$ ) una mayor sintomatología psicopatológica, desajuste clínico y escolar, violencia recibida de la pareja, consumo de sustancias psicoactivas y malas relaciones con sus familiares, así como un menor ajuste personal. La probabilidad de pensar en un plan suicida fue mayor ( $OR \geq 2.0$ ) entre quienes informaron sentirse muy tristes o desesperanzados, reportaron actos sexuales forzados y presenciaron violencia entre los padres. Estos resultados señalan que se podría identificar a los(as) adolescentes que tienen una mayor vulnerabilidad hacia la conducta suicida, entre aquellos que presentan circunstancias sociofamiliares adversas, así como un mayor desajuste clínico, educativo y personal, asumiendo una perspectiva ecológica en el tratamiento de dicha conducta.

*Palabras clave:* adolescentes, suicidio, sexo, análisis multivariante, Colombia

### **Abstract**

Although some studies have been carried out about suicidal behavior in the adolescence in Colombia, it has been necessary to carry out research with larger samples and from different regions of the country, examining aspects of ideation such as suicidal planning, which tends to predict suicidal attempts, taking into account that sex differences in attempts and such ideation among Colombian adolescents have not been sufficiently investigated. This study examined sex differences in the number of suicide attempts and suicidal ideation (seriously thinking about suicide and planning to commit suicide in the last twelve months), among 1659 adolescents aged 13 to 19 years (54 % female), from four cities of Colombia (Bogotá, Bucaramanga, Tunja and Yopal). In addition, adolescents who reported having thought of a suicide plan were compared with those who had not, in a series of individual and socio-family variables previously related to suicidal behavior. The instruments used were the Checklist SCL-90-R, the Conflict in

Adolescent Dating Relationships Inventory (CADRI), the Behavior Assessment System for Children 3<sup>rd</sup> Ed. (BASC-S3), a self-report questionnaire on psychological variables, and a self-report questionnaire on incidents of violence between parents witnessed by adolescents. Non-parametric tests (Mann Whitney  $U$ , effect size for this test, Chi Square, Odds Ratio) were used, due to the nominal and ordinal nature of some variables and because the quantitative variables were not normally distributed in the sample. Women reported more suicide attempts than men, and significantly more ( $p \leq .05$ ) reported serious thoughts of suicide and a suicide plan. The participants who thought about a suicide plan in the last twelve months presented a significantly higher range of scores ( $p \leq .05$ ) of the psychopathological symptoms measured with the SCL-90R and the BASC-S3, such as somatization, obsessions-compulsions, depression, anxiety, hostility and psychoticism, in the global severity index of the SCL-90R, in the clinical and school maladjustment indices of the BASC-S3, as well as a smaller range of scores in the personal adjustment index and the scales of this BASC index (interpersonal relations, relations with parents, self-esteem and self-confidence). They also reported a higher frequency of sexual, relational, verbal-emotional, physical violence and threats from their partner or ex-partner, examined by the CADRI, as well as a higher consumption of alcoholic beverages, marijuana and inhalants, violent physical punishment by parents or another caregiver, feeling neglected by the father and mother, running away from home, poor relationships with parents and siblings, and poor academic performance. The probability of thinking about a suicidal plan was higher ( $OR \geq 2.0$ ) among those who reported feeling so sad or hopeless that they had to interrupt their normal activities, almost every day, for two weeks or more; having been physically punished in a violent way by a parent or other caregiver; having been forced to a sexual act by an older person, a peer, a family member or a stranger; having been

abandoned totally or for a considerable time by the mother; having been thrown out of the house by one of the parents and having witnessed acts of physical, verbal or other types of violence between the parents. These results indicate that adolescents who have a greater vulnerability to suicidal behavior could be identified among those who present negative family circumstances, such as poor relationships with parents, domestic violence and observation of violence between parents, as well as negative social circumstances, such as poor interpersonal relationships, sexual violence and intimate partner violence, which could lead to the development of psychopathological symptoms, substance use, poor academic performance and other manifestations of clinical, educational and personal maladjustment, in order to carry out an intervention that decreases the likelihood of suicide attempts. They also show the importance of developing prevention alternatives from an ecological perspective, including peers, parents and teachers.

*Keywords:* adolescents, suicide, sex, multivariate analysis, Colombia

### **Introducción**

La conducta suicida hace referencia a una secuencia generalmente progresiva de eventos, que suelen iniciar con la ideación suicida, la cual puede ser pasiva, cuando se refiere a pensamientos que reflejan el deseo de morir, o activa, cuando involucra la intención y la elaboración de un plan para realizar el acto suicida, mediante la identificación de métodos, lugares, momentos, insumos y otros preparativos, tras lo cual podría presentarse el intento suicida, en donde se lleva a cabo una conducta autoinfligida potencialmente lesiva que evidencia la intención de provocarse la muerte y que puede desembocar en la muerte del individuo (Baiden et al., 2020; Baños-Chaparro, 2022; Ministerio de Salud y Protección Social, 2017). Es importante mencionar que, aunque muchas personas presentan ideas suicidas, no necesariamente elaboran un plan o

tienen intentos suicidas, como lo indican los estudios de prevalencia que examinan tanto la ideación como los intentos (Hernández-Bello et al., 2020).

El informe sobre suicidio publicado por la World Health Organization (WHO, 2021) revela que este es una de las principales causas de muerte en todo el mundo. Así, en 2019 se suicidaron 700 000 personas, lo que significa que una de cada cien muertes ese año se debió a esa circunstancia (Organización Panamericana de la Salud, 2021). Esto convierte al suicidio en un grave problema de salud pública, debido a su impacto psicológico en los familiares, allegados y otros integrantes de la comunidad y a las exigencias en el sistema de salud que este evento puede representar (Stone et al., 2017).

Entre las variables que se han relacionado con el suicidio se encuentran los intentos previos, la presencia de trastornos mentales, trastornos por consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas, circunstancias vitales negativas (pérdida de un ser querido, desastres naturales, pérdida del empleo, ruptura de la pareja, etc.), historia familiar de suicidios, violencia física y emocional y abuso sexual (Ministerio de Salud y Protección Social, 2017; WHO, 2014).

Un fenómeno que causa mucha preocupación son las altas cifras de suicidio en la adolescencia, un período de transición a la vida adulta en el que se presenta una serie de rápidos cambios y en el que los individuos están expuestos a muchas situaciones de riesgo para su salud física y mental (Kim et al., 2019; Moreno-Gordillo et al., 2019; Organización Mundial de la Salud [OMS], 2022). Según la OMS (2021a), el suicidio es la cuarta causa de muerte entre las personas de 15 a 19 años y las tasas se incrementan con la edad. La evidencia indica que la conducta suicida en la adolescencia podría relacionarse con la depresión asociada a acontecimientos vitales negativos, antecedentes familiares, un padre con un trastorno mental o de la personalidad, el divorcio de los padres, haber sido víctima de maltrato infantil o abuso sexual, violencia intrafamiliar,

dificultades disciplinarias, rupturas amorosas, pérdida de seres queridos, problemas en la escuela, consumo de sustancias y falta de actividades de ocupación del tiempo libre, así como con intentos previos de suicidio (Ministerio de Salud y Protección Social, 2017; Ministerio de Salud y Protección Social & Colciencias, 2015; Moreno-Gordillo et al., 2019).

El hecho de que la mitad de los trastornos de salud mental se presenten antes de los 14 años (OMS, 2021b) también incrementa el riesgo de suicidio entre los adolescentes, pues varios de estos trastornos aumentan ese riesgo, como el trastorno depresivo mayor, el trastorno bipolar, los trastornos de ansiedad y los trastornos por consumo de sustancias (American Psychiatric Association, 2013). Un estudio realizado con una muestra representativa nacional de adolescentes estadounidenses entre 12 y 17 años encontró que el *bullying* y el *ciberbullying* incrementaban los pensamientos y los intentos de suicidio (Hinduja y Patchin, 2018), mientras que otras investigaciones señalan una relación entre la conducta suicida y la victimización por violencia en el noviazgo (Gracia-Leiva et al., 2019; Stone et al., 2017).

En Colombia, como en otros países de Latinoamérica, se presentan tasas de suicidio comparativamente más bajas con respecto a países de otras regiones (WHO, 2021). Sin embargo, estas tasas se incrementaron entre 2009 y 2018 de 4.50 a 5.93 por cada cien mil habitantes, constituyendo el 10.4 % de las muertes por causa externa en ese período (Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses [INM y CF], 2019).

Asimismo, se presentó un aumento en el número de suicidios entre personas de 10 a 14 años, de 57 en el 2014 a 112 en el 2018, así como entre las personas de 15 a 17 años, de 117 en 2013 a 170 en 2018 (INM y CF, 2019). La Encuesta Nacional de Salud Mental, realizada con una muestra representativa de 15351 personas entre 7 y 96 años, encontró que el 6.6 % de los adolescentes había tenido ideación suicida, el 1.8 % un plan suicida

y el 2.5 % un intento de suicidio; además, el 37.6 % de los adolescentes que intentaron suicidarse lo habían planeado (Ministerio de Salud y Protección Social & Colciencias, 2015). Estos datos revelan que la conducta suicida está muy extendida entre la población adolescente colombiana, lo que probablemente ha motivado la realización de varios estudios sobre el tema.

Así, Loaiza y Yacamán (2019) encontraron una correlación estadísticamente significativa entre la ideación suicida y la violencia en el noviazgo entre 542 adolescentes de 13 a 18 años del Departamento del Atlántico, en tanto que Paniagua et al. (2014) hallaron entre 604 adolescentes escolarizados de Medellín, que el riesgo de orientación suicida, es decir, de pensar o sentirse inútil o que no se es importante para la familia y que sería mejor estar muerto, se relacionaba con la acumulación de tensiones en la familia, la escasa búsqueda de apoyo, el mal funcionamiento familiar, la vulnerabilidad en valores morales y la presencia de sintomatología depresiva.

Álvarez et al. (2019), por su parte, encontraron una mayor frecuencia de distorsiones cognitivas entre adolescentes con riesgo suicida, comparados con los que no presentaban dicho riesgo, en una muestra de 200 adolescentes de Cali, mientras que Gómez et al. (2019) hallaron puntajes más altos en antecedentes de trastorno mental e intentos de suicidio en la familia, intentos de suicidio previos, depresión, desesperanza e impulsividad, entre los participantes que presentaban riesgo de suicidio dentro de una muestra de 1408 estudiantes universitarias de 16 a 30 años de Manizales y Medellín.

Forero et al. (2017) identificaron un porcentaje estadísticamente significativo de participantes que mostraban un nivel alto de ideación suicida y disfuncionalidad familiar grave, entre 289 adolescentes de 13 a 17 años de Tunja. Asimismo,

Aguirre-Flórez et al. (2015) informaron una asociación estadísticamente significativa entre puntuaciones de riesgo suicida con puntajes de funcionalidad familiar, depresión,

dependencia alcohólica, autoestima, trastornos de conducta alimentaria, acoso escolar, consumo de cigarrillo y consumo de sustancias psicoactivas, entre 322 adolescentes de Manizales.

Por su parte, Pulido et al. (2022) sometieron a prueba un modelo con adecuados índices de bondad de ajuste, que indica que la aceptación y la implicación de los dos padres influye en el funcionamiento familiar, lo cual, a su vez, reduce el nivel de ideación suicida, según los datos brindados por 268 adolescentes de Valledupar, en tanto que Tabares et al. (2020) encontraron correlaciones estadísticamente significativas entre riesgo suicida, intención suicida, depresión e impulsividad, entre 179 adolescentes del Departamento de Caldas.

Suárez y Campo-Arias (2019), por su parte, hallaron que la baja confianza y la baja comunicación con la madre y el padre incrementaban la probabilidad de presentar un alto riesgo de suicidio entre 399 adolescentes escolarizados de 13 a 19 años de Santa Marta, en tanto que Campo-Arias et al. (2020) informaron que esa probabilidad era mayor entre los participantes que presentaban consumo de cannabis, entre 1462 estudiantes de 13 a 17 años de la misma ciudad. Martínez et al. (2017), por su parte, encontraron una correlación estadísticamente significativa entre puntuaciones en trastornos de la alimentación e ideación suicida, entre 1282 estudiantes entre los grados octavo y undécimo del Departamento de Boyacá.

Aunque estas investigaciones corroboran variables que se han relacionado con el suicidio en la adolescencia, como la disfunción familiar, la depresión, el consumo de sustancias y la violencia en el noviazgo, la mayoría se restringió a una región determinada y reclutaron muestras relativamente pequeñas de participantes, lo cual es consistente con los resultados de una revisión sistemática realizada con 88 estudios sobre el suicidio en Colombia (Benavides-Mora et al., 2019), en la que se resalta la

importancia de contar con un modelo teórico de referencia y replicar estos estudios con muestras más grandes y de diferentes contextos.

Otro aspecto que requiere más investigación en Colombia, son las diferencias por sexo en cuanto el número de intentos de suicidio, la ideación y la planificación suicida en la adolescencia, ya que solo se cuenta como referente los resultados de la mencionada Encuesta Nacional de Salud Mental (Ministerio de Salud y Protección Social y Colciencias, 2015), que evidenció tasas mayores entre las adolescentes, comparadas con los adolescentes, en cuanto a la presencia de ideación suicida (7.4 % versus 5.7 %), plan suicida (2.5 % versus 1.0 %) e intento de suicidio (2.9 % versus 2.1 %).

A nivel mundial también se ha encontrado que un número mayor de mujeres adolescentes presentan ideación e intentos suicidas, mientras que entre los hombres se presentan más muertes por suicidio (Hernández-Bello et al., 2020), considerándose que estas diferencias podrían deberse a factores como las expectativas del género masculino que promueven rasgos como la dureza emocional y la ausencia de miedo, así como un mayor acceso a medios letales entre los hombres por los tipos de trabajo que suelen ocupar (Hernández-Bello et al., 2020; WHO, 2014). En un estudio de corte cualitativo realizado con hombres adultos irlandeses, ellos señalaron que las expectativas de género pueden llevar a no manifestar sus emociones y a no buscar ayuda, lo cual, a su vez, puede incrementar el riesgo de suicidio (Cleary, 2019). En otro estudio efectuado con 3639 adolescentes estadounidenses de origen latino, se encontró que la única variable micro, meso y macro-sistémica que predecía la conducta suicida entre los varones, pero no entre las mujeres, era la violencia física (Villareal-Otálora et al., 2020).

En el presente estudio se investigaron estas diferencias por sexo y se asumió el modelo ecológico para examinar un conjunto de variables a nivel individual y sociofamiliar, que podrían relacionarse con el hecho de pensar en un plan suicida, entre adolescentes de

cuatro ciudades de Colombia, teniendo en cuenta los estudios reseñados previamente y las variables señaladas por la WHO (2021), organización que asumió este modelo para analizar los factores de riesgo que podrían relacionarse con el suicidio de cara a su prevención, como lo han hecho otros investigadores (Cramer y Kapusta, 2017; Martínez y Robles, 2016; Pulido et al., 2022). Por otra parte, se seleccionó el plan suicida dentro del espectro de la conducta suicida, debido a que la planificación suele anteceder al intento suicida, como lo indican los resultados ya reseñados de la Encuesta Nacional de Salud Mental (Ministerio de Salud y Protección Social y Colciencias, 2015), de manera que los factores relacionados con la planeación podrían dar pautas para la prevención del suicidio (Baiden et al., 2020; Stone et al., 2017).

Conforme a lo anterior, este estudio se planteó como objetivos: (a) examinar las diferencias por sexo en el número de intentos de suicidio, el haber pensado seriamente en la posibilidad de suicidio y en un plan de suicidio en los últimos doce meses, informados por adolescentes de cuatro ciudades de Colombia y (b) comparar a los adolescentes que reportaron haber tenido un plan suicida en los últimos doce meses con aquellos que no, en cuanto a las siguientes variables individuales: síntomas psicopatológicos, consumo de alcohol y otras sustancias, rendimiento académico y desajuste clínico y escolar, y las siguientes variables sociofamiliares: relaciones con pares, adultos y familiares, victimización por violencia en el noviazgo, historia de abuso físico y sexual y observación de violencia entre los padres.

## **Método**

### **Participantes**

Se contó con la participación de 896 mujeres (54 %) y 763 varones (46 %), para un total de 1659 adolescentes, que tenían entre 13 y 19 años de edad ( $M = 16.15$ ;  $DE = 1.61$ ).

Los participantes cursaban entre el tercer y el undécimo grado en instituciones de

educación media públicas y privadas de las ciudades de Bogotá ( $n = 595$ ), Bucaramanga ( $n = 260$ ), Tunja ( $n = 399$ ) y Yopal ( $n = 405$ ). Se eligieron los dos tipos de instituciones con el fin de contar con una muestra suficientemente amplia. La mayoría cursaba el grado undécimo ( $n = 740$ , 44.6 %, fue la moda), décimo ( $n = 419$ , 25.3 %), noveno ( $n = 285$ , 17.2 %) y octavo ( $n = 188$ , 11.3 %) y vivían en barrios de estrato socioeconómico bajo-bajo (15.9 %), bajo (38.8 %), medio-bajo (35.6 %) medio (7.1 %), medio-alto (2.3 %) y alto (0.3 %), según la clasificación del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (s. f.).

Los criterios de inclusión en la muestra fueron: (a) tener entre 13 y 19 años de edad, rango ubicado dentro de la adolescencia y en el que más frecuentemente inician las relaciones de pareja (Organización Mundial de la Salud, 2022), (b) haber tenido o tener una relación amorosa con una duración de al menos un mes, (c) ser soltero(a) y (d) contar con el consentimiento de los padres y el asentimiento del(a) adolescente, excepto los mayores de edad, quienes solamente debían brindar su consentimiento informado.

Los participantes se seleccionaron a través de un muestreo no aleatorio por conveniencia, conforme a su disponibilidad en las instituciones participantes y no se les recompensó económicamente.

## **Instrumentos**

### ***Cuestionario de Autoinforme de Variables Psicológicas (Rey, 2012)***

Permite obtener la siguiente información por parte de los(as) adolescentes: (a) sus características sociodemográficas: edad, sexo, número de relaciones de pareja, duración de la relación actual y la anterior, escolaridad, estrato socioeconómico y estado civil de los padres, a través de preguntas con diferentes opciones de respuesta; (b) conductas de riesgo para la salud y antecedentes de violencia, como el consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas, plan suicida, intentos de suicidio, historia de abuso físico y

sexual, por medio de preguntas con respuestas tipo Sí-No y diferentes escalas tipo Likert, y (c) calidad de las relaciones con pares, adultos, sus padres y hermanos, mediante las opciones de respuesta: malas, regulares o buenas.

Las preguntas sobre el consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas, el plan suicida y los intentos de suicidio se basan en ítems del “Sistema de Encuesta de la Conducta de Riesgo Juvenil” (Youth Risk Behavior Surveillance System [YRBSS]; Brener et al., 2004), en tanto que las preguntas sobre la historia de abuso físico y sexual, se basan en las preguntas de historia de violencia familiar de Renner y Slack (2006). Este cuestionario fue revisado por expertos a nivel metodológico y de contenido y sometido a prueba con una muestra de adolescentes. En este estudio, los ítems dicotómicos del instrumento (tipo Sí y No) obtuvieron un alfa de .77, mientras que los de tipo Likert y ordinales, un alfa de .75.

En relación con la conducta suicida, este instrumento presenta las siguientes preguntas y opciones de respuesta: (a) “¿En los últimos doce meses has pensado seriamente en la posibilidad de suicidarte?": Sí - No; (b) “¿En los últimos doce meses has pensado en un plan para suicidarte?": Sí - No y (c) “¿En los últimos doce meses cuántas veces has intentado suicidarte?": Ninguna, Una vez, Dos o tres veces, Cuatro o cinco veces o Seis o más veces.

***Conflict in Adolescent Dating Relationships Inventory (CADRI), versión española (Fernández-Fuertes et al., 2006)***

Permite informar la perpetración y la victimización de 25 conductas de violencia física (“Le lancé algún objeto”), verbal-emocional (“Le hablé en un tono de voz hostil u ofensivo”), relacional (“Traté de poner a sus amigos en su contra”), sexual (“Le forcé a practicar alguna actividad sexual cuando él/ella no quería”) y amenazas hacia la pareja (“Destrocé o amenacé con destroz algo que él/ella valoraba”), realizadas en los

últimos 12 meses, por medio de una escala Likert con cinco opciones de respuesta: Nunca (0), Rara vez (1), A veces (2) y Con frecuencia (3), lo que permite obtener una puntuación mínima de 0 y máxima de 75, tanto de perpetración como de victimización. Este instrumento fue validado con una muestra de 2058 adolescentes colombianos entre 12 y 19 años de edad, que incluyó a la muestra de este estudio, mediante un análisis factorial confirmatorio que tuvo en cuenta la estructura original de dos subescalas (perpetración y victimización) y los cinco componentes o tipos de violencia que examina dicho instrumento (Fernández-Fuertes et al., 2006). Se obtuvieron índices de buen ajuste y valores alfa en los cinco componentes de perpetración y victimización, que oscilaban entre .56 y .84 (Redondo-Pacheco et al., 2021).

***Lista de Síntomas SCL-90-R, versión española (González de Rivera et al., 1988)***

Permite reportar la frecuencia de 90 síntomas psicopatológicos en las últimas semanas, por medio de una escala Likert con cinco opciones de respuesta: (a) Nada en absoluto (0), (b) Un poco (1), (c) Moderadamente (2), (d) Bastante y (e) Mucho o extremadamente (3). Estos síntomas se agrupan en escalas de somatización, obsesiones-compulsiones, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo y un índice de síntomas emocionales. El instrumento obtuvo valores alfa que oscilaban entre .74 y .90, al ser administrado a una muestra de 214 colombianos entre 14 y 65 años de edad, que asistían a terapia psicológica en varios centros e instituciones del país, obteniendo tamaños del efecto entre una medición de base y otra a nivel de post-intervención que indican una buena sensibilidad al cambio terapéutico (Londoño et al., 2018). En este estudio se obtuvieron coeficientes alfa que oscilaban entre .90 y .73 y general de .99.

***Sistema de Evaluación de la Conducta de Niños y Adolescentes, versión española de autoinforme (BASC-S3; González et al., 2004)***

El BASC es un sistema multi-método dirigido a la valoración de los niños, niñas y adolescentes a través del informe de sus padres y profesores, un sistema de observación y una versión de autoinforme que se utiliza desde los ocho años de edad. En esta investigación solamente se utilizó esta última versión, que incluye las siguientes escalas: (a) escalas de desajuste escolar: actitud negativa hacia el colegio y actitud negativa hacia los profesores, (b) escalas de desajuste clínico: búsqueda de sensaciones, atipicidad (tendencia a tener cambios repentinos de humor, ideas extrañas, experiencias inusuales o pensamientos y comportamientos obsesivo-compulsivos que se consideran raros), locus de control, somatización, estrés social, ansiedad, depresión y sentido de incapacidad y (c) escalas de ajuste personal: autoestima, confianza en sí mismo, relaciones interpersonales y relaciones con los padres. Esta versión incluye un índice de desajuste escolar, desajuste clínico, ajuste personal y síntomas emocionales.

Las propiedades psicométricas de este instrumento fueron examinadas con la muestra de esta investigación, incluyendo ocho participantes cuyas edades se salían del rango deseado ( $N = 1667$ ), obteniendo coeficientes alfa aceptables en los índices de desajuste clínico (.78), desajuste escolar (.54), síntomas emocionales (.88), ajuste personal (.77) y a nivel general (.67) (Moreno-Méndez et al., 2020).

***Cuestionario de Autoinforme sobre Incidentes de Violencia Conyugal para Adolescentes (Rey, 2008)***

Permite informar el atestiguamiento de 15 diferentes conductas de violencia física, verbal y de otros tipos, ejercidas por parte del padre hacia la madre y viceversa, para un total de 30 preguntas de respuestas Sí y No. Este instrumento fue validado por expertos a nivel metodológico y de contenido, presentando un  $\alpha = .86$  con 902 adolescentes y adultos jóvenes entre 15 y 35 años de edad (Rey-Anacona, 2015). En esta investigación evidenció un  $\alpha = .77$ .

## **Procedimiento**

Inicialmente se solicitó la autorización para la selección de los participantes en las instituciones educativas mencionadas, y se coordinó con sus directivos y profesores las fechas para la administración de los instrumentos a los estudiantes cuyas edades oscilaban entre los 13 y los 19 años. Se les informó los objetivos y la metodología del estudio, la voluntariedad de su participación, la contestación anónima de los instrumentos, la confidencialidad de los datos obtenidos, la independencia de la investigación con respecto a la institución y el respeto a la decisión de retirarse en el transcurso de la misma sin ninguna consecuencia legal o social, junto con la protección de sus datos personales, de conformidad con la legislación vigente. A los estudiantes interesados que cumplían con los criterios de inclusión se les entregó dos formatos de consentimiento informado: uno para los mayores de 18 años, que solamente tenían que firmar ellos, y otro para los menores de 18 años, que debía ser firmado también por los padres o tutores legales. Estos formatos presentaban la información ya señalada y los instrumentos fueron administrados grupalmente a los estudiantes en sus salones de clase.

Los instrumentos fueron administrados por psicólogos en formación, psicólogos que cursaban una especialización y una psicóloga contratada, previamente entrenados, en noviembre de 2016, entre febrero y agosto de 2017 y entre marzo y octubre de 2018. El estudio fue aprobado por el comité de ética de las instituciones financiadoras: (a) Universidad Pontificia Bolivariana: el 17 de marzo de 2017, según acta número 113-0118-3100; (b) Universidad Católica de Colombia: el 1 de noviembre de 2017, con el acta número 2 y (c) Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia: mediante dos proyectos avalados por el comité de ética y registrados con los códigos SGI-1981 y SGI-2141.

### **Análisis estadísticos**

Los datos obtenidos se incorporaron en una base de datos del programa Statistical Package for Social Sciences versión 26.0, tomándose como variables nominales las respuestas dadas al Cuestionario de Autoinforme sobre Incidentes de Violencia Conyugal para Adolescentes (Rey, 2008), como variables nominales y ordinales las respuestas dadas al Cuestionario de Autoinforme de Variables Psicológicas (Rey, 2012) y como variables de razón las puntuaciones globales y por subescalas que se obtuvieron en el CADRI (Fernández-Fuertes et al., 2006), la SCL-90R (González de Rivera et al., 1988) y el BASC-S3 (González et al., 2004). Posteriormente se revisaron y corrigieron los datos incorporados erróneamente.

Se utilizaron pruebas no paramétricas, pues la prueba de normalidad Kolmogorov-Smirnov mostró que las variables bajo estudio no se distribuían normalmente en la muestra ( $p \leq .05$ ). Inicialmente se comparó el número de intentos de suicidio que informaron las mujeres y los varones en el Cuestionario de Autoinforme de Variables Psicológicas (Rey, 2012), a través de la prueba  $U$  de Mann Whitney, y se calculó el tamaño del efecto con la fórmula  $r$  de Rosenthal; se consideran pequeños los tamaños del efecto inferiores a 0.3, moderados los inferiores a 0.5 y altos los iguales o superiores a 0.5 (Cohen, 1988). Luego se comparó el porcentaje de mujeres y varones que informaron haber pensado seriamente en la posibilidad de suicidarse y que pensaron en un plan suicida en los últimos doce meses, por medio de las pruebas estadísticas chi cuadrado y odds ratio ( $OR$ ). Posteriormente, se comparó a los(as) participantes que informaron haber pensado en un plan suicida en los últimos doce meses con los que no informaron tal circunstancia, en cuanto a las variables de tipo ordinal y de razón, por medio de la prueba  $U$  de Mann Whitney, y se calculó el tamaño del efecto con la

fórmula ya mencionada. Por su parte, las variables de tipo nominal se analizaron por medio de las pruebas chi cuadrado y odds ratio (*OR*).

### Resultados

Como se observa en la Tabla 1, la mayoría de los participantes no informó haber tenido un intento de suicidio, siendo progresivamente menor el porcentaje de participantes que reportó un intento, entre dos y tres intentos, entre cuatro y cinco y seis o más intentos.

Las mujeres reportaron un rango promedio significativamente mayor de intentos de suicidio que los hombres. Por otra parte, el 16.4 % ( $n = 271$ ) de los participantes reportó haber pensado seriamente en la posibilidad de suicidarse en los últimos doce meses, porcentaje que entre las mujeres fue de 19.1 % ( $n = 171$ ) y entre los hombres de 13.2 % ( $n = 100$ ), diferencia que fue estadísticamente significativa:  $\chi^2(1, N = 1653) = 10.471, p = .001, OR = 1.554, IC\ 95\ %: 1.188 - 2.033$ .

El 13.2 % ( $n = 219$ ) de los participantes informó haber pensado en un plan suicida en los últimos doce meses, porcentaje que entre las mujeres fue de 15 % ( $n = 134$ ) y entre los hombres de 11.2 % ( $n = 85$ ), una diferencia estadísticamente significativa:  $\chi^2(1, N = 1655) = 5.223, p = .022, OR = 1.402, IC\ 95\ %: 1.048 - 1.876$ .

**Tabla 1.**

*Diferencias entre mujeres y varones en el número de intentos de suicidio en los últimos doce meses*

Número de intentos	Mujeres (%)	Varones (%)	Total (%)	<i>U</i>	<i>p</i>	<i>r</i>
Ninguno	86.9 ( $n = 777$ )	93.3 ( $n = 710$ )	89.8 ( $n = 1487$ )	318595.5	.000***	-0.1045
Uno	9.1 ( $n = 81$ )	4.1 ( $n = 31$ )	6.8 ( $n = 112$ )			
Dos o tres	2.3 ( $n = 21$ )	2.2 ( $n = 17$ )	2.3 ( $n = 38$ )			
Cuatro o cinco	0.7 ( $n = 6$ )	0.3 ( $n = 2$ )	0.5 ( $n = 8$ )			
Seis o más	1 ( $n = 9$ )	0.1 ( $n = 1$ )	0.6 ( $n = 10$ )			
Rango promedio	852.13	799.65				

Nota:

$U$ : valor de Mann Whitney;  $p$ : probabilidad;  $r$ : resultado de la fórmula de Rosenthal.

\*\*\* $p \leq .001$

Como se observa en la Tabla 2, los participantes que pensaron en un plan suicida en los últimos doce meses, presentaron un rango de puntuaciones significativamente más altas en todas las escalas de la SCL-90R (González de Rivera et al., 1988), con tamaños del efecto moderados en su mayoría, así como en las escalas y los índices de desajuste clínico y escolar del BASC-S3 (González et al., 2004), evidenciando un rango de puntuaciones significativamente más bajas en las escalas y el índice de ajuste personal de dicho instrumento, comparados con los participantes que no pensaron en dicho plan, aunque los tamaños del efecto obtenidos con este instrumento fueron pequeños, en su mayoría. Asimismo, informaron en un rango significativamente mayor, haber recibido conductas de violencia sexual, relacional, verbal-emocional, física, amenazas y a nivel general, por parte de su pareja, en el CADRI (Fernández-Fuertes et al., 2006), empero con tamaños del efecto pequeños.

Los participantes que informaron haber pensado en un plan suicida también reportaron, en un rango significativamente mayor, un mayor consumo de bebidas alcohólicas, marihuana e inhalantes, más castigos físicos violentos por parte de alguno de sus padres u otro cuidador, sentirse descuidados por el padre y la madre, más escapadas de la casa, malas relaciones con la madre, el padre y los hermanos y más bajo rendimiento académico, reportando en un rango significativamente menor, el número de años que tenían cuando consumieron por primera vez bebidas alcohólicas. No obstante, los tamaños del efecto también fueron pequeños en estos casos.

## **Tabla 2.**

***Diferencias entre los adolescentes que pensaron y los que no pensaron en un plan suicida en los últimos doce meses***

Variable	Grupo	<i>n</i>	Rangos	<i>U</i>	<i>p</i>	<i>r</i>
SCL-90R						
Somatización	Sí	219	1218.84	71647.5	.000***	-0.3196
	No	1436	768.39			
Obsesiones-compulsiones	Sí	219	1208.41	73932	.000***	-0.3112
	No	1436	769.98			
Sensitividad interpersonal	Sí	219	1215.5	72380	.000***	-0.3169
	No	1436	768.9			
Depresión	Sí	219	1299.17	54055	.000***	-0.3851
	No	1436	756.14			
Ansiedad	Sí	219	1243.24	66305	.000***	-0.3401
	No	1436	764.67			
Hostilidad	Sí	219	1242.13	66548.5	.000***	-0.3392
	No	1436	764.84			
Ansiedad fóbica	Sí	219	1097.02	98326.5	.000***	-0.2236
	No	1436	786.97			
Ideación paranoide	Sí	219	1186.16	78805.5	.000***	-0.2932
	No	1436	773.38			
Psicoticismo	Sí	219	1266.67	61173	.000***	-0.3597
	No	1436	761.10			
Índice de Severidad Global	Sí	219	1286.09	56920.5	.000***	-0.3743
	No	1436	758.14			
BASC S3						
Actitud negativa hacia el colegio	Sí	217	989	120000.5	.000***	-0.1357
	No	1433	800.74			
Actitud negativa hacia los profesores	Sí	218	1005.28	116023	.000***	-0.1503
	No	1428	795.75			
Búsqueda de sensaciones	Sí	218	960.08	126531.5	.000***	-0.1111
	No	1431	804.42			
Atipicidad	Sí	218	1158.62	83032.5	.000***	-0.2744
	No	1430	773.56			
Locus de control	Sí	218	1168.92	81005.5	.000***	-0.2833
	No	1431	772.61			
Somatización	Sí	219	1088.94	99001	.000***	-0.2193
	No	1431	785.18			
Estrés social	Sí	218	1167.4	81117.5	.000***	-0.2823
	No	1430	772.23			
Ansiedad	Sí	218	1152.43	84380.5	.000***	-0.2693
	No	1430	774.51			
Depresión	Sí	217	1158.76	82512	.000***	-0.2766
	No	1430	773.2			
Sentido de incapacidad	Sí	217	1093.86	96378.5	.000***	-0.2223
	No	1429	782.44			
Relaciones interpersonales	Sí	217	633.43	113800.5	.000***	-0.1574
	No	1430	852.92			
Relaciones con los padres	Sí	218	521.64	89847	.000***	-0.2523
	No	1428	869.58			
Autoestima	Sí	218	537.36	93274.5	.000***	-0.2448
	No	1431	868.82			
Confianza en sí mismo	Sí	219	646.31	117451	.000***	-0.1503
	No	1431	852.92			
Desajuste clínico	Sí	218	1222.23	68947	.000***	-0.3263

	No	1429	763.25			
Desajuste escolar	Sí	217	1035.71	108780	.000***	-0.1741
	No	1428	790.68			
Ajuste personal	Sí	217	511.08	87251	.000***	-0.2550
	No	1427	869.86			
Índice de Síntomas Emocionales	Sí	217	1182.55	76699.5	.000***	-0.2948
	No	1427	767.75			
CADRI (victimización)						
Violencia sexual	Sí	219	926.66	135635	.000***	-0.0866
	No	1436	812.95			
Violencia relacional	Sí	219	902.76	140869	.003**	-0.0724
	No	1436	816.60			
Violencia verbal-emocional	Sí	219	938.44	133055.5	.000***	-0.0905
	No	1436	811.16			
Violencia física	Sí	219	877.64	146370.5	.029*	-0.0537
	No	1436	820.43			
Amenazas	Sí	219	910.61	146370.5	.029*	-0.0783
	No	1436	815.40			
Violencia total	Sí	219	958.59	139151.0	.001***	-0.1068
	No	1436	808.08			
Cuestionario de Autoinforme de Variables Psicológicas						
Años que tenía cuando probó una bebida alcohólica	Sí	207	677.83	118783	.000***	-0.0861
	No	1329	782.62			
Cuántas veces tomó bebidas alcohólicas en los últimos 30 días	Sí	209	842.02	124769.5	.008**	-0.0648
	No	1334	761.03			
Cuántas veces se emborrachó en los últimos 30 días	Sí	208	821.87	128675.5	.013*	-0.0610
	No	1336	764.81			
Cuántas veces consumió marihuana en su vida	Sí	205	809.26	120281	.001***	-0.0812
	No	1293	740.02			
Años que tenía cuando consumió marihuana la primera vez	Sí	70	181.14	10195	.096	-0.0409
	No	331	205.20			
Cuántas veces consumió marihuana en los últimos 30 días	Sí	79	266.46	13946.5	.049*	-0.0484
	No	403	236.61			
Cuántas veces consumió cocaína o crack en su vida	Sí	219	829	155051.5	.604	-0.0127
	No	1427	822.66			
Cuántas veces consumió pegante, pintura, spray o aerosoles en su vida	Sí	219	908.21	137924	.000***	-0.1518
	No	1428	811.09			
Cuántas veces consumió bazuco en su vida	Sí	219	823	156147.5	.849	-0.0047
	No	1428	824.15			
Cómo son sus relaciones con las personas de su misma edad	Sí	219	849.89	151353.5	.382	-0.0215
	No	1431	821.77			
Cómo son sus relaciones con los adultos que conoce	Sí	218	880.49	144754	.056	-0.0469
	No	1435	818.87			
Cuántas veces fue castigado físicamente de forma violenta por alguno	Sí	219	997.95	118708	.000***	-0.1680
	No	1430	798.51			

de sus padres u otra persona encargada de su cuidado						
Se ha sentido descuidado por el padre	Sí	214	1006.52	111061.5	.000***	-0.1687
	No	1418	787.82			
Se ha sentido descuidado por la madre	Sí	218	1045.69	106995.5	.000***	-0.2301
	No	1427	788.98			
Cuántas veces se ha escapado de la casa	Sí	138	591.02	58302.5	.026*	-0.0547
	No	944	534.26			
Cómo son las relaciones con la madre o la persona que considera como tal	Sí	215	627.3	111650	.000***	-0.2040
	No	1423	848.54			
Cómo son las relaciones con el padre o la persona que considera como tal	Sí	193	557.01	88782.5	.000***	-0.1840
	No	1297	773.55			
Cómo son las relaciones con los hermanos	Sí	205	607.25	103371	.000***	-0.1547
	No	1312	782.71			
Cómo ha sido su rendimiento académico	Sí	218	727.28	134676	.000***	-0.0880
	No	1434	841.58			
Cuántas veces ha cambiado de colegio debido a bajo rendimiento académico	Sí	218	863.68	148636.5	.132	-0.0370
	No	1436	822.01			
Cuántas veces ha repetido un año académico	Sí	219	814.37	158636.5	.627	-0.0119
	No	1435	829.5			

Nota:

$U$ : valor de la  $U$  de Mann Whitney;  $p$ : probabilidad;  $r$ : resultado de la fórmula  $r$  de Rosenthal.

\*  $p \leq .05$ ; \*\*  $p \leq .01$ ; \*\*\*  $p \leq .001$

Finalmente, como se observa en la Tabla 3, un porcentaje significativamente mayor de los participantes que pensaron en un plan suicida, informó haberse sentido tan triste o desesperanzado(a) que tuvo que interrumpir sus actividades normales, casi todos los días, por dos semanas o más; haber sido castigado(a) físicamente de forma violenta por alguno de los padres u otro cuidador; haber sido forzado(a) a realizar un acto de tipo sexual por una persona mayor, un par, un familiar, una pareja o un extraño; haber sido abandonado(a) totalmente o durante un tiempo considerable por el padre y por la madre; haber sido echado de la casa por alguno de los padres; haberse escapado de la casa, y

haber presenciado actos de violencia física, verbal o de otros tipos del padre hacia la madre y de esta última hacia el padre.

La probabilidad de pensar en un plan suicida en los últimos doce meses fue: (a) siete veces mayor entre quienes informaron haberse sentido tan tristes o desesperanzados(as), que tuvieron que interrumpir sus actividades normales, casi todos los días, por dos semanas o más; (b) casi siete veces mayor entre los que reportaron haber sido forzados(as) a realizar un acto de tipo sexual por un familiar; (c) cuatro veces mayor entre quienes informaron haber sido forzados(as) a tener un acto de tipo sexual por una persona mayor o un extraño y (d) tres veces mayor entre quienes reportaron sentirse abandonados(as) totalmente o durante un tiempo considerable por la madre y fueron echados(as) de su casa por uno de sus padres.

**Tabla 3.**

***Porcentaje de participantes que informaron diferentes circunstancias y pensaron (o no) en un plan suicida***

Circunstancia informada	Plan suicida		n	$\chi^2$	p	Odds ratio	IC (95%)
	Sí	No					
Haber probado alguna bebida alcohólica	95.4	92.2	1531	2.925	.087	1.771	0.912-3.437
Haberse sentido tan triste o desesperanzado(a) que tuvo que interrumpir sus actividades normales, casi todos los días, por dos semanas o más	70.3	24.1	500	192.574	.000***	7.464	5.452-10.218
Haber sido castigado(a) físicamente de forma violenta por alguno de los padres u otra persona encargada de su cuidado	45.7	26.8	485	32.517	.000***	2.292	1.714-3.064
Haber sido forzado(a) a realizar un acto de tipo sexual por una persona mayor	18.7	4.8	109	57.816	.000***	4.534	2.979-6.903
Haber sido forzado(a) a realizar un acto de tipo sexual por un par	9	3.7	72	12.223	.000***	2.564	1.486-4.423
Haber sido forzado(a) a realizar un acto de tipo sexual por un familiar	12.2	2	54	60.968	.000***	6.937	3.982-12.086
Haber sido forzado(a) a realizar un acto de tipo sexual por una pareja	7.2	4	72	4.400	.036*	1.860	1.033-3.349
Haber sido forzado(a) a realizar un acto de tipo sexual por un extraño	7.6	1.8	41	25.835	.000***	4.628	2.428-8.824

Ser abandonado(a) totalmente o durante un tiempo considerable por el padre	33.3	21.1	370	15.489	.000***	1.865	1.363-2.553
Ser abandonado(a) totalmente o durante un tiempo considerable por la madre	16.5	5	104	39.957	.000***	3.795	2.446-5.889
Haber sido echado de la casa por alguno de los padres	37.6	16.4	317	54.986	.000***	3.076	2.262-4.184
Haberse escapado de tu casa alguna vez	43.8	32.7	565	10.555	.001***	1.609	1.206-2.148
Haber presenciado actos de violencia física del padre hacia la madre	39.3	25.6	349	15.497	.000***	1.882	1.369-2.586
Haber presenciado actos de violencia física de la madre hacia el padre	24.5	12.8	178	17.776	.000***	2.215	1.520-3.227
Haber escuchado al padre dirigirse a la madre con groserías, insultos, humillaciones o amenazas	62.8	43.2	626	27.096	.000***	2.219	1.636-3.011
Haber escuchado a la madre dirigirse al padre con groserías, insultos, humillaciones o amenazas	51.5	30.6	441	32.891	.000***	2.403	1.771-3.262
Haber presenciado una forma de violencia similar del padre hacia la madre	18.5	8.1	152	23.345	.000***	2.586	1.739-3.848
Haber presenciado una forma de violencia similar de la madre hacia el padre	9.5	4.4	82	9.770	.002**	2.268	1.340-3.840
Haber sido expulsado(a) de algún plantel educativo por mal comportamiento	6.9	6.4	106	0.103	.748	1.097	0.623-1.932

\* $p \leq .05$ ; \*\* $p \leq .01$ ; \*\*\* $p \leq .001$

## Discusión

Este estudio se planteó como objetivos: (a) examinar las diferencias por sexo en el número de intentos de suicidio, el haber pensado seriamente en la posibilidad de suicidio y en un plan de suicidio en los últimos doce meses, informados por adolescentes de cuatro ciudades de Colombia y (b) comparar a los adolescentes que informaron haber tenido un plan suicida en los últimos doce meses con aquellos que no, en cuanto a una serie de variables individuales y sociofamiliares previamente relacionadas con la conducta suicida. De manera consistente con los resultados de la Encuesta Nacional de Salud Mental (Ministerio de Salud y Protección Social y Colciencias, 2015), se encontró que las adolescentes informaron más intentos suicidas que los adolescentes y un número significativamente mayor de mujeres informó haber

pensado seriamente en la posibilidad de suicidarse y en un plan suicida, en los últimos doce meses, comparados con los hombres. El número de mujeres que reportó un intento de suicidio fue mayor al doble de hombres que reportaron la misma circunstancia, lo cual coincide con reportes previos efectuados en el país entre la población general (Ministerio de Salud y Protección Social, 2017) y a nivel internacional (Baiden et al., 2020).

Es posible que estas diferencias por sexo se deban a que las circunstancias vitales estresantes que se asociaron con la elaboración de un plan suicida en este estudio (observación de violencia entre los padres, malas relaciones familiares, violencia física y sexual, violencia en el noviazgo y bajo rendimiento académico), suelen afectar con más frecuencia o con mayor intensidad a las adolescentes que a los adolescentes. Así, la violencia de pareja y la violencia intrafamiliar en Colombia afecta a un mayor número de adolescentes mujeres que varones (INM y CF, 2019) y la violencia en el noviazgo suele producir más secuelas en la salud mental y conductas suicidas entre las mujeres adolescentes que entre los hombres (Rey y Martínez, 2021). No obstante, en este estudio no se examinaron los factores de riesgo de la ideación y los intentos suicidas de acuerdo al sexo, por lo que no se pueden plantear explicaciones debidamente sustentadas sobre estas diferencias, recomendándose que se investiguen en el futuro.

En cuanto a las variables individuales y sociofamiliares, los resultados obtenidos son consistentes con los de estudios previos realizados con adolescentes en Colombia. Así, a nivel individual, son coherentes con la relación entre orientación suicida y sintomatología depresiva informada por Paniagua et al. (2014), así como la asociación entre riesgo suicida y depresión reportada por Gómez et al. (2019), por Tabares et al. (2020) y por Aguirre-Forero et al. (2015), así como la relación del riesgo suicida con la dependencia alcohólica, el consumo de sustancias psicoactivas y la autoestima

informada por estos últimos autores, junto con la relación entre el riesgo de suicidio y el consumo de cannabis encontrado por Campo-Arias et al. (2020).

A nivel sociofamiliar, los resultados son coherentes con la relación entre violencia en el noviazgo e ideación suicida reportada por Loaizay Yacamán (2019), así como con la asociación entre la orientación suicida con las tensiones familiares y el mal funcionamiento familiar, identificada por Paniagua et al. (2014), la relación entre un alto nivel de ideación suicida y la disfuncionalidad familiar grave informada por Forero et al. (2017) y la relación entre el riesgo de suicidio y la funcionalidad familiar encontrada por Aguirre-Forero et al. (2015), junto a la asociación entre riesgo de suicidio y baja comunicación con el padre y la madre identificada por Suárez y Campo-Arias (2019). Al respecto, Hernández-Bello et al. (2020) han señalado que algunas características negativas del contexto familiar, como la desorganización, la falta de consenso en las normas, la ausencia de comunicación, la hostilidad entre sus integrantes, el abandono físico y emocional de los padres y los sentimientos de rechazo hacia los hijos, podrían incrementar la vulnerabilidad hacia la conducta suicida entre los(as) adolescentes, al generar síntomas negativos de salud mental e incrementar los factores de riesgo de dicha conducta, como el aislamiento y la falta de apoyo de los padres (Pulido et al., 2022).

Estas características, junto con los acontecimientos vitales estresantes de otros contextos, como el bajo rendimiento académico, la poca adaptación al entorno escolar, la violencia en el noviazgo y los actos sexuales forzados (relacionados con la planificación suicida en este estudio), también podrían generar dificultades de salud mental, incrementando el riesgo de suicidio (Tabares et al., 2020; WHO; 2014).

Por otra parte, los resultados señalan una relación entre la planeación suicida y otras variables no informadas en los estudios realizados en Colombia, como otra

sintomatología psicopatológica (obsesiones-compulsiones, ansiedad, hostilidad, somatización, etcétera), desajuste escolar, bajo rendimiento académico y un peor ajuste personal, así como abusos sexuales dentro y fuera del entorno familiar y haber presenciado violencia entre los padres. Estos resultados, junto con los anteriores, son coherentes con los de estudios previos realizados a nivel internacional, que relacionan la conducta suicida adolescente con el abuso sexual, la violencia intrafamiliar, los problemas escolares y el consumo de sustancias (Baiden et al., 2020; Ministerio de Salud y Protección Social, 2017; Ministerio de Salud y Protección Social y Colciencias, 2015; Moreno-Gordillo et al., 2019).

Los resultados señalan la necesidad de considerar una visión holística de los factores relacionados con el suicidio de la adolescencia, como el modelo ecológico, y que además considere las particularidades de ese período del desarrollo, de manera que se trascienda visiones parciales de la conducta suicida, como la consideración de la misma como un síntoma o una consecuencia de un trastorno mental (García-Haro et al., 2018). De esa manera, se entiende que diferentes circunstancias vitales estresantes, como las ya mencionadas -que se relacionaron en este estudio con la planificación suicida- pueden generar en los(as) adolescentes una serie de síntomas psicopatológicos, como depresión, ansiedad, quejas somáticas, entre otros, pero también pueden conllevar a otras dificultades como el consumo de sustancias psicoactivas, junto con la ideación y los intentos suicidas, como una forma de disminuir las emociones y los sentimientos negativos generados por dichas circunstancias.

En este estudio se encontró que la probabilidad de pensar en un plan suicida fue siete veces mayor entre quienes presentaban persistentes sentimientos de tristeza y desesperanza y tres o más veces mayor entre quienes fueron forzados sexualmente dentro o fuera de la familia, se sintieron abandonados por la madre o fueron echados de

la casa por uno de sus padres, circunstancias vitales que pueden generar un alto impacto emocional entre los(as) adolescentes. De manera similar, Halladay et al. (2018) encontraron que las mujeres con un consumo regular de cannabis presentaban niveles más altos de malestar psicológico y una probabilidad mayor de informar pensamientos e intentos suicidas, en una muestra representativa de 43466 canadienses de 15 años o más, mientras que Baiden et al. (2020) hallaron que la probabilidad de informar ideación suicida fue mayor entre las mujeres que informaron haber experimentado violencia sexual, entre 10475 adolescentes estadounidenses.

Los resultados obtenidos indican la importancia de identificar a los(as) adolescentes de diferentes regiones de Colombia, en entornos comunitarios y educativos, que podrían presentar una mayor vulnerabilidad hacia la conducta suicida, debido, por un lado, a circunstancias familiares negativas -como la violencia intrafamiliar y la observación de violencia entre los padres-, y por otro, a circunstancias sociales negativas -como el desajuste escolar, la violencia sexual y la violencia de pareja- vulnerabilidad que se podría manifestar en síntomas negativos de salud mental (como ansiedad y depresión) y estrategias improductivas para manejar dichas circunstancias (como el consumo de bebidas alcohólicas).

Dicha identificación se podría realizar a través de estrategias de evaluación que permitan detectar estas circunstancias y síntomas, con el fin de efectuar una intervención que disminuya la probabilidad de los intentos suicidas entre los casos identificados e implementar alternativas de prevención planteadas desde una perspectiva ecológica, que incluya a pares, padres y profesores.

En cuanto a las estrategias de evaluación, se puede mencionar el uso de cuestionarios diagnósticos y listas de chequeo de sintomatología psicopatológica que cuentan con índices adecuados de fiabilidad y validez obtenidos con muestras colombianas, como la

SCL-90R (González de Rivera et al., 1988), así como el uso de instrumentos dirigidos a la evaluación del riesgo y la ideación suicida validados en Colombia, como el Inventario de Riesgo Suicida para Adolescentes (Alarcón-Vásquez et al., 2019) y el Inventario de Ideación Suicida Positiva y Negativa (Villalobos-Galvis, 2010), los cuales se podrían utilizar en entornos escolares o comunitarios para identificar a los(as) adolescentes con necesidades de atención psicológica y en riesgo de suicidio, como lo recomienda la World Health Organization (2014).

En cuanto a la intervención, los resultados de este estudio señalan que los(as) adolescentes que han elaborado un plan suicida requieren un abordaje psicoterapéutico para aminorar los síntomas negativos de salud mental asociados al mismo, que incluya un trabajo con los padres con el fin de tratar aspectos como el buen trato, los lazos afectivos, la comunicación asertiva, la resolución pacífica de los conflictos y otros aspectos identificados durante el proceso psicoterapéutico. El conocimiento y el apoyo de la institución educativa y de otras personas significativas del(a) adolescente podría mejorar el impacto de dicho proceso (WHO, 2014).

Finalmente, los resultados de este estudio señalan que la población adolescente colombiana podría estar expuesta a una serie de circunstancias que ameritan el diseño e implementación de campañas de prevención del riesgo suicida. Estas campañas deberían surgir desde las instituciones educativas, las organizaciones comunitarias y gubernamentales y dirigirse tanto a los(as) adolescentes, promoviendo habilidades para la resolución de problemas, la búsqueda de ayuda, el mejoramiento de la red de apoyo social y el manejo de las emociones, entre otros aspectos, como a sus familias, promoviendo el buen trato y la comunicación asertiva, entre otros aspectos (Stone et al., 2017). Es decir, favoreciendo los factores de protección de la conducta suicida, como la aceptación y la implicación de los padres (Pulido et al., 2022). También se considera

necesario disponer de servicios de salud mental para esta población, como lo sugiere la WHO (2014) y los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos (Stone et al., 2017).

Se pueden considerar como fortalezas de este estudio el tamaño de la muestra, la participación de varones y mujeres en números similares, la participación de adolescentes de cuatro ciudades de diferentes departamentos de Colombia y el uso de instrumentos previamente validados. Sin embargo, presenta las limitaciones propias de los estudios de autoinforme, como la deseabilidad social y las restricciones de la memoria humana; además, no se utilizó un instrumento estandarizado dirigido a la evaluación del riesgo de suicidio. Por otra parte, el alcance de esta investigación no permite plantear posibles explicaciones sobre las diferencias por sexo encontradas en cuanto a los intentos y la ideación suicida, ni la asociación estadísticamente significativa que se encontró entre la mayoría de las variables examinadas y el pensar en un plan suicida, por lo que se recomienda efectuar estudios con un alcance mayor para examinar las variables que podrían explicar estos resultados.

### Referencias

Aguirre-Flórez, D. C., Castaño-Castrillón, J. J., Cañón, S. C., Marín-Sánchez, D. F., Rodríguez-Pabón, J. T., Rosero-Pantoja, L. Ángela, Valenzuela-Díaz, L. P. y Vélez-Restrepo, J. (2015). Riesgo suicida y factores asociados en adolescentes de tres colegios de la ciudad de Manizales (Colombia), 2013. *Revista de la Facultad de Medicina*, 63(3), 419–429.

<https://doi.org/10.15446/revfacmed.v63n3.44205>

Alarcón-Vásquez, Y., Bahamón, M. J., Trejos, A. M., González-Gutiérrez, O., Rubio-Castro, R., Hernández-Cervantes, Q. y Gómez-Maqueo, E. L. (2019). Análisis de las propiedades psicométricas del Inventario de Riesgo Suicida

(IRISA) para Adolescentes Colombianos. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación – e Avaliação Psicológica*, 2(51), 87-98.

<https://doi.org/10.21865/RIDEP51.2.07>

Álvarez, L. V., Ayala, N. Y. y Bascuñán, R. (2019). Las distorsiones cognitivas y el riesgo de suicidio en una muestra de adolescentes chilenos y colombianos: Un estudio descriptivo-correlacional. *Psicogente*, 22(41), 1-22.

<https://doi.org/10.17081/psico.22.41.3308>

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5ª Ed.). Author.

Baiden, P., Xiao, Y., Asiedua-Baiden, G., LaBrenz, C. A., Boateng, G. O., Graaf, G. y Muehlenkamp, J. J. (2020). Sex differences in the association between sexual violence victimization and suicidal behaviors among adolescents. *Journal of Affective Disorders Reports*, 1, 100011.

<https://doi.org/10.1016/j.jadr.2020.100011>

Baños-Chaparro, J. (2022). Ideación suicida pasiva y activa: Una breve descripción. *Peruvian Journal of Health Care & Global Health*, 6(1), 42-45.

[http://doi.org/10.22258/h\\_gh.2022.61.111](http://doi.org/10.22258/h_gh.2022.61.111)

Benavides-Mora, V. K., Villota-Melo, N. G. y Villalobos-Galvis, F. H. (2019). Conducta suicida en Colombia: Una revisión sistemática. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 24(3), 181–195. <https://doi.org/10.5944/rppc.24251>

Brener, N. D., Kann, L., Kinchen, S. A., Grunbaum, J. A., Whalen, L. Eaton, D., Hawkins, J. y Ross, J. G. (2004). Methodology of the Youth Risk Behavior Surveillance System. *Morbidity & Mortality Weekly Report*, 53 (RR-12), 1-13.

<https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5312a1.htm>

Campo-Arias, A., Suárez-Colorado, Y. P. y Caballero-Domínguez, C. C. (2020).

Asociación entre el consumo de Cannabis y el riesgo de suicidio en adolescentes escolarizados de Santa Marta, Colombia. *Biomédica*, 40, 569-577.

<https://doi.org/10.7705/biomedica.4988>

Cleary, A. (2019). *The gendered landscape of suicide: Masculinities, emotions, and culture* [reseña]. Springer.

<https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-030-16634-2>

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2ª Ed.). Lawrence Erlbaum.

Cramer, R. J. y Kapusta, N. D. (2017). A social-ecological framework of theory, assessment, and prevention of suicide. *Frontiers in Psychology*, 8, 1756.

<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01756>

Departamento Administrativo Nacional de Estadística (s. f.). *La estratificación socioeconómica en el régimen de los servicios públicos domiciliarios*.

[https://www.dane.gov.co/files/geoestadistica/Estratificacion\\_en\\_SPD.pdf?phpMyAdmin=3om27vamm65hhkhrtgc8rrn2g4](https://www.dane.gov.co/files/geoestadistica/Estratificacion_en_SPD.pdf?phpMyAdmin=3om27vamm65hhkhrtgc8rrn2g4)

Fernández-Fuertes, A. A., Fuertes, A. y Pulido, R. F. (2006). Evaluación de la violencia en las relaciones de pareja de los adolescentes. Validación del Conflict in

Adolescent Dating Relationships Inventory (CADRI) - versión española.

*International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6(2), 339-358.

<https://www.redalyc.org/pdf/337/33760208.pdf>

Forero, I., Siabato, E. y Salamanca, Y. (2017). Ideación suicida, funcionalidad familiar y consumo de alcohol en adolescentes de Colombia. *Revista Latinoamericana de*

*Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 15(1), 431-442.

<https://doi.org/10.11600/1692715x.1512729042016>

- García-Haro, J., García-Pascual, H. y González, M. (2018). Un enfoque contextual-fenomenológico sobre el suicidio. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 38(134), 381-400.  
<https://doi.org/10.4321/s0211-57352018000200003>
- Gómez, A. S., Núñez, C., Caballo, V. E., Agudelo, M. P. y Grisales, A. M. (2019). Predictores psicológicos del riesgo suicida en estudiantes universitarios. *Psicología Conductual*, 27(3), 391-413.  
<https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2019/12/03.Gomez-27-3oa.pdf>
- González, J., Fernández, S., Pérez, E. y Santamaría, P. (2004). *Sistema de Evaluación de la Conducta de Niños y Adolescentes*. TEA.
- González de Rivera, J. L., Derogatis, L. R., de las Cuevas, C., Gracia Marco, R., Rodríguez-Pulido, F., Henry-Benítez, M. y Monterrey, A. L. (1989). *The Spanish version of the SCL-90-R. Normative data in the general population*. *Clinical Psychometric Research*.
- Gracia-Leiva, M., Puente-Martínez, A., Ubillos-Landa, S. y Páez-Rovira, D. (2019). La violencia en el noviazgo (VN): una revisión de meta-análisis. *Anales de Psicología*, 35(2), 300-313. <https://doi.org/10.6018/analesps.35.2.333101>
- Halladay, J. E., Boyle, M. H., Munn, C., Jack, S. M. y Georgiades, K. (2019). Sex differences in the association between cannabis use and suicidal ideation and attempts, depression, and psychological distress among Canadians. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 64(5), 345-350.  
<https://doi.org/10.1177/0706743718804542>
- Hernández-Bello, L., Hueso-Montoro, C., Gómez-Urquiza, J. L. y Cogollo-Milanés, Z. (2020). Prevalencia y factores asociados a la ideación e intento de suicidio en

adolescentes: Revisión sistemática. *Revista Española de Salud Pública*, 94, e202009094.

<https://digibug.ugr.es/bitstream/handle/10481/63924/prevalenciadesuicidio.pdf?sequence=4&isAllowed=y>

Hinduja, S. y Patchin, J. W. (2019) Connecting adolescent suicide to the severity of bullying and cyberbullying. *Journal of School Violence*, 18(3), 333-346.

<https://doi.org/10.1080/15388220.2018.1492417>

Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. (2019). *Forensis 2018, datos para la vida*. Autor.

Kim, S., Kimber, M., Boyle, M. H. y Georgiades, K. (2019). Sex differences in the association between cyberbullying victimization and mental health, substance use, and suicidal ideation in adolescents. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 64(2) 126-135. <https://doi.org/10.1177/0706743718777397>

Loaiza, D. P. y Yacamán, K. J. (2019). *Violencia en las relaciones de noviazgo y su relación con la ideación suicida en los adolescentes del Departamento del Atlántico* [Tesis de maestría, Universidad Simón Bolívar, Colombia].

Londoño, N. H., Agudelo, D. M., Martínez, E., Anguila, D., Aguirre, D. C. y Arias, J. F. (2018). Validación del cuestionario de 90 síntomas SCL-90-R de Derogatis en una muestra clínica colombiana. *MedUNAB*, 21(2), 45-59.

<https://revistas.unab.edu.co/index.php/medunab/article/view/2807>

Martínez, J. A. y Robles, A. (2016). Percepción de actores sociales sobre la conducta suicida: Análisis de contenido a través de grupos focales. *Informes Psicológicos*, 16(2), 53-68. <http://doi.org/10.18566/infpsicv16n2a04>

Martínez, L. C., Vianchá, M. A., Pérez, M. P. y Avendaño, B. L. (2017). Asociación entre conducta suicida y síntomas de anorexia y bulimia nerviosa en escolares de

Boyacá, Colombia. *Acta Colombiana de Psicología*, 20(2), 178-188.

<https://doi.org/10.14718/ACP.2017.20.2.9>

Ministerio de Salud y Protección Social y Colciencias (2015). *Encuesta nacional de salud mental 2015* (Tomo 1). Autor.

Ministerio de Salud y Protección Social (2017). Conducta suicida. *Boletín de Salud Mental*, 2.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/boletin-conducta-suicida.pdf>

Moreno-Gordillo, G., Trujillo-Olivera, L., García-Chong, N. y Tapia-Garduño, F. (2019). Suicidio y depresión en adolescentes: Una revisión de la literatura. *Revista Chilena de Salud Pública*, 23(1), 31-41. <https://doi.org/10.5354/07>

Moreno-Méndez, J. H., Avendaño-Prieto, B. N., Rey-Anacona, C. A. y Redondo-Pacheco, J. (2020). *Propiedades psicométricas del Sistema de Evaluación de la Conducta de Niños y Adolescentes - versión de auto informe (BASC-S3) en adolescentes colombianos*. Manuscrito no publicado.

Organización Mundial de la Salud (2021a). *Suicidio*.

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>

Organización Mundial de la Salud (2021b). *Una de cada 100 muertes es por suicidio*.

<https://www.who.int/es/news/item/17-06-2021-one-in-100-deaths-is-by-suicide>

Organización Mundial de la Salud (2022). *Salud del adolescente*.

[https://www.who.int/es/health-topics/adolescent-health#tab=tab\\_1](https://www.who.int/es/health-topics/adolescent-health#tab=tab_1)

Organización Panamericana de la Salud (2021). *Prevención del suicidio*.

<https://www.paho.org/es/temas/prevencion-suicidio>

Paniagua, R. E., González, C. M. y Rueda, S. M. (2014). Orientación al suicidio en adolescentes en una zona de Medellín, Colombia. *Revista Facultad Nacional de*

*Salud Pública*, 32(3), 314-321.

<https://revistas.udea.edu.co/index.php/fnsp/article/view/18138/17347>

Pulido, E. G., Lora, L. J. y Coronel, L. V. (2022). Evaluación de un modelo explicativo del riesgo suicida con base en factores familiares. *Interdisciplinaria, Revista de Psicología y Ciencias Afines*, 39(2), 297-312.

<https://doi.org/10.16888/interd.2022.39.2.19>

Redondo-Pacheco, J., Rey-Anacona, C. A., Moreno-Méndez, J. H. y Luzardo, M.

(2021). Validación colombiana del Conflict in Adolescent Dating Relationships Inventory (CADRI). *Revista Iberoamericana de Evaluación y Diagnóstico Psicológico*, 1(58), 141-152.

<https://doi.org/10.21865/RIDEP58.1.12>

Renner, L. M. y Slack, K. S. (2006). Intimate partner violence and child maltreatment: Understanding intra- and intergenerational connections. *Child Abuse & Neglect*, 30(6), 599-617. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2005.12.005>

Rey, C. A. (2008). Habilidades pro sociales, rasgos de personalidad de género y aceptación de la violencia hacia la mujer, en adolescentes que han presenciado violencia entre sus padres. *Acta Colombiana de Psicología*, 11(1), 107-118.

<https://actacolombianapsicologia.ucatolica.edu.co/article/view/321>

Rey, C. A. (2012). *Estudio descriptivo comparativo de adolescentes varones y adolescentes mujeres que presentan trastorno disocial de inicio infantil y trastorno disocial de inicio adolescente* [Informe de investigación]. Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, Tunja.

Rey, C. A. y Martínez, J. A. (2021). Differences between sexes in psychopathological variables among adolescent victims of dating violence. *Psicología Desde El Caribe*, 38(2), 282-299. <https://doi.org/10.14482/psdc.38.2.616.89>

Rey-Anacona, C. A. (2015). Variables asociadas a los malos tratos en el noviazgo en

adolescentes y adultos jóvenes. *Acta Colombiana de Psicología*, 18(1), 159-171.

<https://doi.org/doi/10.14718/ACP.2015.18.1.15>

Stone, D. M., Holland, K. M., Bartholow, B., Crosby, A. E., Davis, S. y Wilkins, N.

(2017). *Preventing suicide: A technical package of policies, programs, and practices*. Centers for Disease Control and Prevention.

Suárez, Y. y Campo-Arias, A. (2019). Asociación entre apego y riesgo suicida en

adolescentes escolarizados de Colombia. *Revista Chilena de Pediatría*, 90(4), 392-398. <https://doi.org/10.32641/rchped.v90i4.985>

Tabares, A., Núñez, C., Osorio, M. P. y Aguirre, A. (2020). Riesgo e ideación suicida y

su relación con la impulsividad y la depresión en adolescentes escolares. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación - e Avaliação Psicológica*, 1(54), 147-163. <https://doi.org/10.21865/RIDEP54.1.12>

Villalobos-Galvis, F. (2010). Fiabilidad y validez del Inventario de Ideación Suicida

Positiva y Negativa – PANSI. *Universitas Psychologica*, 9(2), 509-520.

<https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revPsycho/article/view/243>

Villarreal-Otálora, T., Boyas, J. F., Alvarez-Hernandez, L. R. y Fatehi, M. (2020).

Ecological factors influencing suicidal ideation-to-action among Latinx adolescents: An exploration of sex differences. *Children and Youth Services Review*, 118, 105444. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2020.105444>

World Health Organization [WHO]. (2014). *Preventing suicide: A global imperative*.

Author.

World Health Organization [WHO]. (2021). *Suicide worldwide in 2019*. Author.

<https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1350975/retrieve>

Recibido: 23 de marzo de 2022

Aceptado: 12 de septiembre de 2022