

EL MALTRATO FAMILIAR Y SU RELACIÓN CON LA IDEACIÓN SUICIDA EN ADOLESCENTES ESCOLARIZADOS DE INSTITUCIONES PÚBLICAS Y PRIVADAS DE LAS CIUDADES DE TUNJA, DUITAMA Y SOGAMOSO*

DOMESTIC ABUSE RELATED TO SUICIDAL IDEATION AMONG ADOLESCENT STUDENTS OF PUBLIC AND PRIVATE SCHOOLS FROM TUNJA, DUITAMA AND SOGAMOSO

Recibido: 21 de enero de 2013/Aceptado: 22 de julio de 2013

MÓNICA PATRICIA PÉREZ PRADA**, MILDRED ALEXANDRA VIANCHÁ PINZÓN***, LIZETH CRISTINA MARTÍNEZ BAQUERO****, IRMA CAROLINA SALAS BAUTISTA*****

Universidad de Boyacá - Colombia

doi: 10.17081/psico.17.31.423

Key words:

Suicidal ideation,
Domestic abuse, Teen.

Abstract

This paper shows the results of the research which aims to analyze the relationship between domestic abuse and suicidal ideation among adolescent students of public and private schools from Tunja, Duitama and Sogamoso through a descriptive correlational study. 676 students who were intentionally selected through non-probability sampling were involved. The questionnaire PANSI (Osman, Gutiérrez, Kopper, Barrios & Chiros, 1998) was applied to determine the suicidal ideation and to establish the presence of domestic abuse. The results show a correlation of 0,173 indicating a weak relationship. These results do not support the conclusion that domestic abuse is a predictor for suicidal ideation, but it can be presented as a risk factor.

Palabras clave:

Ideación suicida,
Maltrato familiar, Adolescente.

Resumen

El presente artículo de investigación muestra los resultados de un estudio, cuyo objetivo fue analizar la relación existente entre el maltrato familiar y la ideación suicida en adolescentes escolarizados de colegios públicos y privados de Tunja, Duitama y Sogamoso, mediante un estudio correlacional descriptivo. Se contó con la participación de 676 estudiantes, los cuales se seleccionaron a través de un muestreo no probabilístico de manera intencional. Se aplicó el cuestionario PANSI (Osman, Gutiérrez, Kopper, Barrios & Chiros, 1998) para determinar la ideación suicida y se diseñó uno para establecer la presencia de maltrato familiar. Los resultados muestran una correlación de 0,173, lo que indica una relación débil. Estos resultados no permiten afirmar que el maltrato familiar sea un predictor para la ideación suicida, pero sí se puede presentar como un factor de riesgo.

Referencia de este artículo (APA):

Pérez, M.P., Vianchá, M.A., Martínez, L.C. & Salas, I.C. (2014). El maltrato familiar y su relación con la ideación suicida en adolescentes escolarizados de instituciones públicas y privadas de las ciudades de Tunja, Duitama y Sogamoso. En *Psicogente*, 17(31), 80-92.
doi: 10.17081/psico.17.31.423

* Este artículo se deriva del proyecto de investigación titulado: Maltrato familiar asociado a la ideación y acto suicida en adolescentes escolarizados de instituciones públicas y privadas de las ciudades de Tunja, Duitama y Sogamoso.

** Docente Investigador de tiempo completo, integrante del Grupo de Investigación Ethos, Universidad de Boyacá. Email: mpperez@uniboyaca.edu.co

*** Directora Programa de Psicología, Directora del Grupo de Investigación Ethos, Universidad de Boyacá. Email: mavianchaq@uniboyaca.edu.co

**** Docente investigadora, integrante del Grupo de Investigación Ethos, Universidad de Boyacá. Email: lcmartinez@uniboyaca.edu.co

***** Psicóloga, Asociación Integral para el Desarrollo de Grupos Humanos. Email: icsalas@uniboyaca.edu.co

INTRODUCCIÓN

En el entorno mundial, el suicidio se ha considerado como un problema de salud pública (OMS, 2001). En el 2006, pasó a ser la tercera causa de muerte en personas de 15 a 44 años de edad (Caycedo *et al.*, 2010). Recientemente, se ha identificado un incremento en la frecuencia de suicidio entre grupos de edad cada vez menores (Pelkonen & Marttunen, 2003). Las estadísticas encontradas en el ámbito nacional, regional y local son preocupantes, ya que se identificó que los jóvenes entre los 10 y 18 años son las principales víctimas de esta problemática. En América Latina se destaca en primer lugar Cuba, con una alta tasa de suicidio, en segundo lugar, Brasil y en tercer lugar, Colombia.

En Colombia, en promedio seis personas deciden quitarse la vida diariamente. Esto de acuerdo con los registros manejados por el Instituto Colombiano de Medicina Legal y Ciencias Forenses, y que se encuentran en el Informe Forensis (2010). Año tras año las cifras aumentan pese a los esfuerzos de las autoridades, a esto se le suma que la edad en que las personas deciden quitarse la vida, es cada vez menor. En cuanto al género, se ha encontrado que las mujeres tienen mayor número de intentos de suicidio, pero los hombres tienen mayor cifra de consumación exitosa.

El informe del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (2010) muestra que Boyacá es el segundo departamento del país con mayor cantidad de suicidios después de Quindío, además, advierte que en el departamento se presentaron 74 casos de suicidio en

el 2010, 61 de estos casos fueron cometidos por hombres y 13 por mujeres. Las ciudades de Tunja y Sogamoso, con 11 casos cada una, presentan las mayores tasas de suicidio en Boyacá; les siguen Chiquinquirá con 6 casos y Puerto Boyacá, Samacá y Duitama con 5 casos cada una.

Por otro lado, para Beck, Rush, Shaw & Emery (1979), la conducta suicida implica una serie de comportamientos, razón por la que se debe prestar atención a la ideación suicida, la cual se refiere a deseos y planes para cometer el suicidio, sentimientos de inutilidad, pérdidas recientes, aislamiento social, desesperanza e incapacidad para pedir ayuda. Es decir, es entendida como aquellos pensamientos intrusivos y repetitivos específicos y no específicos sobre la muerte autoinfringida, las formas deseadas de morir y los objetos, circunstancias y condiciones en que se propone realizarla (Eguiluz, 1995, citado por Córdova, Cubillas & Román, 2011; Bahls, Rolla & Ritler, 2003, citados por Cano, Gutiérrez & Nizama, 2009). Sin embargo, el suicidio puede comenzar o no con la idea de perder la vida, es decir, no todos los suicidios consumados han sido precedidos por la ideación suicida, ya que se pueden presentar de manera impulsiva (Kessler, Borges & Walters, 1999; González, Arana & Jiménez, 2008).

Diferentes investigaciones se han propuesto explicar la etiología de este fenómeno y concluyen que es el resultado de la interacción de factores biológicos, genéticos, sociales, culturales y ambientales (Caycedo *et al.*, 2010). Existe consenso frente a los factores de riesgo asociados al suicidio, dentro de ellos se pueden encon-

trar eventos estresantes como la pérdida de una persona o una mascota, problemas legales o con la autoridad, antecedentes médicos o psiquiátricos, intento suicida, antecedentes de enfermedad psiquiátrica en familiares, enfermedad física, eventos estresores en la dinámica familiar: desacuerdo, muerte o separación de los padres, maltrato intrafamiliar, maltrato físico-psicológico-sexual, desempleo, problemas económicos, bajo rendimiento escolar, rasgos de personalidad narcisista o antisocial, problemas de interrelación, trastornos alimenticios, cambios constantes de domicilio, vivir fuera del hogar, rompimiento de una relación sentimental o suicidio de un familiar o amigo (Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, 2008; Greydanus & Calles, 2007; Pérez, Rodríguez & Dussán, 2007; Calvo, Sánchez & Tejada, 2003; Guzmán, 2006; Caycedo *et al.*, 2010; Andrade, 2012).

Dada la naturaleza multifactorial del suicidio, los intentos por identificar un predictor de este fenómeno han sido angustiosos, pues estos varían según la metodología de la investigación, la población y sus características. Como se mostró anteriormente, los factores de riesgo asociados son bastante amplios. Los que se han agrupado con mayor fuerza al suicidio en adolescentes han sido la presencia de enfermedad psiquiátrica, la historia familiar de suicidio y, en menor medida, la conducta impulsiva, el abuso de alcohol, de tabaco y otras sustancias psicoactivas (Espinoza *et al.*, 2010).

Por otro lado, la violencia intrafamiliar, sea física o verbal, podría ser un predictor de este tipo de conductas. Para ilustrar mejor, en México, en el estado de Guanajuato, se encontró una relación significativa entre los

menores que cometieron suicidio y el maltrato infantil, predominantemente físico (Páramo & Chávez, 2007). Asimismo, en este país, García de Alba, Quintanilla, Sánchez, Morfin & Gaitán (2011) buscaron identificar la opinión de los adolescente frente a las principales causas del suicidio y encontraron que los problemas familiares son la causa más común atribuida por los participantes. En Colombia se halló que la estructura familiar puede incidir en las conductas suicidas, puesto que la ausencia de la figura paterna y la disfuncionalidad de los hogares fue constatada en todos los casos de adolescentes que intentaron suicidarse (Caycedo *et al.*, 2010).

A lo anterior se añade que existe muy poca información en nuestro medio que nos permita identificar una relación entre el maltrato familiar y la ideación suicida en adolescentes, en comparación con otros factores tradicionalmente reconocidos y ya mencionados. Con el objetivo de conocer la relación entre el maltrato familiar, físico o verbal y la ideación suicida en adolescentes, se llevó a cabo la presente investigación con adolescentes escolarizados de las principales ciudades del departamento de Boyacá, con el propósito de brindar información que permita orientar políticas y programas para hacer frente a esta problemática.

MÉTODO

Diseño metodológico

La investigación se realizó desde un enfoque social cuantitativo (Briones, 1996). El diseño es descriptivo-correlacional multifactorial de corte transversal.

Participantes

Muestra

Los participantes se escogieron mediante muestreo no probabilístico, de manera intencional. La muestra se compuso de 676 estudiantes. Se seleccionaron la totalidad de los estudiantes de un curso por grado de seis instituciones: tres públicas y tres privadas de las ciudades de Tunja, Duitama y Sogamoso. Como criterio de inclusión se tuvo en cuenta la voluntad de participar en el estudio y la firma del consentimiento informado. Se excluyeron los jóvenes que no deseaban participar en el estudio, los no pertenecientes a dichas instituciones educativas, jóvenes universitarios, niños de primaria, niños de grado sexto y séptimo y estudiantes con discapacidad cognitiva severa.

Definición de variables

Ideación suicida: “Esta conducta se identifica cuando un sujeto persistentemente piensa, planea o desea cometer suicidio durante por lo menos dos semanas y haciendo algún plan e identificando los medios necesarios para conseguirlo” (Mingote *et al.*, 2004, citados por Villalobos, 2009, p. 24).

Maltrato familiar: Entendido como formas de abuso de poder que se desarrollan en el contexto de las relaciones familiares ocasionando daño a las víctimas (García, 2002). Para el estudio se tendrán en cuenta el maltrato físico (golpes, zarandeos, calvazos, quemaduras, cachetadas, correazos, pellizcos) y el maltrato verbal (gritos, groserías, sobrenombres, palabras que le hagan sentir mal por parte de sus padres, familiares y cuidadores).

Instrumentos

Cuestionario socio-demográfico: Elaborado por los investigadores, consta de seis preguntas de carácter nominal y ordinal.

Inventario de Ideación Suicida Positiva y Negativa (Positive and Negative Suicida Ideation – PANSI): El instrumento fue adaptado, por medio de la técnica de traducción simple (Osman *et al.*, 1998). El PANSI está compuesto por un cuestionario de 14 ítems, 6 de ideación suicida positiva (factores protectores) y 8 de ideación suicida negativa (factores de riesgo). Las preguntas que se incluyen en esta última escala implican la conducta suicida propiamente dicha (Villalobos, 2009). La persona debe responder de acuerdo a una escala tipo Likert que comienza en “nunca” (1) y termina en “siempre” (5). La puntuación máxima que puede obtener una persona es 40 y se establecieron los siguientes rangos: sin riesgo (1 a 10), poco riesgo (11 a 20), riesgo moderado (21 a 30) y alto riesgo (31 a 40). Posee coeficientes de consistencia interna superiores a 0,8 y buena evidencia de validez de constructo, tanto en muestras clínicas como no-clínicas (Osman *et al.*, 2003). Para esta muestra se obtuvo una consistencia interna de 0,82 y se determinó carga para dos factores.

Auto-reportes sobre maltrato familiar: 4 preguntas que indagan la presencia de actos dirigidos al adolescente que implican violencia física y verbal por parte de familiares. La persona debe responder de acuerdo a una escala tipo Likert que comienza en “nunca” (0), “casi nunca” (1), “casi siempre” (2) y “siempre” (3). Si la respuesta a todas las preguntas fuera “nunca”, la puntua-

ción final sería “cero”, lo que equivaldría a decir que el estudiante no sufrió este tipo de maltrato. Por el contrario, valores superiores o iguales a “uno” representarían que el estudiante habría padecido este tipo de maltrato.

Procedimiento

Se seleccionaron dos instituciones por ciudad, una de carácter privado y otra pública, de las cuales se escogió al azar un curso por grado. Posteriormente, se enviaron los consentimientos informados a los padres de familia para ser diligenciados y entregados el día de la aplicación del instrumento. Durante la aplicación, se expresó con claridad el objetivo del estudio y la forma en que se usaría la información suministrada, de igual forma, se explicó el diligenciamiento del instrumento mediante instrucciones estandarizadas. Solamente quienes se encontraron de acuerdo con participar voluntariamente y entregaron el consentimiento informado, hicieron parte de la investigación. Una vez conformado el grupo se procedió a realizar un análisis descriptivo con el uso de SPSS 17.0 mediante estadísticos descriptivos como frecuencias, medias, medianas, modas y desviaciones estándar; luego se realizó un análisis inferencial estadístico de los datos aplicando el coeficiente Rho Spearman para determinar correlación.

RESULTADOS

A continuación, se presentan los datos obtenidos a partir de la aplicación de los instrumentos. Se iniciará con los datos sociodemográficos, información que permitió conocer la distribución de la muestra según características como: género, edad, ciudad y configuración familiar.

En la Tabla 1 se muestra la distribución de la muestra según la edad: la media obtenida fue de 14,58 años y la mediana fue de 15 años. Se trató de una población homogénea, con edad mínima registrada de 12 años y máxima de 19 años, la muestra tiende a la distribución normal, mesocúrtica y de poca simetría negativa. El mayor porcentaje de participantes se encuentra en la edad de los 15 años.

Tabla 1. Distribución de la muestra según la edad

| Edad | Número | Porcentaje % |
|-------|--------|--------------|
| 12 | 13 | 1,92 |
| 13 | 117 | 17,31 |
| 14 | 136 | 20,12 |
| 15 | 191 | 28,25 |
| 16 | 125 | 18,49 |
| 17 | 67 | 9,91 |
| 18 | 12 | 1,78 |
| 19 | 3 | 0,44 |
| SR | 12 | 1,78 |
| Total | 676 | 100 |

En cuanto al género, se encontró que hubo una mayor participación de adolescentes de sexo femenino, equivalente al 57 % (385 participantes) de la población, y un 42 % pertenecientes al sexo masculino (283 participantes); en el 1 % de la población no se registró respuesta (8 participantes).

Con respecto a la distribución de la muestra por ciudad, se encontró que Duitama, con el 35 % de la población, fue la que mayor número de participantes tuvo en la investigación, seguida por Tunja con un 34 % y Sogamoso con 31 %.

La Tabla 2 presenta los resultados según la configuración familiar. Aparecen sin respuesta 58 casos que

corresponden al 9 % de la muestra, puede tratarse de excepciones a las categorías de familia elegidas en el instrumento.

Tabla 2. Distribución por configuración familiar

| Tipo | Total | % |
|--------------|-------|------|
| Nuclear | 400 | 59 % |
| Extensa | 67 | 10 % |
| Monoparental | 151 | 22 % |
| SR | 58 | 9 % |

Maltrato físico

Se ha identificado que el 85,2 %, 576 estudiantes, refieren no haber recibido maltrato físico, en tanto que el 14,8 %, 100 estudiantes, afirman que sí. Sin embargo, al preguntar por la frecuencia se encontró que 48 estudiantes que inicialmente manifestaron no recibir maltrato físico indicaron ser maltratados ocasionalmente como se muestra a continuación en el Gráfico 1.

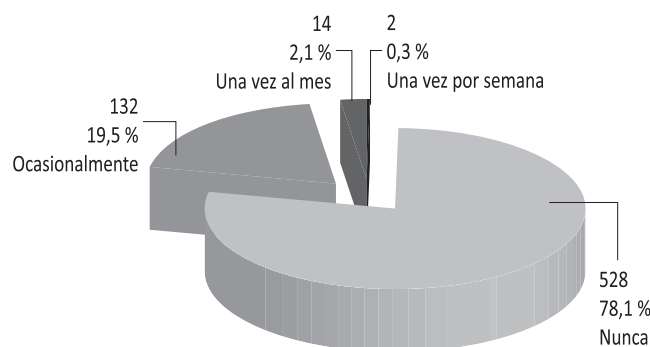


Gráfico 1. Frecuencia de maltrato físico

En cuanto a la frecuencia del maltrato físico los porcentajes muestran variación así: el 78,1 % reporta nunca haber recibido maltrato físico; el 19,5 % haber sido maltratados ocasionalmente; el 2,1 % fueron maltratados una vez al mes y un pequeño porcentaje del 0,3 % reportó haber sido maltratados una vez por semana.

Análisis de contingencias

De las personas que reportan ser maltratadas físicamente, la mayor proporción se encuentra en la familia nuclear con el 8,74 %, equivalente a 54 estudiantes; 4,05 % en la familia monoparental y 1,78 % en la familia extensa, tal y como se muestra en la Tabla 3.

Tabla 3. Contingencia entre el maltrato físico según el tipo de familia reportado

| | Tipo de Familia | | | Total | |
|-----------|-----------------|---------|--------------|---------|---------|
| | Nuclear | Extensa | Monoparental | | |
| M. Físico | No | 55,98 % | 9,06 % | 20,38 % | 85,43 % |
| | Sí | 8,74 % | 1,78 % | 4,05 % | 14,56 % |
| Total | | 64,72 % | 10,84 % | 24,43 % | 100 % |

Los datos presentados en la Tabla 4 permiten mostrar que de los 100 estudiantes que contestaron haber recibido maltrato físico, 73 son mujeres y 27 hombres, que corresponden al 10,9 % y 4,03 %, respectivamente.

Tabla 4. Contingencia entre el maltrato físico y el género

| | | Género | | | Total |
|-----------|----|----------|-----------|--------|-------|
| | | Femenino | Masculino | SR | |
| M. Físico | No | 46,5 % | 82,69 % | 0,30 % | 85 % |
| | Sí | 10,9 % | 4,03 % | 0 | 15 % |
| Total | | 57,4 % | 86,72 % | 0,30 % | 100 % |

Maltrato verbal

En lo referente al maltrato verbal, el 67,3 % (455 participantes) informan que no han recibido maltrato verbal, mientras que el 32,7 % (221 participantes) son maltratados verbalmente. Al igual que el maltrato físico, en el maltrato verbal 14 estudiantes varían su respuesta al ingresar una frecuencia, como se muestra en el Gráfico 2, ellos reportan ser agredidos verbalmente de manera ocasional.

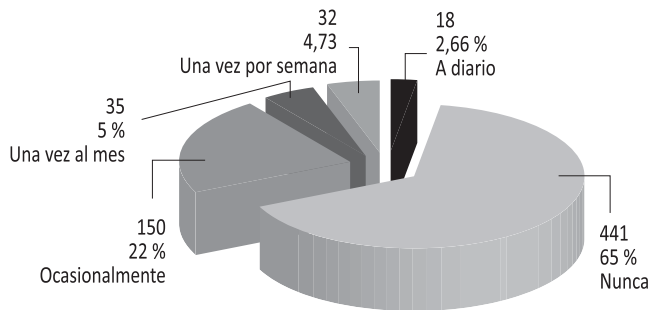


Gráfico 2. Frecuencia del maltrato verbal

Con relación a la frecuencia del maltrato verbal se pudo identificar que 65 % de los participantes no han sido maltratados verbalmente, 22 % son maltratados ocasionalmente, 5 % una vez al mes, 4,73 % una vez a la semana y 2,66 % son agredidos verbalmente todos los días.

Análisis de contingencias

En la Tabla 5 se evidencia que la mayor proporción de personas que manifestaron ser maltratadas verbalmente pertenecen al tipo de familia nuclear y la menor proporción a la familia extensa.

Tabla 5. Contingencia entre el maltrato verbal según el tipo de familia

| | | Tipo de Familia | | | Total |
|-----------|----|-----------------|---------|--------------|---------|
| | | Nuclear | Extensa | Monoparental | |
| M. Verbal | No | 45,63 % | 6,63 % | 7,28 % | 67,63 % |
| | Sí | 19,09 % | 4,20 % | 9,06 % | 32,36 % |
| Total | | 64,72 % | 10,38 % | 16,34 % | 100 % |

Los datos presentados en la Tabla 6 corresponden al análisis entre las variables maltrato verbal y género. Se encontró que de los 221 estudiantes que contestaron haber recibido maltrato verbal, 152 son mujeres y 69 hombres, que corresponden al 22,68 % y al 10,14 %, respectivamente.

Tabla 6. Contingencia entre el maltrato verbal y el género

| | | Género | | | Total |
|-----------|----|----------|-----------|--------|-------|
| | | Femenino | Masculino | SR | |
| M. Verbal | No | 34,77 % | 32,08 % | 0,14 % | 449 |
| | Sí | 22,68 % | 10,14 % | 0,14 % | 221 |
| Total | | 57,45 % | 42,22 % | 0,28 % | 670 |

Ideación suicida

Se toman las sub-escalas de Ideación Suicida Positiva y Negativa, del PANSI, así como la sumatoria de estas considerando la polaridad de las respuestas. En ambos casos la distribución es homogénea y no se presentan casos extraños.

En la Tabla 7 se muestran los resultados del PANSI en lo concerniente al PANSI positivo. Se muestra una media de 13,73 con puntuación máxima de 30 y mínima de 4, con leve asimetría positiva y curtosis moderada, lo que indica una dispersión entre la presencia y ausencia de Factores Protectores en la ideación suicida, con mayores valores próximos a la media.

Tabla 7. Resultados PANSI

| | | PANSI Negativo | PANSI Positivo | Total PANSI |
|-------------------------|----------|----------------|----------------|-------------|
| N | Válidos | 676 | 676 | 676 |
| | Perdidos | 0 | 0 | 0 |
| Media | | 10,77 | 13,73 | 24,50 |
| Mínimo | | 7 | 4 | 12 |
| Máximo | | 40 | 30 | 61 |
| Desv. tip. | | 4,929 | 4,394 | 7,433 |
| Varianza | | 24,300 | 19,303 | 55,243 |
| Asimetría | | 2,523 | 0,800 | 1,567 |
| Error tip. de asimetría | | 0,094 | 0,094 | 0,094 |
| Curtosis | | 7,169 | 1,059 | 3,295 |
| Error tip. de curtosis | | 0,188 | 0,188 | 0,188 |

Por el contrario, en el PANSI negativo se describe una media de 10,7 con puntuación máxima de 40 y mínima de 7, asimetría positiva y curva muy leptocúrtica, lo que indica una tendencia negativa para las puntuaciones de los Factores de Riesgo, esto es, son mayores las puntuaciones bajas. Entre el 70 % y el 76 % de los estudiantes no presentan ideación suicida y cerca del 5,6 % muestra ideación suicida frecuente.

Las correlaciones de las escalas del PANSI presentan una correlación de Pearson resultante de 0,269, que indica que existe una correlación positiva, aunque débil, entre la presencia de los Factores Protectores y los Factores de Riesgo para la ideación suicida. Esto mostraría que para esta población los factores protectores pueden convertirse en factores de riesgo, según las circunstancias sociales y/o personales.

Análisis de contingencias

Por género se identificó que las mujeres se encuentran en riesgo alto y moderado en mayor proporción que los hombres, como se muestra en la Tabla 8. Según los datos que se presentan en la Tabla 9, en las familias nucleares se ubica el mayor número de adolescentes en riesgo alto, mientras que en la familia monoparental se ubica la mayoría de casos de riesgo moderado de suicidio. La Tabla 10 demuestra que los factores protectores se encuentran con mayor frecuencia en las mujeres, aunque en su mayoría son leves y moderados.

En la familia nuclear se encontró el mayor número de adolescentes con factores protectores, aunque son factores leves y moderados, como se exhibe en la Tabla 11.

Tabla 8. Contingencia factores de riesgo en ideación suicida por género

| | | Género | | | Total |
|----------------|-----------------|----------|-----------|--------|---------|
| | | Femenino | Masculino | SR | |
| PANSI Negativo | Sin riesgo | 37,61 % | 32,08 % | 0,29 % | 70 % |
| | Poco riesgo | 15,22 % | 9,10 % | 0 | 24,32 % |
| | Riesgo moderado | 3,73 % | 0,74 % | 0 | 4,47 % |
| | Alto riesgo | 0,89 % | 0,29 % | 0 | 1,19 % |
| Total | | 57,46 % | 42,23 % | 0,29 % | 100 % |

Tabla 9. Contingencia factores de riesgo en ideación suicida por tipo de familia

| | | Tipo de Familia | | | Total |
|----------------|-----------------|-----------------|---------|--------------|---------|
| | | Nuclear | Extensa | Monoparental | |
| PANSI Negativo | Sin riesgo | 46,60 % | 6,79 % | 16,99 % | 70,38 % |
| | Poco riesgo | 15,85 % | 3,07 % | 5,50 % | 24,42 % |
| | Riesgo moderado | 1,45 % | 0,80 % | 1,77 % | 4,02 % |
| | Alto riesgo | 0,80 % | 0,16 % | 0,16 % | 1,12 % |
| Total | | 64,72 % | 10,87 % | 24,43 % | 100 % |

Tabla 10. Contingencia factores protectores para la ideación suicida por género

| | | Género | | | Total |
|----------------|--------------------------|----------|-----------|--------|---------|
| | | Femenino | Masculino | SR | |
| PANSI Positivo | Sin factores protectores | 3,28 % | 2,38 % | 0 | 5,66 % |
| | Factores leves | 30,74 % | 25,82 % | 0,14 % | 56,71 % |
| | Factores moderados | 20 % | 12,53 % | 0 | 32,53 % |
| | Muy altos factores | 3,43 % | 1,49 % | 0,14 % | 5,07 % |
| Total | | 57,46 % | 42,23 % | 0,28 % | 100 % |

Tabla 11. Contingencia factores protectores para la ideación suicida por tipo de familia

| | | Tipo de Familia | | | Total |
|----------------|--------------------------|-----------------|---------|--------------|---------|
| | | Nuclear | Extensa | Monoparental | |
| PANSI Positivo | Sin factores protectores | 2,91 % | 1,45 % | 1,29 % | 5,66 % |
| | Factores leves | 38,99 % | 5,66 % | 11,97 % | 56,63 % |
| | Factores moderados | 19,57 % | 3,23 % | 9,70 % | 32,52 % |
| | Muy altos factores | 3,23 % | 0,48 % | 1,45 % | 5,17 % |
| Total | | 64,72 % | 10,84 % | 24,43 % | 100 % |

Relación entre maltrato familiar e ideación suicida

La correlación obtenida entre maltrato familiar e ideación suicida se presenta en la Tabla 12.

La correlación hallada entre maltrato intrafamiliar e ideación suicida, corresponde a un 0,173, lo cual indica una correlación débil.

Tabla 12. Correlación entre maltrato e ideación suicida

| | | Maltrato | Ideación Suicida |
|------------------|------------------------|----------|------------------|
| Maltrato | Correlación de Pearson | 1 | ,173** |
| Ideación suicida | Correlación de Pearson | ,173** | 1 |

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral)

DISCUSIÓN

La Organización Mundial de la Salud sostiene que el maltrato hacia niños y niñas se presenta entre el

25 % y el 50 % de la población, datos que se reafirman en esta investigación, ya que en este estudio se encontró que el 21,9 % de los estudiantes son agredidos físicamente y el 33 % maltratados verbalmente. Por otra parte, se estima que la cifra sea mayor de acuerdo al Informe de Medicina Legal y Ciencias Forenses (Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, 2011), en el que Boyacá ocupa el quinto lugar en violencia contra niños y adolescentes y se cree que solo se denuncian el 30 % de los casos.

En la familia nuclear se presenta el mayor número de casos identificados de violencia física y verbal, contrario a lo que se ha pensado tradicionalmente, que son las familias monoparentales o extensas las que aportan el mayor porcentaje de maltrato a los indicadores estadísticos. Efectivamente, en el contexto familiar y social, el maltrato está justificado como una manera de educar, creencia mantenida por generaciones en muchas culturas y sostenida por el poder de corrección o castigo

de los padres (Barrera & León, 2012; Bringiotti, 2005). Sin importar sus consecuencias, el uso de la violencia se sigue conservando para mantener el equilibrio de la familia y por tanto de la sociedad. Esta situación también puede ser explicada debido a que hubo mayor participación de adolescentes pertenecientes a familias nucleares (59 %), en comparación con familia monoparental (22 %) y familia extensa (10 %).

Las mujeres siguen siendo las principales víctimas de este tipo de problemáticas, lo que corrobora la información suministrada por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (2011), mantenida principalmente por patrones culturales machistas y un entorno social violento.

Se examinará ahora la información recolectada por el cuestionario PANSI, el cual arrojó como resultado que entre el 70 y el 76 % de la muestra no presenta ideación suicida, mientras que el 5,6 % muestra ideación suicida frecuente. De lo anterior se puede inferir la importancia de la estabilidad del vínculo afectivo y del apoyo sociofamiliar como factores protectores en el suicidio (Caycedo *et al.*, 2010), teniendo en cuenta que la mayor parte de los participantes pertenecen a familias nucleares. Sin embargo, la dispersión existente entre factores protectores (apoyo social, autoestima, razones para vivir y solución de problemas sociales) y factores de riesgo (depresión, desesperanza, eventos vitales negativos) no permite establecer un perfil de este grupo poblacional.

Otro aspecto importante es el relacionado con el género. El informe Forensis, elaborado por el Instituto

de Medicina Legal y Ciencias Forenses (2010) y diferentes investigaciones (Pérez, Ibáñez, Reyes, Atuesta & Suárez, 2008; González, Ramos, Vignau & Ramírez, 2001) han identificado que las mujeres intentan suicidarse con mayor frecuencia, aunque son los hombres los que tienen mayores cifras de consumaciones exitosas de suicidio. Esta información coincide con los hallazgos de este estudio, en el cual son las mujeres las que se encuentran en riesgo alto y moderado para cometer suicidio en relación con los hombres.

En contraste con lo anterior, con la aplicación del mismo instrumento se encontró que es mayor la proporción de mujeres con factores protectores (apoyo social, autoestima, razones para vivir y solución de problemas sociales) para la ideación suicida, contrario a lo encontrado en la literatura consultada. Por ejemplo González, Ramos, Vignau & Ramírez (2001), en una investigación sobre la conducta suicida, identificaron que la proporción que intentaba suicidarse fue de 3 mujeres por 1 varón.

Otra circunstancia importante tiene que ver con el nivel de riesgo para cometer suicidio y el tipo de familia. Se presentan dos situaciones interesantes: en primer lugar, la familia nuclear presenta mayor número de individuos en riesgo alto y moderado, situación que podría llevar a concluir que el tipo de familia por sí sola no se considera un factor protector para el suicidio, sino las dinámicas que se establecen dentro de esta, como por ejemplo la comunicación familiar, los conflictos entre los padres, los estilos parentales, el apoyo parental y la relación padre e hijo (García de Alba *et al.*, 2011; Sán-

chez, Villarreal, Musito & Martínez, 2010; Sarmiento & Aguilar, 2011; Pérez, Ibáñez, Reyes, Atuesta & Suárez, 2008). Por otro lado, se encuentra que la familia nuclear es la que presenta mayor número de estudiantes con factores protectores.

En segundo lugar se identifica un número importante de adolescentes en riesgo moderado de suicidio en la familia monoparental: 12 en total, en la cual se pueden presentar situaciones como las anteriormente mencionadas: estilo parental negligente, conflicto con algún familiar, patrones de comunicación inadecuados o inexistentes, relaciones familiares negativas, entre otras (Pérez, Ibáñez, Reyes, Atuesta & Suárez, 2008; Palacios & Andrade, 2008; Sánchez, Villarreal, Musito & Martínez, 2010).

Teniendo en cuenta los resultados de esta investigación en la que se encuentra una correlación de 0,173 para el maltrato familiar y la ideación suicida, se puede afirmar que no hay una relación significativa entre las dos variables. Evidentemente, no se puede afirmar que el maltrato familiar, específicamente el físico, sea un predictor de la ideación suicida, pero sí un factor de riesgo, afirmación que se sustenta mediante la regresión logística binaria, la cual establece que aquellos que padecen maltrato físico tienen dos veces más riesgo de presentar ideación suicida que aquellos que no.

Lo anterior lleva a afirmar que se deben tener en cuenta otras variables como los antecedentes de suicidio, la enfermedad mental y las estrategias de afrontamiento, entre otras, lo cual reitera la afirmación de Caycedo *et al.*, (2010), que establece que se debe ver el

suicidio como un fenómeno multifactorial concluyendo que es el resultado de la interacción de factores biológicos, genéticos, sociales, culturales y ambientales.

REFERENCIAS

- Andrade, J. (2012). Aspectos psicosociales del comportamiento suicida en adolescentes. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 15(2), 688-721. Recuperado de <http://www.revistas.unam.mx/index.php/repi/article/view/32373> el 16 de noviembre de 2011.
- Barrera, M. & León, M. (2012). Comportamiento de la violencia intrafamiliar en Boyacá 2008-2011. *Revista del Observatorio Nacional de Salud Mental - Colombia*, 2(1), 7-15. Recuperado de <http://www.onism.gov.co/revista/index.php/cesonism/article/view/8/pdf>
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford.
- Bringiotti (2005). Las familias en "situación de riesgo" en los casos de violencia familiar y maltrato infantil. *Texto Contexto Enfermería*, 14, 78-85. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71414365010>
- Briones, G. (1996). *Metodología de la investigación cuantitativa en las ciencias sociales*. Colombia: ICFES.
- Calvo, J., Sánchez, R. & Tejada, P. (2003). Prevalencia y factores asociados a ideación suicida en estudiantes universitarios. *Salud Pública*, 5(2), 123-143.

- Cano, P., Gutiérrez, C. & Nizama, M. (2009). Tendencia a la violencia e ideación suicida en adolescentes escolares en una ciudad de la Amazonía peruana. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 26(2), 175-81.
- Caycedo, A., Arenas, M. L., Benítez, M., Cavanzo, P., Leal, G. & Guzmán, Y. R. (2010). Características psicosociales y familiares relacionadas con intento de suicidio en una población adolescente en Bogotá-2009. *Persona y Bioética*, 14(2), 105-113.
- Córdova, M. A., Cubillas, M. J. & Román, R. (2011). ¿Es posible prevenir el suicidio? Evaluación de un programa de prevención en estudiantes de bachillerato. *Pensamiento psicológico*, 9(17), 21-32.
- Espinoza, F., Zepeda, M., Bautista, V., Hernández, C., Newton, O. & Plasencia, G. (2010). Violencia doméstica y riesgo de conducta suicida en universitarios adolescentes. *Salud Pública de México*, 52(3), 213-219.
- García de Alba, J., Quintanilla, R., Sánchez, L., Morfin, T. & Gaitán, J. (2011). Consenso cultural sobre el intento de suicidio en adolescentes. *Revista Colombiana de Psicología*, 20(2), 167-179.
- García, E. (2002). Suicidio y riesgo suicida. *Anales del sistema sanitario de Navarra*, 25(3), 87-89.
- González, C., Arana, D. & Jiménez, J. (2008). Problemática suicida en adolescentes y el contexto escolar: Vinculación autogestiva con los servicios de salud mental, *Salud Mental*, 31(1), 23-27.
- González, C., Ramos, L., Vignau, L. & Ramírez, C. (2001). El abuso sexual y el intento suicida asociados con el malestar depresivo y la ideación suicida de los adolescentes. *Salud Mental*, 24(06), 16-25.
- Greydanus, D. & Calles, J. (2007). Suicide in Children and Adolescents. *Primary Care Clinics in Office Practice*, 34, 259-273.
- Guzmán, Y. (2006). Educación en riesgo suicida, una necesidad bioética. *Persona y Bioética*, 10(27), 82-98. Recuperado de: http://www.medicinalegal.gov.co/index.php?option=com_content&view=article&id=457:forensis-2010&catid=19:forensis&Itemid=154, el 25 de enero de 2012.
- Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (2008). *Informe Forensis, Datos para la vida*. Recuperado de: http://www.medicinalegal.gov.co/index.php?option=com_content&view=article&id=80:forensis-2008&catid=19:forensis&Itemid=154, el 17 de enero de 2012.
- Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (2010). *Informe Forensis, Datos para la vida*. Recuperado de: http://www.medicinalegal.gov.co/index.php?option=com_content&view=article&id=457:forensis-2010&catid=19:forensis&Itemid=154, el 17 de enero de 2012.
- Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (2011). *Informe Forensis, Datos para la vida*. Recuperado de: <http://www.medicinalegal.gov.co/index.php/estadisticas/forensis/193-forensis-2011>, el 17 de enero de 2012.

- Kessler, R., Borges, G. & Walters, E. (1999). Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity survey. *Arch Gen Psychiatry*, 56(7), 61-26.
- Organización Mundial de la Salud (2001). *Informe sobre la Salud en el mundo 2001. Salud Mental, nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Ginebra, Suiza: Recuperado de <http://www.who.int/whr/2001/es/index.html> el 3 de febrero de 2012.
- Osman, A., Gutiérrez, P., Jiandani, J., Barrios, F., Linden, S. & Truelove, R. (2003). A preliminary validation of the Positive and Negative Suicide Ideation (PANSI) Inventory with normal adolescent samples. *Journal of Clinical Psychology*, 59, 493-512.
- Osman, A., Gutiérrez, P., Kopper, B., Barrios, F. & Chirros, C. (1998). The positive and negative suicide ideation inventory: Development and validation. *Psychological reports*, 82, 783-793.
- Palacios, J. R. & Andrade, P. (2008). Influencia de las prácticas parentales en las conductas problema de los adolescentes. *Ciencias Sociales y Humanidades*, 7(7), 7-18.
- Páramo, D. & Chávez, A. (2007). Maltrato y suicidio infantil en el estado de Guanajuato. *Salud Mental*, 30(03), 59-67.
- Pelkonen, M. & Marttunen, M. (2003). Child and adolescent suicide: epidemiology, risk factors, and approaches to prevention. *Paediatr Drugs*, 5(4), 243-655.
- Pérez, I., Ibáñez, M., Reyes, J., Atuesta, J. & Suárez, M. (2008). Factores asociados al intento suicida e ideación suicida persistente en un Centro de Atención Primaria. Bogotá, 2004-2006. *Revista de Salud Pública*, (3), 374-385.
- Pérez, I., Rodríguez, E. & Dussán, M. (2007). Caracterización psiquiátrica y social del intento suicida atendido en una clínica infantil 2003-2005. *Salud Pública*, 9(2), 230-240.
- Sánchez, J., Villarreal, M., Musitu, G. & Martínez, B. (2010). Ideación suicida en adolescentes: Un análisis psicosocial. *Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid*, 19(3), 279-287.
- Sarmiento, C. & Aguilar, J. (2011). Predictores familiares y personales de la ideación suicida en adolescentes. *Psicología y salud*, 21(1), 25-30.
- Villalobos, F. (2009). Ideación suicida en jóvenes: formulación y validación del modelo integrador explicativo en estudiantes de educación secundaria y superior. (Tesis doctoral. Universidad de Granada). Recuperado de: <http://hera.ugr.es/tesisugr/1805982x.pdf>
- Villalobos, F. (2010). Validez y fiabilidad del inventario de ideación suicida positiva y negativa -PANSI- en estudiantes colombianos. *Universitas Psychologica*, 9(2), 509-520.