

**RIESGO SUICIDA Y FACTORES ASOCIADOS EN ESTUDIANTES DE 15 A 17 AÑOS  
DE COLEGIOS PÚBLICOS DE MONTERÍA**

**ANABELLA FERNANDA URSUL**



**UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA MONTERÍA-CÓRDOBA**

**2021**

**RIESGO SUICIDA Y FACTORES ASOCIADOS EN ESTUDIANTES DE 15 A 17 AÑOS  
DE COLEGIOS PÚBLICOS DE MONTERÍA**

**ANABELLA FERNANDA URSUL**

**TRABAJO DE GRADO PARA OPTAR EL TÍTULO DE MAGISTER EN SALUD  
PÚBLICA**

**Director:**

**GONZALO D. GALVÁN, PhD.**

**Co-director:**

**MANUEL FRANCISCO GUERRERO MARTELO, PhD**

**UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA MONTERÍA-CÓRDOBA**

**2021**

Nota de aceptación

---

---

---

---

---

Firma del jurado

---

Firma del jurado

---

## DEDICATORIA

A mi hijo Ismael, y a Braulio Orozco Medina, porque sin ellos esto no hubiera sido posible.

La responsabilidad ética, legal y científica, de las ideas, conceptos, y resultados del proyecto serán de los autores (Artículo 61 del Estatuto de Investigación y Extensión de la Universidad de Córdoba. Acuerdo N° 093 del 26 de Noviembre de 2002, Consejo Superior)

## **AGRADECIMIENTOS**

A mi hijo Ismael, por su existencia y por su paciencia infinita en este acontecimiento de mi vida.

A Braulio Orozco Medina padre de mi hijo y compañero incondicional de vida, por su amor, motivación y confianza.

Al Doctor Gonzalo Daniel Galván, por su dirección, acompañamiento y apoyo incondicional.

Al Doctor Manuel Francisco Guerrero Martelo, por su orientación y colaboración.

Al Mg. Francisco Javier Vásquez y estudiantes de psicología de la universidad cooperativa de Colombia por su valiosa colaboración.

A todos los docentes de la Maestría en Salud Pública, en especial a Concepción Amador y Marilyn Villadiego por su gran apoyo, acompañamiento y siempre abrirme camino para llegar a mi meta.

## LISTA DE TABLAS

	pág.
<b>Tabla 1.</b> Datos sociodemográficos de la muestra total .....	51
<b>Tabla 2.</b> Puntuación media Riesgo suicida .....	52
<b>Tabla 3</b> Funcionamiento Familiar - Apgar Familiar .....	52
<b>Tabla 4.</b> Distribución Acontecimientos vitales estresantes .....	53
<b>Tabla 5</b> . Estrategia afrontamiento al estrés.....	54
<b>Tabla 6.</b> Tratarnos mentales .....	54
<b>Tabla 7.</b> Severidad del consumo de sustancias.....	55
<b>Tabla 8.</b> Consumo de Alcohol-Audit.....	55
<b>Tabla 9</b> Acoso escolar .....	56
<b>Tabla 10.</b> Ciberbullying .....	56
<b>Tabla 11.</b> Adicción a internet.....	56
<b>Tabla 12.</b> Tiempo uso internet .....	57
<b>Tabla 13</b> Relación entre riesgo suicida y variables sociodemográficas y clínicas.....	57
<b>Tabla 14.</b> Funcionamiento Familiar - Apgar Familiar .....	58
<b>Tabla 15</b> Diferencia media cantidad acontecimientos vitales estresante .....	59
<b>Tabla 16</b> Diferencia de medias estrategias de afrontamiento al estrés.....	60
<b>Tabla 17.</b> Síntomas depresión/ansiedad y consumo de sustancia .....	61
<b>Tabla 18</b> Acoso escolar y Ciberbullying .....	62
<b>Tabla 19</b> Adicción a internet.....	62

## LISTA DE ANEXOS

	<b>pág.</b>
<b>ANEXO A:</b> Media, desviación y percentiles de la escala de estrategias de coping – modificada eec-m en una muestra colombiana .....	87
<b>ANEXO B:</b> Protocolo: Encuestas .....	88
<b>ANEXO C:</b> Aval Secretaria de Educacion Muncipal .....	101
<b>ANEXO D:</b> Modelo de consentimiento informado .....	104

## LISTA DE CUADRO

	<b>pág.</b>
<b>Cuadro 1.</b> Factores del riesgo suicida .....	20
<b>Cuadro 2.</b> Distribución de alumnos por Centro educativo. Montería, 2019.....	38

## TABLA DE CONTENIDO

	pág.
RESUMEN.....	12
ABSTRACT .....	13
INTRODUCCIÓN.....	14
1. OBJETIVOS.....	18
1.1. OBJETIVO GENERAL .....	18
1.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS .....	18
2. MARCO REFERENCIAL .....	19
2.1. MARCO TEORICO Y CONCEPTUAL.....	19
2.1.1. RIESGO SUICIDA.....	19
2.1.2. FACTORES ASOCIADOS AL RIESGO SUICIDA.....	19
2.1.3. COMPORTAMIENTO SUICIDA .....	28
2.1.4. ADOLESCENCIA .....	29
2.1.5. ADOLESCENTE ESCOLARIZADO.....	30
2.2. MARCO LEGAL .....	31
2.3. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS .....	35
3. METODOLOGÍA.....	38
3.1. TIPO DE ESTUDIO.....	38
3.2. POBLACION .....	38
3.2.1. MUESTRA.....	38
3.3. RECOLECCION DE LA INFORMACION .....	39
3.3.1. CONTROL DE SESGOS.....	48
3.4. PROCESO DE TABULACIÓN DE LA INFORMACIÓN.....	49
3.5. ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES:.....	49
3.6. CRITERIO DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.....	50
3.7. PRUEBA PILOTO .....	50
4. RESULTADOS .....	51
4.1. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS DE LA MUESTRA.....	51
4.2. EVALUACIÓN DEL RIESGO SUICIDA.....	52
4.3. FACTORES ASOCIADOS AL RIESGO SUICIDA.....	52
4.3.1. Funcionamiento familiar. ....	52
4.3.2. Eventos adversos en la vida.....	53

4.3.3.	Uso de estrategias de afrontamiento ante el estrés. ....	54
4.3.4.	Trastornos y problemas psicológicos. ....	54
4.3.5.	Presencia de acoso escolar y ciberbullying.....	55
4.3.6.	Uso patológico de internet.....	56
4.4.	RELACIÓN ENTRE RIESGO SUICIDA Y VARIABLES DE RIESGO. .	57
4.4.1.	Riesgo suicida y variables sociodemográficas y clínicas.....	57
4.4.2.	Riesgo suicida y funcionamiento familiar.....	58
4.4.3.	Riesgo suicida y eventos adversos de la vida. ....	59
4.4.4.	Riesgo suicida y uso de estrategias de afrontamiento a situaciones estresantes. ....	59
4.4.5.	Riesgo suicida y trastornos mentales. ....	60
4.4.6.	Riesgo suicida y acoso escolar y ciberbullying.....	61
4.4.7.	Riesgo suicida y uso y adicción a internet.....	62
5.	DISCUSIÓN.....	63
6.	CONCLUSIONES.....	68
7.	LIMITACIONES Y DIRECCIONES FUTURAS .....	70
8.	RECOMENDACIONES.....	71
9.	REFERENCIAS .....	72

## RESUMEN

**Antecedentes:** El suicidio es un problema importante de salud pública. A nivel mundial se reporta cerca de un millón de suicidios al año, y es la segunda causa de muerte en jóvenes de 15 a 29 años. Una compleja interacción de factores puede actuar acumulativamente para aumentar el riesgo suicida. Centrarse en los riesgos para el suicidio es la clave de la prevención. **Objetivo:** Evaluar el riesgo suicida y factores asociados en estudiantes de 15 a 17 años de colegios públicos de la ciudad de Montería. **Material y método:** Estudio descriptivo correlacional, cuantitativo de corte transversal ejecutado en estudiantes de educación media (n=569) [34,7% varones, 65,3% mujeres], edad media 15,82 años (DE 0,77). Se midió el riesgo suicida a través de la escala de Plutchick, y factores asociados a través de escalas validadas y adaptadas a la población de estudio. **Resultados:** El 28,8% de los adolescentes presento riesgo suicida según escala de Plutchik y como factores asociados se encontraron significativos, género femenino, haber sido víctima de desplazamiento, antecedentes familiares de suicidio, repetición curso, toma frecuente de medicamentos, disfunción familiar, promedio de nueve eventos adversos con potencial traumático, déficit en el uso de estrategias de afrontamiento al estrés, signos y síntomas de depresión y ansiedad, consumo de riesgo de alcohol, marihuana, cocaína y tranquilizantes, acoso escolar, ciberbullying y adicción a internet. **Conclusiones:** El riesgo suicida en la población adolescente de escuelas públicas de Montería es alto comprado con poblaciones análogas. **Palabras clave:** Factores de riesgo, suicidio, intento de suicidio, adolescentes, salud mental, prevención del suicidio.

## ABSTRACT

**Background:** Suicide is a major public health problem. Nearly one million suicides are reported worldwide each year and is the second leading cause of death in 15- to 29-year-olds. A complex interaction of factors can act cumulatively to increase suicidal risk. Focusing on risks to suicide is the key to prevention. **Objective:** To assess suicidal risk and associated factors in students from 15 to 17 years of age from public schools in the city of Montería. **Material and method:** Descriptive, quantitative cross-sectional study carried out in middle-school students (n=569) [34.7% male, 65.3% female], average age 15.82 years (DE 0.77). Suicidal risk was assessed across the Plutchick scale, and associated factors across validated scales adapted to the study population. **Results:** 28.8% of adolescents have suicidal risk on a Plutchik scale and as associated factors were found significant, female gender, having been a victim of displacement, family history of suicide, re-ongoing, frequent medication intake, family dysfunction, average of nine adverse events with traumatic potential, deficit in the use of stress coping strategies, signs and symptoms of depression and anxiety, risk consumption of alcohol, marijuana, cocaine and tranquilizers, bullying, cyberbullying and internet addiction. **Conclusions:** The suicide risk in the adolescent population of public schools in Montería is high purchased with similar populations.

**Keywords:** Risk factors, suicide, suicide attempt, adolescents, mental health, suicide prevention.

## INTRODUCCIÓN

El suicidio y su frecuencia cada vez mayor, es un problema importante y evitable que afecta a la población en general sin distinción de sexo, condición, situación económica ni social (1). Cuando ocurre una muerte por suicidio, es una tragedia que afecta a numerosos entornos grupales; familia, escuela, trabajo, círculos de amigos y comunidad en general (2,3), produciendo secuelas psicológicas, amplificando problemas depresivos en el entorno, y en muchos casos, expandiendo el ciclo del suicidio (4).

El suicidio, es el resultado final de lo que se denomina comportamiento suicida, considerado un continuo que va, desde aspectos cognitivos como la ideación o el plan suicida hasta conductuales, como el intento suicida o el suicidio consumado (5). Normalmente se manifiesta de manera progresiva, iniciando con ideas que continúan en planes cada vez más elaborados, culminando en uno o varios intentos que van aumentando en el nivel de letalidad sin que se llegue a la muerte, hasta el suicidio consumado (6,7)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera el suicidio como un problema grave de salud pública, cada año, a nivel mundial, aproximadamente 800,000 personas se quitan la vida, lo que equivale a una muerte cada 40 segundos. Por cada suicidio consumado posiblemente más de 30 personas lo intentan (8,2,9). La tasa global es de 14 suicidios por cada 100.000 habitantes (18 entre hombre y 11 entre mujeres) (10). Para el año 2015 el suicidio se ubicó como la segunda causa de defunción en el grupo de 15 a 29 años y son considerados como el grupo de mayor riesgo en un tercio de los países del mundo (11).

En la región, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) Oficina Regional de la OMS para las Américas, en 2014, informó 65.000 muertes a causa del suicidio (12,13), registrando un aumento de casos en América latina y el Caribe. Dependiendo de las características demográficas y sociales de los países, las cifras pueden oscilar entre aproximadamente 4 y 15 suicidios por cada 100.000 habitantes (14). En la región se ubica como la tercera causa de muerte prematura entre los jóvenes de 10 a 19 años (13).

En Colombia, de acuerdo con el Instituto de Medicina legal y ciencias Forenses, las tasas de suicidio han ido en aumento en los últimos años, pasando de 4,5 a 5,93 suicidios por cada 100.000 habitantes entre los años 2009 y 2018 respectivamente (3). El mayor número de suicidios se presentó en el grupo etario de 15 a 19 años, seguido por el de 20 a 24 años (15). De acuerdo con el boletín epidemiológico, en 2019 la mayor incidencia de intentos de suicidio se presentó en adolescentes y jóvenes (120,7 y 83,9 por cada 100.000 habitantes respectivamente) (16). Si bien el evento más frecuente dentro del comportamiento suicida es la ideación (6), en los adolescentes es más habitual el intento de suicidio que el plan, posiblemente relacionado a la noción de Impulsividad en este grupo poblacional (9,6). De acuerdo con el Instituto nacional de Salud de Colombia; en 2018 los factores relacionados con el entorno escolar y con el maltrato físico, psicológico

o sexual fueron factores los desencadenantes más importantes en el intento de suicidio adolescente (17).

En Montería el comité de vigilancia epidemiológica en salud mental informó que hasta la semana 33 de 2017, se habían registrado 170 intentos de suicidio, de los cuales el 75% correspondió a mujeres, con mayor proporción en edades de entre 14 y 18 años. El 87% de los casos totales ocurrió en la cabecera municipal (18). En 2018 de acuerdo con el instituto nacional de salud, la tasa global de suicidios en Montería se situó en 2,49 muertes por cada 100.000 habitantes (4,37 para hombres y 0,62 para mujeres) (19)

La evidencia científica revela que el riesgo suicida, es producto de una compleja interacción en la que intervienen factores individuales, familiares y sociales (20) , que, en muchos casos, actúan acumulativamente para aumentar el riesgo, es decir, la probabilidad o vulnerabilidad de una persona a pensar, intentar o cometer el suicidio (7). Al respecto, la teoría del suicidio como proceso, propone la multicausalidad del suicidio, y pone el énfasis en los procesos cognitivos, en los factores sociales y culturales, los cuales se convierten en los elementos claves para dimensionar el riesgo suicida en adolescentes (21,22).

En cuanto a los factores individuales se ha encontrado que los hombres se suicidan tres veces más que las mujeres, mientras que, para los intentos de suicidio, la relación se da de manera inversa (11). Por otra parte, el antecedente de intentos previos es el predictor más importante para suicidio consumado y el riesgo de nuevos intentos es mayor durante el año que sigue (23). Entre las variables psicológicas, se encontró que el uso de estrategia de afrontamiento poco saludables (24,25), sentimientos de desesperanza, autoestima disminuida, visión pesimista del futuro (26), y trastornos mentales, tales como depresión, ansiedad y consumo de sustancias (27) , aumentan el riesgo de suicidio, y tienen efectos de moderados a fuertes en la transición de ideación a intento suicida (28).

Otros factores igualmente importantes son el maltrato físico y el abuso sexual infantil además de ser frecuente en todas las regiones del mundo, es reconocido en la mayoría de los estudios como un factor de riesgo para los comportamientos suicidas (29) . También existe evidencia de que pertenecer a una familia disfuncional (20), antecedentes familiares de conducta suicida (30), tener una relación parental distorsionada, sufrir carencias en el cuidado, pérdida parental precoz, y sufrir violencia intrafamiliar, se correlacionaron con riesgo de comportamiento suicida (31).

Entre los factores sociales, la exposición a una amplia gama de acontecimientos negativos recientes de la vida, y episodios vitales adversos o factores estresantes, son un potencial desencadenante, que puede ayudar a determinar el riesgo inminente de intentos de suicidio (32,33). También los conflictos interpersonales (32), el soporte social percibido, y relaciones con iguales, tales como sentirse perteneciente a una trama de relaciones personales y sociales, pueden convertirse en factores que aumentan o disminuyen el riesgo suicida (34).

Para efectos del presente estudio el interés se centra en el riesgo de suicidio en la adolescencia. La adolescencia se define como un periodo de crecimiento y desarrollo humano entre la niñez y la edad adulta, y abarca las edades de 10 a 19 años. Se caracteriza por ser una etapa de grandes cambios emocionales, sociales y físicos y de consolidación del sentido de identidad y maduración cognoscitiva y emocional (3). La falta de habilidades para enfrentar los cambios biológicos y psicosociales puede llevar a que algunos adolescentes presenten síntomas depresivos o comportamiento suicida (35). A eso se le suma que, el adolescente escolarizado puede verse enfrentado a estresores tales como formas de rechazo y/o acoso escolar, que puede generar en él estrés escolar, bajas calificaciones, ansiedad, depresión, ausentismo, deserción escolar, e ideación suicida (36,37) (37).

En el entorno escolar, el fenómeno del suicidio es difícil de asimilar, impactando tanto en la institución como en los pares de las víctimas. El contexto escolar ante una situación de suicidio debe afrontar varios retos. Por un lado, el duelo, pero también debe de afrontar un elevado estrés social por el riesgo latente de la imitación del acto fatal por parte de otros estudiantes (38), en especial los considerados como población vulnerable. Además, la escuela debe afrontar problemas internos latentes, que se constituyen en factores de alto riesgo para el suicidio; estudios han demostrado asociación con el acoso escolar y el cyberbullying (39), discriminación sexual, presión de grupo, violencia en el aula (40) y otros problemas, tales como un déficit en las estrategias de afrontamiento que utilizan algunos adolescentes (41).

Las investigaciones más recientes señalan que el suicidio es una de las principales causas prevenibles de muerte para ambos sexos (13) y que centrarse en los riesgos para el suicidio es la clave de la prevención. El desafío fundamental de dicha prevención depende de poder identificar a las personas vulnerables y en situación de riesgo, conocer los factores asociados al riesgo suicida, y estructurar intervenciones eficaces (42). Además, teniendo en cuenta que gran parte de la adolescencia transcurre en el entorno escolar, este ámbito ocupa un rol fundamental a la hora de promover la salud mental, el bienestar y prevenir el suicidio (42). Por otra parte, la pertinencia e importancia de este tipo de estudios para la salud pública, radica, en que resultados contextualizados, favorezcan la detección, e intervención temprana y preventiva del riesgo de suicidio en adolescentes monterianos.

El alcance del presente estudio abarca únicamente adolescentes escolarizados en escuelas públicas de Montería. Dentro de las limitaciones de esta investigación se puede incluir aquellas relacionadas con la confiabilidad y veracidad con que los participantes contestan las preguntas de los cuestionarios, típicas de este tipo de instrumentos auto-aplicados, las cuales pueden tener que ver con no querer revelar información confidencial. Por otra parte, la muestra pertenece a escuelas únicamente públicas, lo que limita parcialmente la generalización de los resultados a todo el territorio de Montería. Por último, no recopilamos datos sobre otros factores que pueden tener un efecto sobre las tendencias suicidas.

Ahora bien, en la revisión de la literatura no se encontraron estudios publicados que evalúen factores del riesgo suicida en adolescentes escolarizados del municipio de Montería, por lo cual el presente estudio estuvo dirigido a responder la siguiente pregunta de investigación ¿cuáles son los factores asociados al riesgo suicida, en estudiantes de 15 a 17 años, de colegios públicos de la ciudad de Montería?

## **1. OBJETIVOS**

### **1.1. OBJETIVO GENERAL**

Evaluar el riesgo suicida y factores asociados en estudiantes de 15 a 17 años de colegios públicos de la ciudad de Montería

### **1.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- Describir las características sociodemográficas de la muestra de estudio
- Estimar el riesgo suicida en estudiantes de 15 a 17 años de colegios públicos de la ciudad de Montería, mediante la Escala de Riesgo Suicida Plutchnik.
- Identificar los factores individuales, familiares y sociales asociados al riesgo suicida en estudiantes de 15 a 17 años de colegios públicos de la ciudad de Montería.

## **2. MARCO REFERENCIAL**

### **2.1. MARCO TEORICO Y CONCEPTUAL**

Desde la década de 1950 se han desarrollado investigaciones científicas diseñadas para identificar los correlatos y factores del riesgo de suicidio (43,44). El suicidio, al considerarse un fenómeno complejo resultado de diversos factores, ha llevado frecuentemente al uso de términos y definiciones imprecisas y débiles, que ha dificultado su aplicación metodológica a la investigación clínica y al progreso en la investigación y la teoría del suicidio (45). Es por ello, que la adecuada terminología empleada en la conceptualización del suicidio y el uso de una nomenclatura común facilita la comunicación, la formación y la investigación en suicidio, como así también mejora la predicción y clasificación de los individuos en riesgo.

#### **2.1.1. RIESGO SUICIDA**

El presente estudio de investigación utilizará uno de los significados de riesgo más común que tiene el término: el riesgo definido como probabilidad de ocurrencia o aparición de un evento/problema/efecto adverso o daño a la salud (46), producto de la interacción de múltiples factores (47).

El riesgo suicida o riesgo de suicidio, se define como la probabilidad que tiene una persona de cometer acto suicida de forma deliberada, producto de ciertos factores de tipo personal, familiar y sociales (48). Plutchick y Van Praag (1989), en la creación de la escala de riesgo suicida, consideraron importante identificar los siguientes factores: historia previa de intentos, impulsos y planes dirigidos a la autodestrucción, desesperanza, depresión, uso de tranquilizantes, uso de pastillas para dormir y medicamentos de todo tipo, permitiendo distinguir a las personas que se encuentran en riesgo de acto suicida de las que no (49).

#### **2.1.2. FACTORES ASOCIADOS AL RIESGO SUICIDA**

Según la OMS, un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión (11). A nivel mundial, existe investigación abundante sobre factores relacionados con el comportamiento suicida, y existe cierto consenso en que, en muchos casos, actúan acumulativamente para aumentar el riesgo (11,50).

Desde la salud pública, el riesgo es producto de la interacción de múltiples factores (47), dentro de los cuales, una manera de clasificarlos es: internos o de vulnerabilidad individual y factores externos o amenazas. La vulnerabilidad hace referencia a la

susceptibilidad individual (sensibilidad o diátesis) y a la capacidad de respuesta individual (resiliencia), mientras que, la amenaza tiene que ver con la exposición individual y al mismo tiempo con factores relevantes del contexto (51).

También existen factores que minimicen el riesgo de cometer suicidio, denominados protectores, e incluye: una buena relación intrafamiliar y la percepción de apoyo de otras personas significativas, las buenas habilidades sociales, la confianza en sí mismo, la búsqueda de ayuda y consejo en momentos críticos, la receptividad hacia las experiencias de otras personas y hacia los conocimientos nuevos; la buena integración social, buenas relaciones con los compañeros y apoyo (52,53).

Entre los modelos del comportamiento suicida basados en la literatura empírica sobre correlaciones y factores de riesgo suicida se encuentra el modelo de Beck (43), que, al igual que otros modelos de diátesis-estrés considera que algunos aspectos de vulnerabilidad dispositiva de la persona, como por ejemplo procesos cognitivos relevantes para el suicidio, tales como déficit de resolución de problemas, impulsividad y personalidad, se activan en un contexto de estrés de la vida, aumentando la probabilidad de que surja una crisis suicida.

Por su parte el modelo teórico de Mann diátesis-estrés, que retoma y reformula los conceptos de Plutchik, también sostiene que existen factores de vulnerabilidad (diátesis o genéticos), tales como ser impulsivo, tener comportamientos agresivos, competitividad, irritabilidad e inestabilidad emocional, que se ven afectados y son sumamente pronunciados cuando se activan por estresores provenientes del ambiente (estrés), y que puede incluir factores adversos de la vida, ambientales y otros; provocando una tendencia a experimentar una mayor ideación suicida, a actuar de manera impulsiva y, como consecuencia, una potencialidad a cometer un acto suicida (21,54).

La teoría del suicidio como proceso o un continuo que aumenta en nivel de destructividad, en donde intervienen pensamientos o ideas, ideación, gestos, amenazas, planificación, intensidad de la planificación, que presentan diferentes niveles de riesgo suicida. Esta teoría pone énfasis en las características propias de las personas suicidas, y en la interacción con su medio, tales como familia, amigos, compañeros, o a quienes considere importantes. También tiene en cuenta los procesos cognitivos, factores sociales y culturales, los cuales se convierten en los elementos claves para dimensionar el riesgo suicida en adolescentes (21,22). De este modo, este modelo, propone la multicausalidad del suicidio, es decir que la decisión del suicidio está dada por una cantidad de eventos presentes que se correlacionan con el pasado (22).

En el siguiente cuadro se observan aquellos factores de riesgo que de manera reiterada fueron resaltados en la literatura consultada, y se describen de acuerdo con la siguiente categorización: Individuales, familiares, y sociales (Cuadro 1).

#### **Cuadro 1. Factores del riesgo suicida**

Factores individuales
-----------------------

<i>Sociodemográficos</i>
<i>Relacionados con comportamiento suicida</i>
<i>Problemas psicológicos</i>
<i>Trastornos mentales</i>
<i>Maltrato Infantil, abuso físico o sexual</i>
Factores Familiares
<i>Comportamiento suicida en la familia</i>
<i>Estructura y funcionamiento familiar</i>
Factores Sociales
<i>Acontecimientos vitales estresantes</i>
<i>Relaciones con iguales, soporte social</i>
<i>Acoso por parte de iguales</i>
<i>Uso patológico de internet</i>

Fuente: Elaboración propia

- **Factores Individuales**

*Sociodemográficos (edad, género)*

Diversos estudios han demostrado que factores sociodemográficos, tales como la edad, el género y clase social tienen fuerte asociación con el suicidio y con cualquier clase de comportamiento suicida. Los hombres se suicidan tres veces más que las mujeres (26), mientras que, para los intentos de suicidio, la relación se da de manera inversa (27) y son más frecuentes en jóvenes (entre 15 y 34) mujeres (32). Aunque tradicionalmente y en la mayoría de los países, excepto china, las tasas de suicidio son más elevadas y se incrementan con la edad (mayores de 65 años), las tasas entre los jóvenes han ido en aumento hasta el punto de que ahora estos son el grupo de mayor riesgo en un tercio de los países (1). El matrimonio parece funcionar como un factor protector para los hombres, pero no es significativo para las mujeres (27) .

*Factores relacionados con comportamiento suicida.*

Existe un consenso por parte de la mayoría de los estudios sobre suicidio, que, de todos los factores individuales, la historia de un intento previo sea, probablemente, el predictor más importante para suicidio consumado en la población general (23), presente en el 40% de los casos (11).

El riesgo aumenta con el número de intentos anteriores (32), y es mayor durante el primer año que le sigue (7).

Un estudio longitudinal en población coreana determinó que los pacientes atendidos en urgencias por intentos de suicidio tienen 54 veces más riesgo de morir por suicidio que la población general (24). Por ello se sugiere que, toda comunicación de ideación suicida con presencia de un intento previo es el mejor indicador de riesgo en la población en general, y que debe ser considerada una situación de riesgo sanitario (7,11), haciendo sumamente relevante que la prevención secundaria se centre en esta población de riesgo (55).

### *Problemas Psicológicos*

Algunas variables relacionadas con los factores psicológicos del riesgo de suicidio son las estrategias de afrontamiento o de resolución de problemas, definidas como el conjunto de recursos y esfuerzos psicológicos tanto cognitivos como conductuales, orientados a resolver un problema, reducir o eliminar la respuesta emocional o a modificar la evaluación inicial de la situación generadoras de estrés (56,57). Estas, pueden estar orientadas a resolver el problema como por ejemplo acudir a un profesional o a un familiar; orientadas al bienestar emocional como lo es hablar de los sentimientos o acudir a una religión; o de tipo evitativo, donde la persona evita hablar o pensar en el problema (58,59).

Estudios sugieren que los adolescentes con déficit en las estrategias de afrontamiento, y en los mecanismos cognitivos y conductuales que les permiten hacer frente a situaciones estresantes del diario vivir (59); se perciben con bajas capacidades para manejar situaciones de estrés, asociándose esto con pensamientos suicidas, especialmente en las mujeres (38). En los adolescentes se ha detectado que, en muchos casos, el suicidio funciona como una estrategia de afrontamiento para solucionar sus problemas, al respecto, diversos estudios evidenciaron que el uso de estrategias poco saludables tenía efectos de moderados a fuertes en la transición de ideación suicida a intento suicida (25).

En Cúcuta, un estudio cuyo objetivo fue analizar la relación entre estrategias de afrontamiento en adolescentes como elemento clave para la orientación suicida, identifico que la estrategia más utilizada por los adolescentes escolares es la estrategia de afrontamiento enfocada en la emoción (46.86%), seguida por el afrontamiento enfocado al problema (43,51); también revelo que, a mayor uso de estrategias evitativas, presente en el 25.56% de los casos, mayor es la desesperanza (56).

Además, se encontraron que, algunas variables psicológicas relacionadas con sentimientos de desesperanza, expectativas pesimistas y negativas acerca del futuro (26), y autoestima disminuida, eran fuerte predictores de comportamiento suicida (3). A los adolescentes, además, se le atribuyen rasgos tales como baja tolerancia a la

frustración, dificultades en el manejo de los impulsos, enojo y agresividad, lo que en ocasiones los lleva a aislarse socialmente (3)

Desde de lo teórico, estos componentes descriptos pueden ser explicados por el modelo cognitivo de la conducta suicida de Beck. De acuerdo con este modelo, la desesperanza es activada por la interacción entre dos componentes: por un lado, características de vulnerabilidad, tales como impulsividad, agresividad, déficit en estrategias de afrontamiento y rigidez cognitiva, que, son activadas con el estrés, dando paso a un proceso desadaptativo, y generando distorsiones de pensamiento e ideación suicida que imposibilita buscar otras formas de solución a sus problemas, conduciendo en muchos casos al acto suicida como única solución viable (43).

### *Trastornos mentales*

Las tasas de intento suicida como así también de recurrencia, son significativamente más altas en las poblaciones con trastorno mental en comparación con la población general (60). Las relaciones son más fuertes para los trastornos del estado del ánimo y trastornos de control de impulsos, seguidos por trastornos de ansiedad y consumo de sustancias, estos últimos, fuertemente asociados con el riesgo de pasar de la ideación al intento suicida (28,61).

Se calcula que aproximadamente 80 o 90% de las personas que han puesto fin a su vida suicidándose tenían un trastorno mental (27). En los adolescentes, estudios revelan que el trastorno depresivo mayor, el trastorno distímico, y el de pánico son los más frecuentes en los intentos de suicidio repetidos (62). La depresión es el trastorno del ánimo más prevalente en el comportamiento suicida, presente en el 60% de los suicidios (2), e incrementando el riesgo de suicidio hasta en 40 veces con respecto a la población general (63). También es frecuente que varios trastornos comórbidos coexistan, y cuanto mayor sea la cantidad, mayor el riesgo de suicidio (28).

El abuso de sustancias psicoactivas en general es común en las personas que cometen suicidio, principalmente en los jóvenes. Las cifras indican que el riesgo de muerte por suicidio a lo largo de la vida de un paciente con alcoholismo es de aproximadamente entre el 10 y el 15%, y la mayoría de ellos se encuentra en estado de embriaguez al momento del intento suicida (27,40). En lo que respecta al abuso de sustancias psicoactivas diferentes al alcohol, se ha encontrado que los hombres y mujeres con adicciones tienen entre cuatro y once veces más, respectivamente, riesgo de morir por suicidio que la población general (27).

En cuanto a los trastornos de personalidad en individuos que cometen suicidio, los más frecuentemente son el trastorno borderline y el trastorno antisocial de la personalidad (3), sin embargo, lo más habitual es que los comportamientos suicidas en éstos trastornos

sean repetitivas y no fatales. De los trastornos de la ansiedad, el trastorno del pánico ha sido el más asociado con suicidio, seguido por el trastorno obsesivo-compulsivo (27).

### *Maltrato Infantil (Abuso sexual y/o físico)*

Según la OMS, el maltrato infantil abarca las experiencias de abuso, desatención o negligencia que resulte en un daño que afecte la salud física y mental en menores de 18 años, e incluye abuso sexual, físico o emocional (64). Las consecuencias del maltrato se pueden llegar a ver a largo plazo, causando estrés, y otros problemas conductuales, físicos y mentales, que pueden contribuir al suicidio (65). El abuso sexual se refiere a todo acto, acceso o estimulación de carácter sexual que una persona ejerce sobre un niño, niña o adolescente, que se encuentra en desventaja frente a su agresor (66), mientras que, el maltrato físico incluye actos como golpizas, patear o cualquier agresión física que pueda causar daños significativos a la víctima (65)

Estudios revelan que el abuso sexual es una causa desencadenante de un intento de suicidio, en gran parte por el efecto físico inmediato e impacto psicológico generado por la exposición al estrés traumático. Diversos estudios han revelado que los niños sometidos a situaciones de abuso sexual corren mayor riesgo de desarrollar trastorno de estrés postraumático y trastorno depresivo mayor, lo cuales a su vez aumentan el riesgo suicida, por lo cual no está claro si la alta prevalencia de comportamiento suicida en estos sujetos se deba al abuso en sí o a al cuadro patológico que puede generar (29,67).

Una encuesta mundial de salud mental que se llevó a cabo en una muestra total de 109.377 personas de 21 países reveló que las adversidades de la niñez se asociaron con un mayor riesgo de intentos e ideación suicida, siendo el abuso sexual y físico consistentemente los factores de riesgo más fuerte, especialmente en la adolescencia, aumentando el riesgo con la cantidad de adversidades vividas (68).

En Colombia, de acuerdo al Instituto de Medicina legal y Ciencias Forenses (40) , en 2018 la tasa de delito sexual fue de 52,3 por cada cien mil habitantes, una relación de 6 mujeres por cada hombre víctima de delito sexual, siendo el rango de edad más afectado el comprendido entre los 10 y 14 años. Un estudio que se llevó a cabo por Prada y colaboradores en la ciudad de Boyacá, identificó que el 48% de las víctimas de abuso sexual presentaban ideación suicida, y que el 1.9% del total de los jóvenes abusados han tenido un intento suicida. Sin embargo, es importante tener en cuenta que debido a que en muchos casos el abuso sexual no es reportado a las autoridades, las tasas de prevalencia suelen ser imprecisas y poco confiables (69).

## **Factores familiares**

### *Comportamiento suicida en la familia*

La historia familiar de suicidio o intento de suicidio se ha asociado frecuentemente al comportamiento suicida (30). Un estudio comparativo reveló que los antecedentes familiares de suicidio junto con otros indicadores, tales como trastorno mental, desesperanza y falta de apoyo social, son predictores significativos de múltiples intentos de suicidio, es decir, son más propensos a volver a intentar suicidarse nuevamente (70)

### *Estructura y funcionamiento familiar*

Numerosos estudios han evidenciado el papel que desempeña el funcionamiento familiar en el comportamiento suicida, pudiendo convertirse en un factor de protección, mientras que, su déficit o disfuncionalidad colocan a la persona en situación de riesgo (20)

Un estudio llevado a cabo en Colombia en estudiantes que pertenecen a familias con disfunción severa mostró una relación significativa entre funcionalidad familiar y riesgo suicida, habiendo un aumento progresivo del riesgo desde 0,99 hasta 17,39%, a medida que disminuye la funcionalidad familiar (71). Otros autores también concluyeron que los problemas en la relación parental distorsionada, las carencias en el cuidado, disfunción familiar, pérdida parental precoz y violencia intrafamiliar se correlacionaron con riesgo suicida (31)

Un gran número de estudios reportaron que dos de cada tres personas que intenta suicidarse tiene un núcleo familiar integrado por ambos padres, no obstante, no vivir con ambos padres no se asoció con ningún comportamiento suicida, lo que sugiere que no es la estructura familiar en sí, sino la calidad de las relaciones familiares, el factor de riesgo en el comportamiento suicida de niños y adolescentes (34)

## **Factores sociales**

### *Acontecimientos vitales estresantes*

La evidencia sostiene que la exposición a una amplia gama de acontecimientos negativos recientes de la vida, episodios vitales adversos o factores estresantes, son uno de los factores de riesgo y potencial desencadenante, que puede ayudar a determinar el riesgo inminente de intentos de suicidio (32,33). Problemática familiar, amorosa, laboral, económica, duelo, enfermedad terminal, aislamiento social, como así también acontecimientos vitales adversos vividos en la infancia, tales como pérdidas tempranas, abuso, violencia doméstica, desintegración familiar, son algunos de los indicadores que pueden asociarse al riesgo suicida (34). En Colombia, según la última encuesta Nacional

en Salud Mental, el 29,3% de los adolescentes ha sufrido algún tipo de evento traumático a lo largo de la vida (72)

Entre los riesgos sociales vinculados a la comunidad y las relaciones, se encuentran: las guerras, los desastres naturales, y el estrés que ocasiona la aculturación. Varios estudios han demostrado que ser víctima de desplazamiento forzado o emigrar, aumenta el riesgo suicida en algunos casos, ya que supone un desarraigo afectivo y cultural; además de una serie problemática asociadas; como ser la pobreza, una vivienda deficiente, carencia de apoyo social, y expectativas insatisfechas (27). Si la misma se da por voluntad propia o en conjunto con toda la familia, el riesgo disminuye (7)

Oliva y colaboradores en la creación del inventario de Acontecimientos Vitales estresantes (AVE) encontró que los acontecimientos vitales estresantes que experimentaron más adolescentes fueron el traslado de clase (72,3%), la muerte de un familiar cercano (54,5%) y la ruptura de la relación con la pareja (45,5%), mientras que el acontecimiento menos frecuente fue el embarazo de la joven o de la pareja del adolescente (0%). Resultados muy similares sobre la prevalencia de estresores obtuvo Jiménez y Col. (73), refiriendo que los sucesos más frecuentes hallados en su estudio fueron cambios de compañeros con el 57,6% de los casos y la muerte de un familiar cercano 55,7%.

#### *Relaciones con iguales, soporte social*

Para los jóvenes es muy importante la relación con sus pares, la cual contribuye al desarrollo personal y social. El soporte social percibido, y las relaciones con iguales tales como sentirse perteneciente a una trama de relaciones personales y sociales, son la fuente principal de sustento emocional, la proximidad y confidencialidad de compartir experiencias similares lo hacen un factor de protección para la salud, y por eso su pérdida o ausencia podrían convertirse en factores que aumentan el riesgo de comportamiento suicida (34). Estudios han encontrado como fundamental el apoyo de una persona para hacer el efecto equilibrador entre estresores y recursos y obtener, por tanto, un mejor equilibrio psicosocial. Por otra parte, estudios mostraron que el principal evento de la vida que precede alrededor del 50% de los intentos de suicidio son los conflictos interpersonales (32).

Desde la teoría de los tres pasos, el fenómeno del suicidio, y sobre todo la transición de ideación a intento, se explica por la falta de conexión o vinculación a otras personas, rol, objetivo, o cualquier sentido de propósito o significado que tenga la persona. La falta de conexión, darían lugar al deseo de suicidio. La baja tolerancia a las frustraciones y una tendencia a la impulsividad y al enojo, puede conducir a aislarse socialmente, mientras que, para este autor, el dolor psicológico o emocional, sumado a la desesperanza (presente en los problemas psicológicos) daría paso a la ideación suicida (74).

### *Acoso por parte de iguales*

El acoso por parte de iguales cuando se da en el ámbito escolar, se denomina intimidación o acoso escolar, y es un tipo de violencia escolar. La misma, hace referencia a la exposición repetida a un comportamiento agresivo, que ocurren de manera intencional perpetuado por uno o más estudiantes, y que cuenta con ciertas características especiales, como una relación de desventaja en términos de poder o fuerza, y algo de repetitividad; y que puede manifestarse en los ámbitos físicos, relacionales y verbales (14,75). Del mismo modo, el acoso escolar incluye el cyberbullying o acoso cibernético que presenta similares características que el bullying tradicional, solo que la intimidación se hace a través de tecnologías de información, de contacto o comunicación (internet, redes sociales virtuales, telefonía móvil y video juego online) (14,39).

Existe basta evidencia que la victimización por acoso escolar es frecuente entre los jóvenes, pudiendo generar ansiedad, depresión, y bajo rendimiento académico (76), convirtiéndose en un factor de riesgo suicida (39,77). Por otra parte, estudios han informado que en muchos casos los adolescentes, ante este tipo de sucesos, y debido a una incapacidad para resolver los problemas con sus compañeros y profesores consideran el suicidio como alternativa para enfrentarlo (75).

La encuesta mundial de salud estudiantil basada en escuelas, examinó la prevalencia de ideación e intento suicida en una muestra de 397.299 adolescentes de 90 países, y reveló que ser víctima de intimidación, acoso o no tener amigos cercanos se asociaba a comportamiento suicida (78). En Colombia, el Observatorio de salud mental reveló que 6,7% de los niños en el país han sufrido abuso, maltrato físico o psicológico por compañeros de la escuela (72). Mientras que, la encuesta de salud escolar, en 2018, reveló que el 20,5% de los escolares habían referido haber sido víctimas de agresiones durante el último año (79). De ambos fenómenos, el cyberbullying parece ser bastante menos frecuente con respecto al acoso tradicional (75).

### *Uso patológico de Internet*

Respecto al uso de internet, recientes estudios han concluido que su uso patológico se correlaciona con ideación (80), mientras que el uso diario de Internet superior a 5 horas se asoció fuertemente con niveles más altos de depresión, ideación e intentos suicida en adolescentes (81). Así mismo, el trastorno de adicción a juegos de internet se asoció positivamente con insomnio, luego con depresión, lo que a su vez contribuyó positivamente a la ideación suicida (82).

### 2.1.3. COMPORTAMIENTO SUICIDA

El suicidio es el resultado final de una serie de fenómenos denominados comportamiento suicida o conducta suicida (5,11), e incluye aspectos tanto cognitivos como conductuales que se manifiestan normalmente de manera progresiva, iniciando con ideas, continuando con planes cada vez más elaborados, y culminando en uno o varios intentos, que van aumentando en el nivel de letalidad (sin que se llegue a la muerte), hasta el suicidio consumado (6,31). La ideación suicida es la más común de todos los comportamientos suicidas, y se estima que la relación entre el suicidio completado, el intento e ideación suicida es de aproximadamente 1:10:100 respectivamente (83)

Para la asociación estadounidense de psiquiatría, el comportamiento suicida representa un síntoma (de un malestar posible de ser encontrado en diversas patologías psiquiátricas), y no una enfermedad en sí (84). Es por ello, que en el manual Diagnóstico y estadístico para Trastornos mentales (DSM-5) se incluye al trastorno del comportamiento suicida como "condiciones para un estudio adicional" (60), por lo cual, se debe revisar la presencia de otros síntomas, emocionales o comportamentales, que en conjunto hagan parte de un diagnóstico (15,47). Por su parte, la clasificación internacional de enfermedades en su versión 10 (CIE10), clasifica este comportamiento (solo intento y suicidio) dentro del grupo de causas externas de morbilidad y mortalidad (C20), en el subgrupo de las lesiones autoinfligidas intencionalmente (X60 a X84) (9).

La intencionalidad del comportamiento es un elemento clave y el único factor imprescindible en las conceptualizaciones y definiciones respecto del fenómeno del suicidio, independientemente de la presencia o no de daño físico. Los comportamientos que no cuentan con la intencionalidad de provocarse la muerte, se denominan "Autolesión no suicida" (NSSI por sus siglas en inglés) (84), y solo buscan un impacto sobre el cuerpo que alivie momentáneamente una emoción negativa perturbadora, que detenga el displacer.

Conceptualizaciones de términos como, intento fallido, suicidio no fatal, suicidio exitoso, suicidio completado, gesto suicida, amenaza suicida, y parasuicidio no serán incluidas en el presente trabajo debido que en general son considerarlos peyorativos o engañosos, y en otros casos excesivamente amplio y vago (85).

**Ideación Suicida:** hace parte de los aspectos cognitivos del comportamiento suicida. Se denomina en sentido general, al conjunto de pensamientos que puede adquirir las siguientes maneras de manifestarse: el deseo de morir, la representación suicida, pensamientos con o sin planeación, fantasías, o prefiguración de la propia muerte (86,47,14). Se ubican un paso anterior a la actuación y abarca un amplio campo con diversos grados de intensidad y elaboración (85,87).

**Plan Suicida:** Cuando los pensamientos son más elaborados e implican elaborar un plan, el de quitarse la vida, se habla de plan suicida; en él se identifica el método para llevar a cabo el acto suicida, que puede incluir forma, lugar, insumos requeridos, momento en

que se realizará, elaborar mensajes o notas de despedida. Cuando se está en estos momentos se corre un gran riesgo de pasar al intento (47,45).

La prevalencia de ideación es difícil de calcular, debido a que depende completamente del autoinforme y en general pasa desapercibida (11); sin embargo, es la más común de todos los comportamientos suicidas. Para algunos autores es un factor de bajo riesgo, que solo puede convertirse en un factor de riesgo para el intento y suicidio completado si coexiste con otras variables tales como, pensamiento dicotómico y ausencia de apoyo social como factor protector (83)

El análisis de algunos estudios reveló que el riesgo de ideación suicida aumenta sustancialmente durante la adolescencia y que cuanto más temprana la edad de aparición de ideación, mayor el riesgo de pasar al plan e intento de suicidio; esta transición es extremadamente elevada dentro del primer año de inicio de la ideación, disminuyendo a partir de entonces (28).

**Intentos de suicidio:** se describen como un comportamiento lesivo sin resultado fatal, para el que existe evidencia, implícita o explícita, de la intencionalidad de provocarse la muerte, y que independientemente de la letalidad del método utilizado, puede provocar o no lesiones (85,88,89). Probablemente la historia de intento de suicidio previo es el indicador más importante para suicidio consumado, presente en el 40% de los casos (11). El riesgo de nuevos intentos es mayor durante el año que le sigue, y se multiplica por 1,3 por cada episodio adicional. Por lo cual, toda comunicación de ideación suicida más la presencia de un intento previo de suicidio es el mejor indicador de riesgo en la población general y debe ser considerado una situación de riesgo sanitario (7). En Colombia, de acuerdo con último boletín de salud mental, el 30.4% de los casos reportador por intento de suicidio tuvieron antecedentes de intentos previos (52)

**Suicidio:** Es el último eslabón del comportamiento suicida y se define como la muerte derivada de lesión, envenenamiento o asfixia mecánica, con evidencia, implícita o explícita, de que fue autoinfligida (51).

#### **2.1.4. ADOLESCENCIA**

La adolescencia ha sido definida como el periodo de transición de la niñez hacia la adultez temprana, y se caracteriza por grandes cambios emocionales, sociales y físicos y de consolidación del sentido de identidad y maduración cognoscitiva y emocional. En este periodo suelen aparecer problemáticas relacionadas con las metas de vida, los vínculos románticos, las aspiraciones de trabajo o estudio, la propia visión del mundo (35), como así también dificultades en el manejo y control de impulsos, agresividad, baja tolerancia

a la frustración, problemas de autoestima, y ambivalencia entre infancia y adultez (3). La falta de habilidades para enfrentar los cambios biológicos y psicosociales que se presentan en este periodo puede llevar a que algunos adolescentes presenten síntomas depresivos o comportamiento suicida (35).

Definiciones más precisas provienen de Naciones Unidas y de la OMS, quienes definen la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce entre la niñez y la vida adulta, entre los 10 y los 19 años (90,91). Dentro de este periodo de tiempo, se pueden diferenciar en dos periodos, la primera adolescencia o adolescencia temprana que va desde los 10 a los 14 años, y la segunda, adolescencia o tardía desde los 15 a los 19 años (92).

El presente estudio se enmarca en la definición de adolescencia tardía. Para este momento, en el adolescente ya han tenido lugar los cambios físicos más importantes, y la capacidad para el pensamiento analítico y reflexivo aumenta notablemente en el trascurso de esta etapa. Ya desde la adolescencia temprana se viene gestando la experimentación con drogas y alcohol, para prolongarse durante la adolescencia tardía e incluso en la edad adulta (90) (92).

Debido a que el interés del presente estudio estuvo dirigido al adolescente escolarizado, definimos el rango de edad que comprende este periodo, hasta los 17 años que es la edad máxima encontrada en escolarizados de educación media.

### **2.1.5. ADOLESCENTE ESCOLARIZADO**

De acuerdo con la definición de escolarizado que ofrece la real academia (93), el adolescente escolarizado es aquel que accede a la escuela para recibir la enseñanza obligatoria. En Colombia, el sistema educativo está conformado desde la educación inicial hasta la educación superior (94).

A lo que hace a los factores, para el adolescente escolarizado, en general, no difieren de los presentes en el adolescente promedio; sin embargo, Valdés en su estudio acerca de rendimiento académico, destaca en el adolescente escolarizado un factor psicológico de gran importancia, que es la autoestima en el ámbito escolar. La misma hace referencia a la percepción personal del adolescente acerca de su capacidad para enfrentar con éxito las situaciones de la vida escolar, y de sus capacidades intelectuales (95)

Por otra parte, los adolescentes escolarizados, están expuestos a situaciones de alta demanda, que requieren del despliegue de todas sus capacidades de afrontamiento para adaptarse a los estresores tanto internos como externos, propios de la etapa evolutiva que transitan. Uno de los estresores a los que puede verse afectado el adolescente escolarizado es a formas de rechazo y/o acoso escolar, lo que, a su vez, puede generar en él, estrés escolar, bajas calificaciones, ansiedad, depresión, ausentismo, deserción escolar, como así también ideación suicida, si la victimización se prolonga (36,37).

Una encuesta mundial muestra que más de la mitad de los jóvenes que cursan estudios superiores secundarios, tuvieron pensamientos suicidas (96). Según la OMS, tener esporádicamente pensamientos suicidas no es anormal, y hacen parte de un proceso normal de desarrollo en la infancia y adolescencia al intentar elucidar problemáticas acerca de la existencia, del sentido de la vida y la muerte (37); sin embargo, se vuelven anormales en los niños y adolescentes cuando la realización de estos pensamientos parece ser la única salida para sus dificultades, y existe entonces un serio riesgo de suicidio o intento de suicidio (96).

## **2.2. MARCO LEGAL**

El Gobierno de Colombia en el contexto internacional en cuanto a las políticas para mitigar el fenómeno del suicidio, se alinea con la OMS en reconocer al suicidio como una prioridad de Salud Pública, otorgando a la prevención del suicidio alta prioridad en la agenda de salud pública. Como estado miembro de la OMS, se compromete a trabajar para alcanzar la meta mundial de reducir las tasas nacionales de suicidios en un 10% para 2020 (97).

En Colombia, la normativa para este fenómeno comienza a regir a partir del Artículo 49 de la Constitución Nacional, en donde, se garantiza a todas las personas la atención de la salud mediante el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud; siendo el Estado el encargado de organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. A continuación, se presenta la legislación vigente que rige el problema del suicidio en Colombia

### **Ley 599 de 2000 Código Penal**

Desde el punto de vista del delito, el suicidio en Colombia no es penado por la ley, sin embargo, si lo es la inducción, instigación o ayuda al suicidio, que se encuentra consagrado en el libro segundo, título I, de los delitos contra la vida y la integridad personal, artículo 107 del Código Penal colombiano.

### **Ley 1438 de 2011:**

Con esta ley, se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud, y se incorpora la obligación de atender la atención en salud mental en el marco del Plan Obligatorio en Salud (POS). Por otra parte, dentro del marco de la estrategia de Atención Primaria en Salud, se establece la obligación para las EPS de desarrollar acciones de salud pública, promoción de la salud y prevención de la enfermedad, con el fin de promover de manera

constante la salud mental de la población y útiles para la atención integral de pacientes en riesgo suicida (98).

### **Resolución 1841 de 2013: Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 (PDSP):**

Este plan se elaboró dentro del marco de la Ley 1438 de 2011, de manera participativa y bajo la rectoría del Ministerio de Salud y Protección Social como una apuesta del país encaminado a la equidad en salud entre los grupos poblacionales. Se basó en la mejor evidencia científica existentes que diera cuenta de intervenciones y estrategias eficaces, a las que se le sumaron los aportes obtenidos desde la participación social y comunitaria, sectorial e intersectorial (99).

Se establece como parte de sus dimensiones, la de Convivencia y Salud Mental, definida como un *“espacio de construcción, participación y acción transectorial y comunitaria que, mediante la promoción de la salud mental y la convivencia, la transformación de problemas y trastornos prevalentes en salud mental y la intervención sobre las diferentes formas de la violencia, contribuya al bienestar y al desarrollo humano y social en todas las etapas del ciclo de vida, con equidad y enfoque diferencial, en los territorios cotidianos”* (99).

Esta a su vez estableció dos componentes:

- Promoción de la salud mental y la convivencia
- Prevención y atención integral a problemas y trastornos mentales y diferentes formas de violencia;

Dentro del componente de Promoción de la convivencia social y de la salud mental se propone la meta g, que establece que “a 2021 el 100% de Departamentos y municipios del país adopten Política Pública Nacional de Salud Mental acorde a los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social” (100), mientras que dentro del componente a Prevención y atención integral a problemas y trastornos mentales y a diferentes formas de violencia, se propone como meta al 2021 disminuir la tasa de mortalidad por suicidio y lesiones autoinflingidas a 4,7 por 100.000 habitantes, a través de la intervención prioritaria y la puesta en marcha del Plan para la Prevención y Atención Integral de la Conducta Suicida (9,99)

### **Ley 1616 de 2013: Ley de Salud Mental.**

Esta ley se promulgó en consonancia con lo preceptuado en el artículo 49 de la Constitución Política, donde se garantiza la atención de la salud y el acceso a los servicios

de promoción, protección y recuperación de la salud, a todas las personas en territorio colombiano.

La Ley 1616 de Salud mental, es relativamente reciente, se promulgó en 2013, y su objeto es garantizar a toda la población colombiana el ejercicio pleno del Derecho a la Salud Mental, priorizando a niños, niñas y adolescentes, mediante acciones de promoción de la salud, prevención del trastorno mental, y la Atención Integral e Integrada en Salud Mental en el ámbito del Sistema General de Seguridad Social en Salud (101).

En esta ley se establecen los criterios de política para la reformulación, implementación y evaluación de la Política Pública Nacional de Salud Mental, con base en los enfoques de derechos, territorial y poblacional por etapa del ciclo vital, con fundamento en el enfoque promocional de calidad de vida y la estrategia y principios de la Atención Primaria en Salud (102).

Se establece que es el Ministerio de Salud y Protección Social sea el organismo responsable de llevar a cabo las acciones de promoción de salud mental, dentro de las cuales se incluyen (101):

- Afectar positivamente los determinantes de la salud mental
- Prevenir el suicidio
- Inclusión social
- Eliminación del estigma y la discriminación
- Fomento del buen trato y prevención de las violencias
- Intervención en prácticas de hostigamiento, acoso o matoneo escolar
- Prevención del consumo de sustancias psicoactivas
- Promover la participación social
- Seguridad económica y alimentaria

En su artículo 35, la ley ordena al Ministerio de Salud y Protección Social y a las Direcciones Territoriales de Salud, a implementar sistemas de vigilancia epidemiológica de la conducta suicida (17) y otros eventos de interés en salud mental. Son diversos los beneficios de caracterizar el evento; entre ellos, georreferenciar los casos, identificar comportamiento y patrón de ocurrencia de estos eventos; como así también detectar los casos de intento de suicidio que son captados en las instituciones de salud, y que genera información acerca de la distribución, tendencia y factores determinantes (103). Por último, la vigilancia epidemiológica permite el desarrollo de políticas estratégicas de prevención y control en la población, y desde el año 2016 bajo el decreto 780 se viene cumpliendo.

**Decreto 0280 de 2015.**

El decreto en mención crea la Comisión Interinstitucional de Alto Nivel para la efectiva implementación de la Agenda de Desarrollo Post 2015 y sus Objetivos de Desarrollo Sostenible –ODS. En el marco de este decreto, Colombia dio inicio al proceso de alistamiento para dar cumplimiento al mandato definido por los estados miembros de la Organización de las Naciones Unidas (ONU); quienes acordaron mediante una declaración conjunta, una agenda sobre desarrollo sostenible que involucra el logro de 17 objetivos y 169 metas. Estos objetivos pretenden incidir de manera directa o indirecta en la salud de las personas, son un llamado universal a adoptar medidas que pongan fin a la pobreza y garanticen condiciones de vida igualitarias. El Objetivo 3 de esta declaración es garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades y propone como meta: “Para 2030 reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles (ENT), mediante la prevención y el tratamiento, y promover la salud y el bienestar mental”, siendo la mortalidad por suicidio una externalidad asociada a este tipo de enfermedades (104,9).

### **Decreto 780 de 2016: Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA)**

En Colombia, desde el año 2016, en cumplimiento de la ley de Salud Mental, se crea el Decreto 780, donde el Instituto Nacional de Salud (INS), da inicio a la vigilancia epidemiológica del intento de suicidio (105), a través del Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA) que cuenta además del Protocolo de vigilancia en salud pública del intento de suicidio con el Protocolo de vigilancia en salud pública de intoxicaciones por sustancia químicas (106,9). Los registros que desde entonces el sistema fue reportando han ido aumentando de manera drástica, lo cual podría explicarse por el subregistro que existía del evento.

Colombia, cuenta también con el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), encargada de monitorear la mortalidad por suicidio, a través del reporte de estadísticas vitales, y el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Lesiones de Causa Externa (SIVELCE) a cargo del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF), el cual recopila y analiza toda la información relacionada con el ejercicio médico legal (informes técnicos periciales y clínica forense), reporta violencias (incluyendo al suicidio), que se notifica desde sus unidades regionales, seccionales y básicas (9).

### **Resolución 429 de 2016. Política de atención integral en Salud (PAIS)**

Por medio de la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), que busca la integridad en la atención. En el marco del Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS), centrado en las personas, su bienestar y desarrollo, y adopta los enfoques de atención primaria en salud, de salud familiar y comunitaria, con articulación de las actividades individuales y colectivas mediante enfoque poblacional y diferencial, se establece un

componente operativo de este: la regulación de las Rutas Integrales de Atención en Salud RIAS (9)

Dentro de las intervenciones de la ruta de riesgo, se crea la Ruta de Problemas, Trastornos Mentales y Epilepsia orientadas a garantizar que las personas cuenten con un adecuado control de su cuadro clínico, y así prevenir consecuencias no deseadas como ser discapacidad, internación o atención por urgencias, intentos de suicidio o suicidios consumados, entre otros (107), esto también incluye el seguimiento y la valoración del riesgo de reincidencia, aspectos relevantes en el manejo del evento suicida (108).

### **Decreto 4886 de 2018 Política Publica de Salud Mental**

Colombia a través de esta norma adopta la Política Publica de Salud Mental, la cual deroga la Resolución 2358 de 1998 y establece los criterios de política para la reformulación, implementación y evaluación de la Política Nacional de Salud Mental, con base en los enfoques de derechos, territorial y poblacional por etapa del ciclo vital, todo ello con fundamento en el enfoque promocional de calidad de vida y la estrategia y principios de la Atención Primaria en Salud, de obligatorio cumplimiento para los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) (109).

### **2.3. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS**

Aunque tradicionalmente las mayores tasas de suicidio se han registrado entre los varones de edad avanzada, las tasas entre los jóvenes han ido en aumento hasta el punto de que ahora estos son el grupo de mayor riesgo en un tercio de los países (11).

Un estudio que se apoyó en los datos de la Encuesta Web de comportamiento de Riesgo juvenil de Corea 2010 determinó los factores de riesgo para los distintos comportamientos suicida, y de los 73.238 individuos encuestados, el 14,3% había experimentado ideación sin intento de suicidio, mientras que el 5,8% había intentado suicidarse durante el último año. Los factores con asociaciones más fuerte para el intento de suicidio fueron consumo de drogas, consumo excesivo de alcohol, estrategias de afrontamiento poco saludable y sentimiento de desesperanza, mientras que, en las mujeres junto a estas variables se le sumaban el bajo rendimiento académico, el mal estado de salud y alto estrés (25).

Resultados similares se encontraron en Chile. Un estudio con 919 adolescente escolarizados tuvo como objetivo caracterizar la conducta suicida y sus factores de riesgo, obtuvo una prevalencia de vida del intento de suicidio de 14,3%. Este estudio en un análisis estadístico comparativo a través de distintas pruebas encontró diferencias significativas con la mayoría de los factores de riesgo analizados (sociodemográficos,

familiares, abuso de sustancias, autoestima, suicidabilidad, depresión, desesperanza, funcionalidad familiar, impulsividad y acontecimientos vitales) sin embargo, a través de un análisis de regresión logística binaria, obtuvieron resultados significativos solo para cuatro de las variables consideradas: consumo de tabaco, eventos vitales estresantes e ideación suicida reciente y pasada (110).

La Encuesta Nacional de Salud Mental (86) llevada a cabo en Colombia en el año 2015, ofrece la información más completa y reciente de la conducta suicida en el país. Este estudio poblacional, encuestó 15.351 personas entre los 7 y 96 años, perteneciente a los 32 departamentos y del distrito de Bogotá (tanto a nivel urbano como rural). La encuesta exploró en población de 12 años en adelante, e informó que el evento más frecuente dentro de la conducta suicida es la ideación, con una frecuencia de 6,6%, seguido del intento de suicidio 2,6% y por último el plan suicida con 1,8%. Un dato importante que aporta este estudio es la noción de impulsividad y su incidencia en el grupo poblacional de adolescentes, ya que se encontró que en los adolescentes es más frecuente el intento de suicidio que el plan (86,9).

Por su parte, en Colombia existen numerosos estudios en universidades que midieron riesgo suicida y establecieron un perfil sociodemográfico y epidemiológico del comportamiento suicida en población adolescente. En Caldas, Álvarez Latorre y Colaboradores (111), midieron el riesgo suicida a través del cuestionario de Plutchik, y encontraron que el 11,8% del total de muestra presentaba riesgo, mientras que, en Manizales, Fuentes y Colaboradores, según el mismo cuestionario, halló un riesgo suicida de 12,8% (112). Ambos estudios coincidieron en mostrar que: ser mujer, tener una disfunción familiar severa, una decepción amorosa, padecer algún trastorno psiquiátrico como ser depresión mayor o ansiedad, consumo abusivo de alcohol y de sustancias psicoactivas, y contar con antecedentes personales o familiares de intento suicida, aumentan el riesgo en adolescentes.

Aunque en estudiantes universitarios, Sandra Cañón y colaboradores (113), midieron el riesgo suicida presente en una muestra probabilística de 355 alumnos universitarios en Manizales y estimaron el riesgo entre 13,5% y 16,7%, y como factores significativos asociados: estrato socioeconómico, presencia de un diagnóstico psiquiátrico, consumo de alcohol y sustancias psicoactivas, antecedentes familiares de suicidio, disfuncionalidad familiar, nivel de autoestima, ansiedad y depresión. En Medellín, por su parte, se encontró una muy alta prevalencia de riesgo suicida en un grupo de adolescente universitario, entre 23,0% y 26,5%, asociado a variables tales como depresión y disfunción familiar (114).

En Bogotá, un estudio encontró que el 26,5 % de los estudiantes de secundaria de tres colegios presentaron algún tipo de comportamiento suicida, el 14,23% tuvo ideación suicida en los últimos meses, 3,55% intento suicidarse y el 8,73% tuvo ideas e intentos suicidas. El riesgo fue explicado por depresión, baja autoestima, y disfunción familiar severa (115). Resultados similares halló Siabato (116), en la ciudad de Boyaca, donde el 31% de los estudiantes universitarios presentaron un alto nivel de ideación suicida,

relacionada posiblemente con variables tales como fracaso, desesperanza, frustración y tristeza. Uno de los pocos estudios analíticos de casos y controles acerca del fenómeno del suicidio en el país se llevó a cabo en Nariño, y reveló los siguientes predictores como efecto en el riesgo de suicidio: falta de práctica religiosa activa, escolaridad menor de 11 años, diagnóstico psiquiátrico previo, intento de suicidio previo, presencia de estrés agudo y depresión (117).

### 3. METODOLOGÍA

#### 3.1. TIPO DE ESTUDIO

Se plantea un estudio de enfoque cuantitativo y diseño transversal, descriptivo correlacional. Según Sampieri (2014), los resultados de este tipo de estudios se fundamentan en planteamientos e hipótesis correlacionales, explican y analizan la relación entre variables (correlación). y puede limitarse a establecer relaciones entre variables sin precisar sentido de causalidad (118).

#### 3.2. POBLACION

La población de estudio estuvo constituida por 4.193 alumnos hombres y mujeres entre 15 y 17 años matriculados en los grados noveno a once, de once escuelas públicas de la ciudad de Montería, en el periodo académico 2019.

En la Cuadro 2, se muestra la distribución de alumnos entre 15 y 17 años de acuerdo con el centro educativo, el colegio con mayor cantidad de evaluados fue la institución La Inmaculada.

##### 3.2.1. MUESTRA

La muestra estuvo conformada por 565 estudiantes hombres y mujeres de entre 15 y 17 años matriculados en grados noveno a once de escuelas públicas de la ciudad de Montería en el periodo académico 2019. Del total de la población (N=4193) se calculó una muestra de 352 individuos, sobre un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 5%. Este cálculo no corresponde a la muestra empelada, sino a una muestra del tamaño aleatoria simple debido a que en los muestreos por conveniencia no existe error muestral o no puede calcularse.

En la Cuadro 2, se muestra la distribución de la muestra por centro educativo, el colegio con mayor cantidad de evaluados fue la institución La Inmaculada.

**Cuadro 2.** Distribución de alumnos por Centro educativo. Montería, 2019.

Guillermo Valencia (%)	87 (15,4)
La inmaculada (%)	113 (20,0)
José María Córdoba (%)	45 (8,0)
Mogambo (%)	39 (6,9)

Antonio Nariño (%)	24 (4,2)
San José (%)	98 (17,3)
Los Garzones (%)	37 (6,5)
Juan XXIII (%)	25 (4,4)
Cristóbal Colon (%)	33 (5,8)
El Dorado (%)	32 (5,7)
Normal Superior (%)	32 (5,7)
Total	565 (100%)
Fuente base de datos.	

- **3.2.1.1 TIPO DE MUESTREO.**

Propuesta de cambio: Se trató de un muestreo de tipo no probabilístico por conveniencia, considerando los criterios de inclusión y exclusión. En esta técnica de muestreo, las muestras de la población se seleccionan solo porque están convenientemente disponible para el investigador. El presente estudio, no tuvo acceso al listado completo de individuos que conforma la población; sino solo a las instituciones educativas autorizadas por la secretaria de educación.

### **3.3. RECOLECCION DE LA INFORMACION**

En primer lugar, se mantuvo una reunión por institución con personal profesional de las escuelas (rectores, psicólogos, y orientadores), a quienes se le ofreció información acerca de la naturaleza y objetivos del estudio.

Luego se organizaron reuniones por institución, con los estudiantes y con los padres/tutores para informarles acerca de la posibilidad de participar en el estudio. En todos los casos, se explicó brevemente los objetivos y la relevancia del estudio, la metodología en la recolección de los datos en donde se les harían preguntas acerca de cómo se sienten en relación con los diferentes factores que determinan el riesgo suicida. Se les comunicó que los datos recolectados serian estrictamente anónimos, de carácter privado y confidenciales, al alcance únicamente de la orientación escolar de la institución y del comité de investigación. Se hizo énfasis en la posibilidad de publicar los resultados del estudio en la literatura científica, sin que la identidad de su hijo/a y/o de la institución sea revelará en ningún caso. También se les informó que no existe riesgo de participar en el estudio.

Una vez obtenido en consentimiento por parte de padres/tutores (VEASE ANEXO D), se programó la aplicación de las encuestas. Se convocó a los alumnos cuyos padres habían dado su consentimiento, y luego de dar su asentimiento se procedió a aplicar las encuestas (VEASE ANEXO B), la recolección de los datos fue realizada por la

investigadora principal con la colaboración de 5 estudiantes de psicología de la Universidad Cooperativa de Colombia. Este procedimiento se llevó a cabo en las aulas de las instituciones, en grupos de aproximadamente 25 estudiantes, con una duración promedio de 40 minutos, que incluyó una introducción explicativa de cada una de las encuestas, el tiempo de respuesta y la verificación final del correcto llenado del protocolo completo, que eviten datos perdidos.

**Cuestionario “ad hoc” para datos sociodemográficos.** Para la obtención de datos sociodemográficos se diseñó un instrumento “ad hoc” que incluyó información tal como: edad, género (hombre/mujer), Estrato económico (1 al 6), grado académico, Vive con (Ambos padres/solo uno de los padres/ abuelos/ tíos/ solo/otros), hermanos (si/no), haber repetido curso (si/no), practica deporte (0 a 7 veces por semana). También se incluyeron preguntas acerca de aspectos clínicos, tales como haber sufrido desplazamiento forzado (si/no), tener familiar en tratamiento psicológico o psiquiatra (si/no, quien), intento de suicidio o suicidio consumado en la familia (si/no, quien), toma frecuente de medicamentos (si/no), acude a consulta con psicólogo/psiquiatra (si/no), y haber considerado acudir a un psicólogo/psiquiatra el último año (si/no).

**Evaluación de riesgo suicida: Escala de Riesgo Suicida de Plutchik.** Esta escala fue creada por Plutchik, Van Praag, Conte y Picard Rubio et al. (49) y se trata de un cuestionario auto administrado que permite diferenciar entre individuos que no presentan riesgo suicida y los que están en riesgo suicida. Se puede aplicar a población general, trastorno de personalidad antisocial y tipo limite. Las preguntas 13, 14 y 15 indaga directamente sobre comportamiento suicida, presencia de ideación suicida, y tentativas.

Interpretación y puntuación: Consta de 15 ítems con respuesta dicotómica (si/ no) que incluyen cuestiones relacionadas con intentos auto líticos previos, intensidad de la ideación actual, sentimientos de depresión, desesperanza y otros aspectos relacionados con las tentativas. Cada respuesta afirmativa puntúa 1 punto y cada respuesta negativa 0 puntos, con un rango de posibles puntuaciones totales entre 0 y 15, Se contempla que una puntuación igual o superior a 6 indica la presencia de riesgo suicida (49).

Una revisión española reportó la extracción de 4 factores con una varianza explicada del 52.64%, el factor I denominado sentimiento de inutilidad conformado por los reactivos 3,6,8 y 12, el factor II denominado Ideación suicida conformado por los reactivos 2,13, y 14, el factor III denominado desesperanza conformado por los reactivos 5,7 y 9, y el factor IV denominado factores sociales compuesto por reactivos 1,4,10,11 y 15 (119).

En la versión original reportó coeficientes de consistencia interna por ítem en un rango de .84 - .90 y su fiabilidad test-retest es de .89, sensibilidad y especificidad de 88% para un punto de corte en 6. Esta validada en población española por Rubio (1998), con alfa

de cronbach de 0,89, sensibilidad y una especificidad del 88%, para discriminar entre individuos con antecedentes de tentativa de suicidio y sin antecedentes (120).

En Colombia, Diana Carolina Ramírez Ospina y colaboradores, realizaron la validación de la escala en población civil colombiana y policías activos de la policía nacional de Colombia, dando una buena confiabilidad, y adecuadas características psicométricas que permiten identificar riesgo suicida. Alfa de cronbach de 0,779, sensibilidad y una especificidad del 91% para población civil (121). Así mismo, en Colombia fue utilizada en diversos estudios con población adolescente y de jóvenes (31,71,112,113), mostrando una buena consistencia interna.

**Evaluación funcionamiento familiar: Apgar Familiar.** Es un instrumento diseñado por el Dr. Gabriel Smilkstein de la Universidad de Washington, Seattle, en el año 1978, con el objetivo de evaluar el funcionamiento sistémico de la familia, y es útil en la identificación de familias en riesgo. La sigla APGAR hace referencia a los cinco componentes de la función familiar: adaptabilidad (*adaptability*), cooperación (*partnertship*), desarrollo (*growth*), afectividad (*affection*) y capacidad resolutive (*resolve*). Se trata de una escala unidimensional, es decir, los cinco ítems miden aspectos del mismo concepto (la disfunción familiar). Es autoadministrable, de fácil entendimiento, y en muy poco tiempo se puede completar. Se diseñó para el uso potencial de personas en distintos estratos socioeconómicos y en diversos contextos socioculturales (122).

Interpretación: Los ítems de la escala se califican como *nunca*, *casi nunca*, *algunas veces*, *casi siempre* y *siempre*, y se les asignan puntuaciones de 0 a 4, respectivamente. Los puntajes totales pueden oscilar entre 0 y 20; a mayor puntaje, mejor funcionalidad familiar. Una puntuación total entre 0 y 9 indica disfunción grave; entre 10 y 13, moderada; entre 14 y 17, leve, y si es igual o superior a 18 se considera funcional. Para las 2 preguntas de soporte de amigos, el puntaje máximo es de 8/8 y evalúa la presencia de soporte y su calidad. La importancia radica en que se ha encontrado como fundamental el apoyo de una persona para hacer el efecto equilibrador entre estresores y recursos y obtener, por tanto, un mejor equilibrio psicosocial. La puntuación conjunta entre el APGAR familiar y el soporte de amigos da un valor máximo de 28/28 (123).

En Colombia se ha validado por Forero-Ariza, Avendaño-Duran, Duarte-Cubillos y Campo-Arias, en el año 2006, la consistencia interna medida del APGAR familiar fue 0,793 (Alfa de Cronbach). El análisis factorial mostró que los cinco ítems que hacen parte de la escala representan un único factor que explicaba el 55,6% de la varianza (123).

**Evaluación acontecimientos vitales estresantes (AVE):** desarrollada por Holmes y Rahé (1967) (124), y traducida al español por Oliva et al (125). Este inventario incluye 29 sucesos negativos o potencialmente problemáticos relativos a sí mismo y a otras

personas significativas, que recogen el tipo de experiencias estresantes que pueden darse durante la adolescencia en el ámbito personal, familiar, escolar y de iguales. Cada ítem recibe una puntuación de 1 si ha ocurrido o de 0 si no ha tenido lugar. La puntuación total se obtiene mediante la suma de los 29 ítems ( $M = 6,28$ ;  $DT = 3,17$ ; rango = 0 – 15).

Los acontecimientos vitales estresantes incluidos son: cambio de compañeros, muerte de familiar, repetición de curso, cambio de centro, bronca/ruptura amigo, conflictos con iguales, problemas compañeros, bronca entre padres, ruptura pareja, enfermedad/accidente familiar, mudanza, engaño amigo, nacimiento hermano, adicción familiar/amigo, problemas colegio, problemas económicos, marcha familiar, divorcio padres, problemas adicción, conflicto padres por vocación, conflictos amigos, discapacidad mental familiar, llegada familiar, enfermedad, engaño pareja, nueva pareja padres, desinterés padres estudio, acoso/abuso sexual, y embarazo propio/pareja,

Ambas versiones de escalas, la original en inglés y la traducida al español, tienen un  $\alpha \geq .70$  que indica un nivel de consistencia interna adecuado (126).

**Evaluación trauma: la Escala de trauma de Davidson (DTS)** fue creada en 1997 por Davidson, Book, Colket y cols.; diseñada para valorar la frecuencia y severidad de los síntomas del trastorno por estrés postraumático en sujetos que han sufrido un evento estresante.

Puntuación e interpretación: consta de 17 ítems que corresponden y evalúan cada uno de los 17 síntomas recogidos en el DSM IV (Criterios B, C y D) para el diagnóstico de Trastorno por Estrés Postraumático. Cada ítem se evalúa mediante una doble escala: una de frecuencia y otra de gravedad. La escala de frecuencia ofrece cinco posibles respuestas (nunca, a veces, 2-3 veces, 4-6 veces, a diario) que puntúan de 0 a 4. La escala de gravedad presenta también cinco posibles respuestas (nada, leve, moderada, marcada, extrema), que se puntúan de igual forma que la escala anterior. Se pueden obtener tres resultados distintos: la puntuación total que corresponde a la suma de todos los ítems y la puntuación de las escalas de frecuencia y gravedad que corresponden a la suma de las respuestas de cada subescala. El rango de las subescalas de severidad y gravedad es de 0 a 68 puntos y el del total de la escala de 0 a 136. A mayor puntuación mayor severidad y/o frecuencia. Los autores proponen como punto de corte más eficiente los 40 puntos, que muestran una sensibilidad del 69%, una especificidad del 95%, un valor predictivo positivo del 92% y un valor predictivo negativo del 83%. La escala es autoadministrada y el marco de referencia es la semana anterior (127).

La escala original presenta consistencia interna, coeficiente Alfa de Cronbach de 0.99 para el total del instrumento; 0.97 para la subescala de frecuencia, y 0.98 para la subescala de gravedad. En Colombia en el año 2007 fue validada con fines de tamizaje o screening en un estudio llevado a cabo por Edgar G. Alejo, "Estudio epidemiológico del trastorno por estrés postraumático en población desplazada por la violencia política en

Colombia", presentando buena consistencia interna (0.93), y validez convergente satisfactoria. El análisis de concordancia mostró, que el mejor punto de corte fue para la escala de intensidad en 25 (Kappa = 0.53, p = 0.000), con sensibilidad de 0.68 y especificidad de 0.92; valores predictivos positivos de 0.52 y valores predictivos negativos de 0.96 (127).

**Evaluación estrategias de afrontamiento al stress: Escala de Estrategias de Coping- Modificada (EEC-M)** fue elaborada por primera vez por Lazarus y Folkman en 1984 (Ways of Coping Instrument, WCI). Posteriormente, en 1993, Chorot y Sandín realizaron una versión modificada y mejorada, denominada Escala de Estrategias de Coping-Revisado (EECR). Finalmente, en 2006, Londoño et al. llevaron a cabo la validación con muestra colombiana llamada Escala de Estrategias de Coping - Modificada (EEC-M). Esta es una escala hetero-aplicada y auto-aplicada tiene como fin evaluar el conjunto de recursos y esfuerzos tanto cognitivos como comportamentales orientados a resolver el problema, a reducir o eliminar la respuesta emocional o a modificar la evaluación inicial de la situación (128,129).

Puntuación e interpretación: Inicialmente fue construida con 98 ítems, con opciones de respuesta tipo Likert, en un rango de frecuencia de 1 a 6, donde sus opciones de respuesta son: 1, Nunca; 2, Casi Nunca; 3, A veces; 4, Frecuentemente; 5, Casi siempre y 6, Siempre. Se construyeron 14 escalas, cada una evaluada a partir de siete enunciados. De los 98 ítems iniciales que contenía la prueba, fueron excluidos 29 ítems por no cumplir con los criterios considerados para la elección. La prueba finalmente quedó conformada por 69 ítems y 12 componentes correspondiente a distintas estrategias de afrontamiento: Solución de problemas, Apoyo social, Espera, Religión, Evitación emocional, Apoyo profesional, Reacción agresiva, Evitación cognitiva, reevaluación positiva, Expresión de la dificultad de afrontamiento, Negación y Autonomía (128). La escala se califica sumando los ítems correspondientes a cada estrategia, estas puntuaciones directas se transforman en percentiles para obtener el baremo a partir de la tabla "Media, desviación y percentiles de la Escala de Estrategias de Coping-Modificada (EEC-M) en una muestra colombiana" (VEASE ANEXO A)

Los componentes de la escala son los siguientes:

*Componente 1.* Solución de problemas: estrategia cognitiva en la que se busca analizar las causas del problema y generar alternativas de solución. Se describe como la secuencia de acciones orientadas a solucionar el problema, teniendo en cuenta el momento oportuno. Ítems que la conforman son: 10,17,19, 26, 28, 37, 39, 51, 68

*Componente 2.* Búsqueda de apoyo social: estrategia comportamental en la cual se expresa la emoción y se buscan alternativas para solucionar el problema con otra u otras personas. Se refiere al apoyo recibido por el grupo de amigos, familiares u otros. Items que la conforman 6, 14, 23, 24, 34, 47, 57.

*Componente 3.* Espera: estrategia cognitivo-comportamental que busca esperar que la situación positiva se resuelva por sí sola con el pasar del tiempo. Es una estrategia de espera pasiva. Evaluada por las preguntas 9, 18, 27, 29, 38, 40, 50, 60, 69.

*Componente 4.* Religión: estrategia cognitivo-comportamental expresada a través del rezo y la oración dirigido a tolerar o solucionar el problema o las emociones que se generan. Esta es evaluada por las preguntas 8, 16, 25, 36, 49, 59, 67.

*Componente 5.* Evitación emocional: estrategia cognitivo-comportamental en la cual se evitan expresar las emociones, dada la carga emocional o la desaprobación social. Esta es evaluada por las preguntas 11, 20, 21, 30, 41, 43, 53, 62.

*Componente 6.* Búsqueda de apoyo profesional: estrategia comportamental en la cual se busca el recurso profesional para obtener más información y solucionar el problema o las consecuencias de este. Evaluada por las preguntas 7, 15, 35, 48, 58.

*Componente 7.* Reacción agresiva: estrategia comportamental en la que se expresa la ira y la hostilidad abiertamente como consecuencia de la frustración y la desesperación, reaccionando de manera agresiva hacia los demás, hacia sí mismo o hacia los objetos, como una manera de disminuir la carga emocional que presenta la persona en un momento determinado. Evaluada por las preguntas 4, 12, 22, 33, 44.

*Componente 8.* Evitación cognitiva: estrategia cognitiva en la que se busca eliminar o neutralizar los pensamientos valorados como negativos o perturbadores, a través de la distracción o la negación. Esta es evaluada por las preguntas 31, 32, 42, 54, 63.

*Componente 9.* Reevaluación positiva: estrategia cognitiva que busca aprender de las dificultades, identificando los aspectos positivos del problema. Es una estrategia de optimismo que contribuye a tolerar la problemática y a generar pensamientos que favorecen al enfrentar la situación. Esta es evaluada por las preguntas 5, 13, 46, 56, 64.

*Componente 10.* Expresión de la dificultad de afrontamiento: estrategia comportamental en la que se expresan las emociones acerca las dificultades de afrontamiento como una manera de neutralizar las mismas y resolver el problema. Podría pensarse que esta es una estrategia previa a otras estrategias, como la búsqueda de apoyo social y profesional, en donde se identifican las dificultades y se buscan soluciones a través de otros recursos no propios. Esta es evaluada por las preguntas 45, 52, 55, 61.

*Componente 11.* Negación. Estrategia comportamental que describe la ausencia de aceptación del problema y en la se busca comportarse como si el problema no existiera que llevan a cabo actividades o acciones que contribuyan a tolerar el problema o a eliminar o neutralizar las emociones que se generan. Esta es evaluada por las preguntas 1, 2, 3.

*Componente 12. Autonomía:* Hace referencia a la tendencia a responder ante el problema buscando de manera independiente las soluciones sin contar con el apoyo de otras personas tales como amigos, familiares o profesionales. Evaluada por las preguntas 65, 66.

La adaptación a la población colombiana se validó eficazmente en 2006 por Londoño y Col. Según los resultados psicométricos, la escala cuenta con un Alfa de Cronbach de 0.847, y un 58% de varianza total acumulada evidenciando que lo evaluado a través de esta prueba está representado por una sola dimensión (estrategia de afrontamiento al estrés) (128).

**Cuestionario de auto reportaje de síntomas psiquiátricos SRQ – Self Reporting Questionnaire):** Es un instrumento de tamizaje, desarrollado por la OMS que permite determinar la presencia de trastornos mentales, diferenciando los trastornos psicóticos de los no psicóticos. Fue utilizado por Harding (1980), en la investigación “Trastornos mentales en la atención primaria de salud estudio de su frecuencia y diagnóstico en cuatro países en desarrollo”, en un estudio colaborativo con la OMS en el año de 1994 en Ginebra Suiza.

Puntuación e interpretación: consta de: a- 20 preguntas con 2 opciones de respuesta “SI” o “NO” sobre Síntomas psiquiátricos no psicóticos (Ansiedad / Depresión) y, b- un segmento de 10 preguntas que hacen referencia a síntomas psiquiátricos de tipo psicótico: psicosis, epilepsia o síntomas convulsivos, alcoholismo o consumo de alcohol. Se considera positivo para síntomas psiquiátricos no psicóticos, cualquier caso que haya puntuado “SI” a 11 o más preguntas de la primera sección de 20, o al menos una de las 10 preguntas correspondientes a síntomas psiquiátricos psicóticos. Por último, las preguntas de la 26 a la 30, son sobre alcoholismo, y la respuesta afirmativa a una sola de ellas determina la identificación del paciente como un caso con alto riesgo de sufrir alcoholismo.

El SRQ ha sido validado por la OPS y OMS en América Latina, siendo recomendado como instrumento privilegiado para el tamizaje comunitario de libre uso para el personal de salud. En Colombia, se ha utilizado en el Estudio Nacional de Salud Mental de 1993, 2003 y 2015 (130) (86), y el Observatorio Nacional de Salud Mental recomienda su aplicación para la atención primaria en salud mental (131). Se puede aplicar en Adolescentes, Jóvenes y Adultos y mide cinco áreas específicas: Depresión, Ansiedad, Alcoholismo, Psicosis y Epilepsia

**Test de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol:** El Audit, fue desarrollado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (132) y permite identificar a las personas con un patrón de consumo de riesgo o perjudicial de alcohol y proporciona

un marco de trabajo para la intervención dirigida a los bebedores de riesgo, para que puedan reducir o abandonar el consumo de alcohol.

Se compone de 10 preguntas sobre consumo reciente, síntomas de la dependencia y problemas relacionados con el alcohol, es breve, rápido de aplicar y flexible. Ha sido validado en pacientes de atención primaria en 6 países y es la única prueba de screening diseñado específicamente para uso internacional.

**Puntuación e interpretación:** Cada una de las preguntas tiene una serie de respuestas a elegir y cada respuesta tiene una escala de puntuación de 0 a 4. Todas las puntuaciones de las respuestas deben entonces ser sumadas y anotarse en el cuadro denominado «Total». Se recomiendan unas puntuaciones totales iguales o mayores a 8 como indicadores de consumo de riesgo y consumo perjudicial, así como de una posible dependencia de alcohol. En las muestras de desarrollo de la prueba el valor de corte de 8 puntos condujo a una sensibilidad por encima de 0,90. La especificidad en los diversos países y entre los diversos criterios se situaba como media en valores superiores de 0,80. (Una puntuación de corte 10 proporciona una mayor especificidad a expensas de una menor sensibilidad).

En Colombia, se ha utilizado en el Estudio Nacional de Salud Mental 2015 (86). Son diversos los estudios que validaron la escala en población colombiana. Alix Iorena Medina (2014) obtuvo una alta consistencia interna y una estructura unidimensional, alfa de Cronbach de 0,879; omega de McDonald de 0,886; y un factor que explicó el 50,6% de la varianza en una muestra de Amerindios de Bogotá (133). Por otra parte, en el estudio de Adalberto Campo Arias (2013), el cuestionario AUDIT mostro una alta confiabilidad, alfa de Cronbach de 0,792 y omega 0,878, dos dimensiones que explican el 49,4% de la varianza, y concluyendo que el instrumento es válido para la identificación de trastornos relacionados con el consumo de alcohol (134).

**Escala de Severidad de la Dependencia (SDS - Severity of Dependence Scale)** fue desarrollada por el grupo de Grossop Darke en el año 1995. Es un cuestionario corto de fácil aplicación (autoaplicado) que consta de cinco ítems con respuestas tipo Likert, los cuales aportan una valoración dimensional y sitúa a las personas en un continuo según el grado de severidad de la dependencia. Su objetivo es medir los componentes psicológicos de la dependencia. Ha sido propuesta tanto como un instrumento que ayuda al diagnóstico como una medida de resultado.

**Puntuación e interpretación:** Cada uno de los cinco ítems se califica en una escala de 4 puntos (0-3), y la puntuación total se obtiene mediante la suma de las calificaciones de los ítems. Permite obtener un índice global de valoración de la severidad de la dependencia que oscila entre 0 y 15, de forma que a mayor puntuación se expresaría una mayor intensidad de la severidad.

La escala ha sido probada para la valoración de la severidad asociada a diversas sustancias: opiáceos, cocaína, anfetaminas, benzodiazepinas, cannabis, alcohol. En

todos los casos la SDS ha mostrado características psicométricas apropiadas siendo valorada como un instrumento útil para su utilización en el ámbito clínico (135). En su adaptación al castellano, González-Saiz y Salvador-Carulla (1998) utilizaron un proceso de traducción retrotraducción y en el análisis de las características psicométricas encontraron una adecuada fiabilidad test retest (correlación intraclase de 0,72) pero una moderada consistencia interna (alpha de Cronbach de 0,55), un bajo criterio de validez concurrente (correlación de Pearson de 0,48 con el índice de definición para el diagnóstico de Trastorno por Dependencia de Opiáceos según criterios DSM-III-R), además de una estructura bifactorial contraria a la unidimensionalidad propuesta por los autores de la escala (136).

En Colombia, el grupo de Liraurgi y colaboradores, evaluaron las propiedades psicométricas de la SDS aplicada a una muestra clínica de consumidores de heroína en tratamiento con metadona, realizó la valoración psicométrica de la Escala a partir de dos modelos de análisis: la Teoría Clásica de los Test (TCT) y la Teoría de Respuesta al Ítem (TRI), mostrando como resultado un adecuado comportamiento métrico de la escala y se ha sugerido su oportuna utilización en el ámbito clínico como una medida de valoración (screening) del grado de dependencia y su posible utilización como indicador de resultados. La fiabilidad de la escala mostró un coeficiente Alpha de Cronbach de 0,81, y la fiabilidad del constructo alcanza un coeficiente de 0,83, con una varianza extraída del 51,3%.

**Cuestionario de acoso escolar:** Elaborado por Edilberto Cepeda-Cuervo y colaboradores (2008), al adaptar al contexto colombiano la escala Cisneros de acoso escolar presentada por Oñate y Piñuel (2005). Está constituido por 22 ítems, relacionados con situaciones de acoso que se pueden presentar en el entorno escolar del estudiante y su propósito es indagar sobre algunas formas de acoso físico o psicológico que pueden presentarse entre los estudiantes de educación básica secundaria.. Cada uno de los ítems consta de un enunciado y tres opciones de respuesta (CF: Con Frecuencia, AV: A veces y N: Nunca), asociadas a la periodicidad de las situaciones descritas en cada uno de los enunciados de los ítems en el contexto escolar del estudiante. Entre estas posibilidades el estudiante debe seleccionar una única respuesta al contestar la encuesta (137)

En su versión Original el cuestionario presentó un coeficiente  $\alpha$  de Cronbach de 0.96. Cervantes y col (2014) re-analizaron los datos del cuestionario de acoso escolar de Cepeda C., Pacheco Durán, García Barco y Piraquive Peña (2008) mediante un modelo de Teoría de Respuesta al Ítem (TRI), y mediante Análisis de Correspondencias Múltiples (ACM) y de Clasificación. Se encontró buenas propiedades psicométricas ( $\alpha = 0.96$ ) y buen ajuste al modelo unidimensional a partir del análisis paralelo, indicando que el cuestionario es una medida válida y confiable de acoso en el ámbito escolar (138).

**Evaluación de Cyberbullying.** Para realizar la recolección de estos datos se les pregunto concretamente si habían sido víctima de ciberbullying en el último año, o si han hecho ellos ciberbullying a otros compañero.

**Evaluación Adicción a Internet.** Para la recolección de estos datos, se empleó la escala de adicción al internet de lima (EAIL) (Lam-Figueroa et al, 2011). La misma está comprendida por 11 ítems de respuesta tipo Likert de 4 puntos, partiendo de 1 “Muy rara vez a 4 “siempre”. La adicción a internet fue definida con un puntaje mayor o igual a 27 puntos (139) .

En su versión original, el análisis del instrumento mostro propiedades psicométricas satisfactorias, confiabilidad  $\alpha$  de Cronbach de 0.84, con valores de correlación item-total que oscilan entre 0,45 y 0,59. El análisis dimensional arrojó una estructura bidimensional que explica hasta el 50,7% de la varianza total (140). En Colombia Ávila Berrio y Col, realizo su validación y evidenció una consistencia interna adecuada del instrumento con población estudiantil de la ciudad de Bogotá, arrojando un alfa de Cronbach de 0.79 (141)

### 3.3.1. CONTROL DE SESGOS

Son los errores que se dan en la etapa de selección o seguimiento de la población de estudio. Puede ser originado por el investigador o por relaciones en la población que pasan desapercibidas por ejemplo algún factor (relacionado con el evento de estudio) que influya en sobre los sujetos seleccionados. Este tipo de error puede ocurrir cuando la inscripción de individuos en un estudio determina una asociación parcial entre la exposición y el resultado. Para controlar este tipo de sesgo se seleccionó un muestreo que, si bien fue por conveniencia, los individuos de la muestra pertenecían a una población bien delimitada, cumplían los criterios de inclusión claros y representan a la población de estudio.

**Sesgos de información:** Son los errores que se dan en la etapa de medición o recolección de datos en la población de estudio. Aunque no todos los errores de medición representan sesgos de información. El grado de error del instrumento o técnica es diferente para los grupos estudiados. Una dificultad en este aspecto es la diferencia de la definición conceptual de una variable y su definición empírica que será medida por el instrumento. En este tipo de sesgo son importante los conceptos de sensibilidad y de especificidad.

**Sensibilidad** de un instrumento es la habilidad de éste para clasificar correctamente a los sujetos que tienen la condición en estudio.

Especificidad de un instrumento es la habilidad de éste para clasificar correctamente a los sujetos que NO tienen la condición en estudio.

Para evitar este tipo de error se utilizaron encuestas y test validados en Colombia y otros desarrollados por la OMS útiles en el tamizaje comunitario de libre uso para el personal de salud. Las referencias de validación en Colombia con sus respectivos valores se citan en "recolección de la Información".

**Sesgos de confusión:** Son errores que se originan por la imposibilidad de comparar los grupos en estudio. Los más expuestos a este tipo de error son los estudios observacionales. El resultado de estos errores puede subestimar o sobrestimar la asociación. Existe un sesgo de confusión cuando, por ejemplo, se observa una asociación no causal entre exposición y evento. El presente estudio no pretende establecer una asociación causal, por lo que este tipo de sesgo no fue controlado.

#### **3.4. PROCESO DE TABULACIÓN DE LA INFORMACIÓN**

La sistematización de la información se realizó a través del programa IBM SPSS versión 21.0, por medio del cual se hicieron la base de datos del estudio y análisis descriptivos, pruebas de chi cuadrado y diferencia de medias. En relación con los procedimientos estadísticos empleados, las variables se describieron mediante tablas de frecuencia, medias, desviaciones estándar y límites de confianza al 95%. La relación entre variables se probó mediante pruebas de chi cuadrado en tablas de contingencia 2 x 2, tomando un valor de significancia de  $p < 0,05$ .

#### **3.5. ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES:**

Dentro de los lineamientos éticos y legales (Resolución 8430/93 Art. 11, del Ministerio de Protección Social); se consideró un estudio investigativo de riesgo mínimo. Todos los participantes recibieron previamente el consentimiento informado firmado de los padres, expresando conocer y comprender el alcance, objetivos y beneficios del estudio, por lo que la totalidad de los participantes otorgaron su asentimiento individual (VEASE ANEXO D).

Se informó debidamente a la Secretaría de Educación y salud municipal que se estaría ejecutando la investigación en las escuelas, y se obtuvo por parte de ellos, un aval por escrito que se presentó en cada institución educativa (VEASE ANEXO C).

Para control de los riesgos éticos y de acuerdo con los lineamientos, se informó por escrito a cada institución, el listado de todos los participantes que presentaron riesgo suicida, a fin de que se pueda dar seguimiento y activar la ruta correspondiente.

### **3.6. CRITERIO DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN**

Criterios de inclusión:

- Adolescentes escolarizados en institución pública de enseñanza media
- Que tengan entre 15 y 17 años inclusive.
- Que los padres hayan firmado el consentimiento informado.
- que los alumnos den su asentimiento a participar.

Criterios de exclusión:

- Que, obtenido el consentimiento de los padres, el estudiante no de su asentimiento a participar.
- Que el/la adolescente padezca trastorno mental y/o neurológico que no le permita comprender las instrucciones y cuestionarios.

### **3.7. PRUEBA PILOTO**

Se llevo a cabo una prueba piloto en una muestra del 10% de la muestra (n=565), a partir de la cual se ajustó el lenguaje utilizado en algunos instrumentos para que sean comprensibles, y permitiera recoger la información.

## 4. RESULTADOS

### 4.1. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS DE LA MUESTRA.

Como puede observarse (Tabla 1) en la muestra seleccionada hubo un predominio de mujeres; el mayor porcentaje de la muestra tuvo 15 años cumplidos al momento de la evaluación.

En cuanto a los núcleos de convivencia la mayor parte de la muestra convive en una familia tipo (ambos padres), el segundo mayor grupo de convivencia corresponde a familias monoparentales (uno solo de los padres).

Por último, el estrato socioeconómico más frecuente en la muestra fue el estrato 1.

**Tabla 1.** Datos sociodemográficos de la muestra total

Variable		N	%
Sexo	Varones	196	34,7
	Mujeres	369	65,3
Edad	15	226	40
	16	214	37,9
	17	125	22,1
Con quien vive	Ambos Padres	288	51
	Solo uno de los padres	206	36,5
	Abuelos	35	6,2
	Tíos	21	3,7
	Otros	15	2,7
Hermanos	Si	538	95,2
	No	27	4,8
Estrato económico	1	300	53,1
	2	184	32,6
	3	70	12,4
	4	11	1,9
	Total	565	100

Fuente primaria: autoría propia

## 4.2. EVALUACIÓN DEL RIESGO SUICIDA

El riesgo suicida se evaluó en la muestra a través de la Escala de Riesgo Suicida Plutchnik; el punto de corte de dicha escala indica que 6 o más puntos los sujetos presentan riesgo de suicidio. La puntuación media para la muestra total fue inferior al punto de corte; un 28,8% (n: 163) de la muestra mostró, a través de la puntuación, tener riesgo suicida (M: 7,84 DE 1,69) (Tabla 2).

**Tabla 2.** Puntuación media Riesgo suicida

Variable		N	Media (DE)
	Muestra total	565	3,99 (2,92)
Escala Plutchik	Sin riesgo	402	2,43 (1,55)
	Con riesgo	163	7,84 (1,69)

Fuente primaria: autoría propia.

## 4.3. FACTORES ASOCIADOS AL RIESGO SUICIDA

### 4.3.1. Funcionamiento familiar.

De acuerdo con los resultados de la evaluación del funcionamiento familiar y sistémico del cuestionario APGAR algo menos de una quinta parte de las familias parece tener un funcionamiento adecuado; el resto de las familias muestra disfunción de leve a grave. (Tabla 3)

**Tabla 3** Funcionamiento Familiar - Apgar Familiar

	Muestra total	
	n	%
Disfunción Grave	129	22,8
Disfunción Moderada	158	28
Disfunción leve	172	30,4
Funcional	106	18,8
Total	565	100

Fuente: autoría propia

#### 4.3.2. Eventos adversos en la vida.

Entre los 30 eventos adversos a los que potencialmente pudieron haber estado expuestos los sujetos de la muestra el evento que mayor frecuencia mostró fue Muerte de un familiar; en segunda instancia problemas económicos y, en tercer lugar, de frecuencia Problemas con los padres (Tabla 4).

**Tabla 4.** Distribución  
Acontecimientos vitales  
estresantes

	Total (n=565)	
	n	%
Muerte familiar	329	58,23
Problemas económicos	265	46,91
Problemas con padres	257	45,49
Cambio de compañeros	254	44,96
Conflicto amigos	205	36,28
Branca/ruptura amigo	198	35,04
Problemas compañeros	199	35,22
Enfermedad/accidente familiar	193	34,16
Mudanza	173	30,62
Problemas colegio	167	29,56
Divorcio padres	154	27,26
Engaño amigo	130	23,01
Enfermedad	127	22,48
Repetición curso	124	21,95
Co4nflicto con iguales	122	21,59
Ruptura pareja	108	19,12
Cambio de centro	101	17,88
Conflicto Padres por vocación	66	16,99
Nacimiento hermano	95	16,81
Nueva pareja padres	90	15,93
Problemas adicción	22	12,74
Marcha familiar	71	12,57
Desinterés padres estudio	70	12,39
Adicción familiar/amigo	66	11,68
Llegada familiar	66	11,68
Acoso / abuso sexual	58	10,27
Engaño pareja	56	9,91
Discapacidad mental familiar	29	5,13
Embarazo propio/pareja	16	2,83

Fuente: elaboración propia

#### 4.3.3. Uso de estrategias de afrontamiento ante el estrés.

A continuación (Tabla 5) se presentan los resultados sobre las estrategias de afrontamiento al estrés que los sujetos evaluados utilizan. La estrategia mayormente usada fue la solución de problemas seguida de la evitación emocional.

**Tabla 5** . Estrategia afrontamiento al estrés

	<b>Media (DE)</b>
Solución de problemas	29,04 (8,4)
Evitación emocional	28,63 (8,7)
Espera	24,07 (8,2)
Religión	23,76 (8,5)
Búsqueda de apoyo social	20,62 (8,3)
Evitación cognitiva	16,89 (5,3)
Reevaluación positiva	16,39 (5,6)
Reacción agresiva	12,7 (5,5)
Expresión difícil de afrontar	12,02 (3,7)
Negación	9,56 (3,3)
Apoyo profesional	8,84 (4,5)
Autonomía	5,94 (2,7)

Fuente

#### 4.3.4. Trastornos y problemas psicológicos.

Del total de la muestra el 23,5% mostró indicadores de depresión-ansiedad; por otra parte, un 12,4% puntuó en algunos reactivos que podrían sugerir para problemas relacionados con el alcohol (Tabla 6).

**Tabla 6.** Trastornos mentales

		<b>n</b>	<b>%</b>
Síntomas Depresión - Ansiedad	Si	133	23,5
	No	432	76,5
	Total	565	100
Alcoholismo	Si	70	12,4
	No	495	87,6
	Total	565	100

Fuente: autoría propia.

Como puede observarse, (Tabla 7), entre los resultados de la escala de severidad de uso de sustancias 13,8% de la muestra indicó usar alcohol de manera riesgosa; por otra parte, el 4,4% indico hacer uso de riesgo de marihuana.

**Tabla 7. Severidad del consumo de sustancias**

		<b>N</b>	<b>%</b>
Alcohol	Si	78	13,8
	No	487	86,2
	Total	565	100
Marihuana	Si	25	4,4
	No	540	95,6
	Total	565	100
Cocaína	Si	16	2,8
	No	549	97,2
	Total	565	100
Tranquilizantes	Si	23	4,1
	No	542	95,9
	Total	565	100

Fuente: autoría propia

De acuerdo con los resultados de la escala AUDIT de la muestra total un 5,3% sugiere tener un consumo alcohol que indica riesgo para alcoholismo (Tabla 8).

**Tabla 8. Consumo de Alcohol-Audit**

		<b>n</b>	<b>%</b>
Consumo de riesgo	Si	30	5,3
	No	535	94,7
	Total	565	100

Fuente: autoría propia

#### **4.3.5. Presencia de acoso escolar y cyberbullying**

La Tabla 9 muestra los resultados de la evaluación del Cuestionario de Acoso Escolar, de acuerdo con los mismos poco más del 17% de la muestra ha sufrido acoso escolar.

Por otra parte, en la Tabla 10, que poco más de 40 sujetos han sufrido *bullying* cibernético y que al menos una vez, 45 de los sujetos de la muestra, han hecho este tipo de *bullying*.

**Tabla 9** Acoso escolar

		n	%
Acoso	Si	97	17,2
	No	468	82,8
Total		565	100

Fuente: Autoría propia

**Tabla 10. Ciberbullying**

		n	%
Víctima de ciberbullying	No	524	92,7
	Al menos una vez	41	7,3
	Total	565	100
Hay hecho ciberbullying	No	520	92
	Al menos una vez	45	8
	Total	565	100

Fuente: Autoría propia

#### 4.3.6. Uso patológico de internet.

Tras ser evaluada la muestra con la escala EAIL de adicción a internet un porcentaje cercano al 8% muestra indicadores de tener problemas de adicción con este tipo de tecnología (Tabla 11)

En la Tabla 12 puede observarse que el promedio de tiempo utilizado por el total de la muestra en actividades relacionadas a internet (no académicas) fue cercano a las cuatro horas.

**Tabla 11.** Adicción a internet

	n	%
Si	43	7,6
No	522	92,4
Total	565	100

Fuente: autoría propia

**Tabla 12.** Tiempo uso internet

Variable	N	Media (DE)
Cuanto tiempo (en minutos) pasas en internet cada día	565	228,76 (174,89)

Fuente: autoría propia

#### 4.4. RELACIÓN ENTRE RIESGO SUICIDA Y VARIABLES DE RIESGO.

##### 4.4.1. Riesgo suicida y variables sociodemográficas y clínicas.

A continuación, en la Tabla 13, se puede observar la comparación entre los sujetos con riesgo suicida y aquellos que no lo tienen en función de diferentes variables sociodemográficas y clínicas. Se observan diferencias estadísticamente significativas en función de diferentes variables: 1- por una parte el porcentaje de mujeres con riesgo suicida es mayor, 2- casi un 37% de quienes han sido víctimas de desplazamiento forzado muestran riesgo suicida frente a casi un 27% de quienes no han sido víctimas de los mismos eventos, 3- entre quienes muestran riesgo suicida el 50% ha tenido o tiene familiares en tratamiento psicológico y/o psiquiátrico, 4- por otra parte, aunque en relación con el punto anterior, quienes muestran riesgo suicida casi el 61% de la muestra tiene antecedentes familiares de suicidio, 5- quienes tienen riesgo suicida muestran un mayor porcentaje de repetición de cursos académicos, 6- más del 50% de quienes tienen riesgo de suicidio toman al menos algún medicamento, 7- casi un 74% de los sujetos con riesgo para suicidio acuden a servicios de psicología/psiquiatría y, 8- casi el 55% de los mismos sujetos considera acudir a los mismos servicios de salud.

Por último, no se encontró diferencias estadísticamente significativas entre los sujetos en función del estrato económico.

**Tabla 13** Relación entre riesgo suicida y variables sociodemográficas y clínicas

		Riesgo suicida		Total	P	
		No	Si			
<b>Sexo</b>	<b>Hombre</b>	N	159	37	196	0,00*
		%	81,12	18,88	100	
	<b>Mujer</b>	N	243	126	369	
		%	65,85	34,15	100	
<b>Victima desplazamiento</b>	<b>Si</b>	N	71	41	112	0,04*
		%	63,39	36,61	100	
	<b>No</b>	N	331	122	453	
		%	73,06	26,94	100	
	<b>Si</b>	N	44	44	88	0,00*

<b>Familiar en tratamiento psicológico/ psiquiátrico</b>	<b>No</b>	%	50	50	100	
		N	358	119	477	
		%	75,05	24,95	100	
	<b>Si</b>	N	36	56	92	
<b>Antecedentes familiares de suicidio / intento de suicidio</b>		%	39,13	60,87	100	0,00*
	<b>No</b>	N	366	107	473	
		%	77,38	22,62	100	
	<b>Si</b>	N	114	62	176	
<b>Repitió curso</b>		%	64,77	35,23	100	0,02*
	<b>No</b>	N	288	101	389	
		%	74,04	25,96	100	
	<b>Si</b>	N	39	41	80	
<b>Toma frecuente de medicamento</b>		%	48,75	51,25	100	0,00*
	<b>No</b>	N	363	122	485	
		%	74,85	25,15	100	
	<b>Si</b>	N	11	31	42	
<b>Acude a psicólogo/psiquiatra</b>		%	26,19	73,81	100	0,00*
	<b>No</b>	N	391	132	523	
		%	74,76	25,24	100	
	<b>Si</b>	N	79	94	173	
<b>Considero acudir a un psicólogo/ psiquiatra</b>		%	45,66	54,34	100	0,00*
	<b>No</b>	N	323	132	455	
		%	82,4	17,6	100	

Prueba de chi cuadrado \* $p \leq 0,01$ ; \*\* $p \leq 0,05$

Fuente: autoría propia

#### 4.4.2. Riesgo suicida y funcionamiento familiar.

Como puede observarse en la siguiente tabla existe una diferencia estadísticamente significativa entre los sujetos con y sin riesgo suicida en relación con el funcionamiento familiar; entre los sujetos con riesgo suicida un 46% indicó pertenecer a familias con disfunción grave (Tabla 14).

**Tabla 14.** Funcionamiento Familiar - Apgar Familiar

	Total		Sin presencia RS		Con presencia RS		p
			N	%	N	%	
Disfunción Grave	129	23	54	14	75	46	0,00*

Disfunción Moderada	158	28	110	27	48	29
Disfunción leve	172	30	144	36	28	17
Funcional	106	19	94	23	12	7,4
<b>Total</b>	<b>565</b>	<b>100</b>	<b>402</b>	<b>100</b>	<b>163</b>	<b>100</b>

Prueba de chi cuadrado \*p= $\leq$  0,01;  
 \*\*p= $\leq$  0,05

Fuente: autoría propia

#### 4.4.3. Riesgo suicida y eventos adversos de la vida.

Entre los sujetos con riesgo suicida y sin riesgo suicida se observa (Tabla 15) una diferencia estadísticamente significativa en cuanto a la cantidad de eventos adversos, con potencial traumático, a la cual estuvieron expuestos.

**Tabla 15** Diferencia media cantidad acontecimientos vitales estresante

Variable		N	Media (DE)	Sig.
Acontecimientos vitales estresantes	Sin riesgo	402	5,99 (4,77)	0,00*
	Con riesgo	163	9,00 (5,75)	

Prueba de chi cuadrado \*p= $\leq$  0,01; \*\*p= $\leq$  0,05

Fuente: autoría propia

#### 4.4.4. Riesgo suicida y uso de estrategias de afrontamiento a situaciones estresantes.

Ante la evaluación de las estrategias de afrontamiento al estrés su relación con el riesgo suicida los resultados muestran diferencias estadísticamente significativas entre los sujetos con riesgo suicida y sin riesgo suicida. Quienes tienen riesgo suicida utilizan menos que quienes no tienen riesgo las estrategias de: solución de problemas, búsqueda de apoyo social, apelar a la religión y hacer una reevaluación positiva de los estresores. Por otra parte, los mismos sujetos esperan más tiempo para resolver los problemas, evitan las emociones relacionadas a los estresores o las niega, reaccionan de manera agresiva, no expresan las dificultades que tienen, tienden a negar los problemas y son menos autónomos (Tabla 16).

**Tabla 16** Diferencia de medias estrategias de afrontamiento al estrés

		<b>N</b>	<b>Media (DE)</b>	<b>P</b>
Solución problemas	Sin riesgo	402	29,67 (DE 8,29)	0,00*
	Con riesgo	163	27,48 (DE 8,50)	
Búsqueda de apoyo social	Sin riesgo	402	21,36 (DE 8,16)	0,00*
	Con riesgo	163	18,80 (DE 8,52)	
Espera	Sin riesgo	402	23,64 (DE 8,05)	0,05*
	Con riesgo	163	25,12 (DE 8,38)	
Religión	Sin riesgo	402	24,25 (DE 8,48)	0,03*
	Con riesgo	163	22,55 (DE 8,72)	
Evitación Emocional	Sin riesgo	402	27,03 (DE 8,51)	0,00*
	Con riesgo	163	32,56 (DE 8,22)	
Búsqueda apoyo profesional	Sin riesgo	402	8,76 (DE 4,32)	0,48**
	Con riesgo	163	9,06 (DE 5,23)	
Reacción agresiva	Sin riesgo	402	11,50 (DE 4,75)	0,00*
	Con riesgo	163	15,66 (DE 6,23)	
Evitación cognitiva	Sin riesgo	402	16,80 (DE 5,37)	0,51**
	Con riesgo	163	17,12 (DE 5,22)	
Reevaluación positiva	Sin riesgo	402	16,85 (DE 5,41)	0,00*
	Con riesgo	163	15,25 (DE 5,87)	
Expresión dificultades de afrontamiento	Sin riesgo	402	11,43 (DE 3,53)	0,00*
	Con riesgo	163	13,48 (DE 3,79)	
Negación	Sin riesgo	402	9,32 (DE 3,38)	0,01*
	Con riesgo	163	10,13 (DE 3,32)	
Autonomía	Sin riesgo	402	5,78 (DE 2,62)	0,03*
	Con riesgo	163	6,32 (DE 2,91)	

Prueba U de Mann Whitney

\*p=≤ 0,01; \*\*p=≤ 0,05

Fuente: elaboración propia

#### 4.4.5. Riesgo suicida y trastornos mentales.

En este apartado se analiza la relación entre diferentes tipos y gravedad de problemas de salud mental y el riesgo suicida. Se pueden observar diferencias estadísticamente significativas. Entre quienes existe riesgo suicida se observan mayores porcentajes de sujetos con signos y síntomas de depresión y ansiedad, mayor riesgo de

alcoholismo, y mayor gravedad de la dependencia al marihuana, cocaína y tranquilizantes (tabla 17).

**Tabla 17.** Síntomas depresión/ansiedad y consumo de sustancia

		Muestra Total		Riesgo suicida				p
		(n=565)		Sin presencia (n=402)		Con presencia (n=163)		
		n	%	N	%	n	%	
Síntomas depresión/ansiedad SRQ	Si	133	23,54	32	7,96	101	61,96	0,00*
	No	432	76,46	370	92,04	62	38,04	
Riesgo de Alcoholismo SRQ	Si	70	12,39	42	10,45	28	17,18	0,02*
	No	495	87,61	360	89,55	135	82,82	
Alcohol AUDIT	Si	30	5,31	19	4,73	11	6,75	0,33**
	No	535	94,69	383	95,27	152	93,25	
Alcohol SDS	Si	78	13,8	58	14,43	20	12,27	0,50**
	No	487	86,2	344	85,57	143	87,73	
Marihuana SDS	Si	25	4,4	12	2,99	13	7,98	0,00*
	No	540	95,6	390	97,01	150	92,02	
Cocaína SDS	Si	16	2,8	7	1,74	9	5,52	0,01*
	No	549	97,2	395	98,26	154	94,48	
Tranquilizante SDS	Si	23	4,1	11	2,74	12	7,36	0,01*
	No	542	95,9	391	97,26	151	92,64	
Total		565	100	402	100	163	100	

Prueba chi cuadrado \*p≤ 0,01; \*\*p≤ 0,05

Fuente: autoría propia

#### 4.4.6. Riesgo suicida y acoso escolar y cyberbullying.

La Tabla 18 muestra la relación entre acoso escolar, cyberbullying y riesgo suicida. Se observa una diferencia estadísticamente significativa entre los sujetos con y sin riesgo suicida en cuando al acoso escolar alrededor del 25% de quienes tienen riesgo suicida han sufrido acoso escolar.

**Tabla 18** Acoso escolar y Ciberbullying

		Muestra Total		Riesgo suicida				p
				Sin presencia (n=402)		Con presencia (n=163)		
		(n=565)						
		N	%	n	%	n	%	
Acoso escolar	No	468	82,83	345	85,82	123	75,46	0,00*
	Si	97	17,17	57	14,18	40	24,54	
Has sido víctima de ciberbullying el último mes	No	524	92,74	378	94,03	146	89,57	0,064**
	Al menos 1 vez	41	7,26	24	5,97	17	10,43	
Has hecho ciberbullying el último mes	No	520	92,04	375	93,28	145	88,96	0,08**
	Al menos 1 vez	45	7,96	27	6,72	18	11,04	
Total		565	100	402	100	163	100	

Prueba chi cuadrado \*p= $\leq$  0,01; \*\*p= $\leq$  0,05

Fuente: Autoría propia

#### 4.4.7. Riesgo suicida y uso y adicción a internet.

La Tabla 19 ofrece información acerca de las diferencias entre sujetos con y sin riesgo suicida en relación con la adicción a internet y el tiempo de exposición a internet. Se observan diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos de manera que entre los sujetos con riesgo suicida se observa un alto porcentaje de sujetos con adicción al internet y, además, de manera coherente un tiempo superior de exposición al internet.

**Tabla 19** Adicción a internet

		Muestra Total		Riesgo suicida				P
				Sin presencia (n=402)		Con presencia (n=163)		
		(n=565)						
		N	%	n	%	n	%	
Adicción a internet	Si	43	7,61	19	7,96	24	61,96	0,00*
	No	522	92,39	383	92,04	139	38,04	
Tiempo que pasa en internet (en minutos)	Media (DE)			215,44 (164,47)		261,6 (194,96)		0,01*
Total		565	100	402	100	163	100	

Pruebas chi cuadrado / U de Mann Whithney \*p= $\leq$  0,01; \*\*p= $\leq$  0,05

Autor: Autoría propia

## 5. DISCUSIÓN

El objetivo general del presente estudio fue "Evaluar el riesgo suicida y factores asociados en estudiantes de 15 a 17 años de colegios públicos de la ciudad de Montería". Para cumplir con dicho objetivo se persiguieron diferentes objetivos específicos. En función del diseño del presente estudio y de los resultados obtenidos puede decirse que el objetivo general se alcanzó de manera satisfactoria.

Los diferentes objetivos específicos fueron la base para determinar cuáles factores de los diferentes propuestos se relacionan con riesgo suicida. En primer término, se evaluó la prevalencia riesgo suicida en la población y luego la relación del citado riesgo con variables individuales, familiares y sociales.

Primero, los resultados obtenidos muestran una prevalencia de riesgo suicida según cuestionario de Plutchik de 28,8%. Además, se hallaron los siguientes factores asociados: ser mujer, haber sido víctima de desplazamiento, antecedentes familiares de suicidio, repetición curso, toma frecuente de medicamentos, disfunción familiar, cantidad de eventos adversos con potencial traumático, déficit en el uso de estrategias de afrontamiento al estrés, signos y síntomas de depresión y ansiedad, consumo de riesgo de marihuana, cocaína y tranquilizantes, acoso escolar, y uso patológico de internet.

El porcentaje de riesgo suicida según Plutchik encontrado en esta población (28,8%) fue mayor en comparación con los encontrados en otros estudios en poblaciones análogas. Por ejemplo, la investigación encontrada por Fuentes et al. (112) en colegios de Manizales en el año 2009 arrojó un RS según Plutchik de 12,8%. En otro estudio realizado por Álvarez et al. (111) en una institución educativa de Caldas en el año 2013, se encontró un RS según el mismo cuestionario de 11,8%. Una posible explicación a estas diferencias podría tener que ver con que en estos estudios se encontró un porcentaje mucho menor de disfunción familiar severa, mientras que en el presente se halló esta variable en el 45% de los alumnos con riesgo, en los estudios citados anteriormente, este porcentaje llega apenas al 13.3% y 15.83% respectivamente. Aunque con otro instrumento, Toro Diana en 2009 (114) midió el riesgo suicida en una muestra de Medellín, dando como resultado una muy alta tasa de riesgo suicida, similar a este estudio, entre 23,0% y 26,5%; en este estudio la disfunción familiar severa alcanzo al 34.6%, resultado similares al nuestro, por lo que esta podría ser una variable de mucho mayor peso.

En cuanto a la comparación entre los sujetos con riesgo suicida y aquellos que no lo tienen en función de diferentes variables sociodemográficas y clínicas, se evidencio una relación significativa entre género y riesgo suicida. Se halló al igual que en otros estudios (71,112), que el riesgo suicida es mayor en mujeres que en hombres, presente en el 34,15 % del total de las mujeres encuestadas y en 18.88% del total de los hombres. En general, se postula que las mujeres tienen más riesgo que los hombres, si bien ellos se suicidan más, son las mujeres las que realizan más intentos (26) (27), posiblemente esto se deba a que las mujeres poseen rasgos de personalidad que las definen como personas mas sensibles, con mayor tendencia a la depresion.

El presente estudio encontró que casi un 37% de quienes han sido víctimas de desplazamiento forzado (de manera directa o indirecta) muestran riesgo suicida frente a casi un 27% de quienes no han sido víctimas de los mismos eventos, existiendo diferencias estadísticamente significativas con riesgo suicida. Este hallazgo concuerda con varios estudios han demostrado que ser víctima de desplazamiento forzado o emigrar, aumenta el riesgo suicida en algunos casos, ya que supone un desarraigo afectivo, un estrés ocasionado por la aculturación; además de una serie de problemáticas asociadas, como ser la pobreza, una vivienda deficiente, carencia de apoyo social, y expectativas insatisfecha (27). Sánchez y Col. (142) al describir el estado de salud mental de este tipo de población concluyo que la presencia de trastornos mentales, el consumo de drogas y de comportamiento suicida tienen un gran impacto en esta población. Del mismo modo, según datos de la encuesta de salud mental en 2015, la probabilidad de intentar suicidarse o consumir este hecho aumenta al pertenecer a un grupo vulnerable, como es el caso de la población víctima de desplazamiento forzado (86).

Con respecto a la historia familiar de suicidio, este estudio encontró que quienes muestran riesgo suicida casi el 61% presenta antecedentes familiares de intentos o de suicidio consumado. En concordancia con estos resultados, un estudio reciente (30), prospectivo, concluyó que el historial de intento de suicidio de los padres trasmite una probabilidad casi cinco veces mayor de intento de suicidio en la descendencia. También según Liu en un estudio comparativo (70) los antecedentes familiares de suicidio junto con otros indicadores son predictores significativos de múltiples intentos de suicidio, es decir, son más propensos a volver a intentar suicidarse nuevamente. Algunos autores, consideran éste un factor que podría ser biológico o genético, y aunque la conducta suicida no se hereda, sí la predisposición genética para padecer un trastorno mental (143), por ejemplo, una desregulación serotoninérgica, que es un rasgo biológico determinante, y podría predisponer a responder de manera agresiva e impulsiva ante un estresor.

Con referencia a la funcionalidad familiar, menos de una cuarta parte de la muestra tuvo buena funcionalidad familiar, una cifra muy baja comparada con por ejemplo el estudio de Aguirre flores (144), que reportó un 38.5% de buena funcionalidad familiar. Cuando se comparó los grupos de riesgo y no riesgo, se evidenció que casi la mitad de los estudiantes que presentaban riesgo suicida pertenecían a familias con disfunción grave, Y solo el 7,4% a familias funcionales. De esta manera se puede afirmar que existe una relación estadísticamente significativa entre la disfuncionalidad familiar y el riesgo suicida, este resultado coincide con el estudio realizado por Castaño Castrillón (71) quienes hallaron que en los estudiantes con buena funcionalidad familiar el riesgo suicida según Plutchik era leve y que este aumentaba su proporción (de 1 a 18%) en estudiantes pertenecientes a familias con disfunción moderada o severa. Según algunos autores, esto puede deberse a que la una comunicación deficiente con los padres, un ambiente carente de calidez familiar, violencia o discordia familiar, serian un obstáculo que limitan el aprendizaje de estrategias eficaces de resolución de problemas, carente de soporte

necesario para hacer frente a los eventos vitales estresantes propios de esta etapa de la vida (112).

En cuanto a la cantidad de eventos adversos de la vida con potencial traumático, a la cual estuvieron expuestos los participantes, entre los sujetos con riesgo suicida (promedio de 9 acontecimientos) y sin riesgo suicida (promedio de 6 acontecimientos) se observó una diferencia estadísticamente significativa. De acuerdo con Teresa Gil (2012), esto puede deberse a que el estrés que desencadena el comportamiento suicida es crónico y acumulativo, es decir una sucesión de acontecimientos adversos a lo largo de un periodo de tiempo que determina la carrera suicida (145). Un gran número de evidencia sostiene que la exposición a una amplia gama de acontecimientos negativos recientes de la vida, episodios vitales adversos o factores estresantes, son uno de los factores de riesgo y potencial desencadenante, que puede ayudar a determinar el riesgo inminente de intentos de suicidio (33). Tanto el estudio de Buron llevado a cabo en 2016 (32) como el de Pandolfoa en 2011, concluyen que de los eventos adversos los problemas interpersonales son los principales eventos relacionados con el intento de suicidio (34).

Ante la evaluación de las estrategias de afrontamiento al estrés su relación con el riesgo suicida los resultados muestran diferencias estadísticamente significativas entre los sujetos con riesgo suicida y sin riesgo suicida. Quienes tienen riesgo suicida utilizan menos que quienes no tienen riesgo las estrategias de solución de problemas, y búsqueda de apoyo social, mientras que, los mismos sujetos ante las condiciones de estrés tienden a usar estrategias no funcionales, como ser esperar más tiempo para resolver los problemas, evitan, ocultan o inhiben las propias emociones, reaccionan de manera agresiva, no expresan las dificultades para afrontar y expresar las emociones generadas por la situación, y tienden a negar los problemas, habiendo una ausencia de aceptación del problema. En general este tipo de estrategias son utilizadas con el objetivo son utilizadas para disminuir la carga emocional relacionada con el problema.

Estos resultados demuestran el déficit en el uso de estrategias de afrontamiento que tienen los adolescentes con riesgo suicida, lo que coinciden con otros estudios, por ejemplo, Kirchner y col. (2011) en su estudio sugieren que los adolescentes con déficit en las estrategias de afrontamiento, se perciben con bajas capacidades para manejar situaciones de estrés, asociándose esto con pensamientos suicidas, especialmente en las mujeres (38), así mismo, Kim en un estudio de 2014 evidenció que el uso de estrategias poco saludables tenía efectos de moderados a fuertes en la transición de ideación suicida a intento suicida (25). En Colombia, en 2018, el estudio de Cornejo Ortega (56), cuyo objetivo general se planteó analizar la relación entre las estrategias de afrontamiento y la orientación suicida, concluyo que la orientación suicida tiene una correlación positiva con las estrategias de afrontamiento de tipo evitativas, es decir que, mientras los adolescentes tiendan a evitar los problemas, mayor es la probabilidad de que en ellos se desarrolle una orientación suicida.

El presente estudio reporta que el 23.5% de la población adolescente presenta indicadores de depresión-ansiedad, y halló diferencias estadísticamente significativas

entre este indicador y riesgo suicida. Según el cuestionario de auto reportaje de síntomas psiquiátricos SRQ, los adolescentes con riesgo suicida presentaron en un gran porcentaje, cerca del 62%, síntomas de depresión y ansiedad, en contraste al apenas 7% de los adolescentes sin presencia de riesgo. Duarte (2020) estudiando las autolesiones deliberadas en intentos de suicidio halló que la depresión y la ansiedad aparecían como predictores significativos de intentos de suicidio (23). Por ejemplo, el estudio de Tabares Gómez (2019), mostro una serie de correlaciones estadísticamente significativas positiva entre riesgo suicida, depresión, desesperanza e impulsividad, siendo estos factores fuertemente asociados al riesgo suicida (146). De igual manera a nivel internacional un estudio realizado en México (2010) con 12424 adolecentes de escuelas públicas, halló un mayor riesgo suicida en adolescentes deprimidos (147).

Respecto al consumo de sustancias, el 12,4% de la muestra puntuó en algunos reactivos que podrían sugerir para problemas relacionados con el alcohol según el cuestionario de auto reportaje de síntomas psiquiátricos SRQ, un 13,8% indico consumo de riesgo según la escala de severidad alcohol, y 5.3% de acuerdo con el AUDIT, no existiendo diferencias estadísticamente significativas para esta sustancia con el riesgo suicida. Para el consumo de otras sustancias, se halló diferencias estadísticamente con el riesgo suicida, en el consumo de marihuana, cocaína y tranquilizantes. Según la literatura, el abuso de sustancias psicoactivas en general es común en las personas que cometen suicidio, principalmente en los jóvenes (3), y se ha encontrado que los hombres y mujeres con adicciones tienen entre cuatro y once veces más, respectivamente, riesgo de morir por suicidio que la población general (27).

Según Olweus (2013) los adolescentes consideran el suicidio como alternativa para enfrentar el acoso escolar, debido a una incapacidad para resolver los problemas con sus compañeros y profesores (75). Según este mismo autor del tipo de acoso escolar, el ciberbullying parece ser bastante menos frecuente con respecto al acoso tradicional (75). Esto coincide con la presente investigación, en donde el acoso escolar se estimó en alrededor del 25% de quienes tienen riesgo suicida, observándose una diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos, mientras que, solo el 11% reportó haber sido víctima o haber hecho ciberbullying en el último año, una frecuencia mayor en el grupo con riesgo, pero que sin embargo no presento diferencias estadísticamente significativas con respecto al grupo sin riesgo. Estos resultados coinciden con la encuesta de salud escolar, que, en 2018, reveló que el 20,5% de los escolares referían haber sido víctimas de agresiones durante el último año (79).

Por último, tanto la muestra total como el grupo sin presencia de riesgo suicida presentaron una frecuencia de cerca del 8% a adicción a internet, porcentaje que aumenta al 62% en alumnos con riesgo suicida, lo que permite observar una diferencia estadísticamente significativa entre ambas variables. Además, de manera coherente los alumnos con riesgo suicida refirieron un tiempo superior de exposición al internet respecto al grupo sin riesgo, diferencia estadísticamente significativa. Esto concuerda con recientes estudios, que indican que el uso patológico de Internet se correlaciona con ideación (80). Al respecto, Messias. y col. (2011) (81) investigaron la asociación entre el

uso excesivo de internet y videojuegos y el suicidio en una muestra representativa de adolescentes, y concluyeron que los adolescentes que referían uso diario de Internet superior a 5 horas tenían un riesgo significativamente mayor de tristeza, ideación suicida y planificación del suicidio. Recientemente en china, Yielin Yu (2020) investigó la asociación entre adicción a internet, trastornos a los juegos de internet y la ideación suicida, encontrando una asociación positiva de este trastorno con insomnio, luego con depresión, lo que a su vez contribuyó positivamente a la ideación suicida (82).

Se puede decir que en este estudio el perfil del estudiante con riesgo suicida según estaca de Plutchik, es pertenecer al género femenino, con antecedentes familiares de intento o suicidio consumado, con indicadores de síntomas de depresión-ansiedad consumo de sustancias psicoactivas (marihuana, tranquilizante y/o cocaína), perteneciente a familias disfuncionales, víctima de acoso escolar, y con índices de uso patológico a internet.

## 6. CONCLUSIONES

- 1- El riesgo suicida (28,8%) en la población adolescente de escuelas públicas de Montería es alto comprado con poblaciones análogas
- 2- El riesgo suicida en adolescentes comprendidos entre los 15 y 17 años parece tener relaciones con múltiples variables, es decir es un fenómeno plurideterminado.
- 3- Los factores que se asocian al riesgo suicida coinciden con los citados en la literatura científica, género femenino, antecedentes familiares de comportamiento suicida, pertenecer a familia disfuncional, consumo de riesgo de sustancias psicoactivas, víctima de acoso escolar, y uso patológico de internet.
- 4- El riesgo suicida es mayor en mujeres que en hombres y en quienes han sido víctimas de desplazamiento forzado (de manera directa o indirecta).
- 5- Casi el 61% de los alumnos en riesgo suicida presenta antecedentes familiares de intentos o de suicidio consumado
- 6- Un hallazgo importante fue que un porcentaje muy alto de la muestra (4 de cada 5 alumnos) pertenece a familias disfuncionales. Casi la mitad de los estudiantes que presentaban riesgo suicida pertenecían a familias con disfunción grave, Y solo el 7,4% a familias funcionales.
- 7- En cuanto a la cantidad de eventos adversos de la vida con potencial traumático, a la cual estuvieron expuestos los participantes, los sujetos con riesgo suicida presentaron un promedio mayor que los sin riesgo suicida
- 8- Los alumnos que tienen riesgo suicida utilizan menos que quienes no tienen riesgo las estrategias de solución de problemas, y búsqueda de apoyo social, mientras que, los mismos sujetos ante las condiciones de estrés tienden a usar estrategias no funcionales, como ser esperar más tiempo para resolver los problemas, evitan, ocultan o inhiben las propias emociones, reaccionan de manera agresiva, no expresan las dificultades para afrontar y expresar las emociones generadas por la situación, y tienden a negar los problemas, habiendo una ausencia de aceptación del problema.
- 9- Para el consumo de sustancias, se halló diferencias estadísticamente con el riesgo suicida, en el consumo de marihuana, cocaína y tranquilizantes. El acoso escolar se estimó en alrededor del 25% de quienes tienen riesgo suicida.
- 10- Por último, tanto la muestra total como el grupo sin presencia de riesgo suicida presentaron una frecuencia de cerca del 8% a adicción a internet, porcentaje que aumenta al 62% en alumnos con riesgo suicida, lo que permite observar una diferencia estadísticamente significativa entre ambas variables. Además, de manera coherente

los alumnos con riesgo suicida refirieron un tiempo superior de exposición al internet respecto al grupo sin riesgo, diferencia estadísticamente significativa.

- 11- Se puede decir que en este estudio el perfil del estudiante con riesgo suicida según estaca de Plutchik, es pertenecer al género femenino, con antecedentes familiares de intento o suicidio consumado, con indicadores de síntomas de depresión-ansiedad consumo de sustancias psicoactivas (marihuana, tranquilizante y/o cocaína), perteneciente a familias disfuncionales, víctima de acoso escolar, y con índices de adicción a internet.
- 12- Es necesario tener en cuenta los hallazgos del presente estudio en las estrategias integrales longitudinales de prevención del suicidio ya que al ser un fenómeno mutideterminado no alcanza con estrategias reducidas a unas pocas técnicas de intervención. Es necesario abordar de manera sincrónica todos estos aspectos sociales, psicológicos, biológicos y conductuales.

## **7. LIMITACIONES Y DIRECCIONES FUTURAS**

Dentro de las limitaciones de esta investigación se puede incluir aquellas relacionadas con la confiabilidad y veracidad con que los participantes contestaban las preguntas de los cuestionarios, típicas de este tipo de instrumentos auto-aplicados, las cuales pueden tener que ver con no querer revelar información confidencial. Por otra parte, la muestra pertenece a escuelas únicamente públicas, lo que limita parcialmente la generalización de los resultados a todo el territorio de Montería. Por último, no recopilamos datos sobre otros factores que pueden tener un efecto sobre las tendencias suicidas.

Pese a las limitaciones, el presente estudio analiza de manera rigurosa un problema de grandes dimensiones. Se concluye que la pertinencia de estos hallazgos y la necesidad de continuar explorando los múltiples factores asociados al riesgo suicida en adolescente reside en la posibilidad de aplicación y diseño de estrategias de detección temprana, prevención y promoción de la salud mental, que incluyan el fortalecimiento de los vínculos familiares, y sociales, como parte del proceso formativo integral de jóvenes en el contexto educativo, lo que implica una revisión especial del trabajo dentro de las escuelas, ya que muchas veces las áreas encargadas no tienen un criterio claro de cómo abordar esta problemática.

## **8. RECOMENDACIONES**

### **A las políticas de Salud Pública**

Se recomienda crear políticas de salud pública que incluyan programas preventivos en los establecimientos educativos como principal estrategia para intervenir activamente en la población estudiantil en cuanto a la prevención de los factores asociados al riesgo suicida encontrados, y que promuevan el fortalecimiento en el vínculo y la funcionalidad de las relaciones familiares y el tratamiento oportuno en salud mental. Por otra parte, se recomienda, que dichas políticas promuevan el trabajo interdisciplinario e intersectorial entre salud y educación, con el fin de unificar criterios y esfuerzos en la prevención del suicidio, y la promoción de la salud mental en los jóvenes.

### **A los entes gubernamentales**

Se le recomienda a la secretaria de educación de Montería, tener en cuenta los resultados de este estudio para el futuro diseño e implantación de políticas de promoción y prevención del suicidio.

### **A la investigación**

Se recomienda para futuras investigaciones de esta línea de trabajo el diseño y uso de instrumentos de medición de los factores de riesgo cada vez más refinados que permitan medir con mayor especificidad estas variables. Como así también, estudios que evalúen factores protectores.

Propiciar la apertura de una línea de investigación en salud mental dentro de la Maestría en Salud Pública de la Universidad de Córdoba.

### **A la docencia**

Junto a lo anterior el diseño, implementación y evaluación de impacto de programas que favorezcan la salud mental de la comunidad educativa. Los programas deberían de incluir pruebas de tamizaje para la detección de personas en riesgo, primeros auxilios en salud mental, intervenciones breves incluyendo el fortalecimiento en estrategias eficaces de afrontamiento.

Recomendamos incluir a las familias a través de escuelas de padres, fomentando y haciendo énfasis en la comunicación, cooperación, afecto y respeto en las relaciones familiares.

## 9. REFERENCIAS

1. Ministerio de Salud y Protección Social. Organización Internacional para las Migraciones. Modelo de Atención para eventos emergentes en Salud Mental, en el marco del Sistema General de Seguridad en Salud. [Online].; 2014. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/rea%20de%20trabajo%20colaborativo/Atenci%C3%B3n%20primaria%20en%20salud%20-%20APS/DOCUMENTO%20FINAL%20MODELO%20GESTI%C3%93N.pdf>.
2. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Prevención del suicidio un imperativo global; 2014.
3. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Comportamiento del suicidio. Colombia, 2015. Violencia autoiniciada, desde un enfoque forense. [Online]. Medellín; 2015. Available from: <https://www.medicinalegal.gov.co/documents/20143/49523/Suicidios.pdf>.
4. ALIANZA EL HERALDO-UNIVERSIDAD DEL NORTE. El potencial económico que se pierde por los casos de suicidio. El Heraldó. 2016 Junio Domingo 12.
5. Nock M, Borges G, Bromet E, Cha C. Suicide and suicidal behavior. Epidemiol Rev. 2008; 30(1): p. 133-154 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18653727>.
6. Colciencias / Ministerio de Salud y Protección Social. Encuesta Nacional de Salud Mental 2015 Tomo 1 [Internet]. [Online].; 2015. Available from: <http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/nacionales/CO031102015-salud mental tomo1.pdf>.
7. Tizón J. Aspectos clínicos del paciente con riesgo de suicidio: ¿atender como “enfermedad” o como comunicación? FMC Form Medica Contin en Aten Primaria [Internet]. 2016; 23(2): p. 61-76 Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.fmc.2015.05.010>.
8. Cuesta-Revé D. Aspectos epidemiológicos del suicidio en adolescentes. Rev Mex Pediatr [Internet]. 2017; 84(2): p. 72-77 Available from: <http://www.medigraphic.com/pdfs/pediat/sp-2017/sp172f.pdf>.
9. Ministerio de Salud y protección Social. República de Colombia. Documento Borrador Plan para la Prevención y Atención Integral de la Conducta Suicida 2018-2021. [Online]. Bogotá; 2018. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ET/concertacion-intersectorial-plan-conducta-suicida-2017-2021.pdf>.

10. Wassrman D, Ruhmer Z. La guía de la Asociación Europea de Psiquiatría (EPA) sobre el tratamiento y la prevención del suicidio.; 2012.
11. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Prevención del suicidio un imperativo global. [Online].; 2014. Available from: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/131056/9789241564779\\_eng.pdf;jsessionid=6B5C5D48BD7F6](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/131056/9789241564779_eng.pdf;jsessionid=6B5C5D48BD7F6).
12. Organización Panamericana de la Salud. Atlas de salud mental de las Américas 2017 Washington, D.C.: PAHO; 2018 <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/49664>.
13. Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud. Mortalidad por suicidio en las Américas [Internet]. [Online].; 2014. Available from: [http://www.paho.org/pan/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_details&gid=253&Itemid=224](http://www.paho.org/pan/index.php?option=com_docman&task=doc_details&gid=253&Itemid=224).
14. Ministerio de Salud y Protección Social / Organización Internacional para las Migraciones. Modelo de Atención para eventos emergentes en Salud Mental, en el marco del Sistema General de Seguridad en Salud [Internet]. ; 2014.
15. Ministerio de Salud y protección Social. Republica de Colombia. Boletín de salud mental Depresión Subdirección de Enfermedades No Transmisibles [Internet]; 2017 Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/bolet>.
16. Instituto Nacional de Salud. Comportamiento de la Vigilancia del Intento de Suicidio, Colombia. BES - Boletín Epidemiológico Semanal. Semana epidemiológica 36. [Online].; 2019. Available from: <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/BoletinEpidemiologico/2019%20Bolet%C3%ADn%20epidemiol%C3%B3gico%20semana%2036.pdf>.
17. Instituto Nacional de Salud. Informe del evento intento de suicidio, Colombia, 2018. [Online]. Bogotá; 2018. Available from: [https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/INTENTO%20DE%20SUICIDIO\\_2018.pdf](https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/INTENTO%20DE%20SUICIDIO_2018.pdf).
18. Comité de Vigilancia Epidemiológica Salud Mental. Gobernación de Córdoba. [Online].; 2018 [cited 2019 Octubre 1. Available from: <http://salud.monteria.gov.co/zupload/docs/SSM20171009161804.pdf>.
19. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. [Online].; 2019 [cited 2020 Octubre 01. Available from: [https://www.co.undp.org/content/colombia/es/home/library/democratic\\_governance/cordoba--retos-y-desafios-para-el-desarrollo-sostenible.html](https://www.co.undp.org/content/colombia/es/home/library/democratic_governance/cordoba--retos-y-desafios-para-el-desarrollo-sostenible.html).

20. Mingote Adán J, Jimenez Arriero M, Osorio R, Palomo T. Suicidio, Asistencia Clínica. Guía práctica de psiquiatría médica Madrid: Ediciones Diaz de Santos, S.A.; 2004.
21. Aranguren M. Modelos teóricos de comprensión del suicidio. I Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVI Jornadas de Investigación Quinto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Itad de Psic. [Online]. Buenos Aires: Facultad de psicología - Universidad de Buenos Aires; 2009. Available from: <https://www.aacademica.org/000-020/155.pdf>.
22. Valdivia A. Suicidología: Prevención, tratamiento psicológico e investigación de procesos suicidas. [Online]. Peru; 2014. Available from: <https://repositorioacademico.upc.edu.pe/handle/10757/338704> Doi 10.19083/978-612-4191-27-5.
23. Duarte T, Paulino S, Almeidaa C, Gomes H, Santosa N. Self-harm as a predisposition for suicide attempts: A study of adolescents. Psychiatry Research. 2019;: p. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.112553>.
24. Choi J, Park S, Yi K, Hong H. Suicide mortality of suicide attempt patients discharged from emergency room, nonsuicidal psychiatric patients discharged from emergency room, admitted suicide attempt patients, and admitted nonsuicidal psychiatric patients. Arch Suicide. 2012; 42(3): p. 235-243 <https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.2012.00085.x>Citas.
25. Kim S, Baek J, Han D, Lee Y, Todd Y. Factores de riesgo psicosocial-ambientales para intentos de suicidio en adolescentes con ideación suicida: hallazgos de una muestra de 73,238 adolescentes. Suicidio y comportamiento que amenaza la vida. Suicide and Life-Threatening Behavior. 2014; 45(4): p. 477-487 Doi:10.1111 / sltb.12143.
26. Beck A, Weissman A, Lester D, Trexler L. La medida del pesimismo: la escala de desesperanza. Revista de consultoría y psicología clínica. 1974; 42(6): p. 861-865 Doi <http://10.1037/h0037562>.
27. Upegui H, Campo Cabal G, Borrero Cortés C, García Gallardo A, G. PG. Caracterización de la población con intento de suicidio en el Hospital Universitario del Valle, Cali (1994-2010). rev.colomb.psiquiatr. 2011 Oct./Dec.; 40(4): p. 616-636 [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0034-74502011000400003](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-74502011000400003).
28. Nock M, BG, Bromet E, Alonso J, Angermeyer M, Beautrais A, et al. doi:10.1192/bjp.bp.107.040113. [Online].; 2008.

29. Stoltenborgh M, Ijzendoorn M, Euser E, Bakermans Kranenburg M. A global perspective on child sexual abuse: meta-analysis of prevalence around the world. *Child Maltreat*. 2011; 16(2): p. 79-101 <http://doi:10.1177/1077559511403920>.
30. Brent D, Melhem N, Oquendo Mae. Vías familiares hacia el intento de suicidio de inicio temprano. *JAMA Psiquiatría*. 2015; 72(2): p. 160-168 doi: 10.1001 / jamapsychiatry.2014.2141.
31. Cañón Buitrago S. Factores de riesgo asociados a conductas suicidas en niños y adolescentes. *Archivos de Medicina (Col)*. 2011 enero-junio; 11(1): p. 62-67 <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=273819434005>.
32. Burón P, Jimenez Trevino L, Saiz P, García Portilla M, al e. Reasons for Attempted Suicide in Europe: Prevalence, Associated Factors, and Risk of Repetition. *Archives of Suicide Research*. 2016; 20(1): p. 45-58 <http://dx.doi.org/10.1080/13811118.2015.1004481>.
33. Bagge C, Glenn C, Lee H. Quantifying the impact of recent negative life events on suicide attempts. *Journal of Abnormal Psychology*. 2013; 122(2): p. 359-368 doi:10.1037/a0030371.
34. Pandolfoa S, Vázquez M, Mása M, Vomero A, Aguilar A, Bello O. Intentos de autoeliminación en menores de 15. *Arch Argent Pediatr*. 2011; 109(1): p. 18-23 <https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2011/v109n1a06.pdf>.
35. Vargas H, Saavedra J. Factores asociados con la conducta suicida en adolescentes. *Rev Neuropsiquiatr [Internet]*. 2012; 75(1): p. 19-28 Available from: <http://www.redalyc.org/pdf/3720/372036937004.pdf>.
36. Vargas A, Maturana A. El estrés escolar. *Revista Médica Clínica Las Condes*. 2015; 26(1): p. 34-41 <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2015.02.003>.
37. UNICEF. SUICIDIO: Comunicación, infancia y adolescencia. Guía para periodistas. [Online]. Buenos Aires; 2017. Available from: <https://www.unicef.org/argentina/media/1536/file/Suicidio.pdf>.
38. Kirchner T, Ferrer L, Forns M, Zanini D. Conducta autolesiva e ideación suicida en estudiantes de Enseñanza Secundaria Obligatoria. Diferencias de género y relación con estrategias de afrontamiento. *Actas Esp Psiquiatr*. 2011; 39(4): p. 226-235 <https://actaspsiquiatria.es/repositorio/13/72/ESP/13-72-ESP-226-235-920269.pdf>.

39. Azúa Fuentes E, Rojas Carvallo P, Ruiz Poblete S. Acoso escolar (bullying) como factor de riesgo de depresión y suicidio. Rev. chil. pediatr. [Internet]. 2020; 91(3): p. 432-439 <http://dx.doi.org/10.32641/rchped.v91i3.1230>.
40. Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Forensis 2018 Datos para la Vida. [Online].; 2018. Available from: <https://www.medicinalegal.gov.co/cifras-estadisticas/forensis>.
41. Ministerio de Salud y Protección Social / Organización Panamericana de la Salud. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/Intervenciones-suicidio-revision-critica-literatura.pdf>. [Online].; 2012.
42. Organización Mundial de la Salud. Prevención del Suicidio, Recurso para Consejeros. [Online].; 2006. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/69472>.
43. Wenzel A, Beck A. A cognitive model of suicidal behavior: Theory and treatment. Applied and Preventive Psychology. 2008; 12(4): p. 189-201 <http://doi:10.1016/j.appsy.2008.05.001>.
44. O'Connor R, Nock M. The psychology of suicidal behaviour. The Lancet Psychiatry. 2014; 1(1): p. 73-85 Doi: 10.1016 / s2215-0366 (14) 70222-6.
45. Ministerio de Salud y protección Social. Republica de Colombia. Guía De Práctica Clínica (Gpc) Conducta Suicida [Internet]. [Online].; 2017. Available from: [http://gpc.minsalud.gov.co/gpc\\_sites/Repositorio/Otros\\_conv/GPC\\_CSuicida/gpc\\_plantilla\\_gpc\\_completa.aspx](http://gpc.minsalud.gov.co/gpc_sites/Repositorio/Otros_conv/GPC_CSuicida/gpc_plantilla_gpc_completa.aspx).
46. Organización Mundial de la Salud. Definición y evaluación de los riesgos para la salud. [Online]. Ginebra; 2002. Available from: <https://www.who.int/whr/2002/en/Chapter2S.pdf>.
47. Ministerio de Salud y Protección Social. Organización Internacional para las Migraciones. Modelo de Atención para eventos emergentes en Salud Mental, en el marco del Sistema General de Seguridad en Salud [Internet]. ; 2014.
48. Koppmann A. Aspectos generales del riesgo suicida en la consulta del médico general. Revista Médica Clínica Las Condes. 2020; 31(2): p. 163–168 Doi: 10.1016 / j.rmclc.2020.01.007.
49. Plutchik R, Van Praag H, Conte H, Picard S. Correlates of suicide and violence risk: the suicide risk measure. Compr Psychiatry. 1989; 30(4): p. 296-302 [https://doi.org/10.1016/0010-440X\(89\)90053-9](https://doi.org/10.1016/0010-440X(89)90053-9).

50. O'Connor R, Nock M. La psicología del comportamiento suicida. *Lancet Psychiatry*. 2014; 1(1): p. 73-85 Doi:10.1016/S2215-0366(14)70222-6.
51. Ministerio de Salud y Protección Social. Organización Internacional para las Migraciones. Modelo de Atención para eventos emergentes en Salud Mental, en el marco del Sistema General de Seguridad en Salud. 2014.
52. Ministerio de Salud y protección Social. República de Colombia. Boletín de salud mental Depresión Subdirección de Enfermedades No Transmisibles [Internet]. Vol. 2. ; 2017 <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/boletin-depresion-marzo-2017.pdf>.
53. Sinergias / Ministerio de Salud y Protección Social/ Organización Panamericana de la Salud. Intervenciones en suicidio. Revisión crítica de la literatura. [Online].; 2012. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/Intervenciones-suicidio-revision-critica-literatura.pdf>.
54. Teresa LG. Clasificación de la conducta suicida utilizando cuestionarios psicométricos. Tesis Doctoral 2012. 2012..
55. Ghanbari B, Malakouti S, Nojomi M, Alavi K, Khaleghparast S. Servicios de prevención y seguimiento del suicidio: una revisión narrativa. *Global Journal of Health Science*. 2015; 8(5): p. 145 Doi 10.5539 / gjhs.v8n5p145.
56. Cornejo Ortega A, Rojas Omaña A, Bonilla Cruz N, Rivera Porras D. Estrategias de afrontamiento como elemento terapéutico en la orientación suicida de adolescentes de un colegio de la comuna 7 en Cúcuta. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*. 2018; 37(5): p. 528-533 [http://www.revistaavft.com/images/revistas/2018/avft\\_5\\_2018/16estrategias\\_afrontamiento.pdf](http://www.revistaavft.com/images/revistas/2018/avft_5_2018/16estrategias_afrontamiento.pdf).
57. Amarís Macías M, Madariaga Orozco C, Valle Amarís M, Zambrano J. Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico. *Psicología desde el Caribe. Universidad del Norte*. 2013; 30(1): p. 123-145 <http://www.scielo.org.co/pdf/psdc/v30n1/v30n1a07.pdf>.
58. Carver C, Scheier M, Weintraub J. Evaluación de estrategias de afrontamiento: un enfoque basado en la teoría. *Revista de personalidad y psicología social*. 1989; 56(2): p. 267-283 doi:10.1037//0022-3514.56.2.267.
59. Lazarus R, Folkman S. Escala de formas de afrontamiento. Estrés, valoración y afrontamiento. *Revista de personalidad y psicología social*. 1984; 45: p. 150-170.

60. Suárez Pinilla P, Pérez Herrera M, Suárez Pinilla M, Medina Blanco R, López García E, Artal Simón J, et al. Recurrencia de pensamientos y comportamientos suicidas durante un año de seguimiento: un estudio exploratorio. *Psychiatry Research*. 2020;: p. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112988>.
61. Gallego J, Rachamalla E, Yuen , al e. Predictores de intentos de suicidio en 3.322 pacientes con trastornos afectivos y trastornos del espectro esquizofrénico. *Investigación en psiquiatría*. 2015 Agosto; 228(3): p. 791-796 DOI: 10.1016 / j.psychres.2.
62. Goldston D, Sergent Daniel S, Erkanli A, Reboussin B, Mayfield A, Frazier P, et al. Psychiatric diagnoses as contemporaneous risk factors for suicide attempts among adolescents and young adults: developmental changes. *J Consult Clin Psychol*. 2009; 77(2): p. 281-290 Doi 10.1037 / a0014732.
63. García E, Aroca F. Factores de riesgo de la conducta suicida asociados a trastornos depresivos y ansiedad. *Salud Ment [Internet]*. 2014; 37(5): p. 373-380 Available from: <https://www.redalyc.org/pdf/582/58232671003.pdf>.
64. Organización Mundial de la Salud. Maltrato infantil. Notas descriptivas. [Online].; 2020. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>.
65. Radford L, Bradley C, Fisher H, Bassett C, Howat N, Collishaw S. Child Abuse and Neglect in the UK Today. Sociedad Nacional para la Prevención de la Crueldad contra los Niños. 2011;: p. <http://www.nspcc.org.uk/childstudy>.
66. Rodríguez Navarro L. Hacia una comprensión contemporánea del abuso sexual infantil: Un diálogo necesario entre la Psicología y el Derecho. *CULTURA EDUCACIÓN Y SOCIEDAD*. 2011; 2(1): p. 149-162 <https://revistascientificas.cuc.edu.co/culturaed>.
67. Kendall-Tackett K. The health effects of childhood abuse: Four pathways by which abuse can influence health. *Child Abuse & Neglect*. 2002; 26(6-7): p. 715-729 [doi.org/10.1016/S0145-2134\(02\)00343-5](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(02)00343-5).
68. Bruffaerts R, Demyttenaere K, Borges G, Haro J, Chiu W, Hwang I, et al. Las adversidades infantiles como factores de riesgo de aparición y persistencia de conductas suicidas. *The British Journal of Psychiatry*. 2010 Julio; 197(1): p. 20-27 Doi: <http://10.1192 / bjp.bp.109.074716>.
69. Pérez Prada M, Martínez Baquero L, Vianchá Pinzón M, Avendaño Prieto B. Intento e ideación suicida y su asociación con el abuso sexual en adolescentes escolarizados de Boyacá - Colombia. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*. 2017; 13(1): p. 91-101 Doi 10.15332/s1794-9998.2017.0001.07.

70. Liu Y, Zhang J, Sun L. Who are likely to attempt suicide again? A comparative study between the first and multiple timers. *Compr. Psychiatry*. 2017; 78: p. 54–60 <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2017.07.007>.
71. Castaño Castrillón J, Cañón S, Betancur Betancur M, Castellanos Sánchez P. Factor de riesgo suicida según dos cuestionarios, y factores asociados en estudiantes de la universidad nacional de Colombia sede Manizales. *Rev Divers -Perspectivas En Psicol (Intenet)*. 2015; 11(2): p. Available from: <http://dx.doi.org/10.15332/s1794-9998.2015.0002.02>.
72. Observatorio Nacional de salud mental en Colombia. Subdirección de Enfermedades No Transmisibles. Guía Metodológica para el Observatorio Nacional de Salud mental. [Online].; 2015. Available from: <https://www.sispro.gov.co/observatorios/onsaludmental/Paginas/Inicio.aspx>.
73. Jiménez García L, Menéndez Alvarez-Dardet S, Hidalgo García MV. Un análisis de los acontecimientos vitales estresantes durante la adolescencia. *Apuntes de Psicología*. 2008; 26(3): p. 427-440 <http://www.apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/view/430>.
74. Klonsky E, May A. The three-step theory (3ST): A new theory of suicide rooted in the “ideation-to-action” framework. *International Journal of Cognitive Therapy*. 2015; p. 114-129 DOI: 10.1521 / ijct.2015.8.2.114.
75. Olweus D. Bullying escolar: desarrollo y algunos desafíos importantes. *Revisión anual de psicología clínica*. 2013; 9(1): p. 751-780 doi: 10.1146 / annurev-clinpsy-050212-185516 .
76. Siziya S, Rudatsikira E, Muula A. Victimización por acoso entre adolescentes que asisten a la escuela en los grados 7 a 10 en Zambia. *Revista de investigación sobre lesiones y violencia*. 2010 Sept.; 4(1): p. 30-35 <http://www.jivresearch.org/jivr/index.php/jivr/article/view/84>.
77. Palacio Chavarriaga C, Rodríguez-Marín LJ, Gallego-Henao AM. Sentimientos y pensamientos de jóvenes frente al acoso escolar: El suicidio como una alternativa. *Revista eleuthera*. 2019; 21: p. 34-47 <https://dx.doi.org/10.17151/eleu.2019.21.3>.
78. Campisi S, Carducci B, Akseer N, Zasowski C, Szatmari P, Bhutta Z. Suicidal behaviours among adolescents from 90 countries: a pooled analysis of the global school-based student health survey. *BMC Public Health*. 2020 Agosto; 20(1): p. 1-20 Doi: 10.1186 / s12889-020-09209-z.
79. Ministerio de Salud y protección Social. Republica de Colombia. Encuesta nacional de Salud Escolar (ENSE). [Online].; 2018. Available from:

<https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Panorama-de-la-salud-de-los-escolares-en-Colombia.aspx>.

80. Durkee T, Hadlaczky G, Westerlund M, Carli V. Vías de Internet en el suicidio: una revisión de la evidencia. *Int J Environ Res Salud Pública*. 2011 Octubre; 8(10): p. Doi:10.3390 / ijerph8103938.
81. Messias E, Castro J, Saini A, Usman M, Peeples D. Sadness, suicide, and their association with video game and internet overuse among teens: results from the youth risk behavior survey 2007 and 2009. *Suicide Life Threat Behav*. 2011 Junio; 41(3): p. 307-315 Doi:10.1111/j.1943-278X.2011.00030.x. Epub.
82. Yu Y, Yang X, Wang S, Wang H, Chang R, Tsamlag L, et al. Serial multiple mediation of the association between internet gaming disorder and suicidal ideation by insomnia and depression in adolescents in Shanghai, China. *BMC Psychiatry*. 2020 Sep 23; 20(1): p. 460 doi: 10.1186/s12888-020-02870-z.
83. McAuliffe CM. Suicidal ideation as an articulation of intent: A focus for suicide prevention? *Arch. Suicide Res*. 2002; 6: p. 325-338 <https://doi.org/10.1080/13811110214524>.
84. Villarroel J, Jerez S, Montenegro M, Montes C, Igor M, Silva H. Conductas autolesivas no suicidas en la práctica clínica. Primera parte: conceptualización y diagnóstico. *Rev. chil. neuro-psiquiatr*. 2013; 51(1): p. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272013000100006>.
85. Klonsky E, May A, Saffer B. Suicide, Suicide Attempts, and Suicidal Ideation. *Annual Review of Clinical Psychology*. 2016; 12: p. 307-330 <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-021815-093204>.
86. Colciencias / Ministerio de Salud y Protección Social. Encuesta Nacional de Salud Mental 2015 Tomo 1 [Internet]. ; 2015.
87. Organización Panamericana de la Salud. Informe mundial sobre la violencia y la salud. [Online]. Washington D. C; 2003. Available from: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/725/9275315884.pdf>.
88. Ministerio de salud y protección social. Gobierno de Colombia. Guía De Práctica Clínica (Gpc) Conducta Suicida [Internet]. ; 2017.
89. Ministerio de salud y Protección Social / Instituto Nacional de Salud. Protocolo de Vigilancia en Salud Pública. Intento de Suicidio [Internet]. [Online].; 2014. Available from: [Available from:](#)

[https://cursospaises.campusvirtualsp.org/pluginfile.php/179542/mod\\_page/content/8/M2.Pr](https://cursospaises.campusvirtualsp.org/pluginfile.php/179542/mod_page/content/8/M2.Pr).

90. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Estado Mundial de la infancia 2011. La adolescencia una época de oportunidades. [Online]. Nueva York; 2011. Available from: [https://www.unicef.org/spanish/publications/index\\_57468.html](https://www.unicef.org/spanish/publications/index_57468.html).
91. Organización Mundial de la Salud. Desarrollo en la adolescencia. Un periodo de transición de crucial importancia. [Online]. [cited 2019 Mayo 22. Available from: [https://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/adolescence/dev/es/](https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/).
92. Borrás Santisteban T. Adolescencia: definición, vulnerabilidad y oportunidad. CCM. 2014 ene.-mar.; 18(1): p. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1560-43812014000100002](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812014000100002).
93. Real Academia Española. <https://dle.rae.es/escolarizar>. [Online]. [cited 2019 Diciembre 3.
94. Ministerio de educación. [https://www.mineduccion.gov.co/1759/w3-article-233839.html?\\_noredirect=1](https://www.mineduccion.gov.co/1759/w3-article-233839.html?_noredirect=1). [Online]. [cited 2020 Octubre 3. Available from: [https://www.mineduccion.gov.co/1759/w3-article-233839.html?\\_noredirect=1](https://www.mineduccion.gov.co/1759/w3-article-233839.html?_noredirect=1).
95. Valdés G. Programa de intervención para elevar los niveles de autoestima en alumnas de sexto año básico. Revista Estudios. 2001; 27: p. 65-73 Extraído de [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-07052001000100005](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-07052001000100005).
96. Organización Mundial de la Salud. Prevención del suicidio, un instrumento para docentes y demás personal institucional. [Online].; 2001. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/66802>.
97. Secretaría Seccional de Salud y Protección Social. Boletín información para la acción, Prevención del suicidio, un imperativo global. Boletín. , Antioquia; 2017 [https://www.dssa.gov.co/images/BIA\\_Intento\\_Suicidio\\_31Julio2017.pdf](https://www.dssa.gov.co/images/BIA_Intento_Suicidio_31Julio2017.pdf).
98. Congreso de Colombia. Ley 1438. [Online].; 2011. Available from: [http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley\\_1438\\_2011.html#:~:text=Esta%20ley%20tiene%20como%20objeto,sociedad%20para%20el%20mejoramiento%20de](http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1438_2011.html#:~:text=Esta%20ley%20tiene%20como%20objeto,sociedad%20para%20el%20mejoramiento%20de).
99. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021: La salud en Colombia la construyes tú. [Online]. Bogotá DC - Colombia; 2013. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Plan%20Decenal%20-%20Documento%20en%20consulta%20para%20aprobaci%C3%B3n.pdf>.

100. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública, PDSP, 2012 - 2021. Bogotá; 2013.
101. Congreso de Colombia. LEY 1616 de Salud mental. [Online]. Bogotá; 2013. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Colombia-cuenta-con-Ley-de-Salud-Mental.aspx>.
102. Ministerio de Salud y Protección Social. Republica de Colombia. Política Nacional de Salud Mental. Resolución 4886. [Online].; 2018. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/politica-nacional-salud-mental.pdf>.
103. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de Vigilancia en Salud Pública. INTENTO DE SUICIDIO. ; 2014.
104. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Objetivos de Desarrollo Sostenible, Colombia. Herramientas de aproximación al contexto local [Internet].. ; 2016.
105. Ministerio de Salud y Protección Social. Republica de Colombia. Documento Borrador Plan para la Prevención y Atención Integral de la Conducta Suicida 2018-2021; 2018.
106. Ministerio de Salud y protección Social. Republica de Colombia. Decreto Número 780 De 2016 [Internet]. [Online].; 2016. Available from: [Available from: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Decreto\\_0780\\_de\\_2016.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Decreto_0780_de_2016.pdf).
107. Ministerio de Salud y Protección Social. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 429 de 2016 [Internet]. [Online].; 2016. Available from: [Available from: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resolución\\_0429\\_de\\_2016.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolución_0429_de_2016.pdf).
108. Ministerio de Salud y protección Social. Republica de Colombia. Guia metodologica para el Observatorio Nacional de Salud Mental (Internet). Bogotá; 2015.
109. Ministerio de Salud y Protección Social. Republica de Colombia. Decreto 4886 Política Pública de Salud Mental. [Online].; 2018. Available from: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%204886%20de%202018.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%204886%20de%202018.pdf).
110. Silva D, Valdivia M, Vicente B, Arévalo E, Dapelo R, Soto C. Intento de suicidio y factores de riesgo en una muestra de adolescentes. Revista de Psicopatología y Psicología Clínica. 2017; 22: p. 33-42 <http://doi:10.5944/rppc.vol.22.num.1.2017.16170>.

111. Álvarez Latorre J, Cañón Buitrago S, Castaño Castrillón JJ, et al. Factor de riesgo suicida y factores asociados en adolescentes de una institución educativa de Palestina-Caldas (Colombia), 2012. 2013; 13(2): p. 127-141.
112. Fuentes L, Arias G, Gonzales F, Castrillón J. Riesgo suicida y factores relacionados en estudiantes de 6° a 11° grado en colegios de la ciudad de Manizales (Colombia). Archivos de Medicina (Col). 2009; 9(2): p. 110–122 Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=273820455004>.
113. Cañón S, Castaño Castrillón J, et al. Factor de riesgo para suicidio según dos cuestionarios y factores asociados en población estudiantil de la Universidad de Manizales (Colombia). 2012; 29(3): p. 632-664 <https://www.redalyc.org/pdf/213/21328599005.pdf>.
114. Toro D, Paniagua R, González C, Montoya B. Caracterización de adolescentes escolarizados con riesgo de suicidio, Medellín, 2006. Rev. Fac. Nac. Salud Pública. 2009 Septiembre; 27(3): p. 303-308 <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v27n3/v27n3a07.pdf>.
115. Pérez Olmos I, Téllez Cruz D, Vélez Traslaviña ÁIPM. Caracterización de factores asociados con comportamiento suicida en adolescentes estudiantes de octavo grado, en tres colegios Bogotanos. Rev. Colomb. Psiquiat. 2012; 41(1): p. 26-47 <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v41n1/v41n1a04.pdf>.
116. Siabato E, Salamanca Y. Factores asociados a ideación suicida en universitarios. Psychologia: avances de la disciplina. 2015; 9(1): p. 71-81 <http://www.scielo.org.co/pdf/psych/v9n1/v9n1a06.pdf>.
117. Muñoz E, Gutiérrez M. Factores de riesgo asociados al suicidio en Nariño (Colombia): estudio de casos y controles. Revista Colombiana de Psiquiatría. 2010; 39(2): p. 291-312 <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v39n2/v39n2a06.pdf>.
118. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P. Metodología de la investigación 6ta. Ed. 6th ed. Mexico: McGRAW-HILL / INTERAMERICANA EDITORES, S.A. DE C.V.; 2014 <http://observatorio.epacartagena.gov.co/wp-content/uploads/2017/08/metodologia-de-la-investigacion-sexta-edicion.compressed.pdf>.
119. Sábado J, Monforte C. Propiedades métricas de la escala de riesgo suicida de Plutchik en profesionales de enfermería. 11º Congreso Virtual de Psiquiatría. Interpsiquis 2010. 2010; 26(1): p. <http://psiqui.com/1-776>.
120. Rubio G, Montero I, Jáuregui J, Villanueva R, Casado M, Marín J. Validación de la escala de riesgo suicida de Plutchik en población española. Arch Neurobiol. 1998; 61(2): p. 143-152.

121. Ramirez Ospina DC, Olivella López G. unicesar.edu.co. [Online].; 2015 [cited 2019 Mayo 21]. Available from: [www.unicesar.edu.co/index.php/es/normatividad/doc\\_download/2399-dra-giselle-olivella-y-dra-diana-carolina-ramirez-validacio-n-de-la-escala-de-riesgo-suicida-de-plutchik-en-poblacio-n-civil-colombiana-y-polici-as-activos-de-la-polici-a-nacional-de-colombia](http://www.unicesar.edu.co/index.php/es/normatividad/doc_download/2399-dra-giselle-olivella-y-dra-diana-carolina-ramirez-validacio-n-de-la-escala-de-riesgo-suicida-de-plutchik-en-poblacio-n-civil-colombiana-y-polici-as-activos-de-la-polici-a-nacional-de-colombia).
122. Arias L, Herrera J. El APGAR familiar en el cuidado primario de salud. Colombia Medica. 1994; 25(1).
123. Forero Ariza L, Avendaño Durán M, Duarte Cubillos Z, Campo-Arias A. Consistencia interna y análisis de factores de la escala APGAR para evaluar el funcionamiento familiar. Revista Colombiana de Psiquiatría. 2006; 23(1): p. 23-29 <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v35n1/v35n1a03.pdf>.
124. Holmes T, Rahe R. The social readjustment rating scale. Journal of Psychosomatic Response. 1967; 11: p. 213-218 doi: 10.1016/0022-3999(70)90007-3.
125. Oliva A, Jimenez j, Parra A, Sanchez Queija I. Acontecimientos vitales estresantes, resiliencia y ajuste adolescente. Revista de Psicopatología y Psicología Clínica. 2008; 13(1): p. 53-62 <https://idus.us.es/bitstream/handle/11441/32127/Acontecimientos%20vitales%20estresantes%20resiliencia%20y%20ajuste%20adolescente.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
126. Londoño Perez Cea. Condiciones psicométricas de la Escala de Acontecimientos Vitales Estresantes usada en población colombiana. Act.Psi [online]. 2019; 33(126): p. pp.83-96. Available from:. ISSN 2215-3535. <http://dx.doi.org/10.15517/ap.v33i126.30158>.
127. Alejo E, Rueda GOMOJc. Estudio epidemiológico del trastorno por estrés postraumático en población desplazada por la violencia política en Colombia. Univ. Psychol. Bogotá (Colombia). 2007; 6(3): p. 623-635 <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v6n3/v6n3a14.pdf>.
128. Londoño N, Henao López G, Puerta I, Posada S, Arango D, Aguirre Acevedo D. Propiedades psicométricas y validación de la escala de estrategias de coping modificada (EEC-M) en una muestra colombiana. Universitas Psychologica. 2006; 5(2): p. 327-349 <https://www.redalyc.org/pdf/647/64750210.pdf>.
129. Albarracín Rodríguez A, Rey Hernández L, Jaimes Caicedo M. Estrategias de afrontamiento y características sociodemográficas en padres de hijos con trastornos del espectro autista. Revista Virtual Universidad Católica del Norte. 2014; 42: p. 111-126 <http://revistavirtual.ucn.edu.co/index.php/RevistaUCN/article/view/498/1034>.
130. Posada Villa J, Aguilar Gaxiola S, Magaña C, Gómez L. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados preliminares del Estudio nacional de salud mental.

- Colombia, 2003. rev.colomb.psiquiatr. 2003; 33(3): p. 241-262  
[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-74502004000300002&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502004000300002&lng=en).
131. Caraballo Espitia M, Fernandez Abad D. Factores influyentes en trastornos depresivos en mujeres del barrio Edmundo Lopez de Monteria 2018. 2018;: p. <https://repositorio.unicordoba.edu.co/handle/ucordoba/800>.
132. Organización Mundial de la Salud. Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST). Manual para el uso en la atención primaria. [Online]. Washington: OMS; 2011. Available from: [https://www.who.int/substance\\_abuse/activities/assist\\_screening\\_spanish.pdf](https://www.who.int/substance_abuse/activities/assist_screening_spanish.pdf).
133. Medina AL, al e. Consistencia interna y estructura interna del cuestionario AUDIT en amerindios. Investigaciones Andina. 2014; 16(28): p. 871-880. <https://www.redalyc.org/pdf/2390/239030490002.pdf>.
134. Campo-Arias A, al. e. Confiabilidad y dimensionalidad del audit en estudiantes de medicina. Psicología desde el Caribe. 2013 enero-abril; 30(1): p. 21-35. <https://www.redalyc.org/pdf/213/21328600003.pdf>.
135. Iraurgi Castillo I, González Saiz F, Lozano Rojas Ó, Landabaso Vázquez M. Estimación de un punto de corte para la Escala de Severidad de la Dependencia (SDS) para la adicción a opiáceos mediante análisis ROC. Actas Esp Psiquiatr. 2010; 38(5): p. 270-277 <https://actaspsiquiatria.es/repositorio/11/67/ESP/11-67-ESP-269-277-315007.pdf>.
136. González Saiz F, Salvador Carulla L. Estudio de fiabilidad y validez de la versión española de la escala Severity of Dependence Scale (SDS). Adicciones. 1998; 10: p. 223-232 <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4473984>.
137. Cepeda Cuervo E, Pacheco Durán P, García Barco L, Piraquive Peña C. Acoso Escolar a Estudiantes de Educación Básica y Media. Rev. salud pública. 2008; 10(4): p. 517-528 <http://www.ciberinnova.edu.co/vive-sin-miedo/biblioteca/articulos/cepeda.pdf>.
138. Cervantes V, Cepeda E, Corrales M. Acoso en el ambiente escolar: análisis de un cuestionario mediante Teoría de Respuesta al Ítem y Análisis de Correspondencias Múltiples. Universitas Psychologica. 2014; 13(2): p. 443-456 [http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657-92672014000200004&script=sci\\_abstract&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657-92672014000200004&script=sci_abstract&tlng=es).
139. Zegarra Zamalloa CO, Cuba Fuentes MS. Frecuencia de adicción a internet y desarrollo de habilidades sociales en adolescentes de una localidad urbana de Lima. Medwave. 2017 Ene-Feb; 17(1): p. doi: 10.1186/s12888-020-02870-z.

140. Lam-Figueroa N, H. CP, Mori-Quispe E, Nizama-Valladolid M, Gutiérrez C, Hinostroza-Camposano W, et al. Internet addiction: development and validation of an instrument in adolescent scholars in Lima, Peru. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2011 Jul-Sep; 28(3): p. 462-9 DOI: 10.1590 / S1726-46342011000300009.
141. Ávila Berrio D, Pardo Jaime E, Muñoz Ortega M. Escala de Adicción al Internet de Lima (EAIL): Análisis psicométrico. *Revista Iberoamericana de Psicología*. 2018; 11(3): p. 99-108. <https://repositorio.iberoamericana.edu.co/handle/001/252>.
142. Sánchez D, Castaño G, Sierra G, Moratto N, Salas C, Buitrago C, et al. (2019). Salud mental de adolescentes y jóvenes víctimas de desplazamiento forzado en Colombia. *Rev.CES Psico*. 2019; 12(3): p. 1-19 <http://dx.doi.org/10.21615/cesp.12.3.1>.
143. Hernández Soto P, Villarreal Casatell R. Algunas especificidades en torno a la conducta suicida. *Medisan*. 2015; 19(8): p. 1051-1058 <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v19n8/san14198.pdf>.
144. Aguirre Flórez D, Castaño Castrillón J, Cañón S. Riesgo suicida y factores asociados en adolescentes de tres colegios de la ciudad de Manizales (Colombia), 2013. *Rev. Fac. Med*. 2014; 63(3): p. 419-429 DOI: <https://doi.org/10.15446/revfacmed.v63n3.44205>.
145. Legido Gil T. Clasificación de la conducta suicida utilizando cuestionarios psicométricos. Tesis Doctoral. Universidad de Alcalá, Facultad de Medicina- Departamento de especialidades médicas; 2012.
146. Gómez Tabares A, Núñez C, Caballo V, al e. Predictores psicológicos del riesgo suicida en estudiantes universitarios. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*. 2019; 27(3): p. 391-413 [www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2019/12/03.Gomez-27-3oa-1.pdf](http://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2019/12/03.Gomez-27-3oa-1.pdf).
147. Perez Amezcuca Bea. Prevalencia y factores asociados a la ideación e intento suicida en adolescentes de educación media superior de la República Mexicana. *Salud pública México*. 2010 Jul-Ago; 52(4): p. 324-333 [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342010000400008](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342010000400008).
148. Bachmann S. Epidemiology of Suicide and the Psychiatric Perspective. *International Journal Environ*. 2018; 15(1425): p. Doi <http://10.3390/ijerph15071425>.
149. Buitrago L, Barrera Á, Rodríguez A, Vega L. Análisis de la producción científica publicada entre 2008 y 2013 sobre suicidio en niños, niñas y adolescentes mediante un estudio bibliométrico. *Rev del Hosp Psiquiátrico La Habana [Internet]*. 2015; 12(2): p. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=64394>.

## ANEXO A

MEDIA, DESVIACIÓN Y PERCENTILES DE LA ESCALA DE ESTRATEGIAS DE COPING – MODIFICADA EEC-M EN UNA MUESTRA COLOMBIANA												
	SP	BAS	ESP	REL	EE	BAP	RA	EC	RP	EDA	NEG	AUT
Media	33,5	23,2	22,5	20,7	25	11	12,7	15,9	18,4	14,8	8,8	6,8
Desv. típ.	8,4	8,2	7,5	9	7,6	5,6	5,1	4,9	5,4	4,8	3,3	2,8
Percentiles												
1	14	7	9	7	9	5	5	5	6	5	3	2
2	17	7	9	7	11	5	5	6	7	6	3	2
3	18	8	10	7	11	5	5	7	8	6	3	2
4	19	9	10	7	13	5	5	8	9	6	3	2
5	20	9	11	7	14	5	5	8	10	7	4	2
10	23	13	13	8	16	5	6	10	11	8	4	3
15	25	14	15	10	17	5	7	11	13	9	5	4
20	26	16	16	12	19	5	8	12	14	10	6	4
25	28	18	17	14	19	6	9	13	15	11	6	5
30	29	19	18	15	20	6	10	13	15	12	7	5
35	30	20	19	16	22	7	10	14	16	13	7	6
40	31	21	20	18	22	8	11	15	17	14	8	6
45	32	22	21	19	23	9	11	15	18	14	8	6
50	33	22	22	21	24	10	12	15	18	15	8	7
55	34	24	23	22	25	10	13	16	19	16	9	7
60	35	25	24	22	26	11	14	17	20	16	9	8
65	37	26	25	24	27	12	14	17	21	17	10	8
70	38	27	26	25	29	13	15	18	22	18	10	8
75	39	29	27	27	30	15	16	19	22	19	11	9
80	41	31	28	29	31	15	17	20	23	19	11	9
85	43	33	30	31	33	17	18	21	24	20	12	10
90	45	35	32	34	35	19	19	23	25	21	13	10
95	48	37	35	37	39	22	22	25	27,3	22	15	12
96	49	38	37	38	40	23	23	25	28	22	15	12
97	49	40	38	39	41	25	24	26	29	23	15	12
98	51	41	39	40	41	25	26	28	29	23	16	12
99	52	42	42	41	44	26	27	30	29	24	17	12

SP: Solución de Problemas; BAS: Búsqueda de Apoyo Social; ESP: Espera; REL: Religión; EE: Evitación Emocional; BAP: Búsqueda de Apoyo Profesional; RA: Reacción Agresiva; EC: Evitación Cognitiva; RP: Reevaluación Positiva;

## ANEXO B

Psicóloga Anabella Ursul, Psicólogo Gonzalo Galván, Psicólogo Manuel Guerrero Martelo Tesis: "Conducta Suicida y factores de riesgo en estudiantes de 15 A 17 años de colegios públicos de Montería" Email: <a href="mailto:Anabella-u@hotmail.com">Anabella-u@hotmail.com</a>		N° Alumno: <b>10000000</b> N° Centro: .....
<b>FACTORES PREDICTORES DE RIESGO SUICIDA</b>		
Datos sociodemográficos		
0. Colegio al que asistes: _____ 1. Edad: _____	2. Sexo 1. Varón 2. Mujer	3-Curso al que asistes: _____ 7. Tu país de origen es: 1. Colombia 2. Otro _____ (especifique)
4. Vives con: 1- Ambos padres 2- Solo uno de los padres 3- Abuelos 4- Tíos 5- Solo 6- Otros	5. Hermanos: 1-Si 2- No Cuantos: _____	6. Estrato económico: 1- 2- 3- 4- 5- 6-
8. ¿Has repetido algún curso?: 1- Si 2- No Cuantos: _____	9. Ciudad donde vives: _____ 10- ¿Desde qué edad asistes a éste colegio?: _____	10- ¿Cuántas veces por semana practicas deporte? 0-1-2-3-4-5-6-7 (veces por semana)
11- Tu o tu familia ¿han sido víctimas de desplazamiento forzado? 1- Si 2- No	12- Que tu conozcas ¿Alguien en tu familia ha estado o se encuentra actualmente en tratamiento psicológico o psiquiátrico? 1- Si 2- No Si es positivo, di quien: _____	13- Alguien en tu familia ha intentado o logró quitarse la vida 1- Si 2- No Si contestas Si, indica quien _____
14- Tomas algún tipo de medicamento de manera frecuente para alguna enfermedad 1- Si 2- No Si tomas algún medicamento de manera frecuente indica cual: _____	15- ¿Acudes actualmente a consulta con un psicólogo o un psiquiatra? 1- Si 2- No	16- ¿Has considerado en los últimos 12 meses acudir a un psicólogo o psiquiatra? 1- Si 2- No

## ESCALA DE RIESGO SUICIDA DE PLUTCHIK

**Instrucciones:** Las siguientes preguntas tratan sobre cosas que usted ha sentido o hecho. Por favor conteste cada pregunta simplemente con un sí o no.

1. ¿Toma de forma habitual algún medicamento como aspirina o pastillas para dormir?	SI	NO
2. ¿Tiene dificultades para conciliar el sueño?	SI	NO
3. ¿A veces nota que podría perder el control sobre sí mismo/a?	SI	NO
4. ¿Tiene poco interés en relacionarse con la gente?	SI	NO
5. ¿Ve su futuro con más pesimismo que optimismo?	SI	NO
6. ¿Se ha sentido alguna vez inútil o inservible?	SI	NO
7. ¿Ve su futuro sin ninguna esperanza?	SI	NO
8. ¿Se ha sentido alguna vez tan fracasado/a que sólo quería meterse en la cama y abandonarlo todo?	SI	NO
9. ¿Está deprimido/a ahora?	SI	NO
10. ¿Está usted separado/a, divorciado/a o viudo/a?	SI	NO
11. ¿Sabe si alguien de su familia ha intentado suicidarse alguna vez?	SI	NO
12. ¿Alguna vez se ha sentido tan enfadado/a que habría sido capaz de matar a alguien?	SI	NO
13. ¿Ha pensado alguna vez en suicidarse?	SI	NO
14. ¿Le ha comentado a alguien, en alguna ocasión, que quería suicidarse?	SI	NO
15. ¿Ha intentado alguna vez quitarse la vida?	SI	NO

## APGAR FAMILIAR

**Instrucciones:** Las preguntas son de gran ayuda para entender mejor su salud integral. Familia, se define como el o los individuos con quienes usted usualmente vive. Si usted vive solo, su "familia" consiste en la(s) persona(s) con quien(s) usted tiene ahora el lazo emocional más fuerte. Para cada pregunta marcar con una X que parezca aplicar a usted

	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad					
Me satisface la forma como mi familia habla de las cosas y comparte los problemas conmigo					
Me satisface como mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades					
Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones como rabia, tristeza, amor					
Me satisface como compartimos en mi familia:					
a) el tiempo para estar juntos;					
b) los espacios en la casa;					
c) el dinero					
Estoy satisfecho con el soporte que recibo de mis amigos(as)					
Tiene usted algún(a) amigo(a) cercano(a) a quien pueda buscar cuando necesita ayuda?					

## ESCALA DE TRAUMA DE DAVIDSON: DTS

¿Has tenido alguna experiencia, has sido testigo o tuviste que enfrentarte a un acontecimiento extremadamente estresante que implicara una amenaza o muerte real o daño serio, o una amenaza para tu integridad física, mental o sexual?

A continuación se detallan algunos sucesos negativos o potencialmente problemáticos que podrían resultar estresantes, se identifica con alguno?, Marque si la respuesta es SI o NO, e indique con una cruz el suceso relacionado.

1- SI

2- NO

1. Cambio de compañeros	11. Mudanza	21. Conflictos amigos
2. Muerte de familiar	12. Engaño amigo	22. Discapacidad mental familiar
3. Repetición curso	13. Nacimiento hermano	23. Llegada familiar
4. Cambio de centro	14. Adición familiar/amigo	24. Enfermedad
5. Bronca/Ruptura amigo	15. Problemas colegio	25. Engaño pareja
6. Conflictos con iguales	16. Problemas económicos	26. Nueva pareja padres
7. Problemas compañeros	17. Marcha de familiar	27. Desinterés padres estudios
8. Bronca entre padres	18. Divorcio padres	28. Acoso/Abuso sexual
9. Ruptura pareja	19. Problemas adicción	29. Embarazo propio/pareja
10. Enfermedad/Accidente familiar	20. Conflicto padres por vocación	30. Otros

Si contestaste SI, lee las siguientes instrucciones y completa el siguiente cuestionario.

**Instrucciones:** Cada una de las siguientes preguntas se trata de un síntoma específico. Para cada pregunta tenga en cuenta, cuántas veces le ha molestado el síntoma (Frecuencia) y con cuánta intensidad (Gravedad), durante la *última semana*, teniendo en cuenta los siguientes criterios

### Frecuencia

0 = nunca

1 = a veces

2 = 2-3 veces

3 = 4-6 veces

4 = a diario

### Gravedad

0 = nada

1 = leve

2 = moderada

3 = marcada

4 = extrema

	Frecuencia	Gravedad
1. He tenido alguna vez imágenes, recuerdos o pensamientos dolorosos del acontecimiento		
2. He tenido alguna vez pesadillas sobre el acontecimiento.		
3. He sentido que el acontecimiento estaba ocurriendo de nuevo, como si lo estuviera reviviendo.		
4. Hay cosas que me lo han hecho recordar.		
5. He tenido sensaciones físicas por recuerdos del acontecimiento (Como transpiración, temblores, palpitaciones, mareos, náuseas o diarrea)		
6. He estado evitando pensamientos o sentimientos sobre el acontecimiento.		

	Frecuencia	Gravedad
7. He estado evitando hacer cosas o estar en situaciones que me recordaran el acontecimiento.		
8. He sido incapaz de recordar partes importantes del acontecimiento.		
9. He tenido dificultades para disfrutar de las cosas.		
10. Me he sentido distante o alejado de la gente		
11. He sido incapaz de tener sentimientos de tristeza o de afecto.		
12. He tenido dificultad para imaginar una vida larga y cumplir mis objetivos.		
13. He tenido dificultad para iniciar o mantener el sueño.		
14. He estado irritable o he tenido accesos de ira.		
15. He tenido dificultades para concentrarme.		
16. Me he sentido nervioso, fácilmente distraído, o como "en guardia".		
17. He estado nervioso o me he asustado fácilmente.		

#### ESCALA DE ESTRATEGIAS DE COPING – MODIFICADA (EEC-M)

**Instrucciones:** A continuación, se plantean diferentes formas que emplean las personas para afrontar los problemas o situaciones estresantes que se les presentan en la vida. Las formas de afrontamiento aquí descritas no son ni buenas ni malas, ni mejores o peores. Simplemente ciertas personas utilizan unas formas más que otras, dependiendo de la situación problema. Trate de recordar las diferentes situaciones o problemas más estresantes vividos durante los últimos años, y responda señalando con una X en la columna que mejor indique qué tan habitual ha sido esta forma de comportamiento ante las situaciones estresantes.

	Nunca	Casi nunca	A veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre
1. Trato de comportarme como si nada hubiera pasado						
2. Me alejo del problema temporalmente (Tomando unas vacaciones, descansando, etc.)						
3. Procuero no pensar en el problema						
4. Descargo mi mal humor con los demás						
5. Intento ver los aspectos positivos del problema						
6. Le cuento a familiares o amigos como me siento						
7. Procuero conocer mejor el problema con la ayuda de un profesional						
8. Asisto a la iglesia						
9. Espero que la solución llegue sola						
10. Trato de solucionar el problema siguiendo unos pasos concretos bien pensados						
11. Procuero guardar para mí los sentimientos						
12. Me comporto de forma hostil con los demás						
13. Intento sacar algo positivo del problema						
14. Pido consejo u orientación a algún pariente o amigo para poder afrontar mejor el problema						

	Nunca	Casi nunca	A veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre
15. Busco ayuda profesional para que me guen y orienten						
16. Tengo fe en que puede ocurrir algún milagro						
17. Espero el momento oportuno para resolver el problema						
18. Pienso que con el paso del tiempo el problema se soluciona						
19. Establezco un plan de actuación y procuro llevarlo a cabo						
20. Procuro que los otros no se den cuenta de lo que siento						
21. Evado las conversaciones o temas que tiene que ver con el problema						
22. Expreso mi rabia sin calcular las consecuencias						
23. Pido a parientes o amigos que me ayuden a pensar acerca del problema						
24. Procuro hablar con personas responsables para encontrar una solución al problema						
25. Tengo fe en que Dios remedie la situación						
26. Pienso que hay un momento oportuno para analizar la situación						
27. No hago nada porque el tiempo todo lo dice						
28. Hago frente al problema poniendo en marcha varias soluciones						
29. Dejo que las cosas sigan su curso						
30. Trato de ocultar mi malestar						
31. Salgo al cine, a dar una vuelta, etc., para olvidarme del problema						
32. Evito pensar en el problema						
33. Me dejo llevar por mi mal humor						
34. Hablo con amigos o familiares para que me animen o tranquilicen cuando me encuentro mal						
35. Busco la ayuda de algún profesional para reducir mi ansiedad o malestar						
36. Rezo						
37. Hasta que no tenga claridad frente a la situación, no puedo darle la mejor solución a los problemas						
38. Pienso que lo mejor es esperar a ver qué puede pasar						
39. Pienso detenidamente los pasos a seguir para enfrentarme al problema						
40. Me resigno y dejo que las cosas pasen						
41. Inhibo mis propias emociones						
42. Busco actividades que me distraigan						
43. Niego que tengo problemas						

	Nunca	Casi nunca	A veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre
44. Me salgo de casillas						
45. Por más que quiera no soy capaz de expresar abiertamente lo que siento						
46. A pesar de la magnitud de la situación tiendo a sacar algo positivo						
47. Pido a algún amigo o familiar que me indique cual sería el mejor camino a seguir						
48. Pido ayuda a algún médico o psicólogo para aliviar mi tensión						
49. Acudo a la iglesia para poner velas o rezar						
50. Considero que las cosas por sí solas se solucionan						
51. Analizo lo positivo y negativo de las diferentes alternativas						
52. Me es difícil relajarme						
53. Hago todo lo posible para ocultar mis sentimientos a los otros						
54. Me ocupo de muchas actividades para no pensar en el problema						
55. Así lo quiera, no soy capaz de llorar						
56. Tengo muy presente el dicho "Al mal tiempo buena cara"						
57. Procuro que algún familiar o amigo me escuche cuando necesito manifestar mis sentimientos						
58. Intento conseguir más información sobre el problema acudiendo a profesionales						
59. Dejo todo en mano de Dios						
60. Espero que las cosas se vayan dando						
61. Me es difícil pensar en posibles soluciones a mis problemas						
62. Trato de evitar mis emociones						
63. Dejo a un lado los problemas y pienso en otras cosas						
64. Trato de identificar las ventajas del problema						
65. Considero que mis problemas los puedo solucionar sin la ayuda de los demás						
66. Pienso que no necesito la ayuda de nadie y menos de un profesional						
67. Busco tranquilizarme a través de la oración						
68. Frente a un problema, espero conocer bien la situación antes de actuar						
69. Dejo que pase el tiempo						

## SRQ (Self Reporting Questionnaire)

**Instrucciones:** El presente cuestionario contiene una serie de preguntas respecto a ciertos síntomas o molestias que puede tener o haber sufrido **los últimos 30 días**. Marque con una X su respuesta.

	SI	NO
1. ¿Tiene frecuentes dolores de cabeza?		
2. ¿Tiene mal apetito?		
3. ¿Duerme mal?		
4. ¿Se asusta con facilidad?		
5. ¿Sufre de temblor de manos?		
6. ¿Se siente nervioso, tenso o aburrido?		
7. ¿Sufre de mala digestión?		
8. ¿No puede pensar con claridad?		
9. ¿Se siente triste?		
10. ¿Llora usted con mucha frecuencia?		
11. ¿Tiene dificultad en disfrutar sus actividades diarias?		
12. ¿Tiene dificultad para tomar decisiones?		
13. ¿Tiene dificultad en hacer su trabajo? (¿Sufre usted con su trabajo?)		
14. ¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida?		
15. ¿Ha perdido interés en las cosas?		
16. ¿Siente que usted es una persona inútil?		
17. ¿Ha tenido la idea de acabar con su vida?		
18. ¿Se siente cansado todo el tiempo?		
19. ¿Tiene sensaciones desagradables en su estómago?		
20. ¿Se cansa con facilidad?		
21. ¿Siente usted que alguien ha tratado de herirlo en alguna forma?		
22. ¿Es usted una persona mucho más importante de lo que piensan los demás?		
23. ¿Ha notado interferencias o algo raro en su pensamiento?		
24. ¿Oye voces sin saber de dónde vienen o que otras personas no pueden oír?		
25. ¿Ha tenido convulsiones, ataques o caídas al suelo, con movimientos de brazos y piernas; con mordedura de la lengua o pérdida del conocimiento?		
26. ¿Alguna vez le ha parecido a su familia, sus amigos, su médico o a su sacerdote que usted estaba bebiendo demasiado licor?		
27. ¿Alguna vez ha querido dejar de beber, pero no ha podido?		
28. ¿Ha tenido alguna vez dificultades en el trabajo (o estudio) a causa de la bebida, como beber en el trabajo o en el colegio, o faltar a ellos?		
29. ¿Ha estado en riñas o lo han detenido estando borracho?		
30. ¿Le ha parecido alguna vez que usted bebía demasiado?		

**AUDIT:** Conteste las siguientes preguntas sobre su consumo de bebidas alcohólicas durante el último año. Debido a que el consumo de alcohol puede afectar a muchos aspectos de su salud (y puede interferir con ciertos medicamentos), es importante que sepamos cuánto bebe habitualmente y si ha experimentado algún problema con su consumo. Por favor, trate de ser tan honesto y preciso como pueda.

<p><b>1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?</b></p> <p>(0) Nunca (Pase a las preguntas 9-10)</p> <p>(1) 1 o menos veces al mes</p> <p>(2) De 2 a 4 veces al mes</p> <p>(3) De 2 a 3 veces a la semana</p> <p>(4) 4 o más veces a la semana</p>	<input type="text"/>
---	----------------------

<p><b>2. ¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal?</b></p> <p>(0) 1 o 2  (1) 3 o 4  (2) 5 o 6  (3) 7 a 9  (4) 10 o más</p>	<input type="text"/>
<p><b>3. ¿ Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en un solo día?</b></p> <p>(0) Nunca  (1) Menos de 1 vez al mes  (2) Mensualmente  (3) Semanalmente  (4) A diario o casi a diario</p>	<input type="text"/>
<p><b>4. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber una vez había empezado?</b></p> <p>(0) Nunca  (1) Menos de 1 vez al mes  (2) Mensualmente  (3) Semanalmente  (4) A diario o casi a diario</p>	<input type="text"/>
<p><b>5. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido?</b></p> <p>(0) Nunca  (1) Menos de 1 vez al mes  (2) Mensualmente  (3) Semanalmente  (4) A diario o casi a diario</p>	<input type="text"/>
<p><b>6. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior?*</b></p> <p>(0) Nunca  (1) Menos de una vez al mes  (2) Mensualmente  (3) Semanalmente  (4) A diario o casi a diario</p>	<input type="text"/>
<p><b>7. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?</b></p> <p>(0) Nunca  (1) Menos de 1 vez al mes  (2) Mensualmente  (3) Semanalmente  (4) A diario o casi a diario</p>	<input type="text"/>
<p><b>8. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?</b></p> <p>(0) Nunca  (1) Menos de 1 vez al mes  (2) Mensualmente  (3) Semanalmente  (4) A diario o casi a diario</p>	<input type="text"/>
<p><b>9. ¿Usted o alguna otra persona ha resultado herido porque usted había bebido?</b></p> <p>(0) No  (2) Sí, pero no en el curso del último año  (4) Sí, el último año</p>	<input type="text"/>

**10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario ha mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le han sugerido que deje de beber?**

- (0) No  
 (2) Sí, pero no en el curso del último año  
 (4) Sí, el último año

### SDS Escala de severidad de la Dependencia

Durante los últimos 12 meses, con qué frecuencia consumió **Alcohol**, (Marque con una cruz)

	Nunca/ Casi nunca	Algunas veces	A menudo	Siempre / Casi siempre
1. ¿Has pensado que no podías controlar tu consumo de Alcohol?				
2. ¿Te ha preocupado o puesto nervioso/a la posibilidad de que te pudiera faltar Alcohol?				
3. ¿Te has sentido preocupado/a por tu consumo de Alcohol?				
4. ¿Has deseado poder dejar de consumir Alcohol?				
En ese mismo período...				
	Nada difícil	Bastante difícil	Muy difícil	Imposible
5. ¿Hasta qué punto te ha sido difícil dejar o estar sin consumir Alcohol?				

Durante los últimos 12 meses, con qué frecuencia consumió **Marihuana** (Marque con una cruz)

	Nunca/ Casi nunca	Algunas veces	A menudo	Siempre / Casi siempre
1. ¿Has pensado que no podías controlar tu consumo de marihuana?				
2. ¿Te ha preocupado o puesto nervioso/a la posibilidad de que te pudiera faltar marihuana?				
3. ¿Te has sentido preocupado/a por tu consumo de marihuana?				
4. ¿Has deseado poder dejar de consumir marihuana?				
En ese mismo período...				
	Nada difícil	Bastante difícil	Muy difícil	Imposible
5. ¿Hasta qué punto te ha sido difícil dejar o estar sin consumir marihuana?				

Durante los últimos 12 meses, con qué frecuencia consumió **Cocaína**(Marque con una cruz)

	Nunca/ Casi nunca	Algunas veces	A menudo	Siempre / Casi siempre
1. ¿Has pensado que no podías controlar tu consumo de Cocaína?				
2. ¿Te ha preocupado o puesto nervioso/a la posibilidad de que te pudiera faltar Cocaína?				
3. ¿Te has sentido preocupado/a por tu consumo de Cocaína?				
4. ¿Has deseado poder dejar de consumir Cocaína?				

En ese mismo período...

	Nada difícil	Bastante difícil	Muy difícil	Imposible
5. ¿Hasta qué punto te ha sido difícil dejar o estar sin consumir Cocaína?				

Durante los últimos 12 meses, con qué frecuencia consumió **tranquilizantes** (Marque con una cruz)

	Nunca/ Casi nunca	Algunas veces	A menudo	Siempre / Casi siempre
1. ¿Has pensado que no podías controlar tu consumo de Tranquilizantes?				
2. ¿Te ha preocupado o puesto nervioso/a la posibilidad de que te pudiera faltar Tranquilizantes?				
3. ¿Te has sentido preocupado/a por tu consumo de Tranquilizantes?				
4. ¿Has deseado poder dejar de consumir Tranquilizantes?				

En ese mismo período...

	Nada difícil	Bastante difícil	Muy difícil	Imposible
5. ¿Hasta qué punto te ha sido difícil dejar o estar sin consumir Tranquilizantes?				

Durante los últimos 12 meses, con qué frecuencia consumió otras sustancias. Cual?..... (Marque con una cruz)

	Nunca/ Casi nunca	Algunas veces	A menudo	Siempre / Casi siempre
1. ¿Has pensado que no podías controlar tu consumo de .....				
2. ¿Te ha preocupado o puesto nervioso/a la posibilidad de que te pudiera faltar .....				
3. ¿Te has sentido preocupado/a por tu consumo de .....				
4. ¿Has deseado poder dejar de consumir .....				

En ese mismo período...

	Nada difícil	Bastante difícil	Muy difícil	Imposible
5. ¿Hasta qué punto te ha sido difícil dejar o estar sin consumir .....				

**Cuestionario de acoso escolar:** Indica, por favor, con qué frecuencia suceden las siguientes afirmaciones

	Nunca	A veces	Con Frecuencia
1 Me obligan a hacer cosas que no quiero			
2 Me obligan a hacer cosas que ponen en peligro mi salud a propósito			
3 Le prohíben a otros hablar conmigo			

		Nunca	A veces	Con Frecuencia
4	No hablan conmigo			
5	Menosprecian mi trabajo, no importa lo que haga o diga			
6	Hacen críticas y reproches por cualquier cosa que haga o decisión que tome			
7	Me humillan y desprecian en público			
8	No cuentan conmigo para realizar actividades de la clase			
9	Cambian mal intencionalmente lo que digo o hago			
10	Me culpan de todo lo malo que pasa			
11	Hacen burlas o bromas de mi			
12	Me amenazan de manera verbal o mediante gestos			
13	Me ignoran o excluyen			
14	Me interrumpen continuamente impidiendo expresarme			
15	Impiden comunicarme			
16	Hacen bromas crueles acerca de mi aspecto físico			
17	Me lanzan objetos			
18	Esconden mis objetos personales			
19	Dañan mis objetos personales			
20	Me quitan las meriendas / refrigerios			
21	Me inducen a actuar violentamente			
22	Me dicen apodosos que no me gustan			

**El cyberbullying** es un tipo de molestia o acoso en que se utilizan medios tecnológicos (celular o internet) para realizar agresiones entre escolares que ocurren de manera **intencional y de forma repetida en el tiempo**.

- Por vía telefónica:
  - 1) Llamadas telefónicas: Hacer o recibir llamadas desagradables, repugnantes o amenazantes
  - 2) Fotos o videos: Recibir o enviar fotos y/o videos desagradables o incómodos sobre ti u otras personas.
  - 3) Mensajes de texto: Recibir o enviar mensajes de texto (SMS) con contenido ofensivo o desagradable
- A través de internet
  - 1) E-mails en los que se meten contigo, te acosan, con contenido desagradables o incómodos.
  - 2) Salas de chat
  - 3) Mensajes inmediatos: abusivos, desagradables o amenazantes a través de Whatsapp, messenger de facebook, hangout, etc.
  - 4) Páginas web: insultos, burlas, videos o fotos desagradables
  - 5) Facebook o twitter: insultos, burlas, videos o fotos desagradables

**1. ¿En el último mes has sido víctima de alguna situación de cyberbullying?**

- Nunca  
 1 Vez  
 Entre 2 y 4 veces  
 5 o más veces

<p><b>2. ¿Cuánto tiempo te vienen haciendo o han hecho ciberbullying?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Una semana o menos</p> <p><input type="checkbox"/> Duro dos o tres semanas</p> <p><input type="checkbox"/> Duro más de un mes</p> <p><input type="checkbox"/> Duro varios meses (menos de un año)</p> <p><input type="checkbox"/> Duro más de un año</p>
<p><b>3. ¿En el último mes le has hecho cyberbullying a alguien?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Nunca</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Vez</p> <p><input type="checkbox"/> Entre 2 y 4 veces</p> <p><input type="checkbox"/> 5 o más veces</p>
<p><b>4. ¿Cuánto tiempo vienes haciendo o has hecho ciberbullying?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Una semana o menos</p> <p><input type="checkbox"/> Duro dos o tres semanas</p> <p><input type="checkbox"/> Duro más de un mes</p> <p><input type="checkbox"/> Duro varios meses (menos de un año)</p> <p><input type="checkbox"/> Duro más de un año</p>
<p><b>5. ¿Cómo te sientes cuando otra persona te hace bullying? (puedes marcar más de una opción)</b></p> <p><input type="checkbox"/> Me siento mal</p> <p><input type="checkbox"/> Me siento triste</p> <p><input type="checkbox"/> Me siento indefenso, nadie puede ayudarme</p> <p><input type="checkbox"/> Me siento solo, aislado</p> <p><input type="checkbox"/> Me siento enfadado</p> <p><input type="checkbox"/> No me afecta, no siento nada</p> <p><input type="checkbox"/> Me preocupa lo que los demás puedan pensar o hablar de mi</p> <p><input type="checkbox"/> Otro (especifica) .....</p>
<p><b>6. ¿Qué has hecho normalmente cuando te han hecho ciberbullying? (Puedes marcar más de una opción)</b></p> <p><input type="checkbox"/> Me he puesto a llorar</p> <p><input type="checkbox"/> He apagado el celular</p> <p><input type="checkbox"/> He ignorado lo que estaba pasando</p> <p><input type="checkbox"/> Le he dicho que pare por mismo medio</p> <p><input type="checkbox"/> Se lo he dicho a mis amigos</p> <p><input type="checkbox"/> Se lo he dicho a mis padres</p> <p><input type="checkbox"/> Se lo he dicho a mi tutor u otro profesor</p> <p><input type="checkbox"/> He intentado hacerles lo que ellos a mi</p>
<p><b>7. Piensas que el cyberbullying, comparado con el "bullying tradicional" (meterse con alguien sin utilizar Internet)...</b></p> <p><input type="checkbox"/> Tiene menos efecto sobre la víctima</p> <p><input type="checkbox"/> Tiene el mismo efecto sobre la víctima</p> <p><input type="checkbox"/> Tiene mas efecto sobre la víctima</p> <p><input type="checkbox"/> No lo se</p>

**Indica, por favor, con qué frecuencia suceden las siguientes afirmaciones**

Afirmaciones	Muy rara vez	Rara vez	A menudo	Siempre
1- Cuando no estoy conectado, imagino cómo será la próxima vez cuando estaré conectado a internet				
2- Me siento preocupado o sueño con conectarme a internet cuando no lo estoy				
3- Luego de haberme desconectado, sigo aún queriendo estar en internet				
4- Me siento deprimido, malhumorado y/o nervioso cuando no estoy conectado y se me pasa cuando vuelvo a conectarme				
5- Dedico más tiempo al internet del que pretendía				
6- Digo a menudo "solo unos minutos más" cuando estoy conectado				
7- He intentado estar menos tiempo conectado pero no lo he logrado				
8- Cuando siento el impulso de conectarme a internet no lo puedo controlar				
9- He llegado a perder clases por estar en internet				
10- He tenido problemas en el colegio por estar en internet				
11- Descuido las tareas domésticas por estar en internet				

¿Cuanto tiempo pasas en internet cada día (no incluyas el tiempo en que usas internet para tareas académicas)

Horas	Minutos

Después de haber participado y haber contestado estas preguntas ¿crees que te gustaría recibir atención por parte de un psicólogo/a para hablar acerca de problemas o situaciones por las cuales estás atravesando o por las cuales atravesaste?

- 1- Sí, me gustaría mucho
- 2- Sí, pero no sé cómo hacer
- 3- Me pasan cosas, pero creo que las puedo solucionar
- 4- No creo necesario hablar con nadie al respecto

## ANEXO C



CIRCULAR N° 023 DE 2019

**DE:** Secretaría de Educación Municipal  
**FECHA:** Montería, 19 febrero de 2019  
**ASUNTO:** ESTUDIO SOBRE FACTORES DE RIESGO EN SUICIDIO EN JÓVENES ADOLESCENTES MONTERIANOS.  
**PARA:** Establecimientos Educativos Oficiales.  
INSTITUCIÓN EDUCATIVA SAN JOSE  
INSTITUCIÓN EDUCATIVA EL DORADO  
INSTITUCIÓN EDUCATIVA ANTONIO NARIÑO  
INSTITUCIÓN EDUCATIVA CRISTOBAL COLÓN  
INSTITUCIÓN EDUCATIVA JOSE MARÍA CORDOBA  
INSTITUCIÓN EDUCATIVA JUAN XXIII  
INSTITUCIÓN EDUCATIVA LA INMACULADA  
INSTITUCIÓN EDUCATIVA LA PRADERA  
INSTITUCIÓN EDUCATIVA LA VICTORIA  
INSTITUCIÓN EDUCATIVA LICEO GUILLERMO VALENCIA  
INSTITUCIÓN EDUCATIVA LOS GARZONES  
INSTITUCIÓN EDUCATIVA MOGAMBO  
INSTITUCIÓN EDUCATIVA NORMAL SUPERIOR

**Cordial saludo:**

El comité de acreditación y currículo de Post grados de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Cooperativa de Colombia, ha avalado la fase de ejecución del trabajo de grado de la estudiante de cuarto semestre de Maestría en Salud pública ANABELLA URSUL, cuyo tema de investigación es "Conducta Suicida y factores de riesgo en estudiantes de 15 a 17 años de colegios de públicos de Montería", y cuyo objetivo principal se centra en discriminar los factores determinantes del riesgo suicida en dicha población. Con la autorización del director de trabajo de grado y con la disposición de los avances del Comité de ética de la investigación, y del Comité de investigación de la facultad de Ciencias de la salud se ha autorizado al maestrante ANABELLA URSUL (CÉ 669428) para proceder a la fase de muestreo.

La Secretaría de Educación Municipal desde la Oficina de Calidad Educativa apaluda estas iniciativas que aportan a la oportuna atención de nuestros jóvenes estudiantes en situaciones que afectan su salud mental y que a su vez permiten plantear acciones precisas para activar la Ruta de Atención para los mismos.

El total de las personas que trabajarán en la fase de campo son, dos psicólogos y 38 alumnos avanzados de la carrera de psicología de la Universidad de Cooperativa de Colombia (adjunto encontrará los nombres e identificaciones de los alumnos). Los datos de los psicólogos y alumnos se adjuntan en la hoja anexa. Dejamos claridad acerca de que a cada visita de campo solo asistirán ambos psicólogos y 4 alumnos (qui irán rotando en las diferentes visitas).

Agradecemos su apoyo al proyecto en mención y la buena disposición para la recolección de la información necesaria.

Para mayor información sobre el proyecto comunicarse con la maestrante Anabella Ursul. Cel.310 437 94 66

Atentamente

  
MARÍA LUCÍA FRANCO ERIBONCHO  
Profesional Especializado Calidad Educativa  
Secretaría de Educación Montería





**ALCALDÍA DE  
Montería**  
SECRETARÍA DE EDUCACIÓN MUNICIPAL  
NIT. 80006734-5



REGISTRO DE ASISTENCIA

Código  
Versión  
Fecha: Agosto 2017

Acción: **Clase de Historia y Geografía del Cauca SEM - CA - INVEST III** Lugar: **306**  
 Sede: **UCC Montería** Fecha: **2017** **09** **22**  
 Responsable del Facilitador: **FRANCISCO JAVIER VÁSQUEZ DE LA HOZ**  
 Coordinador - Programa: **PSICOLOGÍA** Horas: **40:00** **12:00**  
 Tipo de Sesión: **Sesión Presencial - Educación del Curso SEM - CA - INVEST III**

N°	Nombres y Apellidos	N° Cédula	Firma
1	Maria Gabriela Cortés Cortés	1007954111	Maria G.
2	Daniela Julieth Diaz Rojas	1003026514	Daniela Diaz
3	Daniela Juliana Pardo	1003000014	Daniela Pardo
4	Andrés José Cortés Pardo	1001801112	Andrés Cortés
5	Paola Andrea Cortés Pardo	1003249059	Paola Cortés
6	Carolina Aurora Muñoz	10039010328	Carolina M.
7	Jean Adriana Abelaiz Cortés	1009958211	Jean A.
8	Yolanda Juliana Cortés Pardo	10039010392	Yolanda Cortés
9	Yolanda Juliana Cortés Pardo	10039010392	Yolanda Cortés
10	Maria Gabriela Cortés Pardo	1009958007	Maria G.
11	Maria Gabriela Cortés Pardo	1009958007	Maria G.
12	Maria Gabriela Cortés Pardo	1009958007	Maria G.
13	Maria Gabriela Cortés Pardo	1009958007	Maria G.
14	Maria Gabriela Cortés Pardo	1009958007	Maria G.
15	Maria Gabriela Cortés Pardo	1009958007	Maria G.
16	Maria Gabriela Cortés Pardo	1009958007	Maria G.
17	Maria Gabriela Cortés Pardo	1009958007	Maria G.
18	Maria Gabriela Cortés Pardo	1009958007	Maria G.
19	Maria Gabriela Cortés Pardo	1009958007	Maria G.
20	Maria Gabriela Cortés Pardo	1009958007	Maria G.
21	Maria Gabriela Cortés Pardo	1009958007	Maria G.
22	Maria Gabriela Cortés Pardo	1009958007	Maria G.
23	Maria Gabriela Cortés Pardo	1009958007	Maria G.



ALCALDÍA DE  
**Montería**  
SECRETARÍA DE EDUCACIÓN MUNICIPAL  
NIT. 80008734-1

24	...	100492504	...
25	...	100492504	...
26	...	...	...
27	...	...	...
28	...	...	...
29	...	...	...
30	...	...	...
31	...	100452422	...
32	...	100452422	...
33	...	100452422	...
34	...	100492563	...
35	...	100492563	...
36	...	...	...
37	...	...	...
38	...	...	...
39	...	...	...
40	...	...	...
41	...	...	...
42	...	...	...
43	...	...	...
44	...	...	...
45	...	...	...
46	...	...	...
47	...	...	...
48	...	...	...
49	...	...	...
50	...	...	...
51	...	...	...
52	...	...	...
53	...	...	...
54	...	...	...
55	...	...	...
56	...	...	...

## ANEXO D

### DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

**Título del estudio:** Conducta suicida y factores de riesgo en estudiantes de 15 a 17 años de colegios de Montería

#### **Sres. Padres o Tutores**

Invitamos a participar a sus hijos en un estudio de investigación. Antes de decidir, es importante que entienda por qué se está llevando a cabo esta investigación, cómo se va a utilizar su información, lo que va a implicar el estudio. Por favor, tómese el tiempo necesario para leer atentamente la información proporcionada a continuación.

**¿Cuáles son los objetivos de la investigación?** Los objetivos del presente trabajo investigativo, se centran en ofrecer un panorama del comportamiento de la conducta suicida adolescente, a través del conocimiento de los factores determinantes que incrementan el riesgo suicida y cuyo conocimiento permita intervenciones específicas. El mismo será llevado a cabo por la profesional de psicología Anabella Ursul y dirigido por el Dr. en psicología Gonzalo Galván

**Procedimiento:** Se le aplicará a su hijo/a una serie de encuestas, durante una hora en un día normal de clases que dispondrá el colegio. En las encuestas, su hijo/a contestará acerca de cómo se siente en relación a los diferentes factores que determinan un riesgo en la conducta suicida.

**Voluntariedad:** Su colaboración y la de su hijo/a es fundamental para que se tenga un conocimiento mayor de la situación que se vive en la ciudad de Montería respecto de la conducta suicida adolescente, y que permita la elaboración de programas de intervención efectivos. Su participación es totalmente voluntaria y podrá retirar a su hijo/a del estudio en cualquier momento sin necesidad de dar explicaciones.

**¿Cuáles son los posibles beneficios y riesgos al participar?:** Los beneficios serán directos para toda la población estudiantil de acuerdo a qué, en función de los resultados, se podrán idear estrategias de intervención para la mejora de la calidad de vida de los estudiantes adolescentes.

No existen riesgos de participar en este estudio ya que solo consta del llenado de unos formularios.

**¿Cómo se utilizarán los datos personales?:** En ningún caso figurará el nombre, dirección o dato que pueda referirse de manera directa o indirecta a su hijo/a.

Los datos recogidos podrán ser evaluados en el centro del estudio por las autoridades, el Comité de Investigación u otras entidades supervisoras. El propósito de estas evaluaciones es garantizar el desarrollo correcto del estudio y/o la calidad de los datos del mismo.

Es posible que se publiquen los resultados del estudio en la literatura científica, pero la identidad de su hijo/a y/o de la institución no se revelará en ningún caso.

AUTORIZO / NO AUTORIZO a mi Hijo/a \_\_\_\_\_ CC \_\_\_\_\_ a participar del estudio "Conducta suicida y factores de riesgo en estudiantes de 15 a 17 años de colegios de Montería" comprendiendo la naturaleza, objetivos, posibles consecuencias de participar en este estudio a través de las encuesta y así como la manera en que se utilizarán sus datos.

Firma tutor \_\_\_\_\_.

Aclaración \_\_\_\_\_.

Por favor, escribe tu correo electrónico, podríamos necesitar contactarte por algún dato más en el futuro

\_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_.

Muchas gracias!