

**RIESGO SUICIDA EN ADOLESCENTES DE 14 A 16 AÑOS EN UNA INSTITUCIÓN
PÚBLICA DE LA CIUDAD DE VALLEDUPAR**

INVESTIGADORES

KAROL TANGARIFE GALVEZ

DANIELA ROSA MURGAS DURÁN

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANÍSTICAS

PROGRAMA DE PSICOLOGÍA

VALLEDUPAR- CESAR

2019

**RIESGO SUICIDA EN ADOLESCENTES DE 14 A 16 AÑOS EN UNA INSTITUCIÓN
PÚBLICA DE LA CIUDAD DE VALLEDUPAR**

INVESTIGADORES

KAROL TANGARIFE GALVEZ

DANIELA ROSA MURGAS DURAN

ASESORA

GISELLE OLIVELLA LÓPEZ

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANÍSTICAS

PROGRAMA DE PSICOLOGÍA

VALLEDUPAR CESAR

2019

AGRADECIMIENTOS

Principalmente le agradecemos a DIOS, sin su voluntad nada de esto hubiese sido posible.

Aprovechando este espacio en el proyecto, para darnos la oportunidad de dar agradecimiento y reconocimiento a todos aquellos que nos acompañaron a lo largo de este camino e hicieron posible que nuestro sueño se hiciera realidad.

A nuestros Padres, que siempre nos acompañaron a lo largo de nuestra carrera de psicología, ya que fueron nuestra guía, sostén y refugio en nuestra vida.

A mi hija le agradezco por ser mi motivación más grande, por su amor y de mis ganas para buscar lo mejor para ella, aun a tu corta edad me has enseñado a tener paciencia, todos mis esfuerzos son por ti.

A mis abuelos por siempre estar presentes en cada proceso de mi vida, nunca dejarme sola y enseñarme que a pesar de cualquier dificultad siempre se sale adelante con el apoyo familiar.

A nuestra asesora la Psi. Mg. Giselle Olivella López, por permitirnos hacer parte del semillero de investigación de psicología clínica PSICLIN, por su asesoría, su apoyo y su paciencia durante el desarrollo de nuestro proyecto de investigación.

A la Institución Educativa destacamos su flexibilidad siempre dispuestos y atentos a la Investigación.

A nuestros compañeros, que conocimos a lo largo de estos 5 años, compartiendo una misma pasión.

Al programa de Psicología de la Fundación Universitaria del Área Andina y a sus docentes que fueron una guía importante en nuestro proceso de formación.

TABLA DE CONTENIDO

PORTADA

AGRADECIMIENTOS

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN

ABSTRACT

INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO I

1. Planteamiento del problema.....

1.1 Formulación del problema.....

1.2 Justificación.....

1.3 OBJETIVOS.....

1.3.1 Objetivo General.....

1.3.2 Objetivos Específicos.....

CAPÍTULO II

2. MARCO REFERENCIAL.....

2.1 Marco teórico.....

2.1.1 Antecedentes investigativos.....

2.1.1.1 Antecedentes investigativos internacionales.....

2.1.1.2 Antecedentes investigativos nacionales.....

CAPÍTULO III

3. MARCO METODOLÓGICO.....

3.1 Tipo de investigación.....

3.2 Diseño de la investigación.....

3.3 Población.....

3.3.1 Muestra.....

3.3.2 Muestreo.....

3.4 Instrumentos para la recolección de datos.....

3.5 Análisis de la información.....

3.6 Procedimiento.....

3.7 Aspectos éticos.....

CAPÍTULO IV

4. RESULTADOS Y CONCLUSIONES.....

4.1 Análisis de resultados.....

4.2 Conclusiones.....

4.3 Recomendaciones.....

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....

ANEXOS.....

Resumen

En esta investigación se abordó el tema de riesgo suicida en adolescentes de 14-16 años de una institución pública de la ciudad de Valledupar. tomando como muestra 120 adolescentes escolarizados de 14 a 16 años de una Institución Educativa de la Ciudad de Valledupar Cesar.

Como objetivo principal se planteó Analizar el riesgo suicida en adolescentes.

El abordaje fue entregándole a cada estudiante un Inventario sobre Orientaciones Suicidas–ISO-30 y un cuestionario sociodemográfico, ambos auto administrados, reservando anonimato, y realizados de manera voluntaria. En los instrumentos utilizados, se anexó una carta sobre el propósito de la investigación; previamente a la participación de los estudiantes se solicitó la autorización de los padres mediante un consentimiento informado, por tratarse de menores de edad.

Se utilizó una metodología cuantitativa y descriptiva de los datos. Estos datos fueron procesados y analizados mediante el programa estadístico SPSS (Statistical Package of Social Sciences).

Como resultados se obtuvo que, el 64% de la población posee un bajo nivel de riesgo suicida, el 27% posee un nivel moderado de riesgo suicida, y el 9% de la población posee un alto nivel de riesgo suicida. Por lo que, si bien prevalece un bajo nivel de ideación suicida, hay una población significativa a tener en cuenta, ya que muchos adolescentes han contestado positivamente a la presencia de ideas suicidas.

Palabras clave: Riesgo Suicida, Adolescentes, Institución Educativa.

ABSTRACT

This research addressed the issue of suicidal risk in adolescents aged 14-16 years. The sample gathered consisted of 120 school-aged adolescents from 14 to 16 years of age from an educational institution in the city of Valledupar, Cesar, (Colombia).

The main objective was to analyze the suicidal risk in adolescents. It was addressed giving each student an Inventory of Suicide Orientation - ISO-30 and a sociodemographic questionnaire, both files were administered by reserving anonymity and the students completed it voluntarily. A letter with the purpose of the investigation was attached in the instruments used; prior to the student participation, authorization was requested from their parents through an informed consent, as they are minors.

A quantitative and descriptive methodology of the data was used. These data were processed and analyzed through the statistical program SPSS (Statistical Package for the Social Sciences).

As a result, it was found that 64% of the population has a low level of suicide risk, 27% has a moderate level of suicide risk, and 9% of the population has a high level of suicidal risk.

Therefore, although a low level of suicidal ideation prevails, there is a significant population to be taken into account, since many adolescents have answered affirmatively to the presence of suicidal ideas.

Keywords: suicide risk, adolescents, educational institution.

INTRODUCCIÓN

El riesgo suicida en los adolescentes es una realidad que en nuestra sociedad suele callarse y evadirse para no enfrentarse directamente ya que es un tema que impacta y afecta la familia y el entorno social, es de suma importancia tratar de comprender los factores psicosociales que impulsan a los adolescentes para tomar esta decisión.

La presente investigación se realiza con el fin de dar una explicación respecto al riesgo suicida en los adolescentes, el documento anual del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (Forensis) advierte que, durante 2017, aumentó en más de 5 puntos la tasa de suicidios por cada 100 mil habitantes en el país (Brand, 2018).

Los motivos que se encuentran detrás del riesgo suicida pueden ser demasiado compleja esto puede aumentar después de que los adolescentes pasen por un evento estresante, por eso se debe identificar cuáles son los factores que lleva a los adolescentes a tener este tipo de ideas suicidas.

CAPÍTULO 1.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Al adentrarnos en el tema de la conducta suicida, específicamente en los elementos relacionados al riesgo se han encontrado antecedentes de investigaciones que plantean el aumento de los casos en la población adolescente, en nuestra sociedad que demuestran lo fundamental de poder evaluar y detectar estas ideas a tiempo.

Cada suicidio es una tragedia que afecta a familias, comunidades y países y tiene efectos duraderos para los allegados del suicida. El suicidio se puede producir a cualquier edad, y fue la segunda causa principal de defunción en el grupo etario de 15 a 29 años en todo el mundo de acuerdo a lo establecido por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2016).

Según el registro de los boletines estadísticos emitidos por el instituto de medicina legal en el año 2016 la tasa de suicidios entre las edades 10-17 años fue de 1220 casos a nivel nacional y en la ciudad de Valledupar fue de 107 casos. En el año 2017 se presentaron a nivel nacional 1718 casos y en Valledupar 156 casos. En el año 2018 se registraron 1752 casos y en la ciudad de Valledupar se registraron 203 casos dentro de las edades comprendidas. Y a nivel general sin distinción de edades en lo que va del año 2019 a nivel nacional van 55 y en la ciudad de Valledupar van 6 casos entre los meses de enero y febrero (FORENSIS, 2019).

En lo que va del año 2019 y según las cifras de medicina legal en los últimos cuatro años muestra que se ha incrementado del suicidio en los adolescentes; este fenómeno se puede explicar desde la identificación de los factores de riesgo, según la American Academy of Child and Adolescent Psychiatry los adolescentes experimentan fuertes sentimientos de estrés,

confusión, dudas de sí mismos, presión para lograr éxito, incertidumbre financiera y otros miedos mientras van creciendo. Para algunos adolescentes el divorcio, la formación de una nueva familia con padrastros y hermanastros o las mudanzas a otras nuevas comunidades pueden perturbarlos e intensificarles las dudas acerca de sí mismos. Para algunos adolescentes, el suicidio aparenta ser una solución a sus problemas y al estrés según (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2014)

Según el Instituto Nacional de Medicina Legal, el suicidio de niños y adolescentes entre los 15 y 17 años, se da cuenta de 57 hombres y 35 mujeres, entre los meses de Febrero, marzo y junio, con 13 suicidios estos fueron los meses con más aumentó durante el año 2018, de las 156 víctimas registradas en el 2018 los investigadores lograron determinar que las principales causas obedecen al desamor, enfermedades físicas o mentales y problemas escolares son las principales detectadas por los investigadores que tienen a cargo estos casos. (Colprensa, 2018)

Miguel de Zubiría, presidente de la Liga Colombiana Contra el Suicidio, asegura que después de estudiar el tema ha encontrado que "aquellos adolescentes que desde pequeños lo han tenido todo, empiezan con el tiempo a dejar de desear cosas y a entrar en un estado de apatía que los lleva a no valorar su propia vida. A esto se suma el que se hayan vuelto incapaces de tolerar cualquier dificultad, como el perder una materia o terminar con su pareja".

Un estudio realizado por la Liga Colombiana contra el Suicidio, realizado con cinco mil estudiantes, reveló que el 41% ha tenido pensamientos suicidas y el 16% ya lo ha intentado por lo menos una vez. (Zubiria, 2018)

Explica Zubiria que el mecanismo suicida es algo que ocurre una vez sucede el evento o los eventos traumáticos. Es lo que lleva a los adolescentes a la pregunta de si vale la pena seguir con

el juego de la vida, a seguir en este mundo, a pensar que la única manera de resolver los problemas es el suicidio. Luego de esa pregunta vienen una serie de etapas secuenciales muy precisas que llevan al suicidio consumado. La Liga Colombiana contra el Suicidio busca detectar el problema antes de que ese mecanismo se active. También influyen la falta de metas e ilusiones, anhelos; la soledad, que es un factor crucial muy poco investigado, la depresión o la autoevaluación, y la infelicidad. (Zubiria, 2018).

Para El Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia por sus siglas en español UNICEF (2011) menciona que la falta de orientación y de oportunidades se refleja en el alto número de adolescentes que mueren cada año por suicidios, lo cual es un reto para nosotras como estudiantes de psicología entender estos fenómenos con los cuales se hace una relación de lo que está sucediendo actualmente, y analizar cuáles son los factores de riesgo que ha causado este acrecimiento para así poder por medio de este proyecto que se está desarrollando en una institución educativa pública llegar a evitar el aumento de esta problemática como lo es el suicidio en adolescentes. (UNICEF, 2011)

1.1 Formulación del problema

¿Cuál es el riesgo suicida de los adolescentes de 14 a 16 años de una institución Educativa pública de la ciudad de Valledupar?

1.2 JUSTIFICACIÓN

Se sostiene que es fundamental evaluar la prevalencia de riesgo suicida en adolescentes, ya que se considera al suicidio como un continuo, que inicia con una idea, luego pasa por una etapa de intento suicida, y finalmente concluye en el acto suicida propiamente dicho. De esta manera, se cree que la ideación suicida constituye un factor predictor para llegar al suicidio consumado, lo que nos da cuenta la importancia de estas ideas, y lo fundamental de poder identificarlas oportunamente para evitar el acto suicida, dando la posibilidad de propiciar un tratamiento adecuado para la persona que se encuentre en riesgo. (Sánchez, Villareal, & Musitu)

En la etapa adolescente, se ve afectado por múltiples cambios que ocasionan muchas veces ansiedad y depresión, lo que muchas veces culmina, en el acto suicida. Así mismo, en este período de la vida, se debe tener en cuenta que las ideas de muerte, se deben diferenciar de aquél joven que piensa al suicidio como una manera de comunicarse ya que de otras formas no ha podido, como un pedido de auxilio, o forma de expresar algo que le pasa, de aquel que realmente lleva a cabo el acto consumado. (Castillo Ledo, Ledo González, & Ramos Barroso, 2013)

Conforme al Plan de Desarrollo Municipal “Valledupar Avanza”, en su estrategia “Valledupar Avanza Protección Integral de la Vida”, y el componente Valledupar Avanza en Salud, reportan en el año 2014 la morbilidad por intento de suicidio 140 personas, de los cuales 125 personas se encuentran entre los 14 y 44 años y 27 personas suicidadas de acuerdo al informe de salud municipal. (Ramirez, D., 2016)

La presente investigación tiene relevancia debido al gran incremento en la tasa de mortalidad por suicidios en los años 2016, 2017 y 2018. De acuerdo con el Observatorio del Delito de la Costa Caribe, en el año 2017, 23 personas se quitaron la vida en Valledupar, 19 más que en 2016

para el mismo periodo. El incremento, confirmado por el Sistema de Vigilancia de Salud Pública, es del 67% (Bustamante, N., 2017)

En el año 2018 de acuerdo a las cifras que fueron suministradas por la Secretaría de Salud Departamental en 2018, detalla el ascenso en un 18 % de incremento cerrando el año con 24 suicidios en Valledupar (Bustamante, N., 2017)

Se realizará la investigación para tener claridad sobre qué es lo que influye en los adolescentes a tener estas ideas sobre el suicidio o de atentar contra su propia vida cómo los factores psicosociales, La adolescencia es una etapa del desarrollo muy difícil en la cual se intenta alcanzar una madurez social, y se presenta la consolidación de la identidad, dejando atrás su niñez para adaptar roles de la adultez, se les presenta dificultad para adaptarse.

También existen unos factores de riesgo los cuales en ocasiones determinan la vulnerabilidad de los adolescentes en la cual se ve involucrado situaciones culturales, familiares, la orientación sexual, consumo de sustancias psicoactivas o algún diagnóstico médico

Por medio del presente proyecto de investigación se analizará el riesgo suicida en adolescentes de 14 a 16 años de una institución educativa publica en la ciudad de Valledupar.

El proyecto tiene como propósito identificar los riesgos que han inducido a los adolescentes a tener pensamientos suicidas, uno de los factores principales es la influencia de la relación con el núcleo familiar y las relaciones interpersonales.

El fin del proyecto es prevenir a los responsables de la institución y guiar a los padres según el diagnóstico a manejar la situación en caso de que se presente algún riesgo alto según lo indicaría el inventario y lo señalaría el cuestionario y poder contar con apoyo del núcleo familiar, psicólogo y directivos encargados

El proyecto tiene como propósito identificar los riesgos que afectan a los adolescentes de la ciudad de Valledupar para coadyuvar a la reducción de morbilidad de los Adolescentes entre los 14 y 16 años en el municipio de Valledupar.

Finalmente, esta investigación es importante porque se busca adquirir conocimiento científico en este campo de estudio para todo el proceso de aprendizaje en la carrera de psicología.

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo general

Analizar el riesgo suicida en adolescentes de 14 a 16 años en una Institución pública de la ciudad de Valledupar

.

1.3.2 Objetivos específicos

- Caracterizar socio demográficamente a los adolescentes de 14 a 16 años de una institución educativa pública de la ciudad de Valledupar
- Identificar categorías de riesgo suicida en los adolescentes de 14 a 16 años de una institución educativa pública en la ciudad de Valledupar.
- Determinar dimensiones del riesgo suicida en los adolescentes de 14 a 16 años de una institución educativa pública de la ciudad de Valledupar

CAPÍTULO II

2 MARCO REFERENCIAL

2.1 Marco teórico

ADOLESCENCIA:

“El término “adolescencia” proviene del latín *adolescens* que significa “hombre joven y deriva también de que significa “crecer, padecer, sufrir”. Consecuentemente, es un período conflictivo, “crítico”, es decir, un momento decisivo en el cual el sujeto se separa de lo familiar, juzga y decide. Asimismo, lo consideran un “purgatorio”, un tiempo en el que nuevamente se vivencia el sufrimiento del nacimiento, es decir que podría interpretarse como un “segundo nacimiento”, pero psicológico”. (Griffa & Moreno, 2005)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2016 definió la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años. Se trata de una de las etapas de transición más importantes en la vida del ser humano, que se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios, superado únicamente por el que experimentan los lactantes. Esta fase de crecimiento y desarrollo viene condicionada por diversos procesos biológicos. (OMS, 2016)

Adolescencia temprana: comprende entre los 10 y los 13 años, y se caracteriza por cambios de hábitos y modos de conducta. Cobra importancia singular el grupo de pares.

Adolescencia media: comprende entre los 13 y 17 años, se caracteriza por un aumento en el alcance e intensidad de los sentimientos y el crecimiento de la importancia del grupo de pares y el rol de grupos.

Adolescencia tardía: comprende entre los 17 y 19 años y 11 meses, se caracteriza por el crecimiento de su interés por sus padres y su familia. Existe más tranquilidad en cuanto a su imagen física y los valores de grupo se vuelven menos importantes y se inclinan por la búsqueda de una relación con una persona. (Campos, 2004)

De acuerdo a Carvajal (1994), el ser humano a lo largo de su desarrollo se ve atravesado por etapas relativa tranquilidad, como también períodos de cambios y crisis. Dependiendo la fase que se esté atravesando, van a ser las exigencias específicas a la estructura psíquica. “el período de cambios y crisis que se designa con el nombre de adolescencia es sin duda la más turbulenta de todas. Abarca, más o menos, la segunda década de vida.”. Se observa a la adolescencia como un camino de la dependencia e indefensión infantil hacia la posibilidad de desenvolverse en el mundo adulto de manera autónoma e independiente. (Carvajal, 1994)

Para Fernández (1997), la adolescencia no es una unidad definible estáticamente para siempre, sino que se trata de un período de transición, que se divide a su vez en tres etapas: pubertad, adolescencia propiamente dicha o media, y final. Se puede explicar a la adolescencia como un período del desarrollo en el que el joven transita duelos, crisis de identidad, como una organización libidinal e integración genital o como un proceso en el que se desarrolla el pensamiento adulto. (Fernández, 1997)

Tal como explican Aberastury & Knobel, (1971), el proceso adolescente no se da como una entidad aislada de la sociedad y del entorno que rodea al joven, es decir que su desarrollo no va a depender únicamente de él y sus variables internas, sino que, la familia, por ser el primer esbozo de mundo social, influye decisivamente y determinará modos de ser del adolescente. Posterior a estas primeras identificaciones con las figuras parentales, el medio será el encargado de delimitar las nuevas posibilidades de identificación, incorporando pautas socioculturales y económicas.

Los dinamismos internos del sujeto, siguen conservándose, pero las características del mundo externo, irán modificándose lentamente. (Aberastury & Knobel, 1971)

Según lo planteado por Griffa & Moreno, (2005) se puede denominar la “gran orfandad del siglo XX”, haciendo referencia a la pérdida de las figuras parentales como modelos a imitar; parte de la cultura ha desdibujado el rol adulto y es necesaria la creación de nuevos modelos de adultez, lo que implica dejar de lado la idea de adulto como alguien que cumple un rol autoritario, los jóvenes necesitan padres, personas que se diferencien de ellos, que marquen límites, que estén presentes, ya que si esto no ocurre, no logran una adecuada socialización, no aprenden a esforzarse y no toleran frustraciones, lo que podría llevar a consecuencias negativas muchas veces expresadas en conductas destructivas hacia los demás o hacia sí mismos. (Griffa & Moreno, 2005)

Según lo planteado por Sternbach, (2006) explica que los jóvenes de hoy no se parecen a los de algunas décadas anteriores. Debido a mutaciones culturales, que han producido cambios en la subjetividad de todas las sociedades, por lo que no se puede definir a la adolescencia como una categoría estática y rígida, no constituye un universal, es definida como tal en cierto momento histórico dependiendo los discursos que predominan en cada época. Hoy, a diferencia de otros períodos históricos, la adolescencia era considerada una etapa de transición que culmina en la adultez, actualmente la juventud es aquello que todos aspiran alcanzar, construyéndose así en un ideal colectivo. A su vez, explica la autora, la rapidez e inmediatez con la que se vive el tiempo y sus transformaciones socioculturales, producen cambios repentinos en la construcción de subjetividad, a tal punto en el que las brechas entre generaciones se unen cada vez más, lo que hace más difícil diferenciarlas. (Sternbach, 2006)

SUICIDIO.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el suicidio como “un acto con resultado letal, deliberadamente iniciado y realizado por la persona, sabiendo y esperando su resultado letal y a través del cual pretende obtener los cambios deseados” La misma organización también define: “el acto suicida” como toda acción por medio de la cual un individuo se causa daño a sí mismo, con independencia del grado de intención letal y de que se conozcan o no los verdaderos motivos; y la ideación suicida como los deseos, pensamientos y planes para cometer un acto suicida. (OMS., 2003)

El suicidio a lo largo de la historia se asociaba, por lo general, a un personaje célebre o se integraba a una acción histórica importante. En la antigüedad era valorado como resultado de los sistemas religiosos y filosóficos, aunque también dependía de las estructuras sociales, económicas, políticas y culturales de cada país (Sarro, 1991)

Durkheim quien en su obra "El suicidio" estudió este fenómeno desde un enfoque de corte sociológico. Para Durkheim el suicidio es el resultado de la influencia y actuación de los hechos sociales que interactúan con estados individuales. Según su enfoque, se distinguen cuatro tipos de suicidio (Durkheim, 1897)

1. El suicidio egoísta: Es propio de las sociedades más avanzadas. Este tipo de suicidio es más común en los individuos poco integrados a los grupos sociales de los que forman parte.

2. El suicidio altruista: Se produce en sociedades rígidamente estructuradas, que contemplan el código de deberes de sentido grupal por encima del individuo, y al sacrificio por

el grupo como una obligación moral. El individuo pues, se somete con abnegación a las leyes y costumbres de su sociedad de tal manera que se suicida porque piensa que este acto es un deber.

3. El suicidio anómico: Se produce cuando existe el quebrantamiento de los valores sociales, con la consiguiente desorientación y sentimiento de falta de significación en la vida. Hay que tener presente que algunas personas no pueden soportar los cambios en las normas y en las formas de vida, con lo que pueden llegar al suicidio.

4. El suicidio fatalista: Se produce en situaciones de ‘excesiva planificación’, en la que los individuos tienen un porvenir implacablemente limitado, y, por tanto, sus pasiones constreñidas debido a una disciplina opresora. Sucede cuando las personas no aceptan las normas y se sienten reprimidas en sus sentimientos, pasiones y limitados en su futuro. (Durkheim, 1897)

El constructo psicológico de frustración–agresión propuesto por Dollard (1939) como un concepto básico, donde se dice que el suicidio es parecido a un homicidio. Dichos autores expusieron que cuando el ambiente es frustrante, el individuo puede bloquearse o frustrarse para alcanzar una meta, lo cual da como resultado la conducta agresiva. (Dollard, 1939)

Una de las motivaciones que fomenta el suicidio es la interiorización de un número importante de factores de riesgo y la debilidad operante de los factores protectores, condición que causa una sensación de vacío en los adolescentes además de la certeza de la incompreensión de los adultos. Entre los factores de riesgo asociados al suicidio en adolescentes se encuentra la personalidad disfuncional de los padres puesto que, si estos presentan un trastorno de personalidad de tipo “antisocial o son emocionalmente inestables, la crianza estará mediada por dichos rasgos. Así mismo ser portadores de enfermedades psiquiátricas, como la depresión

materna, el alcoholismo paterno o la esquizofrenia, son factores que pueden predisponer el suicidio en los hijos” (Pérez, 1999)

El suicidio puede llevarse a cabo en una fase maníaca o depresiva, aunque Salazar (2012) considera que probablemente, los cambios cognoscitivos derivados de un episodio o trastorno depresivo perjudican la capacidad de la persona para valorar los riesgos, inscritos a comportamientos de la vida diaria, lo que constituye un peligro importante en la etapa de la adolescencia, donde la escasa percepción de los factores de riesgo vital lleva a muchos adolescentes al consumo de sustancias psicoactivas (SPA), acciones de peligro, actividad sexual precoz (embarazo y/o contagio de una infección de transmisión sexual) y automutilación como prueba de ingreso a subculturas urbanas y castigo ante la frustración de sus necesidades. En estos casos los adolescentes que no se auto mutilan pueden ser rechazados por la agrupación o gueto, puesto que en algunas tribus urbanas hacerse pequeñas laceraciones en muñecas, brazos y piernas (especialmente), tatuarse, perforar partes íntimas de su cuerpo o perpetrar actos que generen dolor, parece constituir una prueba de “sacralidad” con base en la ritualidad que implica la repetición dolorosa y la posibilidad de marcar la diferencia, acceder a lo sagrado de la muerte «lo inefable», controlarla y lograr la expiación del sistema familiar y social a través del dolor autogenerado. (Salazar, 2012)

Para Spiller, (2005) considera el suicidio como “el acto consumado, intencional de finalizar con la propia vida. Incluye todas las muertes que son resultado directo o indirecto de comportamientos ejecutados por la propia víctima, quien es consciente de la meta que desea lograr.” (Spiller.Y, 2005)

Nizama, (2011) concibe el suicidio como el acto auto infligido para causar la muerte en forma voluntaria, deliberada, en el que intervienen sucesivamente tres etapas, llamadas en conjunto

proceso suicida: el deseo suicida, la idea suicida y el acto suicida en sí. Por otro lado, se entiende como “conducta suicida” a toda acción mediante la cual el individuo se causa una lesión, independiente de la letalidad, del método empleado y del conocimiento real de su intención, se produzca o no la muerte del individuo (Nizama.M, 2011)

Motivos, causas y sintomatología

Con respecto a los motivos que llevan a una persona a decidir quitarse la vida, Marchiori (1990) considera que el suicidio puede darse por:

- Depresión.
- Alcoholismo.
- Conflictos familiares.
- Conflictos económicos.
- Situaciones sociales y culturales.
- Situaciones de enfermedad orgánica.
- Situaciones de enfermedad mental. (Marchiori, 1990)

Según (Marchiori, 1990), la Sintomatología de las personas en riesgo suicidas es la siguiente:

- Retraimiento: El individuo se aísla de su medio social y familiar. Se aleja de sus intereses cotidianos
- Pérdida de interés por las personas, por sus familiares y amigos, por su actividad principal.
- Pérdida de interés por su trabajo y sus actividades.

Riesgo suicida en adolescentes

- Insomnio. Pérdida de apetito, desinterés por las relaciones sexuales.
- Interés llamativo por la muerte y los temas vinculados a ella, entre ellos el suicidio.
- Preparativos Inesperados para la muerte, preocupación por sus cosas, sus deudas, documentos, etc.
- Un deseo repentino de desprenderse de las posesiones más preciadas.
- Interés en la compra de armas, sogas, drogas, etc.
- Un sentimiento de desamparo y de vulnerabilidad, de indefensión. (Marchiori, 1990)

Bedout, (2008) señala como causas del problema algunos rasgos de personalidad predominantes en los suicidas como la agresividad, la irritabilidad, la baja tolerancia a la frustración, aislamiento social, falta de habilidades, desesperanza e impotencia, un concepto pobre de sí mismos y escasa capacidad para resolver problemas, resentimiento y necesidad control externo. (Bedout, 2008)

Caballero, (2013) destaca como causa principal de suicidio los problemas familiares donde el maltrato físico de los padres tiene una especial importancia, debido a una cultura machista donde los hombres no expresan sus sentimientos y dicha represión se manifiesta en violencia hacia uno mismo y hacia los demás. Además, añade el factor emocional como una segunda causa de esta problemática. Le da importancia también al maltrato psicológico en el colegio donde destaca el bullying. También comenta que actualmente los hogares se han convertido solo en casas, donde no se conversa ni se comparte con la familia, por lo que se hace más difícil la identificación de situaciones de riesgo, como la depresión, el estrés, o el maltrato psicológico. (Caballero, 2013)

Según Cortes (2013). En su estudio encontró que en los adolescentes proveniente de

familias desestructuradas, con carencias en el aspecto económico, déficit social y culturales, alteraciones en las relaciones dentro y fuera del grupo familiar, o lo que se pudiera llamarse familias multiproblemas, o familias que por sus características intrafamiliares y/o por el entorno en que viven pueden calificarse de alto riesgo, con pobreza educacional, y de exposición a situaciones familiares adversas, son más propensos a la conducta suicida. (Cortés, 2014)

Según Aláez, (2013) identifica 6 fases:

1. Fase ideativa. La persona recibe el impacto emocional negativo que la lleva a pensar en el suicidio. No descarta el hecho ni la posibilidad de su comisión.
2. Fase deliberativa. El sujeto sigue recibiendo estimulación negativa. No busca ayuda o si la busca no se le ofrece de modo efectivo. Puede ocurrir que la persona tampoco ofrezca los datos suficientes para poder ser ayudada por miedo o vergüenza. El caso es que comienza a tomar el suicidio como su última posibilidad.
3. Fase decisiva. Por fin el individuo decide llevar a cabo el hecho y se tranquiliza. Tras haber luchado contra sí mismo ya se ve inducido a poner en práctica el suicidio y llevarlo a cabo, le guste o no. Aquí aún se puede frenar a la persona y prestarle ayuda. La persona siempre va dando muestras de que no desea hacerlo y, en ocasiones, lo anuncia.
4. Fase dilatoria: el sujeto tiene la esperanza de que ocurra algo que pueda disuadir de cometer el hecho, pero no suele ocurrir nada. Entonces va alargando el plazo de la comisión.

5. Fase operativa: el individuo va preparando su muerte y dejando arreglados todos los asuntos para cuando no se encuentre en este mundo. En esta fase los parientes piensan que ocurre algo extraño, pero no sospechan el qué.

6. Fase ejecutiva: el sujeto lleva a cabo su idea. (Alaez, 2013)

Explica De la Torre (2013), que una hipótesis fundamental a la hora de explicar las ideas suicidas, es que aparezca un suceso estresante que haga desencadenar ciertas emociones (generalmente de frustración/rechazo), la sensación de querer desaparecer de alguna situación que se le presenta como imposible ante las posibilidades que piensa el sujeto tener en algún momento, junto a la idea de que no es posible encontrar una solución a sus problemas, y finalmente, la falta de recursos para aliviar la crisis (por ejemplo, apoyo social). es fundamental a la hora de detectar el riesgo suicida, evaluar los factores de riesgo del individuo y tener en cuenta que cuanto mayor sea el número de factores en una misma persona, mayor será la probabilidad de que se presente una ideación o una conducta suicida; así mismo, que no se encuentren presentes no significa que una persona no pueda llevar a cabo alguno de estos comportamientos. (De la Torre, 2013)

El estudio de los factores protectores y de riesgo según Andrade (2010) conlleva un cuestionamiento acerca de la oposición teleológica entre factores protectores como expresión inversa de los factores de riesgo y también, la idea de que ambos son correlativos pues la presencia o amenaza de uno precipita la emergencia del otro, llegando a exhibirse bajo condiciones homólogas y funcionando activamente en la promoción, refuerzo o estancamiento de las conductas. Conceptualmente “los factores protectores, se han caracterizado como un conjunto de procesos sociales e intrapsíquicos que posibilitan tener una vida sana, viviendo en un medio insano”, por lo que tienen una relación directamente proporcional. (Andrade, 2010)

Para Cuevas (1996) de acuerdo a lo expuesto la praxis educativa del adolescente debe incluir una práctica preventiva en la que se tome en cuenta que “los factores protectores funcionan en la presencia de riesgo” lo que los hace correlativos en cuanto a su emergencia en el plano mental. (Cuevas, 1996)

En el adolescente vulnerable las dificultades importantes de la vida se elevan conforme “aumenta el número de factores de riesgo y disminuye el número de factores protectores” para Velázquez, (2002) ésta relación conlleva a que un factor protector pueda ser determinado en función de las dinámicas y motivaciones de grupos que reproducen los mecanismos de protección, por lo que puede definirse como el agrupamiento dinámico de todas aquellas características personales y ambientales que disminuyen los efectos negativos de circunstancias inmanejables para una persona o colectivo, aumentando la capacidad de resiliencia en el sistema de relaciones a nivel interpersonal e intergrupala. (Velázquez, 2002)

Clasificación de los factores de riesgo de acuerdo a cuatro variables:

- 1) las características de los niños y adolescentes
- 2) las características de los padres
- 3) los factores contextuales
- 4) la interacción padre-hijo.

Sucesivamente la interrelación de estas variables posibilita determinar factores de riesgo psicosocial en adolescentes con ideación suicida, Haquin, indica que entre los factores de riesgo asociados al suicidio se encuentran la ausencia de expectativas futuras, poco rendimiento escolar, falta o dificultad para desarrollar de destrezas sociales, escasa pertenencia a grupos, baja

autoestima (auto concepto y auto referencia negativas), inadecuada capacidad de resolución de problemas, situación familiar irregular, presencia de maltrato o violencia intrafamiliar y conductas de riesgo social tales como, consumo de alcohol, drogas y de inseguridad sexual. Los adolescentes que cuentan con varios de estos componentes están propensos a desarrollar ideas de autoeliminación que van desde pensamientos intrusivos persistentes, hasta gestos y palabras que enuncian sus deseos de muerte, auto mutilación y aislamiento depresivo. (Haquin, 2004)

Conceptualmente la palabra factor protector referencia una práctica o acción intencional de supervivencia, mientras el factor de riesgo se asocia a una “fuerza o actividad externa” al sujeto así, ambos elementos presentan una asociación entre representaciones y afectos, aunque en el caso de los factores de riesgo se debe precisar que provienen de tres procesos: el adolescente se engancha a nuevas e inadecuadas representaciones que interioriza y ajusta rápidamente a las propias, la persistencia de una relación intrafamiliar fragmentada a razón de la continuidad de los problemas y por último, la tendencia a la evasión y alejamiento de la confrontación objetiva de sus conflictos. En el caso de la ideación suicida, los adolescentes exhiben una falta de claridad en el discurso, respecto a lo que demandan de otros, por lo que generan resistencias a hablar de lo que les sucede, puesto que su demanda no encuentra el “eco anhelado” o la “palabra clave” que desate los motivos emocionales que sostienen el conflicto. (Salazar, 2012)

Así mismo, Areiza (2008) plantea que existen diversas causas que actúan como factor protector o de riesgo frente a la aparición de ideas suicidas, destacando los sentimientos de pérdida como, por ejemplo, la separación de los padres, las decepciones amorosas, el abandono familiar, la sensación de soledad, es decir, lo que se conoce como la “red de apoyo”. Al respecto, las familias son una de las redes de apoyo que contribuyen a la prevención o rehabilitación de estas personas con ideación suicida. (Areiza, 2008)

Gómez (2006) destaca que ciertas estrategias de afrontamiento (estilo de afrontamiento productivo: esforzarse y concentrarse en resolver los problemas, fijarse en lo positivo) parecen actuar como factores de protección del inicio de consumo de drogas y de la implicación en actos antisociales; mientras otras (estilo no productivo: estrategias de evitación, presión del grupo) parecen favorecer la aparición de estas conductas. (Gómez, 2006)

Definiciones relacionadas con el Comportamiento Suicida

El suicidio es entendido actualmente como un trastorno multidimensional en el que interactúan complejamente factores biológicos, genéticos, psicológicos, sociólogos y ambientales definiéndose así más como un síndrome y no como una sola entidad, ya que aun cuando se presente con un desenlace común, como lo es la muerte, las causas son múltiples y relacionadas con los factores más diversos.

El comportamiento suicida ha llamado la atención a lo largo de toda la historia de la humanidad y ha sido analizado por diversos filósofos, teólogos, médicos, sociólogos y artistas. Se ha llegado a considerar como el único problema filosófico serio por el filósofo francés Albert Camus. El término suicidio fue acuñado por el médico y filósofo inglés Thomas Brown en la obra *Religió Medici*, fue definido entonces como homicidio (etimología latina: sui, de sí mismo y cadere, matar). Por su parte, la Real Academia Española en el 2001 lo define como: “acción y efecto de suicidarse, o quitarse voluntariamente la vida”. (Real. A, 2001)

La definición que brinda Durkheim acerca del Suicidio Consumado en su obra “*el Suicidio*” de 1897 toma en cuenta la intencionalidad del acto, refiriendo que es “Todo caso de muerte que resulte directa o indirectamente de un acto, positivo o negativo, realizado por la víctima misma, sabiendo que ella debía producir este resultado”. (Durkheim, 1897)

La OMS en 2000 define por su parte el acto suicida como todo hecho por el que un individuo se causa a sí mismo una lesión, independientemente de su intención del conocimiento de sus motivos, partiendo de que debe tener como resultado del acto, la muerte. (OMS., 2000)

Para Mosquera, (2016), las conductas suicidas presentan una escala de menor a mayor gravedad, iniciando con la ideación suicida, la cual se plantea como pensamientos fugaces acerca del rechazo a la vida, el poco valor de la vida, con planificación para la muerte y una serie de fantasías auto lesivas y autodestructivas; el intento de suicidio se trata de una acción realizada deliberadamente por el propio individuo en contra de sí mismo, sin alcanzar la muerte; finalmente el suicidio consumado es la acción ejecutada por la propia persona de manera intencional que le provoca la muerte. (Mosquera, 2016)

Según Téllez (2006) y Barrero (1996), al hablar del fenómeno suicida se manejan diversas definiciones entre las que se mencionan, como parte del comportamiento suicida: El deseo de morir: inconformidad e insatisfacción del sujeto con su modo de vivir en el momento presente, manifestándose en frases como: “la vida no merece la pena”, lo mejor sería estar muerto”.

Representación suicida: Imágenes mentales del suicidio del propio individuo (por ejemplo, estar ahorcado)

Ideas suicidas: Pensamientos de terminar con la propia existencia. Se incluye

- Idea suicida sin un método específico
- Idea suicida con un método inespecífico o indeterminado,
- Idea suicida con un método específico no planificado, en la cual el sujeto ha elegido un método determinado para llevarlo a cabo, pero aún no ha ideado

cuándo o en qué lugar lo va a ejecutar, sin tener en consideración las debidas precauciones que ha de tomar para no ser descubierto.

- El plan suicida o idea suicida planificada, en la que el individuo ha elegido un método habitualmente mortal, el lugar donde lo realizará y el momento oportuno para no ser descubierto.

Se menciona que la evaluación de la ideación suicida debe, por fuerza, formar parte de los protocolos de evaluación de los pacientes. Sin embargo, las ideas suicidas se han considerado como relativamente frecuentes en la adolescencia sin que ello constituya un peligro inminente para la vida exceptuando cuando se asocia a otros factores de riesgo que se mencionan posteriormente. Asimismo, las conductas suicidas no siempre son motivadas por el deseo de morir, es frecuente que manifiesten también una forma de expresar sentimientos de desesperación, desamparo, frustración e ira. (Buendía, 2004)

Sternbach (2006) explica que los jóvenes de hoy no se parecen a los de algunas décadas anteriores. Debido a mutaciones culturales, que han producido cambios en la subjetividad de todas las sociedades, por lo que no se puede definir a la adolescencia como una categoría estática y rígida, no constituye un universal, es definida como tal en cierto momento histórico dependiendo los discursos que predominan en cada época. Hoy, a diferencia de otros períodos históricos, la adolescencia era considerada una etapa de transición que culmina en la adultez, actualmente la juventud es aquello que todos aspiran alcanzar, construyéndose así en un ideal colectivo. A su vez, explica la autora, la rapidez e inmediatez con la que se vive el tiempo y sus transformaciones socioculturales, producen cambios repentinos en la construcción de subjetividad, a tal punto en el que las brechas entre generaciones se unen cada vez más, lo que hace más difícil diferenciarlas. (Sternbach, 2006)

Una de las principales causas de aumento de ideaciones suicidas en adolescentes es por causa de la evolución que se ha tenido en todos los factores de la vida, las problemáticas familiares las cuales han sido difícil de sobrellevar ya que hay muchos padres que se han quedado en la época de antes y no le dan la misma importancia a lo que piensan sus hijos, también los prototipos que hay en la sociedad ha llegado afectar a los adolescentes porque los hace sentir mal por no cumplir con los criterios que exige la sociedad.

2.1.1 Antecedentes investigativos

A través de estos antecedentes presentaremos la relación de varias investigaciones las cuales nos hemos tomado la Tarea de citar para profundizar y tener un panorama más amplio a tratar las cuales han tenido un impacto en la sociedad por esta razón los hemos propuesto para tener más elemento de juicio para resolver el problema de riesgo suicida en adolescentes el cual hemos propuesto en esta investigación

2.1.1.1 Antecedentes investigativos internacionales

Según Cruz (2017) en su artículo publicado en la revista Excélsior de México plantea, “La Ciudad de México no es de las más complicadas en el tema del suicidio. El ranking nacional estaría en el número 18, pero la realidad es que el fenómeno ha crecido en jóvenes. Los rangos que van de 15 y hasta 29 años han presentado situaciones o factores desencadenantes de conductas que pueden traerle alguna idea suicida a un joven”, explicó Gamaliel Martínez Pacheco, director general de DIF local. (Cruz, 2017)

De enero de 2016 a febrero de 2017 la dependencia atendió a 23 mujeres con grado escolar de primaria que han tenido intentos o ideas suicidas; 54 a nivel de secundaria y 23 en preparatoria. En hombres, con nivel de estudios de primaria, 11 han tenido intentos suicidas; 19 de secundaria

y cinco de preparatoria. En cuanto a datos por delegación, Xochimilco ocupa el primer lugar en intentos e ideas suicidas con 62 casos atendidos en el periodo referido. Le sigue Iztapalapa con 37 y Milpa Alta con 28. El cuarto lugar lo ocupa Gustavo A. Madero con 14 casos, el quinto Tlalpan con ocho y en Cuauhtémoc, cuatro casos. (Cruz, 2017)

Por otra parte, Betancourt (2008) en su investigación el suicidio en el Ecuador: un fenómeno en ascenso, puntualiza que Ecuador presenta una tasa de suicidios situada para el 2004 de 6,1 por cada 100.000 habitantes, según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), relativamente baja con respecto al resto del mundo, donde en Europa se ubica en el 15,74 por cada 100.000 habitantes, sin embargo, para el año 2005 ascendió a 7,1 y aunque continua baja respecto a otras regiones su ascenso debe llamar la atención de las autoridades sanitarias, quienes registran las lesiones auto infligidas intencionalmente en el número 14 de 67 causas de muerte en el país, convirtiéndolo en un problema de salud pública, por lo que se requiere evaluar todas las características que competen la conducta suicida. (Betancourt, 2008)

Según Cuesta (2016), en su investigación Aspectos epidemiológicos del suicidio en adolescentes realizada en México, la tasa de suicidios en la población de 15 a 29 años para el 2014 fue de 40,2% del total de la población, con una tasas de 7,9 por cada 100 mil habitantes entre estas edades, se sucedieron 12,5 en hombre mientras que fueron 3,5 en mujeres; en Cuba, entre los años 2008 al 2010, el suicidio se registró como la tercera causa de muerte en el grupo etario de 10 a 19 años, así como el cuarto entre los jóvenes de 5 a 14 años, con predominio en hombres que manejan tasas de 4,5 en contraposición de 1,1 de las mujeres; en Colombia para el 2015 se registraron 10% de casos con respecto al año anterior, de los cuales el 48,74% se registró entre 15 a 34 años. (Cuesta, 2016)

Asimismo Silva (2013) en un estudio poblacional realizado en Chile, titulado Conducta suicida y trastornos psiquiátricos, se estableció una prevalencia del intento de suicidio registrada en el 14.3%, asociado a factores de riesgo muy variado, entre estos, la ideación suicida, sea esta de reciente aparición o una evocación antigua, el consumo de tabaco y los acontecimientos vitales estresantes, se sugiere establecer estos factores de riesgo como una importante prioridad para identificar y establecer el riesgo suicida. (Silva, 2013)

2.1.1.2 Antecedentes investigativos nacionales

Las cifras en Colombia en El último informe Forensis del Instituto de Medicina Legal demuestra que el número de suicidios entre 2016 y 2017 ha aumentado significativamente. Mientras que para octubre del año pasado 1.662 personas se habían quitado la vida en el país, en el mismo lapso de este año la institución ya había registrado 1.944 casos. De esas muertes, 288 corresponden a jóvenes de 20 a 24 años; 85, a niños de 10 a 14 años; y 103, a adolescentes entre los 15 y 18 años. En total, hasta octubre de este año, ya se han registrado 28 casos de suicidios adolescentes más que el anterior. Una cifra que va de la mano con la preocupación de Carlos Valdés, director del Instituto de Medicina Legal, quien confirmó que la problemática del suicidio viene creciendo alrededor del 1,4 por ciento por año. (Semana, 2017)

Se muestra que el suicidio en niños y adolescentes ha aumentado en Colombia en los últimos años; las cifras arrojadas por el Estudio Nacional de Salud Mental indicaron que el suicidio corresponde a la cuarta causa de muerte en jóvenes entre 12 y 15 años; 57 de cada 1.000 colombianos intentan suicidarse durante su vida y que entre 10% y 15% culminan en suicidio. En las últimas décadas se ha observado la creciente incidencia del intento de suicidio entre niños, adolescentes y adultos jóvenes sin una explicación concreta; al parecer son múltiples los factores

que influyen sobre los comportamientos suicidas que de ser adecuadamente identificados e intervenidos podrían en un momento determinado disminuir estos comportamientos. Sin embargo, la información epidemiológica sobre el intento suicida en este grupo de edad es poco confiable en nuestro país, por el subregistro, mal registro de la causa de muerte y deficiente comunicación. Los diferentes estudios sobre patología asociada a los comportamientos suicidas revelan la elevada prevalencia de trastornos del comportamiento y otros factores en los niños y adolescentes y de trastornos de personalidad. (Cabra., 2010)

Para el médico forense, si bien las cifras más altas no involucran a menores, sí hay preocupación por el número de casos que han ocurrido en el año. Los suicidios entre jóvenes de 15 a 17 años superan los 98 registros. Los casos más frecuentes para este fenómeno son: asfixia (1.019), intoxicación (233), proyectil arma de fuego (179). La ciudad que registra el mayor número de casos es Antioquia con 240 casos, seguido de Bogotá (197), Valle del Cauca (149) y Santander (98). (NOTICIAS, 2017)

Según el informe Forensis, del Instituto de Medicina Legal, las principales causas de los suicidios obedecen, en el 29% de los casos, a enfermedades físicas o mentales; seguidos del conflicto entre parejas o exparejas, con el 25.91%.

De los 49 hechos de autoeliminación con los que cerró 2016, 23 ocurrieron en Valledupar. Es la capital del Cesar, la localidad donde más personas se quitan la vida.

Según el sexo, el 80% de las víctimas fueron hombres y el 20% restante, mujeres. En cuanto a la forma cómo sucedieron los hechos, el 77% de los mismos se dio bajo la modalidad de ahorcamiento; en los otros se empleó arma de fuego, ingesta de veneno e incluso arma blanca.

Riesgo suicida en adolescentes

De los casos ocurridos este año en el Cesar, 18 se han registrado en esta capital; cinco en Aguachica, cuatro en Gamarra, tres en Codazzi, dos en Chiriguaná, y uno en los municipios de Curumaní, El Paso, La Gloria, La Paz, Pailitas, Pueblo Bello y San Martín.

Cabe resaltar que, el 68% de los suicidios sucedieron en el área urbana y el 32% en el sector rural. (Delgado, 2017).

CAPÍTULO III

3. MARCO METODOLÓGICO

3.1 Tipo de investigación descriptiva

Es una investigación cuantitativa, de alcance descriptivo, es decir se realiza la recolección de datos con base en la medición numérica y el análisis estadístico, con el fin de lograr describir los riesgos en adolescentes que pueden llegar a tener ideaciones suicidas entre las edades de 14 a 16 años de una institución pública de la ciudad de Valledupar. (Sampieri, 2014).

3.2 Diseño de investigación

Se trata de una investigación de diseño no experimental transversal, es decir, se realiza la investigación sin manipular deliberadamente las variables de estudio y se describen las características en un momento dado. (Sampieri, 2014)

3.3 Población

Los adolescentes de las edades de 14 a 16 años de una institución educativa pública de la ciudad de Valledupar de los grados octavo, noveno y décimo de ambos sexos.

3.3.1 Muestra.

El tamaño de la muestra está conformado por 176 adolescentes de ambos sexos, entre 14 y 16 años que cursan los grados octavo, noveno y décimo en una institución educativa pública ubicada en el barrio Mareigua de la ciudad de Valledupar.

3.3.2 Muestreo.

El muestreo de la investigación es no probabilístico, la elección de los elementos no depende de la probabilidad, sino de causas relacionadas con las características de la investigación o los propósitos del investigador (Sampieri, 2014)

Aquí el procedimiento no es mecánico ni se basa en fórmulas de probabilidad, sino que depende del proceso de toma de decisiones de un investigador o de un grupo de investigadores y, desde luego, las muestras seleccionadas obedecen a otros criterios de investigación (Sampieri, 2014)

3.4 Instrumentos para la recolección de datos

Aplicación de un cuestionario sociodemográfico, documento diligenciado por los cuales se logró obtener datos personales de los adolescentes de la población estipulada, datos como: Edad, género, estrato en el que vive, institución educativa, grado, con quién vive, estado civil de los padres y datos relevantes sobre el tema a tratar.

Para determinar los factores de riesgo de las ideaciones suicidas que puede llegar tener los adolescentes de 14 a 16 años se utilizara El ISO-30 es un cuestionario creado por King y Kowalchuck, 1994 y adaptada para ser usada en adolescentes. Se contemplan cinco dimensiones: desesperanza (ítems 2, 7, 12, 17, 22 y 27), baja autoestima (ítems 1, 6, 11, 16, 21, 26), incapacidad para afrontar emociones (3, 8, 13, 18,23 y 28), soledad y abatimiento (4, 9, 14, 19, 24 y 29) e ideación suicida (5,10, 15, 20, 25 y 30), que corresponde a los mencionados ítems críticos. Este inventario se aplica de forma auto administrada que se compone por 30 ítems formulados en forma positiva y negativa (directos e inversos) con una escala likert de respuestas: 0: Totalmente en desacuerdo. 1: En parte en desacuerdo. 2: En parte de acuerdo y 3: Totalmente de acuerdo. Las puntuaciones que se obtienen clasificaran al participante en tres categorías de

riesgo suicida: bajo, moderado y alto. En cuanto a los seis reactivos llamados críticos: 5, 10, 15, 20,25 y 30, se estima que más allá de la puntuación total del cuestionario, con que se presenten tres o más de éstos respondidos con 2 o 3, significa la presencia de un alto riesgo suicida. (King, 1994)

3.5 Análisis de la información

Se realizará el análisis de la información y datos obtenidos en el cuestionario sociodemográfico y en la Escala ISO-30 por King y Kowalchuck ,1994, por medio de tabulación y posteriormente representado en gráficos y tablas.

3.6 Procedimiento

Fase 1. Delimitación del problema de investigación

Fase 2. Identificación de la población objeto de estudio estableciendo la edad. Se seleccionó una institución educativa pública de la ciudad de Valledupar

Fase 3. Revisión de las bases teóricas y antecedentes investigativos internacionales y nacionales relacionadas al riesgo suicida en adolescentes

Fase 4 Organización del marco teórico, marco conceptual y antecedentes investigativos sobre riesgo suicida, adolescentes

Fase 5 Creación del cuestionario sociodemográfico y escogencia del instrumento a utilizar (inventario de orientación suicida “ISO-30”)

Fase 6. Presentación de Carta de Autorización a la institución educativa Pública, presentación de la investigación firma de consentimiento informado

Fase 7. Firma de consentimiento informado de los padres de los adolescentes participantes en la investigación

Fase 8 Aplicación del cuestionario sociodemográfico y del “Inventario de orientación suicida-ISO-30” por King y Kowalchuck (1994) en sesiones aproximadas a 40 minutos

Fase 9. Tabulación y análisis de resultados.

Fase 10. Entrega de informes a los padres de familia de los resultados obtenidos en el “Inventario de orientación suicida ISO-30” por King y Kowalchuck (1994)

Fase 11 Elaboración del informe final

Fase 12. Socialización de resultados.

3.7 Aspectos éticos

Antes de dar inicio a la investigación y como componente ético primordial se solicitó a la institución educativa de carácter público de la ciudad de Valledupar, la autorización para el desarrollo de la investigación. (Apéndice 1).

La puesta en marcha de esta investigación se ciñó a lo establecido por la Ley 1090 expedida por el Congreso de la República y por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología, el cual dicta el Código Deontológico y Bioético y otras disposiciones. El proceso de investigación se sustentó bajo los parámetros éticos de la confidencialidad, el respeto de la

individualidad y del derecho a participar en el estudio solamente de manera voluntaria sin coartar la libertad y decisión de la persona; el cumplimiento de este parámetro está evidenciado en la firma del consentimiento informado (Apéndice 2) por parte de los representantes legales de los participantes antes de iniciar la aplicación.

Al comenzar la aplicación se hizo la presentación de la investigación y explicación del propósito del estudio, el procedimiento, los riesgos y beneficios, los aspectos de confidencialidad; además de dar a conocer los derechos de los participantes a quienes se les explicó que la participación era voluntaria, tanto a los padres como a los estudiantes como participantes directos. Así como lo plantea el (Código del Congreso de la República de Colombia 1090-2006, art. 2) apartado donde se describe las características de la investigación con participantes humanos; en la que el psicólogo debe abordar el desarrollo de la investigación con el respeto de los participantes la dignidad y el bienestar de los mismos.

De igual forma y bajo el cumplimiento de los deberes del psicólogo con las personas objeto de su ejercicio profesional. Se establece la necesidad de garantizar la confidencialidad; haciendo uso apropiado de los datos y resultados obtenidos a partir de las aplicaciones, mantenidos en un lugar seguro y sin acceso de terceros, bajo la responsabilidad de las investigadoras.

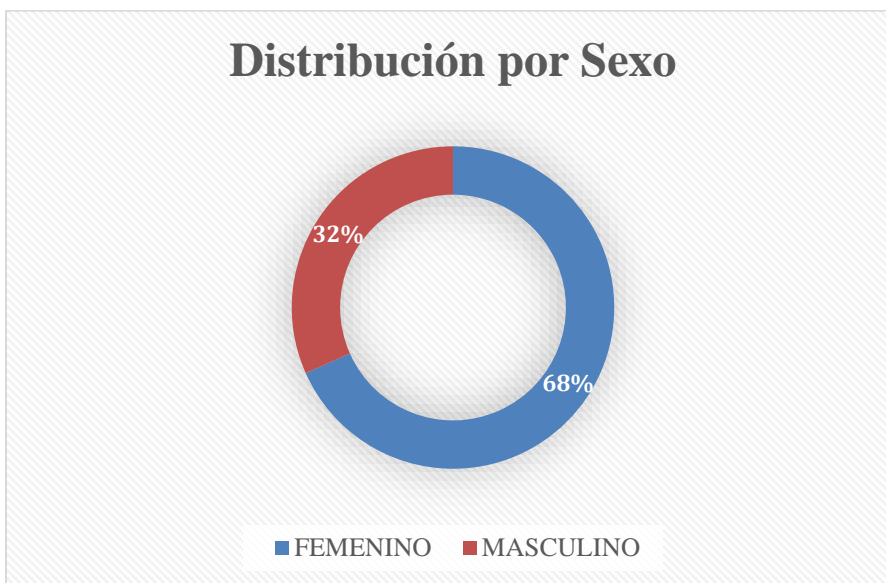
El (Código del Congreso de la República de Colombia 1090-2006, art 46) también establece que los instrumentos utilizados en las investigaciones deben cumplir con el rigor científico y los criterios de validez y confiabilidad. Razón por la se hace uso del Inventario de orientación suicida ISO-30” por King y Kowalchuck (1994), ya que es el instrumento validado para la población colombiana.

Otro aspecto fundamental al cual se le dio cumplimiento, y que surgió como un compromiso ineludible a partir de las aplicaciones y análisis de resultados de la investigación en el tema del suicidio; fue el reporte y presentación de resultados del Inventario de orientación suicida ISO-30” por King y Kowalchuck (1994), a la institución se le presentó un informe grupal de los resultados de riesgo suicida en los adolescentes (Véase Apéndice). También el (Código del Congreso de la República de Colombia 1090 2006, art 47) plantea que el psicólogo debe tener el cuidado necesario a la hora de dar a conocer los resultados de las aplicaciones realizadas; teniendo en cuenta que no deben ser el único instrumento para establecer diagnósticos, y debe hacer uso de otros instrumentos y recursos frente a la evaluación clínica. Al finalizar el proceso de entrega de resultados se le entrega recomendaciones frente a la promoción de la salud mental y a la prevención de la conducta suicida (Véase Apéndice).

4. RESULTADOS

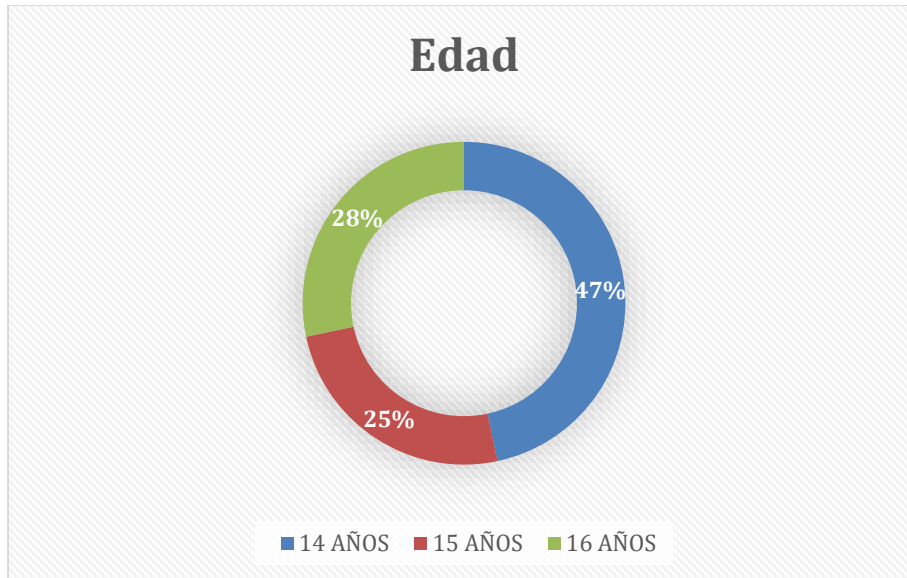
4.1. Caracterización sociodemográfica y de salud mental

La mayoría de participantes, el 68%, son mujeres (ver Figura 1). Predomina con 47% la edad de 14 años (ver Figura 2). En cuanto a grado, el 60% pertenece a noveno, seguido de décimo con un 28% (ver Figura 3). Respecto a con quienes conviven los participantes, el 76% lo hace con su familia de origen y un 22% con familiares (ver Figura 4).



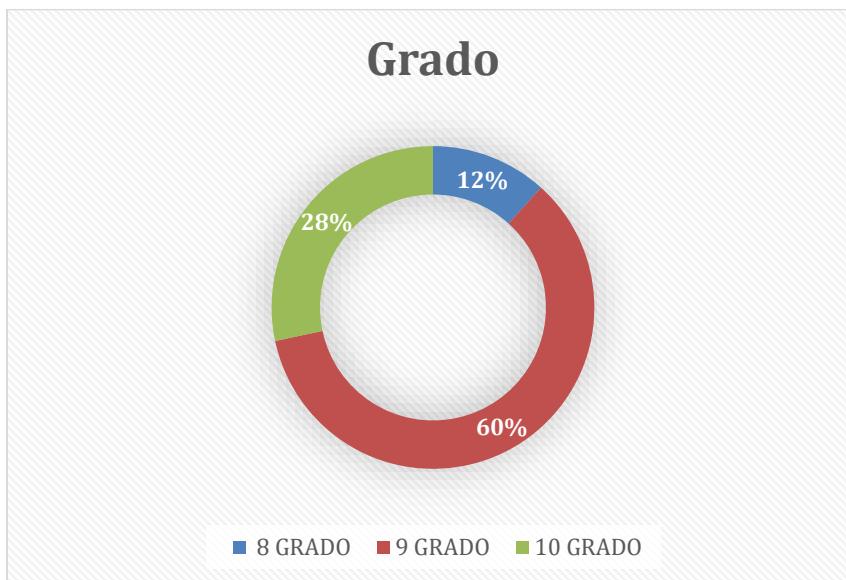
Dentro del estudio realizado, se puede observar que la muestra fue conformada por 82 personas del sexo femenino (68%), y 38 correspondientes al sexo masculino (32%).

Figura 1. Distribución porcentual de los participantes según el sexo. Fuente: Datos propios. n=120.



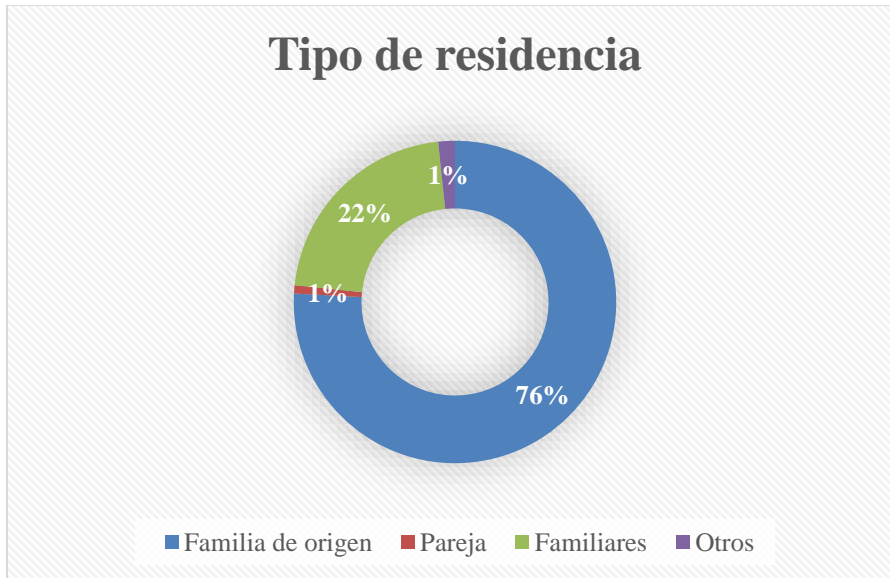
Los porcentajes según la edad pertenecen a la edad de 14 años el 47% (56 estudiantes), 15 años el 25% (30 estudiantes) y 16 años al 28% (34 estudiantes).

Figura 2. Distribución porcentual de los participantes según la edad. Fuente: Datos propios. n=120. 34 30 56



Dentro de los estudios realizados se observó que el total de la muestra en los grados (octavo, noveno, décimo grado), el 12% pertenece a el grado octavo (14 estudiantes), el 60% pertenece a noveno grado (72 estudiantes alumnos), y el 28% a décimo grado (34 estudiantes).

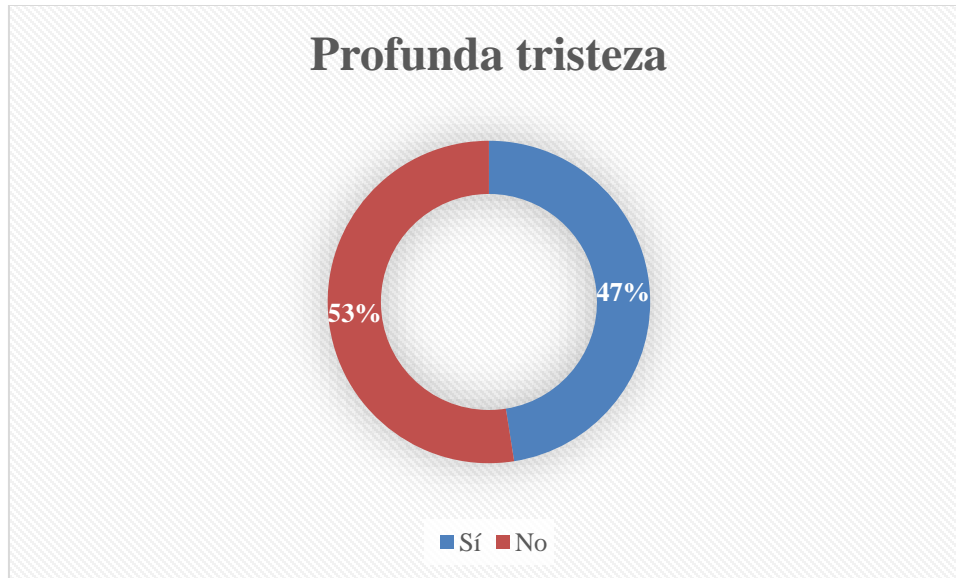
Figura 3. Distribución porcentual de los participantes según con grado. Fuente: Datos propios. n=120.



En la distribución según tipo de residencia el 76% equivale a 91 estudiantes afirmaron que conviven con su familia de origen, el 1% equivalente a 1 persona vive con su pareja, el 22% equivalente a 27 estudiantes afirman que viven con familiares, el 1% refiere que vive con otras personas sin parentesco familiar.

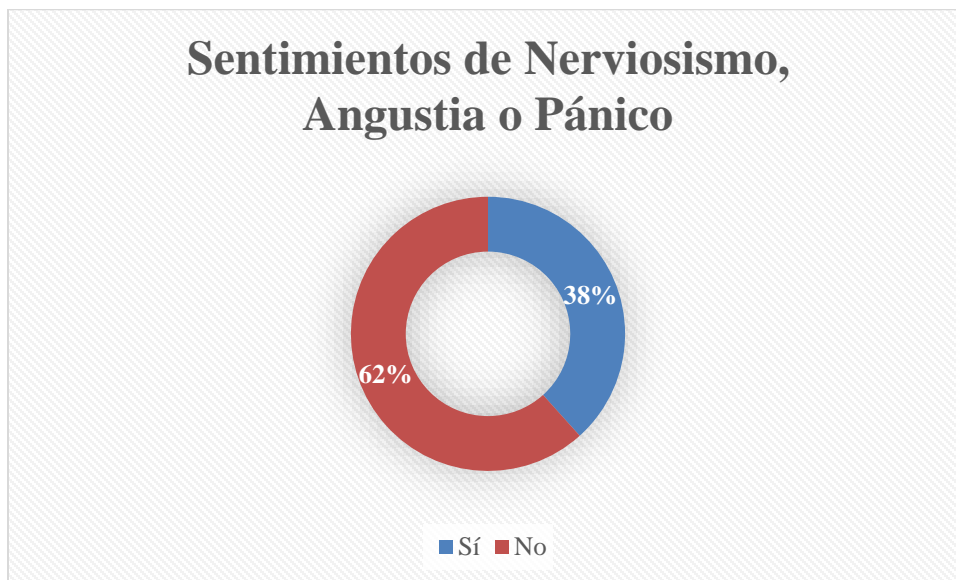
Figura 4. Distribución porcentual de los participantes según quienes convive. Fuente: Datos propios. n=120.

En relación a indicadores de salud mental, el 47% de participantes refieren sentir profunda tristeza (ver Figura 5), el 38% sentimientos de ansiedad (ver Figura 6), el 2% ha sido hospitalizado por problemáticas de salud mental (ver Figura 7), el 10% refiere antecedentes de trastorno psicológico (ver Figura 8), el 3% refiere tener trastorno psicológico actualmente (ver Figura 9), y el 1% está recibiendo medicación psiquiátrica (ver Figura 10); por último, el 13% refiere haber sido víctima de maltrato físico (ver Figura 11).



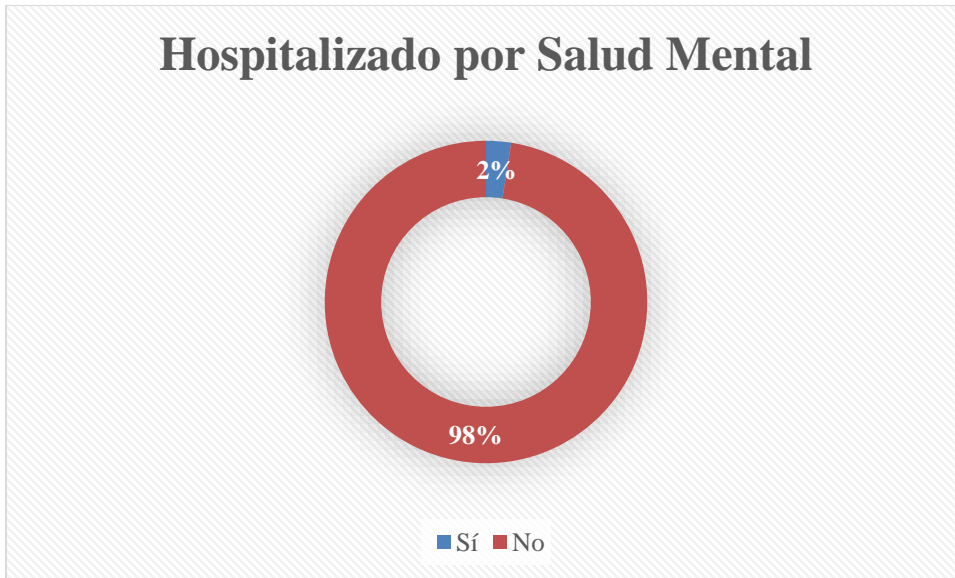
En la investigación el 47% (56 estudiantes) participantes refieren sentir profunda tristeza y el 53% (64 estudiantes) negaron sentir profunda tristeza.

Figura 5. Distribución porcentual de los participantes según sentimientos de profunda tristeza. Fuente: Datos propios. n=120.



En la investigación el 38% (46 estudiantes) participantes refieren sentir sentimientos de nerviosismo, angustia o pánico el 62% (74 estudiantes) negaron sentir sentimientos de nerviosismo, angustia o pánico

Figura 6. Distribución porcentual de los participantes según sentimientos de ansiedad. Fuente: Datos propios. n=120.



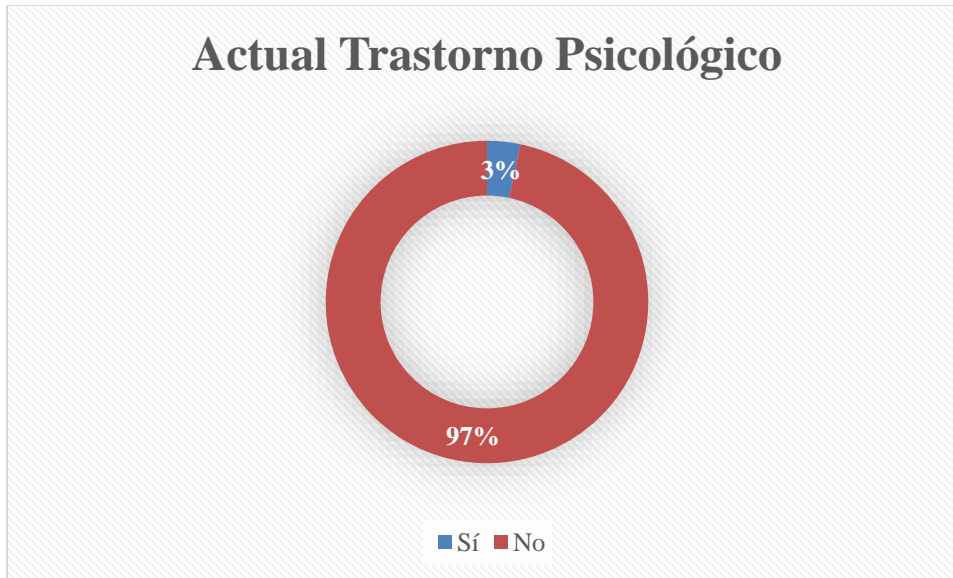
El 98% (118 estudiantes) de los participantes negaron haber estado hospitalizados por salud mental, el 2% (2 estudiantes) afirmaron haber estado al menos una vez hospitalizados por salud mental

Figura 7. Distribución porcentual de los participantes según si ha sido hospitalizado por problemáticas de salud mental. Fuente: Datos propios. n=120.



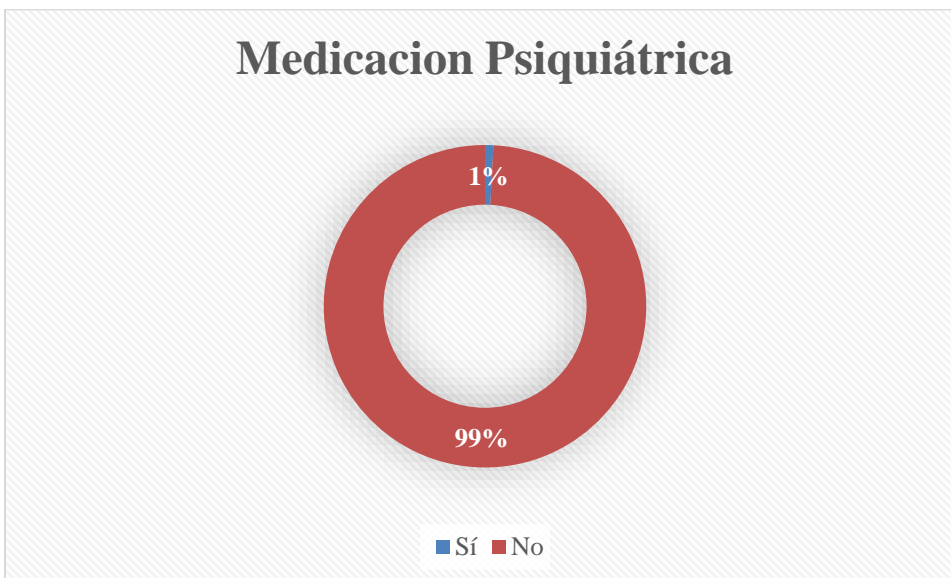
El 10% (12 estudiantes) de los participantes afirmaron tener antecedentes de trastorno psicológico el 90% (108 estudiantes) negaron tener antecedentes de trastornos psicológicos.

Figura 8. Distribución porcentual de los participantes según antecedente de trastornos psicológicos. Fuente: Datos propios. n=120.



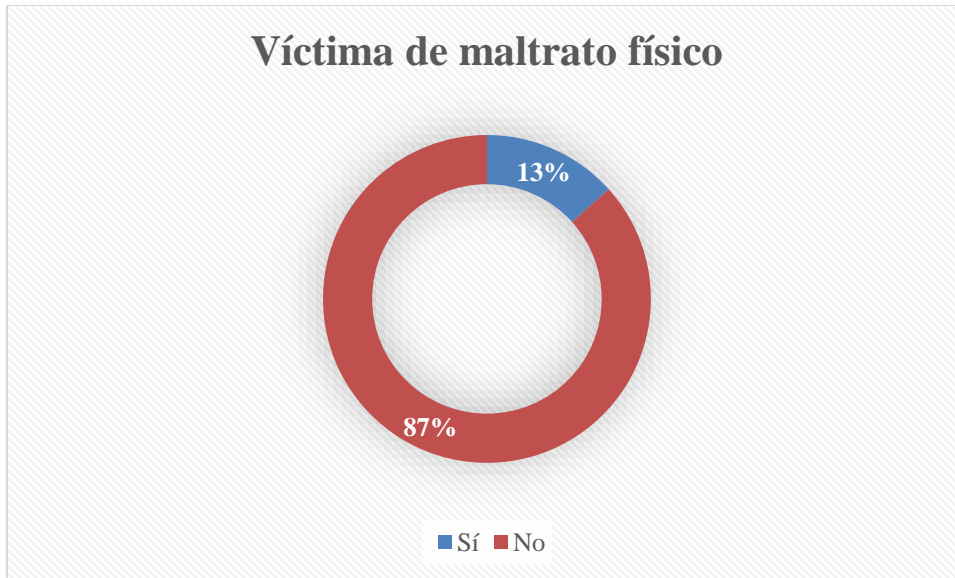
El 3% (4 estudiantes) de los participantes respondieron de forma afirmativa tener un trastorno psicológico, el 97% (116 estudiantes) contestaron de que no poseen ningún trastorno psicológico.

Figura 9. Distribución porcentual de los participantes según trastorno psicológico actualmente. Fuente: Datos propios. n=120.



El 99% (119 estudiantes) de los participantes no toman medicamentos psiquiátricos, el 1% (1 estudiante) si toma medicamentos psiquiátricos.

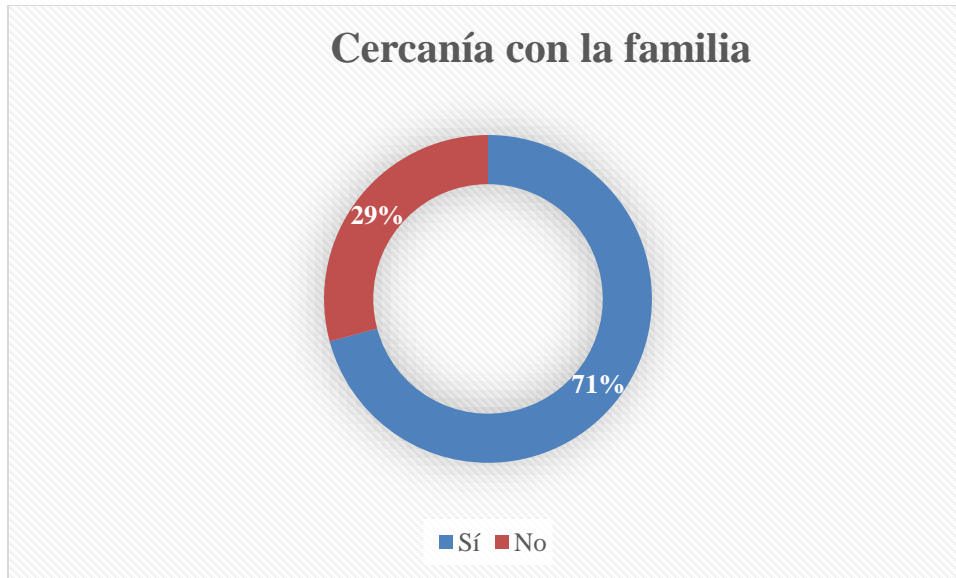
Figura 10. Distribución porcentual de los participantes según si está recibiendo medicación psiquiátrica. Fuente: Datos propios. n=120.



104 estudiantes contestaron de forma afirmativa que, si son víctimas de maltrato.

Figura 11. Distribución porcentual de los participantes según si ha sido víctima de maltrato físico. Fuente: Datos propios. n=120.

Respecto al apoyo social percibido en casa y en el colegio, se describe a continuación los hallazgos. Un 29% refiere no tener cercanía afectiva con la familia (ver Figura 12); un 25% refiere conflictos a nivel familiar (ver Figura 13); un 18% refiere no tener cercanía y comodidad en la relación con amigos (ver Figura 14); un 13% refiere conflicto con pares (ver Figura 15); un 19% percibe que no tiene seguridad y apoyo social en los contextos en los que se desenvuelve (ver Figura 16); y, por último, un 18% indica tener problemas sentimentales de pareja (ver Figura 17).



35 participantes (29%) refieren no tener cercanía afectiva con su familia

Figura 12. Distribución porcentual de los participantes según percepción de cercanía afectiva con la familia. Fuente: Datos propios. n=120.



30 participantes (25%) refieren que tienen conflictos a nivel familiar

Figura 13. Distribución porcentual de los participantes según percepción de conflicto a nivel familiar. Fuente: Datos propios. n=120.



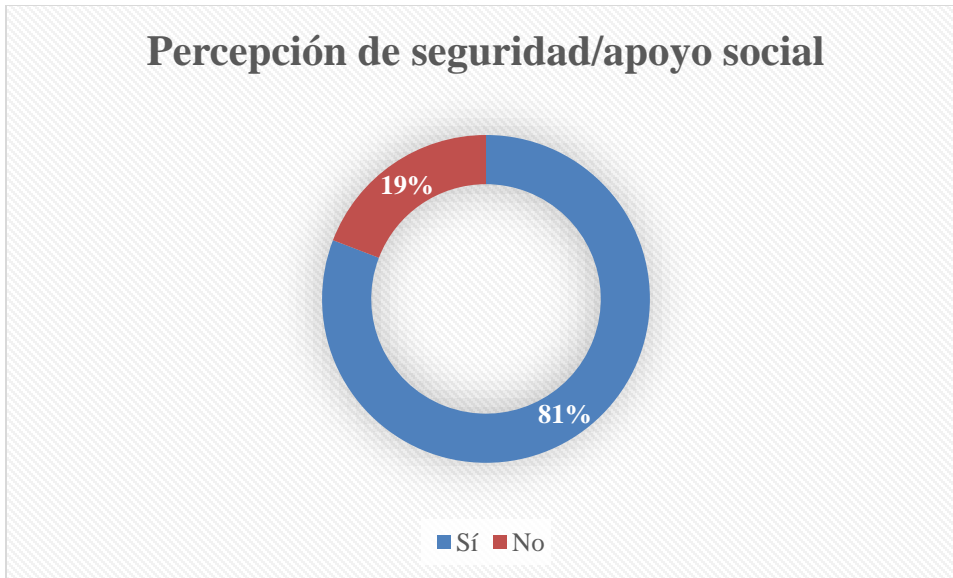
El 18% de los participantes refieren no tener cercanía y comodidad con sus compañeros.

Figura 14. Distribución porcentual de los participantes según percepción de cercanía y comodidad en relación con amigos. Fuente: Datos propios. n=120.



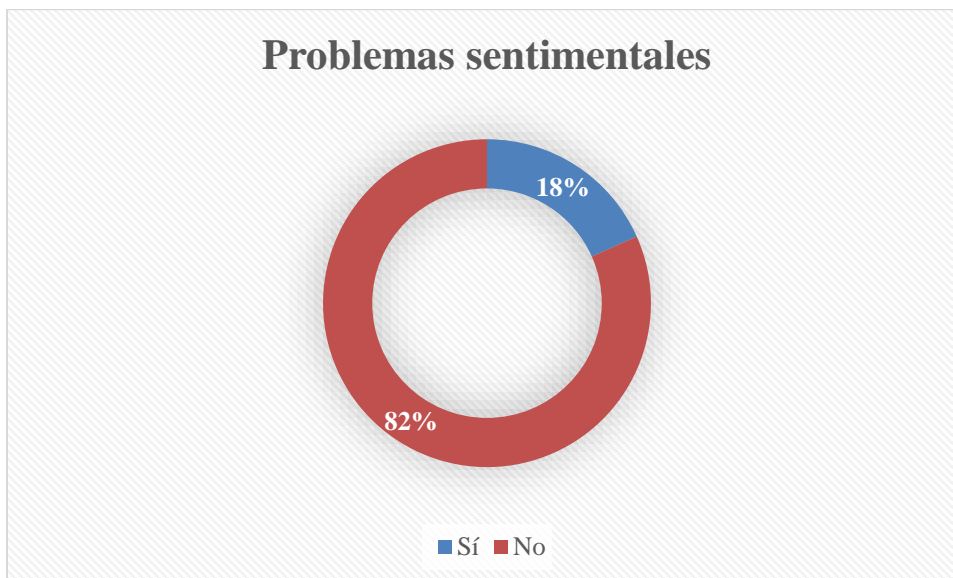
El 13% de los participantes refiere que tienen conflictos con sus compañeros.

Figura 15. Distribución porcentual de los participantes según conflicto con pares o compañeros. Fuente: Datos propios. n=120.



El 19% de los participantes percibe que no tiene seguridad y apoyo social en los contextos en los que se desenvuelve

Figura 16. Distribución porcentual de los participantes según percepción de seguridad y apoyo social en los contextos en que se desenvuelve. Fuente: Datos propios. n=120.

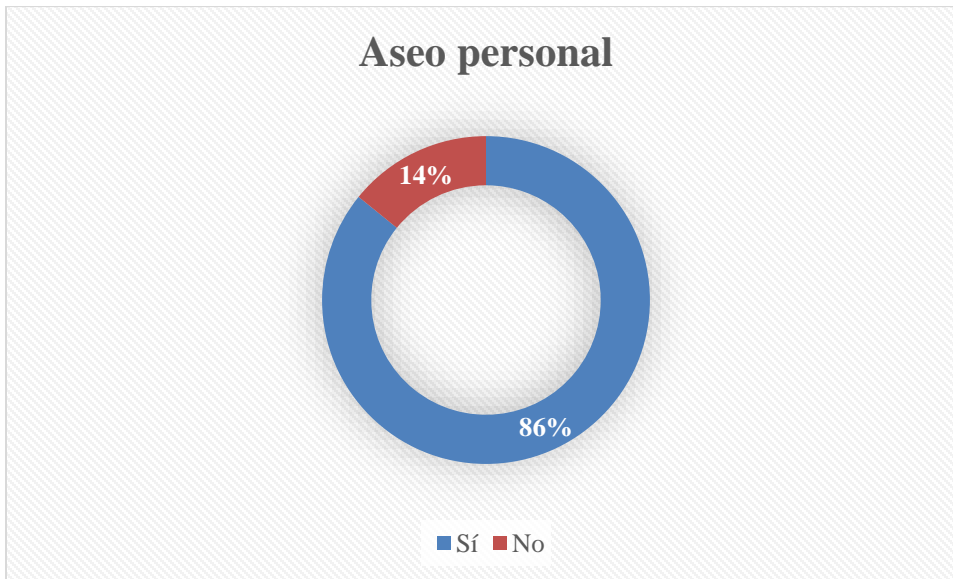


El 18% de los participantes indica tener problemas sentimentales con su pareja

Figura 17. Distribución porcentual de los participantes según si tiene actualmente problemas sentimentales o de pareja. Fuente: Datos propios. n=120.

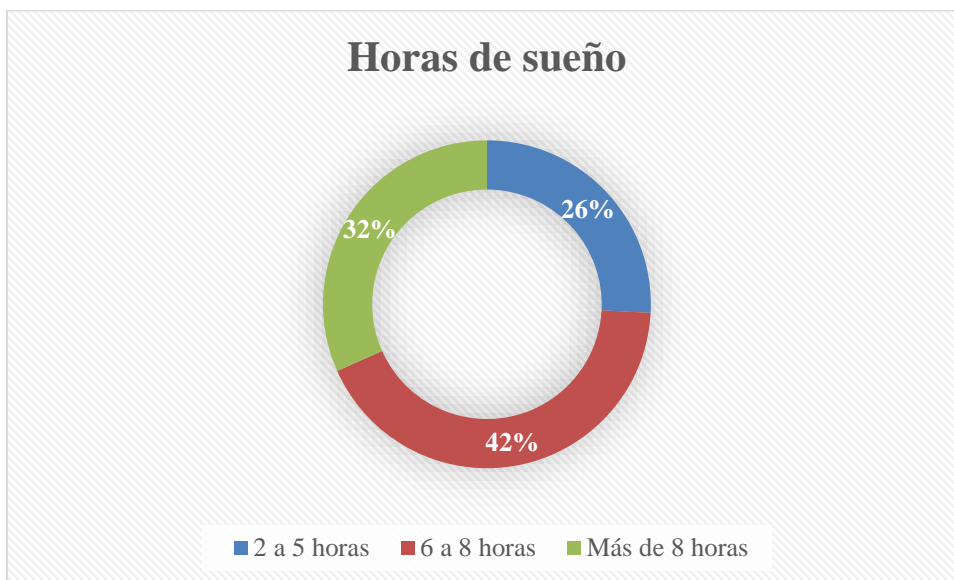
Finalmente, se describen las proporciones según conductas relacionadas con salud o con riesgo. El 14% de participantes indican no tener buenos hábitos de aseo (ver Figura 18). Sobre las horas de sueño, el 42% duerme entre 6 y 8 horas, el 32% más de 8 horas y un preocupante

26% duerme 5 horas o menos (ver Figura 19). El 3% manifiesta tener conductas violentas hacia sus compañeros en el colegio (ver Figura 20) y el 3% indica tener acceso a armas (ver Figura 21).



El 14% de participantes indican no tener buenos hábitos de aseo personal.

Figura 18. Distribución porcentual de los participantes según hábitos de aseo adecuados. Fuente: Datos propios. n=120.



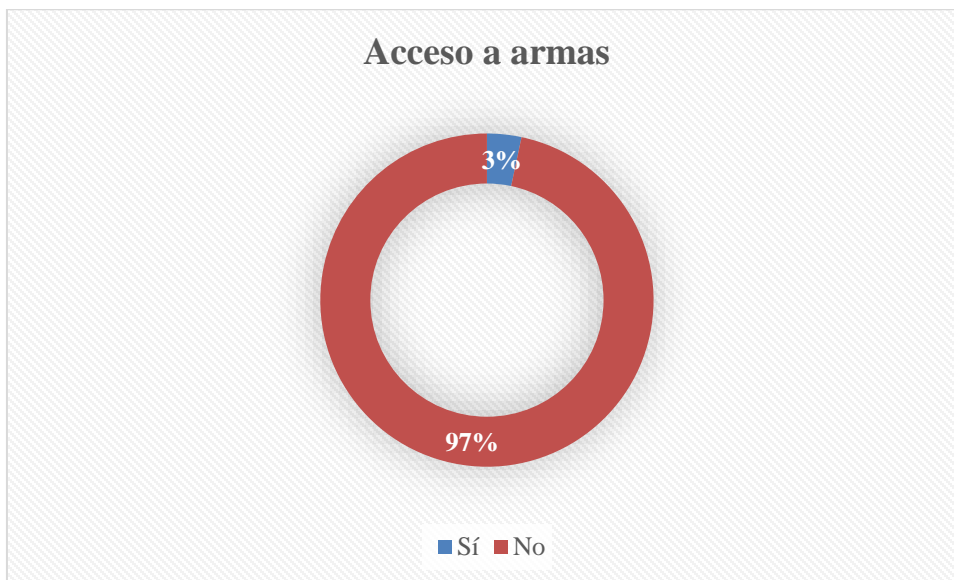
Sobre las horas de sueño, el 42% duerme entre 6 y 8 horas, el 32% más de 8 horas y un preocupante 26% duerme 5 horas o menos.

Figura 19. Distribución porcentual de los participantes según horas de sueño. Fuente: Datos propios. n=120.



El 3% de los participantes manifiesta tener conductas violentas hacia sus compañeros en el colegio

Figura 20. Distribución porcentual de los participantes según si tiene conductas violentas en el colegio. Fuente: Datos propios. n=120.



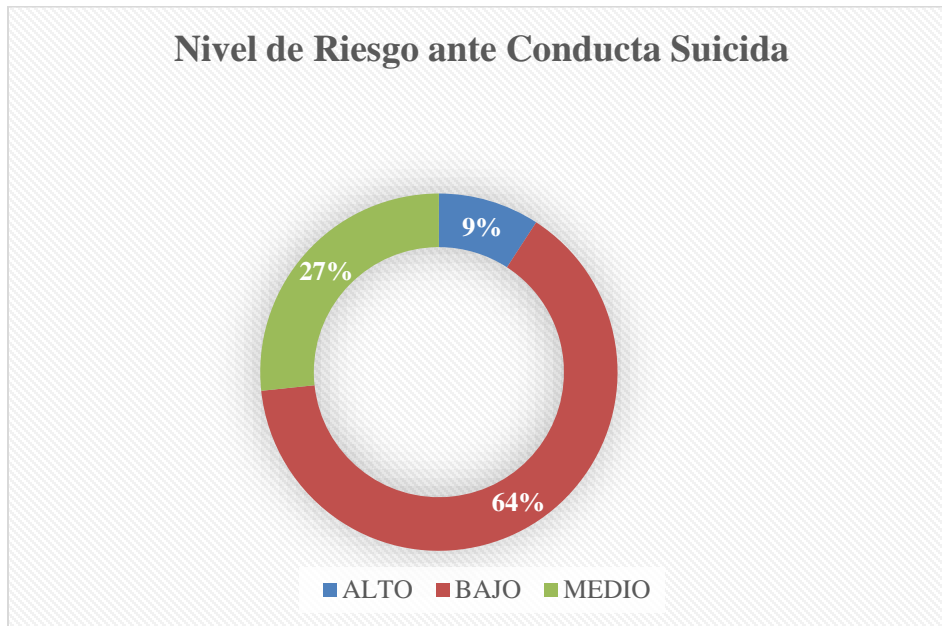
el 3% de los participantes indica tener acceso a armas de fuego.

Figura 21. Distribución porcentual de los participantes según si tiene acceso a armas. Fuente: Datos propios. n=120.

4.2. Nivel de riesgo

En cuanto al nivel de riesgo suicida obtenido por el grupo, la Figura 22 indica que el 9% se encuentra en un riesgo alto, seguido de un 27% de riesgo medio y un 64% en riesgo bajo. En la

siguiente sección se analiza las diferencias en el riesgo general ante conducta suicida, según varias variables e indicadores.



A partir de los resultados el 9% se encuentra en un riesgo alto, seguido de un 27% de riesgo medio y un 64% en riesgo bajo. Dando a entender que el riesgo suicida es de un 64% con presencia de nivel bajo.

Figura 22. Distribución porcentual de los participantes según nivel de riesgo ante conducta suicida, de acuerdo con el ISO-30. Fuente: Datos propios. n=120.

4.3. Análisis comparativo por dimensiones y riesgo

La medición hecha mediante el ISO-30 arrojó resultados según las dimensiones de riesgo ante conducta suicida. En la Figura 23 se muestran los datos de la media y desviación estándar de cada una de las cinco dimensiones. Como puede verse, el promedio más alto fue obtenido en *Incapacidad para Afrontar las Emociones*. Los puntajes promedio (línea azul de la Figura 23) de *Soledad/aislamiento*, *baja autoestima* e *ideación suicida* son similares, y el nivel más bajo se encontró en *desesperanza*. En cuanto a variación de los datos (línea roja de la Figura), se halló que los sentimientos de soledad y aislamiento son menos homogéneos entre los participantes; la *desesperanza* y la *incapacidad de afrontar* fueron las dimensiones con menor variabilidad. A continuación, se hace una comparativa de los promedios de los participantes clasificados según

características sociodemográficas, indicadores de salud mental, percepción de apoyo social y conductas de autocuidado. Fueron excluidas del análisis comparativo aquellas variables dicotómicas en las cuales una de las dos categorías tuviera un porcentaje menor a 5%.

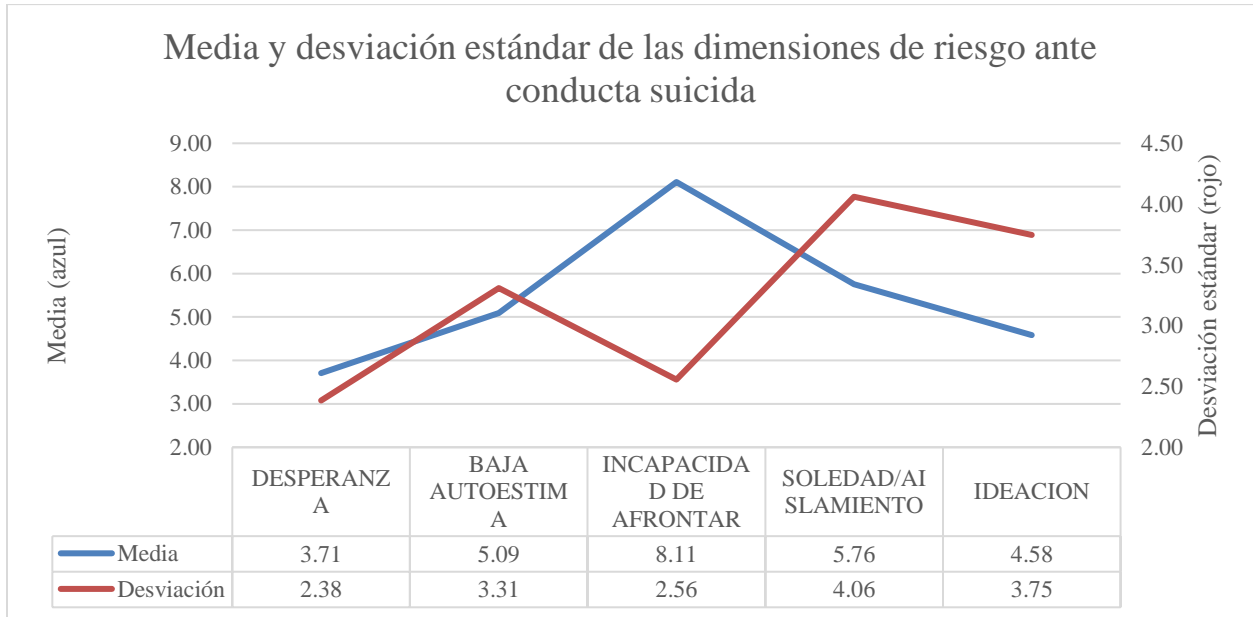


Figura 23. Media y desviación estándar para las dimensiones de riesgo ante conducta suicida medidas mediante el ISO-30. Fuente: Datos propios. n=120.

4.3.1. Comparación por variables sociodemográficas

La Figura 24 muestra la comparación de medias según sexo. Puede notarse que las diferencias no son tan marcadas, aunque en la mayoría de dimensiones y en el puntaje total de riesgo, las mujeres presentan mayor nivel de riesgo.

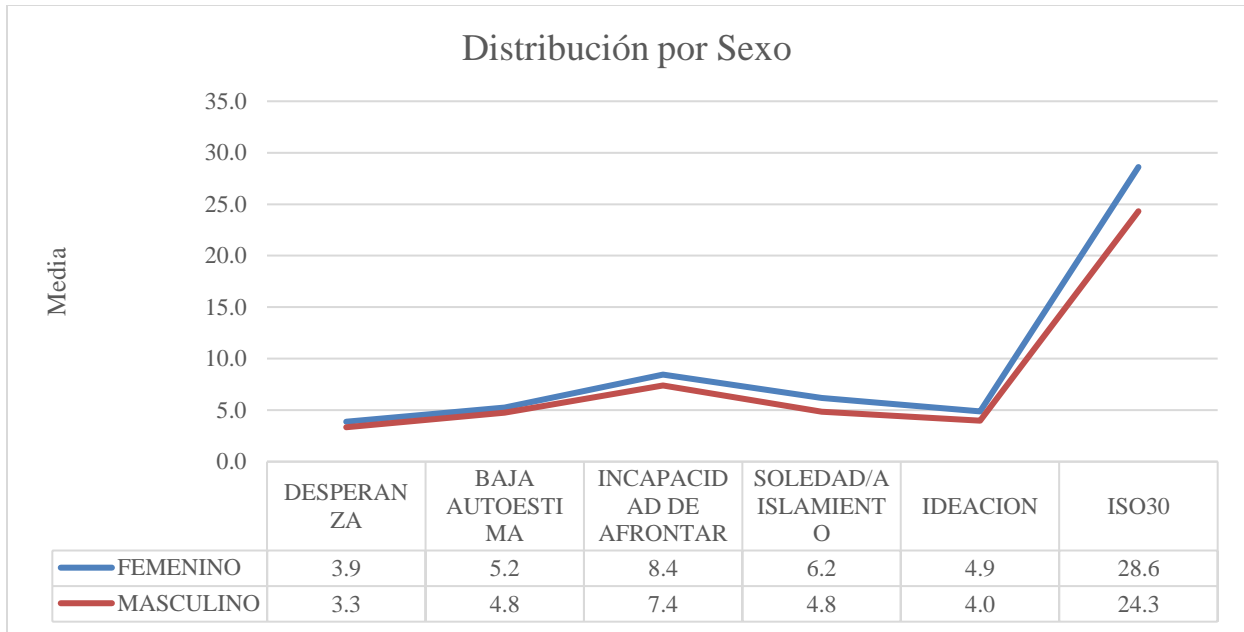


Figura 24. Comparación de puntajes promedio en dimensiones y riesgo general ante conducta suicida, según el sexo. Fuente: Datos propios. n=120.

Con respecto a los grupos de edad (ver Figura 25), no hubo diferencias aparentes entre los participantes de 14 y 16 años, pero puede notarse que quienes tienen 15 años tienden a tener mayor riesgo general, y en las dimensiones, la diferencia más notoria se da en soledad/aislamiento.

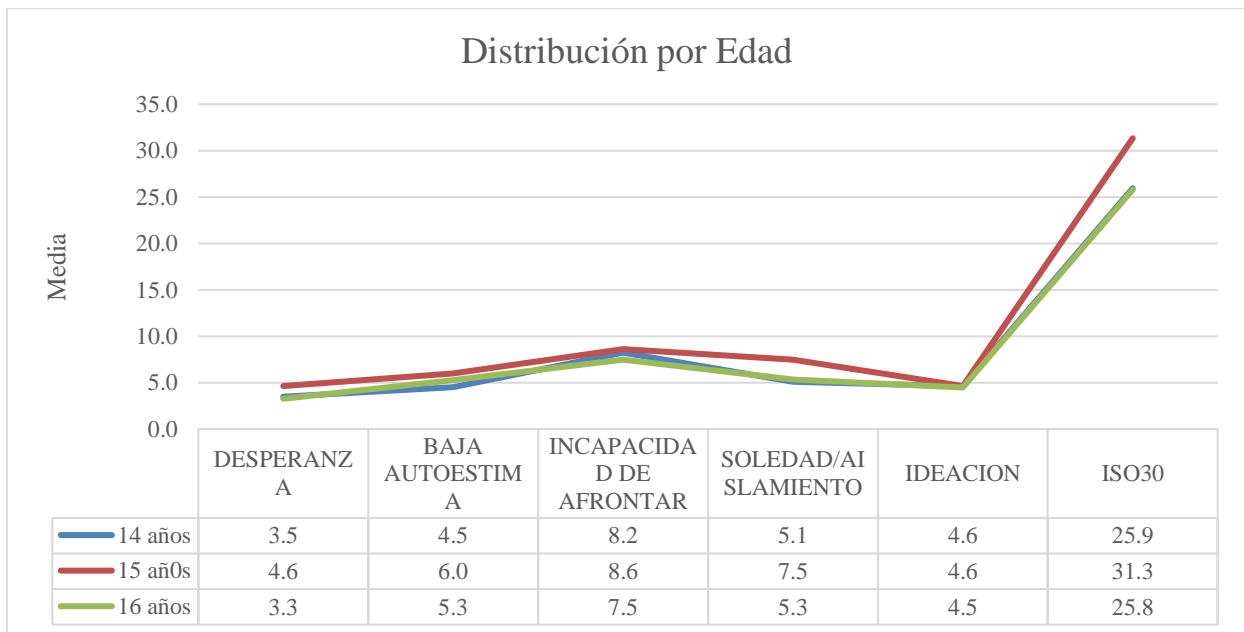


Figura 25. Comparación de puntajes promedio en dimensiones y riesgo general ante conducta suicida, según la edad. Fuente: Datos propios. n=120.

El grado no muestra repercusión o diferencias notorias entre los riesgos por dimensión y riesgo general ante conducta suicida, tal y como puede verse en la Figura 26.

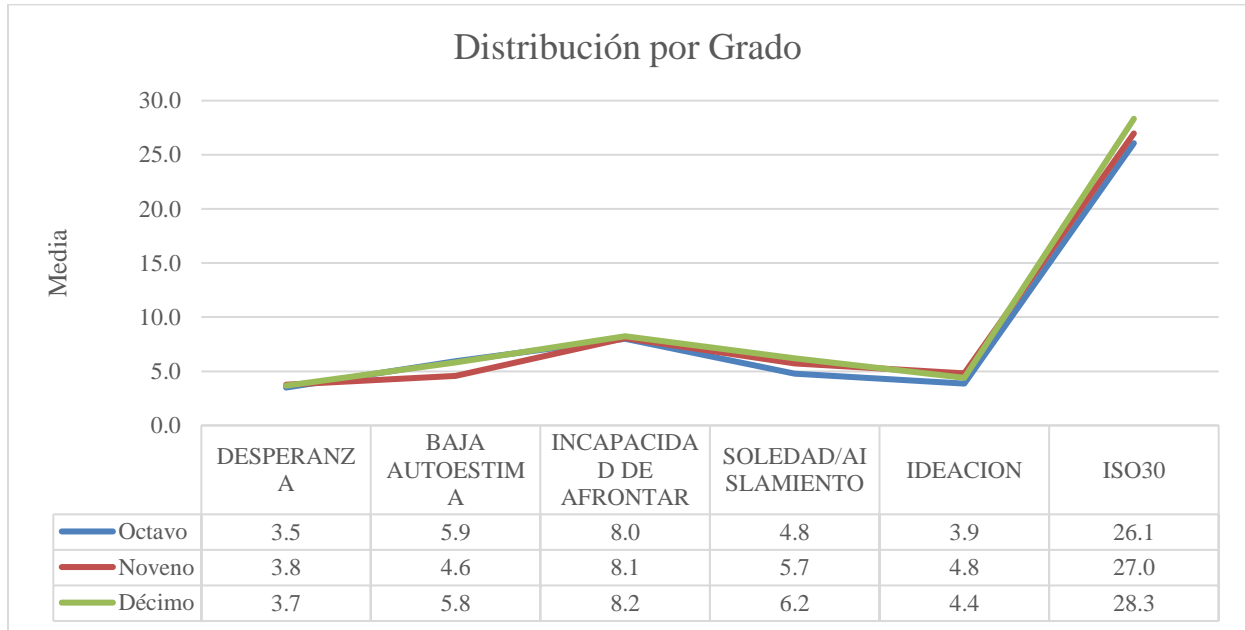


Figura 26. Comparación de puntajes promedio en dimensiones y riesgo general ante conducta suicida, según el grado. Fuente: Datos propios. n=120.

De igual forma, tampoco parece haber diferencias notorias o significativas según si se convive con la familia original o con otros familiares, según se expone en la Figura 27.

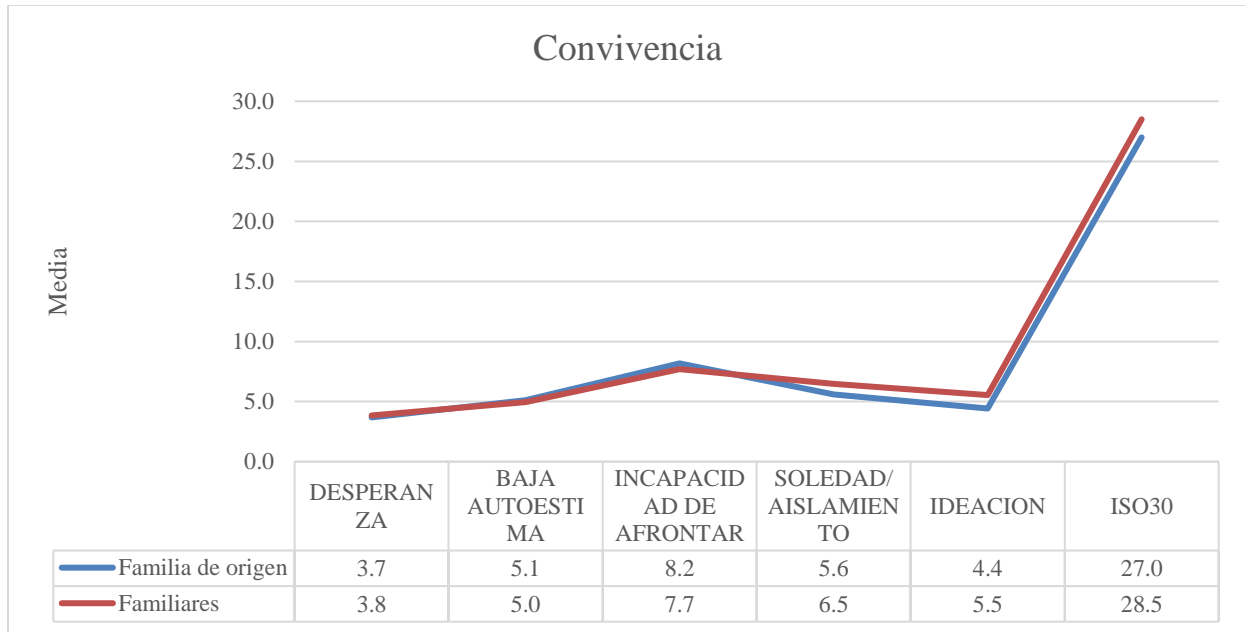


Figura 27. Comparación de puntajes promedio en dimensiones y riesgo general ante conducta suicida, según con quienes convive. Fuente: Datos propios. n=120.

4.3.2. Comparación por indicadores de salud mental

Los indicadores de salud mental, en general, muestran diferencias interesantes. Por ejemplo, la diferencia en nivel de riesgo en casi todas las dimensiones (salvo desesperanza) entre quienes tienen y quienes no tienen sentimientos de profunda tristeza, es muy marcada, según se muestra en la Figura 28.

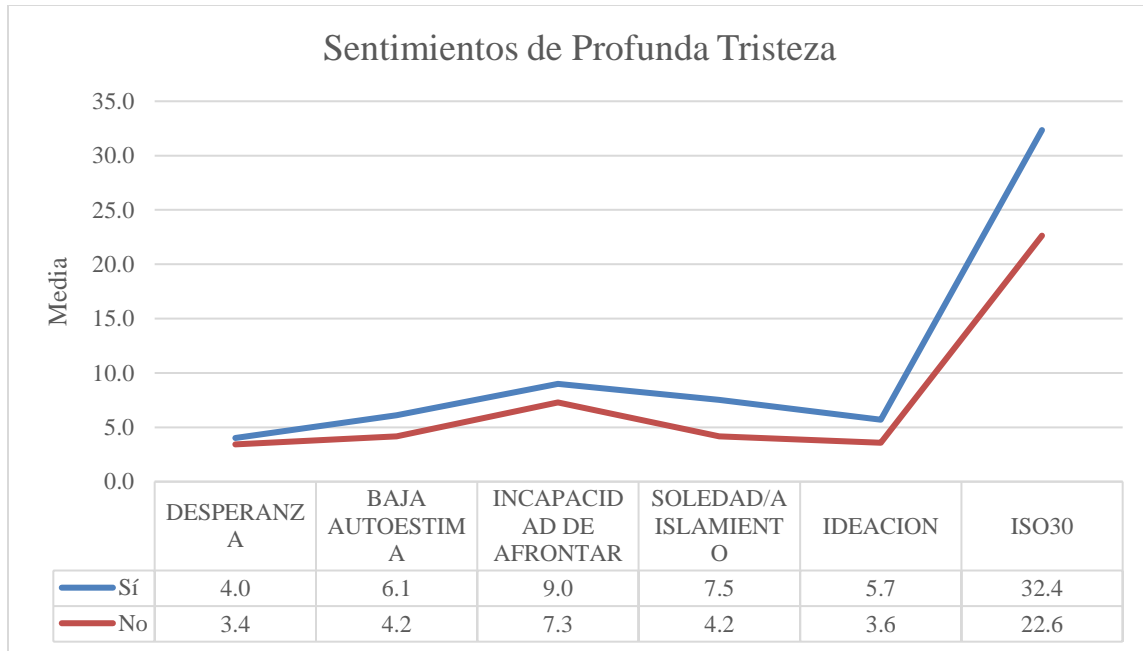


Figura 28. Comparación de puntajes promedio en dimensiones y riesgo general ante conducta suicida, según si se tienen sentimientos de profunda tristeza. Fuente: Datos propios. n=120.

Un poco menos marcada, también se nota la diferencia entre quienes presentan síntomas de ansiedad y quienes no, como puede notarse en la Figura 28, donde la diferencia entre los promedios de las dimensiones soledad/aislamiento, ideación suicida y riesgo general es evidente (ver Figura 29).

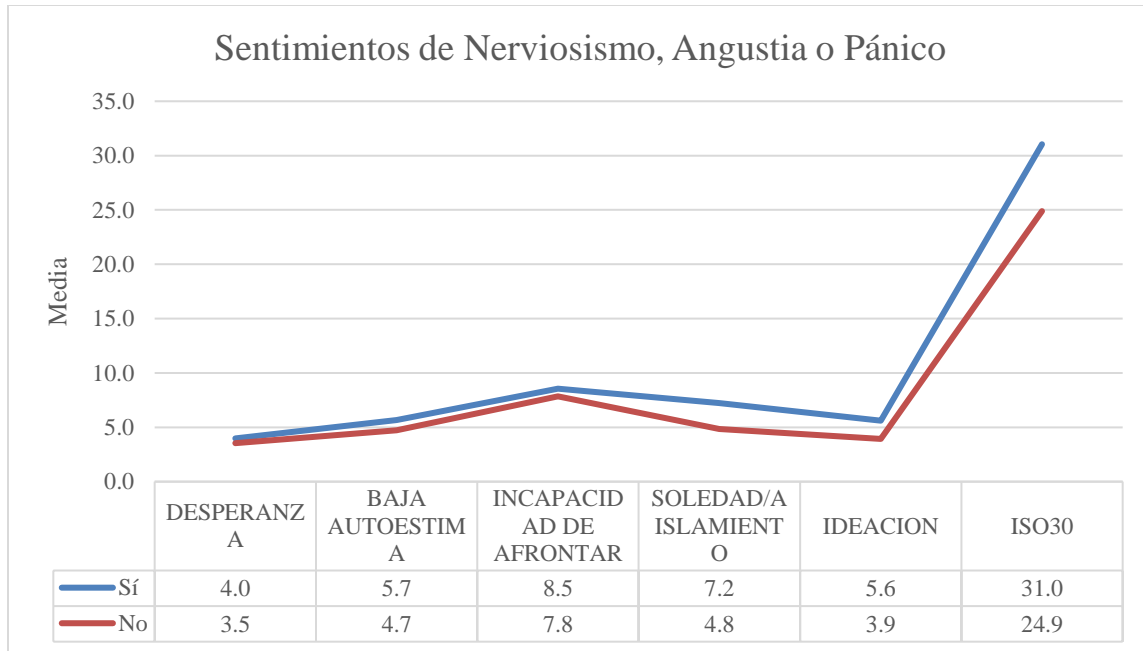


Figura 29. Comparación de puntajes promedio en dimensiones y riesgo general ante conducta suicida, según si se tienen sentimientos o síntomas de ansiedad. Fuente: Datos propios. n=120.

Por su parte, haber tenido tratamiento psicológico en el pasado no mostró ser un factor diferenciador de mayor o menor riesgo en las dimensiones y en general, como puede notarse en la Figura 30.

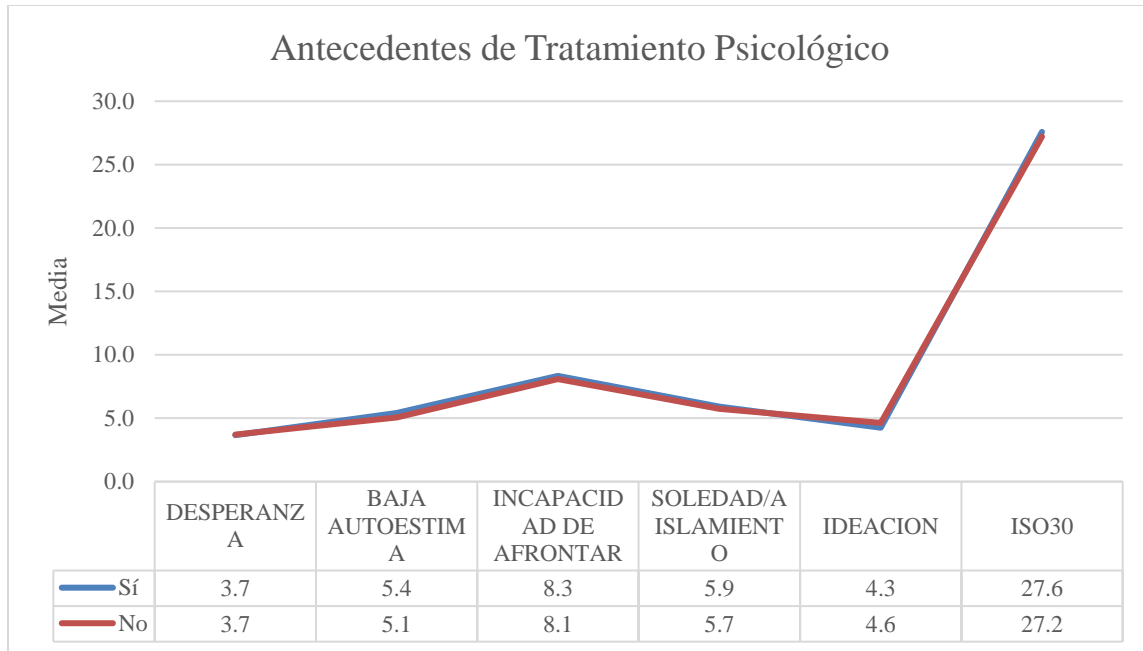


Figura 30. Comparación de puntajes promedio en dimensiones y riesgo general ante conducta suicida, según antecedentes de tratamiento psicológico. Fuente: Datos propios. n=120.

Ser víctima de maltrato físico es un factor diferenciador clave según los datos. La Figura 31 muestra ese hallazgo, donde los puntajes de las personas que fueron maltratadas son bastante más altos que quienes reportan no haberlo sido, salvo en la dimensión de incapacidad para afrontar emociones. El puntaje en riesgo general incluso dista un poco más de 15 puntos en los promedios.

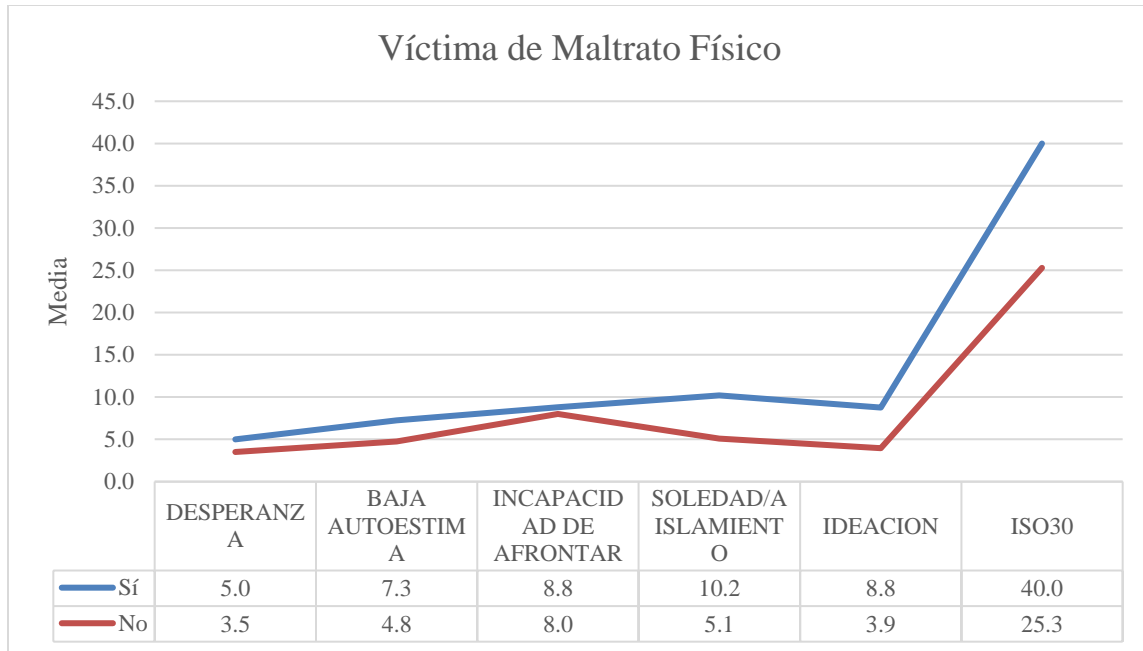


Figura 31. Comparación de puntajes promedio en dimensiones y riesgo general ante conducta suicida, según si fue víctima de maltrato físico. Fuente: Datos propios. n=120.

4.3.3. Comparación por apoyo social percibido

El tema del apoyo social y calidad de las relaciones interpersonales también se expone como un importante diferenciador del nivel de riesgo. La Figura 32 muestra la comparación entre quienes manifiestan cercanía en las relaciones familiares y quienes no; este último grupo tiene mayor riesgo en todas las dimensiones (salvo incapacidad de afrontar emociones) y riesgo en general (ISO-30). En el mismo sentido, las personas que perciben relaciones conflictivas en sus relaciones intrafamiliares, presentan mayor riesgo generalizado en las dimensiones y en el puntaje total (Figura 33).

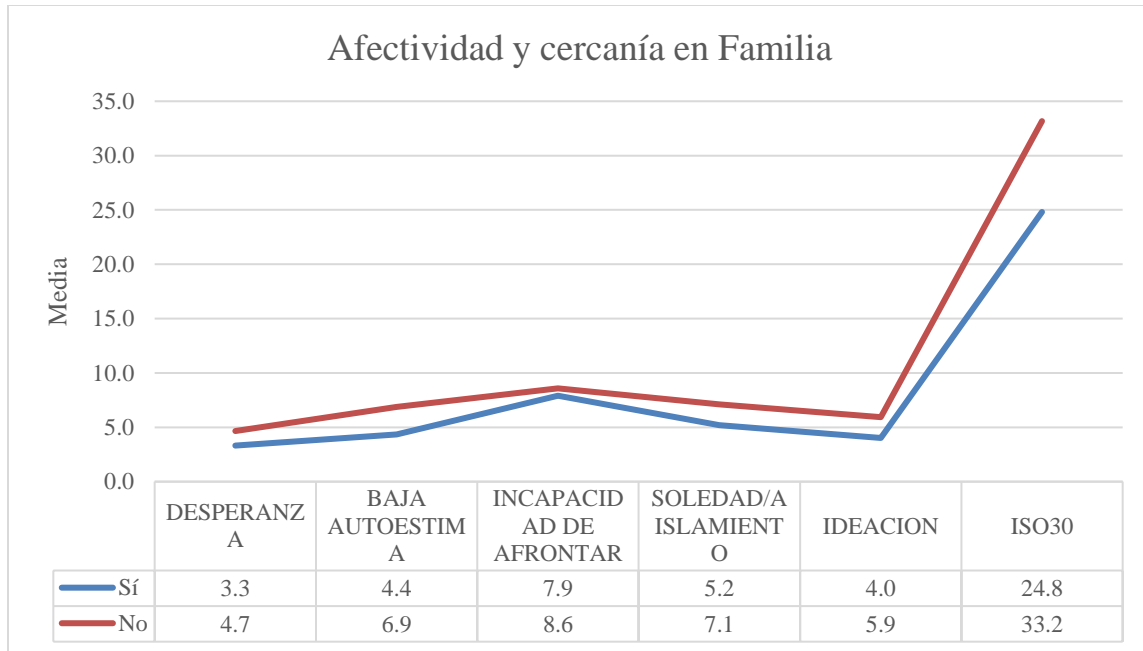


Figura 32. Comparación de puntajes promedio en dimensiones y riesgo general ante conducta suicida, según percepción de afectividad y cercanía con la familia. Fuente: Datos propios. n=120.

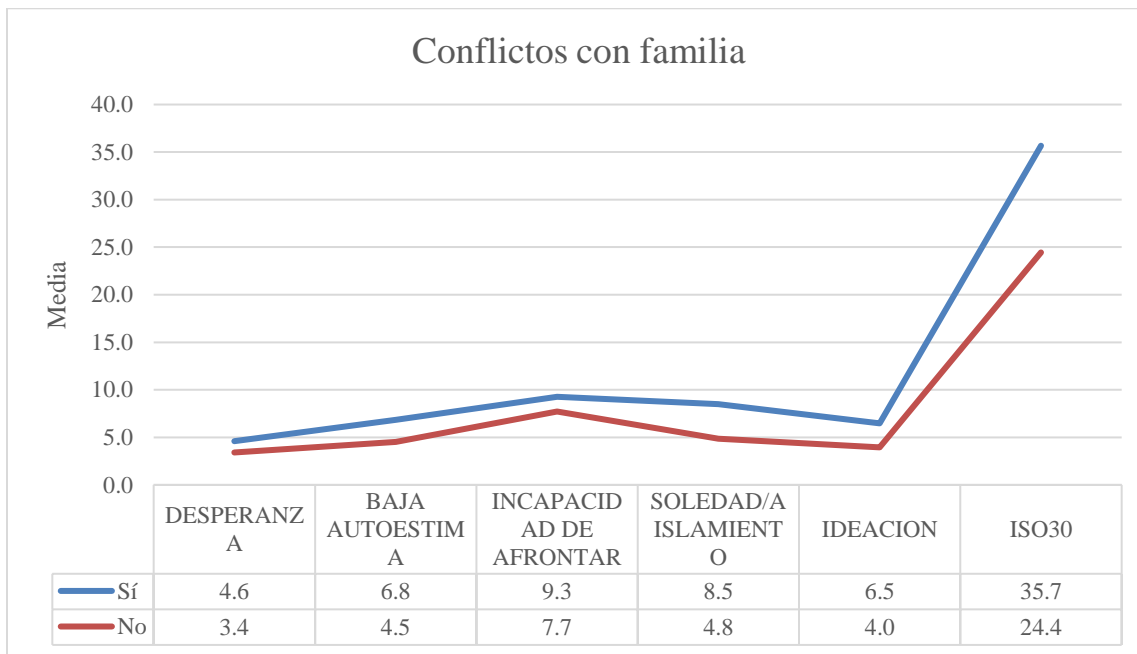


Figura 33. Comparación de puntajes promedio en dimensiones y riesgo general ante conducta suicida, según percepción de conflicto en las relaciones familiares. Fuente: Datos propios. n=120.

La relación con los pares amigos fue también importante. La Figura 34 muestra que en las dimensiones de soledad/aislamiento, ideación y riesgo general, las personas con peor percepción de su cercanía con los amigos, tienen mayor riesgo. La diferencia es menos notoria en la percepción de conflicto con los compañeros (ver Figura 35), si bien en riesgo general hay 4 puntos de diferencia en contra de quienes sí perciben conflictividad.

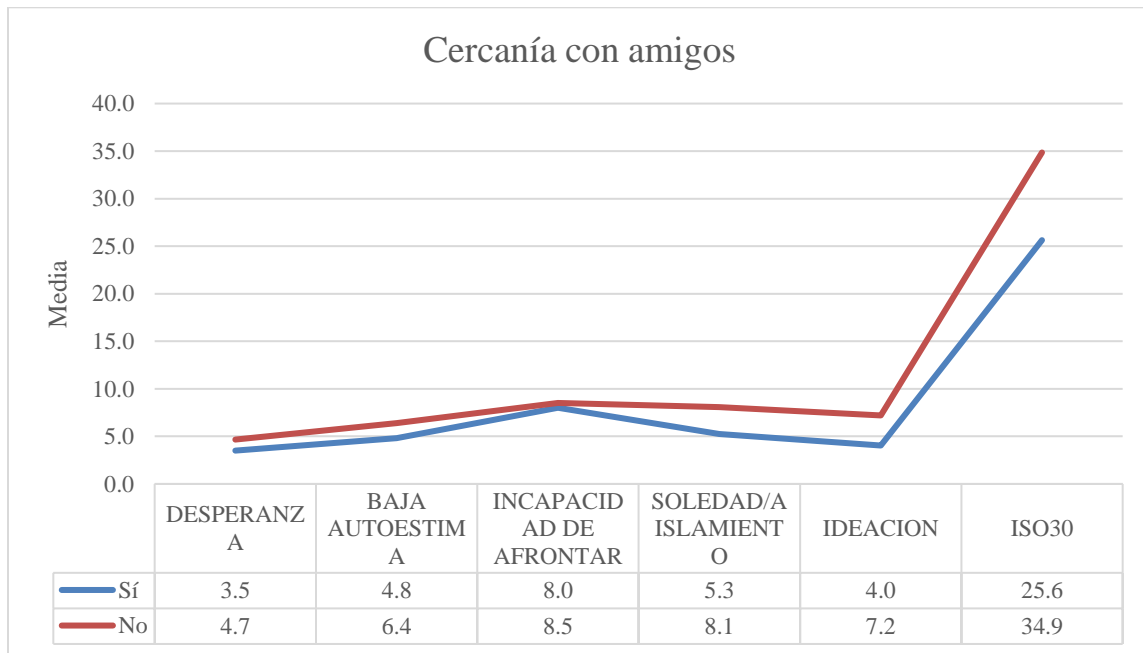


Figura 34. Comparación de puntajes promedio en dimensiones y riesgo general ante conducta suicida, según percepción de cercanía en la relación con amigos. Fuente: Datos propios. n=120.

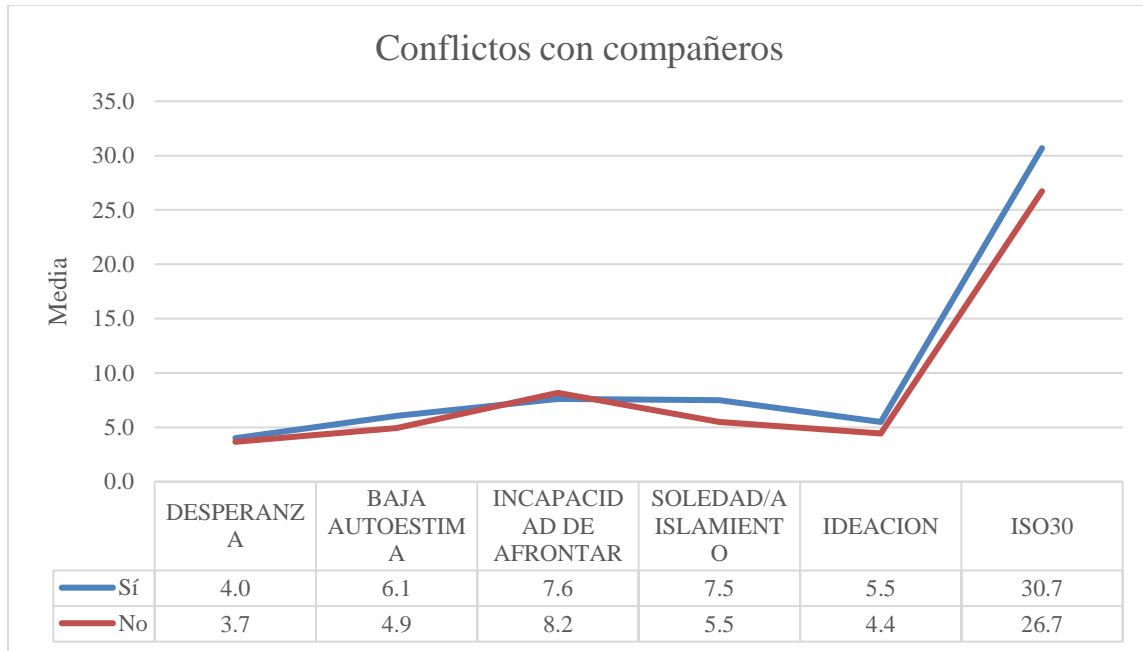


Figura 35. Comparación de puntajes promedio en dimensiones y riesgo general ante conducta suicida, según percepción de conflicto en las relaciones con compañeros. Fuente: Datos propios. n=120.

La presencia de problemas sentimentales, románticos o de pareja, fue otro factor diferenciador importante. Puede verse en la Figura 36 que hay una diferencia de diez puntos en los promedios en contra del grupo que sí tiene problemas sentimentales; Ese mismo grupo estuvo por encima en todas las dimensiones, pero, sobre todo, en soledad/aislamiento y en ideación suicida.

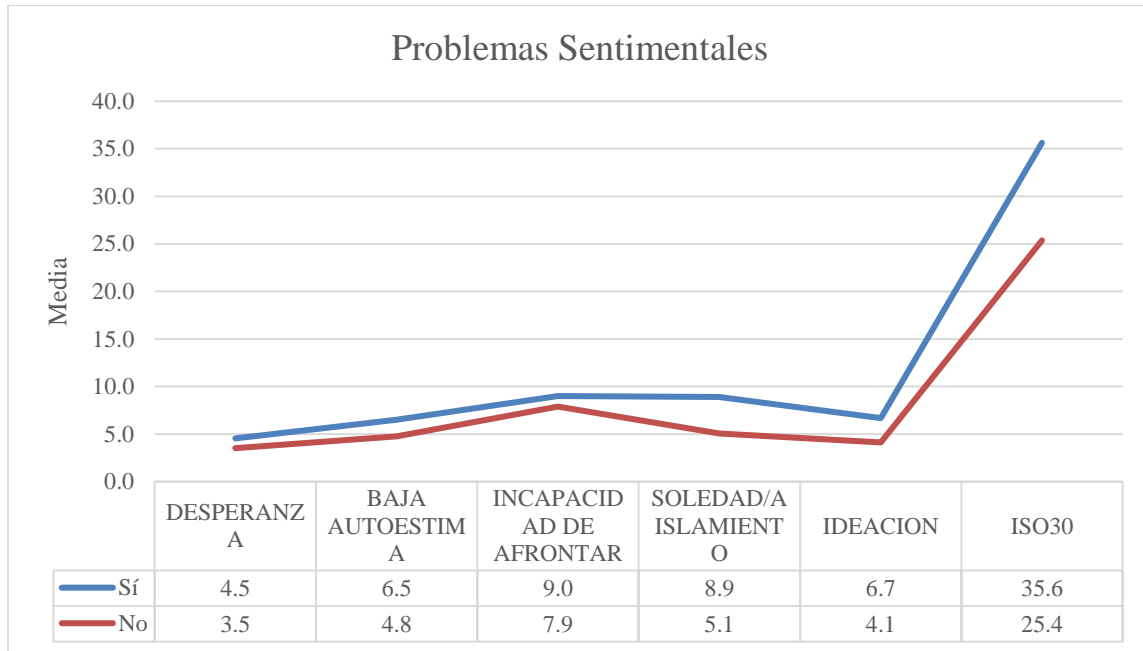


Figura 36. Comparación de puntajes promedio en dimensiones y riesgo general ante conducta suicida, según si tiene problemas sentimentales. Fuente: Datos propios. n=120.

4.3.4. Comparación por conductas de autocuidado

El último punto de comparación se pudo hacer con las conductas de autocuidado.

Sorprendentemente, reportar mejor o peor higiene personal fue un diferenciador de riesgo en casi todas las dimensiones, excepto en incapacidad de afrontar emociones, y también lo fue en el riesgo en general, por una diferencia de 10 puntos en la media (ver Figura 37). Sobre las horas de sueño reportadas, no se evidencian casi diferencias en las dimensiones, aunque sí en incapacidad de afrontar emociones y en ideación, pero la diferencia es más notable en la valoración general del riesgo; en todos los casos, el grupo afectado son quienes duermen menos horas (ver Figura 38).

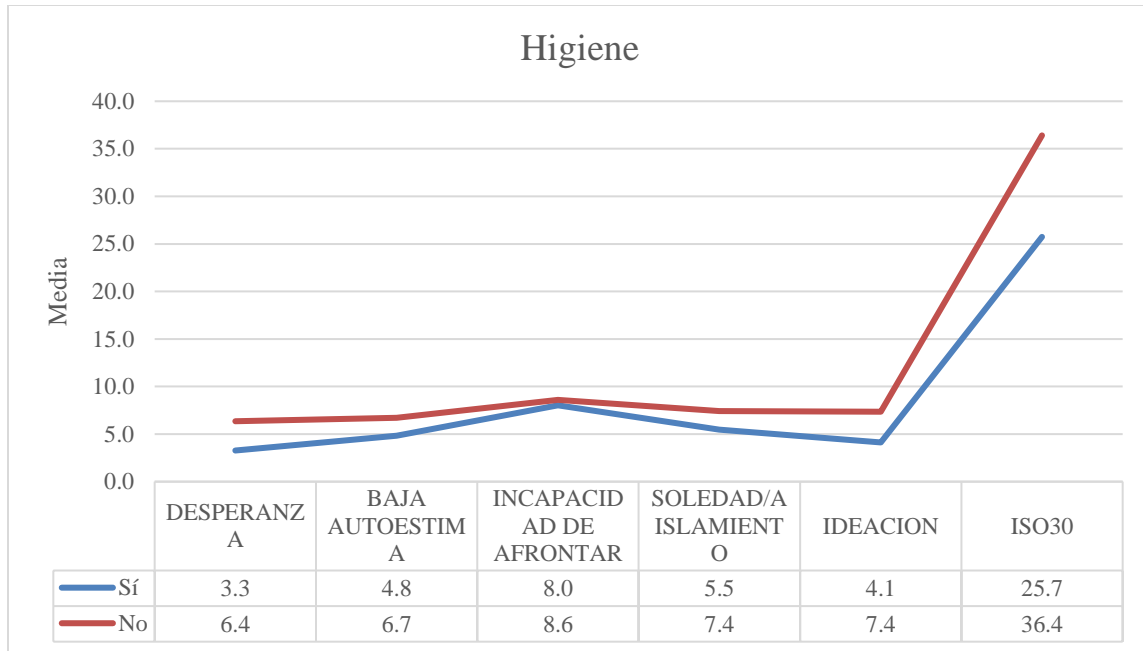


Figura 37. Comparación de puntajes promedio en dimensiones y riesgo general ante conducta suicida, según si tiene hábitos de higiene adecuados. Fuente: Datos propios. n=120.

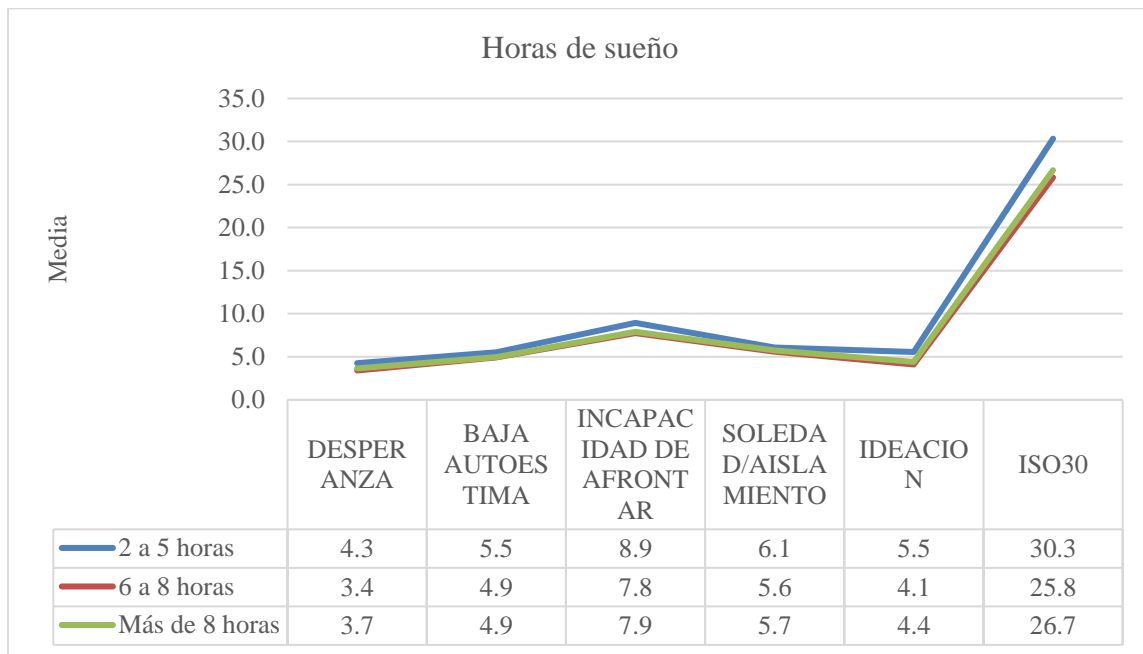


Figura 38. Comparación de puntajes promedio en dimensiones y riesgo general ante conducta suicida, según las horas de sueño. Fuente: Datos propios. n=120.

Conclusiones

Analizados y obtenidos los datos “Inventario sobre Orientaciones Suicidas –ISO-30” y las respuestas del cuestionario Sociodemográfica, se plantea que, se han obtenido resultados significativos en los porcentajes en cuanto a la prevalencia de riesgo suicida, llama la atención que hay un grupo de adolescentes, que debe ser tomado en cuenta a modo preventivo.

De la Torre Marti (2013), menciona que los pensamientos en torno al suicidio pocas veces son verbalizados y manifestados explícitamente, se dan en el plano de lo para verbal, por lo que es fundamental, en todas las personas que se encuentren en contacto con poblaciones adolescentes, sean capaces de reconocer signos o señales de inconformidad o insatisfacción con la vida que lleva, pudiendo detectar así, ideas en torno a la muerte, antes que se llegue a estructurar un pensamiento rígido. (De la Torre, 2013)

Cuando se entra en la etapa de adolescencia se está altamente vulnerable, esta etapa se ve afectada por cambios físicos psicológicos y emocionales, identificación construcción de la identidad personal, el cambio de la etapa infantil al mundo adulto.

Hemos identificado en profundidad algunos de los factores que provocan la intención de Suicidio en los adolescentes y las características que tienen, Uno de los principales problemas es la incapacidad de afrontamiento de problemas, no diferencian entre lo que es un problema y una dificultad, todo esto se une la falta de redes de apoyo y la soledad, agravan la situación.

Cabe resaltar que, en la adolescencia, se empiezan a integrar diferentes aspectos, Dentro de los mismos, se considera a la autoestima, como un aspecto fundamental en la conformación de la identidad personal ya que se trata de la evaluación que hacemos de nosotros mismos. En esta

investigación, el ISO-30 arrojó resultados según las dimensiones de riesgo ante conducta suicida. El promedio más alto fue obtenido en Incapacidad para Afrontar las Emociones. Los puntajes promedio de Soledad/aislamiento, baja autoestima e ideación suicida son similares, y el nivel más bajo se encontró en desesperanza. se halló que los sentimientos de soledad y aislamiento son menos homogéneos entre los participantes; la desesperanza y la incapacidad de afrontar fueron las dimensiones con menor variabilidad.

Por todo esto es posible mencionar, que no es para alarmarse con los porcentajes obtenidos, ya que se trata de la etapa de la adolescencia, la cual está en desarrollo, de manera constante y es posible que haya cierta inestabilidad, es importante resaltar que, en aquellos adolescentes que poseen un riesgo alto, podría ser que no estén encontrando alguien/ algo (colegio, familia, amigos) que le brinde el apoyo necesario para atravesar esta etapa de la vida.

Es fundamental, a la hora de investigar un fenómeno social, la etapa vital en la que se encuentra, también es de suma importancia, tener en cuenta el entorno que lo rodea.

Es posible determinar ciertas limitaciones en la presente investigación, en cuanto a la cantidad de estudiantes que han participado, y los que se esperaba que participaran. Se cree que esto se debe a que, al tratarse de menores de edad, como se ha expuesto anteriormente, la participación de los adolescentes en este estudio, dependía de la autorización de sus padres que avalaran el consentimiento firmado para que luego, los adolescentes procedan a realizar el Inventario de Orientaciones Suicidas –ISO-30 y el cuestionario sociodemográfico.

El procedimiento fue, en principio entregar a los estudiantes de los grados octavo, noveno y décimo de cada curso el consentimiento para que los padres firmen, es en este paso en particular en donde los estudiantes han perdido consentimientos, no se los han entregado a los padres por

olvidos, descuidos u otras circunstancias; pese a que, luego ellos hayan querido participar voluntariamente de la investigación, era requisito fundamental tener firmado el consentimiento.

Probablemente, esto es una limitación a tener en cuenta, ya que la muestra hubiese sido aún mayor, si todos los estudiantes hubiesen contado con la firma que los autorice a participar.

Debería haberse percatado que no era un medio totalmente seguro para que llegue el comunicado a sus padres.

Referencias bibliográficas.

- Aberastury, A., & Knobel, M. (1971). *La adolescencia normal*. Buenos Aires, Argentina: Paidós educador.
- Alaez, M. (2013). *líneas de pensamiento de un suicida*.
- (2014). *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*.
https://www.aacap.org/AACAP/Families_and_Youth/Facts_for_Families/Facts_for_Families_Pages/Spanish/El_Suicidio_en_los_Adolescentes_10.aspx.
- Andrade, J. B. (2010). *Protective factors of suicidal ideation*. Armenia-Quindío: Revista Orbis.
- Areiza, Y. (. (2008). *Posibles causas del intento de suicidio y del suicidio en niños y adolescentes*. Revista Electrónica de Psicología Social Poiési.
- Bedout, A. (2008). *Panorama actual del suicidio*. International Journal of Psychological Research. Medellín: Universidad de San Buenaventura Medellín. Obtenido de <http://www.binasss.sa.cr/adolescencia/aserril.pdf>
- Betancourt, A. (2008). *El suicidio en el Ecuador: un fenómeno en ascenso*. Bogotá, Colombia.
- Buendía, J. R. (2004). *El suicidio en adolescentes. Factores implicados en el comportamiento suicida*. Murcia: Universidad de Murcia. EDITUM.
- Bustamante. (24 de Septiembre de 2017). *Casos de suicidios en el Cesar aumentaron en un 18%*. El Pilon
- Caballero. (2013).
- Cabra. (2010). *EL SUICIDIO Y LOS FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS EN NIÑOS Y ADOLESCENTES*. REVISTA MEDICA SANITAS.
- Campos, R. (2004). *Prevención de suicidio y conductas autodestructivas en jóvenes*.
- Carvajal Corzo, G. (1994). *La aventura de una metamorfosis*. Bogotá: Tiresias.
- Castillo Ledo, I., Ledo González, H., & Ramos Barroso, A. (2013). *Consideraciones psico dinámicas de la conducta suicida en la población*. Cienfuegos, Cuba.: Norte de Salud Mental,
- Colprensa. (2018). *Preocupa aumento de suicidios de menores en Colombia, en lo que va del 2018*. El País.
- Cortés alfaro, a. (2014). *Suicidal behavior, adolescent, and risk*. Revista cubana de medicina general integral. Obtenido de <http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864>
- Cruz, F. (2017). *Alertan alza en suicidios; jóvenes, los más vulnerables*. excelsor.
- Cuesta, R. (2016). *Aspectos epidemiológicos del suicidio en adolescentes*. México: revista mexicana de pediatría, 72-77.

Riesgo suicida en adolescentes

- Cuevas, P. y. (1996). *Factores de Riesgo y Protectores en hijos de padres con Trastorno Bipolar*. Santiago de Chile: universidad diego portales.
- De la Torre Marti, M. (2013). *Protocolo para la detección y manejo inicial del suicidio*. España: Guía desarrollada por el Centro de Psicología.
- Delgado, D. (2017). *Alarma por incremento de suicidios en el Cesar*. El Heraldo.
- Dollard, J. (1939). *Frustration and aggression*. New Haven: Yale Univ.Press.
- Durkheim, E. (1897). *El suicidio*. Buenos Aires: el libertador.
- Fernández Mouján, O. (1997). *Abordaje teórico y clínico del adolescente*. Buenos Aires, Argentina: Nueva visión.
- FORENSIS, I. (FEBRERO de 2019). Obtenido de http://www.medicinalegal.gov.co/documents/20143/349426/Boletin_Febrero_2019.pdf/166179c1-296a-56a8-ee9b-7e92d0f45a4c.
- Gómez, J. A. (2006). *Estrategias de afrontamiento en el inicio de la adolescencia y su relación con el consumo de drogas y la conducta problemática*.
- Griffa, M., & Moreno, J. (2005). *claves para una psicología del desarrollo*.
- Haquin, L. y. (2004). *Factores protectores y de riesgo en salud mental en niños y adolescentes de la ciudad de Calama*. *Revista Chilena de Pediatría*.
- King, J. D. (1994). *ISO – 30. Adolescent Inventory of Suicide Orientation– 30*. National Computer Systems.
- Marchiori, H. (1990). *Criminología, delito y personalidad*. Buenos Aires, Argentina: Marcos Lerner.
- Mosquera, L. (2016). *Conducta suicida en la infancia: Una revisión crítica*. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*. Obtenido de *Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 3(1), 9-18. *Recup* http://www.revistapna.com/sites/default/files/mosquera_2016_revision_critica_conducta_suicida.pdf
- Nizama, M., V. (2011). *Suicidio*. Peru: Revista Peruana de Epidemiología.
- NOTICIAS, R. (2017). *cifras de suicidio en Colombia*. REDMAS.
- OMS. (2016).
- OMS. (2000). *Prevención del suicidio Un instrumento para profesionales de los medios de comunicacion*. Ginebra: Departamento de Salud Mental y Toxicomanías,
- OMS. (2003). *Atención a niños y adolescentes con trastornos mentales*. Ginebra: departamento de salud mental y dependencia.
- Pérez. (1999). *El suicidio, comportamiento y prevención*. Cuba: Revista cubana de medicina integral.
- Pulido, D. (2018). *Estas son las principales causas por las que los jóvenes se suicidan en Colombia*. El espectador.
- Ramírez. (2016). *Plan de Desarrollo Municipal*. 74-77.

- Real, A. E. (2001). *Real Academia Española*.
- Salazar, J. (2012). *Aspectos psicosociales*. Iztacala: Revista Electrónica de Psicología.
- Salazar, J. A. (2012). *ASPECTOS PSICOSOCIALES*. Revista Electrónica de Psicología Iztacala.
- Sampieri, R. H. (2014). *Metodología de la investigación*.
- Sánchez, J., Villareal, M., & Musitu, E. (s.f.). *Ideación suicida*. Obtenido de <http://www.uv.es/lisis/sosa/cap13/cap12-ideacion-suic-trillas13.pdf>.
- Sarro, B. (1991). *Los suicidios*. Barcelona: Ediciones Martínez Roca.
- Semana, R. (2017). *¿aumento de suicidios tiene que ver con el uso de nuevas tecnologías?* Bogota: Revista Semana.
- Silva, D. V. (2013). *Conducta suicida y trastornos psiquiátricos en Chile, un estudio poblacional*. Revista médica de Chile.
- Spiller, Y. (2005). *Psicología y terrorismo: el terrorismo suicida. Estudio de variables que inciden en su aparición y desarrollo*. Belgrado: Tesis Doctoral.
- Sternbach, S. (2006). *Adolescencia: Trayectorias turbulentas*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- UNICEF. (2011). *Unicef*. Obtenido de http://www.unicef.org/mexico/spanish/ninos_6879.htm
- Velázquez, H. C. (2002). *Factores de riesgo, factores protectores y generalización del comportamiento agresivo en una muestra de niños en edad escolar*. Revista Salud Mental.
- Zubiria, M. d. (2018). *“El suicidio es la punta del iceberg”*. <https://www.semana.com/vida-moderna/articulo/miguel-de-zubiria-identifica-las-razones-detras-del-suicidio-como-la-apatia-o-la-depresion/585113>: Semana.
- Zubiria, M. d. (2018). *SUICIDIOS DE JÓVENES "BIEN"*. <https://www.mineducacion.gov.co/cvn/1665/article-112129.html>: El Espectador.

LISTA DE ANEXO

Apéndice 1: Permiso de la institución

Valledupar, 2019.

Señores
Institución Educativa Joaquín Ochoa Maestre

Ciudad

Asunto: Consentimiento informado para la participación en el proyecto de investigación "Riesgo suicida en adolescentes de 14 a 16 años en una institución pública de la ciudad de Valledupar"

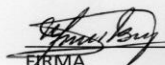
Cordial Saludo.

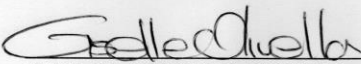
Las estudiantes de Psicología, Daniela Rosa Murgas Durán y Karol Tangarife Gálvez de la Fundación Universitaria del Área Andina, realizarán una investigación denominada "Riesgo suicida en adolescentes de 14 a 16 años en una institución pública de la ciudad de Valledupar" producto del Semillero de Investigación en Psicología Clínica PSICLIN, perteneciente al grupo de investigación Pensamiento Diverso. Dicha investigación, tiene como objetivo general **Analizar riesgo suicida en adolescentes de 14 a 16 años en una Institución pública de la ciudad de Valledupar** y como objetivos específicos **Caracterizar socio demográficamente a los adolescentes de 14 a 16 años, Identificar categorías de riesgo suicida en los adolescentes de 14 a 16 años en la ciudad de Valledupar y Determinar dimensiones del riesgo suicida en los adolescentes de 14 a 16 años**

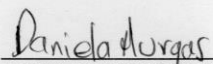
Para la realización del proyecto se hará la aplicación de un cuestionario sociodemográfico y de la Escala ISO-30, diseñada por King y Kowalchuck en 1994. Por tanto, se requiere la colaboración y autorización del Institución Educativa Joaquín Ochoa Maestre y padres de familia en caso que sea necesario, para así describir **El riesgo suicida en adolescentes de 14 a 16 años en una Institución pública de la ciudad de Valledupar**

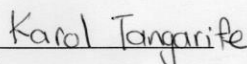
Después de haber leído toda la información contenida en este documento yo Mario Isabel Benjumeo como **representante legal o directivo** del Institución Educativa Joaquín Ochoa Maestre identificado con cédula de ciudadanía No. 56076469 autorizo a las estudiantes Daniela Rosa Murgas Durán y Karol Tangarife Gálvez para la realización de la investigación en la institución.

En constancia, firmo este documento de consentimiento informado, en la ciudad de Valledupar el día 12 del mes de Abril del año 2019.


FIRMA
C.C. No. 56076469


FIRMA DEL ASESOR DEL PROYECTO
C.C. No. 11073677656


FIRMA DE LAS ESTUDIANTES
C.C. Nº 1.065.815.806


C.C Nº 1.065.824.469

Apéndice 2: Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACION EN LA INVESTIGACIÓN

Las estudiantes de Psicología, Daniela Rosa Murgas Durán y Karol Tangarife Gálvez de la Fundación Universitaria del Área Andina, realizarán una investigación denominada, “Riesgo suicida en adolescentes de 14 a 16 años en una institución pública de la ciudad de Valledupar” producto del Semillero de Investigación en Psicología Clínica PSICLIN, perteneciente al grupo de investigación Pensamiento Diverso, en la modalidad de trabajo de grado, bajo la tutoría de la psicóloga docente Giselle Olivella López. El cual tiene como objetivo **Analizar riesgo suicida en adolescentes de 14 a 16 años en una Institución pública de la ciudad de Valledupar** y como objetivos específicos **Caracterizar socio demográficamente a los adolescentes de 14 a 16 años, Identificar categorías de riesgo suicida en los adolescentes de 14 a 16 años en la ciudad de Valledupar y Determinar dimensiones del riesgo suicida en los adolescentes de 14 a 16 años**. Por tanto, su decisión de participar en la presente investigación es voluntaria, se trata de un proyecto de investigación con una finalidad académica, donde los datos obtenidos se tratarán confidencialmente y no serán divulgados a nivel particular, familiar y personal.

Objetivo de la Investigación

El propósito principal es **Analizar riesgo suicida en adolescentes de 14 a 16 años en una Institución pública de la ciudad de Valledupar**

Procedimiento

Se hará la aplicación de un cuestionario sociodemográfico de 23 preguntas, y de la Escala ISO-30, diseñada por King y Kowalchuck en 1994, la anterior escala está agrupada en 30 ítems. Para diligenciar esta escala se requiere de un tiempo aproximado de aplicación de 20 min.

Resultados

Los resultados de este proyecto contribuirán a describir los factores que causan **riesgo suicida en adolescentes de 14 a 16 años en una Institución pública de la ciudad de Valledupar** con el fin de generar aproximaciones al conocimiento científico. Se realizará la socialización de los resultados obtenidos a la institución de manera grupal e individual y al participante de manera individual. Los resultados se socializarán en medios de difusión científica y académica de manera grupal bajo los criterios de confidencialidad y anonimato.

Beneficios

Los resultados de este proyecto contribuirán a conocer y describir los riesgos asociados a la conducta suicida en adolescentes, con el fin de realizar un tamizaje institucional y favorecer procesos de atención futuros; así como la generación de conocimiento científico, con bases sólidas para próximas investigaciones. También se busca socializar los resultados obtenidos, en medios académicos, y mostrar cuales podrían ser los factores que se podrían trabajar según los resultados que se obtengan y guiar a los padres e institución a un buen seguimiento con sus hijos

Posibles riesgos de la participación

No existe ningún riesgo por participar en este estudio, lo que quiere decir que durante la participación no se correrá ningún tipo de riesgo a nivel médico, psicológico o escolar. De acuerdo al resultado de las escalas se generará unas recomendaciones de atención psicológica que serán entregadas al acudiente del adolescente y a la institución, siendo coherentes con el código ético de la psicología.

Confidencialidad

Toda la información obtenida del estudio se mantendrá bajo estricta confidencialidad, velando por su integridad y dignidad. Los datos serán utilizados únicamente por el personal investigador, los cuales podrán ser publicados en cualquier medio científico como revistas, ponencias, congresos, entre otros; respetando la confidencialidad y anonimato de los participantes. En caso de identificarse riesgo suicida, se generarán recomendaciones de atención psicológica.

Derecho a participar o retirarse de la investigación

Usted podrá participar voluntariamente en la investigación o retirarse de la misma en el momento que así lo considere, sin necesidad de una explicación o justificación al personal investigador.

Después de haber leído toda la información contenida en este documento con respecto al proyecto de investigación **“Riesgo suicida en adolescentes de 14 a 16 años en una institución pública de la ciudad de Valledupar”**, de haber recibido las explicaciones verbales sobre el proyecto y las respuestas a las inquietudes, voluntariamente manifiesto yo _____ identificado con Cedula de Ciudadanía No. _____, permito que mi _____, de nombre _____, con T.I. _____ C.C. _____ N° _____ cursando el grado _____ en la Institución Educativa Joaquín Ochoa Maestre participe en la investigación, realizada en la institución, por las estudiantes de Psicología ,Daniela Rosa Murgas Durán y Karol Tangarife Gálvez, de la Fundación Universitaria del Área Andina.

En constancia, firmo este documento de consentimiento informado en la ciudad de Valledupar, el día ____ del mes de _____ del año _____.

FIRMA DEL ACUDIENTE

C.C. No.

Información Adicional: Semillero de Investigación en Psicología Clínica PSICLIN, Grupo de Investigación: Pensamiento Diverso. Fundación Universitaria del Área Andina. Tutora del proyecto: Psi. Giselle Olivella López. Docente, Programa de Psicología, golivella2@areandina.edu.co
Fundación Universitaria del Área Andina.

Autoras del Proyecto: Daniela Rosa Murgas Durán. 3004963413, dmurgas@estudiantes.areandina.edu.co.
Karol Tangarife Gálvez, 3137573232, ktangarife@estudiantes.areandina.edu.co.

Final del documento ■

CUESTIONARIO DE DATOS DEMOGRÁFICOS

Número de identificación: TI ___ CC ___ N° _____ de _____

Fecha: _____ Lugar de aplicación: _____

A continuación, encontrará una serie de preguntas generales cuyo objetivo en la presente investigación es identificar características sociodemográficas de las personas que participan en el estudio y responden los cuestionarios.

Su participación es voluntaria, anónima y cobijada por el principio ético del secreto profesional (nadie podrá conocer su información personal sin su consentimiento), **solamente se le solicitará su número de identificación.**

*No existen respuestas correctas ni incorrectas,
conteste de acuerdo a como usualmente usted se comporta, siente o piensa.*

1. Datos generales

Edad _____

Sexo Masculino Femenino Estrato en el que vive (1) (2) (3) (4) (5) (6)

Lugar de nacimiento _____

¿Con quién vive?

Familia de origen Pareja Amigos Vive solo/a Familiares Hijos

Otro ¿Cuál? _____

Estado civil

Soltero Casado/a Unión libre Viudo/a Divorciado/a

Tiene usted Hijos Si No

2. Antecedentes Personales

Alguna vez ha experimentado:

Períodos de profunda tristeza Si No

Períodos de nerviosismo, angustia o pánico Si () No ()

3. Antecedentes médicos

¿Ha estado hospitalizado/a por salud mental? Si () No ()
Ha recibido tratamiento psicológico anteriormente Si () No ()
Recibe tratamiento psicológico actualmente Si () No ()
¿Ha usado o usa medicación psiquiátrica? Si () No () ¿Cuál??

Le ha sido diagnosticado alguna vez por un médico, psiquiatra o psicólogo
Trastorno afectivo bipolar Si () No () No Sabe ()
Depresión Si () No () No Sabe ()
Trastorno de ansiedad Si () No ()
¿Cuál? _____ No Sabe ()
Otra dificultad psicológica Si () No ()
¿Cuál? _____ No Sabe ()

4. Área personal

¿Ha estado hospitalizado/a por salud mental? Si () No ()
¿Consideras que tienes un vínculo de afecto cercano con tu familia? Si () No ()
¿Consideras que tienes amigos con los que te sientes cómodo? Si () No ()
¿Crees tener un contexto (familia, amigos, escuela) que te brinde seguridad? Si ()
No ()
¿Tienes acceso a armas? Si () No () ¿Cuál? _____

Tienes problemas sentimentales Si () No ()
Actúas de forma de violenta en el colegio Si () No ()
Tienes hábitos adecuados de higiene personal Si () No ()
Tienes conflictos con tus compañeros Si () No ()
Tienes conflictos frecuentes con tu familia Si () No ()
Tu rendimiento académico es Alto () Bajo () Regular ()
Has recibido maltrato físico Si () No ()
¿Cuántas horas duermes? 2-5 () 6-8 () 8-12 ()

ANEXO

ISO-30

ITEMS	TOTALMENTE EN DESACUERDO	EN PARTE EN DESACUERDO	EN PARTE EN ACUERDO	TOTALMENTE EN ACUERDO
Yo debo ser un soñador/a, ya que estoy siempre esperando cosas que no resultan.				
Hay muchas posibilidades para mí de ser feliz en el futuro.				
Generalmente pienso que aún los peores sentimientos desaparecerán.				
Ante un fracaso, confío en que las personas con las que me relaciono no perderán las esperanzas en mí.				
Aquellas personas con las que me relaciono, no me necesitan en absoluto				
Mientras crecía me hicieron creer que la vida podría ser justa. Siento que me mintieron, ya que no es justa en absoluto.				
Mi vida se ha desarrollado mayormente en las direcciones que yo elegí.				
Yo debería ser capaz de hacer que duren los buenos momentos, pero no puedo				
Creo que causo problemas a la gente que está a mi alrededor.				
Creo que seré incapaz de encontrar suficiente coraje como para enfrentar a la vida				
Tengo las cualidades personales que necesito para que me guíen hacia una vida feliz.				

Riesgo suicida en adolescentes

Quando me pasa algo malo siento que mis esperanzas de una vida mejor son poco reales.				
Aún cuando estoy muy enojado/a por algo, puedo forzarme a mí mismo a pensar claramente, si lo necesito.				
Generalmente creo que las personas que son importantes para mí comprenden mis sentimientos bastante bien.				
Para impedir que las cosas empeoren, creo que suicidarse es la solución.				
Quando veo a alguien que logró lo que yo no tengo, siento que es injusto.				
Aún cuando me siento sin esperanzas, sé que las cosas eventualmente pueden mejorar.				
Quando mi vida no transcurre fácilmente estoy dominado por una confusión de sentimientos.				
Siento como que no pertenezco a ningún lado				
Pienso en morirme como una forma de resolver todos mis problemas				
Solía pensar que podía ser alguien especial, pero ahora veo que no es verdad.				
Siento que tengo control sobre mi vida.				
Quando tengo emociones fuertes mi cuerpo se siente fuera de control.				

Domina mi carácter y no puedo pararlo				
Quando fracaso, quiero esconderme, desaparecer				
Nadie me amaría si realmente me conociese bien.				
Para no sentirse mal o solo/a, pienso que la solución es morirse				
Es posible que me convierta en la clase de persona que quiero ser				
Nunca sentí que estuviera a punto de hacerme pedazos (quebrarme).				
Los buenos sentimientos que la gente tiene acerca de mí son un error. Es cuestión de tiempo, los voy a defraudar.				
Si mis cosas empeorasen, creo que me mataría.				

Apéndice: Acta de entrega

Valledupar, 2019.

Señores
INSTITUCIÓN EDUCATIVA JOAQUÍN OCHOA MAESTRE
Ciudad

Asunto: Acta de entrega del informe del proyecto de investigación "Riesgo suicida en adolescentes de 14 a 16 años en una institución pública de la ciudad de Valledupar"

Cordial Saludo.

Las estudiantes de Psicología, Daniela Rosa Murgas Durán y Karol Tangarife Gálvez de la Fundación Universitaria del Área Andina, realizaron una investigación denominada "Riesgo suicida en adolescentes de 14 a 16 años en una institución pública de la ciudad de Valledupar" producto del Semillero de Investigación en Psicología Clínica PSICLIN, perteneciente al grupo de investigación Pensamiento Diverso. Dicha investigación, tiene como objetivo general **Analizar riesgo suicida en adolescentes de 14 a 16 años en una Institución pública de la ciudad de Valledupar** y como objetivos específicos **Caracterizar socio demográficamente a los adolescentes de 14 a 16 años, Identificar categorías de riesgo suicida en los adolescentes de 14 a 16 años en la ciudad de Valledupar y Determinar dimensiones del riesgo suicida en los adolescentes de 14 a 16 años**

Para la realización del proyecto se hizo la aplicación de un cuestionario sociodemográfico y de la Escala ISO-30, diseñada por King y Kowalchuck en 1994. Avalados y autorizados por la institución antes de ser aplicada a los estudiantes de los grados octavo, noveno y décimo y con el consentimiento de los padres de familia, con estas pruebas se logró identificar el nivel de riesgo suicida en los adolescentes que tuvieron el consentimiento de sus padres y se pudo analizar los factores que describía el cuestionario socio demográfico **del riesgo suicida en adolescentes de 14 a 16 años en la institución Joaquín Ochoa Maestre Ubicado en el barrio Mareigua de la ciudad de Valledupar**

Después de haber leído toda la información contenida en este documento yo Maria Isabel Benjumea como **representante legal o directivo** de la institución educativa Joaquín Ochoa Maestre identificado con cédula de ciudadanía No. 56076469, acompañada de la psicorientadora de la institución _____ identificada con cédula de ciudadanía N° _____ recibo a las estudiantes Daniela Rosa Murgas Durán y Karol Tangarife Gálvez el informe presentado de la investigación a la institución.

En constancia, firmo este documento de ACTA DE ENTREGA, en la ciudad de Valledupar el día 21 del mes de Mayo del año 2019.

[Firma]
FIRMA
C.C. No. 56076469

[Firma]
FIRMA DEL PSICORIENTADOR(A)
C.C. No. 49721005

Daniela Rosa Murgas Karol Tangarife
FIRMA DE LAS ESTUDIANTES
C.C. No. C.C No 1065815806 - 1065824469