

**Factores y Sintomatología Asociados a la Depresión y Suicidio en la Población Juvenil de la  
Jornada de la Mañana en la Institución Educativa Nacional Sucre del Municipio de Ipiales,  
Nariño Durante el Periodo 2023 – 1**

Integrantes:

Laura Andrea Obando Duarte

Héctor Santiago Ortega Narváez

María Fernanda Patiño Sánchez

Laura Nycol Villa Flórez

Fundación Universitaria San Martín

Facultad de Medicina

San Juan de Pasto

Noviembre de 2023

**Factores y Sintomatología Asociados a la Depresión y Suicidio en la Población Juvenil de la  
Jornada de la Mañana en la Institución Educativa Nacional Sucre del Municipio de Ipiales,  
Nariño Durante el Periodo 2023 – 1**

Laura Andrea Obando Duarte

Héctor Santiago Ortega Narváez

María Fernanda Patiño Sánchez

Laura Nycol Villa Flórez

Fundación Universitaria San Martín

Facultad de medicina

Asesor: Dra. Viviana Montenegro

Docente: métodos de investigación

Asesor científico: Dra. Ana Sofía Calvache

Asesor estadístico: Dr. Oscar Jojoa

Proyecto de investigación presentado para obtención del título de Médico General

San Juan de Pasto

2023



## DEDICATORIAS

Yo, Laura Andrea Obando Duarte Inicialmente doy gracias a Dios por permitirme tener la mejor experiencia dentro de la FUSM, gracias a mi universidad por darme la oportunidad de cada día formarme en la profesional integra que tanto aspiro ser, gracias a cada maestro que hizo parte de este proceso de formación con su conocimiento y apoyo, a nuestros asesores de tesis por brindarnos la oportunidad de recurrir a su capacidad y conocimiento, que guio cada paso de este proyecto de grado, por su paciencia y dedicación, gracias a quienes son mi mayor ejemplo, apoyo y motivación para lograr este sueño que cada vez está más cerca de ser una realidad a mis padres y hermana que siempre han estado incondicionalmente para mí, finalmente gracias a Maria Fernanda Patiño, Laura Villa y Santiago Ortega quienes más que mis compañeros de tesis son mis amigos, por su dedicación y acompañamiento a lo largo de la vida universitaria que nos deja lindos recuerdos y en el desarrollo de este proyecto de grado que logramos sacar adelante como equipo.

Laura Andrea Obando Duarte.

## DEDICATORIAS

Dedico este trabajo a Dios por haberme permitido llegar a este momento tan importante en mi formación profesional. A mis padres, Héctor y Lida, quienes siempre estuvieron ahí para animarme, impulsarme a seguir adelante y creer en mí, incluso cuando yo mismo dudaba de mis habilidades. Sin ellos, no habría podido superar los obstáculos que surgieron en mi camino. Su amor y apoyo incondicional me han llevado hasta aquí. A mi hermano Fernando, por su constante respaldo en mi carrera académica y en mi vida. A mis abuelos, Carlos y Libardo, quienes son un ejemplo inspirador para salir adelante y cuyos sabios consejos han sido fundamentales en mi vida y crecimiento. A mis abuelas, Esperanza y Milena, quienes desde el cielo continúan guiándome. Con la sabiduría de Dios, me enseñaron a ser quien soy hoy. Les agradezco por mostrarme el camino de la vida y por el amor incondicional que siempre me brindaron y finalmente a mis compañeras de tesis por los buenos momentos que compartimos, aprendimos y seguiremos aprendiendo algo de nosotros mismos.

Héctor Santiago Ortega Narváez.

## DEDICATORIAS

Agradezco a Dios por su amor infinito por ser mi guía en cada paso de la vida; A mis queridos padres Sandra y Juan Carlos, a mi amada hermana Isabella, a mi Tío Edgardo y familia quienes han sido mi fuente inagotable de apoyo, amor y motivación a lo largo de este arduo camino, sin su inquebrantable fe en mí y su constante aliento, esta tesis no habría sido posible, a ustedes, les dedico este logro con todo mi cariño y gratitud. Gracias por estar siempre a mi lado.

A mis compañeros de tesis con quien formamos un equipo, donde la comunicación, la comprensión y la dedicación fueron herramientas bases para culminar con éxito este proyecto y alcanzar nuestras metas.

Maria Fernanda Patiño Sanchez.

## DEDICATORIAS

En primer lugar, agradezco a Dios y a la Virgen de Guadalupe quienes han sido mis guías en mi estudio y en este proyecto para culminarlo satisfactoriamente. Les agradezco a mis padres Óscar Villa y Ana Florez que siempre me han brindado su apoyo incondicional para poder cumplir todos mis objetivos personales y académicos. Ellos son los que con su cariño me han impulsado siempre a perseguir mis metas y nunca abandonarlas frente a las adversidades. También son los que me han brindado el soporte material y económico para poder concentrarme en los estudios y salir adelante.

Por otro lado, agradezco a mi tía Marina, mi hermana Karen y mi sobrina Juliana quienes, con su amor, comprensión y apoyo, han sido mi motor para cada día conseguir mis metas.

Finalmente agradezco a mis compañeros de este proyecto, María Fernanda Patiño, Laura Obando y Santiago Ortega, en el cual conformamos un gran equipo para obtener excelentes resultados en este trabajo de investigación.

Laura Nycol Villa Florez.

## **AGRADECIMIENTOS**

Damos gracias a los asesores que hicieron parte de la investigación por estar siempre atentos a cada duda, su disposición y por impartir sus conocimientos que van a guiarnos en nuestras decisiones como profesionales, por el esfuerzo y el compromiso en cada asesoría en el desarrollo y culminación de este proyecto.

A la Fundación Universitaria San Martín por fortalecer los conocimientos en los procesos de investigación en Medicina para ponerlos al servicio de la comunidad, con sentido de humanidad, responsabilidad y profesionalismo.

A la institución educativa Sucre del municipio de Ipiales, Nariño por abrirnos las puertas y poder llevar a cabo este proyecto que ayudará a impartir conocimientos sobre la salud mental de los y las estudiantes.

## **NOTA DE RESPONSABILIDAD**

Las opiniones expresadas en esta investigación son responsabilidad de los autores y no comprometen a la FUNDACIÓN UNIVERSITARIA SAN MARTÍN.

## Tabla de Contenido

1.	Introducción .....	17
1.1.	Línea de Investigación .....	18
2.	Planteamiento del Problema .....	20
2.1.	Pregunta de Investigación .....	22
3.	Justificación .....	23
4.	Marco de Referencia .....	27
4.1.	Marco Contextual.....	27
4.2.	Marco de Antecedentes.....	31
4.2.1.	Internacionales .....	31
4.2.2.	Nacionales.....	35
4.2.3.	Regionales.....	38
4.3.	Marco Conceptual.....	40
4.4.	Marco Legal.....	44
5.	Objetivos.....	48
5.1.	Objetivo General.....	48
5.2.	Objetivos Específicos.....	48
6.	Metodología .....	49
6.1.	Enfoque.....	49
6.2.	Tipo de Investigación.....	49
6.3.	Diseño .....	50
6.4.	Población y Muestra .....	50

6.5. Criterios de Selección .....	51
6.5.1. Criterios de Inclusión.....	51
6.5.2. Criterios de Exclusión.....	52
6.6. Sesgos .....	52
6.7. Instrumento de Recolección de Datos.....	52
6.8. Procedimiento .....	54
6.9. Plan de Análisis Estadístico .....	55
7. Consideraciones Éticas .....	56
8. Análisis de Resultados .....	57
9. Discusión.....	86
10. Conclusiones .....	91
11. Recomendaciones .....	94
12. Limitaciones.....	95
Referencias Bibliográficas .....	96
Anexos .....	103
Variables .....	116

**Lista de Figuras**

Figura 1 .....	22
Figura 2 .....	27
Figura 3 .....	28
Figura 4 .....	30

**Lista de Graficas**

Grafica 1.....	57
Grafica 2.....	58
Grafica 3.....	59
Grafica 4.....	60
Grafica 5.....	61
Grafica 6.....	75
Grafica 7.....	76
Grafica 8.....	81
Grafica 9.....	82

**Lista de Tablas**

Tabla 1 .....	62
Tabla 2 .....	67
Tabla 3 .....	77
Tabla 4 .....	83

**Lista de Anexos**

Anexo 1.....	103
Anexo 2.....	107
Anexo 3.....	114

## **Resumen**

Este trabajo de investigación tuvo como objetivo determinar los factores y sintomatología asociada a la depresión y suicidio en la población juvenil de la jornada de la mañana en Institución Educativa Nacional Sucre del Municipio de Ipiales, Nariño, dado que, en la actualidad existe una significativa tasa de depresión y suicidio en población juvenil en donde es difícil determinar los factores y sintomatología que son asociados a estos casos por su amplia etiología.

Esta investigación es de corte cuantitativo de tipo descriptivo observacional, no experimental; en la cual se realizaron dos tipos de encuestas con instrumentos de recolección de datos, con el inventario de depresión de Beck y la escala de suicidio de Beck para dar cumplimiento al objetivo de la investigación.

**PALABRAS CLAVE:** Suicidio, depresión, Institución educativa Sucre, Ipiales.

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:** Salud familiar y comunitaria

## **Abstract**

This research aimed to determine the factors and symptoms associated with depression and suicide in the morning session youth population at the “Institución Educativa Nacional Sucre” in the Municipality of Ipiales, Nariño. Currently, there is a significant rate of depression and suicide among the youth population, and it is difficult to determine the factors and symptoms associated with these cases due to their wide etiology.

This research is of a quantitative, descriptive, observational, non-experimental nature. Two types of surveys were conducted using data collection instruments, the Beck Depression Scale Inventory and the Beck Suicide Scale, to fulfill the research objective

**KEYWORDS:** Suicide, depression, Institución educativa Sucre, Ipiales.

## 1. Introducción

En las diferentes sociedades, territorios y comunidades han existido desde siempre conductas suicidas que pueden ser debatidas desde diversos puntos de vista. Gran parte de las ciencias sociales, especialmente desde la sociología se argumenta que dichas conductas son generadas por un problema sistémico de las sociedades. La explotación laboral, la propiedad privada, la centralización de recursos en las grandes capitales mundiales, la industrialización, la desigualdad social, y demás, son razones que llevan a los sujetos a pensar que el suicidio es una posibilidad. Disciplinas como la Antropología investigan, por ejemplo, sobre los suicidios en masa de comunidades indígenas que se dan por imaginarios sociales y culturales de sus experiencias en relación con la contemporaneidad. Comprender la “conducta suicida que ha afectado a los pueblos indígenas de Colombia” y sus procesos de determinación social, esta revista sugiere no aplicar el término “suicidio” a una manifestación indígena que podría entenderse como orgánica y entendible cuando las personas que lo llevan a cabo ven en peligro su comunidad o territorio, y que, antes de ser o sentirse “atacados” prefieren la muerte por manos propias a la colonización y/o invasión. (1)

Así mismo, desde el campo de la Salud existen debates álgidos en torno al tema en cuestión, uno de ellos, y quizás el más importante hace referencia a la concepción de la conducta suicida como una enfermedad mental. No es el interés de este documento especificar o definir dicho concepto, sin embargo, se toma como punto de partida a las ciencias de la salud, en efecto es importante atender a la significación que da la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre conducta suicida:

Todo acto por el que un individuo se causa a sí mismo una lesión o un daño, con un grado variable de la intención de morir, cualquiera sea el grado de intención letal o de conocimiento del verdadero móvil, comprendiendo un amplio espectro de posibilidades, desde la ideación suicida hasta el suicidio consumado. (2)

### **1.1. Línea de Investigación**

#### **Salud familiar y comunitaria:**

Uno de los Objetivos es garantizar una vida saludable y promover el bienestar para todas las edades. Así mismo, los Objetivos de Desarrollo Sostenible hablan de reducir las desigualdades entre países y dentro de ellos, y, conseguir que las ciudades y los asentamientos humanos sean inclusivos, seguros, resilientes y sostenibles.

De acuerdo a esta línea de investigación con el presente proyecto **“FACTORES Y SINTOMATOLOGIA ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN Y SUICIDIO EN LA POBLACIÓN JUVENIL DE LA JORNADA DE LA MAÑANA EN LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA NACIONAL SUCRE DEL MUNICIPIO DE IPIALES, NARIÑO DURANTE EL PERIODO 2023-1”**, se tiene como objetivo fundamental cuestionar, analizar y explicar los factores que determinan la alteración de la salud mental de los jóvenes, además promover procesos investigativos desde instrumentos relacionados que identifiquen problemas psicológicos y sociales asociados a la familia y encontrar las respuestas organizadas socialmente para definir la situación de forma selectiva a los estudiantes participantes de la investigación.

Esta línea de investigación se articula entonces con los lineamientos de política pública en salud en el país, busca generar un mayor conocimiento alrededor de aspectos centrales de la

puesta en ejecución de los elementos de la Política integral de Atención en Salud, dentro de los cuales se encuentran temáticas particulares de investigación como salud mental.

## 2. Planteamiento del Problema

En el 2012, el suicidio fue la decimoquinta causa de muerte a nivel global y afectó principalmente a los jóvenes y adultos de edad mediana. Desde el 2013, en Colombia la tasa de suicidio aumentó cada año en un 5,1 %, rompiendo con la tendencia de los últimos 14 años en los cuales venía cayendo un 2,6 % (3). En el 2015, la OMS estimó que ocurrieron 788.000 muertes por suicidio en el mundo. Los trastornos mentales son una prioridad de salud pública, ya que se encuentran entre las principales causas de morbilidad en la práctica general.

La investigación en salud mental se enfoca en la población estudiantil, y varios estudios indican que la depresión es más prevalente en estudiantes que en la población general. Este incremento se debe a que en el colegio se ponen a prueba habilidades y competencias para lograr metas durante la formación profesional, sometiendo constantemente a los estudiantes a una gran cantidad de desafíos, así como el estrés familiar, económico y social, ya que interactúan con factores identificados como factores de riesgo para la depresión por ejemplo, género, familia, antecedentes personales, el diagnóstico de una enfermedad grave, la muerte de seres queridos, la separación de uno de los padres y el consumo de sustancias psicoactivas pueden conducir eventualmente a un deterioro de su salud mental. (4). Si bien se comprende que son distintos los factores y sintomatología que inciden en la depresión tales como: problemas de salud, fracasos financieros, afectivos y/o sociales, problemas familiares, cambios en el equilibrio hormonal del cuerpo, y muchos más; se considera que este es un fenómeno que debe ser investigado para buscar acciones que aporten a la reducción de su tasa de mortalidad.

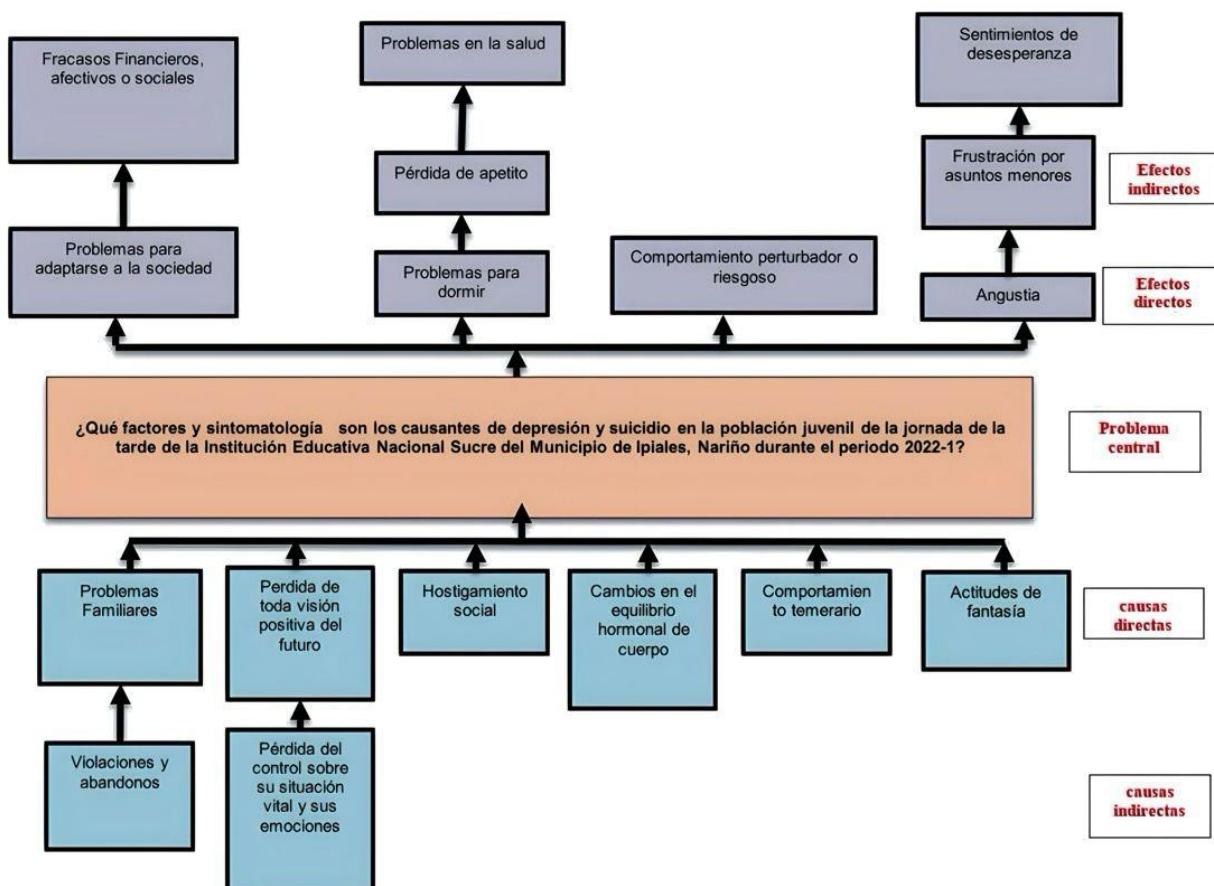
En efecto, para hacer el planteamiento del problema de investigación, es importante mencionar el porcentaje del número de personas atendidas por depresión en Colombia desde el 2009 al 2015. En lo que respecta a depresión moderada del 2009 al 2015 subió en un 51% el número de personas atendidas. En depresión grave sin síntomas psicóticos del año 2009 al 2015 aumentó un 44% de personas atendidas. Y, por último, con lo que tiene que ver con depresión grave con síntomas psicóticos, disminuyó el número de personas atendidas a un 5%.

La cifra más elevada de personas atendidas por depresión moderada en el 2015 es de 36.584 personas. Siendo estas tasas muy relevantes para la sociedad, se quiere realizar un estudio de los factores que inciden en la decisión de suicidio en jóvenes para así plantear estrategias y seguimientos que contribuyan a disminuir las tasas antes expuestas.

En Nariño se realizó un estudio en el 2011 en estudiantes que vivían en municipios o corregimientos de la zona de amenaza volcánica alta (ZAVA) del Volcán Galeras donde se llegó a la conclusión que los casos de suicidio prevalece en las mujeres y población de 13 y 16 años, dentro de los métodos más utilizados fueron la ingestión de tóxicos y el ahorcamiento; ahora bien lo que se resalta en el presente trabajo son las causas y sintomatología donde los más recurrentes en las encuestas estuvieron el ambiente familiar que hace referencia a padres que se han divorciado, por otro lado, están los conductos de pareja y maltrato dónde abarca el abuso físico, verbal y sexual. (5) De este referente es importante destacar las causales lo cual se incluye en la presente investigación.

**Figura 1**

Planteamiento del problema



Fuente: Elaboración propia de la investigación.

### 2.1. Pregunta de Investigación

¿Cuáles son los factores y sintomatología asociados a depresión y suicidio en la población juvenil de la jornada de la mañana de la Institución Educativa Nacional Sucre del Municipio de Ipiales, Nariño durante el periodo 2023-1?

### 3. Justificación

El término adolescencia proviene del latín *adolescens* que significa “hombre joven que crece, padece y sufre”. Consecuentemente es un periodo conflictivo, crítico, es decir, un momento decisivo en el cual el sujeto se separa de lo familiar, juzga y decide. (6)

En efecto, la adolescencia se la puede entender como el momento en el que el sujeto es consciente de su individualidad o subjetividad. Su pensamiento empieza a formarse atendiendo a sus intereses, convicciones y objetivos, los adolescentes pueden imaginar múltiples posibilidades por lo cual tiene la capacidad de razonar sobre hipótesis, son capaces de pensar en lo que podría ser realidad y no solo en términos de lo que es verdad. En este proceso de develamiento que es un cambio constante, de manera alterna se presentan episodios de crisis y vulnerabilidad. Las conductas impulsivas y agresivas se hacen más evidentes y los adolescentes abren posibilidades a la idea de muerte.

Es importante entender que el suicidio es un acto consumado, sin embargo, a todo hecho le precede una idea. Es posible que los familiares, amigos o incluso los docentes, puedan detectar la presencia de esta idea en el sujeto por su comportamiento. (7)

Entonces, se puede entender que el suicidio es un camino en el que intervienen varios factores que llevan a la persona a quitarse la vida y que en el proceso en el que se cimienta la idea suicida, es posible brindar un acompañamiento que ofrezca otras posibilidades de resolución de conflictos para la persona. La vida a veces es dura o injusta y lo demuestra durante su transcurso con situaciones que duelen y sucesos que dejan marca, algo que es inevitable en la vida de cada persona, dependiendo de las experiencias, los aprendizajes, el entorno en el que se

crece, la cercanía de las personas amadas, la forma en que se responde es muy distinta en cada uno.

Cuando el suicidio se lleva a cabo, las consecuencias son desastrosas para la familia y este acto puede convertirse en un patrón propenso a seguir. Normalmente la visión que se tiene sobre el suicidio en la sociedad es de ocultamiento, pues detrás de esta acción hay imaginarios, sobre todo, religiosos que llevan a juzgar al suicida y a su familia y no a un entendimiento contextual de la situación. Cabe resaltar que estos juzgamientos que tienen relación desde diferentes tipos de vista, por ejemplo: una maldición para la familia por el suicida ya que el único en quitar la vida es Dios, etc., sigue enmarcando el suicidio en un tema netamente cultural e incluso mítico. Parte del problema recae en que no existen estudios científicos suficientes y necesarios para tener información sobre la causa del problema y así acceder a las diferentes herramientas estatales para que el fenómeno se considere un problema de salud pública y no solo eso, sino un estudio de caso que merece ser visto por otras disciplinas como la antropología, la sociología, la teología, los estudios culturales e incluso la política. Seguramente este tipo de trabajos abrirán la puerta a indagar no sólo sobre el suicidio como un acto consumado sino sobre la depresión como enfermedad mental que se origina por diversas causantes, violencia intrafamiliar, consumo de sustancias psicoactivas, estrés escolar etc., temas que, si bien no son el foco de este trabajo de investigación, merecen ser revisados y seguramente los resultados sorprenderán a las dependencias públicas y académicas que se dedican a su estudio. (8)

Otra razón por la que se considera importante la realización de este estudio es que todas las investigaciones, generalmente se realizan en las ciudades y países principales, sin embargo, la tasa de suicidio en el departamento de Nariño tiene que ver con la necesidad de estudiar las comunidades y poblaciones que son irrelevantes país. Se consideran, si se quiere, municipios o

ciudades periféricas que están en un escenario liminal entre la urbanidad y la ruralidad. Es importante recordar que gran parte de la ciencia se encuentra centralizada en las grandes universidades y ciudades, su forma de medición es la publicación de artículos y libros, sin embargo, ¿qué tan grande es la investigación en las periferias para que los fenómenos y problemas puedan visibilizarse? ¿investigamos para publicar o investigamos para el desarrollo y cuidado de la humanidad? Los investigadores de este trabajo parten de problemáticas inmediatas que han vivido en su experiencia como estudiantes, amigos y familiares ya que consideran el tema como un problema cercano a sus realidades.

Por último, la razón esencial de este trabajo de investigación tiene que ver con la urgencia de conocer las razones para prevenir el suicidio de personas que, por razones biológicas o sociales pasan por situaciones que merecen ser revisadas con el fin de aplicar los conocimientos médicos sobre lo preventivo y no lo curativo. Adicional, ofrecer esperanza de crear vínculos sociales y fomentar la toma de conciencia, que es la principal forma de centrarse en la prevención del suicidio para acercarse a los seres queridos por su salud mental y su bienestar que podría salvarles la vida. (9)

En esa medida este trabajo de investigación se justifica ya que, en primer lugar, aporta a la producción científica sobre el suicidio en el municipio de Ipiales. En segundo lugar, plantea el tema como una necesidad que llame la atención de los diferentes entes gubernamentales relacionados con salud para plantear políticas públicas sobre el suicidio y la depresión. En tercer lugar, invita a otras disciplinas y a sus investigadores a atender el problema de estudio como un tema interdisciplinar. En cuarto lugar, la investigación es una posibilidad para indagar sobre la violencia intrafamiliar, consumo de sustancias psicoactivas, estrés escolar, etc., como posibles causantes de la depresión y el suicidio. En quinto lugar, descentraliza los estudios científicos de

las capitales y grandes ciudades del país. Este estudio pone su atención en un territorio periférico y si se quiere, marginado en cuanto a presupuesto público, educación y conocimiento. En sexto lugar, enfoca el estudio científico en pro de la comunidad y no solo en la publicación de artículos académicos y, por último, prevenir el suicidio de los jóvenes de la Institución Educativa Sucre de la ciudad de Ipiales.

## 4. Marco de Referencia

### 4.1. Marco Contextual

Esta investigación se contextualiza en el Departamento de Nariño ubicado al suroeste de Colombia en las regiones andina y pacífica, limita al norte con el Cauca, al este con el Putumayo, al sur con la República del Ecuador y al oeste con el océano pacífico.

#### Figura 2

Mapa de Nariño



Fuente: Wikipedia, enciclopedia libre.

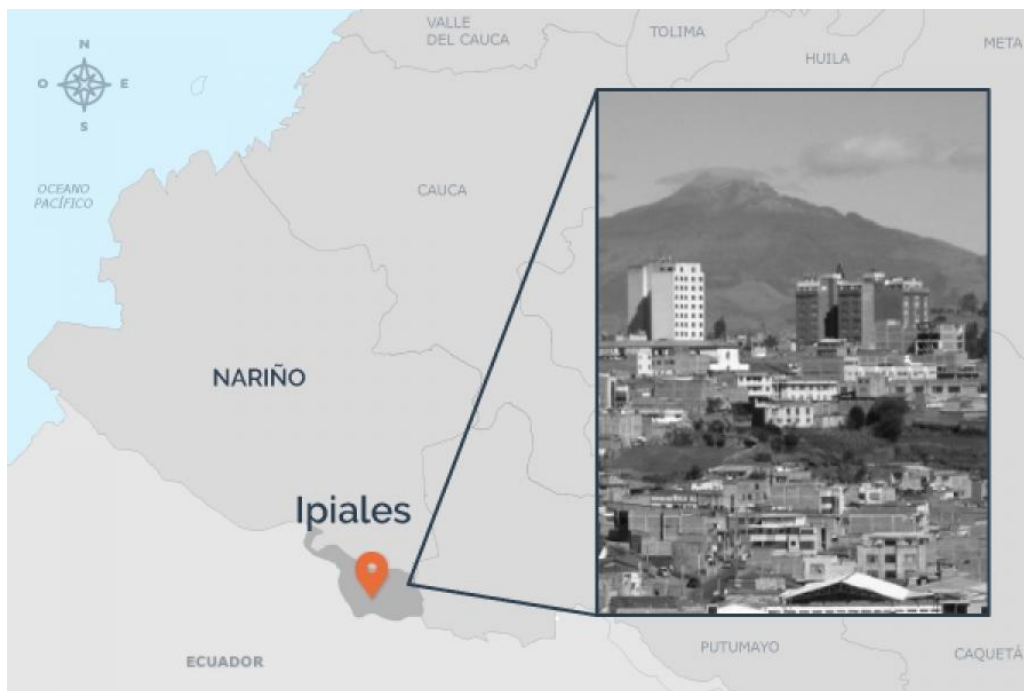
Dentro del Departamento de Nariño se encuentra la ciudad de Ipiales, el cual se encuentra en la frontera con el Ecuador, en el nudo de los Pastos en el altiplano andino y relativamente cerca al océano pacífico.

Según las cifras presentadas por el DANE del censo del año 2005, la composición étnográfica de la ciudad es: Blancos y mestizos: 72,0 %, indígenas: 27,7%, afrocolombianos: 0,2% y pueblo gitano 0,1%. Para el año 2016 la población estimada fue de 141.863 habitantes.

Al ser la ciudad fronteriza del Colombia con el Ecuador su economía se basa en el comercio, la microempresa y el turismo en la zona urbano. En la zona rural sus gentes se dedican a la agricultura, la ganadería y las especies menores.

### Figura 3

#### Ipiales



Fuente: FLIP Fundación para la libertad de prensa.

La investigación se centra en la población de la Institución Educativa Sucre creada en el año 1910, la institución cuenta con una infraestructura completa sobre la cual funcionan dos modalidades: Básica primaria (desde transición hasta grado quinto) y básica secundaria y media (desde sexto a noveno y décimo a once). Los servicios educativos que ofrece la institución se dan en horarios de mañana, tarde y noche.

En la sección primaria se encuentran las siguientes aulas, dependencias, dotación y escenarios deportivos: 20 aulas, 1 sala de sistemas, sala de lectura, biblioteca, sala de audiovisuales, sala de profesores, oficina de coordinación, baterías sanitarias, restaurante escolar, tienda escolar, espacio para eventos culturales y zona verde. En la sección secundaria la institución cuenta con: 20 aulas incluidas las salas de sistemas y sala de audiovisuales, rectoría con batería sanitaria, secretaría, coordinación académica, coordinación de convivencia, pagaduría, enfermería, consultorio odontológico y de medicina general, orientación escolar, orientación religiosa, biblioteca, fondo de empleados, emisora de la institución educativa, celaduría o portería con batería sanitaria, sala de profesores, sala de archivos y cafetería.

Con respecto a la dotación, la institución educativa cuenta con laboratorios de física, química, biología, sistemas e idiomas, salas de ayuda académica: audiovisuales, mapoteca, biblioteca, mimeógrafo, coliseo, estadio, canchas de baloncesto y pista atlética, sitio para almacenar instrumentos musicales, salas de control de energía eléctrica, duchas, espacio para actos culturales con tarima, sala de recepción, parqueadero, zonas verdes, baterías sanitarias para damas y caballeros, y baterías sanitarias para docentes.

Con respecto a sus escenarios deportivos, la institución cuenta con coliseo cubierto, campo de fútbol con medidas mínimas reglamentarias, pista atlética de 27° metros, cancha

auxiliar de voleibol, sala para deportes y juegos de sala con mesas para ping – pong, ajedrez y parques.

Si bien el colegio cuenta con una página web en la que es posible conocer sus instalaciones y personal docente y administrativo, no se encuentra referencia de cuántos estudiantes asisten a la institución y su cifra tampoco se encuentra discriminada en jornadas y niveles académicos. Aun así, la Institución Educativa Sucre es una de las más grandes del municipio y su posición en las pruebas ICFES ha aumentado en los últimos tres años, siendo una de las instituciones públicas más apetecidas del municipio después del Colegio Champagnat de carácter privado y la Institución Educativa Nacional Seminario de carácter público.

#### **Figura 4**

Institución educativa Sucre



*Fuente:*

## **4.2. Marco de Antecedentes**

### ***4.2.1. Internacionales***

Atendiendo a los diferentes estudios que se han hecho a nivel internacional, en primer lugar, se considera importante acudir a un estudio realizado por dos científicas colombianas que revisan artículos de distintos países a nivel continental e internacional. *Ideación y conductas suicidas en adolescentes y jóvenes* (10), es el estudio que se dedica a la Revisión en la que se analizan artículos producto de investigación sobre el problema de las ideaciones y comportamientos suicidas en jóvenes, en diferentes países del mundo. Se obtuvo información de países como Australia, Brasil, Chile, China, Colombia, Cuba, España, EE. UU., México, Portugal y Taiwán. Para la búsqueda se utilizaron palabras claves como suicidio, adolescentes, jóvenes e intento de suicidio. Se abordaron artículos de investigación en diferentes bases de datos publicados. El estudio encuentra que la ideación suicida en el mundo oscila entre el 10% y el 35% y los intentos de suicidio entre el 5% y el 15%. El riesgo en jóvenes escolarizados es menor que en los jóvenes que no se encuentran estudiando. Los factores asociados a las ideaciones y conductas suicidas se agrupan en cuatro campos en orden de importancia: 1) emociones negativas y factores estresantes; 2) interacciones familiares, conyugales e interpersonales; 3) factores biopsicosociales, y 4) problemas laborales y desigualdad social.

El estudio concluye que, aunque la depresión, la ansiedad y otros trastornos mentales son factores asociados a las ideaciones y comportamientos suicidas, es fundamental considerar estos otros factores para la prevención e intervención de estas problemáticas. (11) El objetivo es mostrar las diferentes formas clínicas en que se manifiestan las conductas suicidas, ponerlas en conexión con los diferentes trastornos mentales, mostrar los signos de alarma y discutir las posibles decisiones clínicas que se le ofrecen al terapeuta. La demanda terapéutica en relación

con el suicidio está constituida por tres tipos de pacientes: a) aquellos que han sobrevivido a un intento de suicidio; b) los que acuden a la consulta manifestando ideación suicida; y c) los que tienen ideación suicida, pero aún no la han expresado verbalmente.

La alianza terapéutica empática con el paciente y la colaboración con la familia desempeñan un papel muy importante. Se señalan los objetivos terapéuticos en las diversas circunstancias y la necesidad de centrarse en el cambio de los factores modificables para contrarrestar el peso de los no modificables. Se indican algunas sugerencias para la investigación futura. La conclusión del documento es que el suicidio siempre ha estado rodeado de una aureola de silencio y de miedo al efecto de contagio, así que esto puede impedir los esfuerzos de prevención.

El suicidio en jóvenes en España representa grandes cifras y diversas de las posibles causas de este, en el cual menciona profusamente el estado de la cuestión a la luz de los datos disponibles en la literatura, partiendo del panorama general a nivel mundial. En el método se tuvieron en cuenta los datos proporcionados por el Instituto Nacional de Estadística, así como revisando la literatura disponible en buscadores especializados en psicología (PSICODOC y PSYCINFO). Los datos relativos a cifras fueron trabajados con el programa Microsoft Excel, para obtener un perfil de salida en gráficas. Se llega a la conclusión que en los últimos datos disponibles se evidencia que 310 niños y jóvenes menores de 30 años se quitaron la vida, lo que supone un 7.77% del total de las víctimas de suicidio entre niños, jóvenes y adultos. (12)

Una de cada cuatro personas que respondieron la encuesta, manifestó sentirse triste y con un bienestar no adecuado en las últimas dos semanas. Con respecto a los antecedentes a nivel latinoamericano se encontraron estudios pertinentes para esta investigación como el artículo *Depresión y suicidio* (3) que tiene como delimitación del tema el panorama del suicidio, el

objetivo es hacer un informe de corte cuantitativo sobre los tipos y formas de suicidios registrados en México desde el año 2005 hasta el año 2013.

La razón fundamental del estudio consistió en la necesidad de entender el suicidio como un fenómeno complejo que falta abordar de manera integral para comprenderlo y prevenirlo cuando se ha convertido en un problema de salud en nuestro entorno.

Su metodología es de corte cuantitativo y su tipo de estudio es analítico. Los instrumentos que utilizan los autores son cuestionarios direccionados y observación y sistematización de resultados estadísticos.

El estudio arroja como resultado que, al investigar las esferas personales, sociales y familiares, el principal problema para que se presente el suicidio es la desintegración familiar (divorcios, alcoholismo, drogadicción, abuso, maltrato físico, psicológico, etc.,).

Asimismo, existe un riesgo de suicidio asociado con el acoso escolar y la depresión en escuelas de secundaria. (13) En ello abarca una investigación que delimita su tema a los diferentes estudios preexistentes que se han realizado a lo largo de los años para obtener un mejor panorama epidemiológico de la depresión en adolescentes. El objetivo del estudio consiste en identificar los factores más relevantes que influyen en las personas depresivas y consigo aportar estrategias para una detección temprana y un manejo oportuno para la depresión y sus trastornos, además, la gran relevancia que tiene la depresión y todos los graves trastornos que trae consigo un problema de salud pública. Su metodología es una investigación de corte mixto (cualitativo y cuantitativo) de tipo analítico que tuvo como instrumentos el uso del Comportamental internacional diagnostic interview (CIDI), el cual es un instrumento con diagnóstico computarizado alineado con los criterios de la OMS y de la Asociación Psiquiátrica Americana. También se usó de Escala de Depresión del Centro de Estudios epidemiológicos

(CES-D) que consiste en el tamizaje diseñado para detectar probables casos de depresión en población adulta, y por último el CES-D-R, instrumento de tamizaje que incorporó 15 reactivos adicionales a la versión original de la CES-D.

La descripción del problema se cimienta en la depresión que trae consigo trastornos como el episodio de depresión mayor (EDM) y la distimia (D); los cuales a su vez están asociados con los muchos comportamientos que determinan la situación de salud emocional de las poblaciones, siendo llamados determinantes socioculturales de la salud. Los jóvenes en condiciones socio-urbanas conflictivas muestran tasas más elevadas de depresión, con una mayor incidencia en las mujeres, pero en el caso de los hombres suelen tener repercusiones de gravedad aún mayores que en las mujeres; debido a que tienden a enmascarar o cubrir los síntomas mediante conductas.

Por otro lado, en *Depresión adolescente: factores de riesgo y apoyo social como factor protector* (14) que tuvo como objetivo evaluar en un modelo de ecuaciones estructurales, la relación de las características negativas del vecindario y del contexto escolar, amigos de riesgo, problemas de autorregulación y sucesos de vida con la depresión en adolescentes, así como el posible papel protector del apoyo social.

El método consistió en un estudio transversal-correlacional. El muestreo fue de tipo intencional, seleccionando una escuela de nivel medio superior con bajos índices de suficiencia académica, dada la relación entre este indicador y los factores de riesgo.

Se aplicó una batería de pruebas a 113 estudiantes, el 59.3% eran mujeres y el 40.7% hombres. Los instrumentos fueron 1) Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II; Beck, Steer, Brown, 1996). 2) Escala de Características de Amigos de Riesgo (Gaxiola, Gonzáles, Contreras, 2012). 3) Cuestionario de Sucesos de Vida Estresores (Torres, Ruiz, 2013). 4) Behavior Rating Inventory of Executive Functions (BRIEF; Gioia, Isquith, Retzlaff, Espy, 2002). 5) Ambiente en

la Colonia (Frías, López, Díaz, 2003). 6) Ambiente Escolar (Frías, López, Díaz, 2003). 7) Escala de Redes de Apoyo (Villalobos – Cano, 2009).

Como resultado los autores consideran que la depresión no es el resultado solamente de procesos bioquímicos, sino de un conjunto de elementos psicosociales que interactúan para conformar riesgos que hacen probable el desarrollo de enfermedades mentales.

Asimismo, a nivel latinoamericano se acude al artículo *La conducta suicida y sus factores de riesgo en Holguín, Cuba* (15). El estudio tiene como objetivo caracterizar los factores de riesgos psico-sociodemográficos, en los pacientes con conducta suicida, atendidos en la consulta de cuerpo de guardia, en el Hospital Psiquiátrico de Holguín, en el período de septiembre a diciembre del 2015. Con respecto al método se realizó un estudio retrospectivo; fueron 163 pacientes, atendidos en la consulta de cuerpo de guardia durante el período de estudio. La muestra fue de 42 pacientes con conductas suicidas. Las variables sociodemográficas estudiadas fueron: edad, sexo, raza, nivel de escolaridad, estado civil; y las psicosociales fueron: depresión, intentos suicidas previos, y aparición de sentimientos de culpa y desesperanza. Los resultados fueron que el sexo femenino predominó con un 52,3% de los casos; y el estado civil soltero en el 64,2% de la muestra. Los factores psicosociales de riesgo esenciales fueron: la depresión hasta un 73,8%, y los intentos suicidas previos y la aparición de sentimientos de culpa y desesperanza hasta el 88% y 71,4% respectivamente

#### **4.2.2. Nacionales**

En lo que respecta a antecedentes nacionales, se destaca un artículo importante para este documento: *Asociación entre depresión e ideación suicida en un grupo de adolescentes colombianos* (16). Artículo en el cual se toma como delimitación del problema, las diferentes

actitudes que tiene una persona en su diario vivir, provocando algunos estados de ánimo y ciertas inseguridades que conducen a la depresión y al acto suicida.

El objetivo de la investigación es estimar la asociación entre los síntomas depresivos y la ideación suicida en adolescentes. La justificación del documento radica en la especialidad de la etapa de adolescencia ya que se caracteriza por ser un periodo en el que se producen cambios físicos, emocionales y sociales. Muchas de las situaciones que ocurren en esta etapa pueden llevar al adolescente a presentar pensamientos suicidas.

En el estudio de corte cuantitativo participaron 289 estudiantes (163 mujeres y 126 hombres) pertenecientes a los grados noveno, décimo y undécimo de cuatro colegios públicos de la ciudad de Tunja, con edades comprendidas entre los 13 y los 17 años ( $M=15.7$ ,  $DE = 1.1$ ). Se realizó un muestreo por cuota porcentual por grado, sexo y colegio, con un error de estimación del 5% y una probabilidad a favor de 0.25, según las orientaciones de Alvira (2011). Los instrumentos que se usaron fueron: Inventario de ideación suicida positiva y negativa (Positive and Negative Suicidal Ideation – PANSI) y cuestionario de depresión infantil (CDI).

Los resultados que este artículo arroja son que los síntomas depresivos están relacionados con el estado de ánimo y la autoestima negativa; son factores de riesgo relevantes asociados con el componente cognitivo de la conducta suicida en adolescentes. Los resultados obtenidos mediante el inventario PANSI, demuestra que el 30% de los participantes se notó en un alto nivel de ideación suicida; analizando por sexo se encontró una ideación suicida alta en el 37% de las mujeres y 20% en los hombres.

También se encontró el estudio *Trastornos depresivos y de ansiedad y factores asociados en la población de adolescentes colombianos, encuesta Nacional de Salud Mental 2015*. (17). El cual tiene como objetivo determinar la prevalencia y los factores asociados a los principales

trastornos mentales depresivos y ansiosos de los adolescentes. Como método se realiza una encuesta estructurada computarizada con el CIDI-CAPI adolescentes, centrada en los más frecuentes trastornos depresivos y ansiosos. Se tomó una muestra de 1.754 adolescentes entre 12 y 17 años. Como resultados se ve que existe una prevalencia de cualquier trastorno alguna vez en la vida del 7,2%. El trastorno más frecuente fue la fobia social, los menos frecuentes fueron el trastorno de pánico en las mujeres, y otros trastornos bipolares en los varones. De los factores asociados a sufrir cualquier trastorno, se encontró: ser mujeres, tener poco apoyo familiar, haber presenciado al menos un evento traumático y haber hecho un intento de suicidio. Como factor protector, se encontró la participación en por lo menos un grupo.

Otro antecedente Nacional es *Ideación suicida, depresión y autoestima en adolescentes escolares de Santa Marta* (18). El estudio buscó establecer la relación existente entre depresión, autoestima e ideación suicida en estudiantes adolescentes de media vocacional en Santa Marta. La evaluación se efectuó a través del Inventario de Depresión de Beck, la Escala de Autoestima de Rosenberg, la Escala de Ideación Suicida de Beck y de un cuestionario socio demográfico. La muestra estuvo conformada por 242 estudiantes entre 15 a 19 años (Media=15 DesvTip=15.3), escogidos a través de un muestreo aleatorio estratificado. Los resultados muestran que existe relación entre la ideación suicida y la depresión ( $r=0.295$  Sig=0.00), así como con la autoestima baja ( $r=-0.209$  Sig=0.00). Dentro de las principales conclusiones se encuentra que los adolescentes con mejor autoestima y baja depresión poseen menor probabilidad de ideación suicida.

Aunado a ello, como antecedente nacional se acude al artículo *Suicidio y Trastorno Mental* (19), el cual tiene como objetivo describir la relación entre trastornos mentales y conducta suicida, con el fin de contribuir al entendimiento del fenómeno y resaltar la necesidad

de crear e implementar estrategias de atención temprana. Su metodología consiste en búsquedas bibliográficas de artículos, libros, políticas y leyes, utilizando los términos tomados de la Biblioteca Virtual en la salud DeCS (Descriptores en Ciencias de la Salud) y del Tesauro MeSH (Medical Subject Headings): “suicidio, ideación suicida, espectro suicida, enfermedad mental, trastorno mental, psicopatología, suicidio y trastorno mental, suicidio y psicopatología, suicidio y enfermedad mental, factores de riesgo, salud pública”; en las siguientes bases de datos: Science Direct, PubMed, Ovid, Scielo, Psycodoc y Google Académico.

Este estudio como resultados, llega a que la presencia de un trastorno mental es un factor de riesgo de suicidio. Dentro de los diferentes trastornos, la depresión y la esquizofrenia aumentan significativamente el riesgo, siendo la desesperanza el componente más relacionado. Entre tanto, en las personas con trastornos de personalidad, ansiedad y consumo de sustancias, predominan la presencia de impulsividad y pérdida de control asociados al suicidio.

#### **4.2.3. Regionales**

En lo que respecta a estudios regionales, se encontró el artículo *Factores de riesgo asociados al suicidio en Nariño (Colombia): estudio de casos y controles*. (20). Tiene como objetivo determinar los factores individuales, familiares y sociales asociados en la ocurrencia del suicidio en el Departamento de Nariño, su metodología consta de un estudio de casos y controles entre 101 individuos, quienes se suicidaron (casos), y 112 muertos por lesiones no intencionales (controles), apareando por edad, municipio de residencia y fecha del suicidio. La información se tomó del familiar más cercano, mediante un cuestionario estructurado –con técnica de autopsia psicológica y recolección de los síndromes psiquiátricos más importantes (depresión, ansiedad psicosis y consumo de sustancias psicoactivas). Los resultados arrojan que el 70% de casos y controles corresponden a hombres. En el modelo de regresión logística condicionada

permanecieron los siguientes predictores como efecto independiente en el riesgo de suicidio: falta de práctica religiosa activa, escolaridad menor de 11 años, diagnóstico psiquiátrico previo, intento de suicidio previo, presencia de estrés agudo y depresión.

Por otro lado, en los elementos para una Política Pública desde la Percepción del Suicidio en Nariño (21), el cual pretende plantear elementos para una política pública basada en la percepción de las comunidades acerca del suicidio en jóvenes del departamento de Nariño (Colombia). Su metodología se basa en un estudio cualitativo a partir de grupos focales y entrevistas individuales con diversos sectores poblacionales en los municipios de Pasto, la Unión, Tumaco e Ipiales. En la investigación se analizaron los factores percibidos de protección y de riesgo en los niveles individual, familiar, sociocultural y político, y los resultados se validaron con la población participante. Con respecto a los resultados, se llega a la necesidad de implementar políticas sociales integradas a fomentar factores protectores como el soporte social, la educación integral y la oferta de actividades para el uso del tiempo, e implementar programas que promuevan habilidades y competencias personales, junto con el diseño de estrategias conjuntas para reducir los factores de riesgo.

En la caracterización de las conductas suicidas en adolescentes de la zona de influencia del volcán Galeras, Nariño, Colombia (5), el cual tiene como objetivo caracterizar la prevalencia de la conducta suicida en adolescentes de la Zona de Amenaza Alta del Volcán Galeras- ZAVA, y establecer su asociación con variables demográficas y psicológicas. La muestra estuvo conformada por 154 adolescentes matriculados en instituciones educativas ubicadas en la ZAVA, en quienes se evaluó la presencia de conductas suicidas, depresión, desesperanza, autoestima, apoyo social y eventos vitales. Como resultado, la prevalencia en el transcurso de la vida para ideas suicidas fue de 17.5%, para planes 6% y para intentos 8%. Las conductas suicidas se

relacionaron con sexo, depresión, desesperanza y número de eventos vitales estresantes. Se concluye que los adolescentes constituyen una población con riesgo de conductas auto analíticas, demandando acciones que permitan enfrentar esta situación, desde una mirada pública de la salud mental.

Frente a la *Epidemiología del intento suicida en menores de 18 años atendidos en el Hospital Infantil los Ángeles, Pasto, Colombia* (22). Este estudio tiene como objetivo caracterizar clínica y socio demográficamente los menores de 18 años con intento suicida atendidos en el Hospital Infantil los Ángeles. Con respecto a los materiales y métodos, se hace un estudio observacional, descriptivo de menores de 18 años con intento suicida (INSU) hospitalizados entre 2016 y 2017. Se analizaron datos de 151 pacientes. Se encontró una prevalencia de 0,8 casos por mil ingresos. Falleció el 2% (3) luego de ingesta Paraquat. La edad promedio fue de 14,7 años, el 75% (112) fueron niñas. El 61,5% (58) de la población con intento suicida tenía un ambiente familiar disfuncional Los problemas académicos y la depresión se presentaron con alta frecuencia. Dentro de los principales mecanismos del INSU se evidenciaron: Cutting, consumo de antidepresivos tricíclicos, acetaminofén y organofosforados.

### **4.3. Marco Conceptual**

Para la elaboración de este trabajo de investigación se considera necesario, en un primer momento definir los dos conceptos claves: depresión y suicidio. A partir de lo que se expondrá a continuación, se realiza toda la maquinaria metodológica y analítica del trabajo.

Suicidio: Existen diversas perspectivas de lo que es el suicidio y sus causas, la principal la presenta la OMS (23) la cual menciona que el suicidio “es comprendido como un trastorno mental multidimensional, resultado de una interacción compleja de diferentes factores; biológicos, genéticos, psicológicos, sociológicos y ambientales. Que son prevenibles con

intervenciones oportunas”. En esa medida se comprende que el suicidio es un punto de encuentro estudiado por diferentes disciplinas epistemológicas y que su conceptualización trasciende los estudios médicos. Tomando como referente la conceptualización de la OMS se acude al trabajo de los doctores Pedro Hernández y Reinaldo Villareal (24) en el que proponen una categorización de los factores de riesgo en el plano social, familiar, psicológico y biológico, así:

#### Factores de riesgo sociales

- Tensión social
- Cambio de posición socio económico
- Problemas con las redes sociales de apoyo
- Pérdidas personales
- Pérdida de empleo
- Catástrofes
- Desarraigo
- Aislamiento
- Exposición al suicidio de otras personas
- Violencia ambiental, de género, y violencia intergeneracional

#### Factores de riesgo familiares

- Funcionamiento familiar problemático
- Alta carga suicida familiar
- Abandono afectivo y desamparo
- Familia inexistente
- Violencia doméstica
- Abuso sexual

### Factores de riesgo psicológicos

- Intento de autoeliminación anterior
- Pérdidas familiares
- Frustraciones intensas
- Ansiedad
- Depresión
- Baja autoestima
- Cambio brusco del estado anímico
- Alteraciones del sueño
- Abandono personal

### Factores de riesgo biológicos

- Trastornos metabólicos
- Factores genéticos de enfermedades psiquiátricas en primer grado de

consanguinidad

- Edades extremas de la vida, edades avanzadas, adolescencia
- Enfermedades y dolor crónico (accidentes vasculares, sida, neoplasias, entre

otras)

- Enfermedades en fase terminal
- Trastornos psiquiátricos
- Deterioro cognitivo

Entonces se entiende el suicidio como “todo caso de muerte que resulta directa o indirectamente de un acto positivo o negativo realizado por la víctima y que, según ella sabía,

debía producirse este resultado” (25), así el suicidio es un acto consumado derivado de diferentes factores de riesgo que se ha categorizado anteriormente.

Depresión: es uno de los tantos factores que se atribuyen a un orden de carácter psicológico y/o trastorno psíquico tal y como lo menciona Calderón (26): “La depresión comúnmente ha sido considerada como un trastorno psíquico de tipo afectivo, intelectual y de conducta caracterizado por tristeza, pesimismo, irritabilidad, ideas de culpa, desesperanza, problemas de memoria, concentración, entre otros.”

Desde febrero del 2014 Salió el manual DSM-5, el cual presenta algunas modificaciones en cuanto al trastorno depresivo, aclara en la descripción de los síntomas que el ánimo en niños y adolescentes puede ser irritabilidad.

Incluye el trastorno de estado de ánimo disruptivo y no regulado, este diagnóstico caracterizaría a los niños con irritabilidad persistente y frecuentes episodios de descontrol de conducta (rabieta), 3 o más veces a la semana durante más de un año.

El duelo ya no excluye el diagnóstico de depresión. En el DSM-IV TR se excluía a las personas que mostraban síntomas tras la pérdida de un ser querido en los 2 meses previos.

La distimia del DSM-IV TR cambia en el DSM-5 a trastorno depresivo persistente incluyendo tanto el TDM como el trastorno distímico. Y en cuanto a la conducta suicida, Incluye 2 categorías en el TDM: desorden del comportamiento suicida y autolesión no suicida (27).

En conclusión, la maquinaria conceptual sobre la que se basa éste trabajo de investigación atiende al suicidio como un acto consumado que, según los autores antes citados, plantea diferentes factores de riesgos categorizados en diferentes perspectivas epistemológicas en la que, como un posible factor de riesgo se encuentra la depresión la cual, según el DSM – IV se

presenta, cuantitativamente, en diferentes niveles en cuanto a su duración, gravedad y síntomas; así se entiende la depresión como un trastorno del estado de ánimo que se tipifica en diferentes direcciones tal y como se describió con anterioridad.

#### **4.4. Marco Legal**

Como marco legal para esta investigación se adopta la Ley No. 1616 del 21 de enero de 2013 “Por medio de la cual se expide la ley de salud mental y se dictan otras disposiciones”. (28)

**Artículo 1. Objeto.** El objeto de la presente leyes garantizar el ejercicio pleno del Derecho a la Salud Mental a la población colombiana, priorizando a los niños, las niñas y adolescentes, mediante la promoción de la salud y la prevención del trastorno mental, la Atención Integral e Integrada en Salud Mental en el ámbito del Sistema General de Seguridad Social en Salud, de conformidad con lo preceptuado en el artículo 49 de la Constitución y con fundamento en el enfoque promocional de Calidad de vida y la estrategia y principios de la Atención Primaria en Salud.

**Artículo 2. Ámbito de aplicación.** La presente ley es aplicable al Sistema General de Seguridad Social en Salud, específicamente al Ministerio de Salud y Protección Social, Superintendencia Nacional de Salud, Comisión de Regulación en Salud o la entidad que haga sus veces, las empresas administradoras de planes de Beneficios las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, las Empresas Sociales del Estado.

Las Autoridades Nacionales, Departamentales, Distritales y Municipales de Salud, los cuales se adecuarán en lo pertinente para dar cumplimiento a lo ordenado en la ley.

**Artículo 3. Salud Mental.** La salud mental se define como un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción de manera tal que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y

mentales para transitar por la vida cotidiana, para trabajar, para establecer relaciones significativas y para contribuir a la comunidad. La Salud Mental es de interés y prioridad nacional para la República de Colombia, es un derecho fundamental, es tema prioritario de salud pública, es un bien de interés público y es componente esencial del bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida de colombianos y colombianas.

**Artículo 4. Garantía en salud mental.** El Estado a través del Sistema General de Seguridad Social en Salud garantizará a la población colombiana, priorizando a los niños, las niñas y adolescentes, la promoción de la salud mental y prevención del trastorno mental, atención integral e integrada que incluya diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en salud para todos los trastornos mentales. El Ministerio de Justicia y del Derecho, el Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario y las entidades prestadoras del servicio de salud contratadas para atender a los reclusos, adoptarán programas de atención para los enfermos mentales privados de libertad y garantizar los derechos a los que se refiere el artículo sexto de esta ley; así mismo podrán concentrar dicha población para su debida atención. Los enfermos mentales no podrán ser aislados en las celdas de castigo mientras dure su tratamiento.

**Artículo 5. Definiciones.** Para la aplicación de la presente ley se tendrán en cuenta las siguientes definiciones:

1. Promoción de la salud mental. La promoción de la salud mental es una estrategia intersectorial y un conjunto de procesos orientados hacia la transformación de los determinantes de la Salud Mental que afectan la calidad de vida, en procura de la satisfacción de las necesidades y los medios para mantener la salud, mejorarla y ejercer control de la misma en los niveles individual y colectivo teniendo en cuenta el marco cultural colombiano.

2. Prevención Primaria del trastorno mental. La Prevención del trastorno mental hace referencia a las intervenciones tendientes a impactar los factores de riesgo, relacionados con la ocurrencia de trastornos mentales, enfatizando en el reconocimiento temprano de factores protectores y de riesgo, en su automanejo y está dirigida a los individuos, familias y colectivos.

3. Atención integral e integrada en salud mental. La atención integral en salud mental es la concurrencia del talento humano y los recursos suficientes y pertinentes en salud para responder a las necesidades de salud mental de la población, incluyendo la promoción, prevención secundaria y terciaria, diagnóstico precoz, tratamiento, rehabilitación en salud e inclusión social. La atención integrada hace referencia a la conjunción de los distintos niveles de complejidad, complementariedad y continuidad en la atención en salud mental, según las necesidades de salud de las personas.

4. Atención integral e integrada en salud mental. La atención integral en salud mental es la concurrencia del talento humano y los recursos suficientes y pertinentes en salud para responder a las necesidades de salud mental de la población, incluyendo la promoción, prevención, diagnóstico precoz, tratamiento, rehabilitación en salud e inclusión social. La atención integrada hace referencia a la conjunción de los distintos niveles de complejidad, complementariedad y continuidad en la atención en salud mental, según las necesidades de salud de las personas.

5. Trastorno mental. Para los efectos de la presente ley se entiende trastorno mental como una alteración de los procesos cognitivos y afectivos del desenvolvimiento considerado como normal con respecto al grupo social de referencia del cual proviene el individuo. Esta alteración se manifiesta en trastornos del razonamiento, del comportamiento, de la facultad de reconocer la realidad y de adaptarse a las condiciones de la vida.

6. Discapacidad mental. Se presenta en una persona que padece limitaciones psíquicas o de comportamiento; que no le permiten en múltiples ocasiones comprender el alcance de sus actos, presenta dificultad para ejecutar acciones o tareas, y para participar en situaciones vitales. La discapacidad mental de un individuo puede presentarse de manera transitoria o permanente, la cual es definida bajo criterios clínicos del equipo médico tratante.

7. Problema psicosocial. Un problema psicosocial o ambiental puede ser un acontecimiento vital negativo, una dificultad o deficiencia ambiental, una situación de estrés familiar o interpersonal, una insuficiencia en el apoyo social o los recursos personales, u otro problema relacionado con el contexto en que se han desarrollado alteraciones experimentadas por una persona.

8. Rehabilitación psicosocial. Es un proceso que facilita la oportunidad a individuos que están deteriorados, discapacitados o afectados por el hándicap o desventaja de un trastorno mental- para alcanzar el máximo nivel de funcionamiento independiente en la comunidad. Implica a la vez la mejoría de la competencia individual y la introducción de cambios en el entorno para lograr una vida de la mejor calidad posible para la gente que ha experimentado un trastorno psíquico, o que padece un deterioro de su capacidad mental que produce cierto nivel de discapacidad. La Rehabilitación Psicosocial apunta a proporcionar el nivel óptimo de funcionamiento de individuos y sociedades, y la minimización de discapacidades, inhabilidades y hándicap, potenciando las elecciones individuales sobre cómo vivir satisfactoriamente en la comunidad.

## **5. Objetivos**

### **5.1. Objetivo General**

Determinar los factores y sintomatología asociada a la depresión y suicidio en la población juvenil de la jornada de la mañana en Institución Educativa Nacional Sucre del Municipio de Ipiales, Nariño durante el periodo 2023-1

### **5.2. Objetivos Específicos**

1. Identificar las características sociodemográficas de la población objeto de estudio.
2. Describir los síntomas de depresión de la población objeto de estudio.
3. Caracterizar los factores asociados al suicidio de la población objeto de estudio
4. Analizar los niveles de depresión y factores asociados al suicidio, en la población objeto de estudio.

## **6. Metodología**

### **6.1. Enfoque**

La metodología de este trabajo de investigación es de corte cuantitativo ya que utiliza la recolección y el análisis de datos para contestar preguntas de investigación y probar hipótesis establecidas previamente, y confía en la medición numérica, el conteo y frecuentemente en el uso de la estadística para establecer con exactitud patrones de comportamiento en una población.

(29)

Se decide realizar la investigación de esta manera tomando en cuenta que, como se mencionó con anterioridad, la depresión y el suicidio es un tema en el que convergen distintas disciplinas no sólo médicas sino sociales y humanas, en esa medida la metodología del trabajo de investigación debe ser consecuente con la naturaleza del objeto de estudio.

### **6.2. Tipo de Investigación**

La intención de esta investigación es descriptivo observacional, es decir, intenta estudiar determinados individuos en cierto momento dado para recolectar información que permita obtener resultados sobre los factores de depresión y suicidio en la Institución Educativa Sucre de la ciudad de Ipiales. En ese sentido se propone un estudio transversal que, según Sánchez, (30) proporciona estimaciones de prevalencia en diferentes grupos demográficos. Se trata de un diseño de investigación epidemiológica de uso frecuente. Es observacional y también se le denomina encuesta de prevalencia. Estudia la distribución de eventos de salud y enfermedad, aunque también se le utiliza para explorar y generar hipótesis de investigación. Es descriptivo, porque describe las características de la población de estudio.

Si bien este diseño investigativo acude a individuos, se intenta trazar una línea objetiva y transversal que pueda dar cuenta, de manera intersubjetiva, sobre las causas de presión y suicidio en la Institución Educativa Sucre.

### **6.3. Diseño**

El presente trabajo de investigación se basa en un diseño de estudios transversales se define como el diseño de una investigación observacional, individual, que mide una o más características o enfermedades (variables), en un momento dado. Se tiene en cuenta este tipo de diseño ya que se realizará en un solo periodo de tiempo a los estudiantes de la institución educativa Nacional Sucre del municipio de Ipiales, Nariño a través de una encuesta la cual recolecta características del pasado o experiencias del individuo.

### **6.4. Población y Muestra**

Se pretende trabajar con estudiantes de sexo masculino y femenino que se encuentren en el rango etario de 13 a 19 años y se encuentren matriculados a la Institución Educativa Sucre en el año lectivo 2023-1.

Con respecto al tamaño de la muestra, se ha decidido tener como referente la fórmula y tipo de muestreo propuesto por López (31), en esa medida se propone usar la siguiente fórmula:

$$m = \frac{N}{(N-1) \cdot K^2 + 1}$$

M: muestra

N: Población o universo

K: Margen de error (puede ser 2%, 5%, 10%) para la fórmula, el porcentaje a usar debe ser expresado en decimales.

El tipo de muestreo es probabilístico aleatorio simple el cual se caracteriza porque cada unidad que compone la población tiene la misma posibilidad de ser seleccionado. Este método también se conoce como sorteo, rifa o tómbola. Para proceder con la selección de los componentes de la muestra se siguen los siguientes pasos.

1. Identificar y definir la población.
2. Realizar el listado de cada una de las unidades de la población.
3. Proceder a calcular la muestra.
4. Asignar un número a cada uno de los componentes de la población anotando una ficha, cartón o bolillo, luego se colocan en una bolsa o cajón.
5. Extraer una por una de las unidades correspondientes de acuerdo a la cantidad total del tamaño de la muestra. Cada ficha, cartón o bolillo extraído será componente de la muestra.
6. Seguir con el mismo procedimiento hasta completar la cantidad que se seleccionó en la muestra.

El punto a favor de este tipo de muestreo es que es aplicable a poblaciones pequeñas.

## **6.5. Criterios de Selección**

### **6.5.1. Criterios de Inclusión**

- Estudiantes que estén matriculados en el año lectivo 2023.
- Estudiantes que hayan vivido episodios de depresión detectados por docentes u orientador/a pedagógica de la Institución Educativa Sucre.
- Estudiantes que, al ser menores de edad, sus acudientes deben firmar consentimiento informado.

### **6.5.2. Criterios de Exclusión**

- Estudiantes que no se encuentren fuera del rango etario de 13 a 19 años, menores o mayores.
- Estudiantes que no estén matriculados en el año lectivo 2023 de la Institución Educativa Sucre.
- Estudiantes que no hayan presentado episodio alguno de depresión detectado por docentes u orientador/a pedagógica de la Institución Educativa.

### **6.6. Sesgos**

- Cantidad de hombres y mujeres en la muestra, de esta manera la variable del sexo deberá ser homogénea en cuanto a su cantidad.
- Información que ofrecen los docentes sobre los casos posibles de depresión, en ese sentido se proyectarán diferentes variables para definir si es un caso de depresión o no.
- Ambigüedad de respuesta, sugestión de respuesta y límite de tiempo, en los instrumentos de las encuestas.
- Cantidad de personas de la muestra ya que, si ésta es muy pequeña, no será posible ofrecer una perspectiva objetiva de la depresión y suicidio en la IE. Si éste sesgo se confirma, se abrirá el espectro a diferentes instituciones educativas del municipio.

### **6.7. Instrumento de Recolección de Datos**

Al ser una investigación de corte cuantitativo, este trabajo propone unos dos instrumentos de recolección de datos, que es el inventario de depresión (BDI – Y) de Beck para niños y adolescentes (Anexo 1) el cual evalúa los pensamientos negativos del niño o del adolescente sobre sí mismo, su vida y su futuro; los sentimientos de tristeza e indicaciones fisiológicas de

depresión. Permite identificar los síntomas de depresión de acuerdo a los criterios de depresión de los manuales diagnósticos.

El inventario comprende 21 ítems que demoran en ser respondidos entre cinco y diez minutos, los ítems que se comprenden acuden al grado de tristeza, pesimismo, fracaso, pérdida de placer, sentimientos de culpa, sentimientos de castigo, disconformidad con uno mismo, autocrítica pensamientos o deseos suicidas, llantos, agitación, pérdida de interés o indecisión, desvalorización, pérdida de energía, cambios en los hábitos de sueño, irritabilidad, cambios en el apetito, dificultad de concentración, cansancio o fatiga y pérdida de interés en el sexo que presente el o la adolescente.

Esta encuesta fue creada por el psiquiatra, investigador y fundador de la terapia cognitiva Aaron T. Beck. La versión original fue publicada en el año 1961, la revisión en 1971 y existe otra versión de 1996, y el segundo es el cuestionario creado por King y Kowalchuck, y adaptada para ser usada en adolescentes de Buenos Aires, Argentina. 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 clasifican al participante en tres categorías de riesgo suicida: bajo, moderado y alto.

Por otro lado, para se encuentra la variable de suicidio donde se evaluará a través del cuestionario “Escala de Ideación Suicida de Beck (ISB)” en el cual estarán involucrados la presencia de factores de riesgo vinculados a ideaciones y comportamientos suicidas.

Evalúa diferentes ítems dentro de los cuales se encuentran: características de las actitudes hacia la vida/muerte, características de los pensamientos/ deseos de suicidio, características del intento y actualización del intento. (Anexo 2).

### **6.8. Procedimiento**

A continuación, se describe el procedimiento que se llevará a cabo para realizar el trabajo de investigación, los pasos se enumeran así:

1. Acercamiento a la Institución Educativa Sucre y encuentro con administrativos para socializar el trabajo de investigación.
2. Encuentro con la o él orientador pedagógico con el fin de indagar sobre los índices, causas y factores de riesgos de depresión y suicidio de la IE.
3. Selección de las y los estudiantes que podrían hacer parte de la muestra.
4. Socialización de la intención investigativa a las y los estudiantes seleccionados y sus acudientes.
5. Entrega de consentimiento a acudientes con un rango de cuatro días para ser firmado.
6. Aplicación de inventario para depresión y suicidio de Beck – Y a los y las estudiantes que hagan parte de los criterios de inclusión.
7. Análisis de los resultados en el software Producto de Estadística y Solución de Servicio (SPSS).

8. Redacción de los resultados en concordancia con la información de los diarios de campo de los/las investigadoras.

### **6.9. Plan de Análisis Estadístico**

El plan de análisis estadístico a usar será el software Producto de Estadística y Solución de Servicio (SPSS) el cual se usa para una amplia gama de análisis estadísticos como las estadísticas descriptivas, estadísticas variadas, regresión, análisis de factores y representación de datos.

El software será utilizado, sobre todo, en sus funciones se encarga de analizar de manera estadística los resultados y, como segunda función, el diseño de visualización de datos.

## 7. Consideraciones Éticas

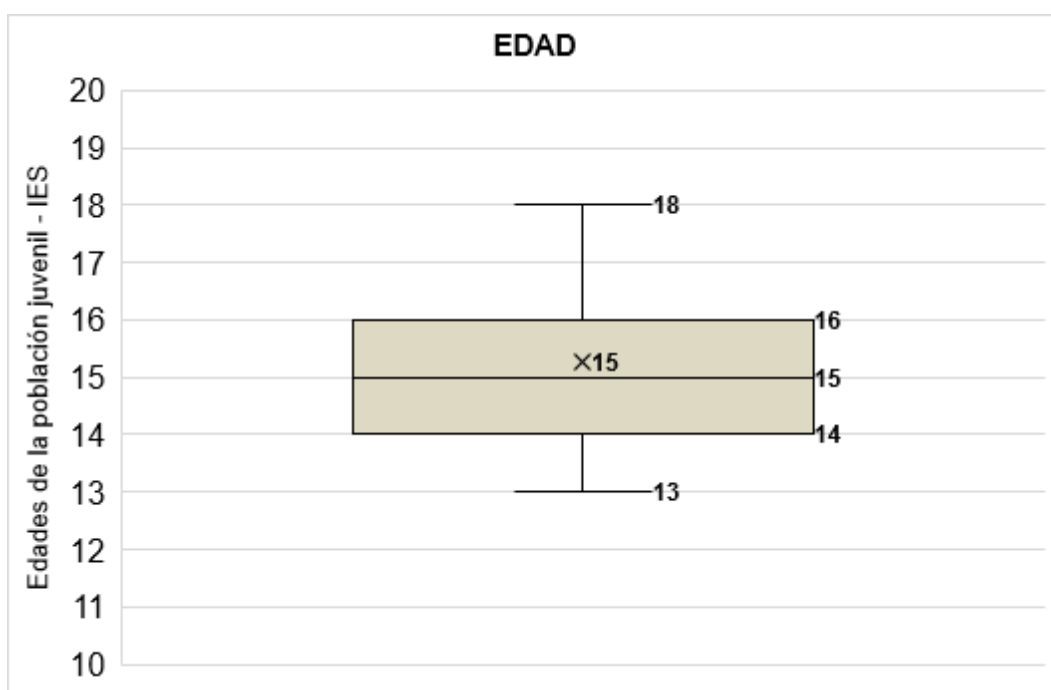
El presente trabajo de investigación se adhiere a la resolución 8430 de 1993 emitido por el Ministerio de Salud en el cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. En el artículo 11 se clasifican diferentes categorías de investigación así: investigación sin riesgo, investigación con riesgo mínimo e investigaciones con riesgo mayor que el mínimo. Así, atendemos a la primera categoría en la cual ésta investigación se inscribe en “estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: revisión de historias clínicas, entrevistas, cuestionarios y otros en los que no se le identifique no se traten aspectos sensitivos de su conducta”. (32)

## 8. Análisis de Resultados

Para dar cumplimiento al objetivo número 1 “identificar las características sociodemográficas de la población objeto de estudio” se presenta las siguientes gráficas:

### Grafica 1

Distribución de la población juvenil de la Institución Educativa Sucre del Municipio de Ipiales, según Edad.



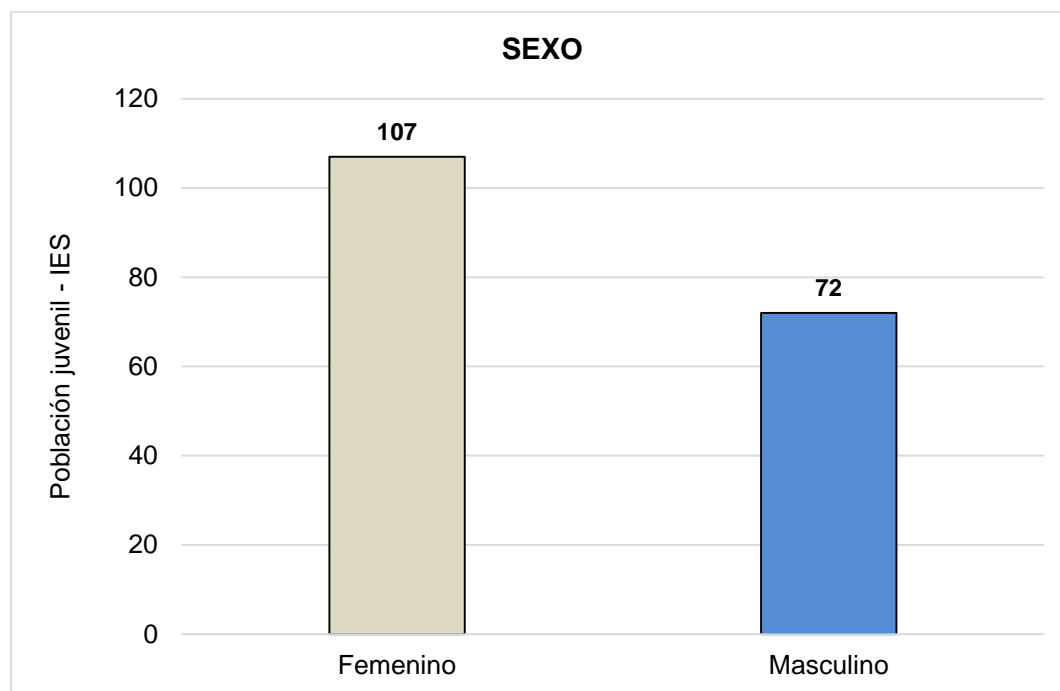
N = 179

**Fuente:** Propia de la investigación.

Para la distribución de la variable edad respecto a los estudiantes de la Institución Educativa Sucre con un total de 179 estudiantes que forman parte de la investigación, se puede observar que su rango mínimo es de 13 años y su máximo es de 18 años, su media se posiciona en 15.2 años y su mediana en 15 años. En ello se encuentra que la mayor dispersión está entre los rangos de 16,17 y 18 años, y de menor distribución abarca las edades de 13 a 14 años.

**Grafica 2**

Distribución de la población juvenil de la Institución Educativa Sucre del Municipio de Ipiiales, según Sexo.



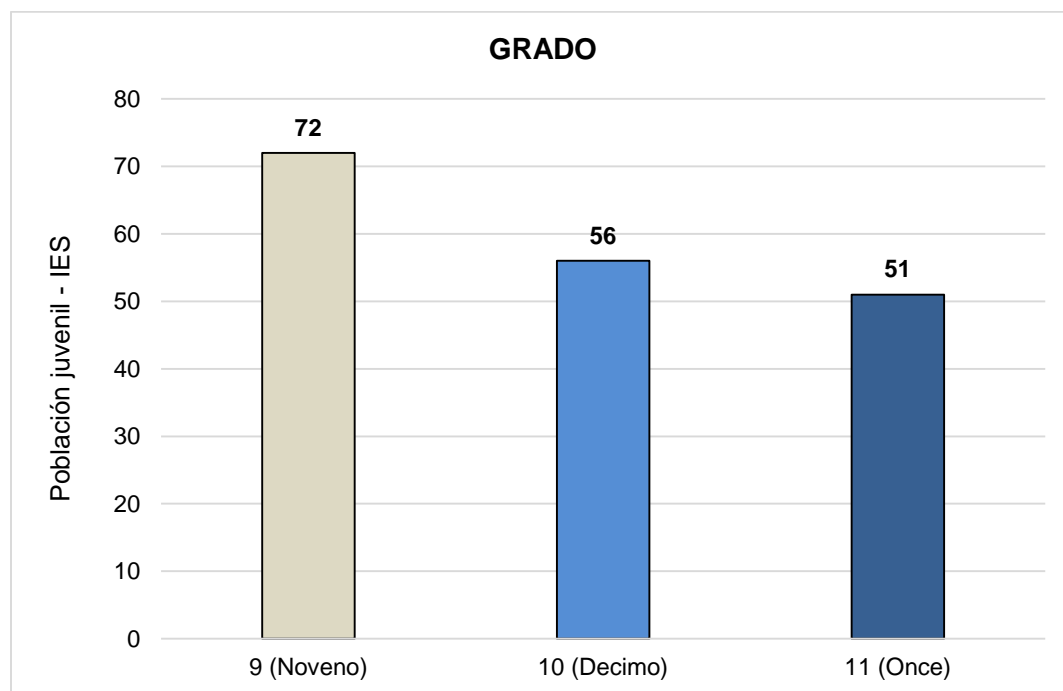
N = 179

**Fuente:** Propia de la investigación.

Respecto a la variable sexo en la distribución de la población juvenil de la Institución Educativa Sucre, se puede observar que la mayor distribución según la variable sexo son las mujeres con una frecuencia de 107 estudiantes que corresponde a un 59.8%, seguido de los hombres con una frecuencia de 72 estudiantes y un porcentaje del 40.2% respectivamente.

### Grafica 3

Distribución de la población juvenil de la Institución Educativa Sucre del Municipio de Ipiiales, según Grado.



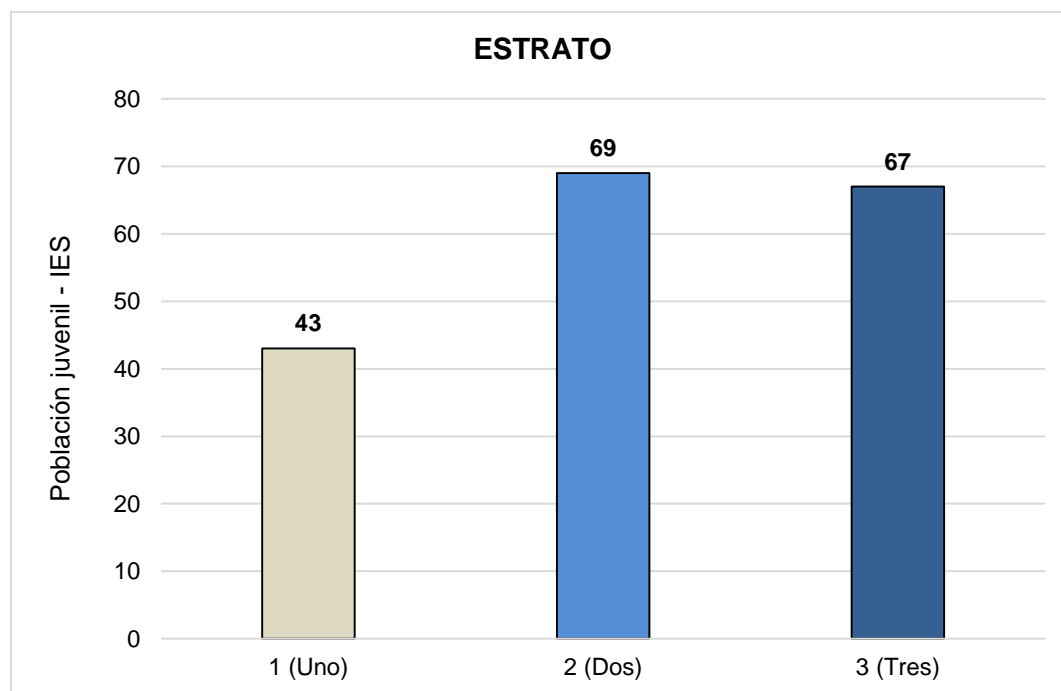
N = 179

Fuente: Propia de la investigación.

La gráfica #3 que corresponde a la variable grado que se encuentra cursando el estudiante, según la distribución juvenil de la Institución Educativa Sucre, del grado 9 (novenos) quienes obtuvieron la mayor participación con 72 estudiantes con un 40% la más alta frecuencia seguida del grado 10 (décimo) 56 estudiantes que corresponde a 31%. Con la frecuencia más baja según el grado, es 11 (once) con una frecuencia de 51 estudiantes que corresponde a 29%, de un total de 179 estudiantes.

#### Grafica 4

Distribución de la población juvenil de la Institución Educativa Sucre del Municipio de Ipiales, según Estrato.



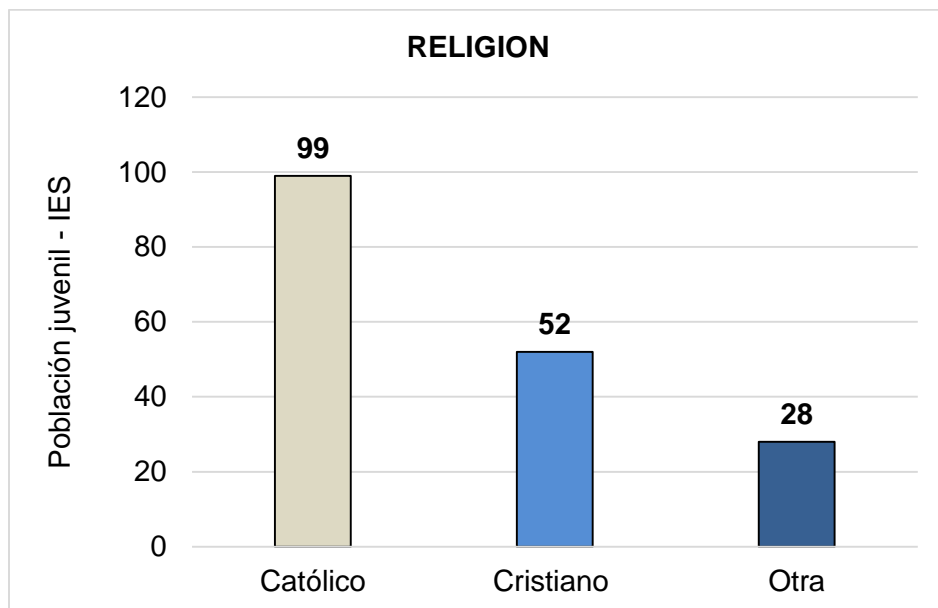
N = 179

Fuente: Propia de la investigación.

En la distribución de la población juvenil de la Institución Educativa Sucre, según la variable estrato, se observa que el 38.5 % de los estudiantes pertenecen al estrato 2 (dos) siendo el de mayor rango con 69 estudiantes, el 37.4% que hace referencia a los estudiantes que pertenecen al estrato 3 (tres) con 67 individuos respectivamente con la segunda mayor frecuencia y el 24 % de los estudiantes hacen parte del estrato 1 (uno) con una frecuencia de 43 individuos.

### Grafica 5

Distribución de la población juvenil de la Institución Educativa Sucre del Municipio de Ipiales, según Religión.



N = 179

Fuente: Propia de la investigación.

Respecto a la variable religión en la distribución de la población juvenil de la Institución Educativa Sucre, se puede observar que la religión católica presenta la mayor frecuencia de toda la distribución con un total de 99 estudiantes que corresponde al 55%, seguido de la religión cristiana con 52 estudiantes con un 29% y con la menor frecuencia otras religiones con 28 estudiantes con un 16% respectivamente.

Para dar cumplimiento al objetivo número 2 “Describir los síntomas de depresión de la población objeto de estudio.” se presenta las siguientes gráficas y tablas:

**Tabla 1**

Distribución de la población juvenil de la Institución Educativa Sucre del Municipio de Ipiales, según Síntomas de depresión.

VARIABLE		F.A (#)	F.R (%)
Tristeza	No	102	57%
	Si	77	43%
<b>TOTAL</b>		<b>179</b>	<b>100%</b>
Pesimismo	No	83	46%
	Si	96	54%
<b>TOTAL</b>		<b>179</b>	<b>100%</b>
Fracaso	No	83	46%
	Si	96	54%
<b>TOTAL</b>		<b>179</b>	<b>100%</b>
Pérdida de Placer	No	66	37%
	Si	113	63%
<b>TOTAL</b>		<b>179</b>	<b>100%</b>
Sentimientos de Culpa	No	77	43%
	Si	102	57%
<b>TOTAL</b>		<b>179</b>	<b>100%</b>
Sentimientos de Castigo	No	116	65%
	Si	63	35%
<b>TOTAL</b>		<b>179</b>	<b>100%</b>
Disconformidad con uno mismo	No	80	45%
	Si	99	55%
<b>TOTAL</b>		<b>179</b>	<b>100%</b>
Autocrítica	No	75	42%
	Si	104	58%
<b>TOTAL</b>		<b>179</b>	<b>100%</b>
	No	101	56%

Pensamientos o Deseos Suicidas	Si	78	44%
<b>TOTAL</b>		<b>179</b>	<b>100%</b>
Llanto	No	89	50%
	Si	90	50%
<b>TOTAL</b>		<b>179</b>	<b>100%</b>
Agitación	No	98	55%
	Si	81	45%
<b>TOTAL</b>		<b>179</b>	<b>100%</b>
Pérdida de Interés	No	53	30%
	Si	126	70%
<b>TOTAL</b>		<b>179</b>	<b>100%</b>
Indecisión	No	68	38%
	Si	111	62%
<b>TOTAL</b>		<b>179</b>	<b>100%</b>
Desvalorización	No	97	54%
	Si	82	46%
<b>TOTAL</b>		<b>179</b>	<b>100%</b>
Pérdida de Energía	No	55	31%
	Si	124	69%
<b>TOTAL</b>		<b>179</b>	<b>100%</b>
Cambios en los Hábitos de Sueño	No	42	23%
	Si	137	77%
<b>TOTAL</b>		<b>179</b>	<b>100%</b>
Irritabilidad	No	94	53%
	Si	85	47%
<b>TOTAL</b>		<b>179</b>	<b>100%</b>
Cambios en el Apetito	No	73	41%
	Si	106	59%
<b>TOTAL</b>		<b>179</b>	<b>100%</b>
	No	59	33%

Dificultad de Concentración	Si	120	67%
<b>TOTAL</b>		<b>179</b>	<b>100%</b>
Cansancio o Fatiga	No	72	40%
	Si	107	60%
<b>TOTAL</b>		<b>179</b>	<b>100%</b>
Pérdida de Interés en el Sexo	No	156	87%
	Si	23	13%
<b>TOTAL</b>		<b>179</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Propia de la investigación.

En cuanto a la Tabla 1 en el cual se describen los síntomas de depresión en la distribución de la población juvenil de la Institución Educativa Sucre,

1. Se puede observar que en la variable tristeza que los 102 estudiantes que corresponde al 57% no presentan este síntoma, en comparación a los 77 estudiantes que corresponden a 43% que si presentan este síntoma de tristeza para la escala de depresión.
2. De los 179 estudiantes encuestados, 83 estudiantes que corresponden al 46% respondieron que no presentan pesimismo y fracaso con igual frecuencias, seguidos de los 93 estudiantes que corresponden 54% que si presentan pesimismo y fracaso respectivamente.
3. Seguida la variable pérdida del placer, 66 estudiantes que representan al 37% no presentan este síntoma y con una mayoría de 113 estudiantes que corresponde al 63% respondieron que presentan pérdida de placer.
4. Se observa que los sentimientos de culpa los presenta la mayoría con 102 estudiantes que hacen referencia a 57% y 77 estudiantes que representa el 43% negaron haber tenido este síntoma.

5. De los 179 estudiantes, 116 estudiantes que representan el 65% no tienen sentimientos de castigo, en comparación a los 63 estudiantes que hacen referencia al 35% que si presentan este síntoma.

6. En la variable disconformidad con uno mismo, 80 estudiantes que representa el 45% del total respondieron que no han tenido este síntoma y 99 estudiantes que representan el 55% si han presentado este síntoma.

7. En la autocrítica de los 179 estudiantes, 75 estudiantes que representan 42% manifestaron que no presentan este síntoma y con la mayoría de 104 estudiantes que representan 58% manifestaron que si presentan este síntoma.

8. Se observa que en los pensamientos o deseos suicidas 101 estudiantes que hacen referencia 56% manifestaron que no han tenido este síntoma y 78 estudiantes que representan el 44% manifestaron que si han tenido este síntoma.

9. De los 179 estudiantes encuestados, 90 estudiantes que representan 50% respondieron que, si han presentado este síntoma en la variable llanto y 89 estudiantes que hace referencia al 50%, dijeron que no han presentado tenido este síntoma.

10. Con un total de 98 estudiantes que representan el 55% respondieron que no presentan agitación siendo la mayoría y 81 estudiantes que representan el 45% no presentan este síntoma.

11. Con la variable pérdida de interés, se observa que 53 estudiantes que representa el 30% manifestaron no presentar este síntoma y 126 estudiantes que hacen referencia al 70% manifestaron que si presentan este síntoma obteniendo la mayoría.

12. En la variable indecisión, se observa que 111 estudiantes que equivale al 62% expresaron que si presentan este síntoma y 68 estudiantes que corresponden al 38% manifestaron que no presentan este síntoma.

13. De los 179 estudiantes que ingresaron en el estudio, la gran mayoría con 97 estudiantes que equivale 54% respondieron que no presentan desvalorización y 82 estudiantes que corresponde al 46% si presentan el síntoma de desvalorización.

14. En la variable pérdida de energía, 179 de los estudiantes que respondieron la encuesta, 55 estudiantes que representan al 31% respondieron que no presentan este síntoma y 124 estudiantes que equivale al 69% siendo la mayoría refirieron si presentar este síntoma.

15. En los cambios en los hábitos de sueño, 137 estudiantes que representa al 77% respondieron que si presentar este síntoma y 42 estudiantes que equivale al 23% expresaron que no.

16. En la variable irritabilidad, 94 estudiantes que hacen referencia al 53% expresaron no tener este síntoma y 85 estudiantes que equivale al 47% siendo la mayoría manifestaron que si tienen este síntoma.

17. En la variable cambios del apetito, de los 179 estudiantes que respondieron la encuesta, 73 estudiantes que equivale al 41% respondieron que no presentan este síntoma y 106 estudiantes que representan 59% manifestaron haber tenido este síntoma.

18. En cuanto a dificultad de concentración 59 estudiantes que equivale al 33% respondieron que no presentan este síntoma y con la mayoría de 120 estudiantes que representan el 67% presentaron este síntoma.

19. Se puede observar que en la variable cansancio o fatiga, de los 179 estudiantes, 72 de ellos representan el 40% manifestaron no tener este síntoma y con la mayoría 107 estudiantes que equivale al 60% manifestaron tener este síntoma.

20. Dentro de la pérdida de interés en el sexo 156 estudiantes que equivale al 87% siendo la mayoría manifestaron que no han notado cambios en esta variable y 23 estudiantes que representan el 13% manifestaron que si han perdido este síntoma.

Para dar cumplimiento al objetivo número 3 “Caracterizar los factores asociados al suicidio de la población objeto de estudio.” se presenta las siguientes gráficas y tablas:

**Tabla 2**

Distribución de la población juvenil de la Institución Educativa Sucre del Municipio de Ipiales, según factores asociados al suicidio.

VARIABLE		F.A (#)	F.R (%)
Deseo de vivir	No	47	26.3%
	Si	132	73.7%
<b>TOTAL</b>		<b>179</b>	<b>100%</b>
Deseo de morir	No	106	59.2%
	Si	73	40.8%
<b>TOTAL</b>		<b>179</b>	<b>100%</b>
Razones para vivir/morir	0. Vivir supera a morir	86	48%
	1. Equilibrado (es igual)	89	49.7%
	2. Morir supera a vivir	4	2.2%
<b>TOTAL</b>		<b>179</b>	<b>100%</b>
Deseo de realizar un intento de suicidio activo	No	137	76.5%
	Si	42	23.5%
<b>TOTAL</b>		<b>179</b>	<b>100%</b>
Deseo pasivo de suicidio	No	114	63.7%
	Si	65	36.3%

<b>TOTAL</b>		<b>179</b>	<b>100%</b>
Duración	0. Breves periodos pasajeros	157	87.7%
	1. Períodos largos	14	7.8%
	2. Continuos (crónicos), casi continuos	8	4.5%
<b>TOTAL</b>		<b>179</b>	<b>100%</b>
Frecuencia	0. Rara, ocasionalmente	135	75.4%
	1. Intermitente	36	20.1%
	2. Continuos (crónicos), casi continuos	8	4.5%
<b>TOTAL</b>		<b>179</b>	<b>100%</b>
Actitud hacia los pensamientos/deseos	0. Rechazo	77	43%
	1. Ambivalente; indiferente	75	41.9%
	2. Continuos (crónicos), casi continuos	27	15.1%
<b>TOTAL</b>		<b>179</b>	<b>100%</b>
Control sobre la acción/deseo de suicidio	0. Tiene sentido de control	152	84.9%
	1. Inseguridad de control	25	14%
	2. No tiene sentido de control	2	1.1%
<b>TOTAL</b>		<b>179</b>	<b>100%</b>
Razones o motivos que detienen la tentativa suicida (Familia, religión, irreversibilidad o fallar)	0. No lo intentaría porque algo lo detiene	138	77.1%
	1. Cierta duda hacia los intereses que lo detienen	34	19%
	2. No tiene sentido de control	7	3.9%
<b>TOTAL</b>		<b>179</b>	<b>100%</b>
Razones para pensar/desear el intento suicida	0. Manipular el ambiente, llamar la atención, venganza	31	17.3%
	1. Combinación de respuesta 0 y 2	25	14%
	2. No tiene sentido de control	123	68.7%
<b>TOTAL</b>		<b>179</b>	<b>100%</b>
	0. Sin considerar	123	68.7%

Método: especificidad/oportunidad de detalles pensar el intento	1. Considerado, pero sin elaborar los	44	24.6%
	2. No tiene sentido de control	12	6.7%
<b>TOTAL</b>		<b>179</b>	<b>100%</b>
Método: disponibilidad/oportunidad de pensar el intento	0. Método no disponible, no oportunidad	117	65.4%
	1. Método tomaría tiempo/ esfuerzo; oportunidad no disponible realmente	43	24%
	2. No tiene sentido de control	15	8.4%
	2a. Oportunidad futura o disponibilidad de anticipar el método	4	2.2%
<b>TOTAL</b>		<b>179</b>	<b>100%</b>
Sensación de “capacidad para llevar a cabo el intento”	1. No está seguro de tener valor	71	39.7%
	2. Está seguro de tener valor	14	7.8%
	2a. Oportunidad futura o disponibilidad de anticipar el método	94	52.5%
<b>TOTAL</b>		<b>179</b>	<b>100%</b>
Expectativa/ anticipación de un intento real	0. No	134	74.9%
	1. Sin seguridad, sin claridad	40	22.3%
	2. Oportunidad futura o disponibilidad de anticipar el método	5	2.8%
<b>TOTAL</b>		<b>179</b>	<b>100%</b>
Preparación real	0. Ninguna	158	88.2%
	1. Parcial (guardar pastillas, conseguir instrumentos)	18	10.1%
	2. Completa	3	1.7%
<b>TOTAL</b>		<b>179</b>	<b>100%</b>
Nota suicida	No	132	73.7%
	Si	47	26.3%

TOTAL		<b>179</b>	<b>100%</b>
Acciones finales para preparar la muerte (Testamento, arreglos, regalos)	No	152	84.9%
	Si	27	15.1%
TOTAL		<b>179</b>	<b>100%</b>
Expectativa/ anticipación de un intento real	0. Revela las ideas abiertamente	86	48%
	1. Revela las ideas con reservas	56	31.3%
	2. Encubre, engaña, miente	37	20.7%
TOTAL		<b>179</b>	<b>100%</b>
Intento de suicidio anteriores	No	146	81.6%
	Si	33	18.4%
TOTAL		<b>179</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Propia de la investigación.

En la tabla 2 para caracterizar los factores asociados al suicidio en la distribución de la población juvenil de la Institución Educativa Sucre según factores asociados al suicidio:

1. Para el ítem deseo de vivir se puede observar que del total de 179 estudiantes, 47 con 26.3% respectivamente no desea vivir según la escala de suicidio, seguido de 132 estudiantes que corresponde a 73.7% respondieron positivamente con el deseo de vivir.

2. Para el ítem deseo de morir se puede observar que de 106 estudiantes que corresponde al 59.2% no tiene el deseo de morir según la escala de suicidio, seguido de 73 estudiantes que corresponden al 40.8% argumentaron que se desean morir según la escala de suicidio.

3. En el ítem razones para vivir/morir se puede observar que de 179 estudiantes, 86 estudiantes que equivale al 48% manifiestan que vivir supera a morir, 89 estudiantes que corresponde al 49,7 siendo la mayoría manifestaron que las razones para vivir/morir es igual y 4 estudiantes que equivale al 2.2% respondieron que morir supera a vivir.

4. Para el ítem deseo de realizar un intento de suicidio activo 137 estudiantes que equivale al 76,5% respondieron que no han tenido un intento activo y 42 estudiantes que corresponde al 23,5% respondieron que si tienen deseo de realizar un intento de suicidio activo.

5. En el ítem deseo pasivo de suicidio, en el cual 114 estudiantes que equivale 63,7% siendo la mayoría dijeron que no tienen un deseo pasivo de suicidio y 65 estudiantes que corresponde al 36,3% respondieron que si han presentado este deseo.

6. Para el ítem duración se observa que, del total que corresponde a 179 estudiantes, 157 que equivale 87,7% respectivamente, siendo la mayoría respondieron que las duraciones en ideación suicida son breves, periodos pasajeros, 14 estudiantes que corresponde al 7,8% respondieron que la duración es de periodos largos y 8 estudiantes que equivalen al 4,5% respondieron que tienen una duración continua (crónicos), casi continuos de esta ideación suicida.

7. En la variable frecuencia de ideación suicida en cuanto a la escala, la gran mayoría, 135 estudiantes que corresponde al 75,4% respondieron que es rara, ocasionalmente. 36 estudiantes que equivalen al 20,1% manifestaron que es intermitente y 8 estudiantes que corresponden 4,5% respondieron que es continuo (crónico), casi continuos.

8. Según la escala de ideación suicida de Beck en la variable actitud hacia los pensamientos/deseos suicidas, 77 estudiantes que equivale 43% siendo la mayoría manifestaron un rechazo a estos pensamientos. 75 estudiantes que corresponde al 41,9% expresaron que tienen deseos ambivalentes o indiferentes y 2 estudiantes que equivale al 1,1% respondieron que no tienen sentido de control en los deseos.

9. Para el ítem control sobre la acción/deseo de suicidio en la escala, 152 estudiantes que corresponde al 84,9% manifestaron que tienen sentido de control sobre el deseo de suicidio,

25 estudiantes que equivalen 14% tienen inseguridad de control para la acción de suicidio y 2 estudiantes que corresponden al 1,1% no tienen sentido de control sobre el deseo de suicidio.

10. Para el ítem razones o motivos que detienen la tentativa suicida (familia, religión, irreversibilidad o fallar) de la escala de suicidio, 138 estudiantes que corresponde al 77,1% manifestaron que no lo intentarían porque algo lo detiene para tentativa de suicidio, 34 estudiantes que equivalen al 19% tienen cierta duda hacia los intereses que lo detienen la tentativa suicida y 7 estudiantes que corresponde al 3,9% no tienen sentido de control para realizar un suicidio.

11. En la variable razones para pensar/desear el intento suicida, de los 179 estudiantes encuestados, 31 estudiantes que equivalen al 17,3% manipulan el ambiente, llaman la atención o en venganza para desear un intento suicida. 123 que equivale 68,7% respectivamente no tienen sentido de control para pensar un deseo suicida y 25 estudiantes que representan el 14% tienen razones de manipulación de ambiente, llaman la atención, venganza o no tienen sentido de control para pensar en intento de suicidio.

12. Para el ítem método de la escala de suicidio de Beck: especificidad/oportunidad de pensar el intento de suicidio, 123 estudiantes que equivalen a 68,7% siendo la mayoría manifestaron que no han considerado una oportunidad de pensar el intento, 44 estudiantes que corresponden al 24,6% respondieron que han considerado una oportunidad para intento de suicidio, pero sin elaborar detalles y 12 estudiantes que corresponden al 6,7% expresaron que no tiene sentido de control para pensar en intento de suicidio.

13. En el ítem método de la escala de suicidio de Beck: disponibilidad/oportunidad de pensar el intento, de los 179 estudiantes encuestados, 17 estudiantes que representan 65,4% no tienen un método no disponible y no tienen una oportunidad para intento de suicidio. 43

estudiantes equivalen al 24% les tomaría tiempo/esfuerzo para llevar a cabo un intento o una oportunidad no disponible realmente. 15 estudiantes que corresponden al 8,4% expresaron que no tiene sentido de control en una oportunidad de pensar en el intento y finalmente 4 estudiantes que hacen referencia al 2,2% piensan en una oportunidad futura o disponibilidad de anticipar el método de llevar a cabo un intento.

14. En el ítem sensación de “capacidad de llevar a cabo el intento”, 71 estudiantes que equivale al 39,7% expresaron que no están seguros de tener valor para llevar a cabo el intento, 14 estudiantes que representan el 7,8%, están seguros de tener valor para llevar a cabo el intento y 94 estudiantes siendo la mayoría que equivalen al 52,5% manifestaron que tienen una oportunidad futura o disponibilidad de anticipar el método para un intento de suicidio.

15. Para el ítem expectativa/anticipación de un intento real la mayoría del total de 179 participantes, 134 estudiantes que equivalen al 74,9% no tienen una expectativa de intento real de suicidio, 40 estudiantes que corresponden al 22,3% no tienen seguridad, claridad para la anticipación de un intento y 5 estudiantes que hacen referencia al 2,8% tienen como expectativa una oportunidad futura o disponibilidad de anticipar el intento real de suicidio.

16. En el ítem preparación real 158 estudiantes que corresponden al 88,2% afirmaron que no han tenido una preparación real de intento de suicidio, mientras que 18 estudiantes que equivalen al 10,1% tienen una preparación parcial, es decir, guardar pastillas, conseguir instrumentos, etc. Por último, 3 estudiantes que corresponden al 1,7% han tenido preparación real de intento de suicidio completa.

17. En el ítem nota suicida de la escala de Beck, 132 estudiantes que equivalen al 73,7% no han realizado una nota suicida para el intento, mientras que 47 estudiantes que corresponde al 26,7% si han realizado notas para el intento de suicidio.

18. Para la variable acciones finales para preparar la muerte como testamento, arreglos, regalos. Del total de 179 estudiantes encuestados, 152 estudiantes que corresponden al 84,9%, siendo la mayoría manifestaron no haber realizado testamentos, arreglos, regalos, etc. Mientras que 27 estudiantes que equivale a 15,1% si tuvieron acciones finales para preparar su muerte.

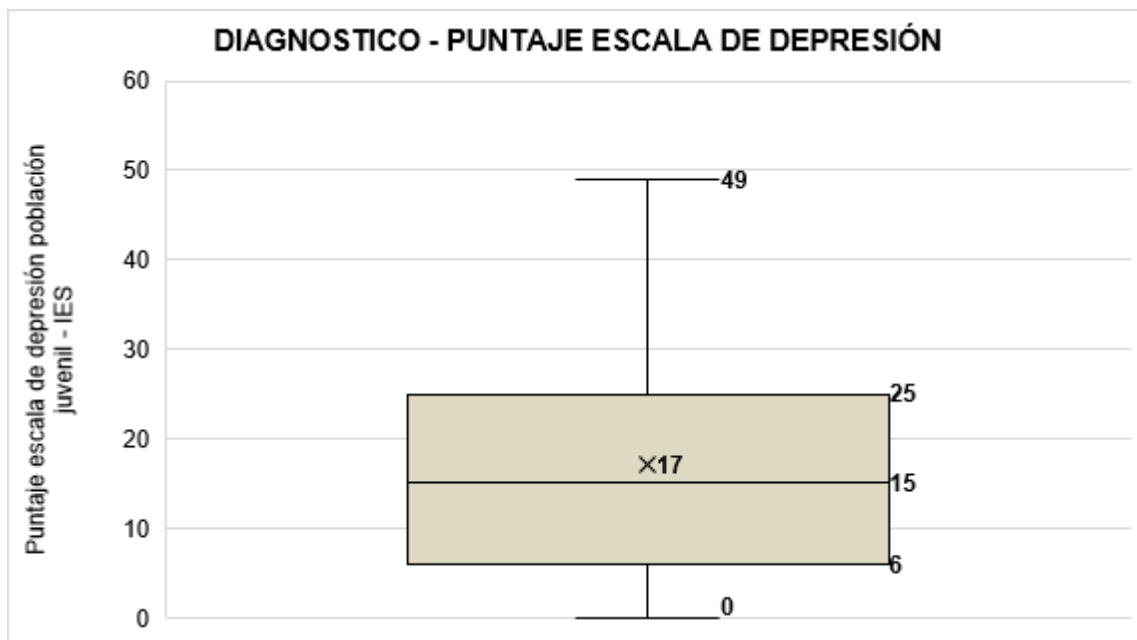
19. En la variable expectativa/anticipación de un intento real, 86 estudiantes que hacen referencia al 48% revelan las ideas abiertamente de una anticipación de un intento real. 56 estudiantes que equivalen al 31,3% revelan las ideas con reserva para un intento real y 37 estudiantes que corresponden al 20,7% encubren, engañan o mienten sobre la anticipación de un intento real de suicidio.

20. En el ítem intento de suicidio anteriores en la escala de Beck, de los 179 estudiantes, 146 que equivalen al 81,6% siendo la mayoría no han tenido intentos anteriores de suicidio, mientras que 33 estudiantes que corresponden al 18,4% tienen intento de suicidio anteriores.

Para dar cumplimiento al objetivo número 4 “Analizar los niveles de depresión y factores asociados al suicidio, en la población objeto de estudio” se presenta las siguientes gráficas y tablas:

### Grafica 6

Distribución de la población juvenil de la Institución Educativa Sucre del Municipio de Ipiales, según Diagnóstico – Puntaje Escala de depresión.



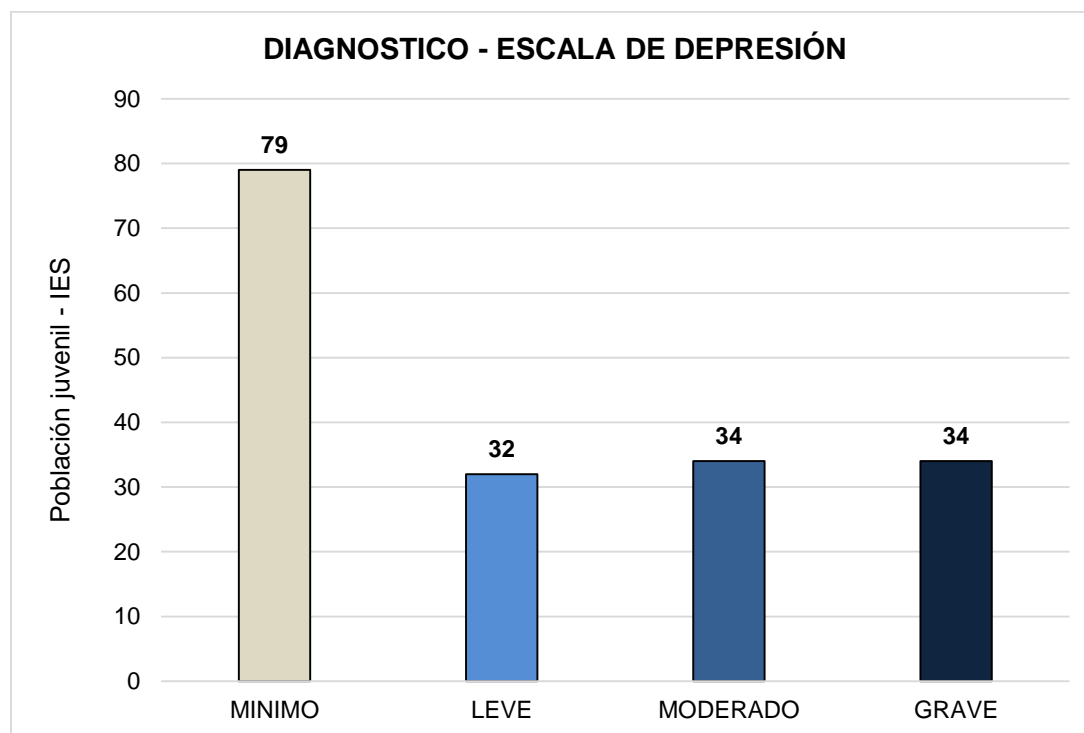
N = 179

Fuente: Propia de la investigación.

Para analizar los niveles de depresión y factores asociados al suicidio se realiza la distribución de la población juvenil de la Institución Educativa Sucre, según diagnóstico – puntaje en la escala de depresión de Beck, se encuentra que el menor puntaje obtenido en la encuesta es de 0 y su máximo es de 49. Su media se posiciona en 17 y su mediana en 15 haciendo referencia estos rangos a un diagnóstico de depresión leve. Por otro lado, se puede observar que la mayor dispersión se encuentra entre el decil 3 y 5, con puntajes entre 25 y 49 con un diagnóstico de depresión moderada y depresión grave respectivamente, en 179 estudiantes que hacen parte de la investigación.

### Grafica 7

Distribución de la población juvenil de la Institución Educativa Sucre del Municipio de Ipiales, según Diagnóstico - Escala de depresión.



N = 179

Fuente: Propia de la investigación.

Para analizar los niveles de depresión y factores asociados al suicidio se realiza la distribución de la población juvenil de la Institución Educativa Sucre, según diagnóstico – escala de depresión de Beck, en donde se observa que de los 179 estudiantes que realizaron la encuesta, el 44.1% presentan diagnóstico de depresión mínima, el 19% presenta depresión moderada, al igual que depresión grave la cual representa el 19% y finalmente con el menor porcentaje se encuentra el diagnóstico de depresión leve con 17.9%.

**Tabla 3**

Distribución de la población juvenil de la Institución Educativa Sucre del Municipio de Ipiales, según Diagnostico - Escala de depresión y aspectos sociodemográficos.

Variable	DIAGNOSTICO - ESCALA DE DEPRESIÓN								Valor	P	
	Mínimo		Leve		Moderado		Grave				Prueba
	#	%	#	%	#	%	#	%			
Sexo	Femenino	32	40.5%	21	65.6%	26	76.5%	28	82.4%	23.804	<0.001
	Masculino	47	59.5%	11	34.4%	8	23.5%	6	17.6%		
Total		<b>79</b>	<b>100%</b>	<b>32</b>	<b>100%</b>	<b>34</b>	<b>100%</b>	<b>34</b>	<b>100%</b>		
Grado	9	27	34.2%	9	28.1%	14	41.2%	12	35.3%	7.187	0.308
	10	25	31.6%	13	40.6%	10	29.4%	8	23.5%		
	11	17	21.5%	10	31.3%	10	29.4%	14	41.2%		
Total		<b>79</b>	<b>100%</b>	<b>32</b>	<b>100%</b>	<b>34</b>	<b>100%</b>	<b>34</b>	<b>100%</b>		
Religión	Católico	40	50.6%	19	59.4%	19	55.9%	21	61.8%	1.774	0.949
	Cristiano	25	31.6%	9	28.1%	9	26.5%	9	26.5%		
	Otra	14	17.7%	4	12.5%	6	17.6%	4	11.8%		
Total		<b>79</b>	<b>100%</b>	<b>32</b>	<b>100%</b>	<b>34</b>	<b>100%</b>	<b>34</b>	<b>100%</b>		
Estrato	1	19	24.1%	9	28.1%	7	20.6%	8	23.5%	12.679	0.046
	2	29	36.7%	18	56.3%	8	23.5%	14	41.2%		
	3	31	39.2%	5	15.6%	19	55.9%	12	35.3%		
Total		<b>79</b>	<b>100%</b>	<b>32</b>	<b>100%</b>	<b>34</b>	<b>100%</b>	<b>34</b>	<b>100%</b>		

Fuente: Propia de la investigación.

Para la escala de depresión y los aspectos sociodemográficas se puede observar:

Para la variable sexo se puede observar según la escala de depresión para el diagnóstico depresión mínima la mayor frecuencia corresponde a los hombres con un 59.5% representado en 47 individuos, seguido de las mujeres con un 40.5% que corresponde a 30 estudiantes. Para el diagnóstico leve se puede observar que el sexo femenino representa el mayor porcentaje con un 65.6% que corresponde a 21 mujeres, seguido de los hombres con un 34.4%, 11 hombres. Para la depresión moderada observamos que el sexo más afectado son las mujeres con un 76.5% y una frecuencia de 26 mujeres seguido de los hombres con 23.5% que corresponde a 8 individuos, por último, está la depresión grave como diagnóstico donde las mujeres están representadas con un 82.4%, 28 estudiantes seguido de los hombres con 17.6% 6 hombres en total respectivamente. La prueba estadística de Chi2 con un valor de 23.804 establece un valor de  $p$  de  $<0.001$ , representa significancia estadística para la comparación de los grupos sexo y Escala de depresión, lo anterior demuestra la no dependencia entre estas dos variables donde las mujeres tiene a generar depresión en comparación a los hombres en las 4 escalas correspondientes

Para la variable grado se puede observar de acuerdo con la escala de depresión, que para el grado noveno con la mayoría de porcentaje el diagnóstico depresión mínima está representada por el 34.2% que hace referencia a 27 estudiantes, seguido por el grado decimo con 25 estudiantes que ocupa el 31.6% y finalmente para este diagnóstico con el grado once con el 21.5% de 17 estudiantes. En el diagnóstico depresión leve con el grado noveno participaron 9 estudiantes que significaría el 28.1%, en el grado decimo el 40.6% con 13 estudiantes que representaría la mayoría y el 31.3% con 10 estudiantes que pertenecen al grado once. En el diagnóstico de depresión moderado con la mayoría de porcentaje, el 41.2% con 14 estudiantes lo

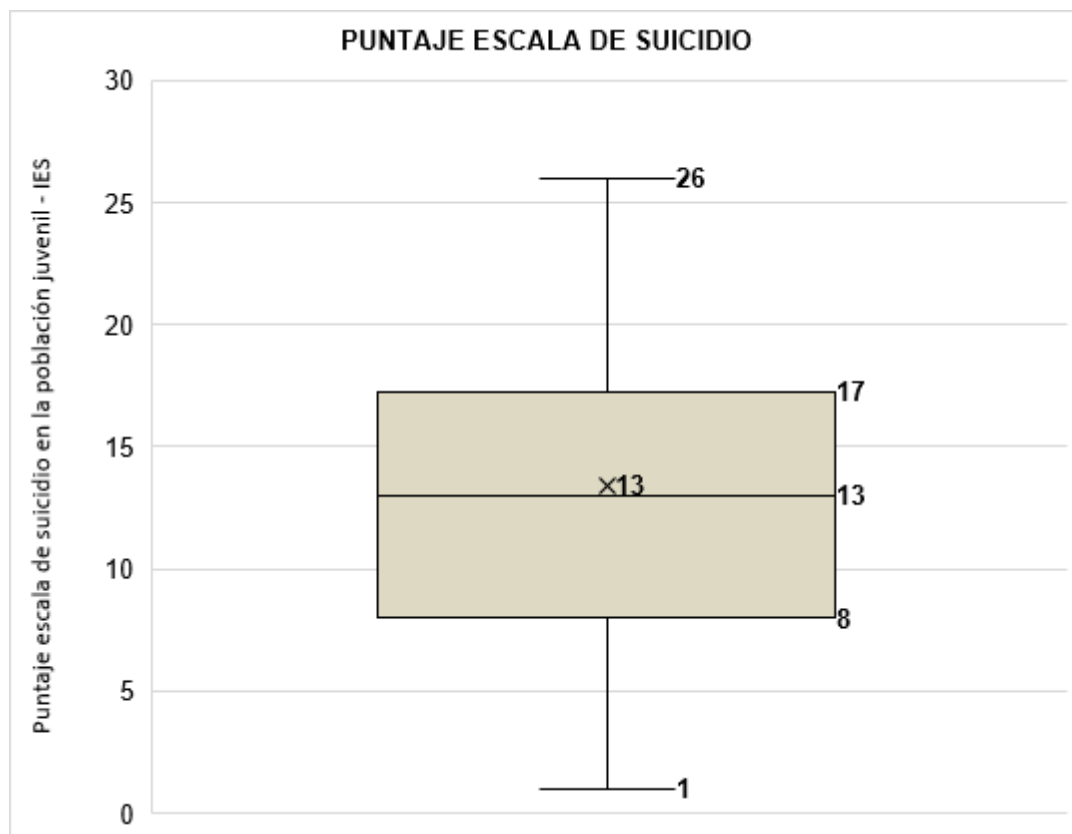
ocupa el grado noveno seguido del grado decimo con 10 estudiantes que representaría el 29.4% y finalizamos con el grado once (11) con un 29.4% con 10 estudiantes. Finalizando con el diagnóstico de depresión grave la mayoría del porcentaje está representado por el grado once (11) con un 41.2% con 14 estudiantes, seguido por el grado noveno (9) con 35.3% y de esta manera se finaliza con el grado decimo (10) con 8 estudiantes que hace referencia a un porcentaje de 23.5%. La prueba estadística de Chi2 con un valor de 7.187 establece un valor de  $p$  de 0.308, NO representa significancia estadística para la comparación de los grupos grado y Escala de depresión.

En cuanto a la variable religión se puede identificar según la escala de depresión para el diagnóstico depresión mínima de 40 estudiantes que corresponde al 50.6% son católicos, seguido por la religión cristiano con un porcentaje de 25 estudiantes que hace alusión al 31.6% y finalmente en otra religión de posicionan 14 estudiantes con el 17.7%. Después pasamos al diagnóstico depresión leve, que en la religión católico se encuentran 19 estudiantes con el 59.4%, 9 estudiantes que corresponde al 28.1% con 9 estudiantes y en otra religión están 4 estudiantes con el 12.5%. ahora bien, en el diagnóstico depresión moderado la religión católica con el 55.9% con 19 estudiantes, seguido por el 26.5% que corresponde a 9 estudiantes están en la religión cristiano y en otra religión está el 17.6% que hace referencia a 6 estudiantes. Finalizando con el diagnóstico depresión grave 21 estudiantes con el 61.8% están en la religión católico, seguido por la religión cristiano con 9 estudiantes con el 26.5% y finalmente con el 11.8% que hace referencia a 4 estudiantes. Cabe resaltar que en esta variable la mayoría de porcentaje se posiciono en la religión católico en los 4 diagnósticos de depresión. La prueba estadística de Chi2 con un valor de 1.774 establece un valor de  $p$  de religión y Escala de depresión.

En la última variable de esta tabla que es el estrato se puede notar según la escala de depresión para el diagnóstico depresión mínima la mayoría se ubica en el estrato 3 con el 39.25% con 31 estudiantes, seguido por el estrato 2 con 29 estudiantes que representa el 36.7% y finalmente el estrato 1 con el 24.1% con 19 estudiantes. En el diagnóstico de depresión leve en el estrato 1 se ubican 9 estudiantes con el 28.1% en el estrato 2 y siendo la mayoría con el 56.3% que hace referencia a 18 estudiantes y para finalizar en el estrato 3 están 5 estudiantes con el 15.6%. para el diagnóstico de depresión moderado en el estrato 1 encontramos a 7 estudiantes con el 20.6%, en el estrato 2 con el 23.5% que hace referencia a 8 estudiantes y en el estrato 3 con 19 estudiantes que significaría el 55.9% siendo la mayoría. Y por último en el diagnóstico de depresión grave la mayoría se posiciona en el estrato con 3 con el 35.3% de 12 estudiantes, seguido por el estrato 2 con 14 estudiantes con un porcentaje de 41.2% y finalmente con el estrato 1 con un porcentaje de 23.5% con 8 estudiantes. La prueba estadística de Chi<sup>2</sup> con un valor de 12.679 establece un valor de  $p$  de 0.046, representa significancia estadística para la comparación de los grupos estrato y Escala de depresión.

### Grafica 8

Distribución de la población juvenil de la Institución Educativa Sucre del Municipio de Ipiales, según Puntaje escala de suicidio.



N = 74

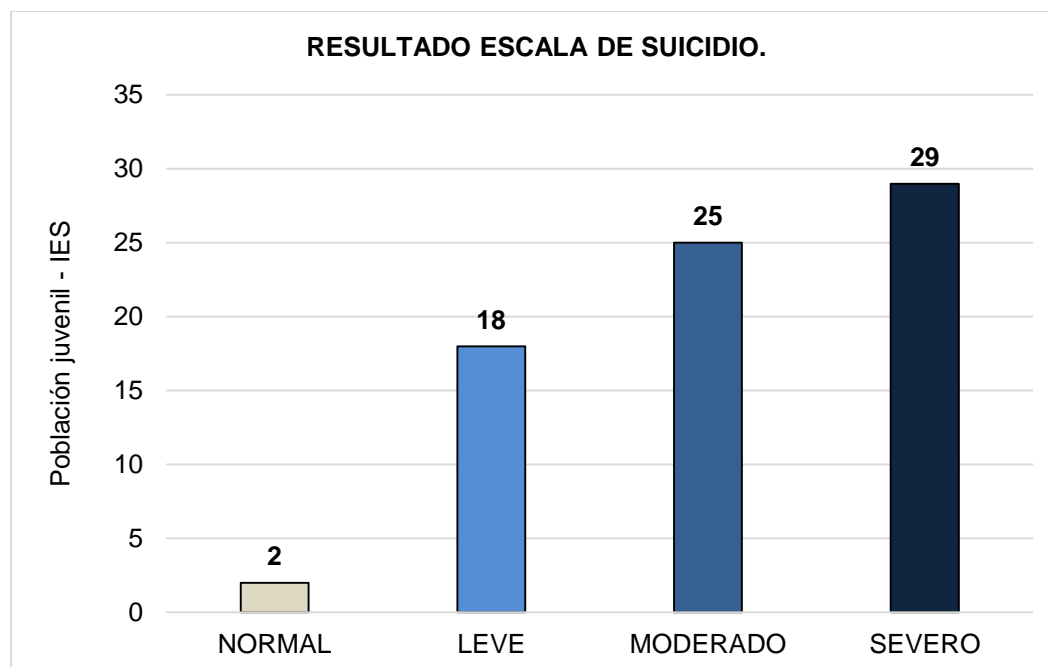
Fuente: Propia de la investigación.

Para analizar los niveles de depresión y factores asociados al suicidio se realiza la distribución de la población juvenil de la Institución Educativa Sucre, según puntaje de suicidio de Beck, se encuentra que el menor puntaje obtenido en la encuesta es de 1 y su máximo es de 26. Su media se posiciona en 13 y su mediana en 13 haciendo referencia estos rangos a un diagnóstico moderado para ideación suicida. Por otro lado, se puede observar que la mayor

dispersión se encuentra con puntajes entre 17 y 26 con un diagnóstico severo para ideación suicida, en 74 estudiantes que aplicaron para esta encuesta.

### Grafica 9

Distribución de la población juvenil de la Institución Educativa Sucre del Municipio de Ipiales, según Resultado de la escala de suicidio.



N = 74

Fuente: Propia de la investigación.

En la distribución de la población juvenil de la Institución Educativa Sucre, según los resultados de la escala de suicidio de Beck, se obtiene que 2 de los 74 estudiantes presentan un diagnóstico de ideación suicida normal leve, siguiendo del diagnóstico leve con 18 estudiantes, se continúa con diagnóstico moderado con un resultado de 25 estudiantes y por último y en su mayoría con 29 estudiantes para un diagnóstico severo en ideación suicida.

**Tabla 4**

Distribución de la población juvenil de la Institución Educativa Sucre del Municipio de Ipiales, según Factores asociados al suicidio y aspectos sociodemográficos.

Variable	FACTORES ASOCIADOS AL SUICIDIO										Valor Prueba	P
	Normal		Leve		Moderado		Severo					
	#	%	#	%	#	%	#	%				
Sexo	Femenino	2	100%	9	50%	22	88%	22	75.9%	N/A	N/A	
	Masculino	0	0%	9	50%	3	12%	7	24.1%			
<b>Total</b>		<b>2</b>	<b>100%</b>	<b>18</b>	<b>100%</b>	<b>25</b>	<b>100%</b>	<b>29</b>	<b>100%</b>			
Grado	9	1	50%	8	44.4%	11	44%	9	31%	N/A	N/A	
	10	1	50%	3	16.7%	6	24%	7	24.1%			
	11	0	0%	7	38.9%	8	32%	13	44.8%			
<b>Total</b>		<b>2</b>	<b>100%</b>	<b>18</b>	<b>100%</b>	<b>25</b>	<b>100%</b>	<b>29</b>	<b>100%</b>			
Religión	Católico	1	50%	13	72.2%	14	56%	18	62.1%	N/A	N/A	
	Cristiano	0	0%	4	22.2%	8	32%	6	20.7%			
	Otra	1	50%	1	5.6%	3	12%	5	17.2%			
<b>Total</b>		<b>2</b>	<b>100%</b>	<b>18</b>	<b>100%</b>	<b>25</b>	<b>100%</b>	<b>29</b>	<b>100%</b>			
Estrato	1	0	0%	3	16.7%	7	28%	6	20.7%	N/A	N/A	
	2	1	50%	9	50%	7	28%	12	41.4%			
	3	1	50%	6	33.3%	11	44%	11	37.9%			
<b>Total</b>		<b>2</b>	<b>100%</b>	<b>18</b>	<b>100%</b>	<b>25</b>	<b>100%</b>	<b>29</b>	<b>100%</b>			

Fuente: Propia de la investigación.

Para la variable sexo se puede observar según los factores asociados al suicidio que en el rango Normal la mayor frecuencia corresponde a las mujeres con un 100% representado en 2 individuos, y en el mismo rango los hombres con un 0% que corresponde a 0 estudiantes. Para el diagnóstico leve se puede observar que el sexo femenino como el masculino representan por igual el 50% con 9 estudiantes respectivamente. Para los factores asociados al suicidio de rango moderado observamos que el sexo más afectado son las mujeres con un 88% y una frecuencia de 22 mujeres seguido de los hombres con 12% que corresponde a 3 individuos, por último, está el rango severo como diagnóstico donde las mujeres están representadas con un 75.9% que corresponde a 22 estudiantes, seguido de los hombres con 24.1% siendo 7 hombres en total respectivamente.

Para la variable grado se puede observar según los factores asociados al suicidio que en el rango Normal los grados 9 y 10 tienen la misma frecuencia correspondiente a 50% con un 1 estudiante respectivamente y el grado 11 con 0% y 0 estudiantes. Para el diagnóstico leve se puede observar que el grado 9 representa la mayor frecuencia con 44.4% con 8 estudiantes, seguido por el grado 11 con un porcentaje de 38.9 con 7 estudiantes y por último el grado 10 representando el 16.7% con 3 individuos. Para los factores asociados al suicidio de rango moderado observamos que el grado más afectado es el 9 con un 44% y una frecuencia de 11 estudiantes, seguido del grado 11 con 32% que corresponde a 8 individuos y por último el grado 10 con 24% correspondiente a 6 estudiantes. Finalmente, el rango severo donde el grado 11 tiene la mayor frecuencia con 44.8% y 13 estudiantes, el grado 9 con 31% y 9 estudiantes y el grado 10 con 24.1% y 7 individuos.

Para la variable religión se puede observar según los factores asociados al suicidio que en el rango Normal los estudiantes de religión católica y los de (otra) tienen la misma frecuencia

correspondiente a 50% con un 1 estudiante respectivamente y la religión cristiana con 0% y 0 estudiantes. Para el diagnóstico leve se puede observar que la religión católica representa la mayor frecuencia con 72.2% con 13 estudiantes, seguido por la religión cristiana con un porcentaje de 22.2% con 4 estudiantes y por último la religión otra representando el 5.6% con 1 individuo. Para los factores asociados al suicidio de rango moderado observamos que la religión católica es la más afectada con un 56% representado en 14 estudiantes, seguido por la religión cristiana con un 32% y una frecuencia de 8 estudiantes, por último, la religión otra con 12% que corresponde a 3 individuos. Finalmente, el rango severo donde la religión católica tiene la mayor frecuencia con 62.1% y 18 estudiantes, la religión cristiana con 20.7% y 6 estudiantes y la religión otra con 17.2% y 5 individuos.

Para la variable estrato se puede observar según los factores asociados al suicidio que en el rango Normal los estudiantes de estrato 2 y 3 tienen la misma frecuencia correspondiente a 50% con un 1 estudiante respectivamente y el estrato 1 con 0% y 0 estudiantes. Para el diagnóstico leve se puede observar que el estrato 2 representa la mayor frecuencia con 50% con 9 estudiantes, seguido por el estrato 3 con un porcentaje de 33.3% con 6 estudiantes y por último el estrato 1 representando el 16.7% con 3 individuos. Para los factores asociados al suicidio de rango moderado observamos que el estrato más afectado es el 3 con un 44% representado en 11 estudiantes, seguido por los estratos 1 y 2 con un mismo porcentaje de 28% y misma frecuencia de 7 estudiantes. Finalmente, el rango severo donde el estrato 2 tiene la mayor frecuencia con 41.4% y 12 estudiantes, el estrato 3 con 37.9% y 11 estudiantes y el estrato 1 con 20.7% que corresponde a 5 individuos.

## 9. Discusión

El presente estudio permitió identificar de un total de 179 individuos, de los cuales, el rango mínimo es de 13 y su máximo de 18 años, siendo adolescentes, lo cual concuerda con el estudio realizado por *Yrigoín Lara Erika Agustina en 2022* con una población de 241 estudiantes y edades comprendidas en el mismo rango (33). Para el sexo se encontró con mayor frecuencia las mujeres con un 59.8%, dato que difiere del estudio realizado por Ríos y Luna en el 2023 (34) donde predomina los hombres con un 51,7% respectivamente. Respecto al grado, de 9 (novenos) participaron 72 estudiantes con un 40%, de 10 (décimo) 56 estudiantes que corresponde a 31% y el grado 11 (once) con una frecuencia de 51 estudiantes que corresponde a 29%, a diferencia del estudio por Rodríguez en el año 2021 (35) donde solo se estudió los grados 9 (novenos) con una participación del 6% de la totalidad del curso y el grado 11 (once) con el 5% de la totalidad de los estudiantes. Ahora, hablando del estrato socioeconómico de los estudiantes que participaron en este estudio, se obtuvo que; el 38.5 % de los estudiantes pertenecen a estrato 2 (dos) con 69 estudiantes, el 37.4% que hace referencia a los estudiantes que pertenecen a estrato 3 (tres) con 67 individuos y el 24 % de los estudiantes hacen parte del estrato 1 (uno) con una frecuencia de 43 individuos. Según el estudio realizado por Paricahua en el 2023 (36), difiere con el presente estudio, en cuanto al nivel socioeconómico ya que el 15% pertenece a un nivel bajo marginal y el 85% a un nivel alto medio, o bajo superior.

La alta prevalencia de pesimismo y sentimientos de fracaso en más del 50% de los estudiantes es un indicador preocupante que puede contribuir a la sensación de desesperanza, como señalan Aimara y Martínez (37) con una aproximación en resultados de pesimismo con el 41.8%, mientras que existe una diferencia marcada con los sentimientos de fracaso con el 37.2%. Esta perspectiva psicológica destaca cómo el pesimismo y la percepción de fracaso pueden distorsionar la visión de uno mismo y del futuro, lo que puede tener un impacto negativo en la motivación y el sentido de logro. En relación con la pérdida de placer, experimentada por la mayoría de los estudiantes (63%) del estudio realizado, y anhedonia que es característico de una faceta distintiva de la depresión, según Santoyo en el 2021 (38) existe un amplio rango de diferencia con poca prevalencia de pérdida del placer con el 7.8%. Desde un punto de vista psicológico, la anhedonia puede llevar a una disminución en la participación en actividades que previamente eran gratificantes, exacerbando así la experiencia de la depresión. La presencia de sentimientos de culpa en el 57% de los estudiantes es otro aspecto relevante, por lo cual Oteiza et al. en el año 2023 (39) subraya la relevancia de cómo los sentimientos de culpa pueden intensificar el sufrimiento emocional y contribuir a la gravedad de la depresión, que se mira reflejado en el resultado de la investigación de los estudiantes de la I.E Sucre. También, los resultados del presente estudio revelan una alta prevalencia de autocrítica entre los estudiantes, con un 58% de la muestra reportando esta característica, este hallazgo es consistente con la perspectiva de Romero y Méndez (40), quienes señalan que la autocrítica excesiva puede desempeñar un papel significativo en el desarrollo y mantenimiento de la depresión, por el contrario en el estudio de Lerma y Cuero en 2023 difiere del presente, ya que solo reportan autocrítica el 5.6% de los participantes (41). La pérdida de interés, experimentada por el 70% de los estudiantes, es un ítem central de la anhedonia, un componente clave de la depresión (39). De

la misma manera Aimara y Martínez en el 2022 presentan semejanza con el estudio con un porcentaje de 64.6% con la pérdida de interés. (37)

Los resultados obtenidos proporcionan una visión detallada de la actitud y la experiencia de los estudiantes en relación con el pensamiento y deseo suicida. El hecho de que el 73.7% de los estudiantes manifiestan un deseo de vivir es una señal alentadora y sugiere que la mayoría de la muestra tiene una actitud positiva hacia la vida, por el contrario, Mejía en el año 2022 señala en su estudio que únicamente el 18.8% presentan deseo de vivir como una actitud negativa hacia la misma (42). Sin embargo, es preocupante que casi la mitad de los estudiantes (49.7%) perciban que las razones para vivir y morir son igualmente importantes, lo que indica una ambivalencia significativa, mientras que en las razones para morir superan a vivir se encuentra que únicamente el 2.2% de la muestra lo presentan como también lo es en la revisión de Medellín et al. en el año 2022 (43) con un porcentaje del 4.4%. Este hallazgo resalta la necesidad de intervenciones específicas y un apoyo continuo para abordar esta lucha interna, como señalan Fonseca et al en 2023 (44). Es significativo que la mayoría de los estudiantes (87.7%) experimentan ideas suicidas de manera breve o intermitente, lo que puede indicar una menor gravedad en la frecuencia de estos pensamientos, así como también, el 12.3% de la muestra del estudio que experimentan ideas suicidas crónicas o continuas, como se hace similitud con Mejía en 2022 (42) con un porcentaje del 52.5% y el 7.5% respectivamente. En cuanto a la actitud hacia los pensamientos/deseos suicidas, la mayoría (43%) presentó rechazo hacia los mismos. Sin embargo, es relevante notar que un porcentaje significativo del 41.9% tiene una actitud ambivalente o indiferente, este hallazgo resalta la importancia de evaluar y proporcionar apoyo a aquellos estudiantes que pueden tener dificultades para procesar o manejar estos pensamientos, como mencionan Fonseca et al en 2023 (44) cuando presenta rechazo o ambivalencia hacia los

mimos. Es preocupante que más de la mitad (52.5%) sienta que tiene la capacidad de llevar a cabo el intento de suicidio, mientras que un porcentaje considerable (39.7%) no está seguro de tener el valor para realizarlo, lo cual se asemeja a Moreno-Cubela et al en el 2022 (45) con un 37% para llevar a cabo un intento. Por otro lado, es positivo que la mayoría (88.2%) no han presentado ideación suicida estructurada. Sin embargo, el 11.8% que ha tenido preparación parcial o completa, esto indica una situación de riesgo que requiere una intervención urgente, como también lo menciona Moreno-Cubela et al en el 2022 (45) en dónde el 78.4% de los adolescentes no tuvo la intención de morir, por otro lado, se corroboró que aproximadamente el 87.5% de los adolescentes usaron métodos más letales ya que tenían la intención de suicidio completa o estructurada. Finalmente, aunque la mayoría (81,6%) no ha tenido intentos de suicidio anteriores, el 18,4% que ha tenido intentos previos requiere una evaluación y manejo continuo del riesgo, caso contrario sucede en Cortina E, Peña y Gómez en el año 2011 donde el 75% de los pacientes aceptó haber intentado suicidarse previamente y sólo un 25% negó haberlo hecho (46). Estos estudiantes representan un grupo especialmente vulnerable que necesita un seguimiento y apoyo constante para garantizar su seguridad y bienestar. En conjunto, los resultados subrayan la importancia de una evaluación detallada y una intervención específica para abordar el riesgo de suicidio entre los estudiantes.

Asimismo, al categorizar los resultados dentro de los niveles de depresión y factores de riesgo asociados al suicidio, en los cuales se encontró que los niveles de depresión que se presentaron en los 179 estudiantes que realizaron la encuesta, el 44.1% presentan diagnóstico de depresión mínima, el 19% presenta depresión moderada, al igual que depresión grave la cual representa el 19% y finalmente con el menor porcentaje se encuentra el diagnóstico de depresión leve con 17.9%. Según el estudio realizado en el año 2021 por Cabrera y Ríos (47) donde el

44.2% presenta nivel mínimo de depresión, el 18.4% presenta un nivel de depresión leve encontrando en estos dos ítems una similitud casi exacta ante el presente estudio y finalmente el 13.2% nivel moderado de depresión y 24.2% nivel severo de depresión que difieren notablemente con los resultados del presente estudio. Ahora bien, hablando de la ideación suicida según los resultados de la escala aplicada, el 2,7% no presenta síntomas de ideación suicida, el 24,3% presenta un nivel bajo de ideación suicida, el 33,7% presenta un nivel medio de depresión y el 39.1% presenta un nivel alto de depresión, según Torres en 2022 (48) difieren en los resultados con el nivel bajo de ideación suicida con el 10% y nivel alto de ideación suicida con 39,1% y existen un ligero acercamiento con el resultado de nivel medio de ideación suicida con 38%.

## 10. Conclusiones

- Los estudiantes de la Institución educativa Sucre que participaron de este estudio se encuentran en el rango de edad comprendido entre 13-18 años. Dentro del grupo etario se observa un mayor porcentaje con el sexo femenino con un 59.8%, donde el 40% se encontraba cursando grado noveno (9), también se pudo observar que el 38.5% pertenecían a estrato dos, siendo católicos el 55% de la población.

- La mayoría de los estudiantes (50.3%), presentan una alta prevalencia de tristeza, pesimismo, sentimientos de fracaso y otros síntomas depresivos, subrayan la urgente necesidad de intervenir en el bienestar emocional de esta población. La tristeza, en particular, emerge como un síntoma central, influenciando la percepción y la experiencia del mundo que les rodea. Además, la autocrítica excesiva se presenta como un factor importante en el desarrollo y mantenimiento de la depresión, lo que destaca la necesidad de promover una autoevaluación más realista y positiva entre los estudiantes.

- Asimismo, los resultados evidencian un riesgo significativo de suicidio entre una parte de la población estudiantil, lo cual es alarmante, subrayando la importancia de proporcionar recursos y servicios de salud mental accesibles y disponibles. La presencia de pensamientos o deseos suicidas, así como la expresión de angustia emocional a través del llanto, indican una necesidad urgente de evaluación y apoyo terapéutico. Por otro lado, la ausencia de agitación en la mayoría de los estudiantes sugiere una manifestación más apática de la depresión en esta población. La anhedonia y la pérdida de interés emergen como síntomas centrales que requieren

una atención especializada para mitigar su influencia en la calidad de vida de los estudiantes. La indecisión y la desvalorización también presentan desafíos significativos en la toma de decisiones y la autopercepción, resaltando la necesidad de estrategias terapéuticas que fomenten una autoimagen más positiva y una mayor confianza en la toma de decisiones. En conjunto, estos hallazgos destacan la importancia crítica de abordar la salud emocional y proporcionar apoyo integral a los estudiantes para promover su bienestar.

- Los resultados proporcionan una visión detallada y multifacética de la salud emocional de los estudiantes, abordando desde la presencia de síntomas depresivos hasta la actitud y experiencia en relación con el pensamiento y deseo suicida. Es talentoso observar que una gran mayoría de los estudiantes manifiestan un deseo de vivir (73,7%), lo que indica una actitud positiva hacia la vida. Este hallazgo es un punto de partida fundamental para la promoción de la salud mental en esta población. Sin embargo, es preocupante que un porcentaje significativo perciba igual importancia entre las razones para vivir y morir (49,7%). Esta ambivalencia sugiere una lucha interna compleja que requiere una intervención específica y un apoyo continuo.

- Los niveles de depresión y factores asociados al suicidio, según puntaje de suicidio de Beck, se encuentra que el menor puntaje obtenido en la encuesta es de 1 y su máximo es de 26, su media y mediana se posicionan en 13, haciendo referencia estos rangos a un diagnóstico moderado para ideación suicida. Por otro lado, se puede observar que la mayor dispersión se encuentra con puntajes entre 17 y 26 con un diagnóstico severo para ideación suicida, en 74 estudiantes que aplicaron para esta encuesta. se obtiene que 2 de los 74 estudiantes presentan un diagnóstico de ideación suicida normal leve, siguiendo del diagnóstico leve con 18

estudiantes, se continua con diagnóstico moderado con un resultado de 25 estudiantes y por último y en su mayoría con 29 estudiantes para un diagnóstico severo en ideación suicida.

- El análisis de los niveles de depresión en la población juvenil de la Institución Educativa Sucre revela que la mayoría de los estudiantes presentan diagnósticos de depresión leve y mínima, con un 44.1% y un 19%, respectivamente. Sin embargo, una proporción considerable de estudiantes muestra depresión moderada y grave, lo que representa un área de preocupación.

- Los factores asociados al suicidio muestran diferencias notables entre sexos, grados, religiones y estratos. Las mujeres muestran una mayor tendencia al suicidio en los rangos moderados y severos, el grado 9 destaca en los rangos leve y moderado, la religión católica prevalece en los rangos leve y severo, y el estrato 2 es prominente en los rangos leve y severo. Estos hallazgos resaltan la necesidad de considerar estos factores en la prevención del suicidio en estudiantes.

## 11. Recomendaciones

- Dada la alta prevalencia de tristeza, pesimismo y sentimientos de fracaso, es esencial desarrollar programas educativos que fomenten el bienestar emocional y proporcionen a los estudiantes herramientas para gestionar y expresar sus emociones de manera saludable.
- En virtud, de la importancia de la autocrítica en la depresión, se debe implementar un enfoque educativo que promueva una autoevaluación más realista y positiva entre los estudiantes.
- Se deben establecer canales de comunicación abiertos donde los estudiantes se sientan cómodos compartiendo sus pensamientos y emociones, promoviendo así un ambiente de apoyo y comprensión.
- Ante la presencia de un riesgo significativo de suicidio, es crucial establecer un protocolo claro y efectivo para evaluar y gestionar estos casos. Esto implica capacitar al personal educativo en la identificación de señales de alerta y en la intervención inicial ante situaciones de riesgo. Es fundamental que este protocolo incluya medidas de seguimiento y apoyo continuo para aquellos estudiantes que han experimentado pensamientos o deseos suicidas previos.
- Trabajar en la desestigmatización de los trastornos mentales, para que los estudiantes se sientan más cómodos buscando ayuda y apoyo cuando lo necesiten.

## 12. Limitaciones

- La predisposición anímica de los estudiantes a responder las 2 encuestas planteadas.
- El cronograma se vio alterado debido a las actividades programadas por la institución.
- El consentimiento informado no fue entregado en los tiempos establecidos.
- La conectividad de la institución no era estable por lo cual hacia más dispendiosa la recolección de datos.

### Referencias Bibliográficas

1. Urrego Mendoza Z, Bastidas Jacanamijoy M, Coral Palchucan G, Jacanamijoy B, Lizbeth. Revista Facultad Nacional de Salud Publica. [Online].; 2017.. Disponible en:  
<https://revistas.udea.edu.co/index.php/fnsp/article/view/25847>.
2. Vargas-Espíndola A, Villamizar-Guerrero JC, Puerto-López JS, Rojas-Villamizar MR, Ramírez-Montes OS, Urrego-Mendoza ZC. Revista Facultad de Medicina Universidad Nacional de Colombia. [Online].; 2017.. Disponible en:  
<https://revistas.unal.edu.co/index.php/revfacmed/article/view/54928>.
3. Solarte M, Constanza M, Velásquez - Lasprilla ML. Revista Colombiana de Cirugía. [Online].; 2020.. Disponible en:  
<https://www.revistacirugia.org/index.php/cirugia/article/view/779>.
4. Arrieta Vergaraa KM, Díaz Cárdenasa S, González Martínez F. Scielo.isciii.es. [Online].; 2014.. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1699-695X2014000100003](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2014000100003).
5. Villalobos Galvis FH, Ojeda Rosero E, Luna Tascón EG. Informes Psicológicos Revista Científica. [Online].; 2019.. Disponible en:  
<https://revistas.upb.edu.co/index.php/informespsicologicos/article/view/670>.
6. Griffa MC, Moreno JE. Claves para una Psicología del desarrollo: Vida prenatal, etapas de la niñez. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2000.

7. Muñoz A. Centro de Psicología Virtual. [Online]; 2002. Disponible en:  
<https://www.cepvi.com/index.php/psicologia-infantil/desarrollo/desarrollo-cognitivo-el-pensamiento-del-adolescente>.
8. Arturo Alonso F. El oriente. [Online]; 2019. Disponible en:  
<https://www.eloriente.net/home/2019/10/05/una-breve-reflexion-sobre-el-suicidio-2/>.
9. Organización Panamericana de la Salud. OPS. [Online]; 2022. Disponible en:  
<https://www.paho.org/es/temas/prevencion-suicidio>.
10. Cañón Buitrago SC, Carmona Parrab JA. Scielo. [Online].; 2018.. Disponible en:  
[https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1139-76322018000400014](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322018000400014).
11. Echeburúa. Scielo. [Online].; 2015.. Disponible en:  
<https://scielo.conicyt.cl/pdf/terpsicol/v33n2/art06.pdf>.
12. Navarro-Gómez N. Colegio Oficial de Psicólogos en Madrid. [Online].; 2017.. Disponible en:  
<https://journals.copmadrid.org/clysa/archivos/cl2017v28n1a4.pdf>.
13. González-Forteza C, Hermsillo de la Torre AE, Vacio-Muro MdlÁ, Peralta R, Wagner FA. Scielo. [Online].; 2015.. Disponible en:  
[https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1665-11462015000200149](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462015000200149).
14. González Lugo S, Pineda Domínguez A, Gaxiola Romero JC. Editorial Pontificia Javeriana. [Online].; 2018.. Disponible en:  
<https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revPsycho/article/view/12993>.
15. Aguilera Arzuaga CR. Correo Científico Médico. [Online].; 2018.. Disponible en:  
<https://revcocmed.sld.cu/index.php/cocmed/article/view/2678/1284>.

16. Siabato Macías EF, Forero Mendoza IX, Salamanca Camargo Y. Scielo. [Online].; 2017..  
Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1657-89612017000100004](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-89612017000100004).
17. Gómez-Restrepo C, Bohórquez A, Tamayo Martínez N, Rondón M, Bautista N, Rengifo H, et al. Scielo. [Online].; 2016.. Disponible en:  
[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-74502016000500008](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502016000500008).
18. Ceballos-Ospino GA, Suarez-Colorado Y, Suescún-Arregocés J, Gamarra-Vega LM, González KE, Sotelo-Manjarres AP. Universidad de Magdalena. [Online].; 2015..  
Disponible en: <https://revistas.unimagdalena.edu.co/index.php/duazary/article/view/1394>.
19. Bedoya Cardona EY, Montaña Villalba LE. Scielo. [Online].; 2016.. Disponible en:  
[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2011-30802016000200179](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2011-30802016000200179).
20. Muñoz Morales ÉJ, Gutiérrez Martínez MI. Scielo. [Online].; 2010.. Disponible en:  
[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-74502010000200006](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502010000200006).
21. Ojeda Rosero DE, Villalobos Galvis FH. Revista Colombiana de Psicología. [Online].; 2011.. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/psicologia/article/view/14414>.
22. Pantoja-Chamorro FI, Rodríguez-Villota AX, Urbano-Urbano J, Cabrera-Bravo N. Scielo. [Online].; 2019.. Disponible en:  
[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0124-71072019000100019](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-71072019000100019).
23. Organización Panamericana de la Salud. OPS. [Online]; 2014. Disponible en:  
<https://www.who.int/es/news/item/04-09-2014-first-who-report-on-suicide-prevention>.
24. Hernández Soto PA, Villarreal Casate RE. Redalyc.org. [Online]; 2015. Disponible en:  
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=368445178014>.

25. Durkheim E. sjufor.or. [Online].; 1928.. Disponible en:  
[https://www.sjufor.org/uploads/1/2/0/5/120589378/el\\_suicidio\\_-\\_durkheim\\_emilie.pdf](https://www.sjufor.org/uploads/1/2/0/5/120589378/el_suicidio_-_durkheim_emilie.pdf).
26. Calderón Narváez G. Depresión: Causas, manifestaciones y tratamiento. Primera ed.  
México D.F.: Trillas; 1996.
27. Martínez-Martín N. Elsevier. [Online].; 2014.. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-anales-pediatria-continuada-51-articulo-trastornos-depresivos-ninos-adolescentes-S1696281814702070>.
28. Ministerio de Salud y Protección Social. Minsalud.gov.co. [Online].; 2013.. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-1616-del-21-de-enero-2013.pdf>.
29. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P. Metodología de la Investigación Naucalpan de Juárez : McGraw - Hill Interamericana de México, S.A.; 2000.
30. García - García JA, López Alvarenga JC, Jiménez Ponce F, Ramírez Tapia Y, Lino Pérez L, Reding Bernal A. Metodología de la investigación bioestadística y bioinformática en ciencias médicas y de la salud México D.F.: McGraw-Hill; 2014.
31. López PL. Scielo. [Online].; 2004.. Disponible en:  
[http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1815-02762004000100012](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1815-02762004000100012).
32. Ministerio de Salud. Minsalud.gov.co. [Online].; 1993.. Disponible en:  
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>.

33. Yrigoín Lara EA. Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo. [Online].; 2022.. Disponible en:  
[https://repositorio.unprg.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12893/11420/Yrigo%C3%ADn\\_Lara\\_Erika\\_Agustina.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.unprg.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12893/11420/Yrigo%C3%ADn_Lara_Erika_Agustina.pdf?sequence=1&isAllowed=y).
34. Rios Caiminagua JA, Luna Torres BM. Nure Investigación. [Online].; 2023. Acceso 12 de 09 de 2023. Disponible en:  
<https://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/2396>.
35. Rodríguez Molina D. Universidad de la Costa. [Online].; 2021. Acceso 12 de 09 de 2023. Disponible en: <https://repositorio.cuc.edu.co/handle/11323/9107>.
36. Paricahua Perez CS. Repositorio Universidad San Agustín de Arequipa. [Online].; 2023. Acceso 12 de 09 de 2023. Disponible en:  
<https://repositorio.unsa.edu.pe/server/api/core/bitstreams/97163480-4516-47bc-ac42-13f8d69c8363/content>.
37. Aimara Guachi V, Martínez García D. Un iversidad Estatal de Milagro UNEMI. [Online].; 2023. Acceso 12 de 09 de 2023. Disponible en:  
<https://ojs.unemi.edu.ec/index.php/facsalud-unemi/article/view/1658/1638>.
38. Santoyo - Huamán D. [Online].; 2021.. Disponible en:  
<https://hdl.handle.net/20.500.13080/7293>.
39. Oteíza Collantea M, Méndez I, Santamarina Pérez P, Romero S. Revista Pediatría Atención Primaria. [Online].; 2023. Acceso 12 de 09 de 2023. Disponible en:  
<https://pap.es/articulo/13926/los-trastornos-depresivos-de-la-infancia-y-la-adolescencia-principales-signos-de-alerta-orientacion-para-el-tratamiento>.

40. Romero S, Méndez I. Observatorio de la Infancia. [Online].; 2021. Acceso 12 de 09 de 2023. Disponible en:  
[https://www.observatoriodelainfancia.es/ficherosoia/documentos/7455\\_d\\_Mirada-SaludMental-Adolescentes.pdf](https://www.observatoriodelainfancia.es/ficherosoia/documentos/7455_d_Mirada-SaludMental-Adolescentes.pdf).
41. Lerma JF, Cuero Valencia. D. Universidad Antonio Nariño. [Online].; 2023.. Disponible en:  
<http://repositorio.uan.edu.co/bitstream/123456789/8541/1/NIVELES%20DE%20SINTOMATOLOG%C3%8DA%20DEPRESIVA%20Y%20ANSIOSA%20EN%20LOS%20ADOLESCENTES%20DE%20LA%20INSTITUCION%20EDUCATIVA%20TEOFILO%20ROBERTO%20POTES%2c%20BUENAVENTURA%202023%20%281%29%20%282%29%20>.
42. Mejia Betancourth KM. Revista Académica Sociedad del Conocimiento CUNZAC. [Online].; 2022.. Disponible en:  
<https://www.revistasociedadcunzac.com/index.php/revista/article/view/7/20>.
43. Medellín-Marín E, Reyes-Cruz AR, Reyes-Baldivia SC, Rodríguez-González KY, Ramos-Martínez L. Universidad de la sierra Sur. [Online].; 2022.. Disponible en:  
<https://revista.unsis.edu.mx/index.php/saludyadmon/article/view/234>.
44. Fonseca-Pedrero E, Calvo P, Díez A, Pérez-Albeniz A. <https://www.researchgate.net/>. [Online].; 2023.. Disponible en:  
[https://www.researchgate.net/publication/371702295\\_La\\_salud\\_mental\\_de\\_los\\_adolescentes\\_en\\_contextos\\_educativos\\_reflexiones\\_derivadas\\_del\\_estudio\\_PSICE](https://www.researchgate.net/publication/371702295_La_salud_mental_de_los_adolescentes_en_contextos_educativos_reflexiones_derivadas_del_estudio_PSICE).

45. Moreno-Cubela FJ, Meriño-Pompa Y, Llumbet-Sánchez Y, Cedeño-Torres M. Biblioteca virtual em Saúde. [Online].; 2022. Acceso 10 de 09 de 2023. Disponible en:  
<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1407880>.
46. Cortina E, Peña M, Gómez , Yvonne. Universidad de Antioquia. [Online].; 2011..  
Disponible en: <https://revistas.udea.edu.co/index.php/psicologia/article/view/10027>.
47. Cabrera Huaccho LV, Rios Huertas JS. Universidad Cesar Vallejo. [Online].; 2021..  
Disponible en:  
[https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/71576/Cabrera\\_HLV-Rios\\_HJS-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/71576/Cabrera_HLV-Rios_HJS-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y).
48. Torres Vásquez JG. Repositorio de la Universidad César Vallejo. [Online].; 2022..  
Disponible en:  
[https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/82703/Torres\\_VJG-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/82703/Torres_VJG-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y).

## **Anexos**

### **Anexo 1**

#### **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Para participar en una Investigación Científica

Investigación Titulada: Factores y sintomatología asociados a la depresión y suicidio en la población juvenil de la jornada de la mañana en la institución educativa Nacional Sucre del municipio de Ipiales, Nariño durante el periodo 2023.

Las personas, abajo firmantes, registradas con número de cédula, con número de celular y rol que desempeña, manifiestan que han sido invitados (as) a participar dentro de la investigación arriba mencionada y que se le ha dado la siguiente información:

**Propósito:** Dar a conocer a la población objeto de estudio, la importancia y características de la investigación, la cual favorece el desarrollo social del participante.

Usted pueda decidir voluntariamente si desea participar en la investigación, si después de leer este documento presenta alguna duda, pida aclaración a los investigadores, quienes brindaran todas las explicaciones que se requieran para que tome la decisión de su participación, una vez

Usted esté de acuerdo con el procedimiento de:

- Aplicación de Instrumento que incluye 1 prueba, la cual se aplicará a la población objeto de estudio, por una única vez y con duración de 5 a 10 minutos aproximadamente por cada persona participante.

**Importancia de la investigación:** al pasar de los años alrededor de todo el mundo han existido diferentes casos relacionados con depresión y suicidio, y al mismo momento esto se ha tenido un gran impacto en la población juvenil. Ahora, hablando del municipio de Ipiales donde se registran las tasas mas altas de depresión y suicidio respecto a Colombia, es importante conocer los factores y la sintomatología que está asociada a estos patrones mencionados anteriormente, para así buscar la prevención y redes de apoyo para las personas que esten cursando con sintomatología y hayan tenido algun episodio/intento de suicidio.

**Objetivo y descripción de la investigación:** La investigación pretende determinar los factores y sintomatología asociada a la depresión y suicidio en la población juvenil de la jornada de la mañana en Institución Educativa Nacional Sucre del Municipio de Ipiales, Nariño durante el periodo 2023. En la investigación se incluirán estudiantes de medicina, quienes tienen la capacidad de decidir su participación voluntaria en la presente investigación y en caso de que presente un compromiso motor que le impida firmar el consentimiento, puede delegar un acudiente para la firma de dicho consentimiento. Igualmente se tendrá en cuenta que la investigación no tiene implicaciones en los aspectos morales, religiosos y culturales de la población evaluada. A las personas que decidan participar en la investigación se les realizará una entrevista para recolectar información relacionada con aspectos sociodemográficos como son la edad, sexo, ocupación anterior y actual, nivel de estudios, también sobre aspectos relacionados

con el equilibrio entre distintos tipos de actividades, la significación, el tiempo dedicado y la satisfacción percibida.

**Responsables de la investigación:** El estudio es una investigación estudiantil, es desarrollado por las estudiantes Laura Andrea Obando Duarte, Hector Santiago Ortega Narvaéz, Laura Nycol Villa Flórez de la ciudad de Pasto.

**Riesgos y Beneficios:** La entrevista incluye la obtención de información sobre sus datos sociodemográficos, nivel de satisfacción, significado, tiempo dedicado a sus actividades, no implican riesgo alguno para Usted; las respuestas dadas no tendrán ninguna consecuencia para su situación personal. El beneficio más importante para Usted es que si hay presencia de algún tipo de alteración en las áreas indagadas, se le dará a conocer para que pueda utilizar dicha información en su centro de atención en salud y las pueda tener en cuenta, si amerita el caso, en una cita médica que Usted requiera en su EPS o el régimen de salud que se encuentre afiliado.

**Confidencialidad:** Su identidad estará protegida, porque en el estudio solo se utilizará un código numérico para identificarlo en la investigación. La información obtenida será almacenada en una base de datos que se mantendrá por cinco años más después de terminada la presente investigación. Los datos individuales sólo serán conocidos por las investigadoras, mientras dura el estudio, quienes, en todo caso, se comprometen a no divulgarlos. Los resultados que se publicarán corresponden a la información general de todos los participantes.

**Derechos y deberes:** Usted tiene derecho a obtener una copia del presente documento y a retirarse posteriormente de esta investigación, si así lo desea en cualquier momento y no tendrá que firmar ningún documento para hacerlo, ni informar las razones de su decisión, si no desea hacerlo. Usted no tendrá que hacer gasto alguno durante la participación en la investigación y en el momento que lo considere podrá solicitar información sobre sus resultados a los responsables de la investigación. En caso de que requiera algún tipo de tratamiento, las investigadoras no tendrán responsabilidad alguna.

Se lee y explica el presente consentimiento informado y no se le hará entrega de una copia de este con el fin de racionalizar el uso del papel como estrategia para el cuidado del medio ambiente, por lo tanto, se le pedirá que firme su consentimiento en el registro de firmas adjunto.

Declaro que he leído o me fue leído este documento en su totalidad y que entiendo su contenido e igualmente, que pude formular las preguntas que consideré necesarias y que estas me fueron respondidas satisfactoriamente. Por lo tanto, decido participar en esta investigación.

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Documento: \_\_\_\_\_

Numero de celular: \_\_\_\_\_

Rol: \_\_\_\_\_

**Anexo 2****INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (BDI-2)**

Nombre:.....Estado Civil..... Edad:..... Sexo.....  
 Ocupación ..... Educación:.....Fecha:.....

**Instrucciones:** Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de Sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito)

**1. Tristeza**

0 No me siento triste.

1 Me siento triste gran parte del tiempo

2 Me siento triste todo el tiempo.

3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

**2. Pesimismo**

0 No estoy desalentado respecto del mi futuro.

1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.

2 No espero que las cosas funcionen para mí.

3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

**3. Fracaso**

0 No me siento como un fracasado.

1 He fracasado más de lo que hubiera debido.

2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.

3 Siento que como persona soy un fracaso total.

**4. Pérdida de Placer**

0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.

1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.

2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.

3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

**5. Sentimientos de Culpa**

0 No me siento particularmente culpable.

1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.

2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.

3 Me siento culpable todo el tiempo.

**6. Sentimientos de Castigo**

- 0 No siento que este siendo castigado
- 1 Siento que tal vez pueda ser castigado.
- 2 Espero ser castigado.
- 3 Siento que estoy siendo castigado.

**7. Disconformidad con uno mismo.**

- 0 Siento acerca de mi lo mismo que siempre.
- 1 He perdido la confianza en mí mismo.
- 2 Estoy decepcionado conmigo mismo.
- 3 No me gusto a mí mismo.

**8. Autocrítica**

- 0 No me critico ni me culpo más de lo habitual
- 1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo
- 2 Me critico a mí mismo por todos mis errores
- 3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

**9. Pensamientos o Deseos Suicidas**

- 0 No tengo ningún pensamiento de matarme.
- 1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría
- 2 Querría matarme

3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

### **10. Llanto**

0 No lloro más de lo que solía hacerlo.

1 Lloro más de lo que solía hacerlo

2 Lloro por cualquier pequeñez.

3 Siento ganas de llorar, pero no puedo.

### **11 Agitación**

0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.

1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.

2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto

3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

### **12 Pérdida de Interés**

0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.

1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.

2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.

3 Me es difícil interesarme por algo.

### **13. Indecisión**

0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.

1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones

2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.

3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

#### **14. Desvalorización**

0 No siento que yo no sea valioso

1 No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme

2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.

3 Siento que no valgo nada.

#### **15. Pérdida de Energía**

0 Tengo tanta energía como siempre.

1 Tengo menos energía que la que solía tener.

2 No tengo suficiente energía para hacer demasiado

3 No tengo energía suficiente para hacer nada.

#### **16. Cambios en los Hábitos de Sueño**

0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.

1a. Duermo un poco más que lo habitual.

1b. Duermo un poco menos que lo habitual.

2a Duermo mucho más que lo habitual.

2b. Duermo mucho menos que lo habitual

3<sup>a</sup>. Duermo la mayor parte del día

3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

**17. Irritabilidad**

- 0 No estoy tan irritable que lo habitual.
- 1 Estoy más irritable que lo habitual.
- 2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.
- 3 Estoy irritable todo el tiempo.

**18. Cambios en el Apetito**

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
- 1a Mi apetito es un poco menor que lo habitual.
- 1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.
- 2a. Mi apetito es mucho menor que antes.
- 2b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual
- 3a. No tengo apetito en absoluto.
- 3b. Quiero comer todo el día.

**19. Dificultad de Concentración**

- 0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.
- 1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente
- 2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.
- 3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

**20. Cansancio o Fatiga**

0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.

1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.

2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.

3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.

**21. Pérdida de Interés en el Sexo**

0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.

1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.

2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.

3 He perdido completamente el interés en el sexo.

Puntaje Total:

---

## Anexo 3

## Escala de pensamientos suicidas

CUESTIONARIO	
ESCALA DE PENSAMIENTOS SUICIDAS	
NOMBRE _____	
Fecha _____	
I. CARACTERISTICAS DE LAS ACTITUDES HACIA LA VIDA/MUERTE.	
1. Deseo de vivir.	( )
0. Moderado a fuerte	
1. Poco (Débil).	
2. Ninguno (No tiene).	
2. Deseo de morir.	( )
0. Ninguno (No tiene).	
1. Poco (Débil).	
2. Moderado a fuerte.	
3. Razones para Vivir/Morir.	( )
0. Vivir supera a morir.	
1. Equilibrado (es igual).	
2. Morir supera a vivir.	
4. Deseo de realizar un intento de suicidio activo.	( )
0. Ninguno (inexistente).	
1. Poco (Débil).	
2. Moderado a fuerte.	
5. Deseo pasivo de suicidio.	( )
0. Tomaría precauciones para salvar su vida.	
1. Dejaría la vida/muerte a la suerte.	
2. Evitaría los pasos necesarios para salvar o mantener su vida.	

<b>II. CARACTERISTICAS DE LOS PENSAMIENTOS/DESEOS DE SUICIDIO</b>	
6. Duración.	( )
0. Breves, periodos pasajeros.	
1. Periodos largos.	
2. Continuos (Crónicos), casi continuos.	
7. Frecuencia.	( )
0. Rara, ocasionalmente.	
1. Intermitente.	
2. Persistentes y continuos	
8. Actitud hacia los pensamientos/deseos.	( )
0. Rechazo.	
1. Ambivalente; indiferente.	
2. Aceptación.	
9. Control sobre la acción/deseo de suicidio.	( )
0. Tiene sentido de control.	
1. Inseguridad de control	
2. No tiene sentido de control.	
10. Razones o motivos que detienen la tentativa suicida (familia, religión, irreversibilidad o fallar).	( )
0. No lo intentaría porque algo lo detiene.	
1. Cierta duda hacia los intereses que lo detienen.	
2. Ninguno o mínimo interés en las razones que lo detienen. Indicar qué factores tienen.	
11. Razones para pensar/desear el intento suicida.	( )
0. Manipular el ambiente, llamar la atención, venganza.	
1. Combinación de 0-2.	
2. Escapar, acabar, salir de problemas.	
<b>III. CARACTERISTICAS DEL INTENTO.</b>	
12. Método: Especificidad/oportunidad de pensar el intento.	( )
0. Sin considerar.	
1. Considerado, pero sin elaborar los detalles.	
2. Detalles elaborados / bien formulados.	
13. Método: Disponibilidad/oportunidad de pensar el intento.	( )
0. Método no disponible, no oportunidad.	
1. Método tomaría tiempo/esfuerzo; oportunidad no disponible realmente.	
2. Método y oportunidad disponible	
2a. Oportunidad futura o disponibilidad de anticipar el método.	
14. Sensación de "capacidad" para llevar a cabo el intento.	( )
0. Falta de valor, debilidad, asustado, incompetente.	
1. No está seguro de tener valor.	
2. Está seguro de tener valor.	
15. Expectativa/ anticipación de un intento real.	( )
0. No.	
1. Sin seguridad, sin claridad.	
2. Sí.	
<b>IV. ACTUALIZACION DEL INTENTO.</b>	
16. Preparación real.	( )
0. Ninguna.	
1. Parcial (guardar pastillas, conseguir instrumentos).	
2. Completa.	
17. Nota Suicida.	( )
0. Ninguna.	
1. Sólo pensada, iniciada, sin terminar.	
2. Escrita. Terminada.	
18. Acciones finales para preparar la muerte (testamento, arreglos, regalos).	( )
0. No.	
1. Sólo pensados, arreglos parciales..	
2. Terminados	
19. Encubrimiento de la idea de realizar el intento suicida.	( )
0. Revela las ideas abiertamente.	
1. Revela las ideas con reservas.	
2. Encubre, engaña, miente.	
20. Intento de suicidio Anteriores.	( )
0. No.	
1. Uno.	
2. Más de uno.	

### Variables

VARIABLE	DEFINICION	CLASIFICACION	ESCALA	VARIABLES POSIBLES
Sexo	Son las características biológicas que definen a los seres humanos como hombre o mujer. Estos conjuntos de características biológicas tienden a diferenciar a los humanos como	Cualitativo	Nominal	Hombre Mujer

	hombres o mujeres			
Edad	Tiempo que ha vivido una persona	Cuantitativo	Intervalo	13,14,15,16,17,18...
Lugar de nacimiento	Lugar en que ha nacido una persona.	Cualitativo	Nominal	Ipiales, Pasto, Guaguchal, Aldana...
Barrio en que vive	Parte de una población de extensión relativamente grande, que contiene un agrupamiento social espontáneo y que tiene un carácter peculiar, físico, social, económico o étnico por el que se identifica.	Cualitativo	Nominal	Puenes, San Luis, Mistares, villa Alba...
Grado escolar	Mide el número promedio de grados escolares aprobados por la población y es un indicador importante,	Cualitativo	Nominal	Sexto Séptimo Octavo Noveno Decimo Once

	reconocido a nivel internacional, del grado de escolarización de la población de un país.			
Estado civil	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto.	Cualitativo	Nominal	Soltero Casado Unión libre
Sucesos	Un suceso es aquello, una situación, un acontecimiento, entre otros, que sucede, en tanto, solemos aplicarlo especialmente cuando aquello que sucede se encuentra revestido de cierta importancia;	Cualitativo	Nominal	Maltrato físico o verbal. Estrés. Violencia intrafamiliar.

Intervenciones	Implica la acción y efecto de intervenir algo, una situación, una oficina, un estado, entre otros.	Cuantitativo	Intervalo	1,2,3,4,5...
Episodios de depresión	Un episodio depresivo describe un período de tiempo que se caracteriza por tener el ánimo bajo y decaído. Las personas con esta condición se sienten tristes o decaídas, con bajo nivel de energía y poca motivación.	Cuantitativo	Intervalo	1,2,3,4,5...
Estado de animo	Es el humor o tono sentimental, agradable o desagradable, que acompaña a una idea o	Cualitativo	Nominal	Alegre Triste

	situación y se mantiene por algún tiempo.			
--	---	--	--	--