

**PREVALENCIA DE IDEACIÓN SUICIDA Y LOS FACTORES DE RIESGO
DEMOGRÁFICOS, FAMILIARES E INDIVIDUALES REPORTADOS PARA
SUICIDIO EN ESTUDIANTES DE SECUNDARIA DE UNA INSTITUCIÓN
EDUCATIVA DE TULUÁ 2012**

**JENIFFER ORTEGA SERNA
LEIDY JOHANA RAMÍREZ LÓPEZ
MARÍA TERESA VALDERRAMA ÁLVAREZ
MARLIEN ROCÍO OROZCO GONZÁLEZ**

**UNIDAD CENTRAL DEL VALLE DEL CAUCA
PROGRAMA DE CIENCIAS DE LA SALUD
FACULTAD DE ENFERMERÍA
TULUÁ VALLE
2012**

**PREVALENCIA DE IDEACIÓN SUICIDA Y LOS FACTORES DE RIESGO
DEMOGRÁFICOS, FAMILIARES E INDIVIDUALES REPORTADOS PARA
SUICIDIO EN ESTUDIANTES DE SECUNDARIA DE UNA INSTITUCIÓN
EDUCATIVA DE TULUÁ 2012**

**JENIFFER ORTEGA SERNA
LEIDY JOHANA RAMÍREZ LÓPEZ
MARÍA TERESA VALDERRAMA ÁLVAREZ
MARLIEN ROCÍO OROZCO GONZALES**

Monografía

**Directora
GLORIA INÉS RODAS MUÑOZ
Enfermera**

**UNIDAD CENTRAL DEL VALLE DEL CAUCA
PROGRAMA DE CIENCIAS DE LA SALUD
FACULTAD DE ENFERMERÍA
TULUÁ VALLE
2012**

Nota de Aceptación

Firma del presidente del jurado

Firma del Jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a Dios todo poderoso por permitirnos llegar hasta este punto de nuestras vidas con salud y por habernos provisto de paciencia y perseverancia, lo que nos permitió sortear cada uno de los obstáculos que se presentaron durante la realización de la actual monografía, permitiéndonos de esta forma lograr nuestros objetivos como personas y estudiantes.

Infinitas gracias a nuestras familias por ser el pilar fundamental en todo lo que somos respecto a nuestra educación tanto académica como personal, por su incondicional apoyo continuo a través del tiempo, gracias por brindarnos los recursos necesarios, la confianza, el amor, sus consejos y palabras de aliento que hicieron posible llegar a la cima de esta carrera con éxito en nuestras vidas.

Agradecemos a la Institución Educativa Técnico de Occidente por haber confiado en nosotras, por su apoyo incondicional, gracias a los estudiantes, profesores y directivos que fueron partícipes directa o indirectamente en la trayectoria de este trabajo.

Y por último pero no menos importante, a la enfermera Gloria Inés Rodas por su orientación y comentarios en todo el proceso de elaboración de la monografía y sus acertadas correcciones.

GRACIAS A TODOS.

DEDICATORIA

La presente tesis es dedicada primero a papito Dios pues gracias a su luz, es quien ha guiado nuestras vidas por sendas de verdad y amor; a nuestros padres y hermanos que siempre estuvieron acompañándonos y guiándonos en el trascurso de esta labor.

A nuestros esposos e hijo que nos comprendieron y apoyaron siempre durante la trayectoria sin importarles todas aquellas horas alejadas de ellos, también a las personas que marcaron cada etapa de nuestro camino universitario y que nos ayudaron en asesorías, comentarios y dudas presentadas en la elaboración de esta monografía.

Finalmente a todos los jóvenes de nuestra región, ya que son el futuro de esta nación.

TABLA DE CONTENIDO

TITULO	
INTRODUCCIÓN	
3. JUSTIFICACIÓN	18
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	19
4.1 DESCRIPCIÓN DE PROBLEMA	19
5. OBJETIVOS	21
5.1 OBJETIVO GENERAL	21
5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	21
6. MARCO REFERENCIAL	22
6.1 MARCO CONTEXTUAL	22
6.2 MARCO CONCEPTUAL	22
5.3 MARCO TEÓRICO	25
6.4 MARCO LEGAL	33
7. DISEÑO METODOLÓGICO	36
7.1 TIPO DE ESTUDIO	36
7.2 ÁREA DE ESTUDIO	36
7.3 IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES	37
7.3.1 Variables Independientes	37
7.3.2 Variable dependiente.	37
7.4 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES (ANEXO A)	37
7.5 UNIVERSO	37
7.6 MUESTRA	37
7.7 MUESTREO	38
7.8 INSTRUMENTO Y TÉCNICA.	38
7.8.1 Instrumento de recolección de datos (ANEXO B)	38
7.8.2 Técnica.	39
7.8.3 Consentimiento Informado. (ANEXO C)	39
7.8.4 Asentimiento informado. (ANEXO D)	39
7.9 PLAN DE TABULACIÓN	40
7.10 CRITERIOS DE INCLUSIÓN	40
7.10 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	40
7.11 LIMITANTES	40
8. ASPECTOS ÉTICOS	41
9. PERTINENCIA DE LA INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA	42
10. PERTINENCIA AL PAÍS	43
11. ORIGINALIDAD O CARÁCTER INNOVADOR DE LA PROPUESTA	44
12. RESULTADOS	45
11.1 DATOS SOCIO DEMOGRÁFICOS	45
12.2 FACTORES DE RIESGO	47
13. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN	53
14. CONCLUSIONES	59
15. RECOMENDACIONES	60

LISTA DE GRÁFICOS

GRAFICO 1. Edad de los encuestados	44
GRAFICO 2. Grado y género	45
GRAFICO 3. Valores máximos por factores	46
GRAFICO 4. Factor de riesgo no modificable	47
GRAFICO 5. Factor modificable	47
GRAFICO 6. Factor depresión y ansiedad	48
GRAFICO 7. Factor ideación suicida	49
GRAFICO 8. Factor precipitantes	49
GRAFICO 9. Factor creencias	50
GRAFICO10. Factores protectores	51

LISTA DE ANEXOS

	pág.
ANEXO A. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	65
ANEXO B. TEST DE IRSA	73
ANEXO C. CONSENTIMIENTO INFORMADO	77
ANEXO D. ASENTIMIENTO INFORMADO	78
ANEXO E. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	79
ANEXO F. PRESUPUESTO	82

RESUMEN

En la Institución Educativa Técnica Occidente de la ciudad de Tuluá Valle, Se realizó un estudio descriptivo-cuantitativo Transversal sobre ideación suicida en la población adolescente con edades entre 11 y 21 años, con el objetivo de determinar su prevalencia y los factores de riesgo demográficos, familiares e individuales reportados para suicidio.

La muestra se seleccionó por muestreo no probabilístico por conveniencia y estuvo comprendida por 280 adolescentes que presentaron el consentimiento informado diligenciado por los padres o acudientes. A esta población se les aplicó el Test de IRSA (Instrumento de riesgo suicida en adolescentes) con el propósito de medir y registrar los factores de riesgo. El análisis estadístico fue univariado y bivariado e incluyó descripción por variables, estimación de prevalencia para la población total, análisis de los factores de riesgo.

Los resultados encontrados revelan que la prevalencia de ideación suicida en estos adolescentes es de 27%, además el 28% han pensado en hacerse daño en algún momento de su vida. Se pudo analizar que la mayor afectación se da en el género femenino y en edades entre 11 a 14 años, de los cuales proviene la mayoría de familias disfuncionales. En cuanto a los factores de riesgo los sentimientos de culpa, depresión, hostilidad, impulsividad, preocupación, baja autoestima; los antecedentes de intento suicida, ausencia de apoyo familiar y social, tienen relación significativa de causalidad con la ideación suicida.

Con base en los resultados obtenidos en el presente estudio se plantean recomendaciones a los entes gubernamentales, educativos, sociales y familiares; con el propósito de crear estrategias generando proyectos que brinden el apoyo necesario e impacten positivamente a los adolescentes, vinculando a los padres de familia para minimizar estos factores mediante el fomento del conocimiento de la influencia que tiene la relación familiar disfuncional en la ideación suicida y por último, actúen en la creación de grupos sociales donde los adolescentes encuentren un apoyo efectivo y sano para que estos jóvenes no sigan viendo el suicidio como una salida a sus problemas.

Palabras clave: Ideación suicida, adolescentes, factores de riesgo.

ABSTRACT

In the school Técnica de Occidente in the city of Tuluá Valle, was performed a quantitative descriptive Transversal research about suicidal ideation in teenagers aged from 11 to 21 years. In order to determine their prevalence and risk factors such as demographic, Individual and Family reported for suicide.

The sample was selected by non-probability sampling for convenience and was comprised of 280 teenagers who had parental permission. In this population were administered the Test of IRSA (Instrument for suicide risk in adolescents) in order to measure and record the risk factors. The statistical analysis was univariate and bivariate and include description of variables, prevalence estimate for the total population, analysis of risk factors.

The results show that the prevalence of suicidal ideation in these teenagers is 27%, and 28% who have thought about hurting at some point in their lives. It could analyze the most affected is given in females between the ages of 11-14 years, which comes from dysfunctional families. Regarding risk factors feelings of guilt, depression, hostility, impulsivity, worry, low self-esteem; The history of attempted suicide, lack of family and social support, have a significant causal relationship with suicidal ideation.

Based on the results obtained in the present study raises recommendations to government bodies, educational, social and family, in order to create strategies generating projects that provide the necessary support and positively impact the teenagers linking parents to minimize these factors by promoting awareness of the influence of dysfunctional family relationships in suicidal ideation and finally, act in creating social groups where teenagers have a healthy and effective support to these young people do not continue seeing the suicide as a way out of the problems.

Key words: Suicidal ideation, teenagers, risk factors.

GLOSARIO

ACTITUDES HACIA EL SUICIDIO: conjunto de opiniones, criterios, sentimientos y conductas hacia el suicidio como forma de morir, quienes lo consuman, lo intentan o lo piensan.

ACTO SUICIDA: incluye el intento de suicidio y el suicidio.

ADOLESCENCIA: es la etapa que transcurre entre los 10 y 19 años, considerándose dos fases, la adolescencia temprana 10 a 14 años y la adolescencia tardía 15 a 19 años.

ANSIEDAD: es una emoción normal que se experimenta en situaciones en las que el sujeto se siente amenazado por un peligro externo o interno.

ANTECEDENTES SUICIDAS: incluye, principalmente, los actos suicidas previos que haya realizado un sujeto. Puede ser utilizado también para referirse a la presencia de familiares que hayan tenido estos antecedentes.

CONDUCTA SUICIDA: término colectivo que incluye los pensamientos suicidas, el intento de suicidio y el suicidio.

CONSENTIMIENTO INFORMADO: en la Investigación, directriz ética y legal mediante la cual se informa de una manera suficiente a los posibles sujetos de estudio respecto a la naturaleza y objetivos de la investigación, para que decidan de manera voluntaria si participan o no.

DEPRESIÓN: la depresión es un trastorno mental caracterizado fundamentalmente por un bajo estado de ánimo y sentimientos de tristeza, asociados a alteraciones del comportamiento, del grado de actividad y del pensamiento.

FACTOR DE RIESGO: característica que confiere a un sujeto un grado variable de susceptibilidad para contraer determinada enfermedad o alteración de la salud. Tienen como características las siguientes: son individuales, pues lo que para algunos es un riesgo, para otros no representa problema alguno, son generacionales, ya que los factores en la niñez pueden no serlo en la adultez o la vejez, son genéricos porque los factores de riesgo en la mujer no son similares a los de los hombres, están mediatizados por la cultura y el entorno de los individuos, comprobándose que lo que es aceptado en determinado medio social puede ser reprobado en otros.

FACTORES PROTECTORES DEL SUICIDIO: Factores que, para una persona en particular, reducen el riesgo de realización de un acto suicidio, como el apoyo que se reciba en situaciones de crisis, el tratamiento del dolor en una enfermedad terminal, el tratamiento de las enfermedades depresivas, la adecuada capacidad

para resolver problemas, la razonable autoestima y autosuficiencia, la capacidad para buscar ayuda en personas competentes, etc.

IDEACIÓN SUICIDA: abarca un amplio campo de pensamiento que pueden adquirir las siguientes formas de presentación: El deseo de morir, primer peldaño que indica la disconformidad del sujeto con su manera de vivir y puerta de entrada a la ideación suicida. Es común la expresión “la vida no merece la pena vivirla”, “para vivir así es preferible estar muerto”. La representación suicida consistentes en fantasías pasivas de suicidio (imaginarse ahorcado). La idea suicida sin un método determinado, cuando el sujeto desea suicidarse y al preguntarle cómo ha de hacerlo, responde que no sabe cómo.

La idea suicida con un método indeterminado, cuando el sujeto desea suicidarse y al preguntarle cómo ha de quitarse la vida responde que de cualquier forma, ahorcándose, quemándose, pegándose un tiro, precipitándose, sin mostrar preferencia por uno de ellos aún. La idea suicida con un método determinado sin planificación en la cual el sujeto expresa sus intenciones suicidas mediante un método específico pero sin haber elaborado una adecuada planificación.

La idea suicida planificada o plan suicida en la que el individuo sabe cómo, cuándo, dónde, por qué y para qué ha de realizar el acto suicida y toma, por lo general las debidas precauciones para no ser descubierto.

PREVALENCIA: es el número de casos de una enfermedad o evento en una población en un momento dado.

PROCESO SUICIDA: lapso de tiempo transcurrido desde que el sujeto tuvo el primer pensamiento suicida planificado hasta la realización del intento o el suicidio. El término hace énfasis en el desarrollo a través del tiempo, sugiriendo que el suicidio no es un acto que ocurre por impulso de quien lo comete, sino que es un hecho que tiene una historia previa.

SUICIDIO: según la clasificación NASH, es una de las formas de morir en la que el individuo, utilizando determinado método se auto agrede, el resultado de esta agresión conduce a la muerte. Es el homicidio de sí mismo, el acto suicida que termina en la muerte.

VARIABLE DEPENDIENTE: es un aspecto (s) conductual o proceso(s) cognitivo que se estudia durante la realización de un experimento. En el método experimental de investigación es una respuesta o conducta observable que puede verse influida por la manipulación a través de una variable independiente.

VARIABLE INDEPENDIENTE: en la verificación experimental, el investigador intenta reproducir artificialmente los fenómenos que se dan de forma espontánea en la realidad y que desea comprender; cuando dispone de una hipótesis que establece un supuesto vínculo causal entre un objeto, proceso o característica (supuesta causa) y el objeto proceso o característica que exige una explicación (el efecto), manipula experimentalmente la primera para ver si se produce el efecto que la hipótesis describía. La variable que manipula el experimentador recibe el nombre de variable independiente.

1. TITULO

PREVALENCIA DE IDEACIÓN SUICIDA Y LOS FACTORES DE RIESGO DEMOGRÁFICOS, FAMILIARES E INDIVIDUALES REPORTADOS PARA SUICIDIO EN ESTUDIANTES DE SECUNDARIA DE UNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA DE TULUÁ 2012.

2. INTRODUCCIÓN

El acto suicida que la OMS identificó en 1970 como un problema mayor de Salud Pública, ha estado siempre ligado a la humanidad y sus costumbres. El comportamiento suicida es un continuo que va desde la ideación en sus diferentes expresiones, pasando por las amenazas, los gestos e intentos, hasta el suicidio propiamente dicho. La presencia de cualquiera de estos indicadores (ideas, amenazas, gestos e intentos) debe considerarse como un signo de riesgo (Pérez Barrero y Mosquera, 2002)¹.

El suicidio porcentualmente adquiere un valor, la Organización Mundial de la salud (OMS) reporta un millón de suicidios al año en todo el mundo, lo que equivale a una muerte por esta causa cada 40 segundos; así mismo, la ideación suicida en adolescentes constituye un fenómeno prevalente en el ámbito mundial², pues en las últimas décadas se ha observado un dramático cambio en las causas de mortalidad adolescente. Antes, los adolescentes morían en gran parte de causas naturales, por enfermedades congénitas en su mayoría, mientras que ahora es más probable que mueran de causas previsibles. Parte de este cambio ha sido un aumento mundial de las tasas de suicidio adolescente en países desarrollados, como en vía de desarrollo (Dra. Andrea Barberis)³.

El suicidio en los adolescentes es un tema que se ha venido tratando por las cifras reportadas que hasta el momento van en aumento; pero en muchas sociedades suele callarse y evadirse pues impacta y cuestiona el sistema familiar y social en el que vivimos; sin embargo, es importante profundizar para conocer y reflexionar en las causas que llevan a un joven a su autodestrucción y cómo esta puede prevenirse. Algunos estudios han basado su tesis en demostrar que una de las principales razones por las que los adolescentes llegan a tomar la decisión de quitarse la vida se debe a la crisis del desarrollo y el medio social en que se desenvuelve, pero es muy importante no dejar de lado una serie de variables como la personalidad del individuo, características físicas, psicológicas, familiares, el desacuerdo en la forma en que se vive y sus interrelaciones pues esto también puede determinar la consumación del suicidio.

Analizando algunos conceptos sobre los factores de riesgo planteados en esta investigación, podemos ver que lo demográfico es de gran importancia si se busca

¹ MANSILLA I, Fernando. La conducta suicida y su prevención. Valencia, España. Clínica Psicológica V. Mars – Sueca. Disponible en: <http://www.psicologia-online.com/monografias/9/conducta1.shtml>.

² TORO G, Diana C; PANIAGUA S, Ramón E; GONZALEZ P, Carlos M and MONTOYA G, Brígida. Caracterización de adolescentes escolarizados con riesgo de suicidio, Medellín Colombia, 2006. Rev. Fac. Nac. Salud Pública [online]. 2009, vol.27, n.3, pp. 303-308. ISSN 0120-386X.

³ BARBERIS, Andrea. Suicidio en la adolescencia. Las Malvinas, España. pp. 3. Disponible en: www.psicoadolescencia.com.ar/docs/final022.pdf.

la integralidad, en cuanto a que se tiene en cuenta varios elementos como son el género, edad, etc.; el factor social referido a las relaciones de tipo interpersonal marca el raciocinio y la autoestima del hombre sobre todo cuando se está en etapa de la formación de la personalidad; además, la familia es la incubadora de todo individuo, donde se adquiere la mayoría de los elementos para la formación de la personalidad, pues se puede decir que el hombre siempre da de lo que está hecho.

Es por esto que el planear, diseñar y ejecutar un acto contra el don más sublime y base de todo como es la vida, es digno de análisis y observación, lo que permitirá generar datos importantes que aporten herramientas para lograr la intervención oportuna y precisa. Por lo tanto, este estudio hizo una investigación amplia y ordenada a través de un enfoque cuantitativo y por medio de un test validado que logro determinar la prevalencia de ideación suicida y los factores de riesgo, demográficos, familiares e individuales presentes en los estudiantes de un Colegio de Tuluá Valle en el año 2012; se encontró que una de las limitantes más importantes fue el tabú de los padres de familia para reconocer el suicidio como un acto que puede permear cualquier adolescente o miembro de una familia, es así como nuestro principal propósito es que tanto padres como docentes de la Institución sujeto de estudio reconozcan que la ideación suicida es una etapa inicial que conlleva finalmente a el acto consumado y que es responsabilidad de ellos conocer los precedentes y participar en la prevención de ello.

Siendo la enfermería una rama que tiene gran participación en la promoción de la salud, este tipo de estudios son de gran importancia, ya que con los resultados obtenidos se pueden implementar estrategias para intervenir de manera oportuna y adecuada las problemáticas de la sociedad, en este caso en particular la del suicidio.

3. JUSTIFICACIÓN

Las conductas suicidas son importante causa de morbi-mortalidad a nivel mundial, por esta razón la medición del riesgo suicida y la identificación de las personas en riesgo de un intento suicida son tareas prioritarias. Infortunadamente, hasta la fecha no existen modelos clínicos que permitan una adecuada predicción de este tipo de conductas o que hagan posible diferenciar a los individuos que se van a suicidar de aquellos que no⁴, pero si están establecidos unos factores de riesgo que predisponen o hacen más susceptibles a los individuos a considerar en determinada situación la idea de suicidarse. Por lo tanto este estudio pretende identificar los factores de riesgo que están generando la ideación suicida en los adolescentes sujetos a estudio, con el propósito de hacer un aporte asertivo que permita actuar desde la etapa preventiva, mediante programas dirigidos desde el área de salud mental.

Según datos de la organización mundial de la salud (OMS), en el día 3000 personas se suicidan en todo el mundo, y por cada persona que acaba con su vida, al menos 20 fracasan en el intento. En Colombia no existen registros confiables con respecto a las tasa de suicidio. Sin embargo, según las estadísticas del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses, en Colombia se presenta una tasa anual de cinco suicidios por cada 100.000 hab. El comportamiento del suicidio en Bogotá parece mostrar una tendencia al aumento y se estima que, actualmente, se presenta un suicidio cada 24 horas, sin incluir en este cálculo los casos de suicidio no informados, ni los intentos fallidos. Mientras en 1988 se registró un descenso en las muertes violentas en general, el número de suicidios aumento (345 casos), tendencia que se viene dando desde inicios de la década actual. En 1999, el Instituto Nacional de Medicina Legal realizó 2.089 necropsias por suicidio, lo que representa el 6% del total de las muertes violentas y se ubica como la novena causa de muerte en menores de 14 años, la sexta en el grupo de 15 a 24 y la cuarta causa de muerte violenta en el país⁵. Según los reportes obtenidos de la Secretaria de Salud Municipal (Tuluá, Valle del cauca), durante el 2011 se reportaron nueve muertes por suicidio, cifras que no incluye los intentos fallidos.

Esta investigación está enfocada a identificar los factores de riesgo a los que están expuestos los adolescentes de esta institución educativa, con miras a que padres, profesores y directivas busquen alternativas viables para minimizar estos riesgos y realizar un aporte de enfermería a mejorar y mantener la salud mental de los(as) jóvenes de Tuluá.

⁴SÁNCHEZ, Ricardo. CACERES, Heidi. GOMEZ, dora. Ideación Suicida en Adolescentes universitarios: Prevalencia y Factores Asociados. [ONLINE]. Biomédica, Diciembre, año/vol. 22, suplemento 2.bogota, Colombia 2002. Pp 407-416. ISSN 0120-4157. Disponible en <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/843/84309609.pdf>

⁵Ibíd.,p. 408.

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

4.1 DESCRIPCIÓN DE PROBLEMA

La ideación suicida consiste en los pensamientos de terminar con la propia existencia, al ser la ideación suicida la fase de inicio del proceso de suicidio, se resalta como la fase más importante para la prevención de este proceso. El suicidio es un problema de salud pública y es considerado una de las tres primeras causas de muerte entre personas de 15 a 44 años de edad (1); en Colombia, la Encuesta Nacional de Salud Mental del 2003 mostró que el 12,3% de los colombianos ha tenido ideas suicidas, el 4,1% ha realizado planes suicidas y el 4,9% ha intentado suicidarse⁶. La secretaria de salud del municipio de Tuluá reporto 9 muertes por suicidio durante el año 2012.

El principal problema de este tipo de estudios es la fidelidad de las cifras oficiales. El tipo de error más frecuente guarda relación con el reconocimiento, adjudicación y registro del suicidio como causa de muerte. La prevalencia del intento de suicidio es aún más difícil de conocer, ya que frecuentemente solo se cuenta con informaciones locales. En general se acepta que los intentos son de 10 a 50 veces más numerosos que los suicidios⁷, es así como una de las razones por las cuales la ideación suicida no tiene un reporte local y nacional con cifras fidedignas, se debe a que los intentos no consumados no son reportados, analizados y tampoco cuenta con un seguimiento estricto que permita cuantificar la ocurrencia diaria, mensual o anual de este fenómeno.

Este fenómeno genera un gran impacto a nivel familiar social, además de la degradación que genera en el país en cuanto al sector salud, ya que esto indica que las estrategias que implementan los entes encargados de velar por la salud de todo un país no están siendo eficaces, asertivas ni mucho menos integrales.

Al ser clasificado el suicidio entre las primeras causas de muerte, genera consigo la inquietud de querer encontrar mediante la investigación de este fenómeno las principales causas que están llevando a los jóvenes a realizar dicha conducta, y así ofrecer herramientas para que la institución educativa implemente estrategias adecuadas para prevenir este fenómeno, razones suficientes que llevan a plantear la siguiente investigación:

⁶ Organización Mundial de la Salud. Prevención del suicidio para médicos generalistas [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, Trastornos mentales y cerebrales, Departamento de Salud Mental y Toxicomanías; 2000 [citado 31 mayo 2010]. Disponible en: http://www.who.int/publications/list/prevention_sucide_medecins/es/index.html.

⁷LARRAGUIBEL, Marcela; GONZÁLEZ, Patricia, MARTÍNEZ, Vania; VALENZUELA, Ricardo. Factores de riesgo de la conducta suicida en niños y adolescentes. Revista chilena de pediatría versión impresa. Rev. chil. pediatr. v.71 n.3 Santiago de Chile, mayo 2000. ISSN 0370-4106. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0370-41062000000300002&script=sci_arttext.

4.2 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la prevalencia de ideación suicida y los factores de riesgo demográficos, familiares e individuales; reportados para suicidio, en estudiantes de secundaria de sexto a once, de la Institución Educativa de Occidente de la ciudad de Tuluá, en el tiempo comprendido entre Enero a Diciembre del año 2012?

5. OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la prevalencia de ideación suicida y los factores de riesgo demográficos, familiares e individuales; reportados para suicidio, en estudiantes de secundaria de sexto a once, de la Institución Educativa de Occidente de la ciudad de Tuluá, en el tiempo comprendido entre Enero a Diciembre del año 2012.

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Identificar las características demográficas de los estudiantes del estudio.
- ✓ Identificar la prevalencia de la ideación suicida en los estudiantes.
- ✓ Establecer la relación de los factores de riesgo encontrados y la ideación suicida en la población estudiantil.

6. MARCO REFERENCIAL

6.1 MARCO CONTEXTUAL

El colegio es el lugar donde se adquiere una formación académica, es el recinto donde no solo se fortalecen los principios y valores enseñados en el hogar, sino también es donde los jóvenes adquieren elementos que terminan de construir su personalidad, por esta razón se manifiestan conductas producto de entornos como lo son el familiar y el social. Es por esto que el espacio en el cual se llevará a cabo el proceso investigativo será el colegio Técnico de Occidente del Municipio de Tuluá, Departamento del Valle del Cauca, País Colombia. La población está comprendida por 280 estudiantes que cumplen con los criterios de inclusión.

6.2 MARCO CONCEPTUAL

El suicidio, al ser una de las cuatro principales causas de defunción a nivel mundial es considerado como un problema de salud pública. Etimológicamente la palabra “suicidio” se deriva del latín sui, que significa “sí mismo”, y caedere, que significa “matar”; por lo que se entiende como “un acto de matarse voluntariamente a sí mismo”. Sin embargo son de gran diversidad los análisis que se pueden llegar a encontrar respecto a ello, por ejemplo Durkheim (2003: 16) afirma que el suicidio “es todo caso de muerte que resulta directa o indirectamente de un acto positivo o negativo, cometido por la víctima, a sabiendas que va a producir dicho resultado”. Por su parte, Beck, Kovacs y Weissman (1979) han definido el suicidio como un acto intencional causado a sí mismo, que pone en peligro la vida, y que da como resultado la muerte, incluyendo todas las circunstancias que rodean el fallecimiento. También la Organización Mundial de la Salud en 1976, ha intentado unificar su significado y propuso los siguientes términos:

ACTO SUICIDA. Hecho por el que un sujeto se causa a sí mismo lesión, independientemente de su intención y del conocimiento de sus motivos.

SUICIDIO. Muerte que resulta de un acto suicida.

INTENTO DE SUICIDIO. Acto suicida cuyo resultado no fue la muerte (García y Peralta, 2002).

Refiriéndonos al término denominado como **conducta suicida**. Se observa que sigue un proceso que se conforma por tres fases:

LA IDEACIÓN SUICIDA. Consiste en PENSAMIENTOS de terminar con la propia existencia. (Pérez, 2004).

INTENTO DE SUICIDIO. Denominado para- suicidio, tentativa de suicidio, intento de autoeliminación, autolesión intencionada o suicidio fallido en el cual un individuo se hace daño a sí mismo.

EL SUICIDIO CONSUMADO. Es cualquier lesión autoinfringida deliberadamente por el sujeto con el propósito de morir y cuyo resultado es la muerte.

El suicidio es una realidad humana bastante oscura no solo por su variedad de causas, sino también por la complejidad al querer definirla y sobre todo tratarla; pero al ser el suicidio un ideal de condiciones que no se pueden tratar, la forma más adecuada para contrarrestar la incidencia será prevenir y actuar verdaderamente sobre la ideación suicida, aprendiendo a identificar los factores externos, pero por el contrario los mecanismos cognitivos, por sus características de internos, de hecho son totalmente inobservables, si se considera que solo pueden ser analizados y escudriñados por la misma persona.

Según Beck et al. (1979), la ideación suicida son aquellas ideas que los individuos tienen y que frecuentemente presentan pensamiento reiterativo sobre el tema de la muerte, y/o permanentemente ocupa un lugar central en la vida del sujeto, que tiene planes y deseos de cometer suicidio pero no ha hecho evidente el intento.

Para Pérez (1999), la ideación suicida comprende un campo de pensamiento que puede adquirir las siguientes formas de presentación:

EL DESEO DE MORIR. Es el primer peldaño que indica la disconformidad del sujeto con su manera de vivir, y es puerta de entrada a la ideación suicida. Es común la expresión “La vida no vale la pena vivirla”, “Yo lo que debería es morirme”, “Para vivir así es preferible estar muerto”, etc.

LA REPRESENTACIÓN SUICIDA. Consistente en fantasías pasivas de suicidio (por ejemplo imaginarse ahorcado, etc.)

LA IDEA SUICIDA SIN UN MÉTODO DETERMINADO. Es la idea de autodestrucción sin planteamiento de la acción. En este caso el sujeto desea suicidarse y, al preguntarle cómo ha de quitarse la vida, responde no saberlo.

LA IDEA SUICIDA CON UN PLAN O MÉTODO INDETERMINADO O INESPECÍFICO AÚN. Es cuando el sujeto desea suicidarse y, al preguntarle cómo ha de quitarse la vida, responde que de cualquier forma; incluso manifiesta diversas posibilidades sin mostrar preferencia por alguna en particular.

LA IDEA SUICIDA CON UN MÉTODO DETERMINADO SIN PLANIFICACIÓN. El sujeto expresa sus intenciones suicidas mediante un método específico, pero sin haber elaborado una adecuada planificación.

LA IDEA SUICIDA PLANIFICADA O PLAN SUICIDA. El individuo sabe cómo, cuándo, dónde, por qué y para qué ha de realizar el acto suicida, y toma por lo general las debidas precauciones para no ser descubierto. Se le conoce también como plan suicida, es sumamente grave por la posibilidad inminente de consumar el suicidio con éxito⁸.

Por esta razón es de gran importancia la medición del riesgo suicida, conducta suicida y como tarea prioritaria de la ideación suicida primera fase del suicidio. Estas fases son de mayor ocurrencia en los adolescentes, siendo ellos la población más vulnerable, según la OMS (2003), la conducta suicida en sus distintas formas representa un problema de salud pública internacional, ya que se encuentra dentro de las diez principales causas de mortalidad general, y entre las tres primeras causas de muerte en el grupo de adolescentes y adultos jóvenes.

Es de gran particularidad que se presenten estas fases en los jóvenes o adolescentes debido a que es la etapa que conlleva a grandes cambios desde el punto de vista biológico, corporal, afectivo, social y familiar, lo que con frecuencia los lleva a vivencia de crisis, conflictos y contradicciones, siempre en busca de ganar un lugar en el mundo de los adultos, generando en ellos un grado de angustia que afectan su salud, tomando así decisiones erróneas como inicio temprano de la vida sexual, migración, delincuencia, consumo de sustancias tóxicas, embarazo no deseado, e ideaciones y conductas suicidas.

Por otro lado, los adolescentes son los que con mayor frecuencia contemplan la idea suicida, este impulso responde no sólo a los sentimientos autodestructivos sino que, la mayoría de las veces es una forma de agresión hacia los padres u otras personas significativas en su entorno buscando controlar o manipular sus comportamientos y provocando sentimientos de culpa en los demás por no haber actuado del modo que él o ella anhelaba. Existen múltiples circunstancias que inducen al adolescente al suicidio: peleas con familiares, sentimiento de no ser amado o aceptado por la familia, depresión nerviosa, embarazo, muerte de un ser querido, etc.

Pero no todos los jóvenes pueden tender al suicidio como única solución a sus problemas. Existen ciertas características de personalidad que, en presencia de uno o varios factores de riesgo, desencadenarán esta decisión: personas depresivas, con fuertes dificultades para integrarse al círculo familiar o de

⁸ GONZALEZ, Masip Socorro; DIAZ, Martínez Alejandra; ORTIZ, León Silvia; GONZALEZ, Forteza Catalina; GONZALEZ, Núñez José de Jesús. Características Psicométricas de la Escala de Ideación Suicida de Beck (ISB) en Estudiantes Universitarios de la Ciudad de México. Salud mental [online], abril año/Vol. 23, número 002, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. Distrito Federal. México 2000. ISSN 0185-3325. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=58222304>.

amistades, con graves problemas para establecer una buena comunicación, que por su modo de ser, tienden a ser rechazados⁹.

5.3 MARCO TEÓRICO

A lo largo de la historia se ha buscado estudiar el fenómeno del suicidio a nivel mundial porque constituye un problema de salud pública muy importante pero en gran medida prevenible, según ha señalado la Organización Mundial de la Salud (OMS). La Dra. Catherine Le Galès-Camus Subdirectora General de la OMS para Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental declara:

“Cada suicidio supone la devastación emocional, social y económica de numerosos familiares y amigos; el suicidio es un trágico problema de salud pública en todo el mundo. Se producen más muertes por suicidio que por la suma de homicidios y guerras”¹⁰.

Hacia finales del siglo XIX Durkheim, definió el suicidio en términos de un acto personal, propositivo y consciente, mediante el cual el sujeto que lo realiza, busca terminar con su propia vida. Teniendo en cuenta este concepto se trasladó la atención al medio donde se desarrolla el ser humano y a los factores subyacentes que le rodean. Durkheim (1897). Según la relación del individuo con el grupo social, establece 4 tipos de suicidio:

Suicidio Egoísta. Son individuos que no están fuertemente integrados en el grupo social.

Suicidio Altruista. Son individuos que están fuertemente integrados en el grupo social, sufren falta de individualidad (enfermos desahuciados, militares derrotados).

Suicidio Anónimo. Sujetos con la integración al grupo alterada o distorsionada (ruina repentina, divorcio, cambios drásticos de hábitos o de vida).

Suicidio Fatalista. Como resultado de un exceso de reglamentación o presión, se sienten aplastados por la disciplina o las normas (militares y jóvenes ante el fracaso escolar)¹¹.

⁹ FLORENZANO, Ramón. Psicología y psicoanálisis. Escuela de psicología. Pamplona, España.1999. (Citado en: Enero 12 de 2012) Disponible en: www.psiquiatria.com

¹⁰ Dr. BERTOLOTE, José. Centro de prensa OMS Artículo 2005. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr61/es/index.html>

¹¹ LÓPEZ ABELLAN, Mercedes. TEORIAS SOBRE EL SUICIDIO. Escuela de Familias de EL PUENTE. Disponible en: <http://usuarios.discapnet.es/border/tlpmerce.htm>.

Una muestra de los factores subyacentes que le rodean son los mensajes subliminales en los medios de comunicación, como por ejemplo la depresión social que ejerce el entorno en personas predispuestas al suicidio: “si no vas a Liverpool no eres importante”, “si no te vistes con la marca Calvin Klein no existes”, “si tienes más de 30 años ya te quedaste solo(a)”, la persona suicida no reconoce, o reconoce poco su existencia y no se da cuenta de que él o ella están en condiciones de reconstruir constantemente sus aspiraciones y de crear una vida en donde albergue sentido y no solo simple felicidad.

De igual manera, diversos autores y estudios han encontrado que el suicidio atraviesa ciertos procesos o etapas más o menos definidas (Diekstra, 1993), que al lograr identificarse e intervenir a tiempo, se puede evitar que estas etapas sigan su curso y que lleguen a un acto consumado; pues Según las investigadoras Medina Mora y González Forteza del Instituto de Salud Mental de México, señalan que el suicidio puede entenderse como un proceso que comienza con la idea de suicidarse, pasa por la tentativa o los intentos de suicidio, hasta concluir con la muerte autoinflingida es decir con el suicidio consumado¹².

En un estudio realizado en Santiago de Chile entre septiembre y octubre de 2007, en cinco establecimientos educacionales elegidos como muestra aleatoria entre todos los colegios inscritos en la Región Metropolitana, con el objetivo de determinar la prevalencia de ideación suicida y las tasas de intento suicida entre los adolescentes en edades entre 14 y 20 años y analizar los factores de riesgo relacionados con suicidio; Llegó a la conclusión que la prevalencia de ideación suicida es de 62%, valor que triplica la prevalencia de intento suicidio (19%) Esta relación se mantiene al observar lo que ocurre en los últimos 12 meses, donde la ideación y el intento alcanzaron 45% y 11% respectivamente. También, pudieron obtener una relación entre los niveles de suicidio a nivel de la Región Metropolitana (ciudad central, área urbana), donde se puede extrapolar que de un total de 100 adolescentes de enseñanza media, 52 de ellos pensarán que la vida no vale la pena. De estos últimos, 42 desearán estar muertos, 32 pensarán terminar con su vida y 16 de los 52 lo intentarán. Es decir, por cada tres adolescentes de enseñanza media que piensan que la vida no vale la pena, dos piensan terminar con ella y uno lo intenta¹³.

Para la psiquiatría, el suicidio es un concomitante multidimensional de los diagnósticos psiquiátricos, especialmente trastornos del estado de ánimo, tanto

¹² Dra. EGUILUZ, Lourdes. Ideación Suicida. Universidad Nacional Autónoma de México Escuela Nacional de Estudios Profesionales Iztacala. México septiembre 2003. Art.Nº78. Disponible en: <http://www.redsistemica.com.ar/suicida.htm>

¹³ VENTURA JUNCA RAÚL, CARVAJAL CÉSAR, UNDURRAGA SEBASTIÁN, VICUÑA PILAR, EGAÑA JOSEFINA, GARIB MARÍA JOSÉ. Prevalencia de ideación e intento suicida en adolescentes de la Región Metropolitana de Santiago de Chile, Rev Med Chile 2010. Escuela de Psicología Facultad de Medicina Universidad de Los Andes.

en su relación de causalidad y en el tratamiento de las personas en riesgo. Se han conocido algunos factores de riesgo y de protección que tienden a ser bastante constante en todo el mundo, con algunas variaciones culturales¹⁴.

Por otro lado, la profesora Lourdes Villardon Gallego describe en su libro que la realidad envolvente de las primeras instancias socializadas como la familia, el colegio, la iglesia, los medios de comunicación etc.; se han visto incluidas en decisiones ambiguas en términos de la aceptación del suicidio en torno a sus causas y efectos en la población adolescente, al punto de tomarse como un acto apropiado y sensacionalista pero con pobres efectos al momento de ofrecer medidas de prevención y análisis situacional, logrando que estas conductas influyan en las actitudes sociales de los jóvenes y adolescentes. Villardon dice: “El suicidio puede ser considerado por los adolescentes como una posible vía de extinción de todos sus problemas y situaciones difíciles”¹⁵.

En un estudio realizado en 631 estudiantes de quinto y sexto grado de ambos sexos con un rango de edad de 10 a 13 años de escuelas tanto públicas como particulares de la ciudad de Hermosillo, Sonora en México, sobre la Ideación suicida en población escolarizada infantil, se encontró que el 29.2% (184) de la población escolarizados, presentó alguna forma de ideación suicida, población que normalmente es considerada de bajo riesgo para este tipo de comportamientos y la prevalencia de depresión en esta población con ideas suicidas, fue de 27.3% (172); resultados que nos sugieren la necesidad de seguir estudiando este fenómeno con mayor profundidad en virtud de que éste es uno de los rasgos de edad con los que menos se asocia el suicidio¹⁶.

Los factores psicosociales de riesgo individuales que, de acuerdo con las investigaciones científicas hechas por Guibert W, estable que estos son esenciales en la ocurrencia de un intento suicida, entre ellos están la presencia generalizada de sentimientos de desesperanza y culpa, presencia de depresión mayor, personas que han sobrevivido al intento suicida, personas que han llamado la atención por presagiar o amenazar con el suicidio (proyecto suicida),

¹⁴ W; Maris. Centro para el Estudio del Suicidio de la Universidad de Carolina del Sur, Columbia, SC 29208, EE.UU. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12147388>

¹⁵ VILLARDON GALLEGO, Lourdes. El Pensamiento Suicida en la Adolescencia. Universidad de Deusto. Bilbao, Vizcaya España. 2006 pág. 17. I.S.B.N: 978-84-9830-846-4.

¹⁶ Miranda de la Torre, Ixchel; Cubillas Rodríguez, María José; Román Pérez, Rosario; Valdez, Elba Abril Ideación suicida en población escolarizada infantil: factores psicológicos asociados Salud Mental, Vol. 32, Núm. 6, noviembre-diciembre, 2009, pp. 495-502 Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente México Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=58212267007>

antecedentes familiares de suicidio o de intento, personas sin apoyo social y familiar y presencia de impulsividad o de ansiedad y hostilidad¹⁷. Lo que importa observar es que se encuentran un sin número de factores de riesgo que conllevan al intento suicida, entre estos encontramos la ideación suicida en relación con los factores sociodemográficos.

En un estudio realizado en Perú sobre ideación suicida en adolescentes en el año 2008, identificó que la ideación suicida en relación con los factores sociodemográficos se presenta en mayor porcentaje en mujeres en edades entre 15 y 19 años. Además que el fenómeno de ideación suicida está asociado con la problemática de conducta violenta dirigida hacia otro, declarando que esta conducta, se considera un problema de interés en salud pública tanto a nivel local como a nivel mundial; es por esto que este estudio posibilita la toma de decisiones en cuanto a un plan de salud mental sostenible que implique la realización de estudios más amplios, que no sólo detecten actitudes disfuncionales precoces en los jóvenes y los atiendan, sino que también se realicen actividades preventivo-promocionales de salud mental y a su vez plantean realizar seguimientos y dar apoyo a adolescentes violentos para contribuir a la disminución de la violencia y así mismo riesgo de suicidio¹⁸.

Por otro lado, la universidad de Antioquía de Colombia, percibieron la necesidad de indagar sobre el riesgo de suicidio en población adolescente escolarizada preocupados por lo que esta problemática puede causar y debido a resultados arrojados por otros estudios hechos en la misma población; surgió el proyecto de investigación “Caracterización de jóvenes escolarizados con riesgo de suicidio, Medellín, 2006”; iniciado por profesores y especialistas de esta misma Institución. El objetivo fue evaluar indicadores de riesgo asociados al suicidio y la relación que tiene con los factores de riesgo tales como depresión, consumo de psicoactivos y disfunción familiar; con el fin de establecer medidas preventivas en este grupo poblacional.

¹⁷ Guibert W. El suicidio. Análisis y enfrentamiento. TTR. Ciudad de La Habana, 1997. Citado por: Guibert RW, Del Cueto E. Factores psicosociales de riesgo de la conducta suicida. Rev Cubana ed Gen Integr [revista en internet] 2003 [acceso el 24 de marzo de 2012]; 19 (5). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol19_5_03/mgi04503.htm.

¹⁸ CANO, Pablo, GUTIERREZ, César y NIZAMA, Martín. Tendencia a la violencia e ideación suicida en adolescentes escolares en una ciudad de la amazonía peruana. Rev. Perú. med. exp. salud pública. [online]. abr./jun. 2009, vol.26, no.2 [citado 10 Agosto 2012], p.175-181. ISSN 1726-4634. Disponible en internet: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1726-46342009000200007&script=sci_arttext.

Después de llevar a cabo una serie de análisis a encuestas aplicadas a estudiantes, los resultados fueron que la prevalencia del riesgo de suicidio se situó de un 100% entre 23,0% y 26,5% y que tanto la depresión como la disfunción familiar se asociaron positivamente con el riesgo de suicidio¹⁹.

Una investigación realizada en la ciudad de Armenia-Colombia, en el periodo 2004–2008, describe las tendencias de mortalidad por suicidio y sus principales características. Las cifras de suicidio fueron suministradas por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses y las proyecciones poblacionales se obtuvieron del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Los resultados indicaron una tasa municipal de 8,2% para los cinco años, cifra 64% superior al resto del país. En total se reportaron 116 suicidios en el período estudiado; en la distribución por sexo y grupos etarios, las tasas más altas se encontraron en hombres entre los 70-79 años, con 31,5 casos/100.000 hab.; en población femenina esta cifra correspondió al rango de los 10-19 años, con una tasa de 8,6%. En general, las tasas son altas al compararse con otros lugares de Colombia, identificándose el problema de salud pública a nivel local, estrechamente relacionado con factores sociales²⁰.

Además Ricardo Sánchez; Heidy Cáceres; Dora Gómez; en su estudio de ideación suicida en adolescentes universitarios en Bogotá Colombia, comparado con otros estudios hechos a nivel nacional y mundial, encontraron que los factores de riesgo influyentes para ideación suicida en esta población, son aspectos culturales, genero, trastornos psiquiátricos, antecedentes de maltrato infantil y suicidio de un familiar, exposición a la información de suicidio de otros (modelo), con mayor riesgo ante la presencia de dos o más de estos factores en un adolescente²¹.

También, en los últimos tiempos han reportado informes en todo el mundo sobre las causas que llevan al suicidio, y se ha venido relacionando el tema de las practicas de deportes extremos como una posible causa de intento suicida, lo cual ha llevado a no dejarlos de lado, debido a que estos deportes se han venido practicando con mayor fuerza por la población adolescente. El tema genera diferentes cuestionamientos, dado que una persona al decidir practicar actividades

¹⁹ Toro DC, Paniagua RE, González CM, Montoya B. Caracterización de adolescentes escolarizados con riesgo de suicidio, Medellín, 2006. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2009; 27(3): 302-308. ISSN: 0120-386X. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=12016344007>.

²⁰ Medina Pérez, Oscar; Cardona Duque, Deisy Viviana; Rátiva Osorio, Johan Sebastián Caracterización del suicidio en Armenia-Colombia, 2004 – 2008. ORBIS Revista Científica Ciencias Humanas, vol. 5, núm. 15, abril-junio, 2010, pp. 76-102 Fundación Miguel Unamuno Maracaibo, Venezuela. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=70916420005>.

²¹ SANCHÉZ, Ricardo; CÁCERES, Heidy; GOMÉZ, Dora. Ideación Suicida en Adolescentes Universitarios; Prevalencia y Factores asociados. Biomédica. Instituto Nacional de Salud. Bogotá Colombia. Diciembre 2002. ISSN: 0120-4157.

de alto riesgo para su vida, se expone a circunstancias que pueden acabar con ella o dejarlos con limitaciones físicas importantes; lo que lleva a muchos investigadores a analizar cuáles son los motivos que llevan a los adolescentes realizar dichas prácticas.

El “Deportes Extremos” es un término utilizado como un artefacto de la cultura; para algunas sociedades la práctica de estos deportes es vivenciada como una subcultura, especialmente por los jóvenes, a los que les significa su práctica un nuevo estilo de vida, que incluye desde la forma de vestir hasta un dialecto particular. De igual forma, estos deportes pueden resultar en muchos casos una máscara que cubre las diversas causas que motivan a una persona a realizar esas actividades, suponiendo conductas altamente riesgosas para la vida del practicante. Un importante estudio realizado en Caracas en el 2009, analiza los rasgos de personalidad de adultos jóvenes entre 21 y 30 años que practican deportes extremos; refiere que diferentes investigaciones se han centrado en el estudio de la personalidad en el deporte orientadas al logro de metas en los mismos. Sin embargo, no han tomado en cuenta los mecanismos intrapsíquicos que subyacen en las personas que deciden practicar actividades de alto riesgo, entre estos rasgos, se destacan como características principales en estos deportistas: manifestaciones significativas de ansiedad, presencia de rasgos psicóticos y neuróticos, manifestaciones de defensas maníacas, necesidad de control del entorno, tensión emocional, conflictos sexuales, problemas familiares, agresividad, dependencia y tendencias regresivas, debilidad y baja autoestima, uso de mecanismos de defensa como: represión, negación entre otros²².

Este comportamiento también se ha incluido dentro de los temas de adicciones; decir que existe adicción a la adrenalina no es sólo un dicho. Hay personas que cuentan con mayor necesidad de liberar esta hormona, y que por lo mismo gustan de tomar riesgos en su vida diaria como manejar a velocidades muy altas, buscar pleito a toda costa o apostar grandes cantidades de dinero. Una manera de liberar adrenalina de forma relativamente saludable, es practicar deportes extremos. Pero como sucede con toda adicción, los amantes del riesgo no se conforman con cualquier cosa y cada vez buscan retos más atrevidos. Es en ese momento cuando la hormona que generalmente actúa como nuestra aliada en momentos de peligro, puede transformarse en nuestra peor enemiga.

Las drogas se caracterizan por ser capaces de producir un cambio en quien se la administra, cuando las glándulas suprarrenales liberan la hormona la adrenalina

²² ETAYO, Maite. Análisis de los rasgos de personalidad en deportistas adultos jóvenes que practican deportes extremos acuáticos. Tesis para optar el título de: Licenciado en Psicología. Universidad Metropolitana. Facultad de ciencias y artes, Escuela de psicología. Caracas Venezuela. Junio de 2009. Disponible en: <http://repositorios.unimet.edu.ve/docs/40/ATBF76E8M3.pdf>.

recorre el cuerpo humano por medio de la sangre, realizando operaciones de emergencia dentro del individuo tomando el control o por el contrario, inhibiendo el control de la razón y dejando a los instintos, libre acción, interpretación e intervención en el mundo. Cuando una sustancia de acción rápida y fuerte toma contacto con el cuerpo presenta resistencia al mismo por tratarse de drogas o niveles de presencia de la misma nunca antes registrados y por lo tanto hablaríamos de experiencias nuevas.

Pero luego de repetir un estímulo varias veces aparece el fenómeno denominado "tolerancia" y que significa un acostumbamiento, y la misma dosis produce un efecto menor. La adicción, por su parte, trata del sentido de "necesidad" físico o psicológico, que experimenta el cuerpo frente a una sustancia dada. Esto parece ocurrir también con la adrenalina, hay personas que parecen sentir una verdadera necesidad de ella como son los eternos buscadores del peligro, los que cada vez se enfrascan en experiencias más riesgosas. En las cercanías del abuso del placer y en complicidad con la ignorancia en todo lo que circunda al tema; de la mano de la tolerancia tóxica y el acostumbamiento a la droga, se pueden adquirir hábitos adictivos como subir a las montañas rusas del todo el mundo buscando la "euforia incomparable" del vértigo absoluto de la velocidad, las fuerzas G y las grandes dosis de adrenalina, no entendiendo que dosis elevadas de adrenalina afectan al corazón y a todo el sistema cardiovascular por causa del esfuerzo indebido y repetido de "bombear" sangre, imperativo asociado al estímulo hormonal mencionado. Cuando una persona desarrolla una depresión tras un golpe adrenalínico (una emoción fuerte) ya está percibiendo los síntomas de la dependencia a la sustancia, un "adicto al peligro", que ha desarrollado su patología en torno a una dependencia de adrenalina, estará ansioso de encontrar situaciones que le lleven a la producción y liberación instantáneas de estas fuerzas inherentes al ser. Será entonces, el adrenalino-dependiente, habituado de los clubes nocturnos o saltará en paracaídas, tomará acciones en misiones de paz y guerra²³.

El psicólogo José Antonio Miranda Hernández, explicó que por lo general se manejan dos casos para sentir la adrenalina. El primero es el normal, donde la persona sólo recurre a esto en ocasiones y lo hace porque busca sentirse motivada, mientras que el otro caso es un trastorno de personalidad, en el que el individuo es adicto a la adrenalina y requiere que todas sus experiencias sean "cumbre". "Las experiencias cumbre los llevan a un alto riesgo, ponen en peligro su vida, pero ellos necesitan sentirse en peligro para estar motivados, aquí estamos hablando de un trastorno de personalidad", expuso. Se vuelve una

²³ STACK, Daniel. Adicciones a la adrenalina. Quality News Network. Febrero 3 de 2010. Denver Colorado, USA. [Citado en enero 2013]. Disponible en: <http://www.bellomagazine.com/actualidad/adiccion-adrenalina>.

adicción cuando la persona necesita vivir esto de manera cotidiana, es una cuestión similar al tabaquismo o el alcoholismo²⁴.

Para los jóvenes, vivir sensaciones de riesgo es bueno y es malo: lo bueno es la sensación misma del efecto; lo malo, el daño que encierra, que se vuelve costo (asumido) de vivir sensaciones diferentes. Ser joven es la presentación en escena de un sujeto que hace su vida. Por una tendencia que los jóvenes señalan como natural, vivir la juventud se traduce en inquietud por descubrir la vida y vivir experiencias. Para dejar de ser niño y pasar a ser grande hay que hacerse; y hacer las cosas que hacen los grandes, hace grande y demuestra autonomía. Al trasgredir el sistema de valores y el orden social de los adultos atrae, porque entrega identidad: es «ser rebelde», y mostrar estas cualidades señala la autonomía de un sujeto que va contra la norma y desafía el orden. En este sentido, no es menor la atracción que irradia sentir la adrenalina que trae al momento el riesgo al castigo; facilitando el despliegue del ritual de la experimentación y el exceso²⁵.

La transgresión de la norma también abre paso a otros mundos. En este sentido, probar nuevas experiencias (deportes extremos, drogas etc.), permite saber de las cosas del mundo y los misterios de la vida. Probando se descubre viviendo en cuerpo y mente esos mundos que estaban prohibidos; es el camino más directo para saber qué son, qué se siente, cuáles son esos estados mentales que provocan, cuáles esos mundos a los que llevan, esos llenos de mitos que unos pintan de negro y otros de todos colores.

Existen diferentes teorías de enfermería que avalan esta investigación, por lo tanto se tendrá como apoyo la teoría de Hildegarde Peplau quien centro su teoría en la biología y en las ciencias conductuales, y evolucionó en la teoría de las relaciones interpersonales. Ella a través de su enfermería psicodinámica expresa que los cuidados en enfermería exigen ser capaz de comprender nuestra propia conducta para poder ayudar a otros a identificar las dificultades percibidas y aplicar principios de relaciones humanas a los problemas que surgen. La enfermería es un importante proceso interpersonal y terapéutico. Funciona en términos de cooperación con otros procesos humanos que hacen de la salud una posibilidad para los individuos en las comunidades.

²⁴ PÉREZ C. Fabiola. Adicción a la adrenalina. Cia. Editora de la Laguna. Av. Matamoros 1056 Pte. Col. Centro, Torreón Coah. México. 10 julio de 2010. Citado enero de 2013. Disponible en: <http://www.elsiglodetorreon.com.mx/noticia/535159.adiccion-a-la-adrenalina.html>.

²⁵ GHIARDO, Felipe. Acercándonos al sentido del uso de drogas y la prevención desde los jóvenes. *Ultima décad.* [online]. 2003, vol.11, n.18, pp. 123-151. ISSN 0718-2236. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/udecada/v11n18/art07.pdf>.

6.4 MARCO LEGAL

El marco legal de la atención integral a los adolescentes en Colombia está dado por lineamientos, convenios internacionales de la OMS, OPS, normas descritas en la constitución política de Colombia, reforma a la salud, por leyes, resoluciones y decretos que reglamentan las acciones tendientes a mejorar, mantener y preservar la salud individual y colectiva de los adolescentes en todo el territorio nacional. Entre los principales se tiene:

En la Constitución Política de Colombia de 1991; menciona acciones que el estado colombiano debe realizar para garantizar el bienestar de adolescentes y jóvenes. Cita que es obligación del estado garantizar los derechos y exigir los deberes del ciudadano, consagrados en la Constitución Política, además declara que la prestación de los servicios de salud a través de entidades administradoras y prestadoras de servicios, en condiciones de calidad y oportunidad, para toda la población, con promoción y garantía de su vinculación a los regímenes de salud, con asignación de recursos y prioridad del aseguramiento a la población pobre y vulnerable, incluidos los adolescentes y jóvenes, descritos en los artículos 2 y 49; además en los derechos fundamentales, el artículo 45 dice “El adolescente tiene derecho a la protección y a la formación integral, donde el Estado y la sociedad garantizan la participación activa de los jóvenes en los organismos públicos y privados que tengan a cargo la protección, educación y progreso de la juventud”²⁶; Se puede observar en este artículo de la constitución política de Colombia, la protección integral que se reglamenta para los adolescentes, es así como se concluye la importancia de este tipo de estudios, que van en pro de identificar una problemática con el único propósito de generar herramientas que garanticen la salud integral de los adolescentes, y en este caso en particular la identificación de factores de riesgo que conllevan a estos jóvenes a tener una ideación suicida, permitiendo de la misma forma generar estrategias con el objetivo de prevenir una elevación de muertes por suicidio.

También, la Resolución 412 de 2000 adopta normas técnicas y guías de atención que definen actividades, procedimientos e intervenciones de protección específica y normas de detección temprana como alteraciones del desarrollo del joven de 10 a 29 años, alteraciones del embarazo y cáncer de cuello uterino y seno, guías de atención y recuperación (Enfermedades de Transmisión Sexual, Sífilis, VIH/SIDA), menor y mujer maltratados²⁷. A propósito, esta norma promueve la orientación y

²⁶ COLOMBIA. ASAMBLEA NACIONAL CONSTITUYENTE. CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA. (actualización hasta 1 septiembre de 2004). Bogotá D.C. pp. 10.

²⁷ COLOMBIA, MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Resolución 412 (2 febrero 25 del 2000). Por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y de obligatorio cumplimiento y de dictan otras disposiciones. Bogotá D.C. El Ministerio, 2000. pp. 63-70. Disponible en <http://www.nacer.udea.edu.co/pdf/libros/guiamps/guias02.pdf>.

los planes de intervención en salud de una manera participativa con el adolescente y coordinadamente con su familia, colegio y comunidad, buscando la promoción de estilos de vida saludables, la prevención de riesgos y promover el auto cuidado, los factores protectores y el control de los factores de riesgo. En la propuesta de actualización de la norma técnica de detección de alteraciones del joven de 10 a 29 años, se evidencia que es necesario la organización de servicios diferenciados para la atención en salud de adolescentes, a fin de permitirles dentro de su contexto biológico, psicológico y sociocultural, acceder a ellos y mantenerse como usuario; el enfoque de abordaje en la atención no sólo debe ir dirigido a la prevención de riesgos del comportamiento y riesgos determinados por el entorno, sino a la búsqueda del desarrollo sano del joven.

Por otro lado, cabe mencionar que la Circular 018 de 2002 estipula las prioridades en salud pública. Para este caso, se mencionan algunas de las actividades orientadas al cumplimiento de Política de Salud Sexual y Reproductiva permitiendo realizar actividades de promoción de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes mediante estrategias de información, educación, movilización social, en coordinación con el sector educación y demás sectores relacionados, suministro de métodos de anticoncepción hormonal, de barrera y emergencia a adolescentes no asegurados en poblaciones en condición de desplazamiento, zonas marginales y de riesgo y por ultimo promover en las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS), el desarrollo de servicios de atención integral a los adolescentes y evaluar la percepción de los/las adolescentes sobre las acciones y servicios de SSR. Esto a nivel del municipio de Tuluá se promueve con mayor intensidad en el Hospital Rubén Cruz Vélez como entidad del estado, por la secretaria de salud en conexión con las instituciones educativas públicas, pero con mayor impulso hacia los temas más buscados por los adolescentes como es la salud sexual y reproductiva y métodos de planificación familiar, siendo la salud mental un tema sin prioridad en este tipo de instituciones

De otra manera, se vinculan por medio de leyes y normas a otros estamentos de la sociedad como son la policía de infancia y adolescencia bajo el Código de la Infancia y la Adolescencia, Ley 1098 de 2006, establece la protección integral de los infantes y adolescentes como un sistema de derechos y garantías, políticas públicas y restablecimiento de los derechos; además define el sistema de responsabilidad penal para adolescentes como sujetos de derecho y por lo tanto con el deber de responder por delitos, regulando el proceso ante la justicia penal y la reparación de las víctimas. Este código entiende por protección integral de los niños, niñas y adolescentes, el reconocimiento como sujetos de derechos, la garantía y cumplimiento de los mismos, la prevención de su amenaza o vulneración y la seguridad de su restablecimiento inmediato en desarrollo del principio del interés superior.

Este código también toca el tema de la salud sexual y reproductiva, y enuncia dentro de las obligaciones de la familia a formar y promover el ejercicio

responsable de estos derechos (Art. 39). También frente a este tema, entiende como obligaciones del Estado, entre otras, prevenir y atender la violencia sexual, las violencias dentro de la familia y el maltrato infantil, y promover la difusión de estos derechos; además a orientar a la comunidad educativa para la formación de los adolescentes en este ámbito; además, contempla las obligaciones especiales del Sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) entre ellas, a garantizar el acceso gratuito de adolescentes y jóvenes a los servicios especializados de salud sexual y reproductiva; desarrollar programas para la prevención del embarazo no deseado y la protección especializada; y apoyo prioritario a las madres adolescentes²⁸.

Finalmente, el Decreto 1011 de 2006 establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la salud, el cual incluye en sus aspectos centrales un capítulo (III), dedicado a la implementación de los servicios amigables para adolescentes y jóvenes. Específicamente es un modelo para adecuar las respuestas de los servicios de salud a las necesidades de adolescentes y jóvenes de Colombia, y para dar continuidad y mejoramiento a la aplicabilidad de estas actividades se desarrolló una guía complementaria de servicios amigables para ser usado por todas las personas, organizaciones e instituciones con interés en el mejoramiento de la salud y la calidad de vida de adolescentes y jóvenes. Esta herramienta textualmente contiene lo siguiente:

la prevención en salud de la población adolescente no se le puede dar solo el enfoque de reducción de problemas como: embarazos en adolescentes, abuso de sustancias psicoactivas, VIH/SIDA, trastornos del comportamiento alimentario, violencia sexual, depresión, suicidio, prostitución, etc., porque sería pensar a corto plazo y en forma limitada y fragmentada como lo hacemos cuando se ofrecen servicios solo enfocados a tratar de arreglar problemas y a la utilización focalizada de los recursos por cada problema. La prevención en adolescentes y jóvenes debe buscar, también, la interacción del joven con su familia y su entorno social (colegio, pares, pareja, comunidad) tras el desarrollo de su potencial humano, ofreciéndole oportunidades, seguridad y apoyo que le permitan desarrollar su responsabilidad, autoestima, ética, compromiso con la comunidad, competencias cognitivas, comportamientos y hábitos saludables²⁹.

²⁸ UNFPA. Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo CIPD. P.4. Disponible En: http://www.unfpa.org/exbrd/2006/annualsession/dpfpa-2006-2_pt1_spa.doc.

²⁹ MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL. FONDO DE POBLACION DE LAS NACIONES UNIDAS – UNFPA – COLOMBIA. Servicios de salud amigables para los adolescentes y jóvenes. Un modelo para adecuar las respuestas de los servicios de salud a las necesidades de adolescentes y jóvenes de Colombia. Disponible en: http://www.minproteccion-social.gov.co/salud/Documents/observatorio_vih/documentos/publicaciones/Servicios%20Amigables%20.pdf.

7. DISEÑO METODOLÓGICO

7.1 TIPO DE ESTUDIO

Esta monografía es un estudio cuantitativo, con un alcance descriptivo porque se trata de describir los factores de riesgo asociados a ideación suicida, identificados a través de la aplicación del Test de IRSA; es de corte trasversal porque está realizado solamente teniendo en cuenta los datos recolectados en el 2012.

7.2 ÁREA DE ESTUDIO

El estudio se realizará en la Institución Educativa Técnica Occidente localizado en el Municipio de Tuluá del Departamento del Valle del Cauca del territorio Colombiano. Esta Institución cuenta con 3.669 estudiantes matriculados en el periodo comprendido entre enero-noviembre de 2012, distribuido de la siguiente manera:

Primaria → 1.486 estudiantes que equivale al 40%
Secundaria → 2.183 estudiantes que equivale al 59%

La ciudadela Educativa está ubicada en la vía al Corregimiento de Tres Esquinas, frente a la Capilla de Santo Aparecido, inició en la sede del Barrio La Campiña, entonces llamado Colegio de Occidente, fue fundado el 17 de octubre de 1995, según resolución Municipal No.209 de septiembre 8 de 1995, siendo su primera rectora la Lic. Clara Elena Salazar de Palau.

Al cabo de un tiempo el Colegio de Occidente se convierte en Institución Educativa reconocida oficialmente por la resolución No. 1847 del 5 de septiembre de 2002 de la secretaria de Educación, brindando el servicio en los niveles de Educación Preescolar Básica y Media.

En el año 2005 bajo la administración del Doctor Juan Guillermo Vallejo Ángel, Alcalde de la ciudad, surge la necesidad de destinar recursos en la consolidación de un proyecto educativo titulado Ciudadela Educativa del Noroccidente, con el cual se buscaba reubicar a una numerosa población estudiantil que adelantaba sus actividades en edificaciones en condiciones deficientes, permitiendo además ampliar la cobertura educativa del municipio.

La Institución Educativa Técnica Occidente fue entregada con una infraestructura física la cual consta de: 51 aulas de clase, 8 aulas de clase para atención a niños(as) primera infancia y pre-escolar; complejo de 12 laboratorios, coliseo cubierto para 260 espectadores, auditorio para 386 personas, biblioteca, ludoteca, áreas complementarias como hall central, cafetería, restaurante, oficinas de coordinación, bloque administrativo, enfermería y vivienda del casero. La sede fue

inaugurada el 16 de diciembre del 2008 y el centro educativo es trasladado progresivamente en el primer semestre del año 2009³⁰.

7.3 IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES

7.3.1 Variables Independientes.

1. Factores de riesgos demográficos (Género, edad, escolaridad).
2. Familiares (Disfunción familiar, violencia intrafamiliar, antecedentes familiares de suicidio).
3. Individuales (Depresión, ansiedad, baja autoestima).

7.3.2 Variable dependiente. Prevalencia de ideación suicida (Intentos de suicidio, pensamiento suicida).

7.4 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES (ANEXO A)

7.5 UNIVERSO

El universo estará constituido por la población estudiantil de la Institución Educativa Técnica Occidente correspondiendo a 2183 estudiantes.

7.6 MUESTRA

En la muestra seleccionada se incluyeron estudiantes de ambos sexos distribuidos en los grados de sexto a once de secundaria, matriculados en el periodo comprendido entre enero-noviembre de 2012 en la Institución Educativa Occidente, donde se tendrá en cuenta un nivel de confianza de 95% (1.96), una proporción del 50% (0.5) y un margen de error del 5%, con base en lo anterior se obtuvo un tamaño de muestra de 324 estudiantes el cual fue hallado a través de la siguiente formula estadística.

$$n = \frac{Z^2 (p.q) N}{e^2 (N-1) + (p.q) Z^2}$$

n: Tamaño de muestra

N: Universo

Z²: Nivel de confianza de 95% (1.96)

³⁰ Institución Educativa Técnica Occidente. Política institucional de evaluación y promoción de los estudiantes Basado en las disposiciones del decreto 1290. Sistema institucional de evaluación y Promoción de los estudiantes. Tuluá – Valle del Cauca. Versión 1.0 Año Lectivo 2010 – 2011. [Citado en agosto de 2011] Disponible en internet: <http://ietecnicaoccidente.tripod.com/pacto.pdf>.

p: Proporción = 50 (0.5)
q: Complemento de la proporción = 50 (0.5)
e²: margen de error 5 % (0.05)

7.7 MUESTREO

Inicialmente se planteó un muestreo probabilístico sistemático, el cual sería aplicado mediante un sistema aleatorio en Excel. Donde se tomaría el listado de estudiantes por curso de todo el colegio y se elegiría al primer estudiante al azar. El segundo estudiante sería elegido según la fórmula representada así:

$$\frac{N}{n} = \frac{2183}{324} = 6,7\sim 7.$$

Es decir, se seleccionarían los estudiantes de siete en siete en todas las listas para así elegir el total de la muestra.

Finalmente, el tipo de muestreo utilizado para este estudio, es muestreo no probabilístico por conveniencia, debido a las limitantes que se presentaron durante la investigación, y que son descritas con mayor rigurosidad en el punto 6.8.2 (Técnica).

Bajo esta asesoría se hace entrega a la rectora y psicóloga del colegio para que conozcan el instrumento que se aplicaría a los jóvenes, posteriormente Las directivas autorizan aplicar el instrumento y se establece dar inicio a este paso en la semana siguiente

7.8 INSTRUMENTO Y TÉCNICA.

7.8.1 Instrumento de recolección de datos (ANEXO B). Se utilizó el Test de IRSA (Instrumento de riesgo suicida en adolescentes); creado por el Dr. Ramón Mauricio Campos Campos en el año 2009 en la ciudad de Chile en la Universidad de Costa Rica y basado en revisión bibliográfica, de otros instrumentos elaborados para este fin y que cuenta con la revisión por parte de profesionales en el área de Psiquiatría infanto-juvenil. El propósito de este instrumento es de medir y registrar los factores de riesgo adolescentes en la población de Costa Rica. Este consta de 70 ítems agrupados en 7 ámbitos identificados como relacionados con el riesgo suicida:

- ✓ Factores de Riesgo no modificables (antecedentes)
- ✓ Factores modificables
- ✓ Depresión /ansiedad
- ✓ Ideación suicida
- ✓ Factores precipitantes

- ✓ Creencias
- ✓ Factores Protectores

La rectora y psicóloga del colegio revisan el instrumento que se aplicaría a los jóvenes, y autorizan aplicarlo.

7.8.2 Técnica. Se esperaba que los estudiantes diligenciarían la encuesta en las salas virtuales que nos facilito las directivas de la institución, allí tendrían acceso al instrumento por medio del internet, accediendo mediante la plataforma de la universidad en donde fue montada la encuesta, gracias a la colaboración del equipo de sistemas de la universidad, para ejecutar este paso se realizó una prueba piloto en las salas de internet de la institución dando unos resultados negativos por la insuficiencia de las redes inalámbricas de internet, razón por la cual se procede a realizar la aplicación del test de forma manual.

Finalmente el instrumento se aplica en la biblioteca de la institución, para tal efecto los estudiantes fueron ubicados allí previa elaboración de una lista creada con los nombres de los consentimientos informados que se recibieron firmados por los padres.

7.8.3 Consentimiento Informado. (ANEXO C)

En acuerdo con las directivas de la institución se entregan a los estudiantes 2183 consentimientos informados para que sean firmados por sus padres o acudientes, debido a la gran dificultad para reunirlos en el colegio.

Al día siguiente se recogen solamente 100 consentimientos firmados, y al indagar se recibieron respuestas “como para mañana lo entregamos”, por esto se decide regresar al día siguiente y se recogen 90 consentimientos, se procede a comentar la situación a la rectora de la institución quien nos dice que ella encargaría a los coordinadores de cada salón para recoger el consentimiento a quienes falta, y nos pide regresar en 2 días, luego de llegar a este acuerdo se visita de nuevo la institución en donde solo logramos obtener 90 consentimientos más, los jóvenes manifestaron excusas como. “se me perdió, o lo deje en la casa” obteniendo ya 280 autorizaciones; se decide comentar la situación con el epidemiólogo el Dr. Leonel Guloso, quien recomienda que se puede trabajar de manera confiable con esta muestra, la cual representa un nivel de confiabilidad del 3.7%.

7.8.4 Asentimiento informado. (ANEXO D)

En el momento del diligenciamiento del instrumento, se recordó a los jóvenes que era voluntario el estar allí y que para esto antes de dar inicio al diligenciamiento del instrumento deberían firmar un asentimiento que garantizaba que lo habían hecho por voluntad propia y que estaban informados de lo que se trataba el

estudio; este procedimiento se realizó durante una semana hasta aplicar el total de instrumentos.

7.9 PLAN DE TABULACIÓN

Una vez recolectada la información, se procesan los resultados obtenidos por medio del software de Microsoft Excel 2007, software que permite crear tablas, calcular y analizar datos con la capacidad de trabajar bases de datos de gran tamaño.

7.10 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- ✓ Estudiantes con edades entre 11 y 21 años.
- ✓ Que estén matriculados en la Institución Educativa Técnica Occidente en el periodo comprendido entre enero y noviembre del 2012 en los grados de sexto a once.
- ✓ Firma de consentimiento y asentimiento informado.

7.10 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- ✓ Estudiantes con deficiencia cognitiva o problemas mentales.
- ✓ Estudiantes fuera del ámbito de estudio con edades fuera de la estipulada.
- ✓ Jóvenes que no firmen el asentimiento informado o cuyos acudientes no acepten firmar el consentimiento informado.

7.11 LIMITANTES

- ✓ Ubicación geográfica del la Institución educativa sujeto de estudio (Zona rural)
- ✓ Poco tiempo para la aplicación del instrumento por la practica administrativa
- ✓ Poca participación de los estudiantes durante el proceso de investigación
- ✓ Poca colaboración de los padres para firmar el consentimiento.

8. ASPECTOS ÉTICOS

Para la presente investigación se tuvo en cuenta la resolución 8430 de 1993, sobre los aspectos éticos de la investigación en seres humanos. La cual, en el artículo 5, habla que en toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar³¹.

La propuesta de realizar el proyecto en la Institución educativa Técnica Occidente localizado en el municipio de Tuluá, fue autorizado por las directivas, previa socialización de esta.

A su vez, se hace necesario que los participantes tengan conocimientos de los propósitos del estudio, aquí se involucra el principio de autonomía, ósea el poder de decidir si participa o no en cualquier tipo de investigación.

Es por esto, que en la fecha señalada de acuerdo con el cronograma, se explicará a los participantes los objetivos generales del trabajo y su procedimiento. Se entregará el consentimiento informado para que sea firmado por su padre o apoderado en el caso de menores de 14 años y el asentimiento para ser firmado por el adolescente en caso de mayores de 14 años.

Los datos serán recogidos después de verificar que el consentimiento informado y el asentimiento hayan sido firmados y puesto el número de identificación personal del adulto responsable del menor o del adolescente en cada caso. Fue usado un modelo de consentimiento informado diseñado propiamente por el grupo de trabajo.

Por las características del estudio, se mantendrá el anonimato de los cuestionarios y la confidencialidad se les garantizará con relación a la información que proporcionen, asignándole un código a cada encuesta para efectos de tabular la información.

Se explicará que la encuesta no es un examen, que no hay respuestas correctas o incorrectas, que no participaran si no lo desean y que podrán retirarse del estudio en cualquier momento, después de verificar que se había firmado el consentimiento informado, se procederá a la aplicación de la encuesta.

³¹ REPUBLICA DE COLOMBIA MINISTERIO DE SALUD RESOLUCIÓN N° 008430 DE 1993 (4 DE OCTUBRE DE 1993, P 1, Disponible en: http://www.dib.unal.edu.co/promoción/ética_res_8430_1993.pdf.

9. PERTINENCIA DE LA INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA

Para los futuros profesionales de enfermería, es de gran importancia conocer cuáles son los factores de riesgo y que en determinado momento alteran los factores de salud mental en los adolescentes, ya que el suicidio es una problemática que se viene incrementando a nivel mundial en esta población, y como futuras enfermeras nos sentimos con compromiso de prevenir esta investigación nos permitirá con base en los resultados encontrados, crear intervenciones, y programas desde el área de salud mental, apoyando así los delegados del ministerio de la protección social, quienes pretenden siempre promocionar la salud y prevenir los eventos adversos que generan no solo crisis individuales sino también familiares y sociales.

10. PERTINENCIA AL PAÍS

La conducta suicida en niños y adolescentes se ha incrementado en las últimas décadas en Colombia, lo cual provoca gran interés entre los profesionales de la salud, maestros y padres de familia, ya que se ha identificado que estos comportamientos suicidas entre niños, adolescentes y adultos jóvenes están influenciados por múltiples factores de riesgo que de ser adecuadamente identificados e intervenidos podrían disminuir estos comportamientos.

Teniendo en cuenta que la labor de enfermería es fomentar la vida, salud física y mental de las personas, el objetivo de la monografía es identificar factores de riesgo en la población estudiantil por medio de una encuesta y de esta forma encender una alarma entre los educadores y padres de familia la cual permitirá intervenir a tiempo y evitar que la cifra de intentos de suicidio y suicidios culminados sigan aumentando en los jóvenes del país.

11. ORIGINALIDAD O CARÁCTER INNOVADOR DE LA PROPUESTA

El suicidio, problema mundial, nacional, local y familiar, es un fenómeno especialmente trágico porque es una de las principales causas de muerte en cualquier edad, pero con mayor incidencia en grupos de menor edad ³². La ideación suicida en adolescentes y sus factores de riesgo por ser un tema de interés en salud pública y de orden en salud mental, se cree que está orientado casi que exclusivamente a manejarse por las ramas médicas de psiquiatría y psicología, puesto que su enfoque está dirigido a estudiar el comportamiento psicosocial. Para nuestra profesión se hace innovador este tema, dado que la enfermería se puede enfocar hacia varias ramas del conocimiento y del comportamiento físico, psicológico y social del ser humano, desarrollando así su enfoque investigativo, asistencial y educativo.

La enfermería como profesión existe desde finales del siglo XIX y comienzos del siglo XX surgiendo especialmente la Enfermería Psiquiátrica, y con ella aparecen las teorías de la relación interpersonal enfermera- paciente como dimensiones que influyen en el tratamiento de situaciones de interés en salud mental; logrando participar en el ámbito comunitario, familiar y de grupo, en donde nacen problemáticas que la enfermera está en la capacidad de intervenir³³.

Como estudiantes de enfermería con este estudio, esperamos obtener información valiosa y nueva que sirva para aportar a nuestra profesión y a la comunidad en términos de identificar algunos factores que influyen en los adolescentes de esta institución para llegar a concebir la idea suicida y consumación del hecho, aportando herramientas valiosas para que padres y maestros construyan propuestas acordes a la realidad de los jóvenes, sus familias

³² ULLOA, Reyes Luis. Enfermedad mental y violencia. Propuesta de intervención en enfermería. Ciudad de la Habana, Cuba, octubre 2007. Rev cubana de enfermer [online]. 2009, v.23 n.4. pág. 4. ISSN 1561-2961.

³³ PINILLA ALARCON, Maribel. Cuidado de enfermería en urgencias psiquiátricas parte I. Santafé de Bogotá Colombia 2005. [online]. v.8 fasc. 4. Pág. 23-24. ISSN: 0123-5583. Disponible en: <http://www.encolombia.com/medicina/enfermeria/Enfermeria8405-Cuidado.htm>

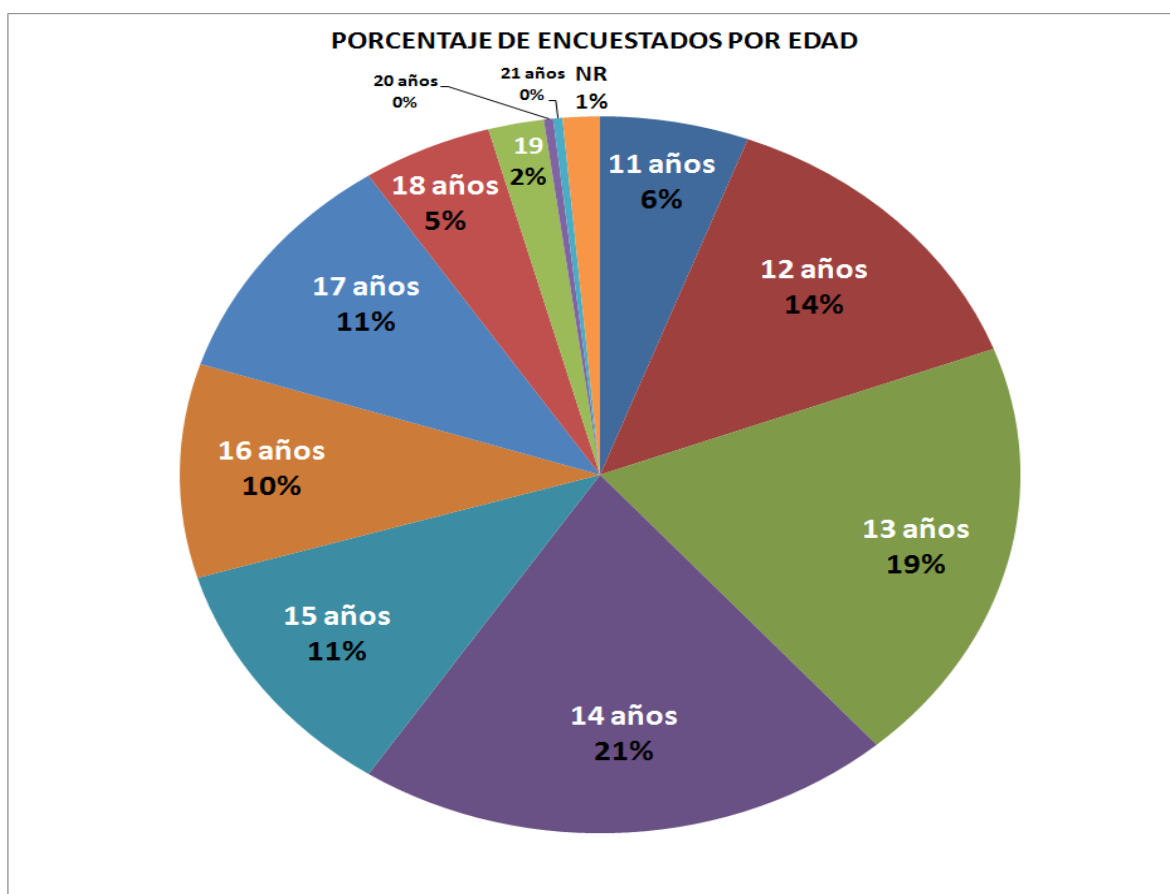
12. RESULTADOS

La información que se presenta a continuación, se deriva del instrumento utilizado (TEST DE IRSA), el cual fue aplicado a la población adolescente perteneciente a una institución educativa de la ciudad de Tuluá Valle.

Se podrá identificar factores de riesgo socio-demográficos, familiar e individual; reportados para suicidio.

11.1 DATOS SOCIO DEMOGRÁFICOS

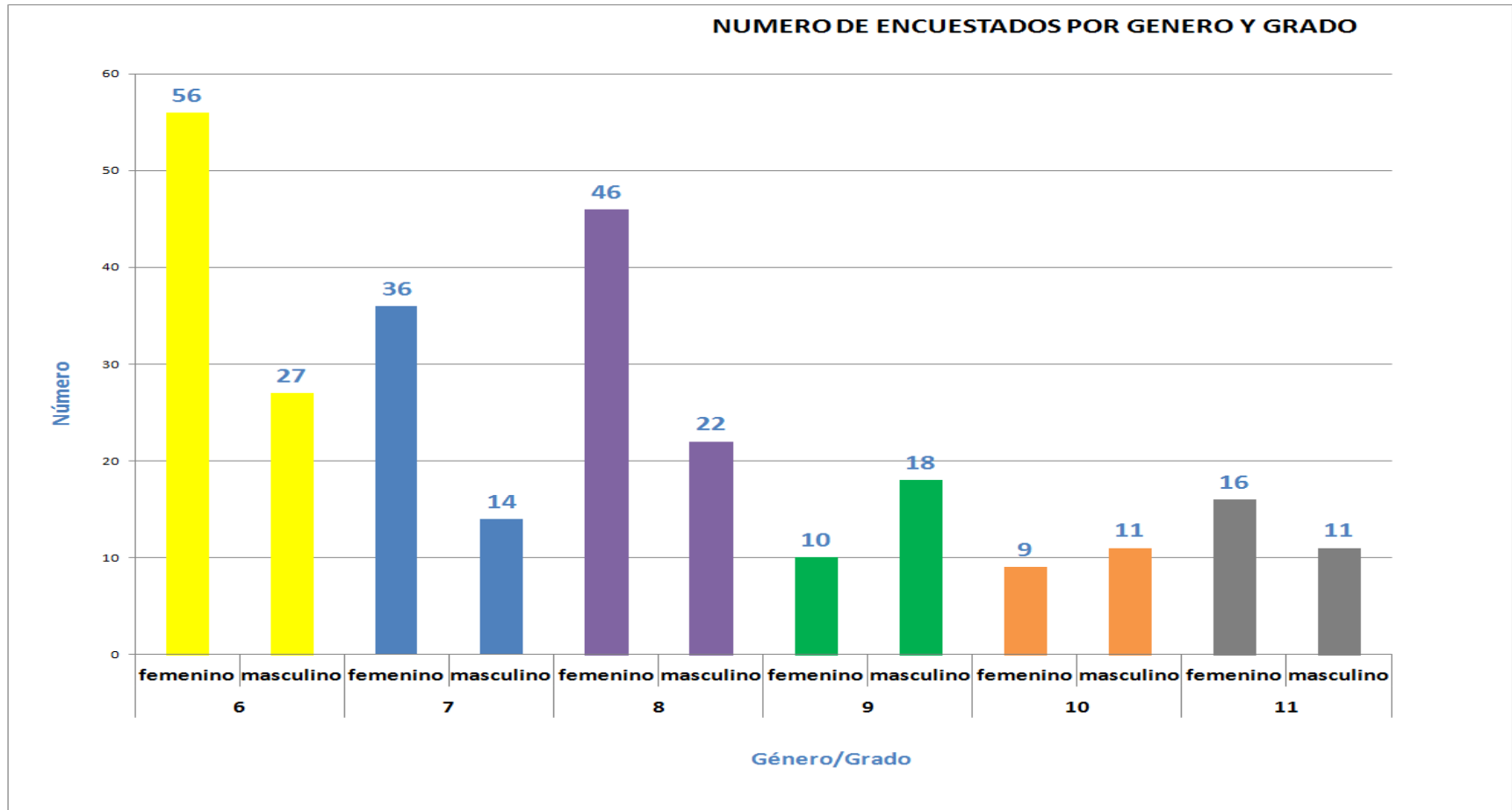
Gráfico 1. Edad de los encuestados



FUENTE: Test validado y aplicado en la institución educativa Técnico de Occidente, en la ciudad de Tuluá, a estudiantes de secundaria en el periodo octubre-noviembre de 2012.

La grafica muestra que del 100% (280) encuestados, la mayor parte participante corresponde con la edad de 14 años con un 21% (58), seguida de un 19% (54) que corresponde con la edad de 13 años; con una menor participación aparecen las edades entre 16 y 19 años que van del 2 a 10% (14) de los encuestados.

Grafico 2. Grado y género

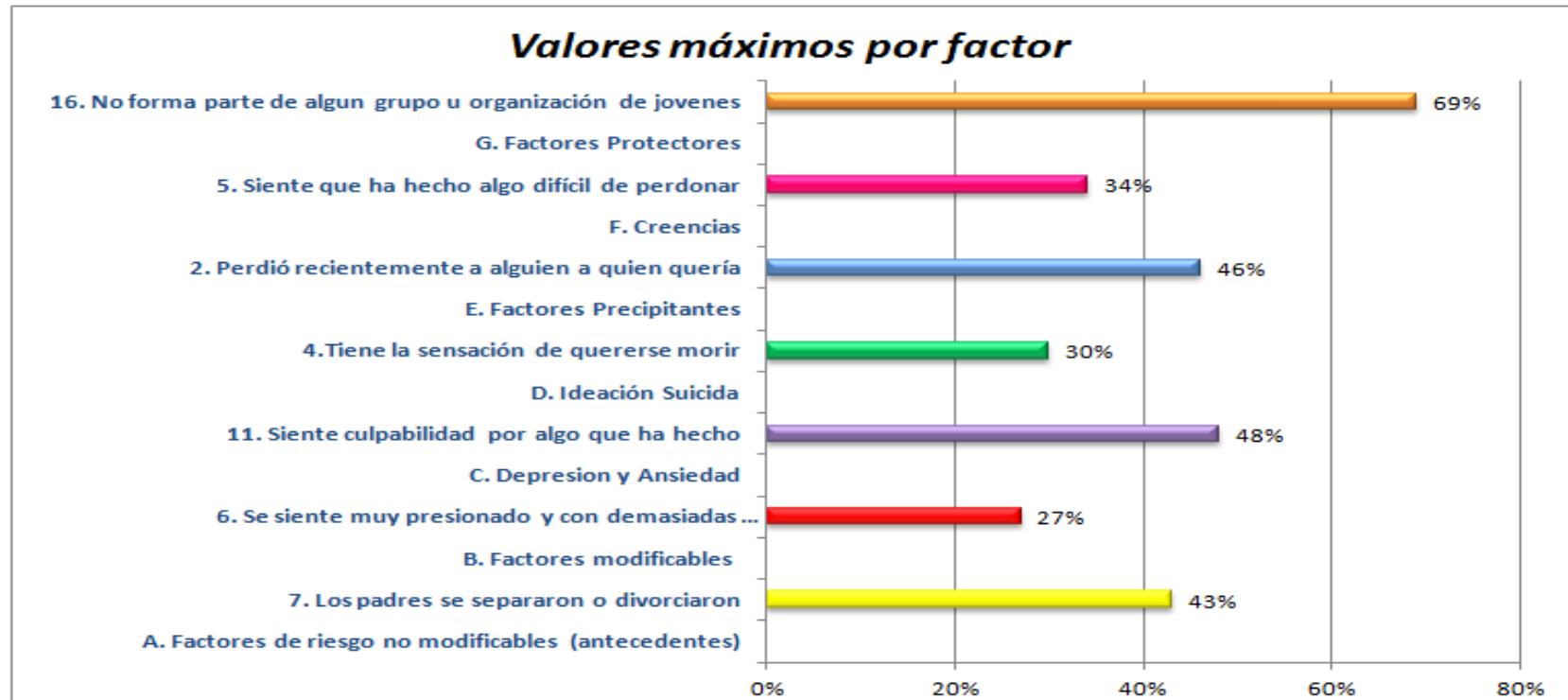


FUENTE: Test validado y aplicado en la institución educativa Técnico de Occidente, en la ciudad de Tuluá, a estudiantes de secundaria en el periodo octubre-noviembre de 2012.

La grafica anterior revela que la mayor parte de la muestra utilizada para diligenciar la encuesta proviene de los grados sexto, séptimo y octavo; además el género femenino predomina en dicha muestra.

12.2 FACTORES DE RIESGO

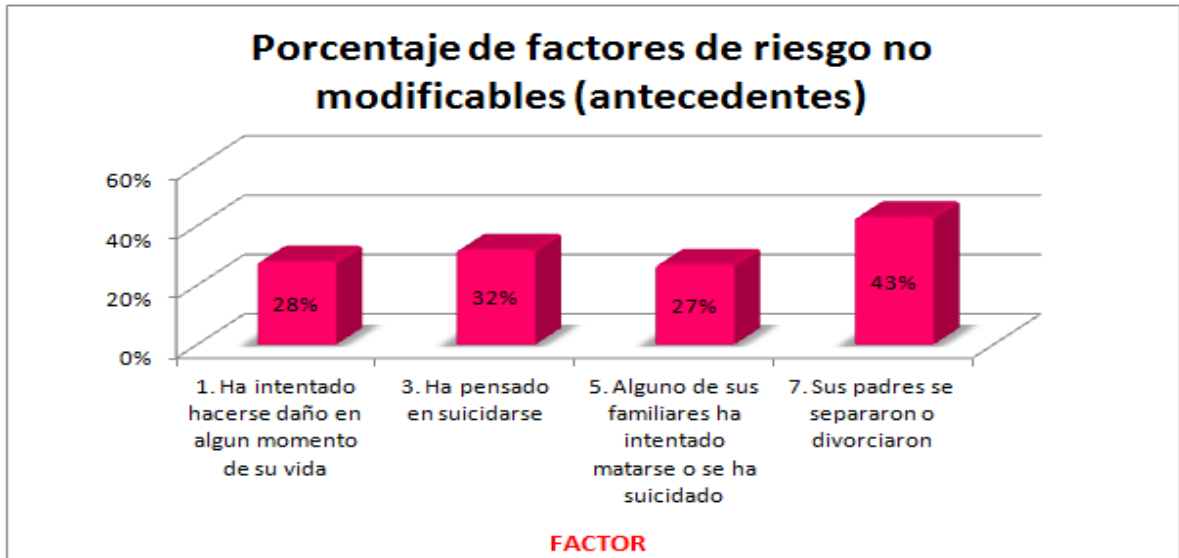
Grafico 3. Valores máximos por factor



FUENTE: Test de IRSA aplicado en la institución educativa Técnico de Occidente, en la ciudad de Tuluá, a estudiantes de secundaria en el periodo octubre-noviembre de 2012.

Al realizar el análisis por cada factor según la clasificación del test de IRSA, la grafica muestra que del 100% (280) de encuestados, el factor que evidencia mayor alteración es el factor protector con un 69% (194) de respuestas negativas, pregunta numero 16 (¿Formas parte de algún grupo u organización de jóvenes?). En segundo lugar aparece el factor depresión y ansiedad con el 48% (133) de respuestas positivas; pregunta número 11 (¿Sientes culpabilidad por algo que has hecho?).

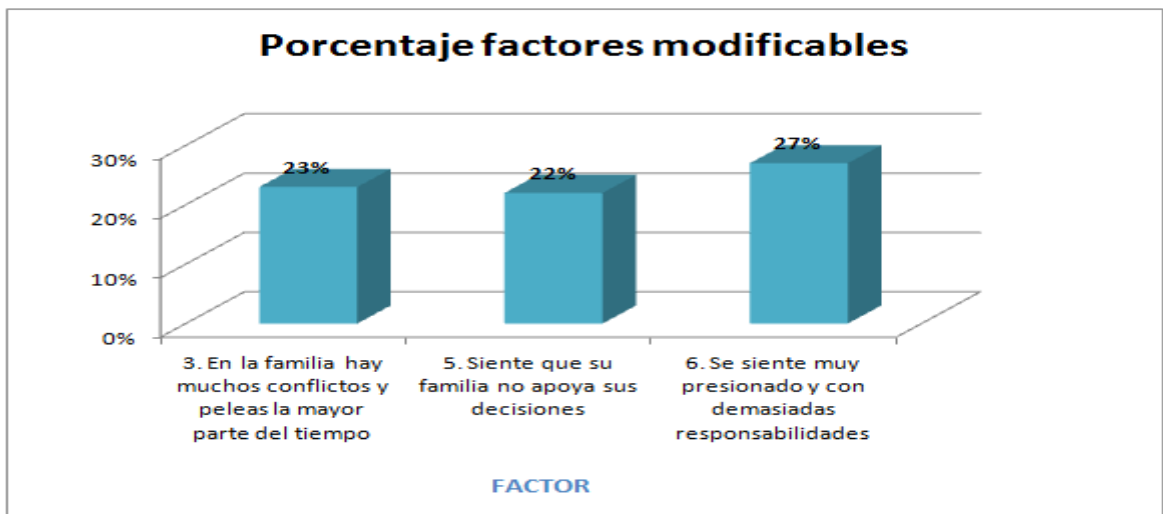
Grafico 4. Factor de riesgo no modificable



FUENTE: Test de IRSA aplicado en la institución educativa Técnico de Occidente, en la ciudad de Tuluá, a estudiantes de secundaria en el periodo octubre-noviembre de 2012.

Al realizar el análisis por cada factor según la clasificación del test de IRSA, en el factor de riesgo no modificable se tomó los cuatro respuestas que reportaron porcentajes más altos; de esta manera, la grafica anterior muestra que del total de la población encuestada 100% (280), el 43% (120) de los encuestados, manifiestan que sus padres se han separado o divorciado, el 32% (89) ha pensado en suicidarse; el 28% (78) ha intentado hacerse daño en algún momento de su vida y el 27% (74) ha tenido algún familiar que ha intentado matarse o se ha suicidado.

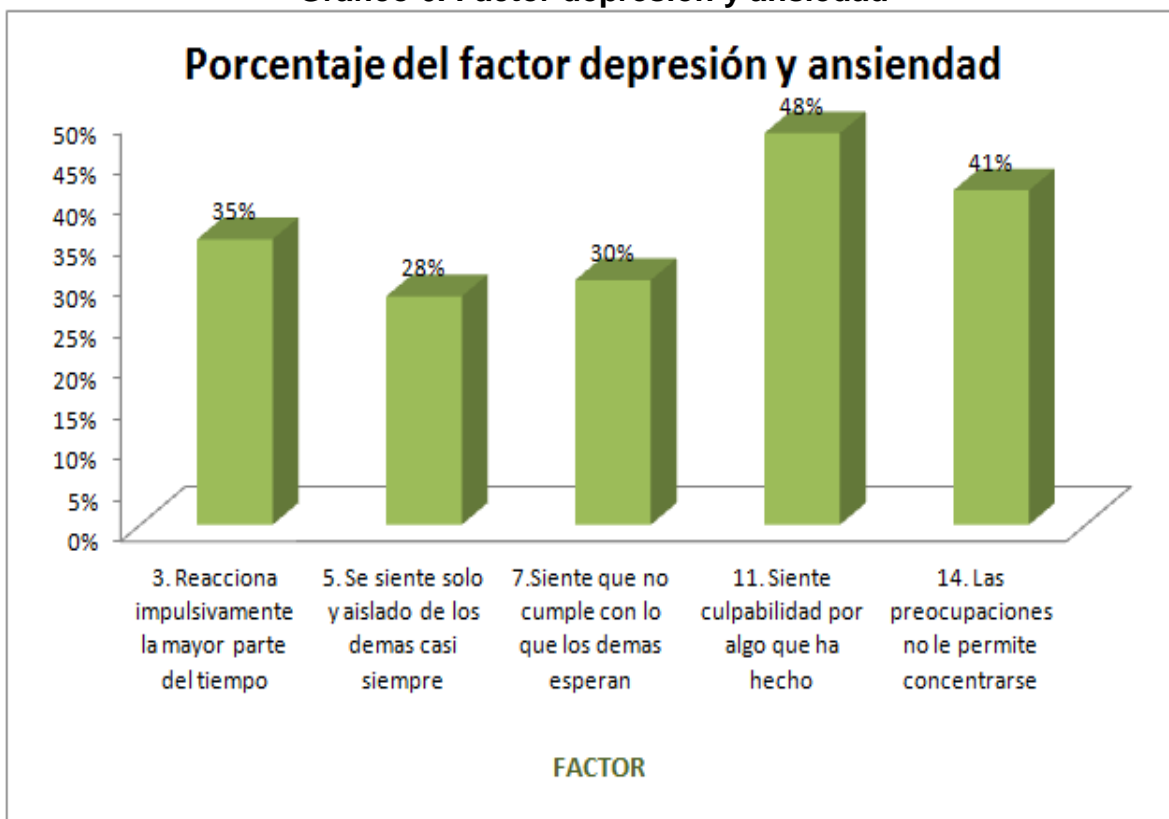
Grafico 5. Factor modificable



FUENTE: Test de IRSA aplicado en la institución educativa Técnico de Occidente, en la ciudad de Tuluá, a estudiantes de secundaria en el periodo octubre-noviembre de 2012.

En los factores modificables se tomó los tres porcentajes clasificados como más altos; así que la grafica anterior muestra que del total de la población encuestada 100% (280), el 27% (75) se sienten muy presionados o con demasiadas responsabilidades, el 23% (64) responde que en su familia hay muchos conflictos y peleas la mayor parte del tiempo y el 22% (62) siente que su familia no apoya sus decisiones.

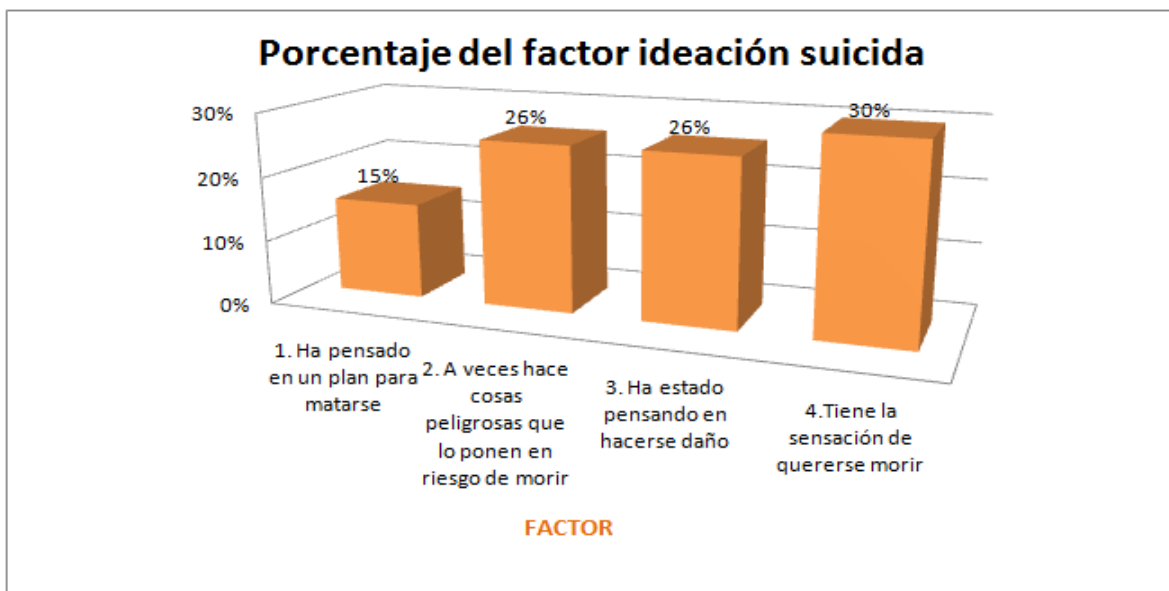
Grafico 6. Factor depresión y ansiedad



FUENTE: Test de IRSA aplicado en la institución educativa Técnico de Occidente, en la ciudad de Tuluá, a estudiantes de secundaria en el periodo octubre-noviembre de 2012.

En el factor de riesgo depresión y ansiedad, se tomó los cinco porcentajes clasificados como más altos entonces, la grafica anterior muestra que del total de la población encuestada 100% (280); el 48% (133) responde que siente culpabilidad por algo que ha hecho, el 41% (114) siente que sus preocupaciones no lo dejan dormir, el 35% (99) reacciona impulsivamente y sin pensar la mayor parte del tiempo el 30% (84) no siente que cumple con lo que los demás esperan y el 28% (77) se siente solo y aislado de los demás casi siempre.

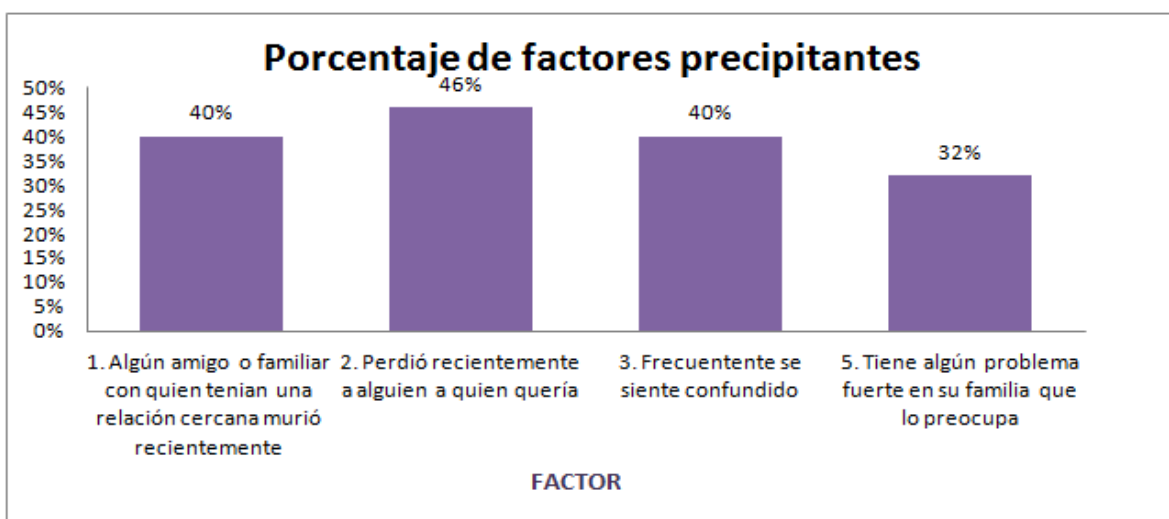
Grafico 7. Factor de ideación suicida



FUENTE: Test de IRSA aplicado en la institución educativa Técnico de Occidente, en la ciudad de Tuluá, a estudiantes de secundaria en el periodo octubre-noviembre de 2012.

En el factor de riesgo sobre ideación suicida, se tomó sus cuatro componentes representados en la grafica anterior que muestra del total de la población encuestada 100% (280); el 30% (83) tienen la sensación de querer morir, el 26% (72) ha estado pensando en hacerse daño, el 26% (73) a veces hace cosas peligrosas que le ponen en riesgo de morir y el 15% (43) ha pensado en un plan para matarse.

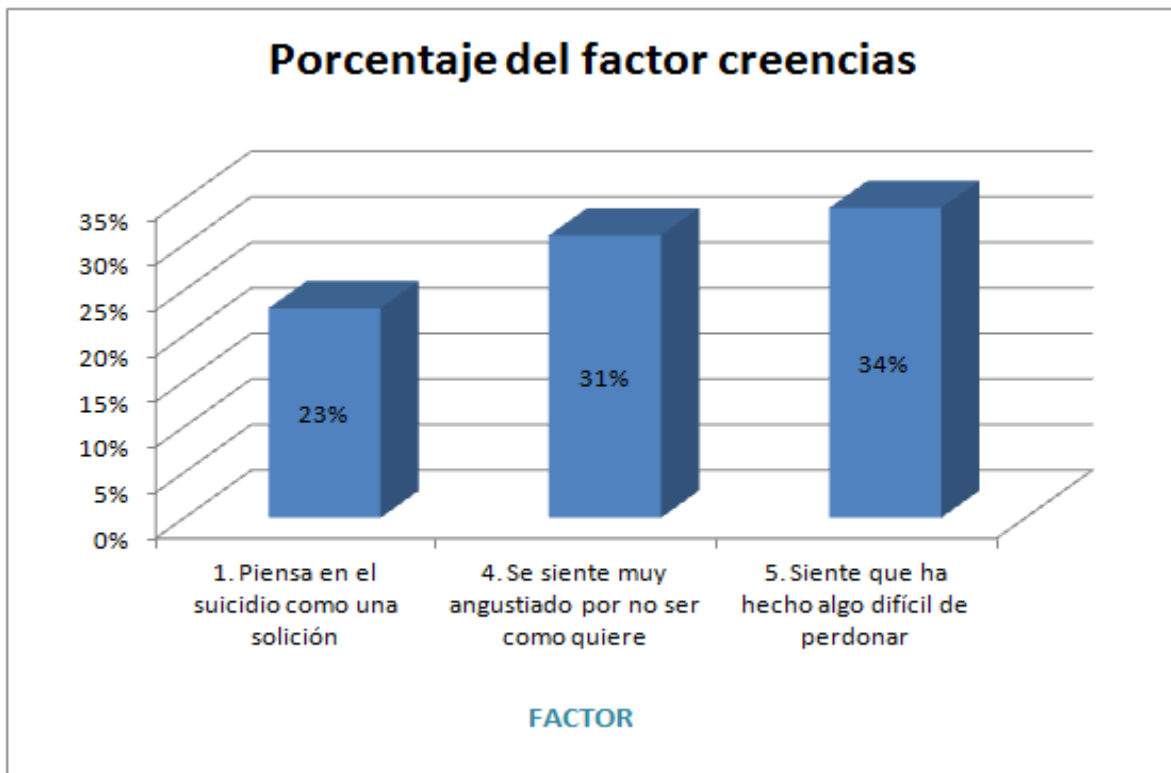
Grafico 8. Factor precipitante



FUENTE: Test de IRSA aplicado en la institución educativa Técnico de Occidente, en la ciudad de Tuluá, a estudiantes de secundaria en el periodo octubre-noviembre de 2012.

En los factores precipitantes, se tomó cuatro porcentajes clasificados como más altos en respuestas positivas dejando ver que en la grafica anterior del total de la población encuestada 100% (280); el 46% (128) ha perdido recientemente a alguien a quien quería, el 40% (113) refiere que recientemente murió algún amigo o familiar con quien tenía una relación cercana, el 40% (111) frecuentemente se siente confundido y el 32% (91) tiene un problema fuerte en su familia que lo está preocupando.

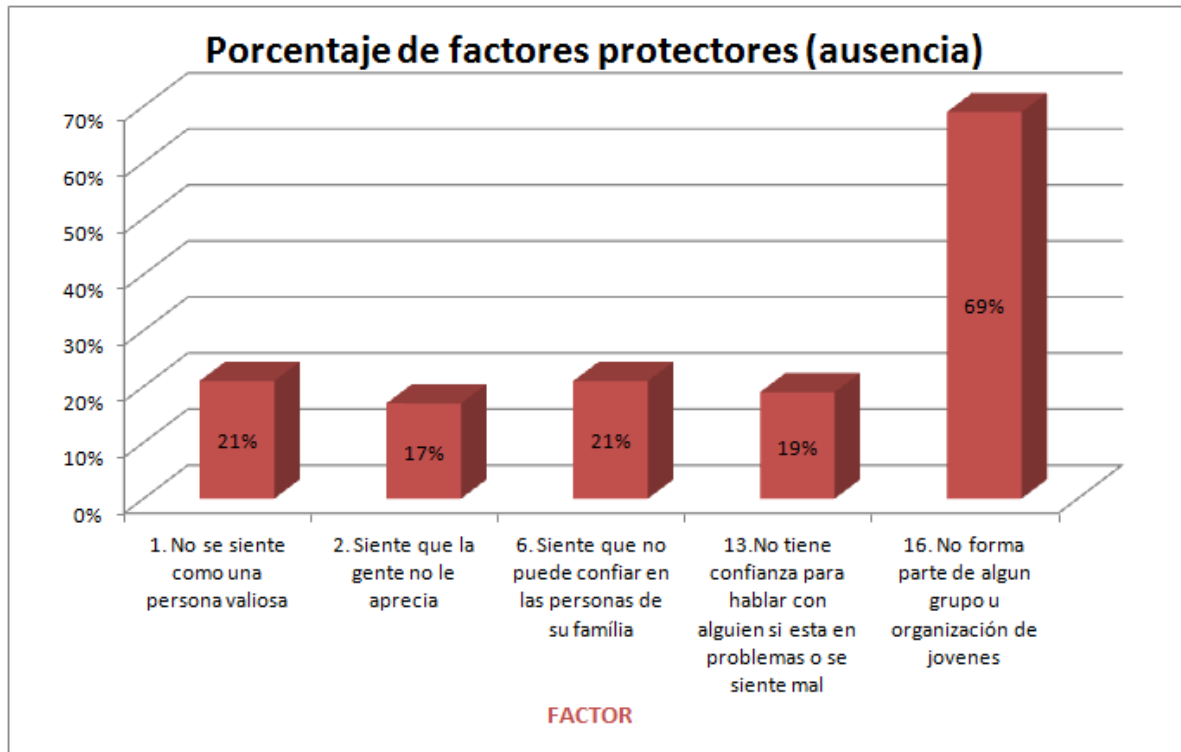
Grafico 9. Factor creencias



FUENTE: Test de IRSA aplicado en la institución educativa Técnico de Occidente, en la ciudad de Tuluá, a estudiantes de secundaria en el periodo octubre-noviembre de 2012.

En el factor de creencias, se tomó tres porcentajes clasificados como más altos en respuestas positivas dejando ver que en la grafica anterior del total de la población encuestada 100% (280); el 34% (96) siente que ha hecho algo difícil de perdonar, el 31% (86) refiere que se siente muy angustiado por no ser como quisiera y el 23% (66) ha pensado en el suicidio como una solución.

Grafico 10. Factor protector



FUENTE: Test de IRSA aplicado en la institución educativa Técnico de Occidente, en la ciudad de Tuluá, a estudiantes de secundaria en el periodo octubre-noviembre de 2012.

En los factores protectores, se tomó cinco porcentajes clasificados como más altos en respuestas negativas, dejando ver en la grafica que del total de la población encuestada 100% (280); el 69% (194) No forman parte de algún grupo u organización de jóvenes, el 21% (60) No siente ser una persona valiosa, el 21% (58) No siente que pueda confiar en las personas de su familia, el 19% (52) No tiene confianza para hablar con alguien si esta en problemas o se siente mal y el 17% (48) No siente que la gente le aprecia.

13. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

Los intentos suicidas se han incrementado considerablemente en los adolescentes y jóvenes en las últimas décadas, según lo reflejan estudios en diversos países. Toda llamada de atención sobre la posibilidad de autolesión como solución a un problema, debe ser tomada en serio, no restársele importancia y remitirse a evaluación especializada, la cual debe ser integral y contempla al adolescente en su contexto familiar, escolar y social³⁴.

En la investigación realizada se encuestaron 280 estudiantes, matriculados de sexto a once en una institución educativa de la ciudad de Tuluá valle, de los cuales 173 pertenecen al género femenino, 103 al género masculino y 4 no presentan clasificación del género de acuerdo con la encuesta aplicada, las edades establecidas para el estudio fueron entre 11 y 21 años, teniendo Mayor participación las edades de 14,13 y 12 años, población perteneciente a los grados sexto, séptimo y octavo, al analizar el estudio reportado por la revista peruana medica, en adolescentes escolares, se encontró que la prevalencia de ideación suicida en adolescentes es más elevada en edades entre de 12 y 19 años, reportando además una mayor incidencia en el género femenino³⁵, resultados que arrojan datos similares con los encontrados en este estudio.

El instrumento utilizado para identificar los factores de riesgo que conllevan a la ideación suicida fue el TEST DE IRSA, el cual luego de ser aplicado y analizado arrojó los siguientes datos; el 28% de los jóvenes han pensado en hacerse daño en algún momento de su vida, mientras el 32% han pensado en suicidarse y el 27% manifiesta que alguno de sus familiares ha intentado matarse o se ha suicidado, así como el 43% expresan que sus padres son divorciados, al analizar estos cuatro factores de riesgo no modificables se puede concluir que uno de los factores de riesgo que influyen en esta población para la ideación suicida son la disfuncionalidad familiar, estos resultados comparados con las causas que argumentan los jóvenes para cometer el acto son variadas; prevalecen la depresión y haber tenido un intento de suicidio anterior, pero el factor de riesgo principal es pertenecer a lo que La enfermera Carvajal, con doctorado en enfermería; llama una "familia poco saludable". Según esta Dra., en su estudio realizado en la ciudad de Bogotá sobre ideación suicida en adolescentes, una familia poco saludable se caracteriza por la falta de supervisión y acompañamiento

³⁴ CORTES, Alfaro Alba et al. Causas y factores asociados con el intento de suicidio en adolescentes en la Provincia Sancti Spíritus. Rev. Cubana Hig Epidemiol [online]. 2010, vol.48, n.1, pp. 0-0. ISSN 1561-3003.

³⁵ CANO, Pablo; GUTIÉRREZ, César; NIZAMA, Martín. TENDENCIA A LA VIOLENCIA E IDEACIÓN SUICIDA EN ADOLESCENTES ESCOLARES EN UNA CIUDAD DE LA AMAZONÍA PERUANA. Rev Perú Med Exp Salud Pública. 2009; 26(2): 175-81. www.scielo.org.pe/pdf/rins/v26n2/a07v26n2.pdf.

a los hijos: "Los jóvenes no sienten que en su casa haya una base de apoyo segura, y la relación con sus padres no es la mejor ni en términos de cantidad (tiempo) ni de calidad (comunicación y confianza)", explica la profesional³⁶.

El 23% manifiestan tener muchos conflictos y peleas familiares la mayor parte del tiempo, de igual manera el 22% siente que su familia no apoya sus decisiones, encontrándose además que el 27% se siente muy presionado y con demasiadas responsabilidades, siendo estos tres factores de riesgo modificables, llama la atención que estos jóvenes que pertenecen a familias donde el conflicto es tan común en sus hogares, sienten ausencia de apoyo por parte de su familia, lo que les hace sentir que tienen muchas responsabilidades, no es asombroso que los conflictos del entorno familiar generen todas estas sensaciones en ellos, ya que el núcleo familiar es el pilar de los hijos frente a cualquier situación, lo que si es preocupante es que un adolescente se sienta solo para afrontar cada paso de su vida, ya que por su poca habilidad para tomar decisiones podría llevarlo a realizar conductas inadecuadas. Estos datos comparados con los reportes hechos en la revista científica de la universidad de Antioquia; donde se afirma que los adolescentes que perciben disfunción familiar en su hogar, el riesgo de suicidio sería dos veces mayor con relación al de los adolescentes que la consideran funcional³⁷, podemos ver la magnitud y lo importante que es trabajar estos factores de riesgo tanto en los jóvenes como en sus familias; además, la importancia que tiene el núcleo familiar como eje central de la sociedad y de nuestro país.

Estos resultados encontrados no son diferentes al estudio realizado en Medellín en el año 2006 en donde los resultados coinciden con otras investigaciones que reportan disfunción familiar en los hogares de las personas con conducta suicida. Para citar un ejemplo, Guibert y colaboradores, hallaron en uno de sus estudios sobre conducta suicida que el 77,4% de los que intentaron suicidarse evaluaron a su familia como disfuncional; en correspondencia con los resultados de este estudio, los adolescentes con clasificación alta en riesgo de suicidio consideraron que su familia era disfuncional en 82,1% de los casos. En este punto, cabe resaltar la función innegable e indelegable de la familia en la prevención de conductas autodestructivas de sus miembros; en todo momento los padres deben brindar los elementos necesarios y suficientes para potenciar las capacidades y destrezas de sus hijos³⁸.

Otros factores de riesgo reportados en esta población son el de depresión y ansiedad encontrando que el 35% reaccionan impulsivamente la mayor parte del tiempo y que el 30% siente que no cumple con lo que los demás esperan de ellos,

³⁶ MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL. Ideación suicida de adolescentes en Bogotá - Centro Virtual de noticias de la educación. 2 de marzo del 2011 www.mineducacion.gov.co/cvn/1665/w3-article-266001.html.

³⁷ TORO, Op.cit., p 301.

³⁸ Ibid., p 307.

esto asociado a un 48% que reportan sentir culpabilidad por algo que han hecho, así como el 41% expresa que las preocupaciones no le permiten concentrarse. Causa gran preocupación, porque cuando una persona tiene depresión, crea aislamiento familiar y social, la persona comienza a tener pensamientos negativos sobre sí mismo, lo que le genera emocionalmente pérdida del sentido por la vida.

Según Cole (1988), en el caso de los adolescentes la depresión tiene una asociación más fuerte con la conducta suicida que la misma desesperanza. En relación a esto, el caso de suicidio, es demostrado por Konick y Gutiérrez (2005), quienes encuentran que la asociación de la depresión con las conductas suicidas se ve agravada por la presencia de los eventos vitales estresantes, los cuales hacen que los jóvenes sean más vulnerables a la presencia de síntomas depresivos³⁹.

Además, analizando el comportamiento de los factores psicosociales esenciales de riesgo de la conducta suicida vemos que la desesperanza y la culpa tienen una asociación significativa de tipo causal con la conducta suicida, haciendo 3 ½ veces más probable la aparición de un intento suicida en la persona que la posee. La desesperanza comprendida como la sensación de imposibilidad absoluta de obtener una determinada cosa, o de que ocurra algo que pueda cambiar la realidad existente, va generando impotencia y culpa por su destino que conduce al abandono de la lucha por la vida.

Muchos pacientes son capaces de soportar elevados niveles de dolor psicológicos, si esperan algo importante en el futuro, pero los suicidas potenciales más graves son lo que abrigan sentimientos de impotencia y desesperanza, agotamiento, culpa y fracaso, y la sensación de "ya no puedo más", lo cual resulta una combinación, en el sujeto, de agitación y confusión facilitadora del acto de autodestrucción.

La depresión nos traduce una relación significativa de causalidad con el intento suicida al hacerlo 13 veces más probable, y se acompaña generalmente de sentimientos de desesperanza; en los casos estudiados ambos síntomas son muy frecuentes. Los individuos con depresión generalmente tienen una baja autoestima y son atormentados por ideas de muerte recurrente, que en muchos casos, llegan al suicidio cuando aparece la desesperanza⁴⁰.

³⁹ VILLALOBOS GALVIS, Fredy Hernán. Ideación suicida en jóvenes: Formulación y validador del modelo integrador explicativo en estudiantes de educación secundaria y superior. Trabajo de grado Doctorado en Psicología. Granada, España: Universidad de Granada facultad de Psicología. abril de 2009. 67-70.p. [Citado en: octubre de 2012]. Disponible en: <http://hera.ugr.es/tesisugr/1805982x.pdf>.

⁴⁰ Guibert RW, Del Cueto E. Factores psicosociales de riesgo de la conducta suicida. Rev Cubana Med Gen Integr [revista en internet] 2003 [acceso el 24 de marzo de 2012]; 19 (5). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol19_5_03/mgi04503.htm.

En la población sujeto a estudio se encontró que un 15% ha pensado en un plan para matarse, mientras el 26% realizan actos que los ponen en riesgo de morir, además el 26% han estado pensando en hacerse daño y el 30% tienen la sensación de querer morir. Estas cifras permiten analizar que no solo una cantidad de los adolescentes planean matarse, sino que mientras ellos planean un porcentaje aun mayor coloca en riesgo su vida, llama la atención ver como en algunos de estos jóvenes han perdido el sentido de vivir o de cuidar sus vidas, como consecuencia de una serie de factores que desencadenan en ellos todas estas situaciones negativas; situación que requiere al igual que las anteriores y todas las encontradas ser intervenidas de forma oportuna; y lograr que las cifras de intento de suicidio no vayan a incrementarse en la institución, ya que si se observan otros estudios, se encuentra que la ideación suicida a causa de factores de riesgo individuales y familiares siguen ocupando los primeros lugares, como causantes de la ideación suicida.

Después de analizar los resultados de la Encuesta Mexicana de Salud Mental Adolescente 2005, con una muestra de 631 jóvenes de 12 a 17 años de la Ciudad de México. La ideación suicida alguna vez en la vida fue reportada por el 11.5% de los encuestados, mientras que 3.9% mencionaron planearlo y 3.1% una tentativa de suicidio. El inicio del comportamiento suicida se reportó alrededor de la edad 10 años y a los 15 evidenciaron los peligros más altos. Entre los adolescentes con ideación suicida, existió mayor probabilidad de tener un plan e intentarlo en el primer año de inicio de la ideación⁴¹; en este reporte encontramos que al igual que en el estudio realizado la ideación suicida sigue estando presente en adolescentes.

Además se encuentran factores precipitantes o agravantes de esta serie de factores de riesgo que venimos analizando, el 40% manifiesta que un amigo o familiar con quien tenía una relación cercana murió recientemente y el 46% perdió recientemente a alguien a quien quería, así como el 40% manifiesta sentirse confundido y el 32% tiene un problema fuerte en su familia que lo preocupa, estas variables permiten observar que en la mayoría de estos adolescentes existen duelos no superados, que se están convirtiendo en situación que agrava todos los anteriores factores de riesgo, perder a un ser que se ama, trae consigo una inestabilidad emocional que unida a la ausencia de apoyo familiar, a la depresión, a la baja autoestima, terminan desencadenando en estos jóvenes las conductas negativas para la familia y la sociedad.

En los encuestados también se encontró que el 23% piensan en el suicidio como una solución, y el 31% se sienten angustiados por no ser como quieren, además el

⁴¹ DE LA TORRE, Miranda; CUBILLAS RODRÍGUEZ, Ixchel; ROMÁN PÉREZ, María José; VALDEZ, Rosario; ABRIL, Elba. Ideación suicida en población escolarizada infantil: factores psicológicos asociados Salud Mental, Vol. 32, Núm. 6. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente México. Noviembre-diciembre, 2009, pp. 495-502.

34% sienten que han hecho algo difícil de perdonar. Estos datos permiten evidenciar la desestabilidad emocional por la que están pasando algunos de los jóvenes sujeto a estudio.

Otros datos obtenidos fueron los factores protectores de los encuestados para lo cual encontramos lo siguiente: el 21% no se sienten personas valiosas y el 17% siente que la gente no lo aprecia, además el 21% siente que no puede confiar en las personas de su familia así como el 19% expresa que no tiene una persona de confianza para hablar si esta en problemas o se siente mal, y el 69% afirma que no pertenece a ningún grupo u organización de jóvenes. Es importante indicar que los porcentajes de los factores protectores son bajos en comparación con los analizados anteriormente, esto favorece a los adolescentes, porque los factores protectores son la barrera positiva que tienen los individuos para no realizar actos o conductas inadecuadas, en este caso en particular son estos factores los que evitan que los adolescentes pasen de la ideación suicida al acto suicida. Pero al ser el factor ausencia de redes sociales el que los encuestados califican con mayor proporción en sus vidas se hace interesante fortalecerlo, mediante la creación de grupos institucionales que permitan a estos jóvenes ocupar parte de su tiempo en actividades que les agraden, y si estos grupos existen en la institución se deben crear estrategias para incentivar a la participación en ellos.

Según el modelo integrador, formulado y validado por Villalobos Galvis, en su estudio realizado en Granada España, si se da una disminución significativa del apoyo social, puede hacerse más factible que la persona se deprima y esto la lleve a las ideas suicidas⁴². Otra causa se daría a través de la solución de problemas, pues el no contar con el apoyo de personas importantes en los momentos de estrés llevaría a la implementación o mantenimiento de estrategias inadecuadas de solución de problemas, que pueden empeorar la situación estresante, haciendo que aparezcan o se agraven los síntomas depresivos o fortaleciendo la idea de que no hay posibilidad de generar un cambio en la vida, lo que llevaría finalmente a las ideas de suicidio.

En cuanto a los eventos vitales estresantes relacionados con la evaluación que la persona tiene de sí misma; es decir, la persona puede llegar a considerarse como algo inadecuado y poco eficaz a la hora de prevenir o de controlar la presencia de dichos eventos. Esta situación de baja autoestima puede llevar, a su vez, a la sensación de aislamiento social (bajo apoyo social, a la depresión, a la percepción de que se tiene inadecuadas formas de solucionar los problemas o al hecho de no encontrar razones para vivir ante la posible idea del suicidio⁴³.

Florenzano y colaboradores en su estudio relacionado con el apoyo familiar, analizaron las correlaciones existentes entre ideación suicida y estilos parentales,

⁴² VILLALOBOS GALVIS, Fredy Hernán. Op. Cit., p.347

⁴³ *Ibíd.*, p. 348.

Los adolescentes cuyos padres ejercen autonomía psicológica, aceptación parental, expresión de afectos físicos, amabilidad parental y monitoreo paterno poseen menor ideación suicida que los adolescentes cuyos padres carecen de estas conductas. En cuanto a la relación de los padres con sus hijos adolescentes, un factor protector para la ideación suicida es que los adolescentes tengan una buena relación con ambos padres. También actúa como factor protector la participación de los hijos en las decisiones familiares. Para aquellos jóvenes con alto comportamiento antisocial y baja autoestima, las posibilidades de desarrollar ideación suicida son mayores que para aquellos jóvenes con alta autoestima y bajo comportamiento antisocial. Estos resultados muestran que los estilos parentales influyen de manera sustancial en la ideación suicida de los jóvenes. Para los adolescentes, la relación entre sus padres, los estilos de crianza parental que imponen y la relación que desarrollan los padres con ellos logra disminuir o aumentar la presencia de ideación suicida⁴⁴.

Al analizar los datos obtenidos se logra identificar que los resultados encontrados tienen gran similitud con los estudios referenciados, ya que siendo esta una investigación realizada en el año 2012 es evidente que la disfunción familiar, la depresión y la baja autoestima, siguen siendo factores de riesgo presentes en las personas con ideación suicida. Si los estudios reportan desde hace aproximadamente 16 años estos factores de riesgo como se logra observar en el estudio realizado por Adams y Adams en (1996)⁴⁵ surge la pregunta del por qué no se le ha brindado la importancia que requiere tener la “SALUD MENTAL”, para evitar las tasas de mortalidad por suicidio que tienden a aumentar significativamente según lo establecido por la organización mundial de la salud (OMS)⁴⁶.

⁴⁴ FLORENZANO U, Ramón et al. Relación entre ideación suicida y estilos parentales en un grupo de adolescentes chilenos. Rev. Méd. Chile [online]. 2011, vol.139, n.12, pp. 1529-1533. ISSN 0034-9887. http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872011001200001&script=sci_arttext.

⁴⁵ HENRIQUE MARTINS, Paulo. REDES SOCIALES: UN NUEVO PARADIGMA EN EL HORIZONTE SOCIOLÓGICO. Cinta moebio [online]. 2009, n.35, pp. 88-109.[citado en noviembre 2012] ISSN 0717-554X.

⁴⁶ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). EL SUICIDIO, UN PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA ENORME Y SIN EMBARGO PREVENIBLE. <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr61/es/index.html>, 10 de diciembre 2012.

14. CONCLUSIONES

- Se determinó que la prevalencia de ideación suicida de los estudiantes de la institución educativa de occidente es de un 24,2 %, que corresponde a un promedio de (68) adolescentes que han pensado en hacerse daño o en quererse morir.
- Se estableció una relación directa entre los factores de riesgo encontrados y la ideación suicida en la población estudiantil.
- Se puede decir que el entorno familiar disfuncional influye de forma directa en la ideación suicida de los adolescentes.
- Se pudo identificar que la mayoría de los adolescentes ha pensado en algún momento de su vida en el suicidio como una solución a sus problemas.
- Este estudio permitió establecer que los adolescentes están expuestos a diversos factores que influyen directamente en pensamientos y decisiones erradas como el suicidio.
- La mayoría de los adolescentes sujeto de estudio no cuenta con un apoyo social, lo que permite que los jóvenes se encierren en sus problemas y la depresión aumente.

15. RECOMENDACIONES

- Se recomienda a las directivas y docentes de la Institución Educativa de Occidente, que:
- A partir de los resultados encontrados en este estudio se creen estrategias que impacten positivamente a los adolescentes y padres de familia para minimizar estos factores.
- Que estos resultados sean socializados con los padres de familia para que estos conozcan cómo influye la relación familiar disfuncional en la ideación suicida de los jóvenes y actúen frente a esto.
- Al equipo líder de la Escuela de Padres se le recomienda tener en cuenta el tema del suicidio con el fin de que los padres lo asuman como una problemática real y dimensionen la responsabilidad que tienen al respecto.
- La creación de grupos sociales donde los adolescentes encuentren un apoyo efectivo y sano para minimizar los riesgos de soledad y depresión que sufren los jóvenes.
- Al gobierno municipal difundir las políticas y programas que apoyan y protegen a los jóvenes para que estos se vinculen masivamente.
- A las Secretarías de Educación y salud hacer programas conjuntos para promover la salud mental de los adolescentes y garantizar la permanencia de personal idóneo que le dé continuidad a estos procesos.
- A los jóvenes del colegio que aprovechen los recursos que tiene el colegio y que ofrece la secretaría de salud y el gobierno nacional para apoyarlos y protegerlos.
- Se recomienda a la Unidad Central del Valle que se garanticen la continuidad de este tipo de proyectos que le den continuidad a esta iniciativa para lograr generar procesos de impacto.

BIBLIOGRAFÍA

MANSILLA I, Fernando. La conducta suicida y su prevención. Valencia, España. Clínica Psicológica V. Mars – Sueca. Disponible en: <http://www.psicologia-online.com/monografias/9/conducta1.shtml>.

TORO G, Diana C; PANIAGUA S, Ramón E; GONZALEZ P, Carlos M and MONTOYA G, Brígida. Caracterización de adolescentes escolarizados con riesgo de suicidio, Medellín Colombia, 2006. Rev. Fac. Nac. Salud Pública [online]. 2009, vol.27, n.3, pp. 303-308. ISSN 0120-386X.

BARBERIS, Andrea. Suicidio en la adolescencia. Las Malvinas, España. pp. 3. Disponible en: www.psicoadolescencia.com.ar/docs/final022.pdf.

SÁNCHEZ, Ricardo. CACERES, Heidi. GOMEZ, dora. Ideación Suicida en Adolescentes universitarios: Prevalencia y Factores Asociados. [ONLINE]. Biomédica, Diciembre, año/vol. 22, suplemento 2.bogota, Colombia 2002. Pp 407-416. ISSN 0120-4157. Disponible en <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/843/84309609.pdf>

Organización Mundial de la Salud. Prevención del suicidio para médicos generalistas [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, Trastornos mentales y cerebrales, Departamento de Salud Mental y Toxicomanías; 2000 [citado 31 mayo 2010]. Disponible en: http://www.who.int/publications/list/prevention_sucide_medecins/es/index.html.

LARRAGUIBEL, Marcela; GONZÁLEZ, Patricia, MARTÍNEZ, Vania; VALENZUELA, Ricardo. Factores de riesgo de la conducta suicida en niños y adolescentes. Revista chilena de pediatría versión impresa. Rev. chil. pediatr. v.71 n.3 Santiago de Chile, mayo 2000. ISSN 0370-4106. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0370-41062000000300002&script=sci_arttext.

GONZALES, Masip Socorro; DIAZ, Martínez Alejandra; ORTIZ, León Silvia; GONZALEZ, Forteza Catalina; GONZALEZ, Núñez José de Jesús. Características Psicométricas de la Escala de Ideación Suicida de Beck (ISB) en Estudiantes Universitarios de la Ciudad de México. Salud mental [online], abril año/Vol. 23, número 002, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. Distrito Federal. México 2000. ISSN 0185-3325. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=58222304>.

FLORENZANO, Ramón. Psicología y psicoanálisis. Escuela de psicología. Pamplona, España.1999. (Citado en: Enero 12 de 2012) Disponible en: www.psiquiatria.com

Dr. BERTOLOTE, José. Centro de prensa OMS Artículo 2005. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr61/es/index.html>

LÓPEZ, Abellan Mercedes. Teorías sobre el suicidio. Escuela de Familias de EL PUENTE. Disponible en: <http://usuarios.discapnet.es/border/tlpmerce.htm>.

EGUILUZ, Lourdes. Ideación Suicida. Universidad Nacional Autónoma de México Escuela Nacional de Estudios Profesionales Iztacala. México septiembre 2003. Art.Nº78. Disponible en: <http://www.redsistemica.com.ar/suicida.htm>

VENTURA, Junca Raúl; CARVAJAL, César; UNDURRAGA, Sebastián, VICUÑA Pilar; EGAÑA, Josefina, GARIB, María José. Prevalencia de ideación e intento suicida en adolescentes de la Región Metropolitana de Santiago de Chile, Rev Med Chile 2010. Escuela de Psicología Facultad de Medicina Universidad de Los Andes.

W; Maris. Centro para el Estudio del Suicidio de la Universidad de Carolina del Sur, Columbia, SC 29208, EE.UU. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12147388>

VILLARDON, Gallego Lourdes. El Pensamiento Suicida en la Adolescencia. Universidad de Deusto. Bilbao, Vizcaya España. 2006 pág. 17. I.S.B.N: 978-84-9830-846-4.

Miranda de la Torre, Ixchel; Cubillas Rodríguez, María José; Román Pérez, Rosario; Valdez, Elba Abril Ideación suicida en población escolarizada infantil: factores psicológicos asociados Salud Mental, Vol. 32, Núm. 6, noviembre-diciembre, 2009, pp. 495-502 Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente México Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=58212267007>

Guibert W. El suicidio. Análisis y enfrentamiento. TTR. Ciudad de La Habana, 1997. Citado por: Guibert RW, Del Cueto E. Factores psicosociales de riesgo de la conducta suicida. Rev Cubana ed Gen Integr [revista en internet] 2003 [acceso el 24 de marzo de 2012]; 19 (5). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol19_5_03/mgi04503.htm.

CANO, Pablo, GUTIERREZ, César y NIZAMA, Martín. Tendencia a la violencia e ideación suicida en adolescentes escolares en una ciudad de la amazonía peruana. Rev. Perú. med. exp. salud pública. [online]. abr./jun. 2009, vol.26, no.2 [citado 10 Agosto 2012], p.175-181. ISSN 1726-4634. Disponible en internet: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1726-46342009000200007&script=sci_arttext.

Toro DC, Paniagua RE, González CM, Montoya B. Caracterización de adolescentes escolarizados con riesgo de suicidio, Medellín, 2006. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2009; 27(3): 302-308. ISSN: 0120-386X. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=12016344007>.

Medina Pérez, Oscar; Cardona Duque, Deisy Viviana; Rátiva Osorio, Johan Sebastián Caracterización del suicidio en Armenia-Colombia, 2004 – 2008. ORBIS Revista Científica Ciencias Humanas, vol. 5, núm. 15, abril-junio, 2010, pp. 76-102 Fundación Miguel Unamuno Maracaibo, Venezuela. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=70916420005>.

SANCHÉZ, Ricardo; CÁCERES, Heidy; GOMÉZ, Dora. Ideación Suicida en Adolescentes Universitarios; Prevalencia y Factores asociados. Biomédica. Instituto Nacional de Salud. Bogotá Colombia. Diciembre 2002. ISSN: 0120-4157.

ETAYO, Maite. Análisis de los rasgos de personalidad en deportistas adultos jóvenes que practican deportes extremos acuáticos. Tesis para optar el título de: Licenciado en Psicología. Universidad Metropolitana. Facultad de ciencias y artes, Escuela de psicología. Caracas Venezuela. Junio de 2009. Disponible en: <http://repositorios.unimet.edu.ve/docs/40/ATBF76E8M3.pdf>.

STACK, Daniel. Adicciones a la adrenalina. Quality News Network. Febrero 3 de 2010. Denver Colorado, USA. [Citado en enero 2013]. Disponible en: <http://www.bellomagazine.com/actualidad/adiccion-adrenalina>.

PÉREZ C. Fabiola. Adicción a la adrenalina. Cia. Editora de la Laguna. Av. Matamoros 1056 Pte. Col. Centro, Torreón Coah. México. 10 julio de 2010. Citado enero de 2013. Disponible en: <http://www.elsiglodetorreon.com.mx/noticia/535159.adiccion-a-la-adrenalina.html>.

GHIARDO, Felipe. Acercándonos al sentido del uso de drogas y la prevención desde los jóvenes. Última década. [online]. 2003, vol.11, n.18, pp. 123-151. ISSN 0718-2236. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/udecada/v11n18/art07.pdf>.

COLOMBIA. ASAMBLEA NACIONAL CONSTITUYENTE. CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA. (actualización hasta 1 septiembre de 2004). Bogotá D.C. pp. 10.

COLOMBIA, MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Resolución 412 (2febrero 25 del 2000). Por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y de obligatorio cumplimiento y de dictan otras disposiciones. Bogotá D.C. El Ministerio, 2000. pp. 63-70. Disponible en <http://www.nacer.udea.edu.co/pdf/libros/guiamps/guias02.pdf>.

UNFPA. Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo CIPD. P.4. Disponible En: http://www.unfpa.org/exbrd/2006/annualsession/dpfpa-2006-2_pt1_spa.doc.

MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL. FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS – UNFPA – COLOMBIA. Servicios de salud amigables para los adolescentes y jóvenes. Un modelo para adecuar las respuestas de los servicios de salud a las necesidades de adolescentes y jóvenes de Colombia. Disponible en: http://www.minproteccionsocial.gov.co/salud/Documents/observatorio_vih/documentos/publicaciones/Servicios%20Amigables%20.pdf

Institución Educativa Técnica Occidente. Política institucional de evaluación y promoción de los estudiantes Basado en las disposiciones del decreto 1290. Sistema institucional de evaluación y Promoción de los estudiantes. Tuluá – Valle del Cauca. Versión 1.0 Año Lectivo 2010 – 2011. [Citado en agosto de 2011] Disponible en internet: <http://ietecnicaoccidente.tripod.com/pacto.pdf>.

REPUBLICA DE COLOMBIA MINISTERIO DE SALUD RESOLUCIÓN N° 008430 DE 1993 (4 DE OCTUBRE DE 1993, P 1, Disponible en: http://www.dib.unal.edu.co/promoción/ética_res_8430_1993.pdf.

ULLOA, Reyes Luis. Enfermedad mental y violencia. Propuesta de intervención en enfermería. Ciudad de la Habana, Cuba, octubre 2007. Rev cubana de enfermer [online]. 2009, v.23 n.4. pág. 4. ISSN 1561-2961.

PINILLA, Alarcón Maribel. Cuidado de enfermería en urgencias psiquiátricas parte I. Santafé de Bogotá Colombia 2005. [online]. v.8 fasc. 4. Pág. 23-24. ISSN: 0123-5583. Disponible en: <http://www.encolombia.com/medicina/enfermeria/Enfermeria8405-Cuidado.htm>

CORTES, Alfaro Alba et al. Causas y factores asociados con el intento de suicidio en adolescentes en la Provincia Sancti Spíritus. Rev. Cubana Hig Epidemiol [online]. 2010, vol.48, n.1, pp. 0-0. ISSN 1561-3003.

CANO, Pablo; GUTIÉRREZ, César; NIZAMA, Martín. TENDENCIA A LA VIOLENCIA E IDEACIÓN SUICIDA EN ADOLESCENTES ESCOLARES EN UNA CIUDAD DE LA AMAZONÍA PERUANA. Rev Perú Med Exp Salud Pública. 2009; 26(2): 175-81. www.scielo.org.pe/pdf/rins/v26n2/a07v26n2.pdf.

MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL. Ideación suicida de adolescentes en Bogotá - Centro Virtual de noticias de la educación. 2 de marzo del 2011 www.mineducacion.gov.co/cvn/1665/w3-article-266001.html.

VILLALOBOS GALVIS, Fredy Hernán. Ideación suicida en jóvenes: Formulación y validador del modelo integrador explicativo en estudiantes de educación secundaria y superior. Trabajo de grado Doctorado en Psicología. Granada, España: Universidad de Granada facultad de Psicología. abril de 2009. 67-70.p. [Citado en: octubre de 2012]. Disponible en: <http://hera.ugr.es/tesisugr/1805982x.pdf>.

Guibert RW, Del Cueto E. Factores psicosociales de riesgo de la conducta suicida. Rev Cubana Med Gen Integr [revista en internet] 2003 [acceso el 24 de marzo de 2012]; 19 (5). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol19_5_03/mgi04503.htm.

DE LA TORRE, Miranda; CUBILLA, Rodríguez Ixchel; ROMÁN, Pérez María José; VALDEZ, Rosario; ABRIL, Elba. Ideación suicida en población escolarizada infantil: factores psicológicos asociados Salud Mental, Vol. 32, Núm. 6. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente México. Noviembre-diciembre, 2009, pp. 495-502. de adolescentes chilenos. Rev. Méd. Chile [online]. 2011, vol.139, n.12, pp. 1529-1533. ISSN 0034-9887. [shttp://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872011001200001&script=sci_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872011001200001&script=sci_arttext).

HENRIQUE MARTINS, Paulo. REDES SOCIALES: UN NUEVO PARADIGMA EN EL HORIZONTE SOCIOLOGICO. Cinta moebio [online]. 2009, n.35, pp. 88-109.[citado en noviembre 2012] ISSN 0717-554X.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). EL SUICIDIO, UN PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA ENORME Y SIN EMBARGO PREVENIBLE. <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr61/es/index.html>, 10 de diciembre 2012.

ANEXOS

ANEXO A OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIÓN	DEFINICION CONCEPTUAL	INDICADOR	DEFINICION OPERACIONAL	NIVEL DE MEDICIÓN
FACTORES DE RIESGO DEMOGRAFICOS	La Demografía es la ciencia que tiene como objetivo el estudio de las poblaciones humanas y que trata de su dimensión, estructura, evolución y características generales, considerados desde un punto de vista cuantitativo.	Edad	Tiempo transcurrido en años desde el nacimiento hasta la aplicación de la encuesta.	% De estudiantes en edades entre los 10 y 18 años. Del total de encuestado.	# De estudiantes en edades entre los 10 y 18 años. Del total de encuestados.	Intervalos
FACTORES DE RIESGO DEMOGRAFICOS	La Demografía es la ciencia que tiene como objetivo el estudio de las poblaciones humanas y que trata de su dimensión, estructura, evolución y características generales, considerados desde un punto de vista cuantitativo.	Genero	Conjunto de características anatómicas y fisiológicas de hombre de la mujer.	% De estudiantes en edades entre los 10 y 18 años de género masculino y femenino. Del total de encuestado.	# De estudiantes en edades entre los 10 y 18 años de género masculino y femenino. Del total de encuestados.	Nominal Dicotómica

<p>FACTORES DE RIESGO DEMOGRAFICOS</p>	<p>La Demografía es la ciencia que tiene como objetivo el estudio de las poblaciones humanas y que trata de su dimensión, estructura, evolución y características generales, considerados desde un punto de vista cuantitativo.</p>	<p>Escolaridad</p>	<p>Periodo de tiempo que dura la estancia de un niño o joven en una escuela para estudiar y recibir la enseñanza adecuada.</p>	<p>% De estudiantes matriculados en grados de 6 a 11. Al momento de la encuesta.</p>	<p># De estudiantes matriculados en grados de 6 a 11. Al momento de la encuesta.</p>	<p>Ordinal</p>
<p>FACTORES DE RIESGO FAMILIARES</p>	<p>Dependen del entorno social más inmediato del individuo, con el cual se relaciona, es el núcleo central del desarrollo afectivo y social a la propia familia, y cómo ella puede llegar a ser un factor de riesgo para sus integrantes.</p>	<p>Antecedentes familiares de suicidio</p>	<p>Intento de suicidio o suicidio culminado por parte de un miembro de la familia.</p>	<p>% De estudiantes con antecedentes familiares de suicidio. Del total de encuestado.</p>	<p># De estudiantes con antecedentes familiares de suicidio. Del total de encuestados.</p>	<p>Razón</p>

<p>FACTORES DE RIESGO FAMILIARES</p>	<p>Dependen del entorno social más inmediato del individuo, con el cual se relaciona, es el núcleo central del desarrollo afectivo y social a la propia familia, y cómo ella puede llegar a ser un factor de riesgo para sus integrantes.</p>	<p>Violencia intrafamiliar</p>	<p>Cualquier tipo de abuso de poder de parte de un miembro de la familia sobre otro. Este abuso incluye maltrato físico, psicológico o de cualquier otro tipo.</p>	<p>% De estudiantes con violencia intrafamiliar. Del total de encuestado.</p>	<p># De estudiantes con violencia intrafamiliar. Del total de encuestados.</p>	<p>Razón</p>
<p>FACTORES DE RIESGO FAMILIARES</p>	<p>Dependen del entorno social más inmediato del individuo, con el cual se relaciona, es el núcleo central del desarrollo afectivo y social a la propia familia, y cómo ella puede llegar a ser un factor de riesgo para sus integrantes.</p>	<p>Disfunción familiar</p>	<p>No-cumplimiento de alguna(s) de las funciones de la familia como: afecto, socialización, cuidado, reproducción y estatus, por alteración en algunos de los subsistemas familiares.</p>	<p>% De estudiantes con disfunción familiar. Del total de encuestado.</p>	<p># De estudiantes con disfunción familiar. Del total de encuestados.</p>	<p>Razón</p>

<p>FACTORES DE RIESGO INDIVIDUALES</p>	<p>Son aquellos elementos presentes en la vida de cada individuo que de una u otra forma, interfieren en las metas y objetivos de cada individuo.</p>	<p>Depresión</p>	<p>Trastorno emocional que hace que la persona se sienta triste y sin ánimo, experimentando un malestar interior y dificultando sus interacciones con el entorno.</p>	<p>% De estudiantes con depresión. Del total de encuestado.</p>	<p># De estudiantes con depresión. Del total de encuestados.</p>	<p>Razón</p>
<p>FACTORES DE RIESGO INDIVIDUALES</p>	<p>Son aquellos elementos presentes en la vida de cada individuo que de una u otra forma, interfieren en las metas y objetivos de cada individuo.</p>	<p>Ansiedad</p>	<p>Condición de una persona que experimenta una conmoción, intranquilidad, angustia, nerviosismo o preocupación.</p>	<p>% De estudiantes con ansiedad. Del total de encuestado.</p>	<p># De estudiantes con ansiedad. Del total de encuestados.</p>	<p>Razón</p>

<p>FACTORES DE RIESGO INDIVIDUALES</p>	<p>Son aquellos elementos presentes en la vida de cada individuo que de una u otra forma, interfieren en las metas y objetivos de cada individuo.</p>	<p>Baja autoestima</p>	<p>Persona con muchos complejos, imagen distorsionada de sí mismo, tanto sobre su valía personal o carácter y sus rasgos físicos. Que lleva a sentirse inferior, y tímido a la hora de relacionarse con los demás.</p>	<p>% De estudiantes con baja autoestima. Del total de encuestado.</p>	<p># De estudiantes con baja autoestima. Del total de encuestados.</p>	<p>Razón</p>
--	---	------------------------	--	---	--	--------------

VARIABLE DEPENDIENTE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIÓN	DEFINICION CONCEPTUAL	INDICADOR	DEFINICION OPERACIONAL	NIVEL DE MEDICIÓN
PREVALENCIA DE IDEACION SUICIDA	Es el número de casos donde se han presentado pensamientos y planes para llevar a cabo un acto suicida.	Intentos de suicidio	Actos auto lesivos deliberados con diferente grado de intención de morir y de lesiones que no tienen un final letal.	% De estudiantes que han intentado suicidarse. Del total de encuestado.	# De estudiantes que han intentado suicidarse. Del total de encuestados.	Razón
PREVALENCIA DE IDEACION SUICIDA	Es el número de casos donde se han presentado pensamientos y planes para llevar a cabo un acto suicida.	Pensamiento suicida	Pensamientos repetitivos de autolesionarse hasta acabar con su propia vida.	% De estudiantes que han pensado en suicidarse. Del total de encuestado.	# De estudiantes que han pensado en suicidarse. Del total de encuestados.	Razón

ANEXO B. TEST DE IRSA

Estimado estudiante:

El test que a continuación vas a llenar, pretende conocer algunos aspectos generales sobre la ideación suicida en jóvenes, para realizar el proyecto PREVALENCIA DE IDEACIÓN SUICIDA Y FACTORES DE RIESGO SOCIODEMOGRÁFICOS, FAMILIARES E INDIVIDUALES REPORTADOS PARA SUICIDIO EN ESTUDIANTES DE SECUNDARIA DE UNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA DE TULUÁ, 2012.

Por favor contesta todas las preguntas que se te realizan a continuación, marcando con una (X) en el cuadrito con la respuesta (SI o NO) que consideras se aplica mejor a tu situación. No debes escribir tu nombre, las respuestas serán confidenciales y sólo serán vistas por las estudiantes de enfermería que realizan este estudio. Agradecemos tu confianza e interés.

NO HAY RESPUESTAS MALAS O BUENAS, INCORRECTAS O CORRECTAS TODAS SON IMPORTANTES.

FECHA: _____ EDAD: _____ SEXO: _____ GRADO: _____

CLASIFICACIÓN	ITEM	RESPUESTA	
A. Factores de Riesgo no modificables (antecedentes)	1. ¿Has intentado hacerte daño en algún momento de tu vida?	SI	NO
	2. ¿Has intentado suicidarte alguna vez?	SI	NO
	3. ¿Has pensado en suicidarte?	SI	NO
	4. ¿Te han tenido que atender u hospitalizar por un intento de suicidio?	SI	NO
	5. ¿Alguno de tus familiares ha intentado matarse o se ha suicidado?	SI	NO
	6. ¿Algún familiar o amigo(a) tuyo ha muerto recientemente por suicidio?	SI	NO
	7. ¿Tus padres se separaron o divorciaron?	SI	NO
	8. ¿En algún momento de tu vida sufriste abuso sexual?	SI	NO
	9. ¿Asistes a alguna terapia psicológica?	SI	NO
	10. ¿Te han tenido que atender u hospitalizar por algún trastorno psicológico?	SI	NO
B. Factores Modificables	1. ¿Has usado varias veces drogas como marihuana, cocaína, crack u otras?	SI	NO
	2. ¿Tomas licor hasta emborracharte?	SI	NO
	3. ¿En tu familia hay muchos conflictos y peleas la mayor parte del tiempo?	SI	NO
	4. ¿En tu casa casi siempre te castigan golpeándote?	SI	NO
	5. ¿Sientes que tu familia apoya tus decisiones?	SI	NO
	6. ¿Te sientes muy presionado y con demasiadas responsabilidades?	SI	NO
	7. ¿Constantemente fracasas en tus estudios?	SI	NO

CLASIFICACIÓN	ITEM	RESPUESTA	
C. Depresión y Ansiedad	1. ¿Consideras que las cosas estarían mejor sin ti?	SI	NO
	2. ¿Consideras que eres muy impulsivo la mayor parte del tiempo?	SI	NO
	3. ¿Reaccionas impulsivamente y sin pensar la mayor parte del tiempo?	SI	NO
	4. ¿Te sientes muy enojado con otros la mayoría del tiempo?	SI	NO
	5. ¿Te sientes sólo y aislado de los demás casi siempre?	SI	NO
	6. ¿Sientes que eres capaz de salir adelante?	SI	NO
	7. ¿Sientes que cumples con lo que los demás esperan de ti?	SI	NO
	8. ¿Crees que eres como tú quieres ser?	SI	NO
	9. ¿Reaccionas violentamente cuando las cosas salen mal?	SI	NO
	10. ¿Sientes que nunca podrás ser feliz?	SI	NO
	11. ¿Sientes culpabilidad por algo que has hecho?	SI	NO
	12. ¿En muchas ocasiones sientes que no vales nada?	SI	NO
	13. ¿Te sientes como un perdedor la mayor parte del tiempo?	SI	NO
	14. ¿Tus preocupaciones no te permiten concentrarte?	SI	NO
	15. ¿Estás enojado la mayor parte del tiempo?	SI	NO
	16. ¿Sientes que le caes bien a la gente?	SI	NO
	17. ¿Estás triste o enojado casi siempre?	SI	NO
	18. ¿Prefieres estar solo y aislado casi siempre?	SI	NO
	19. ¿Tienes problemas para dormir en ocasiones?	SI	NO
D. Ideación Suicida	1. ¿Has pensado un plan para matarte?	SI	NO
	2. ¿A veces haces cosas peligrosas que te ponen en riesgo de morir?	SI	NO
	3. ¿Has estado pensando en hacerte daño?	SI	NO
	4. ¿Tienes la sensación de querer morirte?	SI	NO

E. Factores Precipitantes	1. ¿Recientemente ha muerto algún amigo o familiar con quien tenías una relación cercana?	SI	NO
	2. ¿Perdiste recientemente a alguien a quien querías?	SI	NO
	3. ¿Frecuentemente te sientes confundido?	SI	NO
	4. ¿Recientemente se terminó la relación con su pareja?	SI	NO
	5. ¿Hay algún problema fuerte en tu familia que este preocupándote?	SI	NO
	6. ¿Te agreden constantemente donde estudias?	SI	NO
	7. ¿Tus compañeros de estudio te hacen la vida imposible?	SI	NO
	8. ¿Te sientes humillado y fuera de lugar en el lugar donde estudias?	SI	NO
	9. ¿Estás teniendo muchos problemas en tu familia?	SI	NO
	F. Creencias	1. ¿Has pensado en el suicidio como una solución?	SI
2. ¿Piensas que mereces morir?		SI	NO
3. ¿Tienes la sensación de que las cosas están mal y seguirán siempre así?		SI	NO
4. ¿Te sientes muy angustiado por no ser cómo quisieras?		SI	NO
5. ¿Sientes que has hecho algo difícil de perdonar?		SI	NO
G. Factores Protectores	1. ¿Te sientes como una persona valiosa?	SI	NO
	2. ¿Sientes que la gente te aprecia?	SI	NO
	3. ¿Piensas que hay gente que se interesa por ti y por lo que te pasa?	SI	NO
	4. ¿Sientes que la vida vale la pena?	SI	NO
	5. ¿Tienes amigos(as) con quienes contar?	SI	NO
	6. ¿Sientes que puedes confiar en las personas de tu familia?	SI	NO
	7. ¿Tienes planes para el futuro?	SI	NO
	8. ¿Sientes que te extrañarían si faltaras?	SI	NO
	9. ¿La mayor parte del tiempo te sientes bien?	SI	NO

CLASIFICACIÓN	ITEM	RESPUESTA	
G. Factores Protectores			
	1. ¿Sientes que vale la pena vivir?	SI	NO
	2. ¿Piensas que eres capaz de hacer lo que te propones?	SI	NO
	3. ¿Si te sientes mal puedes buscar alguien que te escuche y te ayude?	SI	NO
	4. ¿Tienes confianza para hablar con alguien si estas en problemas o te sientes mal?	SI	NO
	5. ¿Disfrutas de tu vida la mayor parte del tiempo?	SI	NO
	6. ¿Piensas que aprendes mucho de tus propios problemas?	SI	NO
	7. ¿Formas parte de algún grupo u organización de jóvenes?	SI	NO

MUCHAS GRACIAS POR SU VALIOSA COLABORACIÓN.

ANEXO C.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Señores padres de familia, somos estudiantes de décimo semestre de la **UNIDAD CENTRAL DEL VALLE DEL CAUCA**, del programa de Enfermería, y estamos elaborando un trabajo de investigación en la Institución Técnica de Occidente con el objetivo de conocer los motivos que llevan a los jóvenes a pensar en suicidarse y cuántos de ellos lo han pensado; de esta manera, se espera brindar herramientas a la familia institucional para la construcción de planes y programas tendientes a prevenir esta situación y contribuir al mejoramiento del bienestar y la salud mental de la comunidad educativa.

Su firma en este documento implica que su hijo(a) podría ser seleccionado(a) para participar en este estudio, lo que quiere decir que, si es seleccionado, y el estudiante acepta, responderá una encuesta, que durará aproximadamente 30 minutos, y participará en una reunión para hablar sobre el tema. Este tiempo ya está acordado con las directivas y docentes de la Institución para no perjudicar sus horas de clase, estas actividades se realizarán entre los meses de septiembre y octubre del presente año.

La información obtenida a través de las encuestas y la reunión, será mantenida bajo estricta confidencialidad y su nombre, ni el de su hijo(a) será utilizado ni revelado. Esta investigación no conlleva ningún riesgo para su hijo, ni se tomarán muestras de sangre, ni se le realizarán procedimientos que afecten su bienestar físico o mental, en cambio los resultados del estudio aportarán un gran beneficio para el bienestar de los jóvenes y sus familias. No habrá ninguna compensación económica por participar en este estudio. Con el fin de resolver dudas Usted puede comunicarse con las estudiantes JENIFFER ORTEGA SERNA, celular 317-7003471, MARLIEN ROCÍO OROZCO GONZÁLEZ, celular 318-4014863

Yo _____, identificado(a) con CC _____ de _____, como Padre, Madre o representante legal del menor de edad a encuestar, he leído el procedimiento descrito anteriormente, y voluntariamente doy mi consentimiento para que el estudiante participe en este estudio.

FECHA: mes _____ día _____ año _____

ANEXO D.

ASENTIMIENTO INFORMADO

Somos estudiantes de noveno semestre de la **UNIDAD CENTRAL DEL VALLE DEL CAUCA**, de la facultad de **ENFERMERÍA**, del programa **CIENCIAS DE LA SALUD**. Estamos elaborando un trabajo de investigación, el cual consiste en conocer cuál es el número de casos de ideación suicida y las causas que llevan para que los estudiantes de este colegio (Técnico de Occidente), tomen la decisión de pensar en quitarse la vida.

Usted, por ser estudiante de esta Institución, ha sido seleccionado (a) para participar, en esta investigación. El test que diligenciará tiene unas preguntas sencillas elaboradas previamente, y le tomará aproximadamente 30 minutos.

La información obtenida a través de este test no será publicada y su nombre no será utilizado. La investigación no conlleva ningún riesgo y será de beneficio para mejorar en un momento dado su bienestar y salud mental, física, familiar y social. No recibirá compensación económica por participar. Se explicará claramente la razón de esta investigación, con el fin de resolver dudas.

Yo _____ con TI _____ menor de edad a encuestar, he leído el procedimiento descrito anteriormente. Las investigadoras me han explicado la razón del estudio, y han contestado mis preguntas quedando claro mis interrogantes. Voluntariamente decido participar de la investigación y firmo este documento en el mes _____ día _____ año _____, y aseguro que he recibido copia de este instrumento.

**ANEXO E.
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES**

MES	NOV				ENE				FEB				MARZ				ABRI				MAY				JUN				AGOS				SEP				OCT				NOV			
SEMANA	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4				
Selección y delimitación del tema																																												
Autorización para realizar monografía en la Institución técnica occidente																																												
Revisión de bibliografía																																												
Asesoría con la directora de tesis																																												
Elaboración del marco teórico																																												
solicitud de datos estadístico																																												

CONVENCIONES	
ACTIVIDADES PROGRAMADAS REALIZADAS	
ACTIVIDADES PROGRAMADAS NO REALIZADAS	
ACTIVIDADES NO PROGRAMADAS REALIZADAS	

ANEXO F. PRESUPUESTO

ACTIVIDAD	UNIDAD	CANTIDAD	CANTIDAD DE PERSONAS	TIEMPO	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
Transporte público local	8	160	4	20 días	800	128.000
Servicio de internet	16	120	4	30 días	1.000	120.000
Impresión de consentimiento informado	1	1	1	1 día	100	100
Fotocopia de consentimientos informados	2183	2183 hojas	4	1 día	40	86.320
Carta de autorización a la Institución Técnico de Occidente	4	8	1	1 día	100	800
Impresión de encuesta blanco y negro	1	4 Hojas	1	1 día	300	1.200
Fotocopias de encuesta	280	1120 Hojas	1	1 día	50	56.000
Carpetas	2	2	1	1 día	1.000	2.000
Argollados	1	1	1	1 día	5.000	5.000
Pago a jurados	1	3	3	1 día	300.000	900.000
Impresión del anteproyecto	3	3	1	1 día	4.000	12.000
Impresión de proyecto	3	3	4	1 día	10.000	30.000
TOTAL						1.341.420

