

**DISEÑO DE UN MODELO DE INTERVENCIÓN DEL SUICIDIO EN NIÑOS Y
ADOLESCENTES**

BENJAMÍN PALENCIA GUALDRÓN

UNIVERSIDAD EL ROSARIO

UNIVERSIDAD CES DE MEDELLÍN

FACULTAD DE ADMINISTRACIÓN

PROGRAMA MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN EN SALUD

BOGOTÁ, D.C. PRIMER SEMESTRE DE 2014

**DISEÑO DE UN MODELO DE INTERVENCIÓN DEL SUICIDIO EN NIÑOS Y
ADOLESCENTES**

BENJAMÍN PALENCIA GUALDRÓN

Trabajo de grado para obtener el título de Magister en Administración en Salud

Asesora: DEVI NEREIDA PUERTO JIMÉNEZ

**Médica, Especialista en Epidemiología, Especialista en Gerencia de la Salud
Pública, Magíster en Administración**

Coordinadora Grupo de Prevención y Detección Temprana del Cáncer

Instituto Nacional de Cancerología, Bogotá

UNIVERSIDAD EL ROSARIO

UNIVERSIDAD CES DE MEDELLÍN

FACULTAD DE ADMINISTRACIÓN

PROGRAMA MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN EN SALUD

BOGOTÁ, D.C. PRIMER SEMESTRE DE 2014

Dedicatoria

A todos mis familiares. A mi esposa Patricia y a mis hijos Miguel Ángel y María Camila, quienes son mi soporte en todos los momentos de mi vida y me ayudaron al alcance de los logros profesionales y personales.

A todos aquellos que necesiten una voz de esperanza y aliento en sus vidas para seguir adelante aún en los momentos más difíciles, a los cuales quiero hacer un aporte para que encuentren la luz en el camino.

Agradecimientos

Primeramente doy gracias a mi Dios Todopoderoso quien es mi ayuda y mi fortaleza en todo momento. A mi tutora Devi Puerto por su profesionalismo, ayuda, orientación y colaboración para que este trabajo se realizara.

A mis familiares y amigos quienes me aconsejan y me alientan para seguir adelante.

A la Universidad El Rosario, a todos ellos mis sinceros agradecimientos.

Contenido

Resumen	11
Capítulo I	12
Introducción	12
Pregunta de investigación	13
Objetivos	13
Objetivo general.....	13
Objetivos específicos.....	13
Formulación del problema de investigación.....	14
Justificación.....	15
Propósito de la investigación.....	16
Capítulo II	17
Marco teórico.....	17
Marco conceptual	17
Definiciones.....	18
Clasificación del riesgo suicida	21
Factores protectores	22
Clases de suicidio	23
Manejo social del riesgo.....	24
Modelos de prevención en el manejo de la conducta suicida.....	25
Caracterización de la problemática del suicidio en la ciudad de Bogotá	28
Factores de riesgo.	30
Aspectos legales relacionados con la prevención del suicidio	31
Estrategias para mejorar la salud mental.....	32
Modelos para la prevención del suicidio en Bogotá	32
Capítulo III	34
Metodología.....	34
Tipo de estudio	34
Criterios de inclusión	34
Criterios de exclusión	34
Participantes	34

Instrumentos	35
Procedimientos para la recolección de información	37
Aspectos éticos.....	39
Capítulo IV.....	41
Resultados.....	41
Análisis descriptivos.....	42
Histogramas	43
Asociación variables cualitativas	45
Capítulo V.....	47
Discusión.....	47
51	
Conclusiones.....	51
Limitaciones.....	52
Fortalezas	52
Recomendaciones	53
Estrategias para la intervención del suicidio.....	54
Manejo social del riesgo.....	54
Manejo de factores de riesgo modificables desde la atención primaria en salud.	55
Factores protectores.....	55
Apoyo social y aplicación de políticas en salud.....	59
Creación de espacios para la expresión de ideas, emociones, pensamiento crítico y reflexivo como factor protector frente al suicidio.	60
Recomendaciones para la evaluación del paciente con riesgo suicida.....	60
Estrategias para la intervención de la conducta suicida.	62
<i>Ruta 1. Detección y atención del riesgo suicida para colegios públicos de Bogotá.....</i>	<i>63</i>
<i>Ruta 2. Detección y atención del riesgo suicida para colegios privados de Bogotá.</i>	<i>64</i>
<i>Ruta 3. Atenciones en suicidio, factores de riesgo y factores protectores para niños, niñas y adolescentes en la ciudad de Bogotá.....</i>	<i>65</i>
Referencias	66
Anexos	78

Anexo A Inventario de depresión infantil María Kovacs (1992)	78
Anexo B Escala de Ansiedad Infantil de Spence	82
ANEXO C.....	83
Escala de Desesperanza de Beck (Hopelessness Scale, HS)	83
Anexo D	85
Anexo E.....	87
Consentimiento informado	87

Lista de tablas

Tabla 1 Estadísticos descriptivos	422
Tabla 2 Histogramas de frecuencia en depresión, desesperanza y ansiedad	43
Tabla 3 Correlación de variables cuantitativas	444
Tabla 4 Asociación depresión * ansiedad.....	445

Glosario

Ansiedad (Trastorno). Existen varios trastornos de ansiedad, y los síntomas predominantes son muy variables, pero los más frecuentes son quejas de sentirse constantemente nervioso, con temblores, tensión muscular, sudoración, mareos, palpitaciones, vértigos, y molestias epigástricas, amenudo acompañado de temores o preocupaciones y pensamientos muy diversos (Organización Mundial de la Salud 1992).

Bullying. Expresión aplicada al ámbito de las relaciones que se producen al interior de los colegios y otros establecimientos educacionales, alude principalmente a la idea de acoso o maltrato entre estudiantes (niños y adolescentes) (Alvarado, Cruz y Maza, s.f.)

Cohesión familiar. Vínculo emocional y autonomía existente entre los miembros de la familia (independencia, límites internos y externos, límites generacionales, coaliciones, tiempo, espacio, amigos, toma de decisiones, interés y ocio) (García y Ramírez 2010).

Ciencias de la complejidad. Son aquellas que estudian los fenómenos, comportamientos y sistemas que están enmarcados por inestabilidades, fluctuaciones, sinergia, emergencia, autoorganización, no-linealidad, bucles de retroalimentación positiva, antes que retroalimentación negativa, equilibrios dinámicos, rupturas de simetría, o que se encuentran en el filo del caos. No existe una única definición de complejidad (Maldonado 2005).

Conducta suicida. Conducta potencialmente lesiva y autoinflingida, en la que hay evidencia de que la persona desea utilizar la aparente intencionalidad de morir con alguna finalidad, o la persona presenta algún grado de determinado o no, de intencionalidad suicida (Alvarez Ariza, et al, 2012)

Desesperanza. Significa un gran sentimiento de pérdida de ánimo, imposibilidad de poder imaginar que en el futuro puedan suceder mejores cosas

que las actuales o la pérdida de la confianza en que las cosas pueden cambiar y ser mejores (Córdova, Rosales y Eguiluz, 2005).

Factores de riesgo. Los factores de riesgo hacen referencia a aquellas características de la persona o del ambiente que aumentan la probabilidad de que sea consumado el acto suicida; los factores de riesgo en ocasiones podrían estar relacionados o presentar mayor relevancia frente a otros en cada caso en particular (Mansilla (2010).

Factores protectores. Los factores protectores son aquellos que evitan la aparición o desarrollo de una condición mórbida. Los factores protectores del suicidio son aquellos que disminuyen o evitan la ocurrencia de un suicidio. Se pueden clasificar en factores protectores, personales, familiares y sociales (Pérez 2011).

Fractales. La palabra “fractal” proviene del latín fractus, que significa “fragmentado”, “fracturado”, o simplemente “roto” o “quebrado”, muy apropiado para objetos cuya dimensión es fraccionaria. Los fractales consisten en la repetición de formas irregulares de una manera reiterada, combinando irregularidad y estructura (Díaz 2009).

Habilidades sociales. Capacidad para interactuar con los demás en un contexto social dado de un modo determinado que es aceptado o valorado socialmente, y al mismo tiempo, personalmente beneficioso, mutuamente beneficioso principalmente beneficiosos para los demás (Slaby 1977, citado por Michelson 1987).

Impulsividad. Precipitación en la elaboración y presentación de una respuesta frente a un estímulo determinado. La impulsividad se considera un factor importante de riesgo de la conducta suicida.

Intento suicida. Situación de tentativa de suicidio que no involucre sus signos vitales, presencia clara de manipulación con la situación y evidencia de intento

por primera vez, acompañado o antecedido de un problema emocional y sin establecer estrategias para poder resolverlo (Alejo y Cardona 2011).

No- linealidad. Significa que todo problema tiene más de una solución posible, y en consecuencia, la dinámica no-lineal hace referencia a comportamientos y procesos no deterministas, emergentes y autoorganizativos que dan lugar a sistemas de complejidad creciente. En este marco no existe una única solución, tampoco una solución óptima a un problema determinado (Maldonado 2005).

Teoría del Caos. Está orientada a describir el comportamiento de la dinámica no lineal. Es la antítesis de la realidad estable y predecible, Es también una herramienta valiosa para entender el comportamiento de la conducta humana y social, los fenómenos económicos, así como la evolución de la tecnología y de la actividad industrial (Cornejo 2004).

Resumen

El objetivo de este estudio fue el de diseñar un modelo de intervención para la prevención del suicidio en la población escolar de niños y adolescentes, con 72 participantes de un colegio público y un colegio privado de la ciudad de Bogotá. Se caracterizó el suicidio en la ciudad de Bogotá en los últimos nueve años, los aspectos legales, se analizaron algunos modelos de prevención, se identificaron los principales factores de riesgo y factores protectores y se propusieron estrategias para su prevención. Este modelo está basado en la administración social del riesgo y los factores protectores y de riesgo, susceptibles de modificación. Se realizó una prueba de tamizaje y fueron utilizados: el Inventario de depresión infantil (CDI de Kovacs), la escala de desesperanza de Beck y la escala de ansiedad para niños y adolescentes de Spence, validadas a nivel internacional. Se observó una correlación positiva (0.490) mediante el coeficiente de rangos de Spearman, con una significación de 0,01 (bilateral) para los tres factores de riesgo. Se hace entrega de un manual de instrucción para la intervención temprana del suicidio en esta población y un folleto informativo dirigido a padres de familia sobre los factores de riesgo y factores protectores. A partir de esto se plantean implicaciones futuras.

Palabras clave: (Términos Mesh) comportamiento suicida, intento suicida, riesgo suicida, factores protectores del suicidio, estrategias de afrontamiento.

Abstract

The objective of this study was to design a model of early intervention for suicide prevention in both children and adolescents school population in private and public schools in Bogotá City. For this aim, the suicide problem was characterized in Bogotá City in the last nine years, legal aspects, some prevention models were analyzed, the main risk suicide and protection factors were identified and some behavior strategies to its prevention were proposed. This model is based in the social management of risk with emphasis on risk and protection factors. A test aimed to measure depression, hopelessness and anxiety levels was performed. The instruments used for the study were: Children's Depression Inventory (CDI of Kovacs), The Hopelessness Scale, Beck's HS, and The Spence Children's Anxiety Scale, internationally validated. The last results showed a positive correlation (0.490) in the Spearman's range, and signification of 0, 01 (bilateral) for the three risk factors. An instruction book for early intervention is given, as well as a leaflet to the families for detection of risk and protection factors. From this, future implications are shown.

Key words: (Mesh terms) Suicidal behavior, attempted suicide, risk suicide, protector factors suicide, the coping strategies.

Capítulo I

Introducción

En Colombia el suicidio ha mantenido una tendencia al aumento en los últimos 6 años, con una proporción que ha oscilado entre 0,21 y 3,9% por año, según el informe del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (2011). También existe preocupación por la tendencia de conductas autolíticas en edades cada vez más tempranas; en el año inmediatamente anterior se presentó la incidencia más alta en las edades comprendidas entre los 15 a 17 años (Medicina Legal y Ciencias Forenses 2011).

El suicidio es un fenómeno complejo y multicausado, que requiere un abordaje fundamentado en un enfoque de complejidad para una mejor comprensión, como es la tendencia actual en las ciencias sociales. Un enfoque determinista y lineal reduciría las posibilidades de comprensión de la realidad. Según Maldonado (2007), desde las ciencias de la complejidad se plantea la no linealidad como elemento fundamental en el manejo de cualquier fenómeno; es decir, la realidad se nos presenta siempre de manera inestable y con una dinámica constante, lo cual nos ofrece diversas posibilidades en la búsqueda del conocimiento, la comprensión de los problemas estudiados y el planteamiento de soluciones en el mundo real.

Para este estudio se plantea afrontar el suicidio delimitado al ámbito escolar, a través de la administración del riesgo con un manejo social, modelo basado en la idea que todas las personas a nivel individual o colectivo están expuestas a múltiples riesgos de diferente origen; aquí lo social hace referencia tanto a los actores públicos, como a la población general (Holzmann & Jorgensen, 2000).

Mediante el diseño de un modelo basado en la administración del riesgo, con un enfoque social, se busca reducir las tasas de mortalidad, creando una cultura de identificación y prevención del riesgo desde edades tempranas. El suicidio con un

manejo social del riesgo se podrá aplicar en escuelas o colegios, aunque de esta manera podría haber limitación en cuanto al abordaje de algunos aspectos como los factores biológicos o hereditarios; sin embargo, se espera mejorar los resultados obtenidos en la población colombiana hasta el momento.

Pregunta de investigación

¿Cómo afrontar el suicidio mediante la intervención temprana en niños y adolescentes en la ciudad de Bogotá?

Objetivos

Objetivo general.

Diseñar un modelo de intervención para la prevención del suicidio dirigido a la población escolar de niños y adolescentes de las escuelas, colegios públicos y privados de la ciudad de Bogotá, con un enfoque basado en el manejo social del riesgo.

Objetivos específicos.

1. Caracterizar la problemática del suicidio en la ciudad de Bogotá durante los últimos años.
2. Describir desde el punto de vista normativo y político las diferentes acciones realizadas para afrontar la problemática del suicidio desde el sector salud y educación.

3. Identificar los principales factores de riesgo y factores protectores de la conducta suicida.

4. Proponer algunas estrategias e intervenciones necesarias para la prevención del suicidio desde la primera infancia.

Formulación del problema de investigación

El fenómeno del suicidio se ha venido incrementando la ciudad de Bogotá, con mayor incidencia en algunas localidades en los últimos años, por lo cual se hace necesario centrar la atención en esta problemática con el fin de plantear intervenciones que disminuyan las tasas de mortalidad.

Dentro de las poblaciones afectadas se encuentran los niños y los jóvenes estudiantes, de manera que se constituyen en un grupo de riesgo en la ciudad de Bogotá como en otras partes del país. Según la veeduría distrital en su informe de condiciones de seguridad (2010), en la ciudad de Bogotá en los niños y jóvenes se presentaron 18 de los 29 casos registrados, es decir en el 62%, las niñas representaron el 38% restante con 11 casos; para este periodo, los suicidios fueron la tercera causa de muerte violenta en la ciudad. En el 2010 por cada niña suicida hubo 1.6 niños, lo que refleja el incremento de niñas, ya que en el 2009 la relación fue de 3 niños por cada niña (Gil y Nope 2011).

En el ámbito escolar, fenómenos como el bullying, maltrato entre pares, acoso escolar o matoneo, pueden generar ideación o actos suicidas cuando la victimización no tiene control. El estudio realizado por Díaz Atienza, Prados Cuesta & Ruíz Veguilla (2004), muestra que tanto los agresores como las víctimas de acoso o violencia escolar manifiestan síntomas depresivos, en tanto que en las víctimas se presenta una mayor ideación de muerte, por lo cual es necesario tener en cuenta estos aspectos frente a la detección de pensamientos o conductas de riesgo suicida en la ciudad de Bogotá.

Por esta causa, se hace necesario implementar estrategias de prevención vinculando a la familia, los profesionales de la educación, la salud, y algunos sectores del gobierno, para darle un manejo integral desde la administración social del riesgo. Es en las edades tempranas donde se sientan las bases de la personalidad y se adquiere la maduración biológica y psicológica necesaria para lograr un desempeño social adecuado. La tendencia en niños y niñas entre 6 a 18 años mantuvo la tendencia registrándose mayor número de casos en hombres para un total de 16 casos y en mujeres 9, pero la incidencia es más alta en mujeres que en hombres.

Justificación

En Colombia ha habido una tendencia al aumento de casos de suicidio desde el año 2006, según el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (Informe Forensis 2011). En la ciudad de Bogotá, una de las poblaciones que más se han visto afectada en los últimos años ha sido la población de niños, niñas y adolescentes especialmente en edades entre los 6 a los 18 años; para el año 2011 se registró un total de 16 casos en hombres y 9 en mujeres; pero la incidencia es más alta en mujeres que en hombres (Secretaría Distrital de Salud 2012). Dentro de las razones que más se destacan para que se presente el suicidio se encuentra: la violencia intrafamiliar, el divorcio de los padres, abuso sexual, físico y psicológico, la falta de comunicación y afecto, los ambientes inseguros, (Del Castillo, 2007), la depresión, la ansiedad, el consumo de alcohol y sustancias psicoactivas entre otros (Amitai & Apter, 2012).

A través del manejo social del riesgo, se busca involucrar a los actores políticos y sociales, suministrando información en diferentes niveles, para que se identifique a tiempo la problemática, evitando estos desenlaces fatales (Holzmann & Jorgensen, 2000). En el caso de escuelas y colegios la importancia del manejo social de riesgo se aprecia en que los jóvenes han llegado a constituirse en una población de alto riesgo; por otra parte, es en las edades tempranas y en estos escenarios donde se hace propicio el fortalecimiento de diferentes aprendizajes, el desarrollo de habilidades sociales y la capacidad para resolver problemas. Es importante tener en cuenta que,

al crear una cultura de afrontamiento desde la prevención de los factores de riesgo y el aumento de los factores protectores, se hace más viable y sostenible el manejo para el sistema de salud.

Propósito de la investigación

Con este estudio se busca realizar un aporte a la salud, la educación y las familias, al presentar estrategias que disminuyan las tasas de mortalidad por suicidio; además se busca brindar herramientas para afrontar las diferentes problemáticas asociadas al fenómeno, de manera que cuando se presenten condiciones adversas futuras se puedan sortear de manera resiliente. Su utilidad está representada en la disminución de costos para el sistema de salud por la atención a las familias de la víctima y los años de vida potencialmente perdidos. El afrontamiento del suicidio mediante el manejo social del riesgo, traerá grandes beneficios en cuanto a desarrollo económico y social, al involucrar a todos los actores mediante el manejo de información en diferentes niveles de manera intersectorial.

Capítulo II

Marco teórico

Marco conceptual

Según Durkheim (1897), el suicidio es todo caso de muerte que resulte directa o indirectamente, de un acto positivo o negativo realizado por la víctima misma, sabiendo ella que debía producir este resultado. Debido a su carácter multivariado y multicausal, en el abordaje del suicidio es necesario un estudio con una perspectiva holística; en este trabajo se propone asumirlo teniendo en cuenta la no linealidad propuesta en las ciencias de la complejidad y a través del manejo social del riesgo de manera interdisciplinaria en edades tempranas.

Algunos de estos enfoques aplicados a las ciencias sociales y humanas se pueden apreciar desde la teoría de los sistemas complejos, la teoría de fractales y la teoría del caos entre otras (Maldonado, 2010). De acuerdo a esto Capra (1996) reporta en la trama de la vida, que los sistemas vivos son totalidades integradas donde sus propiedades no pueden ser reducidas a las de sus partes más pequeñas, debido a que en el momento en que esto ocurra las propiedades del sistema se destruyen quedando solamente elementos aislados; además de esto nos encontramos con sistemas inmersos dentro de otros sistemas donde cada cual posee diferentes niveles de complejidad.

Estas propiedades de cada nivel reciben el nombre de propiedades emergentes puesto que no se dan en otros niveles. En el caso de los problemas en salud deben ser analizados, concertados y enfocados de acuerdo con los objetivos del sistema, aunque las actividades propias de cada nivel o sector sean diferentes (Londoño & Frenk, 1999); de esta manera se espera obtener mejores resultados mediante el

desarrollo de un trabajo interdisciplinario y concertado en la administración social del riesgo.

Definiciones.

Conducta suicida.

Conducta potencialmente lesiva y autoinfligida, en la que existe evidencia que el sujeto tiene la aparente intención de morir con algún propósito, o que presenta algún grado de intención de quitarse la vida (Álvarez Ariza, et al. 2012).

Autolesión/gesto suicida.

Conducta autoinfligida para la que existe evidencia, implícita o explícita, de que la persona no tiene la intención de quitarse la vida (Álvarez Ariza, et al. 2012). Son actos relacionados con una acción suicida, que dan a entender que se podría realizar la conducta suicida (Mansilla, 2010).

Amenaza suicida.

Expresión verbal o no verbal, que manifiesta la posibilidad de una conducta suicida en un futuro próximo (Álvarez Ariza, et al. 2010).

Intento suicida.

Según Durkheim (1897, 1989, citado por Villalobos, 2009), es el acto suicida en sí, que había sido detenido por otra persona, de tal manera que se había evitado la muerte

Ideas o intenciones de suicidio.

La persona expresa pensamientos acerca de suicidarse y además manifiesta la intención de materializarlos pero aún no tiene un plan concreto ni ha estado próximo a cometer el acto suicida (Basaluzzo Tamborini, et al. 2010).

Ideación suicida.

Esta se identifica cuando un sujeto presenta pensamientos o planes de cometer suicidio, durante al menos dos semanas, donde se realiza algún plan y se identifican los medios para cometerlo (Mingote, et al. citados por Villalobos, 2009).

Parasuicidio.

Según Kreitman (1977, citado por Mansilla, 2010) es el conjunto de conductas autolesivas no letales y conscientes, donde no existe una intención de quitarse la vida, sino que más bien se busca llamar la atención.

Suicidio consumado.

Es el acto suicida donde la persona acaba con su vida (Mansilla, 2010).

Factores de riesgo.

Los factores de riesgo pueden tener varias clasificaciones y una de ellas los ubica en dos grupos: los factores de riesgo modificable e inmodificable. Los primeros son aquellos que son susceptibles de modificación como los factores psiquiátricos, trastornos afectivos, esquizofrenia, abuso de sustancias, trastorno de ansiedad, trastornos de la personalidad, salud física, dimensiones psicológicas (impulsividad y agresividad, desesperanza, pensamiento dicotómico, rigidez cognitiva y el déficit en la resolución de problemas) (Bobes García, Giner Ubago & Sáiz Ruiz, 2011). Y los inmodificables tales como los factores hereditarios, la edad, el sexo (Ayuso Mateos, et al. 2012; Bobes García, et al. 2011), estado civil, conducta suicida previa, antecedentes familiares de suicidio (Bobes García, et al. 2011). Otras agrupaciones de factores de riesgo son los siguientes:

Factores individuales.

Trastornos mentales: Depresión, trastorno de ansiedad, trastorno bipolar, trastornos psicóticos, trastorno de abuso de alcohol, trastorno de abuso de sustancias, trastornos de la conducta alimentaria, trastornos de la personalidad, impulsividad, agresión (Álvarez Ariza, et al. 2012).

Factores psicológicos.

Intentos previos de suicidio e ideación suicida, Pérdidas familiares, frustraciones intensas, baja autoestima, cambios bruscos en el estado de ánimo, alteraciones del sueño, abandono personal (Del Castillo, 2007), desesperanza y rigidez cognitiva los cuales son de gran importancia por su influencia en el riesgo suicida (Álvarez Ariza, et al. 2012).

Factores sociales.

Tensión social, cambio de posición socioeconómica, redes sociales de apoyo débiles, pérdidas personales, pérdida de empleo, catástrofes, aislamiento, exposición al suicidio de otras personas, violencia ambiental, de género e intergeneracional (Del Castillo, 2007).

Factores familiares.

Familia disfuncional, historia de suicidio entre la familia, divorcio, falta de afecto y comprensión, violencia intrafamiliar, abuso sexual, físico y psicológico, desamparo, falta de comunicación (Del Castillo, 2007).

Factores biológicos.

Trastornos metabólicos, factores genéticos de enfermedades psiquiátricas en primer grado de consanguinidad, edad avanzada, adolescencia, enfermedades y dolor crónico, enfermedades terminales, deterioro cognitivo (Del Castillo, 2007).

La evidencia encontrada en la literatura y las investigaciones concuerda en los factores de riesgo para la conducta suicida en edades tempranas, los cuales se podrían extender a etapas de la adultez (Lewinsohn et al., 2000, Wichstrom 2000 citados por Cruz, 2009).

En estudios realizados en adolescentes se han encontrado como principales factores de riesgo la depresión asociada a frustración asociada a la resolución de conflictos, ansiedad, el consumo de alcohol, consumo de sustancias psicoactivas, la historia de suicidio entre familiares, la violencia intrafamiliar o las relaciones familiares e

interpersonales disfuncionales, las pérdidas significativas de personas cercanas, o el desamor, pertenecer al género femenino (Amitai & Apter 2012; Cortés Alfaro, Aguilar Valdés, Suárez Medina, Rodríguez Dávila & Durán Rivero 2011; Fuentes Lerech, et al. 2009; Mansilla, 2010).

Otros factores altamente significativos son el abuso sexual, físico o psicológico el cual conduce a un pobre desempeño mental, ideación y comportamientos suicidas, la disponibilidad de medios letales, bajo status socioeconómico, bajo nivel educativo, la migración o el cambio de residencia, el divorcio (Amitai & Apter 2012; Basaluzzo Tamborini et al. 2010; Cortés Alfaro, et al. 2011), la desesperanza, baja autoestima, la impulsividad, las conductas agresivas (Basaluzzo Tamborini, et al. 2010); Bobes Gracia, et al. 2011; Mansilla, 2010; Organización Mundial de la Salud 2011; Organización Mundial de la Salud 2001).

La presencia de antivalores con alta aceptación e importancia social, ausencia de práctica religiosa, pautas de crianza inadecuadas, manejo de modelos de vida inadecuados en los medios de comunicación, ausencia de políticas y estrategias para el manejo del tiempo libre son otros factores de riesgo de gran importancia (Ojeda & Villalobos 2011), como también los conflictos entre estudiantes y profesores, bullying, matoneo o violencia escolar (Ojeda & Villalobos, 2011; Ortega Ruiz, Mora Merchán & Jäger, 2007; Uribe Rodríguez, Orcasita Pineda & Aguillón; Gómez, 2012).

Clasificación del riesgo suicida

Bryan & Rudd (2006, citados por Gómez, 2012) han propuesto cuatro categorías de riesgo suicida, las cuales se estiman como leve, moderado, severo y extremo.

Riesgo leve.

No se han presentado intentos suicidas, la ideación es de frecuencia, intensidad y duración bajas. No existe intención suicida ni planificación de intentos. Los síntomas son leves y la persona mantiene el autocontrol. Los factores de riesgo son escasos y existen factores protectores identificables (Gómez, 2012).

Riesgo moderado.

Existen planes con ideación suicida, posibles antecedentes de intentos previos, factores de riesgo adicionales. Puede haber más de un factor de riesgo sin un plan claro (Del Castillo, 2007).

La familia debe estar dispuesta a solicitar atención de urgencia si es necesario. La indicación de hospitalización estará abierta (Gómez, 2012).

Riesgo severo.

De acuerdo a Álvarez Ariza et al. (2012), es recomendable la remisión urgente al servicio de salud si hay presencia de un trastorno mental severo, antecedentes graves de conducta suicida, plan de suicidio elaborado, manifestación de cometer el suicidio que se mantenga al final de la entrevista, situación sociofamiliar de riesgo o falta de apoyo y duda sobre la gravedad de la ideación o del riesgo de intento inmediato.

Riesgo extremo.

En el nivel extremo la principal diferencia es la inexistencia de factores protectores.

Debido al alto riesgo en estos dos últimos niveles se hace necesaria la internación voluntaria o involuntaria y deben tomarse medidas bien definidas de vigilancia y protección y estrategias terapéuticas que permitan controlar el riesgo de manera oportuna (Gómez, 2012).

Factores protectores

Según Mansilla (2010), entre los factores protectores en la niñez se encuentran: la familia estructurada y estable donde predomina una comunicación asertiva, las manifestaciones de afecto, comprensión y cariño, el fortalecimiento y cohesión de los lazos familiares entre sus diferentes miembros. En la adolescencia se hace necesaria la estimulación de estilos de vida saludables como el deporte, el manejo de la

sexualidad de manera responsable, el control de hábitos perjudiciales para la salud como el consumo de alcohol o sustancias psicoactivas y el manejo adecuado del tiempo libre (Mansilla, 2010), asociaciones religiosas, participación en clubes y otras actividades, apoyo de personas relevantes y buenas relaciones con sus compañeros, profesores y adultos (Organización Mundial de la Salud, 2011).

Los hallazgos de Pérez Olmos, Téllez Cruz, Vélez Traslaviña & Ibáñez Pinilla (2012), muestran que los factores que determinan la conducta suicida en Colombia convergen con los hallazgos en otros países del mundo.

Dentro de estos hay muchos estudios que muestran la importancia de la espiritualidad o afiliación religiosa como factor protector frente a la conducta suicida (Álvarez Ariza, et al. 2012; Bullock, Nadeau, y Johanne 2012; De Hoyos, Corvalán & Saravia 2011; Goldston, Davis Molock, Whitbeck, Murakami, Zayas, y Nagayama Salón 2008; Nock, Borges, Bromet, Cha, Kessler y Lee 2008; Pérez Olmos, et al. 20012; Taha Guelfand, Florenzano, Sieverson, Aspillaga y Alliende 2011).

Según Taha Guelfand et al. (2011), los expertos consideran que se debe enfatizar en estos elementos para un mejor manejo de la depresión frente al riesgo suicida, debido a que los hallazgos encontrados en muchos estudios destacan la espiritualidad y religiosidad en el bienestar físico y mental.

Otros factores de gran relevancia son el desarrollo de la inteligencia (Goleman, 1995; Mayer y Salovey 1990, 1997; citados por Suárez, 2012). El poseer habilidad en la resolución de conflictos o problemas, tener confianza en uno mismo, desarrollo de habilidades sociales e interpersonales, presentar flexibilidad cognitiva, tener hijos, (especialmente en las mujeres), nivel educativo medio-alto, locus de control interno, autoestima, inteligencia y sistemas de apoyo y recursos (Álvarez Ariza, et al. 2012).

Clases de suicidio

Según la perspectiva sociológica descrita por Durkheim (1897, citado por Alcántar, 2002), existen tres tipos de suicidio: el suicidio egoísta, altruista y anómico.

Suicidio egoísta.

Se presenta cuando existe una falta de integración social debido a que la persona no puede adaptarse a las condiciones o normas impuestas por la sociedad, de manera que al no poder afrontarlas la persona adopta por liberarse de estas a través del suicidio.

Suicidio altruista.

Se manifiesta cuando hay una identificación y estimación muy fuerte con el grupo social al que pertenece, de manera que esta se hace más importante que su propia identidad personal y en última instancia sacrifica su vida por los demás.

Suicidio anómico.

Se presenta cuando en la sociedad existen transformaciones o cambios bruscos y repentinos en la persona y no se logra la adaptación y autocontrol sobre las condiciones del entorno de manera que pierde los puntos de referencia. Se da cuando existe discordancia entre los valores del individuo y los valores sociales (Alcántar, 2000; Pereira Manrique, Cristancho, Criales & Sánchez, 2000).

Perspectiva psicopatológica.

En esta clasificación de Durkheim (1995, citado por Pereira Manrique, 2000), existen cuatro estados psicopatológicos relacionados con el suicidio: el suicidio maniático, melancólico, obsesivo e impulsivo o automático.

Manejo social del riesgo

Según Holzmann & Jorgensen (2000), la importancia en la implantación del manejo social del riesgo radica en que se puede mejorar el bienestar individual y social en ambientes estáticos y dinámicos. Los actores en el manejo social del riesgo pueden dividirse en individuos, familias, comunidades, sociedad en general, gobierno, y hasta organizaciones en todos los niveles, ya sea a nivel nacional o internacional, mediante el

manejo de información asimétrica en diferentes niveles y diversas formas de riesgo en un contexto determinado.

Para que esto se pueda implementar, se hace necesario el compromiso de todos los actores, ya sean públicos o de la población en general, con participación de diferentes sectores: salud, educación, religión, ambiente, justicia, cultura, recreación y deporte, y todo aquel que pueda vincularse de alguna manera. Según Londoño & Frenk (1999) en el análisis de sistemas de salud en su exposición del pluralismo estructurado, si se trabaja de manera segmentada, la eficiencia de cualquier modelo que se implemente no tendrá la eficiencia que se requiere; además los objetivos o las estrategias deben estar alineados y coordinados entre los diferentes actores para lograr una mayor eficiencia.

En cuanto a los aspectos legales establecidos en nuestro país en la ley 1616 del 21 de enero de 2013 artículo 7, título III, en el manejo social del riesgo para la conducta suicida se tiene en cuenta la promoción de la salud mental y prevención del trastorno mental. Por otra parte el título III en su artículo 8 establece que es el Ministerio de la Protección Social quien dirigirá las acciones de promoción en salud mental como en el caso del suicidio y el matoneo escolar con el fin de afectar positivamente los determinantes de la salud.

Además el Capítulo V establecen que los niños las niñas y los adolescentes son sujetos de atención integral y preferente en salud mental (artículo 23). El estado, la familia y la comunidad deben propender por la integración escolar de los niños, niñas y adolescentes con trastorno mental. Y el capítulo V, título VI artículo 27 establece la participación social como elementos estratégicos que sustentan el manejo social del riesgo de la conducta suicida.

Modelos de prevención en el manejo de la conducta suicida

Modelo de prevención Universal.

Modelo propuesto por el Instituto de Medicina de Washington (Mrazek y Haggerty 1994, citado por Bobes Gracia, et al. 2011), el cual se basa en los

comportamientos de salud, comportamientos de riesgo, y la clasificación propuesta por Gordon (1983, citado por Bobes García et al. 2011). En este modelo se busca la disminución de los factores de riesgo de la conducta suicida y el fortalecimiento de los factores protectores, como estrategia universal. Estas estrategias deberán implementarse para la población general y no de manera individual.

Estas estrategias de manejo social del riesgo pueden lograr la reducción de las tasas de mortalidad, si la información suministrada es eficaz en la detección del riesgo en cada población, y si los programas e intervenciones sobre el manejo social del riesgo y el fortalecimiento de factores protectores, logran en efecto la modificación del pensamiento y la conducta que se espera. Las estrategias y las formas de riesgo estarán dadas de acuerdo a cada población y en contextos determinados.

Modelo SUPRE (OMS 2002, OMS 2009, Tomado de Basaluzzo Tamborini et al. 2010).

En este modelo se tiene en cuenta la formación y el asesoramiento del personal de salud desde el enfoque de prevención primaria.

La sensibilización de la población: esta abarca la sensibilización de la población general, la identificación de la población de riesgo, la sensibilización de la familia y de los cuidadores informales. De esta manera este modelo guarda coherencia con el modelo de manejo social del riesgo planteado por Holzmänn & Jorgensen (2000), donde se busca involucrar a la población en la identificación y administración del riesgo mediante el manejo de información, de manera que se pueda prevenir, evitar, mitigar y superar el riesgo. Por otra parte se busca la formación de profesionales, mediante actualización en conocimientos sobre el fenómeno del suicidio, recursos y circuitos de atención.

Modelo de prevención del suicidio para docentes y demás personal institucional (Organización Mundial de la Salud 2001).

Este modelo destaca la importancia en la prevención del suicidio el reconocimiento de niños y jóvenes en situación de aflicción o con alto riesgo, por lo

cual se debe hacer énfasis en la situación del equipo escolar, con el fin de asegurar su equilibrio y bienestar logrando mayor sinergia en la coordinación de actividades de prevención.

Dentro de los aspectos más importantes de este modelo y que se pueden administrar mediante el manejo social del riesgo se encuentra el destacar entre los jóvenes aspectos positivos de la salud mental, experiencias positivas de la vida, la aceptación de los niños y los jóvenes en relación con los adultos, desarrollo de la autoestima positiva y habilidades para vivir, desarrollo del sentido de identidad de los jóvenes, promover la estabilidad y continuidad de la escolarización, prevención del acoso o violencia escolar, entrenamiento en comunicación asertiva y creación de espacios para la expresión emocional, de manera que se logre el desarrollo de la confianza en la comunicación (OMS 2001).

Modelo Causal con un enfoque multinivel: investigación y prevención del suicidio en Chile (Florenzano 2008).

Este modelo surge como necesidad de ampliar el marco de referencia de Durkheim (1966; Simpson y Conklin 1989; Platt 1992; y Lester (1994, citados por Florenzano, 2008)).

En este modelo se plantea la interdependencia e interrelación de factores de riesgo (psiquiátricos, biológicos, fisiológicos y de predisposición y comportamiento individual), procesos sociales complejos (estructura dinámica y funcionamiento de diferentes grupos de pertenencia), factores ambientales, económicos u otros, en diferentes niveles (individual, familiar y de otros grupos de pertenencia, comunitario y social), por lo cual se hace útil para la valoración desde la administración social del riesgo. Además plantea niveles de intervención que deben incluir los planes nacionales de prevención como son las intervenciones poblacionales, intervenciones donde se identifiquen grupos de alto riesgo, y tratamientos individuales o prácticas clínicas (Florenzano, 2008).

Modelo psicoeducativo para la prevención del suicidio en jóvenes (Basado en el enfoque de factores de riesgo y factores de protección (Chávez, Medina y Macías, 2008)).

Bajo este modelo se promueve el manejo de información científica sobre el suicidio, el conocimiento de las herramientas necesarias para la detección del riesgo suicida y el manejo que se debe dar en su fase inicial, además de los factores individuales de protección y de riesgo. Se recomienda reducir los factores de riesgo y fortalecer los factores de protección, de manera que actúen en el estado psicológico, el ambiente físico y las condiciones culturales y subculturales. Este modelo está diseñado para ser aplicado en centros escolares de educación básica y presenta flexibilidad para su aplicación.

Caracterización de la problemática del suicidio en la ciudad de Bogotá

Según Nope (2013) en el informe de seguridad de la Veeduría Distrital, el mayor número de suicidios en el primer trimestre de este año, se presentaron en las localidades de Kennedy, Ciudad Bolívar y Bosa con 12, 7 y 6 casos respectivamente.

Se registró un incremento de casos en las localidades de Teusaquillo (300%), Kennedy (100%) y Ciudad Bolívar (75%). En la localidad de Bosa, Usme y Barrios Unidos no se registró variación; en La localidad de la Candelaria, Sumapaz y Tunjuelito no se registraron casos;

El mayor porcentaje está representados por hombres (89%). 22 de los casos en la ciudad fueron en adolescentes y jóvenes; de estos, 6 casos fueron menores de edad. La veeduría Distrital también reporta una disminución con respecto al año 2012, pero el 40% de los casos de suicidio fueron en adolescentes y jóvenes, 4 mujeres y 18 hombres.

En el año 2012 el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses reportó un total de 244, casos de suicidio consumado en la ciudad de Bogotá, con una tasa de 3,22 por 100.000 habitantes (Cifuentes 2012).

La mayor frecuencia de casos se presentó en el grupo de mujeres adolescentes entre 16 y 20 años de edad. En los hombres el mayor incremento se presenta entre los 11 y 20 años (Beltrán, Reyes y Palacios (2012). El 38% de los casos fueron niños y jóvenes de 11 a 26 años; de estos, 24 casos fueron en menores de edad (Nope 2013). Los suicidios disminuyeron en un 11% con relación al año 2011, pero el 10% de estas muertes fueron menores de edad, 3 niñas y 21 niños (Nope 2013); esto muestra la necesidad de plantear estrategias de intervención desde las edades tempranas, donde intervengan los diferentes actores involucrados.

La Secretaría Distrital de Salud de Bogotá (2012), a través del Plan Territorial de Salud reportó que en el intento de suicidio por cada hombre que intenta suicidarse dos mujeres intentan quitarse la vida. En mujeres el 44,11% de los casos se registraron en las edades de 13 a 18 años. En hombres la edad en la que más se registran casos es en las edades de 19 a 26 años 62%. En niños y niñas se registran casos entre los 6 a 12 años de edad en cerca de un 5%.

El suicidio consumado en la ciudad de Bogotá durante el 2011 ocurrió en 5 hombres por una mujer. En niños, niñas y adolescentes entre los 6 a 18 años se mantuvo la tendencia registrándose mayor número de casos en hombres para un total de 16 casos y en mujeres 9, pero la incidencia es más alta en mujeres que en hombres. En total se registraron en la ciudad 277 casos para el año 2011(Nope 2013).

El Instituto de Medicina Legal y ciencias Forenses, citado por Alejo y Cardona (2011), reporta en la ciudad de Bogotá 215 casos para el año 2005, 186 casos en el 2006 y 222 casos en el 2007, con un aumento de 36 casos respecto al año anterior, y una tasa de 3,1 por 100.000 habitantes. En el año 2009 se presentaron 254 casos, con 44 casos más que en el 2008, con una tasa de 3,5 por 100.000 habitantes. En el 2010 se presentó un decremento en el número de casos, con un total de 236 eventos hasta el 17 de diciembre de este año.

Estadísticas de suicidio por localidades.

Según el informe de la veeduría distrital (2012) en ocho localidades se registraron tasas de suicidio por 100.000 habitantes superiores a las de la ciudad

Gil y Nope (2011) reportan que la localidad de Chapinero continúa en el rango de muy crítica al pasar de 8.4 en el 2009 a 9.8 en el 2010, al registrar dos casos más en el 2010. La localidad de Santa Fe la cual se había ubicado el año anterior en el rango de Crítica, en el 2010 aumentó la tasa en 0.9 puntos, lo que la llevó a superar en más de dos veces el promedio de la ciudad.

Entre las localidades reportadas como críticas se encuentran Teusaquillo, los Mártires, Ciudad Bolívar y Tunjuelito en relación con el año 2009; exceptuando a Ciudad Bolívar todas aumentaron la tasa de suicidios. La localidad de Teusaquillo pasó de una tasa de 5.6 en el 2009 a 6.2 en el 2010, Los Mártires de 4.1 a 6.1 y Tunjuelito de 2.5 a 3.5, por el contrario Ciudad Bolívar pasó de 6.3 a 5.1. (Gil y Nope 2011).

En las estadísticas de suicidios de menores de edad, la localidad de Kennedy fue la más afectada con 6 casos en el 2010. Ciudad Bolívar y Fontibón registraron 5 casos en cada una. Fontibón y Suba, registraron incrementos de 4 y 3 casos y variaciones del 400% y 300% respectivamente, comparando con el 2009. La tasa de suicidios de menores para la ciudad de Bogotá fue de 1.3 por cada 100.000 habitantes. Las localidades de Fontibón y Teusaquillo, se clasificaron en el rango de muy críticas con una tasa que supera dos veces la tasa promedio de la ciudad (Gil y Nope 2011).

Factores de riesgo.

Dentro de los factores de riesgo identificados en el reporte del año 2012 según informe del análisis de la conducta suicida del Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SISVECOS), se encuentran déficit en la resolución de conflictos, procesos de duelo no elaborados, disfunción familiar, pautas de crianza inadecuadas, autoestima negativa, maltrato físico, abuso sexual, dificultad en el manejo de las emociones. (Beltrán, Reyes y Palacios 2012).

En estudios realizados en otras partes del mundo se encuentra coherencia entre estos factores de riesgo con la conducta suicida, como los traumas en la infancia (Schwartz, Zalsman, Giner, y Oquendo, 2012), duelos no elaborados o pérdidas familiares (Kuramoto, Runeson, Stuart, Lichtenstein, Wilcox, 2013), el maltrato infantil, el abuso físico, abuso emocional y negligencia, el cual se asocia con un mayor riesgo de una amplia gama de problemas psicológicos y de comportamiento, incluyendo la depresión, el abuso de alcohol, la ansiedad y el comportamiento suicida (Norman, Byambaa, De, Butchart, Scott, y Vos, 2012).

A nivel social se presentan factores de riesgo como escasas oportunidades percibidas para el desarrollo de su proyecto de vida y en la ocupación del tiempo libre (Beltrán, Reyes y Palacios 2012).

Aspectos legales relacionados con la prevención del suicidio

Estos aspectos se encuentran contemplados en la Ley 1616 de 2013 título III, Promoción de la Salud Mental y Prevención de la enfermedad mental Artículo 8°, acciones de promoción. Capítulo V. Atención integral y preferente salud mental para niños, niñas y adolescentes, artículo 23, atención integral y preferente en salud mental. El Código de la Infancia y la Adolescencia, ley 1098 de 2006 y los artículos 17,18,19,20 y 21 de la ley 1438 de 2011, los niños, las niñas y los adolescentes son sujetos de atención integral y preferente en salud mental, y el artículo 24 el cual hace referencia a la integración escolar.

La Ley 1438 de 2011 Capítulo II, hace mención de las acciones de salud pública, atención primaria en salud y promoción y prevención de la enfermedad. El artículo 10, sobre el uso de los recursos de promoción y prevención. El capítulo III, artículo 12 se hace referencia a la atención primaria en salud. La ley 1122 de 2007, capítulo VI, sobre Salud Pública artículo 32°. Los lineamientos de Política de Salud Mental para Colombia (Ministerio de la Protección Social, 2005). La ley 1361 de 2009, artículo 4° hace referencia a la protección integral a la familia, el artículo 11 sobre entornos seguros y el artículo 18 sobre el bienestar físico, mental y emocional. El enfoque sobre

gestión social del riesgo se encuentra contemplado en el decreto 3039 de 2007 del Ministerio de Salud y de la Protección social.

Estrategias para mejorar la salud mental

La promoción de la salud y la calidad de vida se contempla en el Decreto 3039 de 2007, Ministerio de Salud y de la Protección social, las cuales están alineadas con las estrategias de prevención de la conducta suicida.

Sector Educación. Estrategia de Escuela Saludable.

Según la Organización Panamericana de la Salud (1996, citada por Molina, Hernández Ramírez, Samayoa Lanuza, Luján, López & Garcés, 2003), la Escuela Saludable hace referencia a un centro educativo donde los estudiantes adquieren un desarrollo biológico, emocional y social favorable para su desarrollo, acorde con un ambiente de bienestar donde se adquieren estilos de vida saludables de manera integral y compartida con las familias los maestros, el personal de la escuela o colegio, la comunidad y las instituciones competentes. En relación al fenómeno del suicidio se estimula la prevención del consumo de alcohol y sustancias psicoactivas y se promueva la salud mental y emocional (Durán, 2005).

Modelos para la prevención del suicidio en Bogotá

La protección y cuidado de la vida es mi cuento.

La Secretaría de Educación de Bogotá según el Proyecto Salud al Colegio (2012), busca la implementación de planes de prevención frente a las conductas de riesgo en el contexto escolar y la promoción de estilos de vida saludables, brindando herramientas para los docentes, orientadores, adultos cuidadores y jóvenes escolares, que les permitan el autocuidado y una mejor calidad de vida. Para este propósito se publicó la cartilla “La protección y cuidado de la vida es mi cuento”. Estas políticas del Ministerio de Educación se pueden fortalecer y alinear mediante la administración

social del riesgo, como se plantea a la vez en el sistema de la Protección y Seguridad Social.

Modelo de gestión operativa para el componente de salud mental en la Atención primaria en Salud (Ministerio de la Protección social).

Este modelo desarrollado por Rey (2009) a través del Ministerio de la Protección Social, contempla una estructura de gestión por niveles y por campos de gestión. Estos niveles de gestión se clasifican en macro, meso y microgestión, donde este último presenta la mayor intervención directa con las personas y su ambiente. Dentro de los campos de gestión se contempla los factores político-ciudadano, organizacional y programático.

Estos niveles y campos de gestión están relacionados con la administración social del riesgo que propone el modelo de salud del Ministerio de la Protección Social, e involucra a todos los actores sociales. En el modelo de gestión operativa se involucra a cada uno de los actores con sus respectivas responsabilidades para lograr una salud pública con calidad, como por ejemplo a través de visitas domiciliarias por psicología, trabajo social, mediante un equipo interdisciplinario u otro profesional de la salud, psicoterapia de grupo e individual por psicología y psiquiatría y educación individual en salud por psicología.

Capítulo III

Metodología

Tipo de estudio

Descriptivo transversal.

Criterios de inclusión

Se tomaron dos cursos de un colegio privado y un colegio público, de los grados cuarto de educación primaria y grado décimo de educación secundaria, teniendo en cuenta el diseño de los instrumentos y el acceso para la aplicación de las pruebas de tamizaje de acuerdo a la dinámica escolar. También se tuvo en cuenta que estos grupos etarios se han constituido en población vulnerable en edades cada vez más tempranas de acuerdo a los informes estadísticos del Instituto Nacional de Medicina legal y Ciencias Forenses (2011).

Criterios de exclusión

Se excluyeron los estudiantes menores de 8 años de edad y mayores de 15 debido al diseño de los instrumentos y las escalas internacionales de baremos para estos. La exclusión por grados de escolaridad está relacionada a las actividades escolares de cada institución que dificultaron la aplicación de las pruebas de tamización.

Se excluyeron los niños de 8 a 11 años de edad sólo para la aplicación de la escala de desesperanza por su diseño en adolescentes según su autor, pero la edad se tomó para toda la muestra en el estudio.

Participantes

Población de estudio.

Para este estudio se tomaron cuatro cursos entre un colegio público y uno privado de la ciudad de Bogotá. La selección de esta muestra se realizó por conveniencia entre la población diana y fueron distribuidos de la siguiente manera:

Dos cursos de un colegio privado de los cuales 15 niños con edades entre 8 y 11 años, correspondían al cuarto grado de educación primaria; 8 estudiantes de género masculino y 7 de género femenino. 13 adolescentes con edades entre 14 y 15 años de edad del curso décimo de educación secundaria. 7 estudiantes correspondieron al género masculino y 6 mujeres al género femenino, para un total de 28 estudiantes de colegio privado.

De un colegio público se tomaron 30 niños con edades entre 8 y 11 años de edad del cuarto grado de educación primaria. 15 estudiantes corresponden al género masculino y 15 al género femenino; 14 adolescentes con edades entre 14 y 15 años de edad del curso décimo de educación secundaria. 3 corresponden al género masculino y 11 al género femenino, para un total de 47 estudiantes de colegio público.

Entre los estudiantes de ambos colegios 39 corresponden al género femenino que representan el 54,2% y 33 al género masculino que representan al 45,8% para un total de 72 participantes.

Instrumentos

Inventario de depresión infantil (CDI) Kovacs (1992). Escala de desesperanza de Beck. Escala de ansiedad para niños de Spence (SCAS).

El inventario de depresión infantil de Kovacs (1992), es una prueba que consta de 27 ítems donde se evalúa el nivel de depresión en niños y adolescentes de 7 a 15 años. La prueba consta de una subescala que evalúa estado de ánimo disfórico y otra subescala que hace referencia a la autoestima negativa (Kovacs 1992; Bobes García, et al. 2011). Cada pregunta consta de tres ítems que se califican de cero a dos, siendo dos la puntuación más alta en cada uno.

El punto de corte que toman la mayoría de estudios para considerar un estado depresivo es de 19 puntos en la escala total del puntaje directo. Los sujetos en el rango de percentiles inferiores a 85 son considerados sin sintomatología depresiva; a partir del percentil 90 se indica sintomatología depresiva. En este estudio se tomó el percentil 90 de las tablas de baremos en la escala total de depresión según lo sugiere la autora como indicador de la presencia de sintomatología depresiva en los sujetos; a partir del percentil 96 se considera un estado depresivo severo.

En el estudio realizado por Ramírez (2009) sobre la adaptación de este instrumento a la población de escolares de la ciudad de Cajamarca Perú, este instrumento ha demostrado tener adecuadas propiedades psicométricas de validez y confiabilidad, lo cual lo constituye en instrumento útil en el estudio, medición y evaluación de riesgo suicida. Según el estudio realizado por Buena Casal, Carretero Dias & De los Santos Roig (2001) a través del Cuestionario de depresión infantil se determinó la existencia de correlación entre depresión infantil y la forma de resolver tareas con incertidumbre, además de significación estadística entre depresivos y no depresivos.

Para estos autores los criterios de la bondad de la prueba, su fácil pasación y las áreas que evalúa la convierten en el principal instrumento para medir la depresión infantil.

La escala de desesperanza de Beck (Bobes García, García Portilla, Bascarán Fernández, Sáiz Martínez & Bousoño García, 2002; Aliaga Tovar, Rodríguez De los Ríos, Ponce Díaz, Frisancho León & Enríquez Vereau, 2006), que evalúa la forma como la persona percibe su futuro, consta de veinte ítems con dos opciones de respuesta de falso o verdadero. Los puntos de corte para evaluar los niveles de riesgo se consideran como 0-3, nivel de riesgo nulo o mínimo, 4-8 riesgo leve, 9-14 riesgo moderado o medio y 15-20 riesgo alto. La escala de desesperanza de Beck ha mostrado de manera consistente su utilidad en la medición del riesgo suicida en sujetos depresivos o que han presentado intentos de suicidio (Beck y Steer 1988, citados por Aliaga Tovar, et al. 2006).

También se aplicó la escala de ansiedad para niños y adolescentes de Spence (SCAS) Hernández Guzmán et al. (2010), versión en español, la cual consta de 38 ítems distribuidos en seis factores que son: ataque de pánico/agorafobia, ansiedad por separación, fobia social, miedo al daño físico, trastorno obsesivo compulsivo y ansiedad generalizada.

Esta es una escala tipo Likert que consta de cuatro opciones de respuesta: nunca (0), a veces (1), muchas veces (2) y siempre (3), donde además se incluyen 6 ítems positivos de relleno con el fin de contrarrestar el sesgo negativo de las demás preguntas, las cuales no se tienen en cuenta en la calificación ni en los análisis o interpretación de los datos (Hernández Guzmán, et al. 2010). Para este estudio se tomó el percentil 60 como punto de corte para indicar la presencia de un nivel alto de ansiedad. Desde el percentil 50 hasta el 59 como indicador de ansiedad subclínica e inferior a 50 como indicador de un nivel bajo de ansiedad.

Estos instrumentos aunque no han sido estandarizadas en Colombia hasta el momento, presentan validez y confiabilidad, son reconocidas a nivel mundial y han sido utilizados en varios estudios. La versión española SCAS ha mostrado alta confiabilidad según los estudios hechos por Essau et al. (2004), Spence (1997), y Spence et al. (2003, citados por Hernández Guzmán, et al. 2010). Aquí se presentan las características psicométricas del modelo original de 38 ítems. La consistencia interna, Alfa de Cronbach, de la SCAS fue de .88; de .81 para el factor Ataque de Pánico/Agorafobia; de .74 para ansiedad de separación; para el factor de Fobia Social, fue de .71; en el factor Miedo al Daño Físico, de .75; para el factor Trastorno Obsesivo-Compulsivo, fue de .77, y finalmente, el factor Ansiedad Generalizada, tuvo una confiabilidad de .72 (Hernández Guzmán, et al. 2010).

Procedimientos para la recolección de información

La intervención en este estudio se dividió en 6 sesiones, en cada una de las cuales se realizaron las siguientes actividades:

En la primera parte se recolectó la información para la elaboración del marco teórico, para lo cual se recurrió a los datos estadísticos del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses con el fin de caracterizar la problemática del suicidio en Colombia. Se tomó información de internet para sustentar el estudio con otras investigaciones realizadas en Colombia y en otros países; además de esto se obtuvo información del Ministerio de la Protección Social, el Ministerio de Educación y el Ministerio de Cultura y Turismo para obtener información a nivel intersectorial debido a la complejidad que requiere el fenómeno del suicidio en su abordaje.

En la segunda parte del trabajo se realizó la visita a un colegio público y uno privado de la ciudad de Bogotá, con el fin de tener acceso en la aplicación de las pruebas utilizadas en el tamizaje; por otra parte se realizó la sensibilización de las familias a través de charlas y talleres alusivos a la problemática del suicidio en Colombia y dentro de la población escolar. Se entregó el consentimiento informado con la autorización de las directivas y a través de las orientadoras de cada institución.

En este se explicó a los padres de familia el objetivo de la aplicación de los instrumentos y de la participación de los estudiantes en la investigación. Se informó a los familiares que la participación en la investigación era de carácter voluntario y con la aprobación tanto de las directivas del colegio como de los padres de familia. También se dio a conocer que el procedimiento para realizar este trabajo no representaba ningún riesgo ni violaciones a la confidencialidad de la información y de la libertad de los participantes. De esta manera se buscó dar cumplimiento con los estándares éticos de la psicología y obtener la autorización de los padres de familia para la aplicación de las pruebas de detección de riesgo suicida. Después de que se dieron a conocer las condiciones y objetivos de este procedimiento, tres de los padres de familia decidieron no dejar participar a sus hijos en la aplicación de los instrumentos.

En la tercera parte del trabajo se aplicaron los instrumentos de medición que se mencionaron anteriormente sobre depresión, desesperanza y ansiedad en la población escolar de niños y adolescentes. La aplicación de las pruebas se hizo en un periodo de 15 días, debido a las actividades escolares que cumplen los estudiantes, y se efectuaron con la ayuda de las orientadoras en el colegio público y una psicóloga en el

colegio privado. Las pruebas se aplicaron de manera individual siguiendo las instrucciones del manual de cada una de ellas. Cada prueba fue contestada por los niños en aproximadamente 20 minutos y en los adolescentes se contestaron entre 10 y 12 minutos.

En la cuarta etapa se sistematizó la información en computador con los datos directos para luego codificarlos y realizar el análisis estadístico mediante el paquete estadístico IBM SPSS Statistics versión 20. En la última sesión se realizó el análisis estadístico de la información por cada instrumento y luego un análisis multivariado con el fin de observar si hubo correlación en las variables de estudio.

Aspectos éticos

Este estudio se desarrolló de acuerdo a los lineamientos de la Ley 1090 de 2006, para el ejercicio de la profesión de Psicología, el Código Deontológico y Bioético y otras disposiciones, y la resolución 8430 de 1993 sobre las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. En este caso el riesgo de la investigación para los participantes es de carácter mínimo debido a que se trata de la aplicación de pruebas escritas.

Ley 1090 de 2006 Título II, artículo 2. De los principios generales.

Confidencialidad.

Los psicólogos tienen una obligación básica respecto a la confidencialidad de la información obtenida de las personas en el desarrollo de su trabajo como psicólogos. Revelarán tal información a los demás sólo con el consentimiento de la persona o del representante legal de la persona, excepto en aquellas circunstancias particulares en que no hacerlo llevaría a un evidente daño a la persona u a otros. Los psicólogos informarán a sus usuarios de las limitaciones legales de la confidencialidad.

Investigación con participantes humanos.

Tomada la decisión, para desarrollar la investigación el psicólogo considera las diferentes alternativas hacia las cuales puede dirigir los esfuerzos y los recursos. Sobre la base de esta consideración, el psicólogo aborda la investigación respetando la dignidad y el bienestar de las personas que participan y con pleno conocimiento de las normas legales y de los estándares profesionales que regulan la conducta de la investigación con participantes humanos.

Resolución 8430 de 1993, Título I.

Artículo 4. La investigación para la salud comprende el desarrollo de acciones que contribuyan: a la prevención y control de los problemas de salud. Al conocimiento y evaluación de los efectos nocivos del ambiente en la salud. Al estudio de las técnicas y métodos que se recomienden o empleen para la prestación de servicios de salud. A la producción de insumos para la salud.

Título II, capítulo I. De los aspectos éticos de la investigación con seres humanos.

Artículo 5. 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 su bienestar.

Capítulo IV

Resultados

Los análisis estadísticos fueron realizados mediante el uso del paquete estadístico IBM SPSS Statistics versión 20. Se presentan los análisis descriptivos para cada una de las variables analizadas por medio de tablas de frecuencias, además de las medidas descriptivas (media, mediana, moda, desviación estándar) para las variables cuantitativas tanto para el total de la muestra como al interior de cada uno de los grupos formados a partir de las variables cualitativas. Para determinar la normalidad de las variables cuantitativas se obtuvo el grado de asimetría y el grado de curtosis.

A continuación se obtuvo la correlación entre las variables cuantitativas por medio del coeficiente de rangos de spearman y las correlaciones entre cada pareja de variables cualitativas a partir del coeficiente de contingencia. En los resultados en cuanto a la frecuencia de género se obtuvo que el 54.2% de los sujetos analizados son de género femenino y el 45.8% son de género masculino.

En cuanto a la frecuencia por grado de depresión, ansiedad y desesperanza, 64 de los estudiantes presentaron un grado de depresión bajo, los cuales representan el 88.9% de la muestra; 1 estudiante con grado de depresión medio que representa el 1,4% y 7 presentaron grado de depresión alto para un 9,7%, en relación con las puntuaciones de las tablas de baremos del CDI. En el ítem número 9 del CDI el cual hace referencia a la intencionalidad suicida se obtuvo el máximo puntaje (3), en los participantes que registraron riesgo alto.

En cuanto al grado de ansiedad 27 estudiantes presentaron grado de ansiedad bajo para un 37,5; 24 estudiantes en grado medio para un 33,3 % y 21 estudiantes grado de ansiedad alto para un 29,2% de la muestra, teniendo en cuenta el puntaje T de la prueba con un punto de corte de 60 para la sintomatología de ansiedad alta, 50 a 59 sintomatología subclínica e inferior a 50 sin sintomatología.

En la frecuencia por grado desesperanza en el grupo de adolescentes se

obtuvieron 24 estudiantes en grado bajo de desesperanza para un 33,3%, un estudiante con grado de desesperanza medio para un 1,4% y 2 con grado de desesperanza alto representado en un 2,8 %.

Análisis descriptivos

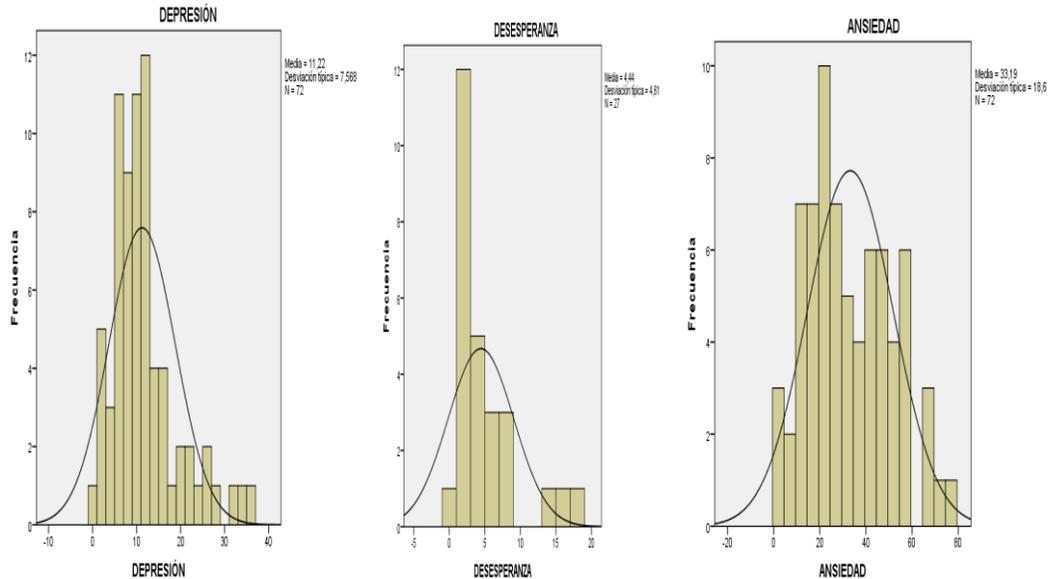
Tabla 1. Estadísticos descriptivos

Variables	n	mín	máx	media	Desv.estándar	mediana
Edad	72	8	15	11.28	2.88	10
Depresión	72	0	35	11.22	7.57	10
Ansiedad	72	2	75	33.19	18.64	29
Desesperanza	27	0	18	4.44	4.61	3

En la tabla 1 aparecen los estadísticos descriptivos donde la mediana está representada por 10,00 para edad y depresión, 29,00 para ansiedad y 3,00 para desesperanza. La edad promedio de los estudiantes es de 11 años, desviándose los resultados de cada sujeto con respecto a este valor en 2.88 años. De acuerdo a la mediana la mitad de los sujetos tiene menos de 10 años. La edad que más se presenta es de 10 años. La edad no sigue una distribución normal.

Histogramas

Tabla 2. Histogramas de frecuencia en depresión, desesperanza y ansiedad



. La gráfica de histogramas representa a 7 estudiantes de 72 participantes con alto grado de depresión, para un 9,7%, 2 de 27 estudiantes con grado alto de desesperanza que representa el 2,8 %, y 21 estudiantes con grado de ansiedad alto para un 29,2% de 72 estudiantes participantes.

En los resultados de las pruebas de normalidad inferencial, las variables ansiedad y desesperanza se ajustan a la normalidad ($p > 0.05$), mientras que edad y depresión no son normales ($p < 0.05$). Como las variables no presentaron una distribución normal, a continuación se utilizó el coeficiente de rangos de spearman para el análisis de correlación.

Tabla 3. Correlación de variables cuantitativas

Correlaciones	Edad	Depresión	Ansiedad	Desesperanza
Edad	1.00	0.08	-0.007	0.345
Depresión	0.08	1.00	0.490*	0.729
Ansiedad	-0.007	0.490*	1.0	0.658*

*Correlaciones estadísticamente significativas

La tabla 3 presenta correlaciones significativas en los análisis bivariados para las variables depresión - ansiedad, depresión - desesperanza, ansiedad – depresión, desesperanza – depresión, y ansiedad - desesperanza (,000 bilateral).

La significación de la correlación entre depresión y ansiedad es de 0.490 ($p > 0.4$) por lo tanto existe asociación entre ansiedad y depresión; como la asociación es positiva la asociación es directa, indicando que a mayor ansiedad mayor depresión. La asociación entre la edad y el nivel de depresión es 0.077, la cual es inferior a 0.4, es decir que no existe asociación.

Se encontró correlación estadísticamente significativa entre desesperanza y depresión ($p < 0.05$), observándose correlación directa de 0.729 que indica que valores altos en los puntajes de desesperanza tienen correspondencia con puntajes altos en la escala de depresión.

En cuanto a la asociación de las variables sociodemográficas, el género asociado con grado de desesperanza presentó un nivel alto con un 5,9% para el género femenino y un 10,0% para el género masculino. Un nivel medio para las mujeres con el 5,9 % y 0,0% para los hombres. Entre el género y el grado de ansiedad se encontró que en el nivel alto el 33,3% está representado por el género femenino y el 24,2% por el género masculino. En el nivel medio el 28,2% corresponde al género femenino y el 39,4% al género masculino.

Entre género y grado de depresión se encontró que el género masculino tiene un predominio en el nivel alto con 12,1% frente al género femenino con un 7,7%,

aunque en el nivel medio de depresión el género femenino es mayor con 2,6% frente a los hombres con un 0,0%. Exceptuando el nivel de ansiedad alto en las mujeres existe mayor predominio en el género masculino frente al nivel de desesperanza y depresión. En el coeficiente de asociación para género no se encontró correlación ni significación estadística para las tres variables.

Asociación variables cualitativas

Tabla 4. Asociación depresión * ansiedad

		GRADO DE ANSIEDAD			Total
		BAJO	MEDIO	ALTO	
GRADO DE DEPRESIÓN	BAJO	25	24	15	64
	MEDIO	0	0	1	1
	ALTO	2	0	5	7
Total		27	24	21	72

Correlación coeficiente de contingencia = 0.354 (p = 0.036)

La tabla anterior presenta 15 estudiantes con un grado de ansiedad alto y un grado de depresión bajo, 5 estudiantes con un alto grado tanto en ansiedad como en depresión. Los datos encontrados no proporcionan evidencia suficiente para evaluar asociación.

Para establecer la asociación entre cada pareja de variables cualitativas se utilizó el coeficiente de contingencia.

Entre quienes tienen depresión baja, el 39% tienen ansiedad baja, el 37.5% presentan ansiedad media y el 23.44% un grado de ansiedad alta. Quienes presentan depresión alta, el 28.57% tienen ansiedad baja y el 71.42% tienen un grado de ansiedad alta.

Se utilizó el coeficiente de contingencia para medir el grado de asociación entre ansiedad y depresión; en este se obtuvo una asociación de 0.354 (< 0.4) con una significación de 0.036 (< 0.05). Se puede concluir que existe asociación significativa entre el grado de ansiedad y el grado de depresión. La mayor asociación se presentó entre depresión y ansiedad con un número de 15 estudiantes en un grado alto.

En cuanto a la asociación entre desesperanza y ansiedad, se obtuvo que quienes tienen grado de desesperanza bajo, el 37.5% tienen ansiedad baja, el 33.3% tienen un grado de ansiedad medio y el 29.16% presentan un grado de ansiedad alto. Entre quienes tienen grado de desesperanza medio el 10% tienen un grado de ansiedad alto. Entre quienes tienen un grado de desesperanza alto el 20% tienen un grado de ansiedad alto.

El grado de asociación entre ansiedad y desesperanza es de 0.419 (mayor que 0.4) con una significación de 0,220 (mayor que 0.05), por tanto se concluye que no existe asociación entre ansiedad y desesperanza.

En cuanto al grado de asociación de depresión y desesperanza se obtuvo que entre quienes tienen grado de depresión bajo el 100% tienen grado de desesperanza bajo; Este 100% corresponde al número de sujetos en el nivel bajo el cual es de 24 en total. En los grados medio y alto no se presentó desesperanza.

Entre quienes tienen grado de depresión medio, el 100% presentan grado de desesperanza medio; este 100% corresponde a 1 sujeto en el nivel medio de desesperanza. Y entre quienes tienen grado de depresión alto el 100% tienen grado de desesperanza alto; este 100% corresponde a 2 estudiantes en el nivel alto de desesperanza. La información recolectada no permite obtener conclusiones acerca de la asociación, sólo permite observar el comportamiento de la muestra donde el grado de asociación entre depresión y desesperanza es bajo y el número de sujetos no es significativo en el nivel medio de desesperanza. El grado alto en depresión y desesperanza sólo se presenta en dos estudiantes.

En cuanto a la clase de institución el colegio privado presentó mayores porcentajes en el nivel alto para las tres variables (desesperanza, ansiedad y depresión). El grado de desesperanza en el nivel alto del colegio privado fue del 15,4% frente al 0,0% del colegio público; aunque en el nivel medio el colegio privado obtuvo un 0,0% frente al 7,1% del colegio público. En el grado de ansiedad el colegio privado presentó un 32% de estudiantes con un nivel alto de ansiedad, con respecto al 27, % de estudiantes en este mismo nivel en el colegio público.

En el nivel medio de ansiedad el colegio privado también superior con un 42,9% frente a un 27,3% del colegio público. En el grado de depresión en el colegio privado

fue del 14,3% frente al 6,8% del colegio público. Solamente en el nivel medio de depresión el colegio público superó al privado con un 2,3% respecto a un 0,05 del colegio privado. Aunque los porcentajes son más altos para el colegio privado, no se encontró correlación entre las variables en este estudio ($p < 0.05$), pero cabe destacar que los factores de riesgo están presentes en el ambiente para ambos colegios según lo observado.

Capítulo V

Discusión

El propósito de este estudio estuvo encaminado al diseño de un modelo de intervención del suicidio para la población escolar de niños y a dolescentes, de la ciudad de Bogotá. Mediante este tabajo se buscó hacer un aporte a la salud debido al incremento de las tasas de suicidio en este grupo etario, el cual se ha constituido en población de riesgo. Se tomó un colegio público y uno privado de difereene localidad de la ciudad y a partir de estos se empezó a realizar el trabajo de campo. En la recolección de información resultó de vital importancia no solamente la cooperación del personal institucional, padres de familia y estudiantes sino también las actividades académicas propias de cada colegio en la coordinación de actividades.

En relación a los hallazgos y la teoría que soporta este estudio se pudo evidenciar que existe consenso entre diversos autores sobre los factores de riesgo de la conducta suicida (Norman, Byambaa, De, Butchart, Scott, y Vos, 2012; Kuramoto, Runeson, Stuart, Lichtenstein, Wilcox, 2013; Schwartz, Zalsman, Giner, y Oquendo, 2012).

Se hace énfasis en un manejo con una perspectiva holística, teniendo en cuenta que hay muchas variables que pueden intervenir para que el suicidio se lleve a cabo y donde cada nivel de complejidad en un sistema puede afectar a otros, Capra (1996); además de la particularidad de cada caso lo cual lo hace más complejo y difícil de controlar. Por lo tanto, desde el manejo social del riesgo planteado por Holzmann &

Jorgensen (2000), tenemos una oportunidad razonable y viable de lograr resultados significativos y una contribución apropiada en el manejo de recursos debido a que al involucrar a toda la población se crea la cultura del autocuidado, de control del riesgo y el manejo de niveles de información siendo estos componentes de la atención primaria en salud.

De acuerdo a los resultados de este estudio se encontró un alto grado de correlación y significancia entre depresión y ansiedad, depresión y desesperanza, ansiedad y desesperanza (significación al 0,01, bilateral tabla 4).

Aunque esto no signifique una asociación de causa y efecto, teniendo en cuenta la no-linealidad del fenómeno del suicidio como se expone dese las ciencias de la complejidad, estos resultados concuerdan con otros estudios donde se han encontrado como principales factores de riesgo la depresión, la ansiedad (Amitai & Apter 2012; Cortés Alfaro, et al. 2011; Fuentes Lerech, et al. 2009; Mansilla, 2010), la desesperanza, además de otros factores como la autoestima negativa, violencia intrafamiliar, la impulsividad, las conductas agresivas, (Basaluzzo Tamborini, et al. 2010); Bobes García, et al. 2011; Mansilla, 2010; Organización Mundial de la Salud, 2011) lo cual a la vez afecta el rendimiento escolar.

Como se puede observar en los resultados se ha encontrado que existe una asociación positiva, es decir que a mayor ansiedad se presenta mayor depresión y a mayor depresión se presenta mayor desesperanza, lo cual puede aumentar la probabilidad de presentar conductas suicidas en edades tempranas o que estas se extienda a la edad adulta (Lewinsohn et al., 2000, Wichstrom 2000 citados por Cruz Colorado, 2009). Los resultados por tipo de colegio no mostraron asociaciones significativas para las tres variables que midieron los instrumentos utilizados, pero al observar la problemática desde los informes estadísticos del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias forenses se conoce que los factores de riesgo están presentes en el ambiente; de tal manera que al tomar muestras de mayor tamaño los resultados pueden ser semeantes.

Por otra parte los reportes del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses en el país han mostrado una tendencia al aumento en las tasas de mortalidad de niños y adolescentes (Macana, 2011; Chica, 2010), lo cual corrobora la presencia de factores de riesgo. Esto justifica la creación de modelos de intervención con el fin de brindar herramientas que prevengan, mitiguen y superen el riesgo como se plantea desde el manejo social del riesgo. Los modelos encontrados para el manejo de la conducta suicida tanto en Colombia como en otras partes del mundo son coherentes con factores de riesgo y factores protectores encontrados en nuestro ambiente y en este estudio, aunque es necesario tener en cuenta las diferencias socio-culturales. Pérez Olmos et al. (20012) Reportan que estos factores junto con otros que se describen en este estudio caracterizan y determinan en gran medida la conducta suicida.

Los modelos que se conocen en nuestro medio buscan involucrar a la población en general, pero hasta el momento las políticas y estrategias para la prevención del suicidio desde la atención primaria han presentado dificultades en la implementación final debido a que aún no se valoran lo suficiente las estrategias desde la atención primaria. También se hace necesaria la capacitación del personal de salud y docentes en el manejo y coordinación de estrategias como lo propone la Organización Mundial de la Salud (2001) en la prevención del suicidio dirigido a docentes y demás personal institucional.

Estos modelos guardan relación con el manejo social del riesgo y la estrategia de escuela saludable de la Organización Panamericana de la Salud y el Ministerio de Educación Nacional. No solamente presentan viabilidad sino que también hacen énfasis en el manejo de los factores de riesgo y los factores protectores. Estas estrategias de intervención de la conducta suicida son más eficaces y eficientes si se trabajan de manera coordinada desde las edades tempranas donde el ambiente escolar se hace propicio para la adquisición de diversos aprendizajes.

Las estrategias propuestas en este estudio están direccionadas a la intervención de los factores de riesgo modificables tales como la depresión, desesperanza, ansiedad, el abuso de sustancias, la impulsividad, las conductas agresivas, el

pensamiento dicotómico, el déficit en la resolución de problemas los cuales reportan en el manejo de la conducta suicida Bobes, Giner y Sáiz (2011).

Estas estrategias también han sido propuestas en muchos estudios y desde organizaciones como la Organización Panamericana de la Salud mediante la estrategia de escuelas saludables y La Organización Mundial de la salud (2011), Organización Mundial de la Salud (2001). Puesto que el objetivo de este trabajo está encaminado a diseñar un modelo de intervención para la prevención del suicidio dirigido a la población escolar de niños y adolescentes, y dados los resultados se puede decir que es pertinente actuar sobre estos factores con el fin de disminuir las tasas de mortalidad.

Los factores inmodificables tales como los factores biológicos o la heredabilidad aunque no tengan un control directo desde el manejo social del riesgo, se pueden reportar o remitir al personal especializado de la salud cuando exista evidencia en casos particulares.

Con esto se pretende actuar sobre la administración del riesgo desde la atención primaria en salud. Mediante un trabajo concertado se pueden evitar o mitigar los factores de riesgo y fortalecer los factores protectores. Los resultados que se obtendrían al implementar estas estrategias serán de gran beneficio económico y de rescate de vidas humanas, por el impacto que causan en la disminución de años de vida potencialmente perdidos y del daño psicológico que sufren las familias.

En cuanto a los aspectos legales que tratan el manejo de la conducta suicida en nuestra legislación, se encontró que estos apoyan y fortalecen la intervención de modelos que favorezcan la atención primaria en salud de manera integral; dentro de estos están la Ley 1616 de 2013, La Ley 1438 de 2011 y la Ley 1361 de 2009, el trabajo interdisciplinario e intersectorial y en esta última se destaca la protección a la familia.

Los resultados de este estudio abren la posibilidad para nuevas investigaciones con el fin de observar más a fondo cómo se comportan los factores de riesgo, de qué manera se podrían contrarrestar y si se presentan correlaciones significativas en estos factores de riesgo con muestras de mayor tamaño y en otras ciudades del país.

Conclusiones

El suicidio es una problemática que afecta a toda la población y en el caso de la población escolar de la ciudad de Bogotá y de otras se ha ubicado en un grupo de alto riesgo.

En este estudio se ratifica la importancia y necesidad de actuar de manera concertada en la prevención del suicidio debido al aumento de las tasas de mortalidad de niños y adolescentes. Se ha encontrado la necesidad de fortalecer la articulación real entre el Ministerio de Educación Nacional y el Ministerio de Salud y de La Protección Social para que no se constituya en una barrera en la continuidad de los procesos atencionales.

También se observó falta de compromiso, de capacidad de recursos técnicos y humanos, apatía o una preferencia a no denunciar problemáticas o factores de riesgo asociados al suicidio por temor a las acciones punitivas que se puedan presentar, por lo cual los niños que una vez son atendidos quedan nuevamente enfrentados a los ambientes de violencia o peligros; al respecto de esta situación se informó a través de algunos expertos en el Primer Congreso Internacional del Suicidio realizado en Bogotá en los días 9 y 10 de septiembre de 2013, donde se pudo apreciar un déficit en la atención. Por lo tanto deben implementarse estrategias claras sobre el seguimiento a estos casos actuando de manera resolutiva y constructiva.

Las acciones relacionadas a este respecto se ven reflejadas y forma parte de la Ruta de Atención Integral para la Convivencia Escolar que menciona la ley 1620 de 2013 la cual refiere que debe haber como mínimo cuatro componentes: de promoción, de prevención, de atención y de seguimiento.

La implementación de estrategias de intervención desde la atención primaria en salud, crean una cultura de prevención que aumenta la eficacia, efectividad y

eficiencia en el manejo de recursos y beneficia al sistema de salud y a la población en general. Para el logro de estos propósitos se pueden realizar capacitaciones al personal docente e institucional en el conocimiento y manejo de rutas de atención en suicidio para los colegios donde participen la Secretaría Distrital de Salud y la Secretaría de Educación.

Se deben realizar jornadas periódicas de sensibilización y capacitación que incluya a los padres de familia en la detección y prevención de factores de riesgo y el fortalecimiento de factores protectores; dentro de lo cual se pueden aplicar talleres vivenciales, juego de roles, entrenamiento en comunicación asertiva y pautas adecuadas de crianza. A los niños y adolescentes se les debe capacitar en el desarrollo de habilidades para la vida, proyecto de vida y el fortalecimiento de la autoestima.

Por otra parte, el suicidio incrementa los problemas sociales por el impacto psicológico que se produce ante la pérdida entre las familias. Por lo tanto, se deben fortalecer los factores protectores y las estrategias de intervención en todos los sectores involucrados. En la actualidad existe desinformación acerca de los factores de riesgo y protectores especialmente entre las familias. Es pertinente hacer mayor investigación, control, monitoreo, seguimiento y planes de mejora en la implementación de programas, estrategias de intervención, factores de riesgo y factores protectores, para que no se obstaculicen los objetivos finales en la prevención del suicidio y se pueda mejorar la curva de aprendizaje y experiencia.

Limitaciones

Una de las limitaciones de este estudio ha sido el tamaño de la muestra y la falta de recursos para ampliar su tamaño. Por otra parte se tiene que desde la administración social del riesgo no se puede tener un control con efectividad sobre los factores de riesgo inmodificables.

Fortalezas

Como fortalezas se destaca que aún siendo una muestra pequeña se encontraron correlaciones positivas en las variables de estudio de la prueba de tamizaje (depresión, ansiedad y desesperanza) y con una significación del 0,01, lo cual muestra la importancia de los instrumentos en la detección del riesgo suicida por su validez y confiabilidad como se ha comprobado en diferentes contextos.

Recomendaciones

Se sugiere a los miembros del Comité Nacional de Convivencia Escolar la implementación de este modelo de intervención de la conducta suicida en el ámbito escolar, no solamente por los resultados obtenidos los cuales muestran una correlación en las variables de estudio sino que también las estrategias propuestas están sustentadas en la literatura encontrada en cuanto a los beneficios para la población.

Antes de esto, se recomienda diseñar todo un módulo de capacitación para padres, estudiantes, docentes, profesionales y personal no especializado en salud como fase a seguir antes de su implementación para que no se presenten barreras de accesibilidad y continuidad en los procesos. También se debe definir la distribución de los temas, las horas de capacitación, el monitoreo, evaluación, seguimiento y control a estas estrategias.

Estos procesos no se desarrollaron en este estudio porque no formaban parte de los objetivos de la investigación. Sin embargo se sugiere desarrollar las estrategias de intervención en los niños con continuidad en la adolescencia, teniendo en cuenta cada periodo de desarrollo evolutivo y los logros alcanzados en cada paso, debido a que la educación emocional es un proceso que comienza desde la infancia.

La aplicabilidad para los padres de familia está dada en el manejo información que permita actuar en forma proactiva, la práctica de pautas de crianza adecuadas y la comunicación asertiva que fortalezcan la cohesión familiar. Para los padres de familia es más práctico hacer las capacitaciones en tiempos no mayores a dos horas debido a los horarios de trabajo de estos. En cuanto a las acciones de las directivas del colegio,

se puede nombrar un comité de vigilancia, control y desarrollo de jornadas de sensibilización para familiares y estudiantes. Se recomienda a los rectores implementar este modelo de atención al interior de cada colegio mediante la preparación de una persona encargada de dirigir las acciones pertinentes, el acompañamiento de una trabajadora social, el líder espiritual de la institución, el coordinador y el psicólogo.

Se requiere capacitar a este personal en el seguimiento y control de casos para evitar la consumación del suicidio; realizar la aplicación de instrumentos para evaluar la depresión y detección de factores de riesgo de la conducta suicida, conocer el manejo de rutas de atención y las estrategias de promoción de la salud que se exponen en este trabajo. Para estas capacitaciones se sugiere la participación del Ministerio de Educación Nacional en coordinación con el Ministerio de Salud y de La Protección Social. También se pueden realizar talleres teórico-prácticos, campañas educativas y de sensibilización a la comunidad en forma periódica.

Se sugiere una nueva clasificación del riesgo suicida que contemple el nivel de riesgo extremo el cual difiere del nivel severo en que no existen factores protectores. Se recomienda la implementación de un pilotaje del modelo en otros colegios con el fin de someterlo a prueba y hacer los ajustes necesarios para su aplicación.

Teniendo en cuenta la capacidad para detectar la sintomatología depresiva, ansiedad y la desesperanza que presentan los instrumentos utilizados en este trabajo, y dada la validez y confiabilidad que han mostrado en diferentes estudios se sugiere la validación de estos para la población colombiana. A continuación se presentan las estrategias que se proponen en este modelo de intervención de la conducta suicida:

Estrategias para la intervención del suicidio

Manejo social del riesgo.

Se espera que una acción concertada a nivel social mediante estas estrategias, conduzca a una reducción de las tasas de mortalidad por suicidio, mediante la atención primaria en salud desde edades tempranas. De acuerdo con un estudio realizado por

Vogel (2011), la prevención, y evitación del riesgo suicida, se puede administrar de manera intersectorial incluyendo la salud y sectores no sanitarios, la educación, los sitios de trabajo, la justicia, la religión, el derecho, la política y los medios de comunicación. Es necesario vincular a las familias con el trabajo realizado para este propósito desde los colegios u otros sectores.

Manejo de factores de riesgo modificables desde la atención primaria en salud.

Es necesario el entrenamiento del personal de salud, la capacitación de líderes religiosos, profesores y comunidad (OMS, 2011; OMS, 2001) en la detección de factores de riesgo y el conocimiento de factores protectores, cada uno en su respectivo nivel de información asimétrica, de acuerdo al enfoque de la administración social del riesgo.

Factores protectores.

Sensibilización de la comunidad.

Basaluzzo Tamborinii et al (2010) refieren que la sensibilización tiene como objeto la desmitificación del acto suicida entre la población general y la divulgación de conocimiento de esta problemática. De esta manera el trabajo realizado desde los colegios o con personal especializado tendrá mayor rendimiento.

Desarrollo de la inteligencia emocional (Modelo de inteligencia emocional de Mayer y Salovey 1997).

En este estudio se tomó este modelo como una de las estrategias de prevención del suicidio, por ser uno de los más reconocidos en diferentes estudios, además de ser susceptible de adaptación al manejo social del riesgo en el contexto escolar. Este modelo consta de cuatro habilidades básicas: habilidad para percibir, valorar y expresar emociones con exactitud, habilidad para acceder y/o generar sentimientos que faciliten el pensamiento, habilidad para comprender emociones y el conocimiento emocional,

habilidad para regular las emociones promoviendo un crecimiento emocional e intelectual (Fernández & Extremera 2009).

El estudio realizado por Extremera & Fernández (2004), recopila evidencia de diferentes estudios que muestran los beneficios que brindan las habilidades sociales en el contexto escolar; También se ha reportado donde los estudiantes que desarrollan estas habilidades presentan mejores niveles de ajuste psicológico y bienestar emocional, mejores redes de apoyo interpersonales y de apoyo, presentan menores conductas desadaptativas o violentas, además de lograr un mayor rendimiento escolar por su capacidad para afrontar el estrés y de ingerir menores cantidades de sustancias adictivas como el alcohol, el tabaco u otras.

Manejo de la ansiedad.

Se deben implementar técnicas que ayuden al manejo de situaciones que provoquen ansiedad como las técnicas de relajación, respiración diafragmática, relajación muscular y autocontrol, la desensibilización sistemática. El entrenamiento en el manejo de la ansiedad también ha mostrado resultados eficaces en diferentes ansiedades situacionales, de manera que prepara al individuo para identificar las señales de ansiedad a nivel cognitivo, emocional y fisiológico, especialmente los primeros signos de activación, para poder reaccionar mediante una conducta que permita disminuir la aversión de la respuesta de ansiedad (Caballo, 2002).

Fortalecimiento de la autoestima.

Se ha encontrado que la autoestima está relacionada con la capacidad de las personas en la resolución de problemas. Según Villalobos (2009) no solamente se necesita poseer la habilidad para resolver problemas, sino que la persona debe creer en sus capacidades y sentirse como tal.

En los estudios realizados por Bryan, Peral, Zimmerman y Matthew (1982, citados por Pequeña & Escurra, 2006), se reporta que los escolares que provienen de familias disfuncionales o negligentes se ven afectados en su rendimiento escolar y adquieren

una autoestima negativa; por el contrario, cuando el niño se siente apoyado desde su familia y se muestra confianza en sus capacidades aunque existan limitaciones, el niño logra mantener una autoestima positiva.

Desarrollo de habilidades para la resolución de problemas.

Los hallazgos de investigaciones frente a este tipo de estrategias han mostrado mejores desempeños en cuanto a competencia social y una disminución del comportamiento antisocial, así como una reducción del comportamiento agresivo e impulsivo, además de estimular el comportamiento prosocial (Caycedo, Gutiérrez, Ascencio & Delgado, 2005), la asertividad en el manejo de las relaciones y la adaptación social (Caballo, 1993; 1987; Godoy, Gavino, Blanco, Martorell, Navarro & Silva 1993; González, Ramos, Caballero & Wagner, 2003; Matson, Rotatori & Helsel, 1983, citados por Coronel, Levin & Mejail, 2011).

Cohesión familiar.

Pavez, Carranza, Santander, Carranza & Vera (2009), hacen mención de varios estudios donde un sistema familiar disfuncional, guarda una gran relación con la conducta suicida, encontrándose como factores de riesgo las dificultades en las relaciones, déficit de una comunicación asertiva, bajos niveles de manifestaciones de afecto o cercanía, altos niveles de control parental, inestabilidad en la estructura familiar, historia familiar con depresión, problemas de origen psiquiátrico, abuso de sustancias, antecedentes de conducta suicida y conflictos legales del padre entre otros.

En razón a que el apego familiar o cohesión familiar se encuentran en la literatura sobre el fenómeno del suicidio como uno de los factores protectores más importantes, se deben implementar estrategias que permitan el fortalecimiento de los vínculos en el hogar, como las pautas de crianza adecuadas, entrenamiento en resolución de conflictos, comunicación asertiva, formación en valores morales sociales, culturales y tradicionales.

Formación en valores.

Otra estrategia como factor protector frente a la conducta suicida que es susceptible de abordar desde la familia, el colegio y la comunidad es una formación en valores culturales y tradicionales (Álvarez Ariza, et al. 2010), valores morales (Villalobos, 2009b), valores sociales.

Desde la perspectiva de Vigotsky (1934) en “la imaginación y el arte en la infancia” se expone que la capacidad creadora en los niños y el fomento de esta capacidad es de gran importancia para el desarrollo general y su madurez; su comprensión no debe ser vista como un divertimento caprichoso sino como una función vital y necesaria, de manera que la imaginación llega a constituirse en una condición casi absolutamente necesaria para toda función del cerebro humano.

En cuanto a los valores tradicionales se aprecia un énfasis en la religión, la obediencia, el patriotismo, la conciencia dirigida a que los padres se sientan orgullosos. En esta clase de valores se desaprueba el divorcio, el aborto y se caracteriza por un proteccionismo económico (López, 2008). La importancia de estos valores radica en que se han encontrado en varios estudios como factores protectores del suicidio. Otros valores que se deben desarrollar y permiten vivir en armonía son los valores sociales como por ejemplo la solidaridad, el trabajo, el respeto, la honestidad (Araujo & Moya, 2006).

Espiritualidad.

Para llevar a cabo esta estrategia es necesaria la participación de líderes religiosos, teniendo en cuenta como ya se ha dicho antes, el respeto de las creencias y la cultura de cada región para que las intervenciones no se hagan contraproducentes. Diversos estudios coinciden en la necesidad de tener en cuenta esta estrategia como factor protector ante el suicidio, exceptuando las culturas que mantengan posiciones fundamentalistas.

Se debe capacitar a los líderes religiosos en la identificación de factores de riesgo y factores protectores frente a la conducta suicida para que puedan brindar una

atención adecuada y oportuna; las personas sienten la necesidad de ser escuchados y entendidos en la mayoría de los casos como consecuencia de los efectos de eventos vitales estresantes.

Estilos de vida saludable.

Costa & López (2008), sugieren que no es efectivo hacer intervenciones sobre conductas aisladas, sino que es más práctico adaptar los entornos para facilitar las prácticas y los estilos de vida saludable.

Modelado.

Costa & López (2008), plantean que una de las estrategias más efectivas que influye en el comportamiento de los niños es la facilitación de modelos saludables, servir de ejemplo y practicar los hábitos en salud que deseamos modelar. Las edades tempranas son fundamentales en la adquisición de aprendizajes que influyen en la vida futura y nos preparan para enfrentar y adaptarnos a los cambios del entorno.

Proyecto de vida.

Al incluir las diferentes áreas de la vida de la persona en el proyecto de vida constituye en un factor protector porque abre diversas posibilidades en el momento de tomar de decisiones y aumenta el valor que las personas dan a la vida; favorece el fortalecimiento de la autoestima positiva, la cohesión familiar, la espiritualidad, y los estilos de vida saludables, los cuales se contemplan como factores de protección frente a la conducta suicida.

Apoyo social y aplicación de políticas en salud.

La legislación en Colombia hace alusión al apoyo social como un factor protector del suicidio, debido a que se constituye en un refugio ante las necesidades físicas y emocionales que en muchas ocasiones destrozan la esperanza futura y el sentido de

vida. Este concepto está sustentado en la legislación colombiana dentro del enfoque del manejo social del riesgo del Ministerio de la Protección social, (ley 1616 de 2013, capítulo II, artículos 12 y 13).

Ley 1616 de 2013 (Capítulo V, artículos, 23, 24, y 25; título VI, artículo 27 sobre la garantía de la participación).

Con estas estrategias se espera afrontar de manera contundente las diferentes manifestaciones de la conductas suicida que están afectando a niños y adolescentes, los cuales han llegado a constituirse en población de alto riesgo según informes del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (2011); se hace énfasis en el manejo social del riesgo debido a su viabilidad y los lineamientos en salud del Ministerio de la Protección Social.

Creación de espacios para la expresión de ideas, emociones, pensamiento crítico y reflexivo como factor protector frente al suicidio.

A través de esta estrategia se busca en primer lugar que los estudiantes tengan un espacio para expresar sus emociones y pensamientos (OMS, 2001), bajo un ambiente de confianza donde se sientan escuchados, atendidos y que forman parte de las soluciones. De esta manera se podrían identificar factores de riesgo como la depresión, desesperanza, problemas familiares o ideación suicida, de tal manera que se puedan remitir posibles casos a un especialista o centro de atención de salud.

Recomendaciones para la evaluación del paciente con riesgo suicida

La organización Mundial de La Saluda través de su edición de clasificación CIE-10-AP, 1996 (citada por Bobes García, et al. 2011, p.p. 99-100) refiere las siguientes recomendaciones:

1. “Evaluación del riesgo suicida en un futuro inmediato
2. Ideación suicida (esporádica versus persistente)

3. determinación (si el suicidio es una posibilidad o una determinación firme)
4. Plan suicida (a mayor nivel de elaboración se aumenta el riesgo)
5. Soledad (la falta de apoyo social o familiar incrementa el riesgo)
6. Consumo de alcohol u otras sustancias
7. Dificultades sociales (marginación, desempleo, falta de expectativas).

Evaluación cuando existe un intento suicida reciente o con ideación suicida.

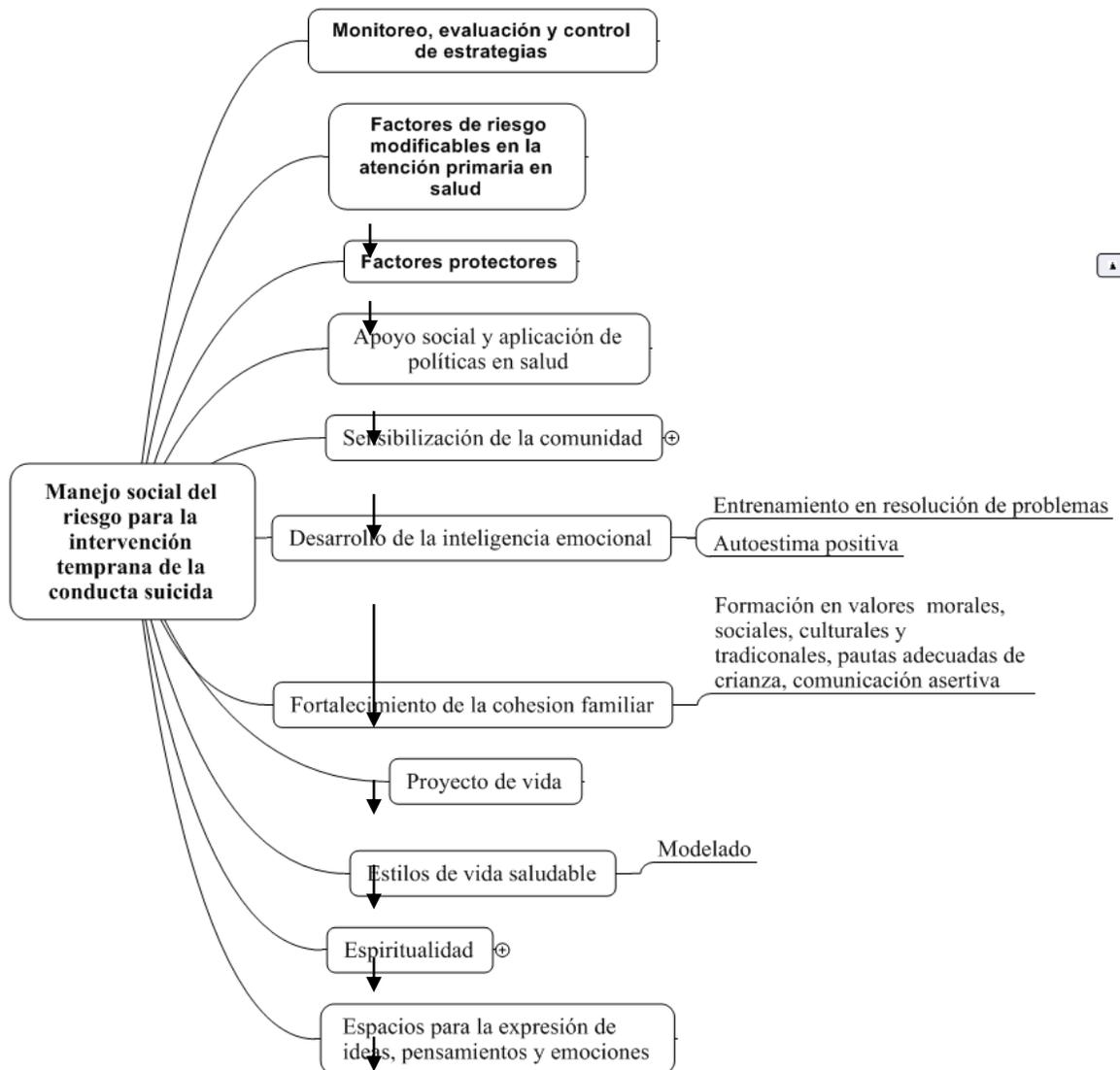
1. Peligrosidad del método elegido
2. Grado de convicción sobre eficacia del método elegido
3. Posibilidad de ser descubierto
4. ·Grado de alivio al ser salvado
5. ·Propósito del comportamiento suicida (intentaba transmitir un mensaje o morir)
6. Grado de planificación
7. Existencia de cambios en la situación psicológica o vital relacionada con el comportamiento suicida”.

En caso de observar ideación suicida en un estudiante, compañero, familiar o persona cercana Álvarez Ariza, et al. (2012, p.p. 325-326), recomiendan lo siguiente:

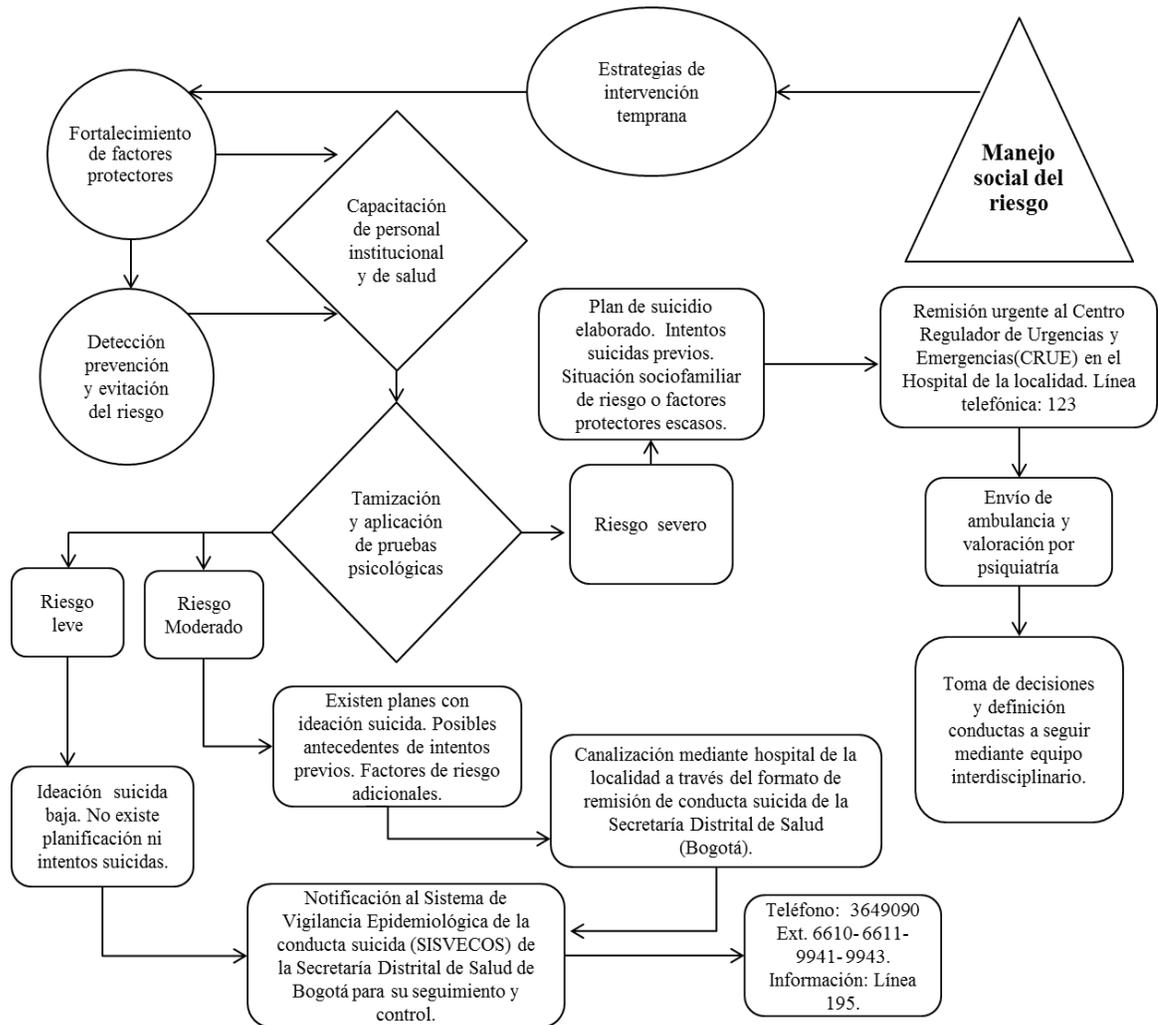
1. “Hablar con la persona afectada y con otras que le conozcan
2. Mostrar interés en su necesidad y comunicarle que hay personas que le pueden brindarle ayuda y que en un futuro se sentirá mejor.
3. Eliminar el acceso a cualquier método de suicidio y no dejar a la persona sola.
4. Conseguir información sobre los centros de ayuda.
5. Conservar la calma.
6. Valorar el riesgo. si existe un plan o los medios para ejecutarlo
7. Estar atento y actuar de inmediato para mayor seguridad
8. ·Trata de no actuar de forma exagerada”.

Aunque las anteriores recomendaciones tienen un componente mayormente enfocado en la atención secundaria y terciaria en salud, se han tenido en cuenta con el fin de ofrecer información útil que pueda salvar vidas. Por otra parte desde el manejo social del riesgo se busca actuar de manera proactiva buscando generar externalidades a partir de la curva de aprendizaje y experiencia.

Estrategias para la intervención de la conducta suicida.

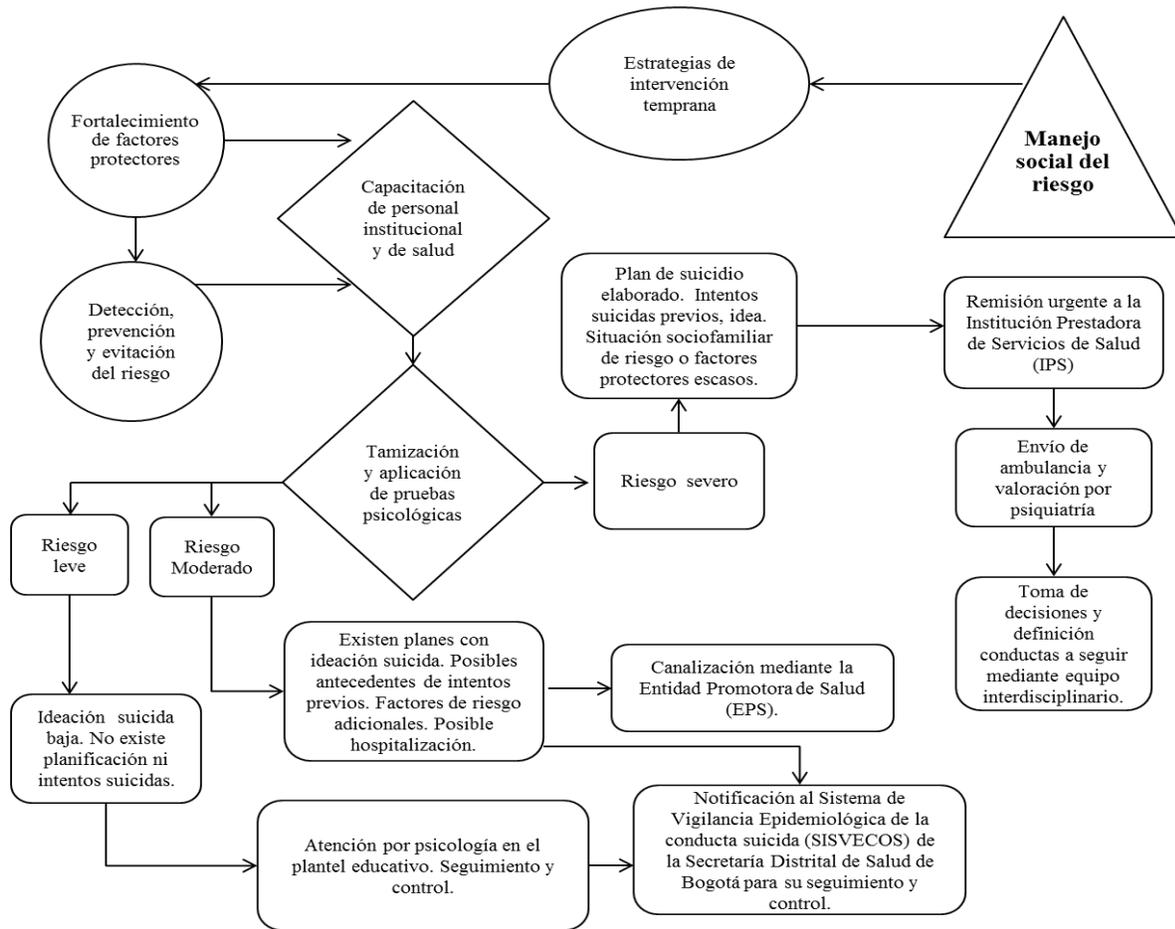


Ruta 1. Detección y atención del riesgo suicida para colegios públicos de Bogotá.



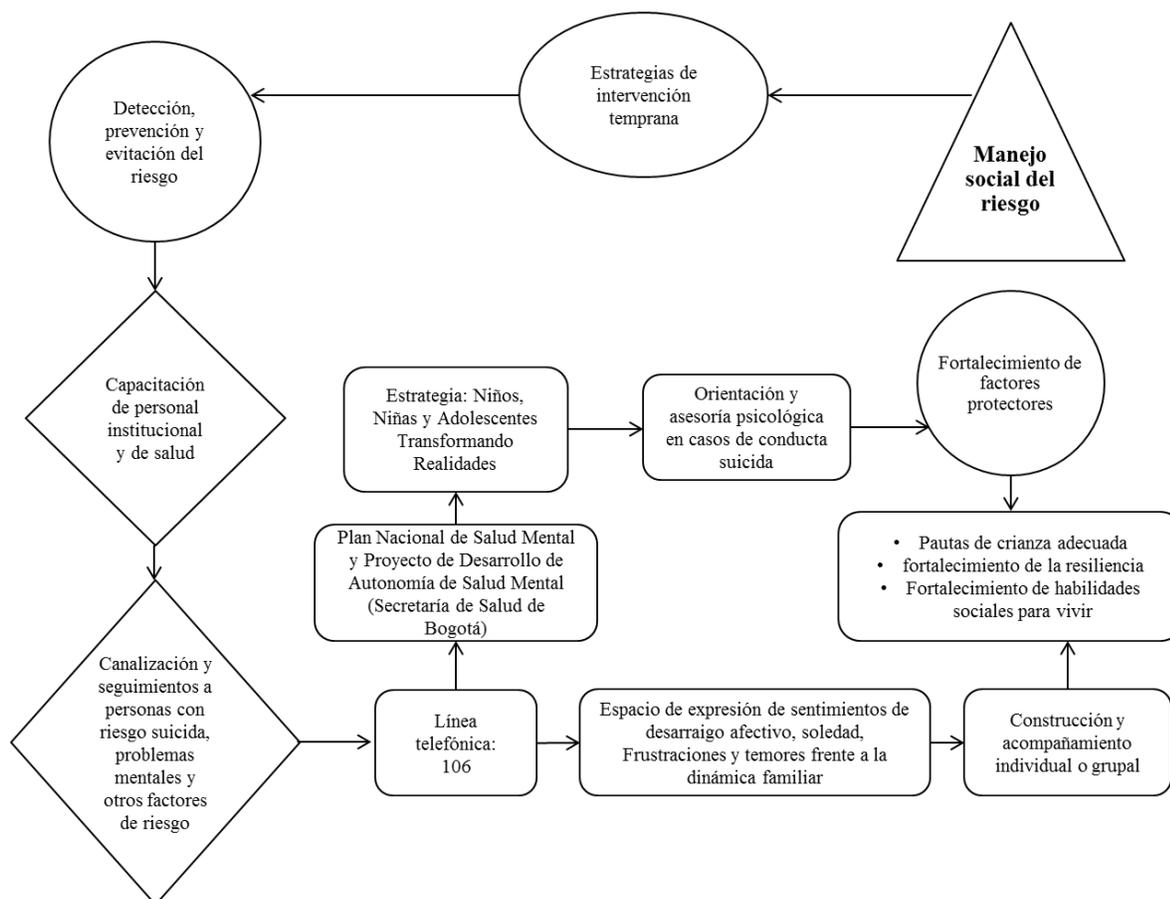
Adaptado de Álvarez Ariza et al. (2010), Bryan y Rudd (2006, citados por Gómez 2012) sobre clasificación del riesgo suicida, y la ruta actual de atención en suicidio de la secretaría de Salud de Bogotá (2013) para colegios públicos y privados.

Ruta 2. Detección y atención del riesgo suicida para colegios privados de Bogotá.



Adaptado de Álvarez Ariza et al. (2010), Bryan y Rudd (2006, citados por Gómez, 2012) sobre clasificación del riesgo suicida, y la ruta actual de atención en suicidio de la secretaría de Salud de Bogotá (2013) para colegios públicos y privados.

Ruta 3. Atenciones en suicidio, factores de riesgo y factores protectores para niños, niñas y adolescentes en la ciudad de Bogotá.



Adaptado de la ruta actual de atención en suicidio de la Secretaría de Salud de Bogotá y el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Conducta Suicida SISVECOS (Moncada 2013). En la actualidad existe un documento sobre ruta de atención para conducta suicida en escolares en la Secretaría de Salud de Bogotá, el cual se encuentra en proceso de validación.

Referencias

- Alcántar, E. M. I. (2002). *Prevalencia del intento suicida en estudiantes adolescentes y su relación con el consumo de drogas, la autoestima, la ideación suicida y el ambiente familiar*. (Tesis de licenciado en psicología, Universidad Nacional Autónoma de México). Recuperado de www.uade.inpsiquiatria.edu.mx/.../tesis_isabel_alcantar.pdf
- Alejo, A. H., & Cardona, G. G. P. (2011). Guía Operativa, Plan de Intervenciones Colectivas. Sistema de Vigilancia Epidemiológica SISVECOS, Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. Recuperado de http://saludpublicabogota.org/wiki/images/c/c1/GO_SISVECOS.pdf
- Alejo, H.; González, O. J. O., & Hernández W. (2003). Conducta suicida según ciclo vital. *Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses*, 108-118. Recuperado de <http://www.medicinalegal.gov.co/images/stories/root/FORENSIS/2003a/Suicidio.pdf>
- Aliaga, T. J.; Rodríguez, R. L., Ponce, D. C., Frisancho, L. A., & Enríquez, V. J. (2006). Escala de desesperanza de Beck (BHS): adaptación y características psicométricas. *Revista de investigación en psicología*, 9, (1), 69-79. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S160974752006000100005&script=sci_arttext
- Alvarado, Ch., Cruz, J.M., & Maza, E. (s.f.). El Bullying y sus implicaciones legales: Manual para Colegios, p. 004. Recuperado de <http://www.probono.cl/documentos/documentos/manual%20bullying.pdf>
- Álvarez, A. M., Atienza, M. G.; Canedo, M. C. Castro, B. M. Combarro, M. J. De las Heras, L.E., Ferrer, G. V. E., García, C. A., González, G. A., Guitián, R. D., Maceira, R. M. C., Martínez, A. B.; Mazaira, C. J., Mosteiro, A. M. L., Pérez, M. L., Reijas, R. T., & Triñanes, P. Y. (2012). *Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. I. Evaluación y Tratamiento*. [Versión del del grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agencia de Avaluación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia (avalia-t). Guías de Práctica Clínica en el SNS: Avalia-t 2010/02]. Recuperado de http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_481_Conducta_Suicida_Avaliat_vol1_compl.pdf
- Amitai, M., & Apter, A. (2012). Social Aspects of Suicidal Behavior and Prevention in Early Life: A Review. *Interntional Journal of Environmental Research and Public Health*, 9, (3): 985–994. doi: 10.3390/ijerph9030985

- Araujo, J. S., & Moya, R. F. A. (2009). Paco y los valores sociales, cartilla básica (paz, acción, convivencia). *Cruz Roja Colombiana*, p.p. 3-42. Recuperado de http://www.cruzrojacolombiana.org/publicaciones/pdf/Cartilla%20Paco_1372010_103353.pdf
- Ayuso, M. J. L., Baca, G. E., Bobes, J., Giner, J., Giner, L., Pérez, V., Sáiz, P. A., Sáiz, R. J., & Grupo RECOMS (2012). Recomendaciones preventivas y manejo del comportamiento suicida en España. *Revista de psiquiatría y salud mental*, 5, (1), 8-23. Recuperado de http://www.unioviado.es/psiquiatria/publicaciones/documentos/2012/2012_Ayuso_Recomendaciones.pdf
- Basaluzzo, T. S., Benito, R. O., Calvo, A. M., Cantarero, V. M., Cerezo, C. I., Corredera, G. M. A., González, A. E. M., López, N. M., Perea, B. J. M., Pérez, C. L., Rodríguez, M. E. M., Rueda, L. F. R., Ruiz, R. M., & Zafra, J. R. (2010). *Recomendaciones sobre la detección, prevención e intervención de la conducta suicida*. [Versión del Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud]. Recuperado de http://www.junta.deandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?pag=../publicaciones/datos/390/pdf/RecomendacionesDPI_Conducta_Suicida.pdf
- Beltrán, O. M. E., Reyes, M., & Palacios, L. G. (2012). Análisis de la conducta suicida. Sistema de vigilancia epidemiológica en conductas suicidas SISVECOS. Hospital Centro Oriente II nivel E.S.E. Recuperado de <http://www.esecentrooriente.gov.co/hco/images/stories/pic/BoletinesEpidemiologicosSemanales/bol%20epid%20sisvecos%20asis%20final.pdf>
- Bobes, G. J., Giner, U. J., & Saiz, R. J. (2011). *Suicidio y psiquiatría. Recomendaciones preventivas y de manejo del comportamiento suicida*. [Versión de la Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental]. Recuperado de http://www.fepsm.org/files/publicaciones/Suicidio_y_Psiquiatr%C3%ADa-Texto.pdf
- Bobes, G. J., García, P.M. P., Bascarán, F. M. T., Sáiz, M. P. A., & Bousoño, G. M. (2002). *Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica*. [Versión de la Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental]. Recuperado de http://www.dipucadiz.es/opencms/export/sites/default/dipucadiz/galeriaFicheros/drogodependencia/informes/Banco_de_Instrumentos_Bxsicos_para_la_Prxctica_de_la_Psiquiatrxa_Clxnica.pdf
- Buela, C. G., Carretero, D. H., & De los Santos, R. M. (2001). Relación entre la depresión infantil y el estilo de respuesta reflexivo-impulsivo. *Salud Mental*, 24, (3), 17-23. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58232404>
- Bullock, M., Nadeau, L., & Johanne, R. (2012). Spirituality and Religion in Youth Suicide Attempters' Trajectories of Mental Health Service Utilization: The Year

before a Suicide Attempt. *Journal of Canadian Academy of Child And Adolescent Psychiatry*, 21, (3), 186-193. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3413468/>

Caballo, V. E. ((2002). Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos, volumen 1. Madrid: Siglo XXI de España editores, S. A.

Capra, F. (1996). *La trama de la vida. Una perspectiva de los sistemas vivos*, p.p. 56-57. [Versión de Editorial ANAGRAMA, S. A. 1998]. Recuperado de <http://www.fisica.ru/dfmg/teacher/archivos/23628553-Capra-Fritjof-La-trama-de-la-vida-1996.pdf>

Caycedo, C., Gutiérrez, C., Ascencio, V., & Delgado, A. P. (2005). Regulación emocional y entrenamiento en solución de problemas sociales como herramienta de prevención para niños de 5 a 6 años. *Suma Psicológica*, 12, (2), p.p. 157-173. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/1342/134219278002.pdf>

Chávez, H. A. M., Medina, N. M. C., & Macías, G. L. F. (2008). Modelo psicoeducativo para la prevención del suicidio en jóvenes. *Salud Mental*, 31, (3), 1-25. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0185-33252008000300005&script=sci_arttext

Chica, U. H. L. (2010). La respuesta de muchos, la experiencia de la vida: el suicidio. *Instituto de medicina legal y ciencias forenses. Datos oficiales sobre la violencia en Colombia en el 2010*, 3-36 Recuperado de http://www.medicinalegal.gov.co/index.php?option=com_content&view=article&id=193:forensis-2010&catid=19:forensis&Itemid=154

Cifuentes, O. S. L. (2012). Violencia autoinfligida desde el sistema médico-legal colombiano. Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Informe Forensis, datos para la vida, p.p 323-347. Recuperado de <http://www.medicinalegal.gov.co/images/stories/root/FORENSIS/2012/5%20suicidio%20forensis%202012.pdf>

Colombia. Congreso de la República. Ley N° 1616. (21, enero, 2013). "Por medio de la cual se expide la ley de salud mental y se dictan otras disposiciones". Recuperado de <http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Leyes/Documents/2013/LEY%201616%20DEL%2021%20DE%20ENERO%20DE%202013.pdf>

Colombia. Congreso de la República. Ley N° 1620. (15, marzo, 2013). "Por la cual se crea el Sistema Nacional de Convivencia Escolar y Formación para el Ejercicio de los Derechos Humanos, la Educación para la Sexualidad y la Prevención y Mitigación de la Violencia Escolar". Recuperado de

http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley/2013/ley_1620_2013.html

Colombia. Congreso de la República. Ley 1438. (19, enero, 2011). "Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones". Recuperado de http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley/2011/ley_1438_2011.html

Colombia. Congreso de la República. Ley 1361. (3, diciembre, 2009). "Por medio de la cual se crea la Ley de Protección Integral a La Familia". Recuperado de <http://www.minsalud.gov.co/Normatividad/LEY%201361%20DE%202009.pdf>

Colombia. Congreso de la República. Ley 1122. (9, enero, 2007). "Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones". Recuperado de <http://www.minsalud.gov.co/Normatividad/LEY%201122%20DE%202007.pdf>

Colombia. Congreso de la República. Ley 1098. (8, noviembre, 2006). "Por la cual se expide el Código de la Infancia y la Adolescencia". Recuperado de <http://www.icbf.gov.co/portal/page/portal/PortalICBF/Especiales/SRPA/ClyA-Ley-1098-de-2006.pdf>

Córdova, O. M., Rosales, P. J. C., Luz de Lourdes Eguiluz, R. L. D. L. (2005). La didáctica constructiva de una escala de desesperanza: resultados preliminares Enseñanza e Investigación en Psicología, 10, (2), p.p. 311-324. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/292/29210207.pdf>

Cornejo A. A. (2004) *La teoría de caos aplicada*. Capítulo 4, p.p. 12-15. Recuperado de <http://isis.faces.ula.ve/computacion/emvi/libreria/2004/aca/4.pdf>

Coronel, C. P., Levin, M., & Mejail, S. (2011). Las habilidades sociales en adolescentes tempranos de diferentes contextos socioeconómicos. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 9, (23), 241-261. Recuperado de <http://www.redalyc.org/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=293122834012>

Cortés, A. A., Aguilar, V. J., Suárez, M. R., Rodríguez, D. E., & Durán, R. J. S. (2011). Risk factors associated with the suicide attempt and the criteria on it happened in the adolescents. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 27; (1), 1-8. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252011000100004

Costa, C. M., & López, M. E. (2008). *Educación para la salud. Guía práctica para promover estilos de vida saludables*, p.p. 44, 370-371. Madrid: Ediciones Pirámide

Cruz, L. M. (2009). La conducta suicida: Un fenómeno subjetivo que se configura en lo social; *Facultad de psicología Universidad de la Sabana*, p.p. 10-16.

Recuperado de <http://intellectum.unisabana.edu.co:8080/jspui/bitstream/10818/2544/1/121915.pdf>

- De Hoyos, G., Corvalán, P., Fortuna, F., & Saravia, E. (2011). Guía de recomendaciones sobre la prevención del suicidio en las comunidades Neuquinas. *Subsecretaría de salud. Dirección General de Atención Primaria de la Salud. Departamento de Salud Comunitaria. Programa de Prevención y Control del Trauma. Departamento de Salud Psicosocial*, 6-30. Recuperado de http://www4.neuquen.gov.ar/salud/images/archivo/Programas_prov/Suicidios/Gua_recomendaciones_prevencion_suicidios_final_II.pdf
- Del Castillo, R. (2007). Guías de prevención y detección de factores de riesgo de conductas suicidas. *Ministerio de Salud Pública, República Oriental del Uruguay, Dirección General de la Salud. Programa Nacional de Salud Mental*, p.p 2-34. Recuperado de https://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:Pik83MKR21gJ:www.msp.gub.uy/andocasociado.aspx%3F5712,21634+&hl=es&gl=co&pid=bl&srcid=ADGEESgdOzfEPGTvVdempinxQQY9qXVNTKIDiE2Nv80k94NiZPuZC_qjpGFh0n6ULz-w2EHVo_sowPGsj0uUBXK1yS_0npITnUZkELhpJ7XnuWc3FREtoUOVembIR4Fa0-Hp9XjaaVxv&sig=AHIEtbR32etJqwJ2i8soU2RYEU4Gnap4YA
- Díaz, A. F., Prados, C. M., & Ruiz, V. M. (2004). Bullying, depression and suicidal ideation in adolescents. *Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente*, 2004 4(1); 10-19. Recuperado de <http://www.paidopsiquiatria.com/rev/numero4/art4.pdf>
- Díaz, B. S. (2009). Primeras reflexiones de los fractales, la teoría del caos y su aplicación en el aula. *Red Visual*, 9, (10), p.p 1-6. Recuperado de <http://www.redvisual.net/pdf/9-10/a10.pdf>
- Durán, S. E. (2005). La estrategia de escuela saludable. *Departamento de Pediatría, Facultad de Medicina Universidad Nacional de Colombia. TIPICA, Boletín electrónico de salud escolar*, 1, (1), 1-4. Recuperado de <http://www.bvsde.paho.org/bvsacdcd51/duran.pdf>
- Durkheim É. (1897). *El suicidio*. Sexta edición 2008. Madrid: Ediciones Akal. Recuperado de http://books.google.com.co/books?id=shxocciBuVEC&printsec=frontcover&dq=inautor:%22%C3%89mile+Durkheim%22&source=bl&ots=KESCTixX76&sig=1Z_Rt35XdgHzujNA8ielgzAf03M&hl=es&sa=X&ei=PbtzUKbrE4qo9gSl64CgDQ&ved=0CDcQ6AEwAQ#v=onepage&q&f=false
- Extremera, P. N., & Fernández, B. P. (2004). El papel de la inteligencia emocional en el alumnado: evidencias empíricas. *Revista electrónica de investigación educativa*, 6, (2), 1-17. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=15506205>

- Fernández, B. P., & Extremera, P. N. (2009). La inteligencia emocional y el estudio de la felicidad. *Revista interuniversitaria de formación del profesorado*, 66, (23,3), 85-108. Recuperado de http://www.aufop.com/aufop/uploadedfiles/articulos/1258_587746.pdf
- Florenzano, V. F. (2008). Investigación y prevención del suicidio en Chile: Contribución de los aspectos contextuales y sociales. *Departamento de psiquiatría, Centro de Extensión PUC, Aula Magma Santiago de Chile*, 1-20. Recuperado de http://www.psiquiatriauc.cl/system/files/Jornada-Suicidio_Presentacion_Sra_Francisca_Florenzano.pdf
- Fuentes, L. M. M., González, A. A. F., Castaño, C. J. J., Hurtado, A. C. F., Ocampo, C. P. A., Páez, C. M. L., Pava, G. D. M., & Zuluága, G. L. M. (2009). Riesgo suicida y factores relacionados en estudiantes de 6° a 11° grado en colegios de la ciudad de Manizales. *Archivos de Medicina*, 9, (2), 110-122. Recuperado de http://www.umanizales.edu.co/publicaciones/campos/medicina/archivos_medicina/html/publicaciones/edicion_9-2/5_riesgo_suicida_colegios.pdf
- García, H. R. L., & Ramírez, M. A. J. (2010). Riesgo suicida y cohesión familiar en estudiantes de la carrera de medicina. Universidad de Oriente Núcleo Bolívar (Venezuela). Recuperado de <http://ri.biblioteca.udo.edu.ve/bitstream/123456789/2868/1/03-Tesis.RIESGO%20SUICIDA%20Y%20COHESI%C3%93N%20FAMILIAR.pdf>
- Gil, T. J. A., & Nope, A. M. Y. (2011). Condiciones de Seguridad en Bogotá D.C. año 2010, Veeduría Distrital. *Vivir en Bogotá*, 34, p.p. 22-27. Recuperado de http://www.veeduriadistrital.gov.co/veeduria/media/file/Publicaciones/3_SEGURIDAD%202010.pdf
- Goldston, D. B., Davis, M. S., Whitbeck, L. B., Murakami, J. L., Zayas, L. H., & Nagayama, S. G. C. (2008). Cultural Considerations in Adolescent Suicide Prevention and Psychosocial Treatment. *American Psychologist*, 63, (1): 14–31. doi: 10.1037/0003-066X.63.1.14
- Gómez, A. (2012). Evaluación del riesgo de suicidio: Enfoque actualizado. *Revista Médica de Clínica Las Condes*, 23, (5), 607-615. Recuperado de http://www.clc.cl/Dev_CLC/media/Imágenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2012/5%20sept/11_Dr--Alejandro-Gomez-C.-4.pdf
- González, O. J. O., & Hernández, C. H. W. (2006). Suicidios Colombia 2006. *Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, Forensis*, 283-312. Recuperado de <http://www.medicinalegal.gov.co/images/stories/root/FORENSIS/2006/Suicidios.pdf>
- González, O. J. O. (2001). Suicidios en Colombia 2001. *Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses*, 2-26. Recuperado de <http://www.Medicinalegal.gov.co/images/stories/root/FORENSIS/2001/Suicidios.pdf>

- Hernández, G. L., Bermúdez, O. G., Spence, H. S., González, M. M. J., Martínez, G. J. I., & Aguilar, V. J., G. J. (2010). Versión en español de la Escala de Ansiedad para Niños de Spence (SCAS) *Revista Latinoamericana de Psicología*, 42, (1), 13-24. Recuperado de <http://openjournal.konradlorenz.edu.co/index.php/rlpsi/article/view/431/302>
- Hernández, C. W. (2002). Los Suicidios En Colombia entre el libre albedrío y la prevención. *Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses*, 114-127. Recuperado de <http://www.medicinalegal.gov.co/index.hp/publicaciones/forensis/74-forensis-2002?lan g=en>
- Holzmann, R., & Jørgensen, S. (2000). Manejo Social del Riesgo: Un nuevo marco conceptual para la Protección Social y más allá. Documento de trabajo No. 0006 sobre protección social. *Departamento de Protección Social, Red de Desarrollo Humano, Banco Mundial* p.p. 1-36. Recuperado de <http://siteresources.worldbank.org/SOCIALPROTECTION/Resources/0006Spanish.pdf>
- Jiménez, S. A. Z. (2013). *Estrategia: Niños, Niñas y Adolescentes Transformando Realidades* (Informe 103665230034). Bogotá: Secretaría Distrital de salud.
- Kovacs, M. (1992). *Inventario de depresión infantil. Adaptación española. Multi-health System. Toronto (Canadá)*. Madrid: TEA Ediciones, S.A.
- Londoño, J. L., & Frenk, J. (1999). Pluralismo estructurado: Hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina. *Banco interamericano de Desarrollo*, p.p.1-32. Recuperado de <http://salud.edomex.gob.mx/html./Medica/MODELO%20INNOVADOR%20PARA%20REFORMA%20DE%20LOS%20SISTEMAS%20DE%20SALUD.%20BID.PDF>
- López, O. M. (2008). *Perfil valoral de los egresados de la educación secundaria en baja California*. (Tesis para obtener el grado de maestro en ciencias educativas, Universidad Autónoma de Bja California). Recuperado de <http://iide.ens.uabc.mx/blogs/mce/files/2010/10/Tesis-completa-encryptada.pdf>
- Macana, T. N. L. (2011). Comportamiento del suicidio en Colombia. *Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses*, 3-23. Recuperado de <http://www.Medicinalegal.gov.co/images/stories/root/FORENSIS/2011/6-F-11-Suicidio.pdf>
- Maldonado, C.E. (2005). Ciencias de la complejidad: Ciencias de los cambios súbitos. *Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal*. ISS: 1794-1113, p. 4. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=53200205http://www>.

- Maldonado, C. C. E. (2007). El problema de una teoría general de la complejidad. *Complejidad: ciencia, pensamiento y aplicaciones*, Bogotá, Universidad Externado de Colombia, pág. 101-132. Recuperado de <http://www.carlosmaldonado.org/articulos/EL%20PROBLEMA%20DE%20UNA%20TEOR%C3%89A%20GENERAL%20DE%20LA%20COMPLEJIDAD.pdf>
- Maldonado, C. C. E.; Gómez, C. N. A. (2010). El mundo de las ciencias de la complejidad. Un estado del arte. Documento de Investigación No. 76. *Centro de Estudios Empresariales para la Perdurabilidad – CEEP. Laboratorio de Modelamiento y Simulación Empresarial – LMyS Universidad el Rosario, Bogotá, Colombia, p.p. 12-28.* Recuperado de [http://www.carlosmaldonado.org/articulos/DI76_Admon_agosto%2023%20\(2\).pdf](http://www.carlosmaldonado.org/articulos/DI76_Admon_agosto%2023%20(2).pdf)
- Mansilla, I. F. (2010). *Suicidio y prevención*, p.p. 41-78. [Versión de InterSalud]. Recuperado de http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/bitstream/10401/3146/1/suicidio_y_prevenccion_fernando_mansilla_izquierdo.pdf
- Michelson, L., Sugai, D. P., Wood, R. P., & Kazdin, A. E. (1987). *Las habilidades sociales en la infancia: evaluación y tratamiento*. Barcelona: Ediciones Martínez Roca, S. A.
- Ministerio de la Protección Social (2007). Decreto 3039 de 2007. Por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010. Recuperado <http://www.minsalud.gov.co/Normatividad/DECRETO%203039%20DE%202007.PDF>
- Ministerio de la Protección Social, República de Colombia (2013). Le y número 1090 del 6 de septiembre de 2006. Por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología, se dicta el Código Deontológico y Bioético y otras disposiciones. Recuperado de http://www.upb.edu.co/pls/portal/docs/PAGE/GPV2_UPB_MEDELLIN/PGV2_M030_PREGRADOS/PGV2_M030040020_PSI COLOGIA/CODIGO_ETICO/CODIGO%20DEONTOLOGICO%20Y%20BIOETICO.PDF
- Ministerio de Salud República de Colombia (2013). Resolución N° 008430 del 4 de octubre de 1993. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Recuperado de http://www.dib.unal.edu.co/promocion/etica_res_8430_1993.pdf
- Molina, V., Hernández, Z., Samayoa, L., Luján, R., López, A. L., & Garcés, C. (2003). Sistematización de Escuelas Saludables. Lecciones Aprendidas en el Proceso de Implementación de la Estrategia de Escuelas Saludables. *Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá-INCAP. Centro Regional de la Oficina Sanitaria Panamericana, 1-32.* Recuperado de <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd51/siste.pdf>

- Moncada, M. A. M. (2013). Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Conducta Suicida SISVECOS, Guía Operativa. *Secretaría distrital de Salud, Dirección de Salud Pública, Área de Vigilancia en Salud Pública*, p.p. 1-62. *Alcaldía Mayor de Bogotá*. Recuperado de http://saludpublicabogota.org/wiki/images/7/73/GUIA_OPERATIVA_SISVECOS_MARZO_2013.pdf
- Nock , M. K., Borges, G., Bromet, E. J., Cha, C. B., Kessler, R. C., & Lee, S. (2008). Suicide and Suicidal Behavior. *Epidemiologic reviews*, 30, (1), 133-154. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2576496/>
- Nope, A. M. Y. (2013). Informe de seguridad en Bogotá. Comportamiento de las muertes violentas. Veeduría Distrital. Recuperado de http://www.veeduriadistrital.gov.co/veeduria/media/file/Publicaciones/42_Boletin_Ejecutivo_Muertes_violentas_primer_trimestre_2013.pdf
- Norman, R. E., Byambaa, M., De, R., Butchart, A., Scott, J., & Vos, T. (2012). *The Long-Term Health Consequences of Child Physical Abuse, Emotional Abuse, and Neglect: A Systematic Review and Meta-Analysis*. *Pos Med.*, 9, (11), e1001349. . doi: 10.1371/journal.pmed.1001349
- Ojeda, R. D. E., & Villalobos, G. F. H. (2011). Elementos para Una Política Pública desde la Percepción del Suicidio en Nariño. *Revista Colombiana de Psicología*, 20, (1), 7-17. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-54692011000100005&lng=en&nrm=iso&tlng=es
- Organización Mundial de la Salud (1992). Trastornos mentales y del comportamiento. CIE10. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Madrid: Técnicas gráficas FORMA, S. A.
- Organización Mundial de la Salud (2001). Prevención del suicidio. Un instrumento para docentes y demás personal institucional. Trastornos mentales y cerebrales, Departamento de Salud Mental y Toxicomanías, Ginebra, p.p. 4-13. Recuperado de http://www.who.int/mental_health/media/en/63.pdf
- Organización Mundial de la Salud (2011). Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada. *Programa de acción mundial para superar las brechas en salud mental*, p.p. 74-83. Recuperado de http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789243548067_spa.pdf
- Ortega, R., Mora, M. J. A., & Jäger, T. (2007). *Actuando contra el bullying y la violencia escolar. El papel de los medios de comunicación, las autoridades locales y de Internet* [Versión de Empirische Paedagogik e. V. E-Book]. Recuperado de en <http://www.bullying-in-school.info>

- Palacios, M. L. (2012). La Protección y cuidado de la vida es mi cuento. *Alcaldía Mayor de Bogotá. Secretaría de Educación del Distrito*, 1-34. Recuperado de http://www.sedbogota.edu.co/archivos/Temas%20estrategicos/Salud_Colegio/2012/julio/LA%20PROTECCION%20Y%20CUIDADO%20DE%20LA%20VIDA%20ES%20MI%20CUENTO.pdf
- Pavez, P., Santander, N., Carranza, J., & Vera, V. P. (2009). Familial risk factors for suicide among adolescents with depression. *Revista médica de Chile*, 137, (2), 226-233. doi: 10.4067/S0034-98872009000200006.
- Pequeña, C. J., & Escurra, M. L. M. (2006). Efectos de un programa para el mejoramiento de la autoestima en niños de 8 a 11 años con problemas específicos de aprendizaje. *Revista IIPSI*, 9, (1), 9-22. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Psicología. Recuperado de http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/investigacion_psicologia/v09_n1/pdf/a02v9n1.pdf
- Pereira, M. F., Cristancho, V., Criales, A. E., & Sánchez, A. (2000). Incidencia del Parasuicidio y descripción de algunas variables sociodemográficas en los casos atendidos por el centro regulador de urgencias (CRU), de la Secretaría distrital de Salud entre noviembre de 1998 y diciembre de 2000. *Cuadernos Hispanoamericanos de psicología*, 2, (1), 91-135. Recuperado de http://www.uelbosque.edu.co/sites/default/files/publicaciones/revistas/cuadernos_hispanoamericanos_psicologia/volumen2_numero1/articulo_7.pdf
- Pérez, B. S. A. (2011). Factores protectores del suicidio, p.p 1-18. Red mundial de suicidiólogos. Recuperado de <http://www.adolescenciaalape.org/sites/www.adolescenciaalape.org/files/Factores%20Protectores%20del%20Suicidio%20Prof%20Sergio%20Perez.pdf>
- Pérez, O. I., Téllez, C. D. L., Vélez, T. A. L., & Ibáñez, P. M. (2012). Caracterización de factores asociados con comportamiento suicida en adolescentes estudiantes de octavo grado, en tres colegios bogotanos. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 41, (1), 1-16. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502012000100004&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
- Kuramoto, J. S., Runeson, B., Stuart, E. A., Lichtenstein, P., Wilcox, A. C. (2013). *Time to Hospitalization for Suicide Attempt by the Timing of Parental Suicide During Offspring Early Development*. *JAMA Psychiatry*, 70, (2):149-157. doi:10.1001/jamapsychiatry.2013.274.
- Ramírez, B. R. J. (2009). *Adaptación del inventario de depresión infantil de Kovacs en escolares de la ciudad de Cajamarca*. (Tesis para optar por el título de licenciado en Psicología, Pontificia Universidad Católica del Perú). Recuperado de <http://tesis.pucp>

edu.pe/repositorio/bitstream/handle/123456789/409/RAMIREZ_BARRANTES_R
ENATO_ADAPTACION_INVENTARIO_DEPRESION.pdf?sequence=1

- Rey, S. F. (2009). Modelo de gestión operativa para el componente de salud mental en atención primaria en salud. *Ministerio de la Protección Social, República de Colombia*, 1-64. Recuperado de <http://www.minsalud.gov.co/rea%20de%20trabajo%20colaborativo/Atenci%C3%B3n%20primaria%20en%20salud%20-%20APS/DOCUMENTO%20FIN%20AL%20MODELO%20GESTI%C3%93N.pdf>
- Schwartz, L. M., Zalsman, G., Giner, L., & Oquendo, M. A. (2012). *¿ Can we really prevent suicide? National Institute Of Health. Curr Psychiatry Rep.*, 14, (6), 624–633. doi: 10.1007/s11920-012-0318-3
- Secretaría Distrital de Salud (2012). Plan Territorial de Salud Bogotá Distrito Capital 2012 - 2016 Bogotá D.C., p.81. Recuperado de <http://www.hospitalfontibon.gov.co/files/PLAN%20TERRITORIAL%20DE%20SALUD%20MAYO%202012%2002.PDF>
- Spence, H. S. (2011). Escala de ansiedad infantil de Spence (SCAS). Información para especialistas e investigadores. Recuperado de http://scaswebsite.com/index.php?P=1_8
- Suárez, C. Y. (2012). La inteligencia emocional como factor protector ante el suicidio en adolescentes. *Revista de Psicología GEPU*, 3, (1), 182 - 200. Recuperado de <http://www.revistadepsicologiagepu.es.tl/La-Inteligencia-Emocional-como-Factor-Protector-ante-el-Suicidio-en-Adolescentes.htm>
- Taborda, R. L. C., & Téllez, V. J. (2012). El suicidio en cifras. Neurobiología, factores de riesgo y prevención, p.p. 25-40. Recuperado de <http://es.scribd.com/doc/56669903/2-EL-SUICIDIO-EN-CIFRAS-OK>
- Taha, N., Florenzano, R., Sieverson, C., Carolina Aspillaga, C., & Alliende, L. (2011). Spirituality and religiosity as a protective factor in depressive women with suicidal risk: expert consensus. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 49, (4), 347-360. Recuperado de <http://www.scielo.cl/pdf/rchnp/v49n4/art06.pdf>
- Uribe, A. F., Orcasita, L. T., & Aguillón, G. E. (2012). Bullying, redes de apoyo social y funcionamiento familiar en adolescentes de una institución educativa de Santander, Colombia. *Psicología. Avances de la disciplina*, 6, (2), 83-89. Recuperado de <http://www.usbbog.edu.co:8080/index.php/Psicologia/article/view/264/215>
- Valenzuela, C. D. M. (2009). Suicidio Colombia, 2009. Epidemiología del suicidio. *Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses*, 3-35. Recuperado de <http://www.medicinalegal.gov.co/images/stories/root/FORENSIS/2009/Suicidio.pdf>

- Vigotsky, L. S. (1934). La imaginación y el arte en la infancia, capítulos I y II. Recuperado de http://www.vigotsky.org/la_imaginacion_y_el_arte_en_la_infancia_capitulo1.asp
- Villalobos, G. F. H. (2009a). Suicidal behavior in high school and college students in San Juan de Pasto, Colombia. *Salud mental*; 32, (2). Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0185-33252009000200009&script=sci_arttext
- Villalobos G. H. (2009b). *Ideación suicida en adolescentes: Formulación y validación del modelo integrador explicativo en estudiantes de educación secundaria y superior*. (Tesis doctoral, Universidad de Granada, departamento de personalidad, evaluación y tratamiento psicológico). Recuperado de <http://hera.ugr.es/tesisugr/1805982x.pdf>
- Vogel, L. (2011). Canada suicide prevention efforts lagging, experts say. *Canadian Medical Association Journal*. 183, (1): E27-E28. doi: 10.1503/cmaj.109-3724

Anexos

Anexo A Inventario de depresión infantil María Kovacs (1992)

Children's Depression Inventory (CDI)

Autor: María Kovacs (1992)

Administración: individual (o colectiva)

Aplicación en niños de entre 6 a 17 años.

Nombre y apellidos _____

Sexo: Varón____ Mujer _____

Edad _____ años _____ Fecha _____ / _____ / _____

Centro escolar _____

Examinador _____

Modalidad de aplicación: autoadministrado____ (Estos datos serán confidenciales. No se entregará información a nadie que no sea la persona que solicita el resultado del test y por la misma vía que lo requirió).

Instrucciones

Los chicos y las chicas como tú tienen diferentes sentimientos e ideas. En este cuestionario se recogen esos sentimientos e ideas agrupados. De cada grupo, tienes que señalar una frase que sea LA QUE MEJOR DESCRIBA cómo te has sentido durante las DOS ÚLTIMAS SEMANAS. Una vez que hayas terminado con un grupo de frases, pasa al siguiente.

No hay respuestas correctas o incorrectas. Únicamente tienes que señalar la frase que describe mejor CÓMO TE HAS ENCONTRADO últimamente. Pon un aspa (x) en el círculo que hay junto a tu respuesta. Ejemplo:

- Leo libros muy a menudo
- Leo libros de vez en cuando
- Nunca leo libros

Recuerda que debes señalar las frases que mejor describan tus sentimientos o tus ideas en las dos últimas semanas. De las tres frases que componen cada pregunta escoge sólo una, la que mejor se acerque a cómo eres o te sientes.

1. Estoy triste de vez en cuando.

Estoy triste muchas veces.

Estoy triste siempre.

- 2._ Nunca me saldrá nada bien
- _ No estoy seguro de si las cosas me saldrán bien.
 - _ Las cosas me saldrán bien
- 3._ Hago bien la mayoría de las cosas.
- _ Hago mal muchas cosas
 - _ Todo lo hago mal
- 4._ Me divierten muchas cosas
- _ Me divierten algunas cosas
 - _ Nada me divierte
- 5._ Soy malo siempre
- _ Soy malo muchas veces
 - _ Soy malo algunas veces
- 6._ A veces pienso que me pueden ocurrir cosas malas.
- _ Me preocupa que me ocurran cosas malas.
 - _ Estoy seguro de que me van a ocurrir cosas terribles
- 7._ Me odio
- _ No me gusta como soy
 - _ Me gusta como soy
- 8._ Todas las cosas malas son culpa mía.
- _ Muchas cosas malas son culpa mía.
 - _ Generalmente no tengo la culpa de que ocurran cosas malas.
- 9._ No pienso en matarme
- _ pienso en matarme pero no lo haría
 - _ Quiero matarme.
- 10._Tengo ganas de llorar todos los días
- _Tengo ganas de llorar muchos días
 - _ Tengo ganas de llorar de cuando en cuando.

- 11._ Las cosas me preocupan siempre
- _ Las cosas me preocupan muchas veces.
 - _ Las cosas me preocupan de cuando en cuando.
- 12._ Me gusta estar con la gente
- _ Muy a menudo no me gusta estar con la gente
 - _ No quiero en absoluto estar con la gente.
- 13._ No puedo decidirme
- _ Me cuesta decidirme
 - _ me decido fácilmente
- 14._ Tengo buen aspecto
- _ Hay algunas cosas de mi aspecto que no me gustan.
 - _ Soy feo
- 15._ Siempre me cuesta ponerme a hacer los deberes
- _ Muchas veces me cuesta ponerme a hacerlos deberes
 - _ No me cuesta ponerme a hacer los deberes
- 16._ Todas las noches me cuesta dormirme
- _ Muchas noches me cuesta dormirme.
 - _ Duermo muy bien
- 17._ Estoy cansado de cuando en cuando
- _ Estoy cansado muchos días
 - _ Estoy cansado siempre
- 18._ La mayoría de los días no tengo ganas de comer
- _ Muchos días no tengo ganas de comer
 - _ Como muy bien
- 19._ No me preocupa el dolor ni la enfermedad.
- _ Muchas veces me preocupa el dolor y la enfermedad
 - _ Siempre me preocupa el dolor y la Enfermedad

20._ Nunca me siento solo.

_ Me siento solo muchas veces

_ Me siento solo siempre

21._ Nunca me divierto en el colegio

_ Me divierto en el colegio sólo de vez en cuando.

_ Me divierto en el colegio muchas veces.

22._ Tengo muchos amigos

_ Tengo muchos amigos pero me gustaría tener más

_ No tengo amigos

23._ Mi trabajo en el colegio es bueno.

_ Mi trabajo en el colegio no es tan bueno como antes.

_ Llevo muy mal las asignaturas que antes llevaba bien.

24._ Nunca podré ser tan bueno como otros niños.

_ Si quiero puedo ser tan bueno como otros niños.

_ Soy tan bueno como otros niños.

25._ Nadie me quiere

_ No estoy seguro de que alguien me quiera

_ Estoy seguro de que alguien me quiere.

26._ Generalmente hago lo que me dicen.

_ Muchas veces no hago lo que me dicen.

_ Nunca hago lo que me dicen

27._ Me llevo bien con la gente

_ Me peleo muchas veces.

_ Me peleo siempre.

Puntuación directa D _____ + A _____ = Total depresión _____

FIN

Anexo B Escala de Ansiedad Infantil de Spence

Nombre: _____

Fecha: _____

Institución: _____

Instrucciones: Por favor, señale si las siguientes afirmaciones se ajustan o no a su Situación personal.

Las opciones de respuestas son verdadero o falso (Bobes, García, Bascarán, Sáiz y Bousoño, 2002)

Escala de Desesperanza de Beck (Hopelessness Scale, HSV)	V	F
1. Espero el futuro con esperanza y entusiasmo		
2. Puedo darme por vencido, renunciar, ya que no puedo hacer mejor las cosas por mí mismo		
3. Cuando las cosas van mal me alivia saber que las cosas no pueden permanecer tiempo así		
4. No puedo imaginar cómo será mi vida dentro de 10 años		
5. Tengo bastante tiempo para llevar a cabo las cosas que quisiera poder hacer		
6. En el futuro, espero conseguir lo que me pueda interesar		
7. Mi futuro me parece oscuro		
8. Espero más cosas buenas de la vida que lo que la gente suele conseguir por término medio		
9. No logro hacer que las cosas cambien, y no existen razones para creer que cambien en el futuro		
10. Mis pasadas experiencias me han preparado bien para mi futuro		
11. Todo lo que puedo ver por delante de mí es más desagradable que agradable		
12. No espero conseguir lo que realmente deseo		
13. Cuando miro hacia el futuro, espero que seré más feliz de lo que soy ahora		
14. Las cosas no marchan como yo quisiera		
15. Tengo una gran confianza en el futuro		
16. Nunca consigo lo que deseo, por lo que es absurdo desear cualquier cosa		
17. Es muy improbable que pueda lograr una satisfacción real en el futuro		
18. El futuro me parece vago e incierto		
19. Espero más bien épocas buenas que malas		
20. No merece la pena que intente conseguir algo que desee, porque probablemente no lo lograré.		

PUNTUACIÓN TOTAL	
-------------------------	--

ANEXO C**Escala de Desesperanza de Beck (Hopelessness Scale, HS)**

Escala de Ansiedad Infantil de Spence (SCAS). La SCAS de 38 ítems distribuidos en seis factores que cargan en un factor de segundo orden de ansiedad general.

Factor	Ítem
Ataque de	13. De repente siento como si no pudiera respirar sin razón alguna. (0.56) (0.56)
Pánico/Agorafobia	21. De repente empiezo a temblar sin razón. (0.69) (0.68)
	28. Me siento asustado (a) si tengo que viajar en carro, autobús o metro. (0.62) (0.62)
	30. Me da miedo estar en lugares donde hay mucha gente (centros comerciales, cines, camiones, parques). (0.50) (0.49)
	32. De repente me siento muy asustado(a) sin razón. (0.68) (0.67)
	34. De repente me siento mareado(a) sin razón. (0.66) (0.67)
	36. De repente mi corazón late muy rápido sin razón. (0.69) (0.70)
	37. Me preocupa sentirme asustado(a) de repente sin que haya nada que temer. (0.27)
	39. Me da miedo estar en lugares pequeños y cerrados, como túneles o cuartos pequeños. (-0.01) (0.58)
Ansiedad de Separación	5. Me daría miedo estar solo(a) en casa. (0.59) (0.62)
	8. Me preocupo cuando estoy lejos de mis padres. (0.61) (0.64)
	12. Me preocupa que algo malo le suceda a alguien de mi familia. (0.49) (0.60)
	15. Siento miedo si tengo que dormir solo(a). (1.22) (0.58)
	16. Antes de ir a la escuela me siento nervioso(a) y con miedo. (0.43)
	44. Me daría miedo pasar la noche lejos de mi casa. (0.52) (0.55)
Fobia Social	6. Me da miedo presentar un examen. (0.52) (0.52)
	7. Siento temor o mucho asco si tengo que usar baños públicos. (0.44) (0.47)
	9. Tengo miedo de equivocarme enfrente de la gente. (0.68) (0.70)
	10. Me preocupa hacer un mal trabajo en la escuela. (0.48) (0.49)
	29. Me preocupa lo que otras personas piensan de mí. (0.49)
	32. Me da miedo la obscuridad. (0.65) (0.58)
	18. Me dan miedo los perros. (0.18)
	23. Me asusta ir al doctor o al dentista. (0.49) (0.49)
	25. Me asustan los lugares altos (como montañas, azoteas, etc.) o los elevadores. (0.52) (0.60)
	33. Me dan miedo los insectos o las arañas. (0.49) (0.51)

- Trastorno Obsesivo-Compulsivo
14. Tengo que estar revisando varias veces que las cosas que hago estén bien (como apagar la luz, o cerrar la puerta con llave). (0.51) (0.48)
19. No puedo dejar de pensar en cosas malas o tontas. (0.46) (0.44)
27. Tengo que pensar en cosas especiales (por ejemplo, pensar en un número o en una palabra) que me ayuden a evitar que pase algo malo. (0.43) (0.41)
40. Tengo que hacer algunas cosas una y otra vez (como lavarme las manos, limpiar o poner las cosas en cierto orden). (0.39)
- Ansiedad Generalizada
1. Hay cosas que me preocupan. (0.46) (0.46)
3. Cuando tengo un problema siento raro en el estómago. (0.26) (0.22)
4. Siento temor. (0.54) (0.57)
20. Cuando tengo un problema, mi corazón late muy fuerte. (0.45) (0.41)
22. Me preocupa que algo malo pueda pasarme. (0.66) (0.64)
24. Cuando tengo un problema me siento nervioso(a). (0.57) 5. Me da miedo tener que hablar frente a mi salón. (0.48) (0.46)

Tomado de Hernández, Bermúdez, Spence, González, Martínez & Aguilar (2010).

1 - Vigilancia en Salud Publica		 <small>MINISTERIO DE SALUD</small>
Formulario de la Conducta Suicida - SISVECOS		
Información complementarios - Cara B		
DATOS BASICOS		
Nombre del producto implicado _____		
D. Paciente llega acompañado? <input type="checkbox"/> 1. Si <input type="checkbox"/> 2. Acompañante		
F. Teléfono del acompañante: _____		
CONDICION GENERAL		
4.1 Paciente actualmente escolarizado <input type="checkbox"/> 1. Si <input type="checkbox"/> 2. No		En caso de ser gestante: 4.2 Asiste a controles pre natales <input type="checkbox"/> 1. Si <input type="checkbox"/> 2. No 4.3 Edad gestacional en meses <input type="checkbox"/>
4.4 Estrato Socioeconómico <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 6	4.5 Poblaciones diferenciales <input type="checkbox"/> 1. Menor abandonado <input type="checkbox"/> 5. Población LGBTI <input type="checkbox"/> 9. Consumidor habitual de SPA <input type="checkbox"/> 15. Otra Cual? <input type="checkbox"/> 2. En protección <input type="checkbox"/> 6. Explotado laboralmente <input type="checkbox"/> 10. Trabajador informal <input type="checkbox"/> 3. Reincorporado <input type="checkbox"/> 7. Situación de prostitución <input type="checkbox"/> 11. Otro tipo de víctima del conflicto armado <input type="checkbox"/> 4. Habitante de calle <input type="checkbox"/> 8. Servidor publico <input type="checkbox"/> 12. Ninguna	
4.6 Caso detectado por <input type="checkbox"/> 1. Consulta externa <input type="checkbox"/> 2. Servicio de urgencias <input type="checkbox"/> 3. Búsqueda Activa Institucional <input type="checkbox"/> 4. Colegio <input type="checkbox"/> 5. Grupo de base comunitaria <input type="checkbox"/> 6. Otro Cual?		
LA CONDUCTA SUICIDA		
5.1 En el momento que se presenta el evento, ¿ La persona esta bajo los efectos de sustancias psicoactivas? <input type="checkbox"/> 1. Si <input type="checkbox"/> 2. Nombre de la sustancia _____ <input type="checkbox"/> 3. No <input type="checkbox"/> 4. Sin determinar		
5.2 Según el efecto que tipo de droga uso ? <input type="checkbox"/> 1. Depresora <input type="checkbox"/> 2. Estimulante <input type="checkbox"/> 3. Alucinógena <input type="checkbox"/> 4. Droga de diseño <input type="checkbox"/> 5. No aplica		
5.3 Tipo de conducta suicida identificada <input type="checkbox"/> 1. Ideación suicida <input type="checkbox"/> 2. Amenaza suicida <input type="checkbox"/> 3. Intento de suicidio <input type="checkbox"/> 4. Suicidio consumado		
5.4 Mes de ocurrencia de la conducta suicida <input type="checkbox"/> 1. Enero <input type="checkbox"/> 2. Febrero <input type="checkbox"/> 3. Marzo <input type="checkbox"/> 4. Abril <input type="checkbox"/> 5. Mayo <input type="checkbox"/> 6. Junio <input type="checkbox"/> 7. Julio <input type="checkbox"/> 8. Agosto <input type="checkbox"/> 9. Septiembre <input type="checkbox"/> 10. Octubre <input type="checkbox"/> 11. Noviembre <input type="checkbox"/> 12. Diciembre		
5.5 Día de ocurrencia <input type="checkbox"/> 1. Lunes <input type="checkbox"/> 2. Martes <input type="checkbox"/> 3. Miércoles <input type="checkbox"/> 4. Jueves <input type="checkbox"/> 5. Viernes <input type="checkbox"/> 6. Sábado <input type="checkbox"/> 7. Domingo		5.6 Hora de ocurrencia (Militar) _____ : _____
5.7 Escenario de ocurrencia <input type="checkbox"/> 1. Hogar <input type="checkbox"/> 2. Lugar de trabajo <input type="checkbox"/> 3. Vía Publica <input type="checkbox"/> 4. Establecimiento publico <input type="checkbox"/> 5. Institucion educativa <input type="checkbox"/> 6. Terreno baldio <input type="checkbox"/> 7. Centro de atención medica <input type="checkbox"/> 8. Areas deportivas o recreativas <input type="checkbox"/> 9. Lugar de alojamiento <input type="checkbox"/> 10. Lugar publico no especificado <input type="checkbox"/> 11. Otro Cual? _____		
5.8 Mecanismo <input type="checkbox"/> 1. Ahorcamiento <input type="checkbox"/> 2. Proyectil de arma de fuego <input type="checkbox"/> 3. Intoxicación / envenenamiento <input type="checkbox"/> 4. Lanzamiento al vacio <input type="checkbox"/> 5. Objeto corto punzante <input type="checkbox"/> 6. Sofocación (Asfixia) <input type="checkbox"/> 7. Arrojar a objeto en movimiento <input type="checkbox"/> 8. Otro Cual? _____ <input type="checkbox"/> 9. No aplica CIE 10 _____		
5.9 En caso de que el mecanismo sea intoxicación / envenenamiento 1. Nombre del producto implicado _____		
5.10 Como obtuvo el producto <input type="checkbox"/> 1. Almacén de cadena <input type="checkbox"/> 2. Ferretería <input type="checkbox"/> 3. Tienda de barrio <input type="checkbox"/> 4. Vía Publica <input type="checkbox"/> 5. Farmacia o droguería <input type="checkbox"/> Otro Cual?		
5.11 Nombre del lugar donde obtuvo el producto _____		5.1 Dirección del lugar donde obtuvo el producto _____
5.13 La persona presenta un trastorno mental <input type="checkbox"/> 1. Si <input type="checkbox"/> 2. No Cual? _____ CIE 10 _____		
5.14 La persona presenta enfermedad de mal pronostico o dolor crónico? <input type="checkbox"/> 1. Si <input type="checkbox"/> 2. No Cual? _____ CIE 10 _____		
5.15 La persona es remitida a servicios de salud mental <input type="checkbox"/> 1. Si <input type="checkbox"/> 2. No Cual? _____		

Anexo E
Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE UN
TRABAJO DE GRADO DE LA MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN EN SALUD
UNIVERSIDAD EL ROSARIO.

Nombre del estudiante: _____

Por medio del presente informe, en forma voluntaria consiento en que el **DOCTOR BENJAMÍN PALENCIA**, psicólogo identificado con **C.C.** _____ de Málaga Santander, y tarjeta profesional N° _____, residente en la ciudad de Bogotá, con teléfonos _____ y _____, y estudiante de la Maestría en Administración en Salud de la Universidad El Rosario en la actualidad, realice algunas pruebas de lápiz y papel para la prevención del suicidio en el curso_____ del colegio_____ donde estudia mi hijo (a). Las pruebas evalúan niveles de depresión, ansiedad y desesperanza.

Entiendo que este procedimiento consiste básicamente en contestar algunas preguntas relacionadas con este tema, con el fin de utilizarlas en el diseño de un modelo de prevención del suicidio para la población de niños, niñas y adolescentes de la población colombiana. Este trabajo se está haciendo como parte de la presentación de una tesis de pos-grado en el área de la salud.

Entiendo que este trabajo se realizará con el permiso y consentimiento del Colegio y los padres de familia de este curso y en forma voluntaria.

En mi caso particular, el Doctor me ha explicado que este procedimiento no representa riesgos, ni violaciones a la confidencialidad de la información y libertad de los participantes.

He entendido y acepto las condiciones y objetivos de este ejercicio que aquí autorizo, y estoy satisfecho (a) con la información recibida. En tales condiciones consiento que mi hijo (a) participe en este trabajo de investigación.

Firma del padre o acudiente _____

C.C. _____

Ciudad y fecha _____