

**NIVELES DE DEPRESIÓN E IDEACIÓN SUICIDA EN CHICOS Y CHICAS  
PERTENECIENTES A ALGUNO DE LOS PROGRAMAS PARA ADOLESCENTES DE  
LA FUNDACIÓN CRISTIANA NUEVA GENERACIÓN (FCNG) EN LA CIUDAD DE  
MEDELLÍN.**



**DANIELA BOLIVAR CORREA**

**UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA  
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANAS  
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA  
MEDELLÍN**

**2019**

**NIVELES DE DEPRESIÓN E IDEACIÓN SUICIDA EN CHICOS Y CHICAS  
PERTENECIENTES A ALGUNO DE LOS PROGRAMAS PARA ADOLESCENTES DE  
LA FUNDACIÓN CRISTIANA NUEVA GENERACIÓN (FCNG) EN LA CIUDAD DE  
MEDELLÍN.**

**DANIELA BOLIVAR CORREA**

**Trabajo de grado para optar al título de psicóloga**

**ASESORA:**

**JULIETA ANDREA BEDOYA MORENO**

**Magister en Psicología Clínica**

**UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA  
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANAS  
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA  
MEDELLÍN**

**2019**

## **AGRADECIMIENTOS**

Mediante estos agradecimientos de tesis quiero exaltar primeramente a Dios como la base y sustento de mi fe y mi razón esencial para vivir. A mi familia por su amor incondicional, su paciencia y persistencia creyendo en mí con la confianza de poder terminar esto en plenitud. A la docente Julieta Bedoya por aceptar el reto desarrollar este trabajo conmigo, a pesar de que este no era su campo. Su disposición de trabajo, su buena actitud y paciencia a la hora de corregirme.

A la Fundación Cristiana Nueva generación, por siempre apoyarme y ser mi familia de corazón, por abrir las puertas y demostrar tanto cariño y confianza al prestar su nombre para este proyecto y creer en mi visión. A la Universidad de Antioquia por ser mi lugar de formación por este tiempo. A mis amigos y cada persona que día tras día me preguntaban cómo iba mi tesis, seguido de una frase de motivación y respaldo a poder terminar.

Este tiempo de investigación no ha sido fácil para mí, y la participación de cada uno de ustedes en esta etapa demuestra lo afortunada que he sido por encontrarme con ustedes en mi caminar.

## CONTENIDO

<b>RESUMEN.</b> .....	1
<b>INTRODUCCIÓN.</b> .....	3
<b>1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.</b> .....	5
<b>2. JUSTIFICACIÓN.</b> .....	8
<b>3. ANTECEDENTES EMPÍRICOS.</b> .....	10
<b>4. MARCO CONCEPTUAL.</b> .....	26
4.1. Infancia y Adolescencia. ....	26
4.2. Depresión.....	29
4.3. El suicidio.....	33
4.4. La Fundación Cristiana Nueva Generación.....	38
<b>5. OBJETIVOS</b> .....	40
5.1. Objetivo General.....	40
5.2. Objetivos Específicos.....	40
<b>6. DISEÑO METODOLÓGICO.</b> .....	41
6.1. Población y muestra.....	41
6.2. Instrumentos de recolección de la información.....	44
6.4. Procedimiento para el análisis de datos.....	46
6.5. Consideraciones Éticas.....	47
<b>7. RESULTADOS</b> .....	49
7.1. Resultados de la ficha sociodemográfica.....	49
7.2. Resultados del APGAR.....	52
7.3. Resultados del BDI-II.....	53
7.4. Relación de la variable depresiva y las características sociodemográficas.....	54
7.5. Relación de la variable de riesgos suicida y las características sociodemográficas.....	58
<b>8. DISCUSIÓN</b> .....	62
<b>9. CONCLUSIONES</b> .....	65
<b>10. LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES</b> .....	66
<b>REFERENCIAS</b> .....	67
Anexos.....	76

## LISTA DE TALBAS

Tabla 1 Iglesia Segadores del Reino.....	42
Tabla 2 Nuevo Occidente.....	42
Tabla 3 Fundación Semillas de Cristo .....	43
Tabla 4 Iglesia Ríos de Agua Viva.....	44
Tabla 5 Género .....	49
Tabla 6 Edad .....	49
Tabla 7 Nivel Escolar .....	50
Tabla 8 Actividades Extracurriculares.....	50
Tabla 9 Número de personas con las que convive el adolescente.....	51
Tabla 10 Lugar que ocupa entre hermanos .....	51
Tabla 11 Tipo de convivencia .....	52
Tabla 12 Resultados del APGAR .....	53
Tabla 13 Niveles de depresión .....	53
Tabla 14 Niveles de Riesgo Suicida .....	54
Tabla 15 Relación Depresión - Género .....	55
Tabla 16 Depresión y Nivel Escolar.....	55
Tabla 17 Relación entre depresión- y actividades extracurriculares .....	56
Tabla 18 Relación entre Depresión y APGAR .....	57
Tabla 19 Relación riesgo Suicida - Género .....	58
Tabla 20 Relación Riesgo Suicida y Nivel Escolar.....	59
Tabla 21 Riesgo Suicida – Actividades Extracurriculares.....	60
Tabla 22 Riesgo Suicida - APGAR.....	60

## RESUMEN.

Esta investigación se creó con el propósito de poder describir los niveles de depresión e ideación suicida en una muestra de 42 adolescentes entre 13 a 17 años pertenecientes a una iglesia o fundación, y las cuales se encuentran vinculadas al programa de Nueva Generación perteneciente a la **Fundación Cristiana Nueva Generación** en la sede de Medellín. La identificación de las características comunes con mayor índice de depresión se dio mediante la evaluación, análisis y comparación de los resultados de la aplicación de una ficha psicosocial, APGAR y a Escala de Ideación Suicida de Beck (ISB). Los hallazgos fueron que el género femenino si posee una prevalencia de vulnerabilidad frente a dichas variables, y que la percepción funcional o disfuncional de las relaciones familiares también se relaciona a las variables, en cuanto a las otras características sociodemográficas no posee valores suficientes para ser tenidas en cuenta.

**Palabras claves:** Adolescencia, depresión, idea suicida.

## ABSTRACT

This research was created with the purpose of describing the levels of depression and suicidal ideation in a sample of 42 adolescents between 13 and 17 years belonging to a church or foundation, and which are linked to the New Generation program belonging to the Foundation Cristiana Nueva Generación at the Medellín headquarters. The identification of the common characteristics with the highest depression index was given through the evaluation, analysis and comparison of the results of the application of a psychosocial record, APGAR and Beck's Suicidal Ideation Scale (ISB). The findings were that the female gender does have a prevalence

of vulnerability to these variables, and that the functional or dysfunctional perception of family relationships is also related to the variables, as for the other sociodemographic characteristics does not have sufficient values to be taken consider.

**Key Words:** Adolescence, depression, suicidal idea.

## INTRODUCCIÓN.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), los trastornos mentales comunes están en aumento en todo el mundo. Entre 1990 y 2013, el número de personas con depresión ha aumentado en cerca de un 50%, de 416 millones a 615 millones. Cerca de un 10% de la población mundial está afectado, y los trastornos mentales representan un 30% de la carga mundial de enfermedad no mortal. Las emergencias humanitarias y los conflictos aumentan la necesidad de ampliar las opciones terapéuticas (OMS, 2016). La OMS estima que durante las emergencias 1 de cada 5 personas se ven afectadas por la depresión y la ansiedad. La depresión es una enfermedad frecuente en todo el mundo, y se calcula que afecta a más de 300 millones de personas. Puede convertirse en un problema de salud serio, especialmente cuando es de larga duración e intensidad moderada a grave, y puede causar gran sufrimiento y alterar las actividades laborales, escolares y familiares. En el peor de los casos puede llevar al suicidio (OMS, 2018). Además, se estima que muchos problemas de salud mental comienzan a manifestarse al final de la infancia o al inicio de la adolescencia, la depresión es el trastorno mental que más afecta a los jóvenes y que más discapacidad produce (MINSALUD & Colciencias, 2015). A nivel global entre 10 y 15 niños, niñas y adolescentes de cada 100, presentan problemas y/o trastornos mentales, los cuales se han asociado a la presencia de consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas, abandono escolar, conductas delictivas y otros problemas sociales (OMS, 2018). La salud mental de los niños, niñas y adolescentes es un tema que viene siendo explorado cada día con mayor interés (MINSALUD, 2017).

Mundialmente muchas organizaciones y entidades sin ánimo de lucro se unen con el propósito de intervenir y hacer frente ante esta problemática, una de ellas es la Fundación Nueva Generación (FCNG) donde se desarrollan estrategias y programas para atender a esta necesidad.



Se propone entonces realizar una evaluación de los niveles de depresión e ideación suicida en chicos y chicas pertenecientes a alguno de los programas para adolescentes de la FCNG en la ciudad de Medellín, entre las edades de 13 a 17 años. Con el fin de identificar las características en común de los adolescentes con mayor índice de ideación suicida y depresión en relación a las escalas. Dicha evaluación se realizó mediante una ficha sociodemográfica con datos generales entre edad, género, nivel académico, características familiares entre otras y en comparación al APGAR y al DBI II.

A continuación, se mostrará una descripción de los conceptos infancia, adolescencia, depresión y riesgo suicida, una contextualización de dichos conceptos, también se describe metodológicamente las herramientas de evaluación a usar, y como se desarrollará el análisis y descripción de los datos adquiridos y a partir de estos se hace una discusión de los resultados en base a lo descrito en el marco teórico.

## 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La OMS reportó tanto en el 2014 que en los últimos 45 años las tasas de suicidio han aumentado en un 60% a nivel mundial. Y cada año se reporta que más de 800.000 personas se quitan la vida, lo que representa aproximadamente un suicidio cada 40 segundos (OMS, 2014). Un 75% de estas muertes ocurren en países de ingresos bajos y medianos, convirtiendo, así, al suicidio en uno de los fenómenos más complejo y problemático que ha llamado la atención de filósofos, teólogos, médicos, sociólogos y artistas a lo largo de los siglos (OMS, 2001).

Los comportamientos suicidas son más comunes bajo ciertas circunstancias debido a factores culturales, genéticos, psicosociales y ambientales. Algunos de los factores generales de riesgo son: Bajo nivel socioeconómico y educativo, tensión social; con posibles problemas con el funcionamiento de la familia, las relaciones sociales y los sistemas de apoyo. Traumas, tales como abuso físico y sexual, pérdidas personales, trastornos mentales, desde la depresión, trastornos de la personalidad, esquizofrenia, alcoholismo y abuso de sustancias. También sentimientos de falta de valor o desesperanza, poca capacidad para enfrentar problemas, y problemas de orientación sexual (tales como homosexualidad) y para finalizar acontecimientos destructivos y violentos, tales como exposición al suicidio de otras personas, pérdidas familiares, guerras o desastres catastróficos (OMS, 2016).

La OMS en su primer informe mundial sobre prevención del suicidio, publicado cada año, informa que el suicidio es una de las tres primeras causas de defunción entre las personas de 15 a 44 años en algunos países como en el Europa Central y de Este y gran parte de Asia, así como Guyana, Suriname y Uruguay en América, y la segunda causa en el grupo de 10 a 24 años; y estas cifras no incluyen los tentativas de suicidio, que son hasta 20 veces más frecuentes que los casos de suicidio consumado (OMS, 2014).

Al discriminar por los grupos de edad se evidencia que las mayores prevalencias de vida, tanto de ideación como de plan e intento suicida, se encuentra en el grupo de 30-44 años de edad y durante el último año la prevalencia de estas variables es mayor en personas más jóvenes ósea entre los 18 a 29 años de edad (Ministerio de la Protección, 2003). Y ante lo anteriormente mencionado la Asamblea General de las Naciones Unidas en 2015 pretende: «De aquí a 2030, reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante su prevención y tratamiento, y promover la salud mental y el bienestar» (OMS, 2016).

Teniendo en cuenta que lo anterior mencionado y resaltando que según los reportes mundiales y nacionales, los cuales dan cuenta que la depresión como enfermedad y el riesgo a la conducta suicida son problemáticas que van en aumento y que afectan fuertemente a las población infantil y adolescente (OMS,2014, 2016, MINSALUD & Colciencias, 2015) y aunque es de rescatar que son muchas las organizaciones, fundaciones y entidades gubernamentales las que se encuentran hoy en día trabajando el abordaje a estas problemáticas y que se ha alcanzado un rol fundamental en la sociedad y la salud mental de los niños, niñas y adolescentes es un tema que viene siendo explorado cada día con mayor interés (MINSALUD, 2017). Estas organizaciones pueden ser el eje de intervencion a dichas problematicas.

Instituciones como la Fundación Cristiana Nueva Generación tiene la capacidad de alcanzar a casi 50.000 pre juveniles entre los 10 a 17 años a nivel nacional y la cual ya desarrolla programas de prevención del abuso sexual, podría también vincular sus programas uno de prevención de la conducta suicida y el trabajo con la depresión,

Además, reconociendo que parte del comportamiento suicida es más comunes bajo ciertas circunstancias debido a factores culturales, por lo tanto, se desea evaluar una muestra significativa de la población perteneciente a su programa, con el propósito de valorar los niveles

de depresión e ideación suicida en chicos y chicas pertenecientes a alguno de los programas para adolescentes de la Fundación Cristiana Nueva Generación en la ciudad de Medellín, entre las edades de 13 a 17 años, y a través de dicha evaluación identificar las características sociodemográficas que poseen en común los adolescentes con mayor índice de ideación suicida y depresión en relación a las escalas.

Por lo tanto, esta investigación se centró en responder la siguiente pregunta bajo una metodología cuantitativa: ¿Cuáles son las características sociodemográficas de los de depresión e ideación suicida en los chicos y chicas entre 13 a 17 años pertenecientes a alguno de los programas para adolescentes de la Fundación Cristiana Nueva Generación (FCNG)?

## 2. JUSTIFICACIÓN.

Se reporta que el número de personas con depresión ha aumentado en cerca de un 50% en los últimos 20 años (OMS, 2016) y se reconoce como el trastorno mental que más afecta a los jóvenes y que más discapacidad produce en Colombia (MINSALUD & Colciencias, 2015). Este problema es seguido por la conducta suicida donde se reporta que los últimos 45 años las tasas de suicidio han aumentado en un 60% a nivel mundial (OMS, 2014). Esto hace evidente que tanto la depresión como la idea suicida son problemáticas que están afectando a la infancia y a la adolescencia, no solo de forma global, sino que también permean nuestro contexto nacional y local (MINSALUD, 2017).

Y aunque hoy en día el abordaje a estas problemáticas ha alcanzado un rol fundamental en la sociedad y la salud mental de los niños, niñas y adolescentes es un tema que viene siendo explorado cada día con mayor interés (MINSALUD, 2017). Se puede reconocer por ejemplo que los comportamientos suicidas son más comunes bajo ciertas circunstancias debido a factores culturales, genéticos, psicosociales y ambientales (OMS, 2016) pero aun es necesario seguir trabajando en ello.

En Medellín organizaciones sin ánimo de lucro como la Fundación Cristiana Nueva Generación viene desarrollando programas que apuntan a la transformación de una sociedad mediante los valores y principios bíblicos, pero que desde hace 3 años viene planteándose la necesidad de generar otras herramientas que permitan seguir teniendo cuidado de la infancia y la adolescencia pero desde una perspectiva más integral, iniciando con la prevención del abuso sexual, surge la necesidad de seguir extendiendo esto a otras problemáticas como las serán tratadas en esta investigación.

Es por esto que la presente investigación se enfoca en describir las características sociodemográficas y los niveles de depresión e ideación suicida en una muestra seleccionada de chicos y chicas entre 13 a 17 años pertenecientes a alguno de los programas para adolescentes de la Fundación Cristiana Nueva Generación (FCNG) en la ciudad de Medellín. Y a partir de estos resultados, permitirse desarrollar un programa o herramienta que apunte a identificar, prevenir y trabajar estas problemáticas, no desde una forma clínica, sino desde un acompañamiento social y personal por las fundaciones e iglesias pertenecientes a los programas de la FCNG, conforme a las necesidades específicas del menor y las variables del sector que le rodea.

### 3. ANTECEDENTES EMPÍRICOS.

A continuación, se presenta una pequeña recopilación de algunos antecedentes de forma muy general y sistemática de los conceptos básicos a trabajar en esta investigación iniciando por la adolescencia, seguido de la depresión y por último el suicidio.

Buen Comienzo en el año 2012 publica el informe de Diagnóstico Situacional de la Infancia y la Adolescencia en el Municipio de Medellín donde informa que existe una población de niños, niñas y adolescentes entre los 0 a 17 años de 570.159 (perfiles demográficos por comunas 2005 - 2015) correspondiente al 24% del total de ciudadanos del municipio de Medellín (Buen Comienzo, 2012). Además, devela que, frente al fenómeno del suicidio en niños, niñas y adolescentes, en 2010 se registraron nueve casos, de los cuales ocho se presentaron en niños y adolescentes (Buen Comienzo, 2012).

Por otra parte, se puede definirla depresión como un concepto de carácter complejo; porque en su inicio y desarrollo intervienen múltiples factores y condicionantes, probablemente con diferente peso específico en cada caso de depresión, y porque queda mucho por saber sobre cómo estos diversos factores interaccionan entre sí (Aragón Benaiges, Cardoner Álvarez, Colom Victoriano, & López Cortacans, 2013). Desde la depresión esta investigación tendrá en cuenta cuatro grupos fundamentales de investigaciones; el primero de ellos es el causal, el segundo de tipo promoción y tratamiento al trastorno y el último en cuanto a lo político.

Desde lo biológico se presentan estudios de carácter correlacional como los de Gómez y compañía (2012) que buscan describir el funcionamiento neuropsicológico de niños con sintomatología depresiva en comparación con un grupo de características demográficas similares sin sintomatología depresiva. Dicha evaluación neuropsicológica arrojó únicamente diferencias significativas en las dificultades para inhibir respuestas automáticas los niños con sintomatología

depresiva, mostraron un número mayor de errores en comparación con el grupo control. Esto sugiere que a nivel subclínico está afectada la capacidad para inhibir respuestas automáticas. Además, mencionan y señalan que los estudios con neuroimágenes han señalado que las estructuras críticas en el procesamiento emocional son la corteza frontal, el hipocampo, el tálamo, la amígdala y los ganglios basales y éstas a su vez se encuentran comprometidas en los pacientes con depresión (Gómez Maquet & Barrera Valencia, 2012).

Estudios como los de Blandon y compañía (2015) y Pandey (2013), mencionan que los mecanismos fisiopatológicos de la depresión conocidos tienen que ver con una alteración de la función de los neurotransmisores serotonina, noradrenalina y dopamina. El mecanismo de acción de los antidepresivos actuales incide en la regulación de estos neurotransmisores. Desde el punto de vista biológico, la depresión también se relaciona con alteraciones hormonales, concretamente con estados de hiperactividad del eje hipotálamohipofisario-adrenal, que da lugar a una mayor producción de la hormona cortisol (Aragonés Benaiges, Cardoner Álvarez, Colom Victoriano, & López Cortacans, 2013 y Pandey, 2013, Blandón Cuesta, Andrade Salazar, Quintero Núñez, García Peña, & Layne Bernal, 2015; Jiménez-Treviño, Blasco-Fontecilla, Braquehais, Ceverino-Dominguez, & Baca-García, 2011).

Se ha avanzado mucho en el conocimiento de la neurobiología de la depresión y se sabe que existen alteraciones en el funcionamiento de los neurotransmisores (sustancias químicas que transmiten información de una neurona a otra), de las citoquinas (proteínas que regulan funciones celulares y comunicaciones entre las células) y de algunas hormonas (por ejemplo, cortisol) (Aragonés Benaiges, Cardoner Álvarez, Colom Victoriano, & López Cortacans, 2013).

Blandon y compañía (2015) en su libro mencionan a varios estudios de autores como Krishnan (1993), Harrison (2002) entre otros, los cuales trabajan la depresión mediante



herramientas como la neuroimagen, y así poder referenciar las posibles alteraciones volumétricas tanto en el lóbulo frontal como en el temporal medial, además, que se reconocen dos tipos de lesiones neuropsicopatológicas; la primera consiste en alteraciones citoarquitectónicas en la corteza cingulada anterior y la corteza prefrontal, las cuales están relacionadas con alteraciones en el neurodesarrollo o variaciones de la plasticidad temporal; la segunda, pertenece a lo neuropatológico presente de manera especial en el cerebro de pacientes depresivos, principalmente, de personas seniles. En consecuencia, el uso de esta técnica ha permitido el descubrimiento y observación de zonas cerebrales implicadas en la vida emocional y los trastornos depresivos los procesos emocionales de sujetos tanto depresivos como de control, apuntan hacia las áreas estructurales del sistema límbico (Blandón Cuesta, Andrade Salazar, Quintero Núñez, García Peña, & Layne Bernal, 2015).

En segundo lugar; desde lo genético existe un mayor riesgo de padecer depresión cuando hay antecedentes familiares de depresión. Esto no significa que todos los pacientes con depresión tienen antecedentes familiares, ni que todos los individuos con historia familiar van a desarrollar una depresión (Aragonés Benaiges, Cardoner Álvarez, Colom Victoriano, & López Cortacans, 2013).

También se sabe que determinados genes se asocian a ciertas alteraciones en la función de los neurotransmisores, que, a su vez, darían lugar a una peor resistencia ante los acontecimientos estresantes y a una mayor propensión a la depresión. Globalmente, la predisposición genética supondría un peso específico del 30-40% en el riesgo de desarrollar depresión y el 60-70% restante vendría dado por otras causas (Aragonés Benaiges, Cardoner Álvarez, Colom Victoriano, & López Cortacans, 2013).

El informe epidemiológico de adolescencia de la OMS a nivel mundial, como la Encuesta de Salud Mental del 2015 o el Boletín de Salud Mental N°4; se señala que “La evidencia de depresión en niños ha sido asociada con la presencia de otras enfermedades mentales como trastorno de la conducta, de ansiedad, el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, entre muchos otros (OMS, 2018, MINSALUD & Colciencias, 2015 y MINSALUD, 2017), Los trastornos depresivos, tienen una fuerte asociación con alteraciones en variables neuropsicológicas como memoria y atención (Barry, Naus & Rhem, 2006) y más recientemente con alteraciones en aspectos asociados a función ejecutiva (Gómez Maquet & Barrera Valencia, 2012).

Desde lo social la prevalencia de depresión varía de un país a otro, dependiendo de varios factores: para el trastorno depresivo mayor se han registrado cifras que van desde 1,4% a 11,7%. (MINSALUD & Colciencias, 2015). El Ministerio de Salud y de Protección Nacional (2013), afirma encontrar una incidencia en personas con historia familiar de depresión; personas con problemas psicosociales (pérdida del empleo, separación conyugal, privación de la libertad, ser habitante de calle); eventos vitales estresantes; abuso y dependencia de sustancias incluidos alcohol y cigarrillo; personas que consultan a menudo al sistema de salud (MINSALUD, 2013).

En el 2012 Araujo y colaboradores, encuentran varios estudios epidemiológicos, los cuales presentan una aproximación a las realidades cotidianas de los adolescentes de América del Sur; específicamente en Colombia, donde el conflicto, la violencia intrafamiliar, la falta de amor, dedicación y cuidado de los adolescentes, se han convertido en algunos desencadenantes de este trastorno (depresivo) dentro de la población. (Araujo Ayala, Belalcázar Lugo, Guerrero Bravo, & Apráez Delgadillo, 2012).

También, esta enfermedad contribuye a una disminución en la calidad de vida, disminución funcional, discapacidad marcada y un incremento en la utilización de servicios de salud, así como del incremento en la mortalidad por comorbilidad con otras condiciones médicas, e intentos de suicidio (Mori & Caballero, 2010). Además, hay evidencia que cuando se ha padecido de depresión en la infancia, puede ser considerado un factor de riesgo para el consumo de sustancias psicoactivas, bajo desempeño escolar y desenvolvimiento social (MINSALUD & Colciencias, 2015 y MINSALUD, 2017). Gracias a que el individuo desarrolla una autoestima en decadencia. El adolescente deprimido tiende a magnificar sus errores, sus defectos y a dejar a un lado sus verdaderos valores y virtudes, de manera que el cuadro depresivo se torna más fuerte, representando un riesgo de 4,3 superior ante una conducta suicida (Araujo Ayala, Belalcázar Lugo, Guerrero Bravo, & Apráez Delgadillo, 2012).

En los adolescentes, la depresión tiene gran impacto en el crecimiento y desarrollo personal, rendimiento escolar, así como también en las relaciones familiares e interpersonales, lo que se ve reflejado en los altos índices epidemiológicos y en los problemas base de posibles complicaciones mayores en el futuro, así como un alto costo social (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009; Galicia Moyeda, Sánchez Velasco, & Robles Ojeda, 2009; Zapata, Torres & Montoya, 2011). También, la evidencia de dicho trastorno mental en la adolescencia juega un papel determinante y por esto está estrechamente relacionada con el riesgo de suicidio (Toro, Paniagua, Gonzáles, Montoya, & Montoya, 2009). La depresión menor y la sub-umbral también tienden a ser recurrentes y son factores de riesgo importantes para el desarrollo posterior del Desorden Depresivo Mayor (Mori & Caballero, 2010).

Zambrano y Gandolfo (2014) en su tesis: “Mortalidad y suicidio en la evolución de la psicopatología de inicio en la infancia-adolescencia” citan varios autores como Carballo (2010)

Costello (2003), Micali (2010) entre otros; para determinar que el poder establecer un control preciso y preventivo en su totalidad es muy difícil debido a la dificultad para establecer con precisión el diagnóstico de los trastornos mentales de inicio en la infancia-adolescencia y las dificultades para realizar un seguimiento adecuado, resulta complicado predecir la evolución y persistencia a largo plazo de estos diagnósticos (Zambrano & Gandolfo, 2014).

También es necesario ver una perspectiva desde lo *político* en países de todo tipo de ingresos, las personas con depresión a menudo no son correctamente diagnosticadas, mientras que otras que en realidad no la padecen son a menudo diagnosticadas erróneamente y tratadas con antidepresivos (OMS, Depresión, 2018). Durante los eventos, los países que han ampliado con éxito la atención a la salud mental expondrán los obstáculos que encontraron y explicarán cómo los superaron. Entre ellos se encuentran el Brasil, que ha creado una red de atención psicosocial; Etiopía, que está ampliando rápidamente la capacitación y la prestación de servicios de salud mental en todo el país, y Sudáfrica, donde la atención a la salud mental y el tratamiento forman un componente integral del reformado sistema de atención primaria del país (OMS, 2016).

Desde una perspectiva local se puede encontrar que el Sistema Integral de Información de la Protección Social (SISPRO) reporta que las atenciones por depresión se han incrementado desde el año 2009 y el diagnóstico de depresión moderada se realizó en 36.584 atenciones en 2015 (MINSALUD, 2017). También reportó que la mayor proporción de personas atendidas por depresión moderada o severa correspondió a mujeres. En 2015, por ejemplo, el 70,4% de las personas atendidas con diagnóstico de depresión moderada fue de mujeres, mientras que el 29,6% fue de hombres (MINSALUD, 2017). Además, En el análisis del reporte de los casos atendidos con diagnóstico de depresión por departamentos, se encontró que Antioquia, Bogotá,

Valle del Cauca ocupan los primeros lugares, independiente del tipo de depresión; otros departamentos como Quindío, Santander, Atlántico y Nariño tienen un número elevado de casos en algunos tipos específicos de depresión (MINSALUD, 2017).

En Colombia, en la encuesta SABE realizada en los años 2014-2015 se registró que las cifras de prevalencia aumentan con el estrato socioeconómico: mientras en el estrato 1 la prevalencia fue de 33,5%, en los estratos 5 y 6 fue de 57,1%. (MINSALUD & Colciencias , 2016)

Teniendo en cuenta varios de los artículos e informes ya presentados, se puede añadir el de Guillermo Ceballos (2013) desarrolla un estudio de tipo descriptivo correlacional con una muestra de 30 adolescentes gestantes, con el propósito de encontrar una relación entre la gestación en etapa de adolescencia, la depresión y la ideación suicida encontrando prevalencia de depresión de 33,4% y 56,6% de ideación suicida; se registró relación significativa de entre la depresión e ideación suicida. Las adolescentes embarazadas presentan niveles de depresión leve o moderada, y niveles de ideación suicida medio, alto y muy alto (Ceballos, 2013).

En el informe nacional de Salud Mental del Ministerio de Salud de Colombia del 2017, describe que en general la tendencia muestra que desde los 10 años de edad en adelante el número de casos se hace mayor, también, que del reporte de los casos atendidos con diagnóstico de depresión por departamentos, se encontró que Antioquia, Bogotá, Valle del Cauca ocupan los primeros lugares, independiente del tipo de depresión; además, en los adolescentes se encontró la mayor prevalencia de síntomas de depresión con 15,8%; por regiones, las más afectadas fueron la Central –con una prevalencia de 20,9%- y la Oriental –con 16,2%<sup>3</sup> -. La población de 18 a 44 años tuvo la prevalencia más baja de síntomas de depresión y las mujeres están más afectadas (MINSALUD, 2017)

En cuanto al Boletín de Salud Mental No 4, Salud mental en niños, niñas y adolescentes del 2018 también del Ministerio de Salud de Colombia reporta que en la serie disponible en SISPRO, de 2009 a 2017, se encontró que fueron llevados a consulta en los 8 años de la serie, por riesgos potenciales para su salud, relacionados con circunstancias socioeconómicas y psicosociales, 72.588 entre 10 y 14 años y 45.169 adolescentes de 15 a 19 años. También se encuentra que entre 2009 y 2017, asistieron a consulta por esta causa 141.364 personas de 0 a 19 años (Códigos CIE10 F32 y F33), en promedio se atendieron 15.707 por año. Y El 59,3% de los NNA atendidos son de sexo femenino. El tipo de depresión más frecuentemente diagnosticado es el episodio depresivo moderado, con el 32,7% de los casos. El grupo de 15 a 19 años son los más afectados por la enfermedad (MINSALUD, 2018).

Pasando al tema del suicidio, también se seleccionó tres grupos fundamentales de investigación a través de los tiempos; el primero de ellos es el causal, el segundo de tipo promoción y tratamiento de la conducta y el último en cuanto a lo político. También se analizará que se ha investigado a nivel local en cuanto al suicidio infantil.

Desde los causales del suicidio se puede encontrar antecedentes que también como en la depresión poseen una clasificación propia con el fin de estudiar los factores de dicho fenómeno en los individuos; desde lo interno, y lo externo del sujeto.

Inicialmente desde una perspectiva de tipo interna; donde se describen los fenómenos y procesos que se desarrollan internamente en el sujeto y que inciden la conducta suicida, clasificándolo también tres agrupaciones fundamentales como lo biológico, lo genético y lo mental.

Desde lo biológico como lo describe Pandey (2013) y otros autores señalan que se estima que en el 90% de los casos de suicidio se asocian con algún padecimiento mental y de estos 60%

de los casos corresponden a individuos con trastornos del estado de ánimo como la depresión mayor y el trastorno bipolar (Pandey, 2013; Jiménez-Treviño, Blasco-Fontecilla, Braquehais, Ceverino-Dominguez, & Baca-García, 2011). Los varones presentan mayor riesgo de muerte prematura que las mujeres (Zambrano & Gandolfo, 2014).

Por otro lado desde la genética se han realizado estudios de fenotipos intermedios que se relacionen entre los genes y la conductas suicidas se encontró que el riesgo de suicidio es mayor entre los familiares de individuos que han intentado o que han logrado suicidarse; demostrando así la predisposición genética al suicidio (Jiménez-Treviño, Blasco-Fontecilla, Braquehais, Ceverino-Dominguez, & Baca-Garcia, 2011) y lo mental (Pérez Barrero, 1999; Beck A, M. Kovacs, & A. Weissman, 1979; Cabra, Infante, & Sossa, 2010). Como también Pandey (2013) rescata que el consumo de sustancias adictivas, puesto que el principal factor de riesgo de suicidio es la presencia de las enfermedades mentales, e incluido el abuso de sustancias, (Pandey, 2013) y bebidas alcohólicas (Jimenez-Treviño, Blasco-Fontecilla, Braquehais, Ceverino-Dominguez, & Baca-Garcia, 2011).

Y finalmente, también se encuentra lo mental como perspectiva causal interna encontramos que el Doctor Sergio Pérez (1999) dice; que el espectro completo del comportamiento suicida está conformado por la ideación de autodestrucción en sus diferentes gradaciones: las amenazas, el gesto, el intento y el hecho consumado. Perez (1999) enuncia que la ideación suicida abarca un amplio campo de pensamiento que puede adquirir diferentes formas iniciando simplemente desde el deseo llano de morir, seguido de algunas representaciones suicida, y de autodestrucción, hasta terminar con una idea suicida con una adecuada planificación; a lo que tiempo después Cabra y compañía (2010) reafirman (Pérez Barrero, 1999;

Cabra, Infante, & Sossa, 2010). Beck y compañía (1979) también estudiaron los procesos del desarrollo del suicidio, desde la ideación (Beck, Kovacs, & A. Weissman, 1979).

La psicología es una de las áreas fundamentales que estudia esta conducta desde lo interno, en especial lo mental. Puesto que se dice que en todos los hombres existe una tendencia «instintivo-afectiva» al suicidio. Actualmente, en la psicología está muy consolidada la opinión de que el suicidio puede derivar de conductas no patológicas y que puede basarse en diversas motivaciones incubadas variadas meditaciones, aunque nadie niega que los procesos psicodinámicos que conducen al suicidio suelen ser siempre cualitativamente o cuantitativamente, anormales (López García, Hinojal Fonseca, & Bobes García, 1993, p.360). Deshaies (1947, como se citó en López, Hinojal y Bobes, 1993).

Ringel (1973) describe los procesos psicológicos del considerado «síndrome pre-suicida». Según el autor, antes del suicidio algunos sujetos viven una experiencia de anormal tranquilidad, en la que cree posible individualizar algunas faces evaluativas específicas, con clara connotación psicodinámica: (1) Se estaría caracterizada por constricción (que se representaría de cuatro formas fundamentales: situacional, dinámica, relacional y voluntaria). (2) estaría caracterizada por una agresividad inhibida resuelta contra la propia víctima, y a última (3) se contemplaría la presencia de fantasías suicidas (Ringel, 1973).

El estado depresivo es el que más alto riesgo de suicidio presenta, ya que el deseo de muerte resulta del sentido de culpa y del estado angustioso; se reconoce aquí una enorme agresividad del Súper-Yo y una tendencia a la autodestrucción del Yo (Freud, 1988, López García, Hinojal Fonseca, & Bobes García, 1993 y Toro, Paniagua, Gonzáles, Montoya, & Montoya, 2009). Pero para comprender la conducta suicida es necesario hacerlo desde una perspectiva holística, teniendo en cuenta la existencia de una base psicopatológica, o de una



personalidad pre-mórbida, unida a una realidad subjetiva de pérdida del rol alcanzado, o de fractura de los vínculos sociales o deterioro de las relaciones familiares y de pares, que da el surgimiento al sujeto de la necesidad de aislamiento, explican, -en parte, la salida que el suicida ve en la muerte (López García, Hinojal Fonseca, & Bobes García, 1993 y Toro, Paniagua, Gonzáles, Montoya, & Montoya, 2009). Y también es necesario tener en cuenta los sentimientos de soledad, desespero e incapacidad, autoimagen disminuida y las tentativas previas de suicidio (Toro, Paniagua, Gonzáles, Montoya, & Montoya, 2009).

En segundo lugar desde la perspectiva causal; se encuentran las causas externas; las cuales involucrando social; donde factores tanto desde lo económicos, como lo étnicos, lo culturales, etc., capaces de explicar el suicidio sobre la base de elementos de diferente naturaleza, desde la capacidad de control individual hasta factores cósmicos, climatológicos, de masas, entre otros (López García, Hinojal Fonseca, & Bobes García, 1993; Cortés Alfaro, Aguilar Valdés, Medina Suárez, Toledo Prado, & Echemendía, 2010).

En el pasado, los sociólogos se interesaron por el suicidio desde diferentes perspectivas. Han sido analizadas las variaciones de la presencia porcentual del suicidio, según diversos contextos sociales y nacionales, realizando distintas interpretaciones sociológicas (López García, Hinojal Fonseca, & Bobes García, 1993).

Durkheim (1897), considera la interacción de tres presupuestos fundamentales en cuanto a suicidio: (1) Que el suicidio varía en razón del grado de integración en la sociedad religiosa. (2) Que el suicidio varía en razón del grado de integración en la sociedad doméstica. (3) Que el suicidio varía en razón del grado de integración en la sociedad política. En otros términos, el suicidio variará en razón inversa del grado de integración en los grupos sociales a los que el individuo pertenece (Durkheim, 1897).

Lo que seguramente surge de un análisis del fenómeno del suicidio se puede resumir en las siguientes consideraciones: (1) El suicidio, más que ser un problema individual, constituye un fenómeno verdaderamente social. (2) Es un fenómeno en el que asumen importancia determinados momentos sociales, lo suficientemente específicos como para ser estudiados (López García, Hinojal Fonseca, & Bobes García, 1993).

Desde lo sociodemográfico, encontramos que la OMS declara que las tasas de suicidio son mayores en hombres que en mujeres en la mayoría de los países, pero, el índice de intento de suicidio es superior en mujeres (OMS, 2014). Además Hawton (2000, como se citó en Jimenez, 2010) señala que la causa de esto es porque los hombres implementan métodos más violentos que las mujeres (Jimenez, 2010).

Un menor nivel educativo durante la infancia-adolescencia, rendimiento escolar deficiente o dificultad de aprendizaje, podría estar relacionado con el aumento del riesgo de muerte prematura en la edad adulta. - El bajo nivel educativo de los progenitores, especialmente en las madres, podría asociarse con un aumento del riesgo de muerte prematura en la descendencia (Zambrano & Gandolfo, 2014 & Toro, Paniagua, Gonzáles, Montoya, & Montoya, 2009).

No se puede olvidar que circunstancias tales como consumo de sustancias psicoactivas, sucesos de tensión en su vida, historia de abuso físico o sexual. Y la pérdida reciente de una persona amada también aumentan en forma manifiesta las probabilidades de suicidio (Toro, Paniagua, Gonzáles, Montoya, & Montoya, 2009). Desde el aspecto familiar y estado civil, el matrimonio ha demostrado ser un factor protector en ambos sexos, sin embargo, se ha visto que es la maternidad dentro del matrimonio lo que protege a la mujer más que el matrimonio en sí, como ocurre en el varón (Jimenez, 2010).

En Cuba se encontró que la mayor causa de intento de suicidio son las dificultades con su relación de pareja, seguida por causas familiares en adolescentes de 15 a 19 años (Argota Matos, Alvarez Caballero, Camilo Colás, Sánchez Maso, & Barceló, 2015).

La detección precoz de trastornos psiquiátricos en la infancia-adolescencia, particularmente de los pacientes diagnosticados de trastornos emocionales y del comportamiento que aparecen habitualmente en la niñez o en la adolescencia, (...) podrían disminuir las tasas de suicidio y muerte prematura en la edad adulta (Zambrano & Gandolfo, 2014).

Dese lo nacional, en cuanto al Boletín de Salud Mental No 4, Salud mental en niños, niñas y adolescentes (2018) a partir de 2016 se comenzó a vigilar y desarrollar el reporte de intento de suicidio, esto podría explicarse porque el evento, pero también se incrementaron los casos, se pasó de una tasa de intento de suicidio - en personas de 15 a 19 años - de 15 por 100.000 habitantes en 2015, a una tasa de 114,4 en 2016, este grupo poblacional es el más afectado. En todos los grupos de edad, el evento fue más frecuente en las mujeres (MINSALUD, 2018). En cuanto a la mortalidad suicida se analizó el comportamiento del suicidio de 2009 a 2016 en personas de 0 a 19 años, se encontró que en esta serie de tiempo se presentaron 3.094 suicidios, con un promedio de 387 por año, en Colombia. El grupo entre 15 y 19 años presentó el mayor número de casos en los 8 años estudiados, con 2.382 que corresponde al 77% de los casos en niños, niñas y adolescentes. El suicidio es más frecuente en hombre (65,1%) que en mujeres (34,9%) (MINSALUD, 2018).

En Colombia la Encuesta Nacional de Salud Mental (ENSM) del 2015 se observa que más del 50,5% de las personas (población entre los 12 a los 17 años) tiene por lo menos 4 síntomas referidos en las sub-escalas depresión y ansiedad, siendo la proporción mayor en mujeres (54,5%) que en hombres (46,4%). Además, que la idea de acabar con su vida es del 6,2% para

todo el grupo, siendo 7,4% para las mujeres y 4,9% para los hombres. Dicha encuesta añade que la prevalencia de vida de los trastornos mentales en población de 12 a 17 años evaluados es del 7,2%, con una prevalencia en los hombres de 4,6% y en las mujeres de 9,7% (MINSALUD & Colciencias, 2015).

Ya desde lo local; en Medellín, durante el período comprendido entre enero de 1992 y junio del año 2000, se presentaron 940 muertes por suicidio. Aunque se ha registrado un leve aumento de la frecuencia anual, la tasa de mortalidad por suicidio ha permanecido relativamente constante en esta ciudad durante los últimos nueve años (Manrique Hernández, 2000). La frecuencia de suicidio entre los hombres es 3 veces mayor que en las mujeres; la edad de promedio de los hombres fue 33 años y 28 años en las mujeres (Manrique Hernández, 2000).

La Secretaria de Salud de Medellín en el 2010, presenta el Informe de Vigilancia Epidemiológica de los Eventos Priorizados en Salud Mental, en Medellín; donde pone en evidencia la elevada tasa de suicidios e intentos de suicidio de la ciudad. Además, que sectorizan dentro de la ciudad el mayor índice de suicidios, en las comunas de Medellín en los barrios como La Candelaria (comuna 10), Popular, Villa hermosa, San Javier y el Poblado es donde mayor número de suicidios se reportaron. Y donde menos fue en Manrique, Buenos Aires, y los corregimientos de Palmitas y Santa Elena (Secretaria de Salud de Medellín, 2010).

En Medellín; en el 2008 Secretaria de Salud de Medellín reporta que el suicidio fue señalado como la cuarta causa de muerte en la población adolescente, la tercera en la población de 15 a 19 años con una proporción de 5.6%. En cuanto a la ideación suicida el Segundo Estudio de Salud Mental del Adolescente Medellín, realizado en el 2009; afirma que en cuanto a la ideación suicida; casi uno de cada cuatro adolescentes alguna vez ha pensado seriamente en suicidarse, más de 13 de cada cien alguna vez ha realizado un plan para suicidarse, 14.4% alguna

vez ha intentado suicidarse y finalmente 3.5% alguna vez ha intentado suicidarse y requirió atención médica o atención en salud por este evento (Universidad CES & Alcaldía de Medellín, 2009). La Secretaria de Salud de Medellín en el 2010, informa sobre la tasa de suicidios dentro de la ciudad la capital antioqueña; donde 5,2 personas se suicidaron por cada cien mil habitantes; siendo mayor a la de nivel nacional, y nombrando a los barrios de la Calendaría, Popular, Villa hermosa y el Poblado como los barrios más incidentes en suicidios en la ciudad (Secretaria de Salud de Medellín, 2010).

Ya desde otra perspectiva diferente se involucran los conceptos *Suicidio Infantil y también el en Adolescentes*; puesto que, aunque se considera a la infancia como una etapa de la vida feliz, en la que la conducta suicida no puede estar presente. Esto no siempre es así, en la niñez ocurren actos suicidas, los cuales no son reportados como tal o lo hacen como accidentes en muchos países, y se considera que es un fenómeno que va en aumento. En la infancia los factores de riesgo deben ser detectados. Los motivos del suicidio en la infancia son variados y no específicos, pues también se producen en otros niños que nunca atentarán contra su vida. (Pérez Barrero, 1999).

Según el Segundo Estudio de Salud Mental del Adolescente Medellín (2009), casi uno de cada cuatro adolescentes alguna vez ha pensado seriamente en suicidarse, más de 13 de cada cien alguna vez ha realizado un plan para suicidarse, el 14.4% alguna vez ha intentado suicidarse y finalmente el 3.5% alguna vez ha intentado suicidarse y requirió atención médica o atención en salud por este evento (Universidad CES & Alcaldía de Medellín, 2009).

Pero, los datos dados por buen comienzo pueden ser refutados por medicina legal, así lo demuestra algunos datos preliminares de la Secretaria de Salud de Medellín (certificados de defunción año 2008), en ese año, el suicidio fue reportado como la cuarta causa de muerte en la

población adolescente, la tercera en la población de 15 a 19 años con una proporción de 5.6% y la quinta causa en el grupo de 10 a 14 años con una proporción de 6,1% se sabe que si bien en el grupo de 15 a 24 años de edad se presenta la mayor proporción de casos de suicidio (37%), debe tenerse en cuenta que el 5% de casos de suicidio en menores de 15 años, entre los cuales aparecen varios casos en menores de 10 años ( Manrique Hernández, 2000). También se realizó una evaluación de carácter exploratorio con el fin de asociar el posible riesgo de suicidio, con la depresión, consumo de psicoactivos y disfunción familiar en adolescentes escolarizados (Toro G, Paniagua Suárez, González, Montoya G, & Brígida, 2006).

En síntesis, se puede decir que en el mundo y en la cultura occidental principalmente el suicidio ha sido visto más frecuentemente como un acto delictivo, como una gran culpa que enfrentaba al mundo social, considerado como un acto de agresividad que condenar y reprobar. Quitarse la vida significa, en este contexto, querer sustraerse al propio deber, bastante penoso e intolerable, de vivir (López García, Hinojal Fonseca, & Bobes García, 1993).

#### 4. MARCO CONCEPTUAL.

A continuación, se presenta una breve descripción teórica de los conceptos fundamentales que atraviesan esta investigación, iniciando por el concepto de la infancia y la adolescencia, seguido de la depresión, luego el suicidio, rescatando su proceso desde la ideación suicida. Al final de este se hará una descripción de la Fundación participante en el estudio.

##### 4.1. Infancia y Adolescencia.

La infancia y la adolescencia son conceptos que pueden verse como un constructo social, y dependen casi siempre del lugar y cultura donde se desarrollen, su énfasis se ve mejor enfatizado en culturas más industrializadas (Papalia , Martorell , & Duski, Desarrollo Humano - 12° Versión, 2013). Papalia cita un par de ejemplos visibles dados por Briggs (1970) y Morton (1996). Los padres Inuit, en el ártico canadiense, creen que los niños pequeños no poseen todavía la capacidad de pensar y razonar, por lo que son indulgentes cuando sus hijos lloran o se enojan. Pero los padres de la isla de Tonga, en el Pacífico, suelen pegar le a sus hijos de tres a cinco años de edad, cuyo llanto es atribuido a la tozudez o capricho (Papalia , Martorell , & Duski, 2013).

El concepto de infancia que marca la Convención sobre los Derechos de la Infancia aprobada por Naciones Unidas en 1989, se recoge en su artículo 1 que dice: "Para los efectos de la presente Convención, se entiende por niño o niña todo ser humano menor de dieciocho años de edad, salvo que en virtud de la ley que le sea aplicable, haya alcanzado antes la mayoría de edad" (Asamblea General de las Naciones Unidas, 1989).

La cosmovisión que se ha tenido de estos términos ha cambiado a través del tiempo; por ejemplo, en la Antigüedad y la Edad Media no se reconocía la infancia como etapa con sus propias características y cualidades como lo entendemos actualmente, y hasta el S. XVII no hubo un sentimiento de la infancia. Papalia cita también a Ehrenreich y English (2005), quienes

cuentan que en Estados Unidos, en la época de la colonia los niños eran tratados como pequeños adultos y se esperaban que realizaran tareas de adulto como tejer calcetines e hilar lana (Papalia , Martorell , & Duski, 2013), y es a partir de la ya mencionada declaración de los derechos de los niños que dicho concepto evoluciona y pasan a ser una población protegida.

Recordando lo mencionado anteriormente en Colombia se definen los términos de infancia y adolescencia a partir del criterio de ICBF entiendo sé que por niño o niña, son aquellas personas entre 0 y los 12 años y por adolescente las personas entre 12 y 18 años de edad." (ICBF, 2010). La concepción que se tenía de los niños en Colombia ha cambiado en el transcurso de los años. En un principio, los niños eran considerados como seres pasivos sometidos totalmente a la autoridad paterna. Luego, son concebidos como seres en situación de necesidad que el legislador debe proteger de cualquier explotación. A partir de la Constitución de 1991, en virtud al preámbulo y la consagración de los derechos de los niños en el artículo 44, los menores de edad se convierten en sujetos de derechos, considerados como seres en desarrollo que poseen dignidad integral (ICBF, 2010).

En cuanto al término de adolescencia se hablará inicialmente de cómo se define, los procesos que desarrolla tanto interno; desde lo biológico y mental; como externos, y también se tendrá en cuenta lo social y político en cuanto a nuestro contexto social.

Papalia (2012) define el concepto de adolescencia como una construcción social derivada del desarrollo de las sociedades modernas e industrializadas y que habla de la transición del desarrollo entre la niñez y la adultez que implica importantes cambios físicos, cognoscitivos, emocionales y sociales, y que adopta distintas formas en diferentes escenarios sociales, culturales y económicos; la adolescencia abarca aproximadamente el lapso entre los 11 y 19 o 20 años, pero el inicio y final exacto de este, está determinado por la diferencias propias de cada cultura.



Un cambio físico importante es el inicio de la pubertad, el proceso que lleva a la madurez sexual o fertilidad, es decir, la capacidad para reproducirse (Papalia , Martorell , & Duski, Desarrollo Humano - 12° Versión, 2013).

Papalia también habla del desarrollo cerebral citando a Steinberg y Scott (2003), quienes mediante imagenología revelan que el desarrollo del cerebro del adolescente todavía está en progreso hasta la adultez temprana, donde hay lugar a cambios espectaculares en las estructuras del cerebro involucradas en las emociones, el juicio, la organización de la conducta y el autocontrol (Papalia , Martorell , & Duski, 2013). Por ejemplo, el incremento en el hipotálamo de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH) da lugar al aumento en dos hormonas reproductivas clave: la hormona luteinizante (LH) y la hormona folículo estimulante (FSH). En las niñas, los mayores niveles de la hormona folículo estimulante dan inicio a la menstruación. En los varones, la hormona luteinizante inicia la secreción de testosterona y androstenediona (Buck Louiset al, 2008). Papalia cita a McClintock y Herdt, (1996) para señalar que la maduración de los órganos sexuales desencadena una segunda explosión en la producción de dehidroepiandrosterona (DHEA), que luego se eleva a niveles adultos.

Los efectos de la maduración temprana o tardía en el desarrollo de los adolescentes son mucho mayor o menor que el de sus pares puede estar determinado por factores contextuales como el origen étnico, la escuela y el vecindario pueden ser decisivos. Como por ejemplo y en las comunidades urbanas pobres que en las comunidades rurales o urbanas de clase media (Caspi, Lynam, Moffitt y Silva, 1993; Dick, Rose, Kaprio y Viken, 2000; Ge, Brody, Conger, Simons y Murry, 2002)

Esta etapa de la vida está relacionada con ciertas problemáticas como los trastornos alimenticios (la obesidad la anorexia y la bulimia), el uso y abuso de sustancias, los trastornos

alimentarios, tanto la obesidad y como la delgadez todo gracias a los estereotipos de belleza) lo cito con el propósito de señalar sobre algunas problemáticas relacionadas con la depresión.

Y, por último, en el mundo se estima que la población de 0 a 14 años corresponde al 25.45% de la población mundial, esto corresponde a casi 2 mil millones de personas (Worldometers, 2019). En cuanto a Colombia y según el informe del D.A.N.E. del 2018 el 22.6% de la población también corresponde a los menores de 14 años.

#### **4.2. Depresión**

Como concepto inicial se trabajara la depresión que desde el DSM 5 lo define como un estado de ánimo disfórico (se especifica que para el caso de los niños el estado de ánimo puede ser irritable) o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades durante casi todo el día por un período mínimo de dos semanas, más la presencia de otros síntomas de tipo fisiológico, cognitivo y conductual (APA, 2014).

Vicente Muelas y Ochoa Mangado (2007), realizan una revisión histórica sobre la valoración del suicidio en las diferentes culturas, desde la Antigüedad hasta nuestros días, analizándose posteriormente los cambios aparecidos en los últimos años, tanto a nivel conceptual, epidemiológico y causal como el cambio en la actitud social. Desde el concepto de melancolía, que se utilizó en la antigua Grecia y que se afectó gracias al desequilibrio de los 4 humores, donde el suicidio era justificable pasando por el renacimiento y la edad media donde la percepción del concepto fue puramente religiosa, y paso desde lo heroico a lo pecaminoso. Y llegando hasta la actualidad, donde el concepto cambia al nombre de depresión y las razones de su causa son múltiples. (Muelas & Mangado, 2007).

La depresión es un trastorno del estado de ánimo caracterizado por una serie de síntomas psicológicos, conductuales y somáticos –los más característicos son la tristeza profunda y la

pérdida de interés por todo– que tienen repercusiones importantes en la vida diaria del paciente que la sufre y en su entorno. (...) la depresión es una enfermedad relativamente frecuente, bien documentada y caracterizada en la clínica psiquiátrica, con unos mecanismos fisiopatológicos – genéticos, neurobiológicos, ambientales– conocidos, y para la que se dispone de diversas opciones de tratamiento específicas y eficaces (Aragonés Benaiges, Cardoner Álvarez, Colom Victoriano & López Cortacans, 2013).

Ceballos (2013) rescata el Modelo cognitivo, citando a Beck (1974) para definir la depresión no como un desorden afectivo, sino como un error cognitivo en el procesamiento de la información que se evidencia en la evaluación negativa del sujeto acerca de si mismo, del mundo y de su futuro (Ceballos, 2013). Toro y compañía reconocen que el trastorno depresivo puede afectar a personas de cualquier edad, sexo, raza, etnia o nivel económico; comúnmente se lo asocia con fragilidad de carácter, lo cual obstaculiza el oportuno y adecuado tratamiento; (Toro, Paniagua, Gonzáles, Montoya, & Montoya, 2009).

El DSM 5, presenta a su vez otros tipos de depresión tales como Trastorno depresivo persistente (distimia) el cual debe estar presente por más de dos años; en niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable y la duración ha de ser como mínimo de un año, por otro lado, el trastorno disfórico premenstrual que se refiere a que en la mayoría de los ciclos menstruales, al menos cinco síntomas han de estar presentes en la última semana antes del inicio de la menstruación. También Trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento y se identifica mediante la exploración física o los análisis de laboratorio. Entre otros trastornos similares (APA, 2014).

La depresión es inherente al humano, Zarragoitía (2011) hace un breve análisis histórico de la depresión, y expresa lo anteriormente dicho declarando que; es por esto que se puede

encontrar evidencia de ella desde la antigüedad recibiendo el nombre de melancolía y sus síntomas fueron descritos en casi todos los registros literarios y médicos, hasta la biblia (Zarragoitía Alonso, 2011). El menciona, que el surgimiento de esta palabra es de tipo médico, resultado de la doctrina humorista, corriente médica antigua y definida por Hipócrates (S. V. A. de C). Donde se decía que la enfermedad era el resultado del desequilibrio de los 4 humores del cuerpo (Sangre, flema, bilis y atrabilis), la melancolía era el humor negro. También cita a Areteo de Capadocia (S.I A. de C), quien escribió “La melancolía es una alteración apirética del ánimo, que está siempre frío y adherido a un mismo pensamiento, inclinado a la tristeza y la pesadumbre”, y cuando dicha enfermedad era grave se consideraba locura (Zarragoitía Alonso, 2011, p. 7).

En el renacimiento surgen médicos como Bright y Burton (1586), Willis (1672), entre muchos otros, y son reconocidos por el Doctor Carlos Zoch (2002) gracias a que estos buscan explicar muchos fenómenos como la melancolía desde razones más químicas, biológicas y anatómicas, rechazando así el patrón común que determinaba la época de la Edad Media donde primaba la creencia de que tanto fuerzas sobrenaturales, demonología, el pecado entre muchos otros, de esta índole eran los causantes de la depresión (Zoch Zannini, 2002). Como ejemplos Zarragoitía (2011) señala a Santo Tomas (1225-1274) quien sostenía que la melancolía era provocada por demonios e influencias astrales e incluso el pecado de pereza. Y a Martin Lutero (1483–1546) reformador alemán “Toda la pesadez de la mente y la melancolía vienen del diablo” y los métodos más propios de la época eran los azotes, sangrías, exorcismo y baños (Zarragoitía Alonso, 2011, p. 10).

El origen del vocablo depresión se encuentra en la expresión latina de y premere (empujar u oprimir hacia abajo). Su uso se registra por primera vez en Inglaterra en el siglo XVII. Richard

Blackmore, médico de Guillermo III de Inglaterra y poeta, habla en 1725 de estar deprimido en profunda tristeza y melancolía. Robert Whytt (1764) relaciona depresión mental con espíritu bajo, hipocondría y melancolía. En 1808 Hacia el siglo XIX el término depresión va ganando terreno y se usa junto al de melancolía para designar a la enfermedad, mientras este último término siguió conservando su uso popular y literario (Jackson, 1986). Finalmente Meyer propone eliminar totalmente el término melancolía y reemplazarlo por el de depresión (Jackson, 1986 y Zarragoitía Alonso, 2011).

Desde una perspectiva cultural se puede ver impregnado como la tristeza y la melancolía se encuentran representados tanto desde la literatura; en obras como Hamlet de Shakespeare (1609) “Las flores del Malde” Charles Baudelaire (1855), desde las artes plásticas representaciones del dios Saturno (un dios pensante y melancólico), Leonardo da Vinci (1490) y la representación de la teoría de los 4 humores, la exploración de las emociones en el romanticismo (S. XVII-XIX) y Melancolía I de Durero (1514), en cuanto a la música obras de autores como las de Schönberg (2005), Witold Lutoslawski (1960,1961) o Arjona en la actualidad (Soro Llacer, 2007, Gallardo Arbeláez, 2013).

Los trastornos mentales comunes están en aumento en todo el mundo. Entre 1990 y 2013, el número de personas con depresión o ansiedad ha aumentado en cerca de un 50%, de 416 millones a 615 millones. Cerca de un 10% de la población mundial está afectado, y los trastornos mentales representan un 30% de la carga mundial de enfermedad no mortal. Las emergencias humanitarias y los conflictos aumentan la necesidad de ampliar las opciones terapéuticas. (OMS, 2016). En cuanto a Colombia El Sistema Integral de Información de la Protección Social (SISPRO) es citado por el Ministerio de Salud de Colombia por haber reportado que las atenciones por depresión se han incrementado desde el año 2009 y el diagnóstico de depresión

moderada se realizó en 36.584 atenciones en 2015. Además, que general la tendencia muestra que desde los 10 años de edad en adelante el número de casos se hace mayor, llama la atención que se reportaron casos de depresión a edades muy tempranas, con una prevalencia 15,8% en Adolescentes. (MINSALUD, 2017)

### **4.3. El suicidio.**

En la actualidad suicidio se encuentra definido a partir de elementos como las Guías Clínicas del año 2003, donde la APA se refiere a suicidio como la muerte auto infligida con evidencia (explícita o implícita) de que la persona intencionó su muerte; el intento de suicidio como la conducta de auto daño, provocada conscientemente con la intención de suicidarse, pero sin resultado de muerte; y como ideas y deseos suicidas a un amplio rango de pensamientos, desde pensamientos de falta de valor de la vida, pasando por deseos más o menos intensos de estar muerto hasta pensamientos de terminar con la vida planificación de un acto letal (APA, 2003). Como se vio anteriormente, el suicidio se define como el «acto a través del cual la persona se provoca voluntariamente la muerte a sí misma» (López García, Hinojal Fonseca, & Bobes García, 1993, p.310); además, es considerado como un acto específicamente humano (Gómez Dupertuis, 1980), ya que es necesario ser consciente de qué es la vida, la muerte y el morir para considerarlo suicidio, puesto que se han encontrado conductas semejantes en los animales (López García, Hinojal Fonseca, & Bobes García, 1993).

Históricamente, desde la psicología analítica, el suicidio es la condena moral del sí mismo, destrucción del sí mismo; es el objetivo último de la agresión así mismo (Dorsch, Bergius, & Ries, 1985). Hay suicidio cuando la víctima, en el momento en que realiza la acción, sabe con toda certeza lo que va a resultar de él (Durkheim, 1897). Pero, luego se han evidenciado de otras intenciones finales además de la propia muerte en las que se usa el acto suicida como

medio de conseguir las. Por citar algunos ejemplos se podría decir que la venganza (culpar a otros de la muerte propia), escapar de una amenaza, chantajear, lograr la atención deseada (Jimenez, 2010).

Giner Jiménez (2010) en su tesis de doctorado encuentra que según Edwin Shneidman (1985), el suicidio se define como el acto humano consciente de causar la cesación de la propia vida, autoaniquilación, que se entiende como el acto final de desesperación en que no se conoce el resultado y que ocurre tras la lucha entre el deseo inconsciente de muerte y el deseo de vivir mejor y entre amar y ser amado (Jimenez, 2010).

Stengel (1961), diferenció entre el intento y la tentativa de suicidio. En el intento (1), hay intención autolítica, pero por impericia o fallos en el método no se logra. En la tentativa (2) no existe la voluntad de morir, sino que más bien es una forma de pedir ayuda o un intento de modificar situaciones para lograr un beneficio secundario. No obstante, hay tentativas que acaban en suicidios consumados (Stengel, 1961).

Desde una perspectiva histórica el suicidio posee ambas posturas, tanto positiva, como negativa, y se ve reflejada conforme a los valores morales latentes en el marco cultural en cada época de la historia en el que se desarrolla. De todas formas, el suicidio es un suceso universal en el tiempo y en el espacio (López García, Hinojal Fonseca & Bobes García, 1993). Por ejemplo, Lucas Giner Jiménez (2010) narra como en algunas ciudades de la antigua Grecia el suicidio estaba regulado por ley, como era el caso de Atenas, Esparta y Tebes, en que para poder realizarlo se solicitaba autorización al senado y se exponían las razones por las que la vida se hacía intolerable. Si se autorizaba, el suicidio era considerado legítimo (Jimenez, 2010 p. 19). Además de esto, el autor cita a Minois (1999) quien presenta los casos de Temístocles, Isócrates o Demóstenes, que tuvieron razones patrióticas, Pitágoras de una forma poco afín a su religión,

entre otros. Sin embargo, el suicidio más famoso de esta época es el de Sócrates, que es empujado al suicidio para evitar huir (Jimenez, 2010, p. 19). Pero cuando un suicida actuaba sin la debida autorización, estaban estipuladas diversas penas a realizar con su cadáver para escarmiento y reprobación social, así como para disuasión de potenciales suicidas y esto mismo ocurría en Roma (Rodriguez, 1997). Más adelante Rodriguez (1997) también describe que el cambio de la percepción del suicidio era paralelo a la visión estoica de la clase política, que seguían esta filosofía. Pero con el pasar de los años y ya siendo el S.II Roma eran muy pocas las razones aceptables que permitiera a las personas la posibilidad de suicidarse.

Para describir el tema del suicidio en los inicios del catolicismo Jiménez (2010) también cita a Tertuliano (160-220) quien defiende el martirio: “si Cristo-Dios ha muerto, ha sido porque Él lo ha consentido: Dios no está a merced de la carne” indicando así que el suicido se encontraba en ciertos caso honrosos, y dicha institución mantuvo por muchos siglos la discusión si era o no licito, hasta el en el siglo IV con San Agustín (354-430). Presenta el manifiesto a través de “La Ciudad de Dios”:

Declaramos y afirmamos que lo siguiente es aceptado como rigurosamente cierto: Ningún hombre debe infligir muerte alguna a él mismo con el simple objeto de escapar de dificultades temporales. Todas las prohibiciones están basadas en el mandamiento “no matarás”, en el que se incluye la muerte hacia uno mismo, sin excepción alguna “no matarás a nadie, ni a ti, ni a otro, ya que el que se mata a si mismo ¿no es acaso el asesino del hombre?” (Jimenez, 2010, p.20).

Desde la cosmovisión de otras religiones, por ejemplo; el Brahmanismo cree que el alma camina unida al pecado cometido, hasta que esta no se reúna con el espíritu de Brahma, aceptando así el suicidio sacro o ritual, como el sutte o sacrificio de las viudas, o las sumersiones en el agua del Ganges. El budismo también, considera que el poner término a la vida es un gran sacrificio. El medievo se caracterizó, por una parte, por el dominio del islamismo el cual gracias



al Corán consideran al suicidio como delito más grave aún que el homicidio, y por otra parte, también se encontraba el dominio del Cristianismo. Las dos religiones redujeron en gran medida la frecuencia del suicidio, dando así por mucho tiempo el repudio social al punto de condenarlo como delito. Solo hasta finales del siglo XIX, con el renacimiento cultural, surgieron figuras como Hume, Montesquieu, Rousseau, Beccaria, Montaigne o Voltaire, quienes se pararon desde muchas perspectivas para dar justificaciones racionales a la autodeterminación hacia la muerte en condiciones de gran sufrimiento (López García, Hinojal Fonseca & Bobes García, 1993, p.311-312).

En la actualidad, los valores morales de la cultura occidental, como la libertad individual, la autonomía del pensamiento y de la acción, reflejan los posicionamientos de nuestro entorno en la materia. Por ello, algunos ven en el suicidio el imperio de los derechos personales y de la libertad de elección respecto a la muerte, ante situaciones de sufrimiento o dolor (López García, Hinojal Fonseca, & Bobes García, 1993). Además, se presenta a discusión sobre el derecho al suicidio como un derecho fundamental al margen de la patología psiquiátrica y debe ser considerado como un tema de libertad individual exclusivamente. Así, el derecho a la vida lleva consigo el derecho a poner fin a la misma e incluso llegan a plantear que, en determinadas circunstancias, el suicidio es una opción liberadora que hace más llevadero el seguir viviendo (Muelas & Mangado, 2007).

En el proceso del suicidio se encuentran como los factores más relacionados con la conducta suicida en primera instancia son los intentos previos, la ideación suicida, la enfermedad mental (especialmente la depresión, el consumo de tóxicos y los trastornos psicóticos) y la enfermedad física, crónica o debilitante (Jimenez, 2010).

Refiriéndonos al término denominado como conducta suicida; se observa que sigue un proceso que se conforma por tres fases (Pérez, 2004) De forma contraria; o sea desde el acto consumado a la ideación:

- El suicidio consumado: Es cualquier lesión auto-infringida deliberadamente por el sujeto con el propósito de morir y cuyo resultado es la muerte.
- Intento de suicidio: También denominado parasuicidio, tentativa de suicidio, intento de autoeliminación o autolesión intencionada. Es aquel acto sin resultado de muerte, en el cual un individuo se hace daño a sí mismo; también llamado suicidio fallido.
- La ideación suicida: Consiste en pensamientos de terminar con la propia existencia (Pérez, 2004). Al ser la ideación suicida la fase de inicio del proceso de suicidio, se resalta como la fase más importante para la prevención del proceso suicida (González, 1998). Y se desarrolla así:
  - El deseo de morir: Es el primer paso que indica la disconformidad del sujeto con su manera de vivir, y es puerta de entrada a la ideación suicida.
  - La representación suicida: Consistente en fantasías pasivas de suicidio.
  - La idea suicida sin un método determinado: Es la idea de autodestrucción sin planteamiento de la acción.
  - La idea suicida con un plan o método indeterminado o inespecífico aún: Es cuando el sujeto desea suicidarse y, al preguntarle cómo ha de quitarse la vida, responde que de cualquier forma; incluso manifiesta diversas posibilidades sin mostrar preferencia por alguna en particular.

- La idea suicida con un método determinado sin planificación: El sujeto expresa sus intenciones suicidas mediante un método específico, pero sin haber elaborado una adecuada planificación.
- La idea suicida planificada o plan suicida: El individuo sabe cómo, cuándo, dónde, por qué y para qué ha de realizar el acto suicida, y toma por lo general las debidas precauciones para no ser descubierto. Se le conoce también como plan suicida, es sumamente grave por la posibilidad inminente de consumar el suicidio con éxito.

#### **4.4. La Fundación Cristiana Nueva Generación.**

Es una organización cristiana sin ánimo de lucro que tiene como visión ver una generación de hombres y mujeres preparados y comprometidos para obedecer a Dios y construir un mejor país. Mediante la posibilidad de brindar capacitaciones, libros y seguimiento de manera estructurada a organizaciones comprometidas en preparar a las nuevas generaciones en principios y valores bíblicos.

Este ministerio nació en septiembre de 2011 como una respuesta a la necesidad de herramientas de buena calidad y preparación para líderes en las iglesias que no saben o no tienen las herramientas para discipular a las nuevas generaciones. Logrando así, en 7 años beneficiar a más 30 colegios, 900 iglesias de 35 denominaciones de Colombia, incluidas también fundaciones, que quienes a su vez han vinculado a casi 50.000 prejuveniles entre los 10 y 15 años. La fundación posee varios programas que intervienen algunas de las necesidades fundamentales de la adolescencia y capacita y provee de herramientas a las iglesias o fundaciones vinculadas. Algunos de estos programas son:

- Programa Nueva Generación (PNG)

- Construyendo Vidas
- Generación de campeones

## **5. OBJETIVOS**

### **5.1.Objetivo General.**

Describir los niveles de depresión e ideación suicida en una muestra seleccionada de chicos y chicas entre 13 a 17 años pertenecientes a alguno de los programas para adolescentes de la Fundación Cristiana Nueva Generación (FCNG) en la ciudad de Medellín.

### **5.2 Objetivos Específicos.**

Evaluar los niveles de depresión e ideación suicida en chicos y chicas pertenecientes a alguno de los programas para adolescentes de la Fundación Cristiana Nueva Generación (FCNG) en la ciudad de Medellín.

Identificar las características en común de los adolescentes con mayor índice de ideación suicida y depresión en relación a las escalas.

Comparar los resultados y hallar las diferencias o similitudes entre hombres y mujeres.

## **6. DISEÑO METODOLÓGICO.**

Esta investigación tiene un enfoque empírico-analítico de tipo cuantitativo, puesto que tiene una lógica inductiva, que parte de la teoría, desde la que se procede a la recolección de datos para probar una hipótesis, con base en la medición numérica y el análisis estadístico. Esto permite establecer patrones de comportamiento y poner a prueba la teoría inicial (Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio, 2006). Además, que la posición personal del investigador será neutral, puesto que intenta realizar procedimientos rigurosos y “objetivos” de recolección y análisis de los datos, evitando que los sesgos y las tendencias influyan en los resultados. (Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio, 2006)

El tipo de estudio es principalmente de carácter descriptivo; puesto que busca detallar cómo es y cómo se manifiesta un fenómeno (los índices de depresión y de la ideación suicida en adolescentes), en un contexto determinado (adolescentes pertenecientes a una fundación en la ciudad de Medellín) a través de un análisis estadístico.

La investigación no experimental es sistemática y empírica en la que las variables independientes no se manipulan porque ya han sucedido y por último, como investigación no experimental es de forma transversal por que recopilan todos los datos en un momento único, Indagan la incidencia de las modalidades, categorías o niveles de una o más variables en una población, son estudios puramente descriptivos (Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio, 2006).

### **6.1. Población y muestra.**

Este estudio se llevó a cabo con adolescentes de sexo tanto masculino, como, femenino entre las edades 13 a 17 de edad, en situación de escolaridad en las comunas de Medellín, en el 2019. Para la obtención de la muestra se seleccionaron 4 grupos pertenecientes a la FCNG en la

ciudad de Medellín. El primero de ellos sus integrantes deben llevar al menos un tiempo superior de un año y medio y el segundo no deben llevar vinculados más de 3 meses con la fundación con el fin de abarcar más ampliamente las características particulares de dicha población. Seguido, se solicitó la autorización de los coordinadores o tutores de las iglesias u organizaciones asociadas a la fundación y que atiendan a la petición de colaboración, al tener la aprobación de las directivas, se acercará la población a evaluar. Por lo tanto, se hablando de una muestra estratificada - cuando se subdivide en estratos o subgrupos según las variables o características que se pretenden investigar. Cada estrato debe corresponder proporcionalmente a la población. (Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio, 2006).

A continuación, se presentará una tabla descriptiva de cada uno de los grupos descritos anteriormente, donde se plasmarán algunas características específicas de cada uno de los participantes.

*Tabla 1*  
*Iglesia Segadores del Reino*

<b>SEGADORES DEL REINO</b>							
<b>N</b>	<b>EDAD</b>	<b>GENERO</b>	<b>GRADO ACTUAL</b>	<b>ACTIVIDADES EXTRACURRICULARES</b>	<b>APGAR</b>	<b>RESULTADO IDB</b>	<b>RIESGO SUICIDA</b>
1	15	M	8	SI	Semifuncional	Ninguno	Ninguno
2	16	F	11	NO	Funcional	Ninguno	Ninguno
3	13	F	8	NO	Funcional	Ninguno	Ninguno
4	15	M	9	NO	Semifuncional	Moderado	Ninguno
5	13	M	7	NO	Semifuncional	Ninguno	Ninguno
6	15	M	9	NO	Semifuncional	Ninguno	Ninguno
7	14	F	8	NO	Disfuncional	Grave	Leve

Adolescentes del barrio Robledo, con 3 a 6 meses de pertenencia al programa

*Tabla 2*  
*Nuevo Occidente*

<b>NUEVO OCCIDENTE</b>							
<b>N°</b>	<b>EDAD</b>	<b>GENERO</b>	<b>GRADO ACTUAL</b>	<b>ACTIVIDADES EXTRACURRICULARES</b>	<b>APGAR</b>	<b>RESULTADO IDB</b>	<b>RIESGO SUICIDA</b>
1	13	F	7	SI	Disfuncional	Alto	Alto
2	14	M	9	SI	Funcional	Ninguno	Ninguno
3	13	F	7	SI	Funcional	Ninguno	Ninguno
4	13	M	8	SI	Funcional	Ninguno	Ninguno
5	17	M	11	SI	Semifuncional	Ninguno	Ninguno
6	14	M	8	SI	Funcional	Ninguno	Ninguno
7	13	M	7	NO	Semifuncional	Ninguno	Ninguno
8	15	M	9	SI	Semifuncional	Ninguno	Ninguno
9	15	F	10	NO	Disfuncional	Alto	Alto
10	17	F	11	NO	Funcional	Ninguno	Ninguno
11	13	F	8	SI	Funcional	Ninguno	Ninguno
12	13	F	8	NO	Semifuncional	Alto	Alto
13	13	M	8	SI	Semifuncional	Ninguno	Ninguno
14	16	F	11	SI	Funcional	Moderado	Leve

Adolescentes del barrio Robledo Nuevo Occidente, cerca al sector la campiña. Con 3 a 6 meses de pertenencia al

programa

*Tabla 3*

*Fundación Semillas de Cristo*

<b>SEMILLAS DE CRISTO</b>							
<b>N°</b>	<b>EDAD</b>	<b>GENERO</b>	<b>GRADO ACTUAL</b>	<b>ACTIVIDADES EXTRACURRICULARES</b>	<b>APGAR</b>	<b>RESULTADO IDB</b>	<b>RIESGO SUICIDA</b>
1	13	F	5	SI	Semifuncional	Alto	Alto
2	13	M	5	SI	Disfuncional	Leve	Ninguno
3	17	F	-	SI	Disfuncional	Alto	Alto
4	13	M	7	NO	Semifuncional	Leve	Ninguno
5	14	F	-	SI	Semifuncional	Ninguno	Ninguno
6	13	M	7	SI	Semifuncional	Ninguno	Ninguno
7	17	M	8	NO	Funcional	Ninguno	Ninguno
8	13	M	6	SI	Funcional	Ninguno	Ninguno
9	13	F	7	SI	Semifuncional	Ninguno	Ninguno

Adolescentes pertenecientes a los barrios Santo Domingo Sabio y Belén con una permanencia superior a un año



Tabla 4  
Iglesia Ríos de Agua Viva

RÍOS DE AGUA VIVA							
Nº	EDAD	GENERO	GRADO ACTUAL	ACTIVIDADES EXTRACURRICULARES	APGAR	RESULTADO IDB	RIESGO SUICIDA
1	16	M	9	NO	Disfuncional	Moderado	Ninguno
2	13	F	5	NO	Semifuncional	Leve	Ninguno
3	13	F	8	SI	Funcional	Ninguno	Ninguno
4	15	F	7	SI	Disfuncional	Ninguno	Ninguno
5	13	F	8	SI	Semifuncional	Moderado	Ninguno
6	13	M	8	SI	Semifuncional	Ninguno	Ninguno
7	14	M	9	SI	Semifuncional	Ninguno	Ninguno
8	14	M	8	NO	Semifuncional	Ninguno	Ninguno
9	15	M	10	SI	Disfuncional	Grave	Grave
10	15	M	9	NO	Funcional	Ninguno	Ninguno
11	14	F	7	SI	Semifuncional	Grave	Moderado
12	13	M	6	NO	Semifuncional	Ninguno	Ninguno

Adolescentes del barrio Belén con una permanencia superior de un año

## 6.2 Instrumentos de recolección de la información

### Ficha Psicosocial

Esta ficha se construyó con el propósito de recolectar información ciertas variables

psicosociales tales como:

- Características sociodemográficas: edad, género, estrato socioeconómico, barrio.
- Tipología familiar: Rango de hijos por familia, clase de familia (nuclear, monoparental, etc.) y cohesión familiar.
- Nivel académico

### 6.2.El APGAR familiar.

Es un instrumento que muestra cómo perciben los miembros de la familia el nivel de funcionamiento de la unidad familiar de forma global, incluyendo a los niños ya que es aplicable

a la población infantil. El APGAR familiar es un cuestionario de cinco preguntas, que busca evidenciar el estado funcional de la familia, funcionando como una escala en la cual el entrevistado coloca su opinión respecto del funcionamiento de la familia para algunos temas clave considerados marcadores de las principales funciones de la familia (Suarez Cuba & Alcalá Espinoza , 2014).

Los componentes de este instrumento son 5 elementos que se valoran para evaluar la funcionalidad de la familia. Esto es:

- Adaptación: es la capacidad de utilizar recursos intra y extra familiares para resolver problemas en situaciones de estrés familiar o periodos de crisis.
- Participación: o cooperación, es la implicación de los miembros familiares en la toma de decisiones y en las responsabilidades relacionadas con el mantenimiento familiar.
- Gradiente de recursos: es el desarrollo de la maduración física, emocional y auto realización que alcanzan los componentes de una familia gracias a su apoyo y asesoramiento mutuo.
- Afectividad: es la relación de cariño amor que existe entre los miembros de la familia.
- Recursos o capacidad resolutive: es el compromiso de dedicar tiempo a atender las necesidades físicas y emocionales de otros miembros de la familia, generalmente implica compartir unos ingresos y espacios.

### **6.3.El Inventario de Depresión de Beck-II (in)**

El Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) es un auto-informe de lápiz y papel compuesto por 21 ítems de tipo Likert. El inventario inicialmente propuesto por Beck y sus versiones posteriores han sido los instrumentos más utilizados para detectar y evaluar la gravedad de la depresión. De hecho, es el quinto test más utilizado por los psicólogos españoles

(Muñiz y Fernández-Hermida, 2010). Sus ítems no se derivan de ninguna teoría concreta acerca del constructo medido, sino que describen los síntomas clínicos más frecuentes de los pacientes psiquiátricos con depresión. El BDI-II ha experimentado algunas modificaciones respecto a las versiones anteriores para representar mejor los criterios para el diagnóstico de los trastornos depresivos recogidos en el DSM-IV y CIE-10.

#### **6.4.Procedimiento para el análisis de datos.**

##### **Convocatoria de los participantes.**

- Se clasifico los posibles grupos que pudieron participar en la investigación.
- Reconocer los grupos más representativos de la fundación FCNG dentro de la ciudad.
- Se presentó este proyecto de investigación a cada coordinador o tutor asociados a la fundación, con el fin de solicitar la autorización de poder aplicar la investigación en sus grupos y por medio de envió de una carta con la información sobre el estudio y a solicitud de colaboración.
- Se hicieron llamadas telefónicas o visitas; para recordar si es necesario y concertar la fecha de la etapa de recolección de la información.
- Se informó y convoque a los adolescentes interesados en participar cómo se desarrollará la actividad.
- Se informó y se solicitó el consentimiento firmado por los padres de los adolescentes que quisieran participar.

##### **Recolección de datos**

- Se debe realizar una verificación de que el grupo cumpla con los criterios de inclusión, se leyó el consentimiento informado y se firmara por quienes estén de acuerdo con él.  
Una vez hecho esto.

- Se les hará entrega a cada uno de los participantes los dos instrumentos de evaluación y la instrucción adecuada de cómo resolver cada uno.
- Se asignó un tiempo determinado no superior de 40 minutos para resolver los instrumentos.

### **Plan de Análisis**

- Se exploró los datos obtenidos en la recolección
- Se midieron los resultados obtenidos.
- Se enumeraron y sistematizaron todas las fichas en una matriz en Excel.
- Se seleccionaron las fichas de los adolescentes que puntúan más alto la ideación Suicida.
- Analizar descriptivamente los datos por variable.
- Se calcularon y se graficaron los resultados de las variables
- Visualizaron los datos por variable.
- Evaluó la confiabilidad, validez y objetividad de los instrumentos de medición utilizados.
- Se analizó e interpretó mediante pruebas estadísticas las hipótesis planteadas (análisis estadístico inferencial).
- Se preparó los resultados para presentarlos.

### **6.5.Consideraciones Éticas.**

La realización de cualquier trabajo investigativo requiere el cumplimiento de unos lineamientos o principios éticos de los cuales no puede eximirse el investigador; estos buscan garantizar la validez de los resultados y que el proceso se lleve a cabo de manera idónea, respetando la normatividad y evitando dañar a las personas involucradas en el estudio, así como reza el artículo 50 de la Ley 1090 de 2006 “ Lo profesionales de la psicología al planear o llevar

a cabo investigaciones científica, deberán basarse en principios éticos de respeto y dignidad, lo mismo que salvaguardar el bienestar y los derechos de los participantes” (p.11).

Según se plantea en el artículo 49 de la Ley 1090 de 2006 “Los profesionales de psicología dedicados a la investigación son responsables de los temas de estudio, la metodología usada en la investigación y los materiales empleados en la misma, del análisis de sus conclusiones y resultados, así como de divulgación y pautas para su correcta utilización” (P.11)

Como es un estudio realizado a menores es fundamental contar con el consentimiento firmado de su adulto responsable, así lo asigna el Artículo 52. “En los casos de menores de edad y personas incapacitadas, el consentimiento respectivo deberá firmarlo el representante legal del participante”. (p. 11).

Por último, es importante resaltar en cuanto a la propiedad intelectual de las fuentes de consultadas que se han tenido en cuenta en esta investigación. Toda investigación involucra la revisión de los postulados teóricos de diferentes autores con relación al constructo que se está estudiando. Esto señalado en la ley 23 de 1982 establece como principio normativo el respeto a la propiedad intelectual, como se reza en el artículo 2 según el cual” los derechos de autor recaen sobre las obras científicas, literarias, y artísticas las cuales se comprenden todas las creaciones del espíritu en el campo científico, literario y artístico, cualquiera que sea el modo o forma de expresión y cualquiera sea su destinación” (P.1). Se aclara que estas normas de propiedad intelectual fueron respetadas de manera rigurosa por parte de la investigadora presente en este estudio.

## 7. RESULTADOS

A continuación, se presentarán los resultados en forma de tablas estadísticas que se clasificarán en 5 grupos diferentes, el primero de ellos describirá los resultados sociodemográficos que dan cuenta de la población, seguido está, se presenta la tabla de los resultados del APGAR, y en el tercer grupo de tablas se encuentran los resultados del BDI-II describiendo las variables de depresión y riesgo suicida; finalmente, en los dos últimos grupos se presenta la relación establecida entre las variables depresión y riesgo suicida y las características más representativas de la ficha sociodemográfica.

### 7.1 Resultados de la ficha sociodemográfica

Para iniciar se describirán las características más relevantes de la información arrojada en la ficha sociodemográfica; tales como la edad, el género, nivel de escolaridad, tipo de familia y convivencia entre otras.

*Tabla 5*  
*Género*

<b>GÉNERO</b>				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Mujer	19	45,2%	45,2%	45,2%
Hombre	23	54,8%	54,8%	100%
Total	42	100%	100%	

Porcentaje del género de las muestras pertenecientes al Programa Nueva Generación

En cuanto al género de la muestra se puede decir que 54.8% son hombres que equivalen a 23 evaluados y que 45.2% que equivale a 19 de los evaluados fueron mujeres.

*Tabla 6*  
*Edad*

<b>EDAD</b>				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Menor a quince	27	64,2%	64,2%	64,2%

años				
Igual o mayor a quince años	15	35,7%	35,7%	100,%
Total	42	100%	100%	

Porcentaje de la edad de las muestras pertenecientes al Programa Nueva Generación

El 64.2% que equivale a 27 personas de la muestra son menores de quince años, mientras que 15 personas de la muestra equivalentes al 35% de la muestra tienen quince o más años.

*Tabla 7*  
*Nivel Escolar*

<b>NIVEL ESCOLAR</b>				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Primaria	3	7,1%	7,1%	7,1%
Secundaria	33	78,5%	78,5%	85,7%
Media	6	14,2%	14,2%	100%
Total	42	100%	100%	

Porcentaje del nivel escolar de las muestras pertenecientes al Programa Nueva Generación

En esta tabla se encuentra que descrito que el 78,6% para un total de 33 personas se encuentran estudiando en secundaria (los grados 6° a 9°), el 14,3% de la muestra, siendo 6 personas se encuentran en el nivel de educación media (los grados 10° y 11°) y por último 7,1% correspondientes a 3 personas aún se encuentran en un nivel de educación primaria.

*Tabla 8*  
*Actividades Extracurriculares*

<b>ACTIVIDADES EXTRACURRICULARES</b>				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si	25	59,5%	59,5%	59,5%
No	17	40,4%	40,4%	100%
Total	42	100%	100%	

Porcentaje de la participación en actividades extracurriculares de los adolescentes del Programa Nueva Generación

El 59.5% de la muestra, correspondiente a 25 adolescentes, desarrollan algún tipo de actividad extracurricular en sus tiempos libres, tales como prácticas de deporte; siendo el fútbol y el baloncesto los más mencionados, las clases musicales; como tocar un instrumento o clase de canto y vinculaciones a grupos culturales del sector. Mientras el 40,5% equivalente a 17 chicos no practica ninguna actividad extracurricular.

*Tabla 9*  
*Número de personas con las que convive el adolescente*

<b>NÚMERO DE PERSONAS CON LAS QUE CONVIVE</b>				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Entre una y tres	12	28,5%	28,5%	28,5%
Entre cuatro y seis	23	54,7%	54,7%	83,3%
Más de seis	7	16,6%	16,6%	100%
Total	42	100%	100%	

Número de personas promedio de personas que conviven con los adolescentes

El 54,8% de los adolescentes que corresponde a 23 personas, poseen un tipo de convivencia *extensa* donde conviven con un grupo entre 4 a 6 familiares, mientras que el 28,6% de la muestra, que serían 12 adolescentes, poseen una convivencia *estructurada* con tres o menos personas de la misma familia y 16,7%, que equivale a 7 adolescentes, corresponde a aquellos que conviven con más de 6 personas en sus casas, aquí no se aclara el tipo de convivencia que se da pudiendo esta ser con la familia extensa o con terceras personas.

*Tabla 10*  
*Lugar que ocupa entre hermanos*

<b>LUGAR QUE OCUPA</b>				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Mayor o hijo único	19	45,2%	45,2%	45,2%
Menor	10	23,8%	23,8%	69,0%
Medio	13	30,9%	30,9%	100%
Total	42	100%	100%	



Lugar en el que se ubica entre sus hermanos los adolescentes pertenecientes al PNG

Esta tabla representa el lugar que ocupa el adolescente entre sus hermanos, se expresa acá que el 45,2%, es decir 19 participantes pertenecen al grupo de hermano mayor o es hijo único.

Mientras que el 31% que corresponde a 13 adolescentes, está en medio de sus otros hermanos, finalmente, el 23,8%, que son 10 personas de la muestra, representa el grupo de los menores entre sus hermanos.

*Tabla 11*  
*Tipo de convivencia*

<b>TIPO DE CONVIVENCIA</b>				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Estructurada	31	73,8%	73,8%	73,8%
Extensa	10	23,8%	23,8%	97,6%
Tercero	1	2,4%	2,4%	100%
Total	42	100%	100%	

Descripción del tipo de convivencia según el tipo de vínculo de convivencia con quienes vive el adolescente

El 73,8% de la muestra, equivalente a 31 personas, posee una convivencia de tipo estructurada, es decir su familia es de tipo nuclear, compuesta por padres e hijos; para el 23,8%, es decir, 10 participantes, su convivencia es de tipo extensa, donde pueden compartir con tíos, primos o abuelos y, solo 2,4% es decir uno de ellos, posee una convivencia de tipo tercero, donde la vivienda es compartidos con personas externas al vínculo sanguíneo.

## **7.2 Resultados del APGAR**

A continuación, se presentará una de tabla y su respectivo análisis para describir los resultados arrojados por el APGAR.

*Tabla 12*  
*Resultados del APGAR*

<b>APGAR</b>				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Familia funcional	13	30,9%	30,9%	30,9%
Disfunción familiar leve	21	50,0%	50,0%	80,9%
Disfunción familiar severa	8	19,0%	19,0%	100%
Total	42	100%	100%	

Resultados generales del test de APGAR

El 50% de las personas reporta que su percepción sobre el funcionamiento de la unidad familiar tiene una disfunción leve, para el 31%, es decir, 13 personas, la percepción del funcionamiento de la unidad familiar es funcional, mientras que solo 19%, es decir, 8 adolescentes, reportan que perciben una disfunción familiar severa.

### **7.3 Resultados del BDI-II**

A continuación, se presentarán dos tablas y su respectivo análisis con el propósito de hacer una descripción de los resultados arrojados por el test BDI-II en cuanto a las variables de depresión e idea suicida especialmente.

*Tabla 13*  
*Niveles de depresión*

<b>DEPRESIÓN</b>				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Sin depresión	27	64,2%	64,2%	64,2%
Depresión leve a moderada	7	16,6%	16,6%	80,9%
Depresión grave	8	19,0%	19,0%	100%

Total	42	100%	100%
-------	----	------	------

Resultados arrojados de los niveles de depresión por el test DBI-II

En esta tabla se evidencia que el 64,2% de la muestra, es decir 27 adolescentes, no registra índices de depresión, mientras que el 19%, 8 participantes, registran índices de depresión graves, y solo el 16,6%, un total de 7 adolescentes, registran índices de depresión entre moderados y leves.

*Tabla 14*  
*Niveles de Riesgo Suicida*

<b>RIESGO SUICIDA</b>				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Sin riesgo	33	78,5%	78,5%	78,5%
Con riesgo	9	21,4%	21,4%	100%
Total	42	100%	100%	

Resultados arrojados en el Riesgo Suicida arrojado por test DBI-II

Acá se puede evidencia que el 78,6%, 33 participantes, no reportan ningún riesgo suicida, mientras que 21,4%, que corresponden a 9 adolescentes, pueden tener algún riesgo suicida.

#### **7.4 Relación de la variable depresiva y las características sociodemográficas**

Recopilando la información en las tablas de depresión, donde el 64,3%, es decir 27 participantes, no registran índices de depresión, el 19%, un total de 8 adolescentes, registran índices de depresión graves, y el 16,7% que corresponden a 7 personas de la muestra, registran índices entre moderados y leves de depresión. A continuación, se toman estos índices y se relacionan con algunas de las características más representativas y relevantes de la ficha sociodemográfica, generando un grupo de 4 posibilidades.

Tabla 15  
Relación Depresión - Género

		<b>DEPRESIÓN- GÉNERO</b>				
<b>GÉNERO</b>		Sin depresión	Depresión leve a moderada	Depresión grave	Total	P
Mujer	Recuento	9	3	7	19	0,026
	% dentro de DEPRESIÓN	33,3%	42,9%	87,5%	45,2%	
Hombre	Recuento	18	4	1	23	
	% dentro de DEPRESIÓN	66,7%	57,1%	12,5%	54,8%	
Total	Recuento	27	7	8	42	
	% dentro de DEPRESIÓN	100%	100%	100%	100%	

Relación entre la variable de la depresión y el género

Entre los 27 que no reportan índices de depresión, el 33,3%, es decir 9, son mujeres y el 66,7%, que corresponde a 18 participantes, son hombres. En cuanto al índice de depresión leve a moderada, que son 7 personas, 3 de ellas son mujeres y 4 son hombres. Por último, en el índice de depresión grave se encuentra que de las 8 personas quienes reportan índices de depresión grave, el 87,5%, es decir, 7 son mujeres y hay un solo hombre.

Ante lo anteriormente mencionado y teniendo en cuenta que  $p$  es inferior a 0,05 se logra inferir que si puede haber una relación directa entre los índices de depresión y el género, siendo las mujeres quienes cuentan con una prevalencia mayor y evidente en los índices de depresión en comparación a los hombres que reportan estos mismos índices

Tabla 16  
Depresión y Nivel Escolar

		<b>DEPRESIÓN- NIVEL ESCOLAR</b>				
<b>NIVEL ESCOLAR</b>		Sin depresión	Depresión leve a moderada	Depresión grave	Total	$p$
Primaria	Recuento	0	2	1	3	0,071
	% dentro de DEPRESIÓN	0,0%	28,6%	12,5%	7,1%	
Secundaria	Recuento	24	4	5	33	
	% dentro de	88,9%	57,1%	62,5%	78,6%	

		DEPRESIÓN			
Media	Recuento	3	1	2	6
	% dentro de DEPRESIÓN	11,1%	14,3%	25,0%	14,3%
Total	Recuento	27	7	8	42
	% dentro de DEPRESIÓN	100%	100%	100%	100%

Relación entre depresión y nivel escolar

En el grupo que no reporta depresión se puede ver que el 88,9%, es decir 24 participantes se encuentran estudiando en el nivel de secundaria ( del grado 6° a 9°), y solo el 11,1% que son 3 personas estudian en un nivel de escolaridad media (del grado 10° a 11°); En cuanto a los que pueden reportar un nivel de depresión leve o moderado, el 28,6%, que son 2 participantes, se encuentran en primaria y el 57,1%, 4 de ellos y solo el 14,3% equivalente a una persona se encuentra en nivel media de educación. Ya en cuanto a la población que si reporta niveles altos de depresión; el 62,5% que equivale a 5 personas se encuentra estudiando en primaria y el restante 25,0% equivalente a 2 personas están en un nivel de educación media.

Ante lo anterior y en relación a  $p$  es superior a 0,05 se puede decir que no hay una relación directa entre los índices de depresión y el nivel académico en el que se encuentra ubicados los menores.

*Tabla 17*  
*Relación entre depresión- y actividades extracurriculares*

<b>DEPRESIÓN - ACTIVIDADES EXTRACURRICULARES</b>						
ACTIVIDADES EXTRACURRICULARES		Sin depresión	Depresión leve a moderada	Depresión grave	Total	$P$
Si	Recuento	17	3	5	25	0,616
	% dentro de DEPRESIÓN	63,0%	42,9%	62,5%	59,5%	
No	Recuento	10	4	3	17	
	% dentro de DEPRESIÓN	37,0%	57,1%	37,5%	40,5%	
Total	Recuento	27	7	8	42	
	% dentro de DEPRESIÓN	100%	100%	100%	100%	

Relación entre la depresión y la posibilidad de realizar actividades extracurriculares

En relación de la depresión y la práctica de actividades extracurriculares se encontró que el 63%, es decir 17 adolescentes de los que no reportan depresión se encuentran actualmente practicando una actividad extracurricular en comparación al 37%, 10 en total que no lo hacen. En cuanto al grupo que se encuentra ubicado en un nivel leve moderado el 42,9% (3) afirman practicar alguna actividad extracurricular en comparación a un 57,1%, 4 de ellos y en cuanto al grupo que si reporta depresión se encuentra que 62,5%, 5 de los participantes, si se encuentran practicando una actividad extracurricular en comparación a un 37,6%, 3 en total que no. Ante lo anteriormente mencionado, y en relación a que  $p$  es superior a 0.05 se dice que no hay una relación directa de protección al estar o no vinculado a dichas actividades, ósea no hay una diferencia significativa entre los que practican dicha actividad con los que no la practican.

*Tabla 18*  
*Relación entre Depresión y APGAR*

APGAR		DEPRESIÓN – APGAR			Total	P
		Sin depresión	Depresión leve a moderada	Depresión grave		
Familia funcional	Recuento	12	1	0	13	0,002
	% dentro de DEPRESIÓN	44,4%	14,3%	0,0%	31,0%	
Disfunción familiar leve	Recuento	14	4	3	21	
	% dentro de DEPRESIÓN	51,9%	57,1%	37,5%	50,0%	
Disfunción familiar severa	Recuento	1	2	5	8	
	% dentro de DEPRESIÓN	3,7%	28,6%	62,5%	19,0%	
Total	Recuento	27	7	8	42	
	% dentro de DEPRESIÓN	100%	100%	100%	100%	

Relación entre depresión y los resultados del APGAR

De los 27 participantes de la investigación que no reporta niveles de depresión, el 51,9%, en total 14 adolescentes, perciben su funcionamiento familiar con disfuncionalidad leve, y el

44,4%, 12 de ellos, reportan una percepción del funcionamiento familiar muy funcional y solo un participante reporta una disfunción familiar severa. En cuanto a los que reportan depresión leve a moderada el 57,1%, 4 de ellos, perciben el funcionamiento familiar con una leve disfuncionalidad, en cuanto a una percepción de disfunción familiar el 28,6%, 2 de ellos, reportan depresión leve a moderada y solo uno de ellos considera encontrar una relación funcional entre su familia. Y, por último, en cuanto los que reportan depresión 5 de ellos que corresponde a un 62,5% poseen una percepción de la disfuncionalidad familiar severa y solo tres que es el 37,5%, poseen una percepción de disfuncionalidad familiar leve. Además, que el valor de *p* evidencia que existe una relación estadística significativa, entre la percepción de disfuncionalidad familiar y los índices depresión.

### 7.5 Relación de la variable de riesgos suicida y las características sociodemográficas

A continuación, se toma los índices de riesgo suicida y se relacionan con algunas de las características más representativas y relevantes de la ficha sociodemográfica, generando un grupo de 4 tablas para verificar que posible relación o efecto se encuentra entre ellas.

Tabla 19  
Relación riesgo Suicida - Género

		RIESGO SUICIDA – GÉNERO			
GÉNERO		Sin riesgo	Con riesgo	Total	P
Mujer	Recuento	11	8	19	0,0029957
	% dentro de RIESGO SUICIDA	33,3%	88,9%	45,2%	
Hombre	Recuento	22	1	23	
	% dentro de RIESGO SUICIDA	66,7%	11,1%	54,8%	
Total	Recuento	33	9	42	
	% dentro de RIESGO SUICIDA	100%	100%	100%	

Relación entre la variable del riesgo suicida y el género

De los 33 adolescentes que reportan no tener ningún riesgo suicida, 22 de ellos, es decir el 66,7% son hombres mientras que 11, es decir, el 33,3% son mujeres. En cuanto a los que si reportan riesgo suicida, 8 son mujeres que equivalen al 88,9%, mientras que solo hay un hombre. Además, entre estas variables se puede evidenciar que hay una relación estadísticamente significativa porque  $p$  marca 0.0029. Se puede inferir a partir de esto entonces que si hay una relación estadística significativa entre el riesgo suicida y el género, donde prevalece de forma evidente el género femenino.

*Tabla 20*  
*Relación Riesgo Suicida y Nivel Escolar*

<b>RIESGO SUICIDA - NIVEL ESCOLAR</b>					
NIVEL ESCOLAR		Sin riesgo	Con riesgo	Total	<i>P</i>
Primaria	Recuento	2	1	3	0,140
	% dentro de RIESGO SUICIDA	6,1%	11,1%	7,1%	
Secundaria	Recuento	28	5	33	
	% dentro de RIESGO SUICIDA	84,8%	55,6%	78,6%	
Media	Recuento	3	3	6	
	% dentro de RIESGO SUICIDA	9,1%	33,3%	14,3%	
Total	Recuento	33	9	42	
	% dentro de RIESGO SUICIDA	100%	100%	100%	

Relación entre el Riesgo Suicida y el nivel escolaridad

De esta tabla se puede decir que el 84,8%, un total de 28 participantes, de los que no reportan riesgo suicida se encuentran en secundaria, mientras que 9,11%, es decir 3 adolescentes, se encuentra en un nivel media y un 6,1%, dos del total, se encuentran en primaria. Ya en cuanto a los que si reportan algún riesgo suicida, 5 de ellos, es decir el 55,6%, están en secundaria y el 33,3% están en un nivel media y solo uno se encuentra en primaria. Además,  $p$  posee un valor de 0,14, siendo superior a 0,05, ante esto se evidencia que el estar en el nivel académico en el que se



encuentran los menores, no determina o tiene alguna relación estadísticamente significativa con el riesgo suicida.

*Tabla 21*  
*Riesgo Suicida – Actividades Extracurriculares*

<b>RIESGO SUICIDA – ACTIVIDADES EXTRACURRICULARES</b>					
ACTIVIDADES EXTRACURRICULARES		Sin riesgo	Con riesgo	Total	<i>P</i>
Si	Recuento	19	6	25	0,622
	% dentro de RIESGO SUICIDA	57,6%	66,7%	59,5%	
No	Recuento	14	3	17	
	% dentro de RIESGO SUICIDA	42,4%	33,3%	40,5%	
Total	Recuento	33	9	42	
	% dentro de RIESGO SUICIDA	100%	100%	100%	

Relación entre el riesgo suicida y la pertenencia a una actividad extracurricular

En cuanto a la población que no posee riesgo suicida, 19 de ellos, es decir el 57,6%, se encuentran practicando alguna actividad extracurricular, mientras el 42,4%, un total de 14 adolescentes, en la actualidad no se encuentran practicando alguna actividad de este tipo, pero de los 9 que reportan riesgo suicida, el 66,7%, 6 de ellos, se encuentran practicando una actividad extracurricular, solo el 33,3%, 3 en total, no practican alguna actividad de esta categoría. Acá también es importante saber que el valor de *p* es 0,622 demostrando que no hay una relación estadísticamente significativa entre la posibilidad de pertenecer a un grupo social o actividad extra curricular y la posible disminución del riesgo de la conducta suicida.

*Tabla 22*  
*Riesgo Suicida - APGAR*

<b>RIESGO SUICIDA – APGAR</b>					
APGAR		Sin riesgo	Con riesgo	Total	<i>p</i>
Familia funcional	Recuento	12	1	13	0,006
	% dentro de RIESGO SUICIDA	36,4%	11,1%	31,0%	
Disfunción	Recuento	18	3	21	

familiar leve	% dentro de RIESGO SUICIDA	54,5%	33,3%	50,0%
Disfunción familiar severa	Recuento	3	5	8
Total	% dentro de RIESGO SUICIDA	9,1%	55,6%	19,0%
	Recuento	33	9	42
	% dentro de RIESGO SUICIDA	100%	100%	100%

Relación entre el Riesgo Suicida y los resultados del APGAR

Con relación a los resultados relacionados al riesgo suicida y la percepción de la disfunción familiar, se reporta que 33 de los participantes que no poseen ideación suicida, 18 de ellos, un 54,5% poseen una leve percepción de disfunción familiar, 12 adolescentes, un 36,4% reportan una percepción de funcionalidad en la relación familiar, mientras que solo 3 personas, perciben una disfunción familiar severa. De los 9 participantes que reportan riesgo suicida, 5 de ellos, es decir el 55,6%, percibe una disfunción familiar severa y el 33,3%, 3 de ellos reporta una disfunción familiar leve. Teniendo esto en cuenta y sumado a que  $p$  posee un valor inferior a 0,05, se puede demostrar que sí hay una relación estadística evidente entre la percepción de la disfuncionalidad familiar y el riesgo suicida.

## 8 DISCUSIÓN

Esta investigación tuvo como propósito describir los niveles de depresión e ideación suicida en una muestra seleccionada de chicos y chicas entre 13 a 17 años pertenecientes a alguno de los programas para adolescentes de la Fundación Cristiana Nueva Generación (FCNG) en la ciudad de Medellín, y así poder identificar las características en común y las diferencias de los adolescentes con mayor índice de ideación suicida y depresión en relación a las escalas. Pero es fundamental tener en cuenta que la muestra no es lo suficientemente grande dentro de la población, y es por esto que no es posible generalizar o establecer como tendencia.

En cuanto a los resultados obtenidos en esta investigación, se puede deducir que es evidente la relación estadística tanto de la depresión (87,5%) y el riesgo suicida (88,9%) con el género siendo la población femenina la que posee los índices más altos; reforzando lo que organizaciones como la OMS (2001,2010, 214 y 2016) y así como en la depresión la población femenina es mayor haciendo más vulnerable a esta población a tal riesgo esto es respaldado por el ministerio de salud quien dice que en tema de suicidio, en todos los grupos de edad, el evento fue más frecuente en las mujeres (MINSALUD, 2018)

En cuanto a las dos variables fundamentales y en relación al nivel de educación no hay una relación estadística significativa directa. Esto se ve en desacuerdo con lo hallado por Zambrano & Gandolfo (2014) y otros autores quienes describen que un menor nivel educativo durante la infancia-adolescencia, rendimiento escolar deficiente o dificultad de aprendizaje, podría estar relacionado con el aumento del riesgo de muerte prematura en la edad adulta (Zambrano & Gandolfo, 2014 & Toro, Paniagua, Gonzáles, Montoya, & Montoya, 2009), además, que la repetición y pérdidas de grados, que podría asumirse como un efecto relacionado a las variables por ser un rendimiento escolar deficiente, bien sea por faltas a la disciplina o por dificultad de

aprendizajes, o incluso, estos no presenta un valor significativo en los índices en relación de estas variables, por ejemplo; en relación al riesgo suicidas solo marca un 22,2% en comparación a un 77,8% que posee el riesgo y no tiene historial de pérdida, y en cuanto a depresión grave solo un 25% posee un historial de índice suicida. Y aunque la pertenencia a una actividad extracurricular como un deporte o una actividad artística, también podría cumplir la función de protección, permitiendo la disminución de síntomas tampoco hay relación significativa entre la práctica o no de una de estas, esto también se evidencia que no hay una diferencia significativa al grupo que lleva casi 4 meses al que lleva más de un año y medio.

En cuanto a la percepción de funcionalidad o no funcionalidad de la relación familiar por parte de los menores arrojado por el APGAR, en ambas variables demuestra que posee una relación estadística significativa y siendo coherente con lo que anuncia Araujo y colaboradores (2012), quienes encuentran que situaciones como la violencia intrafamiliar, la falta de amor, dedicación y cuidado de los adolescentes, se han convertido en algunos desencadenantes de este trastorno (depresivo) dentro de la población. (Araujo Ayala, Belalcázar Lugo, Guerrero Bravo, & Apráez Delgadillo, 2012). Y que también es respaldado por la OMS (2016) donde algunos de los factores generales de riesgo son: (...)tensión social; con posibles problemas con el funcionamiento de la familia, las relaciones sociales y los sistemas de apoyo (OMS, 2016) aunque, en esta investigación no se toma la percepción disfuncional de la relación familiar como causa directa de la depresión, puesto que los elementos de evaluación no lo permite, si se puede demarcar como un elemento significativo y que siempre se debe tenerse en cuenta.

En otras variables evaluadas y que no poseen una relación estadística significativa se puede denotar que no funciona conforme a lo propuesto por el MINSALUD en el informe de SISPRO quienes dice que el grupo de 15 a 19 años son los más afectados por la depresión (MINSALUD,

2018). En esta investigación prevalecen las edades inferiores a 15 años con un 62,5% en los índices de depresión grave.

Y por último, en cuanto al resto de las características sociodemográficas evaluadas no representan un valor significativo que permita ser mencionadas aquí.

## 9 CONCLUSIONES

En esta investigación se pretendía describir los niveles de depresión e ideación suicida en una muestra seleccionada de chicos y chicas entre 13 a 17 años pertenecientes a alguno de los programas para adolescentes de la Fundación Cristiana Nueva Generación (FCNG) en la ciudad de Medellín. Y donde se encontró que los índices de depresión y riesgo suicida poseen una relación estadística significativa con la característica sociodemográfica de género, siendo el género femenino más vulnerable a estas variables, respaldando así lo dicho por la OMS (2001,2010, 214 y 2016) y el MINSALUD (2018).

Además que a percepción disfuncional o semi-disfuncional también poseen una relación estadística significativa tanto con la variable de la depresión como la del riesgo suicida, reconociendo así que la tensión social; con posibles problemas con el funcionamiento de la familia, las relaciones sociales y los sistemas de apoyo (OMS, 2016), son elementos que se vinculan a las ya mencionadas variables.

La sorpresa en esta investigación fue encontrar que la posibilidad de acceso o pertenencia a un nivel educación de acuerdo a la edad correspondiente o pertenecer a un grupo de actividad extracurricular no cumple las funciones de protección, como se esperaba en un inicio.

## 10 LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES

Las principales limitaciones en esta investigación son de tipo metodológicas, inicialmente a lo referido al tamaño de la muestra, teniendo en cuenta que esta investigación es de tipo cuantitativo es importante tener una muestra significativa de la población a evaluar para poder encontrar relaciones, generalización o relación significativa, convirtiéndose en un obstáculo para encontrar una tendencia, ante esto se puede decir que 42 adolescentes no se considera como muestra suficiente. La dificultad de acceso a la población fue grande, gracias a la imposibilidad de coincidir en puntos de encuentro en tiempo y espacio entre el evaluador y los coordinadores y líderes de los grupos pertenecientes a la fundación.

En esta caracterización es importante denotar que no se puede determinar cuáles son las posibles causas de los casos que reportan depresión y riesgo suicida, y por esto se recomienda a futuro se podría tomar esta investigación como base para hacer otra de tipo cualitativo que indague por estos fenómenos de forma más detallada y profunda.

Otra posible recomendación sería; poder volver aplicar esta evaluación a otros grupos, involucrando un número mayor de iglesias u organizaciones, con el propósito de aumentar el tamaño de la muestra y posiblemente se podría hacer una mejor lectura de la relación de las variables con las características sociodemográficas, y tal vez se pueda hacer declaraciones más generales.

## REFERENCIAS

- APA. (2014). Transtornos Depresivos. En *Guía de consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-5* (págs. 104-129). Washington, DC.
- Aragonés Benaiges, E., Cardoner Álvarez, N., Colom Victoriano, F., & López Cortacans, G. (2013). *Guía de Buena Práctica Clínica en Psicoeducación en pacientes con depresión*. Madrid.
- Argota Matos, N., Alvarez Caballero, M., Camilo Colás, V., Sánchez Maso, Y., & Barceló, M. (2015). *Comportamiento de algunos factores de riesgo del intento suicida en adolescentes*. *Revista Médica Electrónica*, 37 (1).
- Araujo Ayala, I. A., Belalcázar Lugo, J., Guerrero Bravo, D. M., & Apréaz Delgadillo, M. A. (2012). *Depresión en Adolescentes de la Institución Educativa Pedro León Torres en Yacuanquer (Nariño, Colombia)*. Pasto.
- Asamblea General de las Naciones Unidas. (1989). Declaración Universal de Derechos Humanos. (pág. 10). UNICEF.
- Asociación Estadounidense de Psiquiatría. (2014). Trastorno de comportamiento suicida. En A. E. Psiquiatría, *DSM V*. Washington, DC.
- Bakan, D. (1971). *Adolescence in America: From Idea to Social Fact* (Vol. 100). Dedadulo.
- Barry, E., Naus, M., & Rehm, L. (2004). Depresión y memoria implícita: comprensión del sesgo de memoria congruente del estado de ánimo. *Cognitive Therapy and Research*, 387-414 .
- Beck, A. T., M. Kovacs, & A. Weissman. (1979). *Assement of suicida intent: The scale for suicide ideation*. *Journal Consult Clinic Psychology*, p. 343-352.



- APA. (2014). Transtornos Depresivos. In *Guía de consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-5* (pp. 104-129). Washington, DC.
- Asamblea General de las Naciones Unidas. (1989). Declaración Universal de Derechos Humanos. (p. 10). UNICEF.
- Barry, E., Naus, M., & Rehm, L. (2004). Depresión y memoria implícita: comprensión del sesgo de memoria congruente del estado de ánimo. *Cognitive Therapy and Research*, 387-414 .
- Blandón Cuesta, O. M., Andrade Salazarr, J. A., Quintero Núñez, H., García Peña, J. J., & Layne Bernal, B. (2015). *El suicidio : cuatro perspectivas*. Medellín: Fundación Universitaria Luis Amigó.
- Caspi, A., Lynam, D., Moffitt, T., & Silva, P. (1993). Desentrañar la delincuencia de las niñas: contribuciones biológicas, disposicionales y contextuales al mal comportamiento de los adolescentes. *Developmental Psychology*, 19-30.
- Galicia Moyeda, I. X., Sánchez Velasco, A., & Robles Ojeda, F. J. (2009). Factores asociados a la depresión en adolescentes: Rendimiento escolar y dinámica familia. *Anales de Psicología*, 227-240.
- ICBF . (2018). *Una aproximación al suicidio de niños, niñas y adolescentes*. Bogotá.
- ICBF. (2010). *CONCEPTO GENERAL UNIFICADO NIÑEZ Y ADOLESCENCIA*. Bogota.
- Jimenez, L. G. (2010). Diferencias en la conducta suicida estudio comparativo entre los intentos de suicidio y suicidio consumado. Madrid, España.
- MINSALUD & Colciencias. (2015). *Encuesta Nacional de Salud Mental 2015 Tomo I*. Bogotá.
- MINSALUD. (2017). *Boletín de salud mental Depresión Subdirección de Enfermedades No Transmisibles*. Bogotá.

- MINSALUD. (2017). *Boletín de Salud Mental No 4, Salud mental en niños, niñas y adolescentes*. Bogotá.
- MINSALUD. (2018). *Boletín de Salud Mental No 4, Salud mental en niños, niñas y adolescentes*. Bogotá.
- Papalia , D., Martorell , G., & Duski, R. (2013). *Desarrollo Humano - 12° Versión*. México, D.F: McGraw-Hill.
- Papalia, D., Duskin Feldman, R., & Martorell, G. (2012). *Desarrollo Humano*. Mexico: McGraw Hill.
- Pérez, M. (2004). Comportamiento del sistema de redes de apoyo social en familias que sufren la conducta suicida. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 5-6.
- Suarez Cuba, D. A., & Alcalá Espinoza , D. (2014). APGAR familiar: una herramienta para detectar disfunción familiar. *Revista Médica La Paz*, 53-57.
- Worldometers. (2019, 09 26). *Wordometers*. Retrieved from <https://www.worldometers.info/>
- Zambrano, D., & Gandolfo, E. (2014). *Mortalidad y suicidio en la evolución de la psicopatología de inicio en la infancia-adolescencia*. Madrid.
- Zapata, M., Torres , Y., & Montoya, L. (2011). Riesgo de Juego Patológico. Factores y trastornos mentales asociados en jóvenes de Medellín. *Adicciones*, 17-25.
- Buen Comienzo. (2012). *Diagnóstico situacional de la infancia y la adolescencia en el municipio de Medellín*. Medellín: Alcaldía de Medellín.
- Burckhardt, J. (1974). *Historia de la Cultura Griega, trad. cast. Eugenio Imaz (Vol. II)*. Barcelona.
- Cabra, I. S. (2010). *El suicidio y los factores de riesgos asociados en niños y adolescentes*. *Rev. Medica Sanitas*, 28-35.

- Caspi, A., Lynam, D., Moffitt, T., & Silva, P. (1993). Desentrañar la delincuencia de las niñas: contribuciones biológicas, disposicionales y contextuales al mal comportamiento de los adolescentes. *Developmental Psychology*, 19-30.
- Carretero, Palacios, & Marchesi. (1985). *Psicología Evolutiva 3. Adolescencia, Madurez y Senectud*. Madrid: Alianza Editorial.
- Ceballos, G. y. (2013). Adolescentes gestantes: características sociodemográficas, depresión e ideación suicida. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 5(2), 31-44.
- Congreso de Colombia. (14 de 09 de 2015). Ley 1090 de 2006. Obtenido de [http://www.upb.edu.co/pls/portal/docs/page/gpv2\\_upb\\_medellin/pgv2\\_m030\\_pregrados/pgv2\\_m030040020\\_psicologia/codigo\\_etico/codigo%20deontologico%20y%20bioetico.pdf](http://www.upb.edu.co/pls/portal/docs/page/gpv2_upb_medellin/pgv2_m030_pregrados/pgv2_m030040020_psicologia/codigo_etico/codigo%20deontologico%20y%20bioetico.pdf)
- Cortés Alfaro, A., Aguilar Valdés, J., Medina Suárez, R., Toledo Prado, J., & Echemendía, B. (2010). *Causas y factores asociados con el intento de suicidio en adolescentes en la Provincia Sancti Spíritus*. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*. La Habana, 14-22.
- Dirección Nacional de Derechos de Autor. (13 de 09 de 2015). *Ley 23 de 1982*. Obtenido de <http://www.propiedadintelectualcolombia.com/Site/LinkClick.aspx?fileticket=yDsveWsCdGE%3D&tabid=99>
- Dorsch, F., Bergius, R., & Ries, H. (1985). *Diccionario de Psicología*. Barcelona, España: Editorial Herder.
- Durkheim, E. (1897). *El suicidio*, Francia.
- Freud, S. (1988). Duelo y Melancolía, Ensayo n.o 93. *En S. Freud, Obras completas, vol. XI*. Argentina: Amorrortu editores.

- Galicia Moyeda, I. X., Sánchez Velasco, A., & Robles Ojeda, F. J. (2009). Factores asociados a la depresión en adolescentes: Rendimiento escolar y dinámica familia. *Anales de Psicología*, 227-240.
- Gallardo Arbeláez, J. A. (2013). *Melancolía y Música Intermedia*. Medellín.
- Gómez Dupertuis, D. P. (1980). *El suicidio: crisis de desesperación, Nota preliminar*. En P. Morón, El suicidio.
- Gómez Maquet, Y., & Barrera Valencia, M. (2012). *Aspectos Neuropsicológicos Asociados a la Presencia de Síntomas*. Medellín.
- González-Forteza C. C., G. García, M. E. Medina-Mora y M. Sánchez (1998). *Indicadores psicosociales predictores de ideación suicida en dos generaciones de estudiantes universitarios*. *Salud Mental*, 21, 3, 1-9
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2006). *Metodología de la Investigación*. Juárez- Mexico: McGRAW - Hill Interamericana De México, S.A.
- ICBF. (2010). *Concepto General Unificado Niñez Y Adolescencia*. Bogota.
- Jackson, S. W. (1986). *Historia de La Melancolía y La Depresión*. Londres: Turner.
- Jaramillo, L. (2007). *Concepción de infancia. Zona próxima*.
- Jimenez, L. G. (2010). *Diferencias en la conducta suicida estudio comparativo entre los intentos de suicidio y suicidio consumado*. Madrid, España.
- Jiménez-Treviño, L., Blasco-Fontecilla, H., Braquehais, M., Ceverino-Dominguez, A., & Baca-García, E. (2011). *Endofenotipos y conductas suicidas*, (págs. 61-69).
- López García, M. B., Hinojal Fonseca, R., & Bobes García, J. (1993). El Suicidio: *Aspectos Conceptuales, Doctrinales, Epidemiológicos y Jurídicos*. *Revista de derecho penal y criminología*, (3), 309-412.

- Manrique Hernández, R. D. (2000). *Características del Suicidio al final del Siglo XX en Medellín*. Revista CES Medicina, 53-59.
- Ministerio de Sanidad y Política Social. (2009). *Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia*. Madrid: Ministerio de Ciencia e Innovación.
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2012). *Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida*. Galicia: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia, avalia-t. Consellería de Sanidad.
- MINSALUD & Colciencias. (2015). *Encuesta Nacional de Salud Mental 2015 Tomo I*. Bogotá.
- MINSALUD & Colciencias . (2016). *Sabe Colombia 2015: Estudio Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento*. Bogotá.
- MINSALUD. (2013). *Guía de Práctica Clínica, Detección temprana y diagnóstico del episodio depresivo y trastorno depresivo recurrente en adultos Atención integral de los adultos con diagnóstico de episodio depresivo o trastorno depresivo recurrente*. Bogotá.
- MINSALUD. (2017). *Boletín de salud mental Depresión Subdirección de Enfermedades No Transmisibles*. Bogotá.
- Ministerio de la Protección. (2003). *Estudio Nacional de la Salud Mental*. Bogotá.
- Mori , N., & Caballero , J. (Agosto de 2010). Historia Natural de la depresión. *Revista peruana de epidemiología*, 14(2), 86-90.
- Muelas N, V., & Mangado E, O. (2007). *Consideraciones sobre el suicidio: Una perspectiva histórica*. Psiquiatria.com.
- Muniz, J. (1998). Validez. En *Teoría Clásica de los test*. Madrid: Piramide.
- OMS & OPS. (2010). *Guía de Intervención mhGAP*. Ginebra.

- OMS. (2001). *Prevención del Suicidio. Un Instrumento Para Docentes Y Demás Personal Institucional*. Ginebra.
- OMS. (2014). *Prevención del suicidio, un imperativo mundial*. OMS, Ginebra. Recuperado el 29 de 08 de 2018
- OMS. (2014). *Primer informe de la OMS sobre prevención del suicidio*, Ginebra.
- OMS. (2016). *La inversión en el tratamiento de la depresión y la ansiedad tiene un rendimiento del 400%*. Washington DC.
- OMS. (2018). *Depresión*. Ginebra
- Pandey, G. (2013). *Biological basis of suicide and suicide behavior*. Instituto Nacional de Psiquiatria Ramon de la Fuente, 93-96.
- Papalia , D., Martorell , G., & Duski, R. (2013). *Desarrollo Humano - 12° Versión*. México, D.F: McGraw-Hill.
- Pérez Barrero, D. A. (1999). *El suicidio, comportamiento y prevención*. *Revista Cubana Medicina General Integral*, La Habana, 196-217.
- Pérez, M. (2004). Comportamiento del sistema de redes de apoyo social en familias que sufren la conducta suicida. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 5-6.
- Perez Gil, J, Chacon Moscoso, S, & Moreno Rodriguez, R. (2000). *El uso del análisis factorial exploratorio-Confirmatorio Para Obtener Evidencias de Validez*. *Psicothema* , 442-446.
- Price, J.H. y Murnan, J. (2004). Research Limitations and the Necessity of Reporting Them. *American Journal of Health Education*, 35, 66-67.
- Puerto Santos, J. (1980). *La práctica psicomotriz. Apuntes para comprender la evolución de la atención de la infancia*. Málaga: Ediciones Jaime Aljibe.
- Ringel, E. (1973). The Presuicidal Syndrom. *Psychiat. Fennica*, 209-211.

- Rodriguez, J. E. (1997). Introducción histórica. En R. Montalbán, *La conducta suicida* (págs. 19-20). Madrid: Montalbán R. Editor.
- Secretaría de Salud de Medellín. (2010). *Informe de Vigilancia Epidemiológica de los Eventos Priorizados en Salud Mental*. Medellín.
- Shneidman, E. (1985). *Definition of suicide*. New York: John Wiley & Sons.
- Soro Llacer, X. (2007). *La melancolía en las artes plásticas del occidente*. Valencia.
- Suarez Cuba, D. A., & Alcalá Espinoza, D. (2014). APGAR familiar: una herramienta para detectar disfunción familiar. *Revista Médica La Paz*, 53-57, Alemania
- Stengel, E. (1961). *Selbstmord und selbstmordversuche*. *Psychiatrischer Genwart*, 51.
- Toro G., D. C., Paniagua S, R. E., Gonzáles P., C. M., Montoya G., B., & Montoya G., B. (2009). Caracterización de adolescentes escolarizados con riesgo de suicidio, Medellín 2006. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 27(3), 302-308.
- UNICEF. (1989). *Convención sobre los Derechos del Niño*.
- Universidad CES & Alcaldía de Medellín. (2009). *Según el Segundo Estudio de Salud Mental del Adolescente Medellín*. Medellín: Secretaría de Salud de Medellín.
- Valdivia Peralta, M. (2015). *Variables asociadas a intento de suicidio en estudiantes secundarios de una comuna urbano-rural de Chile*. Concepción.
- Worldometers. (26 de 09 de 2019). *Wordometers*. Obtenido de <https://www.worldometers.info/>
- Zambrano, D., & Gandolfo, E. (2014). *Mortalidad y suicidio en la evolución de la psicopatología de inicio en la infancia-adolescencia*. Madrid.
- Zapata, M., Torres, Y., & Montoya, L. (2011). *Riesgo de Juego Patológico. Factores y trastornos mentales asociados en jóvenes de Medellín*. *Adicciones*, 17-25.

Zarragoitía Alonso, D. (2011). *Depresión, generalidades y particularidades*. La Habana:  
Ecimed.

Zoch Zannini, D. C. (2002). *Depresión*. San José.



## ANEXOS

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

(Para estudios con participantes *menores de edad*)

Yo,..... CC....., y/o en calidad de  
padres / tutores legales del/la menor de edad .....

....., autorizo que mi hijo/a o apoderado participe en la  
investigación realizada por Daniela Bolívar Correa con CC 1.128.435.047 de Medellín,  
estudiante de Psicología de la Universidad de Antioquia.

Dicha investigación busca identificar los índices de depresión y/o ideación suicida en  
adolescentes de 13 a 16 años vinculados a los programas de formación de la **Fundación  
Cristiana Nueva Generación**.

Como padre de familia o tutor legal autorizo la participación del adolescente bajo las  
siguientes condiciones:

- El adolescente será informado del propósito de la investigación.
- El adolescente podrá responder de forma voluntaria a un grupo de preguntas simples en un tiempo no mayor de 40 minutos.
- Dicha participación no atenta contra la integridad mental, ni física del menor, y éste puede abandonarla en cualquier momento lo desea.
- El adolescente no recibirá ninguna compensación económica por participar.

La investigadora se compromete a respetar la confiabilidad e intimidad de la información  
suministrada por el adolescente (uso exclusivo para esta investigación).

Firma. ....

CC .....

Vinculo al menor.....

En....., a los .... días de ..... de 2019

## FICHA SOCIODEMOGRÁFICA

N° de ficha:	
Fecha de aplicación:	
Iglesia/Fundación:	
Tiempo de permanencia en la fundación:	
Evaluador:	

Inicialmente queremos agradecer tu participación en nuestra investigación, es un para nosotros un privilegio contar con tu información, como investigadora me comprometo a respetar tu intimidad y cada dato aquí consignado será de uso exclusivo para nuestro personal. No hay respuestas buenas o malas, pero si te pedimos que respondas de forma clara y sincera.

A continuación deberás responder a un grupo de preguntas para nosotros poder conocerte mejor, el tiempo estipulado para responder no es mayor de 40 minutos, si no te sientes tranquilo con el cuestionario puedes abandonarlo en cualquier momento, si algo no te queda en claro o no comprendes alguna pregunta puedes preguntar al evaluador en cualquier momento.

### Información Personal

Edad:	Género:	Fecha de Nacimiento:
Ciudad de Nacimiento:		Lugar de residencia
Estrato Socioeconómico:		Comuna

### Información Familiar

¿Cuántos hermanos tienes?:	¿Qué lugar ocupas entre tus hermanos?:
¿Tienes habitación para ti solo?:	¿Con quién la compartes?:
Número de personas que conviven en tu casa:	¿Quiénes son?

N°	Parentesco	Edad	Ocupación
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			

<b>Padre – Edad:</b>	<b>Escolaridad:</b>
Ocupación:	Vive contigo Si: ____ No: ____
<b>Madre – Edad:</b>	<b>Escolaridad:</b>
Ocupación:	Vive contigo Si: ____ No: ____

### Información Académica

Institución Educativa:			Grado:
N°	Nombre de colegios donde has estado antes	Grado	Año
1			
2			
3			
¿Has repetido algún curso? Si: ____ No: ____		¿Cuáles?	

¿Por qué?:  _____	
¿Realizas alguna actividad extracurricular? Si:___ No:___	
¿Cuáles?: _____ _____	¿Cuántas horas a la semana?:

### Información Sobre Salud

¿Padeces alguna enfermedad o existe alguna condición física que te afecte? (oído, vista, enfermedad respiratoria) Si: ___ No:___	
¿Cuál (es)?: _____ _____	
Actualmente, ¿Recibes algún tratamiento médico o psicológico? Si:___ No:___	
¿Lo has recibido alguna vez? Si:___ No:___	¿Cuánto tiempo?
¿Cuál (es)?: _____ _____	
¿Alguna vez has consumido sustancias psicoactivas? Si:___ No:___	
¿Cuáles?: _____ _____	
¿Las consumes con alguna frecuencia? Si:___ No:___	

### APGAR FAMILIAR

En la siguiente tabla se encuentran unas preguntas, y a la derecha encuentras tres calificaciones posibles a esta pregunta. Solo debes poner un **X** en la calificación que consideres sea tu caso.

Función	Casi Nunca	Algunas veces	Casi Siempre
<b>Cuando algo me preocupa, puedo pedir ayuda a mi familia.</b>			
<b>Me gusta la manera en la que mi familia habla y comparte sus problemas conmigo.</b>			
<b>Me gusta cómo mi familia me permite hacer las cosas nuevas que quiero hacer.</b>			
<b>Me gusta lo que mi familia hace cuando estoy feliz, triste, enfadado/a...</b>			
<b>Me gusta cómo mi familia y yo compartimos tiempo juntos.</b>			
<b>PUNTAJE PARCIAL</b>			
<b>PUNTAJE TOTAL</b>			

## **INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK.**

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido durante esta última semana, incluido en el día de hoy. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márquela también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección,

### **1. Tristeza**

No me siento triste.

Me siento triste.

Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.

Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.

### **2. Pesimismo**

No estoy desalentado respecto del mi futuro.

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

No espero que las cosas funcionen para mí.

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

### **3. Fracaso**

No me siento como un fracasado.

He fracasado más de lo que hubiera debido.

Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.

Siento que como persona soy un fracaso total.

### **4. Pérdida de Placer**

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

No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.

Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.

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

### **5. Sentimientos de Culpa**

No me siento particularmente culpable.

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

Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.

Me siento culpable todo el tiempo.

### **6. Sentimientos de Castigo**

No siento que este siendo castigado

Siento que tal vez pueda ser castigado.

Espero ser castigado.

Siento que estoy siendo castigado.

### **7. Disconformidad con uno mismo.**

Siento acerca de mí lo mismo que siempre.

He perdido la confianza en mí mismo.

Estoy decepcionado conmigo mismo.

No me gusta a mí mismo.

### **8. Autocrítica**

No me critico ni me culpo más de lo habitual

Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo

Me critico a mí mismo por todos mis errores

Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede

### **9. Pensamientos o Deseos Suicidas**

No tengo ningún pensamiento de matarme.

He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría

Querría matarme

Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

### **10. Llanto**

No lloro más de lo que solía hacerlo.

Lloro más de lo que solía hacerlo

Lloro por cualquier pequeñez.

Siento ganas de llorar pero no puedo.

### **11. Agitación**

No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.

Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.

Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto

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

### **12. Pérdida de Interés**

No he perdido el interés en otras actividades o personas.

Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.

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

Me es difícil interesarme por algo.

### **13. Indecisión**

Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.

Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones



Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.

Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

#### **14. Desvalorización**

No siento que yo no sea valioso

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

Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.

Siento que no valgo nada.

#### **15. Pérdida de Energía**

Tengo tanta energía como siempre.

Tengo menos energía que la que solía tener.

No tengo suficiente energía para hacer demasiado

No tengo energía suficiente para hacer nada.

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

No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.

Duermo un poco más que lo habitual.

Duermo un poco menos que lo habitual.

Duermo mucho más que lo habitual.

Duermo mucho menos que lo habitual

Duermo la mayor parte del día.

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

#### **17. Irritabilidad**

No estoy tan irritable que lo habitual.

Estoy más irritable que lo habitual.

Estoy mucho más irritable que lo habitual.

Estoy irritable todo el tiempo.

### **18. Cambios en el Apetito**

No he experimentado ningún cambio en mi apetito.

Mi apetito es un poco menor que lo habitual.

Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.

Mi apetito es mucho menor que antes.

Mi apetito es mucho mayor que lo habitual

No tengo apetito en absoluto.

Quiero comer todo el día.

### **19. Dificultad de Concentración**

Puedo concentrarme tan bien como siempre.

No puedo concentrarme tan bien como habitualmente

Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.

Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

### **20. Cansancio o Fatiga**

No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.

Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.

Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas

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

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