



**UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA**

**ASOCIACIÓN DEL RIESGO DE ORIENTACIÓN SUICIDA CON LA
DEPRESIÓN Y LA DISFUNCIÓN FAMILIAR EN ADOLESCENTES
ESCOLARIZADOS DEL CARMEN DE VIBORAL, 2017.**

Ruth Cecilia Arbeláez Serna

Alisson Román Restrepo

**Universidad de Antioquia
Facultad Nacional de Salud Pública, Departamento de Ciencias Básicas
Medellín, Colombia
2020**



**ASOCIACIÓN DEL RIESGO DE ORIENTACIÓN SUICIDA CON LA
DEPRESIÓN Y LA DISFUNCIÓN FAMILIAR EN ADOLESCENTES
ESCOLARIZADOS DEL CARMEN DE VIBORAL, 2017.**

Ruth Cecilia Arbeláez Serna

Alisson Román Restrepo

**Tesis o trabajo de grado para optar al título de
Administrador de Servicios de Salud Gestión de Servicios de Salud**

**Asesor
Ramón Eugenio Paniagua**

**Universidad de Antioquia
Facultad Nacional de Salud Pública
“Héctor Abad Gómez”
Medellín, Colombia
2020**

NOTA DE ACEPTACION

FIRMA JURADO 1

FIRMA JURADO 2

FIRMA JURADO 3

Medellín, 2020.

Tabla de contenido

GLOSARIO	11
Adolescente	11
Depresión	11
Familia	11
Familia Disfuncional.....	11
Riesgo de suicidio.....	11
Resumen	12
1.INTRODUCCIÓN	13
2.PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	15
3. GENERALIDADES	18
3.1 Geografía.....	18
3.1.1 Limite	18
3.1.2 División político-administrativa.....	18
3.2 Historia	19
3.3 Infraestructura	20
3.4 Economía	20
3.5 Cultura	20
3.5.1 Festival Internacional de teatro "El Gesto Noble"	20
3.5.2 Fiestas de la Loza.....	21
3.5.3 Costumbres.....	21
3.6 Características demográficas.....	21
3.6.1 Vigilancia epidemiológica.....	23
3.6.2 Mortalidad	23
4. MARCO CONCEPTUAL.....	24
4.1 Depresión	24
4.1.1 Tipos de depresión	24
4.2 Depresión en adolescentes.	25
4.3 Suicidio	25
4.4 Funcionalidad familia ..	26
4.4.1 Adaptabilidad familiar.....	27
4.4.2 Rígida.....	27
4.4.2. Estructurada.....	27

4.4.3. Flexible.....	27
4.4.4. Caótica.....	28
4.5 La cohesión familiar	28
4.6 La satisfacción familiar.....	28
4.7 Comunicación familiar.....	29
5. OBJETIVOS.	30
5.1 OBJETIVO GENERAL	30
5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	30
6. METODOLOGÍA	31
6.1 Tipo de estudio	31
6.2 Población	31
6.3 Unidad de observación	31
6.4 Recolección de la información	31
6.5 Criterios de selección.....	31
6.6 Operacionalización de las variables.....	32
6.7 Procesamiento de la información y análisis estadístico	33
6.8 Plan de análisis.....	34
7. CONSIDERACIONES ETICAS.	35
8. ANALISIS DE LOS RESULTADOS.....	36
8.1 Caracterización de los adolescentes escolarizados del municipio del Carmen de Viboral	36
8.2 distribución de la presencia de riesgo de orientación al suicidio según sexo y grupo de edad.....	37
8.3 distribución de la presencia de depresión según el sexo y grupo de edad	37
8.4 Distribución de la presencia de disfunción familiar según el sexo y grupo de edad.....	38
8.5 Análisis de los factores asociados al riesgo de orientación al suicidio según las variables estadísticamente significativas.....	38
8.6 Análisis de los factores asociados al riesgo de orientación al suicidio, según las variables estadísticamente significativas.....	43
9. Modelo de regresión logística.....	44
9.1 Verificación de los supuestos para validar el modelo de presencia de disfunción familiar	45
9.1.1. Multicolinealidad	45
9.1.2. Principio de jerarquía	45

9.1.3.Monotonía	45
10.DISCUSIÓN	46
11. RECOMENDACIONES.....	50
12.REFERENCIA.....	51
Anexos.....	56

Lista de tablas

Tabla 1. Resumen de las variables	31
Tabla 2. Distribución de frecuencia las variables sociodemográficas, en los adolescentes escolarizados del Municipio del Carmen de Viboral – Antioquia, 2017.....	35
Tabla 3. Distribución de frecuencia de la presencia de algún riesgo de orientación al suicidio según sexo y grupo de edad.....	36
Tabla 4. Distribución de frecuencia de la presencia de depresión según el sexo y grupo de edad.....	37
Tabla 5. Distribución de la presencia de disfunción familiar según el sexo y grupo.....	37
Tabla 6. Razón de prevalencia RP y prueba de independencia entre la existencia de algún riesgo de orientación al suicidio según el sexo y el grupo de edad de los adolescentes escolarizados del municipio del Carmen del Viboral en el año 2017.....	39
Tabla 7. Prueba de independencia de la existencia de algún riesgo de orientación al suicidio y la presencia de depresión en los adolescentes escolarizados del municipio del Carmen del Viboral en el año 2017.....	40
Tabla 8. Prueba de independencia de la existencia de algún riesgo de orientación al suicidio con la disfunción familiar en adolescentes escolarizados del Carmen del Viboral en el año 2017.....	40
Tabla 9. Otras variables candidatas para ingresar al modelo según el criterio de Hosmer Lemeshow en los adolescentes escolarizados del Carmen de Viboral, 2007.....	41
Tabla 10. Variables que ingresarán al modelo de regresión logística en los adolescentes escolarizados del Carmen de Viboral, 2017.....	44
Tabla 11. Regresión logística para la probabilidad de presentar riesgo de orientación al suicidio en adolescentes escolarizados en el municipio del Carmen de Viboral, Antioquia, 2017.....	45

Lista de figuras

Mapa de el Carmen de Viboral	18
Pirámide poblacional del Carmen de Viboral 2014	22
Pirámide poblacional del Carmen de Viboral 2015	22

GLOSARIO

Adolescente: Es la etapa que llega después de la niñez y que abarca desde la pubertad hasta el completo desarrollo del organismo. El término proviene de la palabra latina *adolescētia*. La adolescencia es, en otras palabras, la transformación del infante antes de llegar a la adultez. Se trata de un cambio de cuerpo y mente, pero que no sólo acontece en el propio adolescente, sino que también se conjuga con su entorno (1).

Depresión: Estado mental que se caracteriza por sentimientos permanentes de tristeza, desesperación, pérdida de la energía y dificultad para manejarse en la vida cotidiana normal. Otros síntomas de la depresión incluyen sentimientos de inutilidad y desesperanza, pérdida del placer en la realización de actividades, cambios en los hábitos de alimentación o dormir, y pensamientos de muerte o suicidio. La depresión puede afectar a cualquier persona y puede tratarse con éxito (2).

Familia: La familia es el conjunto de personas unidas por vínculos de matrimonio, parentesco o adopción. Es considerada como una comunidad natural y universal con base afectiva, que influye en la formación del individuo y tiene interés social(3).

Familia Disfuncional: Es una familia en la que los conflictos, la mala conducta, y muchas veces el abuso por parte de los miembros individuales se producen continua y regularmente, lo que lleva a otros miembros a acomodarse a tales acciones. A veces los niños crecen en tales familias con el entendimiento de que tal disposición es normal (4).

Riesgo de suicidio: Es la posibilidad de que un paciente atente deliberadamente contra su vida. Dicho riesgo se incrementa si existe la idea de minusvalía de la vida, deseo de muerte por considerarla un descanso, amenazas y tentativas suicidas previas (5).

Resumen

Objetivo: Explorar la asociación del riesgo de orientación suicida con la depresión y disfunción familiar en los adolescentes escolarizados del Carmen de Viboral en el 2017. **Métodos:** Este estudio es de tipo descriptivo de corte transversal a partir de una fuente secundaria, realizado sobre el registro de 700 estudiantes que estaban matriculados en las instituciones educativas públicas y privadas que cursaban en el momento de aplicación del instrumento, cualquier grado de secundaria básica y nivel media que operan en la zona Urbana y rural del municipio del Carmen de Viboral. Se utilizó el software IBM SPSS Statistics 20. **Resultados:** Del registro de los 700 estudiantes escolarizados se encontró que la participación por sexo estuvo de acuerdo con el censo poblacional; ya que por cada hombre participo una mujer. El grupo de edad que más participo fue el de 11 a 14 años con un 63,4%. La mayoría pertenecían al estrato socioeconómico 2 con un 54.7%, los grados que más participaron fueron sexto y octavo, se encontró que para la tipología familiar 7 de cada 10 estudiantes vivían con su padre y su madre. Mediante el modelo de regresión logística se halló que la depresión y la disfunción familiar se asocian de forma positiva con el riesgo de orientación al suicidio con una razón de disparidad de 6,3 y 2,3 respectivamente. **Conclusiones:** Estos hallazgos permiten a la Gobernación Municipal, la Secretaria de Salud, las Instituciones de Salud y las Instituciones educativas, en conjunto con los profesionales de la salud, tomar medidas que permitan realizar las acciones pertinentes para que no sucedan ningún caso de suicidio e intentos de suicidio en los adolescentes del municipio.

1.INTRODUCCIÓN

La presente investigación es un análisis secundario de una fuente primaria y nace de la idea de saber ¿Cuál es la asociación de la depresión y la disfunción familiar con el riesgo de orientación al suicidio de los adolescentes escolarizados del Carmen de Viboral en el año 2017? Se utilizó información recolectada en la investigación llamada “Indicadores de salud mental en adolescentes escolarizados del municipio del Carmen de Viboral-Antioquia, 2017” (6).

Las principales variables que intervienen en esta investigación son la depresión, la disfunción familiar y el riesgo de orientación al suicidio, entre otras variables propias de la investigación inicial. Tiene una visión positivista, con un enfoque cuantitativo, el diseño es descriptivo, con un estudio transversal. Se utilizó una técnica estadística de regresión logística para encontrar si hay asociación entre la variable riesgo de orientación al suicidio con la depresión y la disfunción familiar.

Según la Organización Mundial de la Salud, la depresión es una enfermedad frecuente en todo el mundo, y se calcula que afecta a más de 300 millones de personas. La depresión es distinta de las variaciones habituales del estado de ánimo y de las respuestas emocionales a los problemas de la vida cotidiana. 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. Cada año se suicidan en el mundo cerca de 800 000 personas, y el suicidio es la segunda causa de muerte en el grupo etario de 15 a 29 años(7).

Según la OMS (2004). El comportamiento suicida viene determinado por un gran número de causas complejas, tales como la pobreza, el desempleo, la pérdida de seres queridos, una discusión, la ruptura de relaciones y problemas jurídicos o laborales. Los antecedentes familiares de suicidio, así como el abuso de alcohol y estupefacientes, y los maltratos en la infancia, el aislamiento social y determinados trastornos mentales, como la depresión y la esquizofrenia, también tienen gran influencia en numerosos suicidios. Las enfermedades orgánicas y el dolor discapacitante también pueden incrementar el riesgo de suicidio(8). De acuerdo con un estudio de casos y controles realizado en Jalisco México en el año 2009 refieren que; el entendimiento de los factores de riesgo para intento de suicidio y su magnitud (..) es crucial para la adecuada elaboración de programas enfocados a la prevención del suicidio (9). Por lo que los factores que influyen sobre los comportamientos suicidas si son adecuadamente identificados e intervenidos podrían en un momento determinado disminuir (10).

Según la revista Biomédica en su artículo llamado ideación suicida en adolescentes universitarios indican que las conductas suicidas son

importantes causas de morbimortalidad a nivel mundial. Por esta razón, la medición del riesgo suicida y la identificación de las personas en riesgo de un intento de suicidio son tarea prioritaria(11). A partir de los resultados se puedan tomar las acciones pertinentes en el municipio de el Carmen de Viboral, buscar ayuda de las diferentes entidades, ya sea del gobierno municipal, las instituciones educativas y las instituciones de salud entre otros. Por esto, decidimos **explorar la asociación del riesgo de orientación suicida con la depresión y disfunción familiar en los adolescentes escolarizados del Carmen de Viboral en el 2017.**

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Organización Mundial para la Salud OMS en 2019, reportó que más de 800.000 personas se suicidan cada año, lo que representa 1 muerte cada 40 segundos; el suicidio es la segunda causa principal de defunción en el grupo etario de 15 a 29 años. La mortalidad por suicidio es superior a la mortalidad total causada por la guerra y los homicidios, el 75% de los suicidios se producen en países de ingresos bajos y medianos, siendo los plaguicidas, el ahorcamiento y las armas de fuego los métodos más habituales empleados en el mundo para tal fin(12).

La OMS en el año 2016 estimó que la frecuencia de intento de suicidio es 20 veces mayor que la del suicidio consumado. En la población general mayor de 15 años la prevalencia de las tentativas de suicidio se señala de 3% a 5%; siendo el grupo de edad entre los 15 y 34 años en el que se registra el mayor número de intentos de suicidio. En Colombia para el año 2002 el intento de suicidio tiene una incidencia similar a la de otros países, la población con mayor riesgo está entre los 16 a 21 años (13).

Paniagua y González asumen que el riesgo de orientación suicida es un estado que antecede a la ideación suicida, y que es el hecho de pensar o sentir que no se es útil en la vida o que no se es importante para la familia y que sería mejor estar muerto; este tipo de ideas puede conducir a un intento de suicidio y posiblemente a un suicidio consumado; estudios sobre el tema muestran de manera preocupante que las situaciones depresivas en los adolescentes pueden desencadenar situaciones de riesgo o de autolesiones que pueden conducir a suicidio (14).

Según la OMS la depresión es uno de los trastornos de mayor prevalencia en la población, afectando a todas las comunidades en el mundo; los trastornos depresivos comienzan a menudo a temprana edad. En adolescentes de todo el mundo el predominio de la depresión es del 4% al 8%; a nivel latinoamericano la prevalencia se encuentra entre el 7 y 9 %, mientras que en Colombia se presenta un predominio del 3% al 5%. Así, la depresión es considerada uno de los problemas psicológicos que más afecta a la población juvenil (15).

Para el año 2017 el Sistema de Vigilancia Epidemiológica SIVIGILA, reporto que el 62,7% de los casos de intento de suicidio registrados eran del sexo femenino y 37,3% del masculino. El 29,7% se presentaron en el grupo de 15 a 19 años. Las entidades territoriales con mayor número de casos fueron: Antioquia, Vaupés, Bogotá, Cundinamarca, Nariño y Huila(16). Para el año 2016 en Antioquia se intentaron suicidar 4227 personas concentradas en la población joven de 10 a 25 también hubo casos de niños de 5 a 9 años. La tasa más alta de intento de intento de suicidio la presenta la región de oriente con 84.9 por 100.000 habitantes, seguida de la región del Norte con 75.7 por 100.000 habitantes, en tercer lugar, se encuentra la región del Valle de Aburra

con 73.8 por cien mil habitantes, y en cuarto lugar está la región de Suroeste con 69.5 por cien mil habitantes (17). Así mismo en marzo de 2017, por las estadísticas vitales el Departamento de Antioquia presentaron reportes de 55 personas suicidadas; mientras que en el 2016 se presentaron 367 suicidios (18).

Por esto damos importancia a la depresión ya que constituye un problema importante de salud pública. Y en el mundo, representa la cuarta causa de discapacidad en cuanto a la pérdida de años de vida saludables(19). Ésta también puede convertirse en un problema de salud serio, especialmente cuando es de larga duración o se presenta con una intensidad moderada a grave, la cual puede causar gran sufrimiento y alterar las actividades laborales, escolares y familiares, desencadenando en el peor de los casos en suicidio; lo que la ha convertido en un objeto de creciente interés en las últimas décadas y se le ha asociado a varios factores como lo son desajustes emocionales en los adolescentes; gracias a las contradicciones familiares(20).

Ahora bien, la ideación suicida es un fenómeno complejo en donde intervienen factores tanto personales, familiares y escolares. En una investigación de 5557 estudiantes de secundaria de Hong Kong obtuvieron correlaciones significativas ($r=-.460$) entre funcionamiento familiar e ideación suicida, constataron en una muestra de adolescentes, que el grupo que mostraba mayor ideación suicida también tenía una menor comunicación y mayores conflictos con sus padres(21).

Concuerta con un estudio de prevalencia realizado en la Ciudad de México, en donde concluyeron que los estudiantes que informaron que tenían un bajo apoyo familiar tenían un 69% más de probabilidad de presentar ideación suicida. Dentro del contexto familiar la adolescencia también resulta crítica, en tanto que exige reajustes en el sistema de crianza. De acuerdo con Flour y Buchanan (2003), la construcción de la personalidad de los jóvenes está relacionada con los modelos parentales de educación. En una familia cohesiva, expresiva, organizada, en la que se fomenta la independencia de sus miembros, quienes a su vez experimentan cercanía y afecto de los demás, es poco probable que los adolescentes presenten desajustes emocionales y comportamentales. Sin embargo, la mayor incidencia de problemas emocionales y de conducta se produce durante la pubertad y la adolescencia (22).

La Política Nacional de Salud Mental en Colombia (Ministerio de Salud, 1998), revela información epidemiológica en donde se establece una alta prevalencia de alteraciones de salud mental en la población general y un aumento progresivo en su incidencia como resultado de múltiples factores relacionados con la transición de la salud de los colombianos. Dichos problemas relacionados con el comportamiento y la salud mental de los individuos y las comunidades; son actualmente de tal magnitud, que deben ser considerados como problemas prioritarios de salud pública (23).

En México desde 2015, le han dado importancia a los problemas familiares como un factor de riesgo independiente de suicidalidad en adolescentes. Se ha sugerido que las familias con adolescentes suicidas son desorganizadas, tienen una mala cohesión y son hostiles. Los adolescentes con alto grado de suicidalidad y depresión reportan mayores alteraciones de comunicación con sus padres comparados con los grupos control, muestran mayor percepción de disfunción familiar, provienen de hogares considerados como "rotos" y poseen una relación conflictiva adolescente-madre (24).

Encontrar si hay adolescentes que están en riesgo de orientación al suicidio, nos permite como Administradores en Salud, brindar la información a las entidades necesarias para que se articulen y trabajen por el bienestar de estos adolescentes. por ello el interés con esta investigación, es aportar información real a los gobiernos para que realicen las acciones necesarias de promoción y prevención, o por el contrario conocer cómo se comporta la población adolescente frente al tema sugerido en esta investigación.

Con esta investigación se pretende explorar si existe asociación de la depresión y la disfunción familiar con el riesgo de orientación al suicidio en los adolescentes escolarizados en el municipio del Carmen de Viboral que fueron encuestados en el año 2017 por el grupo de salud mental de la Universidad de Antioquia y los resultados obtenidos se aportarán a quienes puedan intervenir.

Teniendo en cuenta el panorama y el impacto que genera la ideación suicida en los adolescentes, este estudio pretende abordar, explicar y dar respuesta al siguiente interrogante:

¿Cuál es la asociación de los factores, depresión y disfunción familiar con el riesgo de orientación suicida en los adolescentes escolarizados del Carmen de Viboral en el 2017?

Corregimiento La Esperanza: El Ciprés, Corales, San Vicente, La Esperanza.

Corregimiento Santa Inés: Palizadas, La Represa, El Brasil, Mirasol, Morros Dosquebradas, La Aguada y Santa Inés.

Corregimiento La Madera: Vallejuelito, La Florida, La Linda, Mazorcal, Las Acacias, La Madera.

Corregimiento Santa Rita: El retiro, El Roblal, Agua Bonita, Santa Rita, El porvenir, El Estío, La Cristalina, Santa Domingo, La Cascada, La Honda, El Cocuyo.

Corregimiento de la chapa: Campo Alegre, Betania, Camargo, Belén de Chaverras, San Lorenzo, San José, Boquerón, guarinó, La Chapa.

Corregimiento de Aguas Claras: Quirama, La Sonadora, El Cerro, La Milagrosa, Guamito, El Salado.

Corregimiento de Alto Grande: Las Garzonas, Viboral, La Aurora, Alto Grande, Rivera, La Palma, Cristo Rey, Aldana.

El Carmen de Viboral está dotado de una de las mayores riquezas hídricas del departamento, siendo los ríos más sobresalientes: río Melcocho, río Santo Domingo, río Cocorná, río San Lorenzo. Quebradas: Santa Rita, La Calera, Santa Bárbara, La Honda, La Catalina, Chaverras, La Madera, La Cimarronas, La Viboral, Aguas Claras, Aldana., Samaria, Aguas Claras (25).

3.2 Historia

En 1.752, aunque otros ya habían establecido sus haciendas en territorio carmelitano, el padre Fabián Sebastián Jiménez de Fajardo y Duque de Estrada cura de Marinilla y su hermano Juan Bautista, con el trabajo de esclavos, establecieron una hacienda de recreo o lugar de descanso que recibió el nombre de Carmen, en la que construyeron una capilla. El Carmen de las Cimarronas fue poblado por colonos, labradores, jornaleros, indígenas y esclavos que se dedicaban a la agricultura, la ganadería, la explotación de los bosques primitivos. En los últimos años del siglo XVIII, en 1787 se trajo desde Quito la imagen de Nuestra Señora del Carmen y considerando el aumento de los pobladores, se solicitó la erección en Parroquia para El Carmen. En 1807 fue concedida la categoría de parroquia con el nombre de Nuestra Señora del Carmen de Viboral. Con la parroquia le fueron asignados los primeros límites; desde ahí se le reconoció un territorio propio. Se considera por tradición, aunque no se conoce acto administrativo sobre la erección civil del Distrito Parroquial, que El Carmen de Viboral inició su vida con administración propia en 1814. Vieja Fábrica de Cerámica -Vereda Campo Alegre- La identidad de los carmelitanos está construida por una historia que habla de su mestizaje, especialmente entre indígenas y blancos, una cultura que se construyó en los siglos XVIII y XIX bajo la formación del poder religioso y moral de la Iglesia Católica, la vida del campo y la ganadería. Las actitudes de neutralidad y de independencia que los carmelitanos debieron desarrollar por estar en medio de las relaciones conflictivas que tuvieron entre sí Rionegro y Marinilla. El aprendizaje para sortear conflictos internos, a finales del siglo

XIX y durante la primera mitad del siglo XX, generados por la disputa del territorio, del ejercicio del poder y de la irrupción de nuevas formas de vida introducida por quienes trajeron la cerámica. La asimilación de los cambios con los que la cerámica abrió el mundo a los carmelitanos. El trabajo de la mujer en las fábricas, desde principios del siglo XX. La fuerza que dio a la unión familiar por la no migración de los hombres a otras tierras en busca del sustento (26).

3.3 Infraestructura

El municipio cuenta con importantes centros de investigación y educación, como el cibercentro de la Universidad de Antioquia, la sede de la Universidad de Antioquia Seccional de Oriente, la Escuela Nacional de Cerámica "Instituto Técnico Industrial Jorge Eliécer Gaitán", el Parque Tecnológico de Antioquia y el Instituto de Cultura El Carmen de Viboral, entre otros (27).

3.4 Economía

Su economía está centrada en la agricultura, con gran variedad de productos agrícolas, el municipio representa una fuente importante de flores, frijol, maíz, papa, tomate de árbol, fresas y hortalizas en las zonas frías y del altiplano. De manera más restringida, por su lejanía y estado de las vías, en las zonas de clima cálido y caliente se produce café, yuca, plátano cacao, guanábana, guayaba, papaya, naranja, borjón y caña de azúcar, entre otros. También existen actividades agropecuarias representadas en ganado de leche, ganado de doble propósito y ganado de levante. A su vez, existen granjas de avicultura de gran y pequeña escala. La piscicultura y la cría de especies menores, como aves de corral, cerdos y conejos hacen parte de la agroindustria, que se da en pequeña escala en el municipio. También se destaca el creciente número de granjas de producción limpia que hacen esfuerzos por la recuperación del suelo y la no utilización de agroquímicos y fertilizantes en la producción agrícola (27).

Existe una capacidad industrial naciente en algunos talleres de cerámica que cuentan con salones de venta que se han vuelto atracción turística, al igual que diversas manifestaciones artesanales y artísticas que se han promovido recientemente. Gracias a las diversas rutas de acceso, actualmente el municipio es un atractivo turístico y cultural a nivel regional y departamental (27).

3.5 Cultura

3.5.1 Festival Internacional de teatro "El Gesto Noble"

Es una festividad representativa del municipio, de gran reconocimiento a nivel regional y nacional, en el que se realizan actividades y funciones. Este encuentro se ha llevado a cabo cada año desde 1993 (a excepción de 1994,

1995 y 1997). Es una semana (por lo general la segunda del mes de julio de cada año) en la que se generan espacios para el reconocimiento de la cultura entre la comunidad y para el disfrute de montajes teatrales llevado a cabo por grupos locales, nacionales y extranjeros (27).

3.5.2 Fiestas de la Loza

El periódico Juventud promovió en el año de 1947 la celebración por primera vez de las Fiestas de la Loza, pero en ese año tuvieron que ser aplazadas por el estado incipiente en el que se encontraba su preparación, además de la falta de las Sociedad de Mejoras Públicas que es la que se encargaba de la organización de este tipo de fiestas en otras municipalidades. Sin embargo, ellas se realizaron por primera vez en el año de 1975. Desde el año de 1991 se han efectuado en simultánea con la Clásica de Ciclismo, con ello se pretende no dejar desaparecer las fiestas populares (27).

3.5.3 Costumbres

El uso del tiempo libre de los Carmelitanos a finales del siglo XIX y principios del XX consistía principalmente en las riñas de gallos y las carreras de caballos que eran los principales espectáculos públicos. Aunque en la actualidad aún se ven las peleas de gallos clandestinamente, más que carreras de caballos, se ven las cabalgatas, donde participan propios y provenientes de otros municipios cercanos (27).

3.6 Características demográficas

La pirámide poblacional del municipio de El Carmen de Viboral se podría decir que está en transición es decir tiene una tendencia a ser expansiva, debido a que se evidencia un aumento en la población menor, con respecto al año anterior 2014, sin embargo, también se evidencia que el mayor número de la población está concentrado en las edades de 20 a 24 años, identificando que la base se está ampliando. La mayor concentración de población se encuentra en las edades de 0 a 29 años, con un 59% y se observa homogeneidad entre la población masculina y femenina, es decir la población masculina aporta el 51% y el femenino el 49%, del total de la población (28).

Ilustración 1 Pirámide Poblacional, El Carmen de Viboral 2014

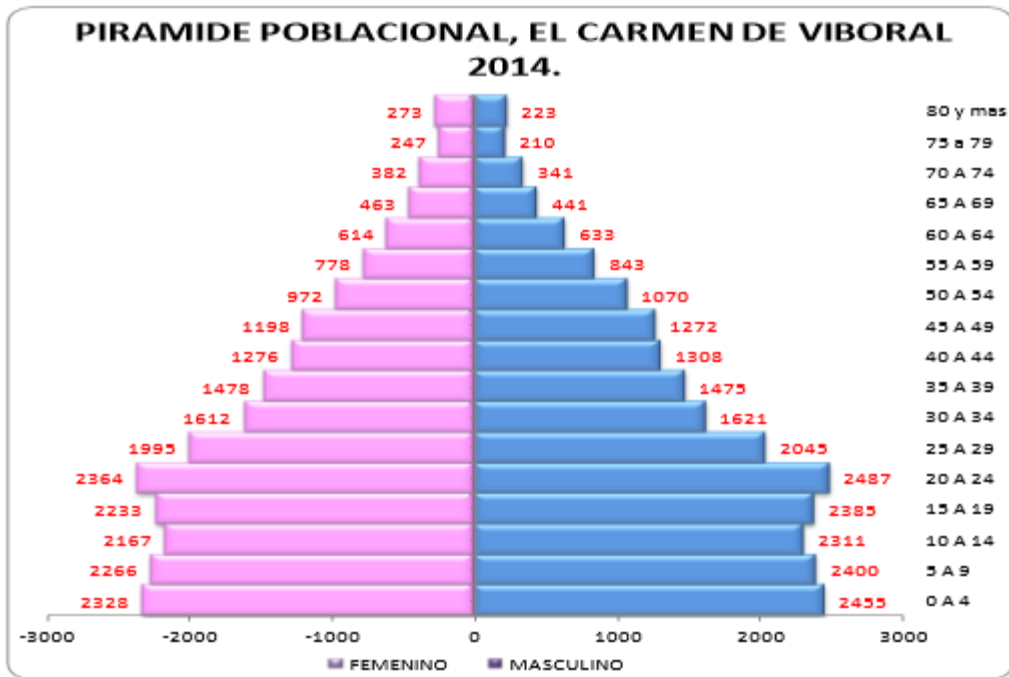


Ilustración 2 Pirámide Poblacional, El Carmen de Viboral 2015



3.6.1 Vigilancia epidemiológica

Para el año 2014 se notificaron 353 eventos, el primer evento fue vigilancia integrada rabia humana con 110 casos notificados correspondientes al 31%, el segundo evento con mayor número de casos fue la vigilancia en salud pública de las violencias de género con un 19% y el tercero varicela con un 13% (28).

Para el año 2015, el evento con mayor número de casos fue la vigilancia integrada de rabia humana con 210 eventos correspondiente al 31%, el segundo evento con mayor número de casos fue la varicela aportando un 20%, el tercer evento con mayor número de casos fue vigilancia en salud pública de las violencias de género con un 14%, el cuarto evento con mayor número de casos fue el intento de suicidio aportando el 14% (28).

Es importante mencionar que se evidencia un aumento en el número de eventos de vigilancia integrada de rabia humana (mordedura de perros o gatos), puesto que para el año 2014 fue de 110 y aumento 100 casos para el año 2015. A pesar de que para el año 2015 las violencias quedaron en el tercer lugar de mayor número de casos notificados, y que en el año 2014 fue la segunda; se evidencia también un aumento de dichos casos pasando de 67 en el año 2014 a 94 en el año 2015, adicionalmente se observa un aumento significativo en los intentos de suicidio, puesto que en el año 2014 fueron 28 y para el 2015 se aumentaron a 51, convirtiéndose en el cuarto evento con mayor número de casos (28).

3.6.2 Mortalidad

La mortalidad designa el número de muertes en una población y tiempo determinado. En los indicadores de mortalidad se reflejan factores como las condiciones de vida, nivel educativo, calidad de la prestación de los servicios de salud, desarrollo económico, entre otros, de una población específica (28).

De acuerdo con la información preliminar consolidada por el DANE para el año 2015 a corte del 31 de agosto, se presentaron 111 defunciones no fetales y 8 fetales, como no se cuenta con el consolidado total de las defunciones ocurrida en el 2015, se tomará como referencia el año 2014, en donde se presentaron 188 defunciones (28).

4. MARCO CONCEPTUAL

4.1 Depresión:

La depresión es un complejo de experiencias que afectan casi todos los ámbitos de la vida de quien la experimenta; debido al carácter múltiple de sus manifestaciones, en la depresión hay tristeza, pero también desmotivación, somatizaciones, distorsión de la afectividad, trastornos de comunicación o de la sociabilidad y alteraciones en la forma de pensarse el propio sujeto y de pensar su realidad (29).

Para la OMS la depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. La depresión es un trastorno que afecta al cerebro. Existen varias causas, entre ellas factores genéticos, medioambientales, psicológicos y bioquímicos. La depresión por lo general se manifiesta por primera vez entre los 15 y los 30 años y es mucho más frecuente entre las mujeres. Además, las mujeres pueden padecer de depresión posparto luego del nacimiento de un bebé(30).

4.1.1 Tipos de depresión

La depresión es definida y clasificada de muchas formas según su contexto; e incluso el ámbito de estudio desde el cual se quiere abordar, hay quienes clasifican la depresión como, depresión situacional y depresión clínica(31); otros en depresión externa, depresión interna y/o mixta (32); hay quienes la clasifican en monopolar y bipolar, primario y secundario, endógeno y reactivo, Mayor y distimia (33).

Según la Alianza Europea en Contra de la depresión, la depresión se puede clasificar en diferentes tipos: Depresión grave, Depresión menor, Distimia, Depresión atípica, Depresión post parto, trastorno disfórico premenstrual, trastorno afectivo estacional. La Depresión grave se da cuando se presentan cinco o más síntomas depresivos, durante al menos dos semanas, los cuales se describieron en los criterios que se tienen en la CIE-10 y DMS-IV; mientras que la Depresión Menor se da cuando se presentan menos de 5 síntomas depresivos durante al menos dos semanas. La Distimia es una forma de depresión crónica, generalmente más leve, pero que dura con frecuencia hasta 2 años; la depresión atípica es aquella que está acompañada de síntomas inusuales como alucinaciones (escuchar voces que no están allí) y delirios (pensamientos irracionales). La depresión postparto se presenta en mujeres que se sienten deprimidas después de haber tenido un bebé. El trastorno disfórico premenstrual es aquel en el que los síntomas de depresión ocurren una semana antes de la menstruación y desaparecen después de menstruar y por último el trastorno afectivo estacional son aquellos síntomas que se

presentan durante las estaciones de otoño e invierno y desaparecen durante la primavera y el verano, probablemente debido a la falta de luz (34).

Sin embargo la OMS solo agrupa la depresión en 2 tipos: trastorno depresivo recurrente y trastorno afectivo bipolar, el primero se caracteriza por episodios repetidos en los cuales hay pérdida del interés y capacidad de disfrutar, reducción de energía, alteraciones del sueño, pérdida del apetito, sentimiento de culpa, baja autoestima; la segunda consisten en episodios maníacos y depresivos separados por intervalos con un estado de ánimo normal, los episodios maníacos causan un estado de ánimo elevado e irritable, hiperactividad, logorrea, autoestima excesiva y disminución de necesidad de dormir(35).

4.2 Depresión en adolescentes

La depresión en adolescentes es una alteración del estado de ánimo que da, sensación de vacío o soledad, desinterés por actividades que antes eran placenteras (anhedonia), descenso o aumento del apetito, sentimientos de culpa o incapacidad, agitación o enlentecimiento psicomotor, e incluso ideación suicida. Podemos decir que la depresión en adolescentes se compone de síntomas somáticos, afectivos, cognitivos y físicos(36)

La prevalencia e incidencia de los trastornos depresivos es mayor en mujeres que en hombres, comenzando en la adolescencia y manteniéndose en la edad adulta. Además, aunque la depresión es una importante causa de discapacidad tanto en hombres como en mujeres, se ha estimado que la carga de la depresión es 50% más alta en las mujeres que en los hombres. Las enfermedades crónicas, tanto físicas como mentales y la posible asociación con el consumo de alcohol y tabaco son factores de riesgo importantes(37)

4.3 Suicidio

Durkheim define el suicidio como “todo caso de muerte que resulte, directa o indirectamente, de un acto positivo o negativo, realizado por la víctima, sabiendo ella que debería producir este resultado” (38).

Ahora bien, el suicidio es definido por la (OMS, 1976) como “todo acto por el que un individuo se causa así mismo una lesión, o un daño, con un grado variable de intención de morir, cualquiera sea el grado de la intención letal o de conocimiento del verdadero móvil”; Es decir, el suicidio es la acción de quitarse la vida de forma voluntaria y premeditada. El intento de suicidio junto al suicidio son las dos formas más representativas de la conducta suicida. Aunque el espectro completo del comportamiento suicida son conductas -amenazas, gestos, tentativa- y por último la ideación suicida (39).

Ambas definiciones concuerdan con que solo se puede hablar de suicidio cuando el comportamiento del sujeto produce su muerte. En el campo

científico el fenómeno suicida se puede estudiar desde tres aspectos distintos, los cuales reflejan la diversidad de esta manifestación: la ideación suicida, la tentativa de suicidio y el suicidio consumado. La ideación suicida puede referirse desde; pensamientos fugaces sobre que, la vida no merece la pena vivirse, pasando por intensas preocupaciones con fantasías autodestructivas, hasta planes muy explícitos y meditados para matarse, este aspecto puede incluso verse desde dos panoramas: la ideación suicida activa y la ideación suicida pasiva (40)

Por su parte Eguiluz en un estudio realizado acerca de la ideación suicida entre los jóvenes afirma que la ideación suicida son aquellos pensamientos intrusivos y repetitivos sobre la muerte autoinfligida, sobre las formas deseadas de morir, es decir son los pensamientos y planes para llevar a cabo un acto suicida(41).

La tentativa de suicidio por su parte es el acto de intentar quitarse la vida deliberadamente, una de las formas más habituales de tentativa de suicidio es la ingesta de sustancias tóxicas con finalidad suicida (42)

Según Buendía y colaboradores la tentativa de suicidio “es más que una muerte fallida, y afirma que existe la hipótesis de que los adolescentes al realizar una tentativa de suicidio no tienen como “fin” propiamente acabar con sus vidas, si no que pretenden “instrumentalmente” llamar la atención de forma dramática sobre una situación que les es insostenible. Por ello, la tentativa de suicidio tiende a confundirse con la **simulación suicida**, debido a que esta última se caracteriza por no cumplir el objetivo como tal de muerte en si porque hay un fingimiento o presentación de algo como real, cuando no existía una auténtica intención de consumir el acto(43).

Ahora bien, el **suicidio consumado** en pocas palabras es; cuando los actos realizados se han llevado a cabo con éxito y a consecuencia es la propia muerte de la persona(44).

4.4 Funcionalidad familiar

Para Olson, el funcionamiento familiar es la interacción de vínculos afectivos entre los miembros de la familia (cohesión) que tengan la capacidad de cambiar su estructura con el objetivo de superar las dificultades que atraviesa la familia a lo largo de su ciclo de vida (adaptabilidad). Al ocurrir un desequilibrio en el sistema familiar, se puede observar su disfuncionalidad que es la disminución de la funcionalidad familiar; que puede significar dolor y agresión, ausencia de afecto, deterioro o posible desintegración, ya que la estabilidad de la familia depende de un patrón de intercambio emocional. Para que una familia pueda ser considerada funcional o no, es necesario evaluarla, y ante las dificultades, es muy probable que se pueda recuperar el equilibrio y la estabilidad dentro del sistema, a través de la adaptabilidad familiar que se

refiere a la habilidad de adaptarse a los cambios y llegar a consensos para la resolución de conflictos(45).

4.4.1 Adaptabilidad familiar

La adaptabilidad familiar se define como la habilidad de una familia para ajustarse en cuanto a la estructura de poder, los roles y las relaciones con las distintas situaciones estresantes del exterior. Los cuatro niveles de adaptabilidad familiar son rígido, estructurado, flexible y caótico. La forma en que las familias se estructuran en términos de su nivel de adaptabilidad ha mostrado tener efectos más profundos en los niños desde la escuela hasta la religión o el comportamiento (46).

4.4.2 Rígida

Las familias que han demostrado tener niveles más bajos de adaptabilidad son consideradas "rígidas". Estos tipos de familias generalmente tienen un liderazgo parental autoritariamente fuerte, que no suele variar de un padre al otro. Otra característica de este tipo de familia es la falta de evolución del cambio y las reglas y procedimientos muy estrictos. Los roles familiares en este tipo de familias están muy claramente definidos y rara vez cambian. En una estructura familiar rígida hay usualmente una persona que es la que ejerce más control en la unidad familiar. En un estudio que determinaba la asociación entre la adaptabilidad familiar y la creatividad de los niños, en las estructuras familiares rígidas los niños mostraban niveles más bajos de creatividad (46).

4.4.2. Estructurada

Las familias que muestran puntajes de adaptabilidad moderada y son caracterizadas como familias "estructuradas" son uno de los dos tipos estables de unidades familiares. Estas familias muestran la habilidad de equilibrar el cambio y la estabilidad de forma que sea más funcional para sus miembros. Una familia estructurada es menos rígida y controladora y el liderazgo parental, aunque sea fuerte, es compartido entre ambos padres. Los roles familiares son estables, claros y comprendidos, aunque las familias son más capaces de mutar con el cambio y flexibilizarse para compartir roles cuando es necesario. Hay algunos desplazamientos en las familias estructuradas, pero rara vez hay cambios grandes (46).

4.4.3. Flexible

Las familias que muestran niveles más altos de adaptabilidad si bien aún mantienen una estructura son caracterizadas como "flexibles". Una estructura familiar flexible es más abierta al cambio y se adapta con mayor facilidad a las situaciones y cambios exteriores, pero mantiene un balance saludable de poder entre padres e hijos. El liderazgo claro es compartido con frecuencia entre los padres y las reglas familiares pueden cambiar ocasionalmente. Las familias flexibles les dan a los niños la oportunidad de ser participantes activos

en sus familias al mismo tiempo que les proporcionan guía y liderazgo. Los niños en las familias de estructuras flexibles muestran niveles más bajos de delincuencia y más altos de creatividad (46).

4.4.4. Caótica

Las familias que muestran niveles muy altos de adaptabilidad entran en la estructura de familia "caótica". En estas familias hay una falta de estructura fuerte y liderazgo parental. Los roles de poder son cambiados con frecuencia entre los miembros de la familia, incluyendo padres e hijos. El cambio es una constante en las estructuras caóticas y la comunicación familiar errática es característica. Las decisiones familiares en una familia caótica suelen ser impulsivas y mal preparadas. Las estructuras caóticas y las rígidas son dos de las estructuras más problemáticas para el bienestar de la familia y los niños (46).

4.5 La cohesión familiar

La cohesión familiar es una de las dimensiones centrales de la dinámica familiar, entendida como los lazos emocionales que los miembros de la familia tienen unos con otros y el grado de autonomía personal que experimentan, medidos en términos de relaciones más frecuentes y estrechas entre ellos, y que se expresa generalmente en actitudes de apoyo mutuo, realización de actividades juntos y afecto recíproco(47).

4.6 La satisfacción familiar

La satisfacción de la familia implica un conjunto de demandas funcionales entre sus integrantes y la percepción entre los mismos de que estos están siendo aceptados, validados y satisfechos por los demás. Sentir un grado aceptable de satisfacción familiar, inducirá a los miembros de la familia a intercambiar emociones, desarrollar pautas de interacción adecuadas, cooperativas, así como a validar y fortalecer la imagen mutua de cada integrante. El grado de satisfacción familiar de los miembros es un predictor del funcionamiento familiar, pues, siendo la resultante del juego de interacciones que se dan en el plano familiar, si este último presenta buenos niveles, habría ausencia de conflicto y una satisfacción familiar mayor. En otras palabras, una alta satisfacción familiar indica que es una familia donde las interacciones son más positivas más reforzadoras que negativas o punitivas. En este sentido, una mayor satisfacción con la vida de familia estaría relacionada con mayor frecuencia e intensidad de experiencias afectivas de amor, cariño, afecto, alegría y felicidad; mientras que una menor satisfacción con la vida de familia se relacionaría con mayores experiencias de coraje, enojo, frustración, desilusión, tristeza y depresión (47).

4.7 Comunicación familiar

La comunicación fluida entre todos los miembros de la familia es sumamente importante y se puede decir que tener una buena comunicación entre todos es un éxito garantizado en una gran cantidad de circunstancias.

Las familias que no tienen una comunicación fluida fracasan en algunos ámbitos, sobre todo ante los hijos. Los padres debemos tener siempre presente que la buena comunicación familiar, aparte de fortalecer el compañerismo entre los integrantes, es muy importante para que exista unión y mayor afecto.

La comunicación con los hijos asegura que exista respeto mutuo y un fortalecimiento de valores, aunque debemos entender que mantener una comunicación fluida con nuestros hijos no es una tarea fácil, ni se logra de un día para el otro. Por eso, resulta esencial que los padres se inicien en este hábito desde muy temprano y comenzar a sentirlo y vivirlo para que madure de mejor manera la relación entre padres e hijos(48).

5. OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GENERAL

Explorar la asociación del riesgo de orientación suicida con la depresión y disfunción familiar en los adolescentes escolarizados del Carmen de Viboral en el 2017.

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1.** Caracterizar la muestra de adolescentes escolarizados del Carmen de Viboral.
- 2.** Determinar la distribución de la presencia de riesgo de orientación al suicidio según sexo y grupo de edad.
- 3.** Determinar la distribución de la presencia de depresión según el sexo y grupo de edad.
- 4.** Determinar la distribución de la presencia de disfunción familiar según el sexo y grupo de edad.
- 5.** Explorar la asociación de la presencia de riesgo de orientación al suicidio, con el sexo, el grupo de edad, la presencia de depresión de depresión, presencia de disfunción familiar, consumo de sustancias psicoactivas y vulnerabilidad familiar.

6. METODOLOGÍA

6.1 Tipo de estudio

Este estudio es de tipo cuantitativo, descriptivo, de corte transversal, de una fuente secundaria, dirigido a determinar la asociación de la depresión y disfunción familiar con el riesgo de ideación suicida de los adolescentes escolarizados del municipio del Carmen de Viboral.

6.2 Población

La población está conformada por el registro de 700 estudiantes que estaban matriculados en las instituciones educativas públicas y privadas que cursaban en el momento de aplicación del instrumento, cualquier grado de secundaria básica y nivel media que operan en la zona Urbana y rural del municipio del Carmen de Viboral.

6.3 Unidad de observación

La unidad de análisis está conformada por la información recolectada a los adolescentes entre 11 y 19 años que estaban inscritos y estudiando en cualquiera de los grados de 6º a 11º grado, en las instituciones de educación pública y privada del Municipio del Carmen de Viboral para el año 2017.

6.4 Recolección de la información

Se utilizaron fuentes de información secundaria para la obtención de la información, accediendo a la base de datos que se obtuvo por medio de las encuestas que se les realizaron a los 700 adolescentes entre 11 y 19 años que estaban inscritos y estudiando en cualquiera de los grados de 6º a 11º grado, en las instituciones de educación rural y urbana del Municipio del Carmen de Viboral para el año 2017.

6.5 Criterios de selección

● **Criterios de inclusión:** Para garantizar validez en el análisis de los datos se tomarán en cuenta los criterios de inclusión que se utilizaron para la aplicación de las encuestas de la investigación “factores asociados a la depresión en adolescentes escolarizados en el municipio del Carmen de Viboral en el año 2017”.

- Ser adolescente escolarizado de básica secundaria en instituciones educativas pertenecientes a la zona urbana y rural del municipio.
- La edad del encuestado debe estar entre los 11 y 19 años.
- El encuestado debe ser soltero.
- Aceptar libremente la participación en la investigación.

- Que el encuestado sea autorizado por los padres y acudientes.
 - Se omite este requisito para los estudiantes que al momento de la aplicación del instrumento tienen los 18 o 19 años cumplidos para ellos solo se tomará el asentimiento informado, señalando que este participante no tiene obligación de entregar consentimiento de sus padres (por su mayoría de edad según legislación colombiana) esto quedará registrado en el listado de asentimiento grupal, se observa por experiencias anteriores que la mayoría de los participantes de estas edades pertenecen a los grados 10 y 11.
 - Estar en condiciones físicas y mentales de responder la encuesta.
 - Debe estar viviendo en el municipio del Carmen de Viboral.
- **Criterios de exclusión:** Para garantizar la validez en el análisis de los datos se tomarán en cuenta los criterios de exclusión que se utilizó para la aplicación de las encuestas.
- No ser adolescente escolarizado de básica secundaria en instituciones educativas pertenecientes a la zona urbana y rural del municipio.
 - No ser menor de 11 y mayor a 19 años.
 - Que resida en otro municipio.
 - Con estado civil diferente a soltero.
 - Que no acepte la participación en la investigación.
 - Que los padres no den la autorización para participar del estudio.
 - Que el encuestado no se encuentre en condiciones físicas y mentales para responder la encuesta.

6.6 Operacionalización de las variables

Tabla 1. Resumen de las variables

Nombre de la variable	Categorías	Naturaleza	Nivel de Medida
Sexo	0: Hombre 1: Mujer	Cualitativa	Nominal
Grupo de edad	0: 11 a 14 años 1: 15 a 19 años	Cualitativa	Nominal
Presencia de depresión	0: Sí 1: No	Cualitativa	Nominal
Presencia de disfunción familiar	0: Sí 1: No	Cualitativa	Nominal
Consumo sustancias Psicoactivas	0: Sí 1: No	Cualitativa	Nominal

Vulnerabilidad en Comunicación del padre con los hijos	0: Sí 1: No	Cualitativa	Nominal
Vulnerabilidad en Comunicación de la madre con los hijos	0: Sí 1: No	Cualitativa	Nominal
Vulnerabilidad en Satisfacción con la vida	0: Sí 1: No	Cualitativa	Nominal
Vulnerabilidad en las rutinas familiares	0: "No vulnerable" 1: "Vulnerable"	Cualitativa	Nominal
Tensiones	0: "No vulnerable" 1: "Vulnerable"	Cualitativa	Nominal
Apoyo	0: "No vulnerable" 1: "Vulnerable"	Cualitativa	Nominal
Jerarquía y límites	0: "No vulnerable" 1: "Vulnerable"	Cualitativa	Nominal
Cohesión familiar	0: "No vulnerable" 1: "Vulnerable"	Cualitativa	Nominal
Participación en la solución de problemas	0: "No vulnerable" 1: "Vulnerable"	Cualitativa	Nominal
Redefinición del problema	0: "No vulnerable" 1: "Vulnerable"	Cualitativa	Nominal
Fuentes de apoyo	0: "No vulnerable" 1: "Vulnerable"	Cualitativa	Nominal
Poder, dinero y sexo	0: "No vulnerable" 1: "Vulnerable"	Cualitativa	Nominal

6.7 Procesamiento de la información y análisis estadístico

La base de datos y el análisis estadístico se realizarán en el software IBM SPSS Statistics 20, para la presentación del informe se está utilizando Microsoft Word y Microsoft Power point. Se realizarán cruces de variables y se elaborarán tablas, para el diseño de gráficos se utilizará Microsoft Excel Versión 2007 y SPSS.

6.8 Plan de análisis

Para cumplir el objetivo específico 1 que habla de la caracterización de la muestra de adolescentes escolarizados del municipio del Carmen de Viboral, se realizarán tablas de frecuencia para las variables sexo, grupo de edad, grado escolar, tipología familiar, estrato de la vivienda, cambio de la vivienda por causa de la violencia.

Para cumplir el objetivo número 2 que habla de determinar la distribución de la presencia de riesgo de orientación al suicidio según sexo y grupo de edad, a partir de la encuesta Inventory of suicide orientation- 30- ISO-30 se construirán tablas de contingencia o tablas cruzadas y se realizará la prueba chi-cuadrado de independencia.

Para cumplir el objetivo número 3 que habla de determinar la distribución de la presencia de depresión según el sexo y grupo de edad a partir de la encuesta del CDI-LA Children's Depresión Inventory aplicada, se realizarán tablas de contingencia o tablas cruzadas y se realizará la prueba chi-cuadrado de independencia.

Para cumplir el objetivo número 4 que habla de determinar la distribución de la presencia de disfunción familiar según el sexo y grupo de edad se hará a partir de la encuesta de APGAR familiar se construirán tablas de contingencia o tablas cruzadas y se realizará la prueba chi-cuadrado de independencia.

Para cumplir el objetivo específico 5 que habla de explorar la asociación de la presencia de riesgo orientación al suicidio con el sexo, el grupo de edad, la presencia de depresión, la presencia de disfunción familiar, se realizó un análisis multivariado con el diseño de un modelo de regresión logística teniendo en cuenta la presencia de orientación al suicidio como variable dependiente.

7. CONSIDERACIONES ETICAS

De acuerdo con los principios establecidos en la declaración del Helsinki y en la resolución 8430 de Octubre 4 de 1993; según el artículo 11 de esta resolución(49) nuestra investigación se clasifica en la categoría de investigación sin riesgo; ya que se emplearan métodos de investigación documental retrospectivos, además que no vamos a tener contacto con ninguna persona, se hará un análisis de datos de otra investigación, se tomaran todas las medidas y requisitos necesarios; para acceder a los datos y que estos sean utilizados de la mejor manera y salvaguardando la información allí contenida.

La información obtenida en el estudio será conservada de forma confidencial y sólo será usada con fines académicos de la universidad y de la Facultad Nacional de Salud Pública para la formulación de políticas de promoción y prevención, en este caso se desarrollará con el fin de generar conocimiento sobre la asociación del riesgo de ideación suicida con la depresión y la disfunción familiar en adolescentes escolarizados del Municipio del Carmen de Viboral.

8. ANALISIS DE LOS RESULTADOS

8.1 Caracterización de los adolescentes escolarizados del municipio del Carmen de Viboral

De los adolescentes que fueron encuestados en el año 2017 tanto hombres, como mujeres estaban distribuidos conforme al censo poblacional; para el grupo de edad de los adolescentes escolarizados se encontró que la edad de 11 a 14 años tiene una frecuencia mayor que el rango de edad de 15 a 19 años. La distribución de frecuencia por grado escolar indicó que la población adolescente se encontraba en su mayoría en los grados sextos y octavos.

Para la tipología familiar según la muestra, la familia nuclear fue la más representativa; ya que de cada 10 adolescentes 7 vivían con su padre y su madre; en la familia incompleta de cada 10 estudiantes, 2 vivían con el padre o con la madre y de otras tipologías familiares se encontró una frecuencia menor. (Tabla 2)

Tabla 2. Distribución de frecuencia las variables sociodemográficas, en los adolescentes escolarizados del Municipio del Carmen de Viboral – Antioquia, 2017.

Variab les sociodemográf icas	n=700	%	IC (95%)
Sexo			
Hombre	334	47,7	(43,9-51,4)
Mujer	366	52,3	(49,4-56,0)
Grupo de edad			
11 a 14 años	444	63,4	(59,8-66,9)
15 a 19 años	256	36,6	(33,0-40,1)
Grado de escolaridad			
Sexto	154	21,9	(18,1-25,6)
Séptimo	129	18,4	(14,6-22,1)
Octavo	153	21,9	(18,1-25,6)
noveno	72	10,3	(6,5-14,0)
Decimo	76	10,9	(7,1-14,6)
Undécimo	116	16,6	(12,8-20,3)
Tipología familiar			
Nuclear	470	67,2	(65,4-68,9)
Incompleta	212	30,3	(26,8-33,7)
Mixta	5	0,7	(0,3-1,3)

Extensa	1	0,1	(0,0-0,3)
Otra	12	1,7	(0,7-2,6)
Estrato de la vivienda			
Uno	42	6,0	(4,2-7,7)
Dos	383	54,7	(51,1-58,3)
Tres	257	36,7	(33,1-40,2)
Cuatro	18	2,6	(1,4-3,7)
Cambio de la vivienda por causa de la violencia			
Si	77	11,0	(8,6-13,3)
No	623	89,0	(86,6-91,3)

8.2 distribución de la presencia de riesgo de orientación al suicidio según sexo y grupo de edad.

En la distribución porcentual de la presencia de algún riesgo de orientación al suicidio se encontró, que es casi igual según la variable sexo y no hay una diferencia significativa (valor $p = 0,759$); según el grupo de edad la prevalencia es mayor en el grupo de 11 a 14 años por 5 puntos porcentuales pero esa diferencia no es significativa (valor $p = 0,233$) (Tabla 3).

Tabla 3. Distribución de frecuencia de la presencia de algún riesgo de orientación al suicidio según sexo y grupo de edad.

Presencia de algún riesgo de orientación al suicidio	Hombre	Mujer	Grupo de edad	
			A a 14 años	15 a 19 años
Si	46,10%	47,30%	48,40%	43,80%
No	53,90%	52,70%	51,60%	56,30%
Total	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

8.3 distribución de la presencia de depresión según el sexo y grupo de edad.

Para la presencia de depresión se comprobó que es mayor en mujeres que en hombres y que hay una diferencia estadística (valor $p = 0,000$), y según la variable grupo de edad no hay una diferencia estadísticamente significativa (valor $p = 0,557$) (Tabla 4).

Tabla 4. Distribución de frecuencia de la presencia de depresión según el sexo y grupo de edad.

Presencia de algún riesgo de depresión	Hombre	Mujer	Grupo de edad	
			11 a 14 años	15 a 19 años
Si	26,30%	39,10%	32,2%	34,4%
No	73,70%	60,90%	67,80%	65,60%
Total	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

8.4 Distribución de la presencia de disfunción familiar según el sexo y grupo de edad.

Para la presencia de disfunción familiar se encontró según la variable sexo que es mayor en las mujeres con una diferencia de 3 puntos porcentuales, pero no es significativa (valor $p=0,349$) en tanto que, para el grupo de edad, se presentó una diferencia estadística significativa (valor $p=0.001$) (Tabla 5).

Tabla 5. Distribución de la presencia de disfunción familiar según el sexo y grupo.

Presencia de disfunción familiar	Hombre	Mujer	Grupo de edad	
			11 a 14 años	15 a 19 años
Si	28,4%	31,7%	25,9%	37,5%
No	71,6%	68,3%	74,1%	62,5%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

8.5 Análisis de los factores asociados al riesgo de orientación al suicidio según las variables estadísticamente significativas

No hay diferencia entre las razones de prevalencia; no existe asociación entre algún riesgo de orientación al suicidio y el sexo (Valor $p= 0,759$); tampoco hay una diferencia en las prevalencias según el grupo de edad y no hay asociación con algún riesgo de orientación al suicidio (Valor $p=0,233$) (Tabla 5).

Tabla 6. Razón de prevalencia RP y prueba de independencia entre la existencia de algún riesgo de orientación al suicidio según el sexo y el grupo de edad de los adolescentes escolarizados del municipio del Carmen del Viboral en el año 2017.

Características	Existe algún riesgo de suicidio					Total	RP (IC 95%)	Chi-cuadrado	Valor p
	SI		NO						
	n	% n	n	%					
Sexo	Hon	154	46,1	180	53,9	334	0,954(0,709;1,285)	0,094	0,759
	Muj	173	47,3	193	52,7	366			
Grupo de edad	11+:	215	48,4	229	51,6	444	1,207(0,886;1,645)	1,425	0,233
	15+:	112	43,8	144	56,3	256			

Existe una asociación significativa entre la existencia de algún riesgo de orientación al suicidio y la presencia de depresión (Valor p=0,000) (Tabla 6).

Tabla 7. Prueba de independencia de la existencia de algún riesgo de orientación al suicidio y la presencia de depresión en los adolescentes escolarizados del municipio del Carmen del Viboral en el año 2017.

Características	Existe algún riesgo de suicidio					Total	RP (IC 95%)	Chi-cuadrado	Valor p
	SI		NO						
	n	% n	n	%					
Presencia de depresión	NO	142	30,3	327	69,7	469	9,261(6,345;13,519)	154,26	0,000
	SI	185	80,1	46	19,9	231			

Se encuentra una asociación estadísticamente significativa entre la variable disfunción familiar y la existencia de algún riesgo de orientación al suicidio (Valor p=0,000) (Tabla 7).

Tabla 8. Prueba de independencia de la existencia de algún riesgo de orientación al suicidio con la disfunción familiar en adolescentes escolarizados del Carmen del Viboral en el año 2017.

Características	Existe algún riesgo de suicidio					Total	RP (IC 95%)	Chi-cuadrado	Valor p
	SI		NO						
	n	% n	n	%					
Disfunción familiar	NO	175	35,8	314	64,2	489	4,623(3,248;6,579)	77,815	0,000
	SI	152	72,0	59	28,0	211			

La existencia de vulnerabilidad en la comunicación de los padres con los hijos (Valor $p=0,000$), vulnerabilidad en la satisfacción con la vida (Valor $p=0,000$), vulnerabilidad en las rutinas familiares (Valor $p=0,000$), jerarquía y límites (Valor $p=0,029$), cohesión familiar (Valor $p=0,005$), la participación en solución de problemas (Valor $p=0,000$), fuentes de apoyo (Valor $p=0,022$) tienen una relación estadísticamente significativa con el riesgo de orientación al suicidio; mientras que las tensiones, el apoyo, la redefinición de problemas y la importancia del poder dinero y sexo no tienen asociación significativa. La prevalencia en mujeres es mayor que la de los hombres, pero no hay diferencia estadística en la existencia de algún riesgo de suicidio. No hay asociación estadística entre el riesgo de suicidio y el sexo (Tabla 8).

Tabla 9. Otras variables candidatas para ingresar al modelo según el criterio de Hosmer Lemeshow en los adolescentes escolarizados del Carmen de Viboral, 2007.

Características		Existe algún riesgo de suicidio					RP (IC 95%)	Chi-cuadrado	Valor p
		SI		NO		total			
		n	% n	n	%	n			
Sexo	Hombre	154	46,1	180	53,9	334	0,954(0,709,1,285)	0,094	0,759
	Mujer	173	47,3	193	52,7	366			
Grupo de edad	11+14	215	48,4	229	51,6	444	1,207(0,886,1,645)	1,425	0,233
	15+19	112	43,8	144	56,3	256			
Grado del estudiante	Decimo	34	44,7	42	55,3	76	10,324	0,067	
	Undecimo	46	39,7	70	60,3	116			
	Sexto	81	52,6	73	47,4	154			
	Septimo	62	48,1	67	51,9	129			
	Octavo	79	51,6	74	48,4	153			
Estrato de la vivienda	Noveno	25	34,7	47	65,3	72	7,108	0,069	
	Uno	24	57,1	18	42,9	42			
	Dos	172	44,9	211	55,1	383			
	Tres	118	45,9	139	54,1	257			
	Cuatro	13	72,2	5	27,8	18			
Tipología familiar	Incompleta	110	51,9	102	48,1	212	4,704	0,319	
	Extensa	1	100,0	0	0,0	1,0			
	Mixta	3	60,0	2	40,0	5			
	Nuclear	208	44,3	262	55,7	470			
	Otra	6	50,0	6	50,0	12			
Cambio de vivienda causado por la violencia	No	282	45,3	341	54,7	623	1,700(1,052;2,748)	4,748	0,029
	Si	45	58,4	32	41,6	77			

Presencia de depresion	NO	142	30,3	327	69,7	469	9,261(6.345;13.519)	154,258	0,000																																																																																																																																																																												
	SI	185	80,1	46	19,9	231				Disfuncion familiar	NO	175	35,8	314	64,2	489	4,623(3.248;6.579)	77,815	0,000	SI	152	72,0	59	28,0	211	Consumo de sustancias	NO	134	41,9	186	58,1	320	1,433(1.062;1.933)	5,546	0,019	SI	193	50,8	187	49,2	380	Vulnerabilidad en comunicaci3n del padre y los hijos	No vulnerable	123	37,6	204	62,4	327	2,002(1,479;2,710)	20,414	0,000	Vulnerabl e	204	54,7	169	45,3	373	Vulnerabilidad en comunicaci3n de la madre y los hijos	No vulnerable	193	39,5	296	60,5	489	2,669(1.911;3.727)	34,218	0,000	Vulnerabl e	134	63,5	77	36,5	211	Vulnerabilidad en satisfaccion con la vida	No vulnerable	214	38,4	343	61,6	557	6,037(3.899;9348)	75,353	0,000	Vulnerabl e	113	79,0	30	21,0	143	Vulnerabilidad en las rutinas familiares	No vulnerable	194	39,5	297	60,5	491	2,679(1.917;3.745)	34,278	0,000	Vulnerabl e	133	63,6	76	36,4	209	Tensiones	No vulnerable	323	46,6	370	53,4	693	1,527(0.339;6.875)	0,309	0,578	Vulnerabl e	4	57,1	3	42,9	7	Apoyo	No vulnerable	109	45,6	130	54,4	239	1,070(0.782;1.464)	0,179	0,672	Vulnerabl e	218	47,3	243	52,7	461	Jerarquia y limites	No vulnerable	113	41,5	159	58,5	272	1,407(1.035;1.912)	4,777	0,029	Vulnerabl e	214	50,0	214	50,0	428	Cohesion familiar	No vulnerable	306	45,6	365	54,4	671	3,131(1.368;7.169)	8,027	0,005	Vulnerabl e	21	72,4	8	27,6	29	Participacion en la solucion de problemas	No vulnerable	233	41,2	333	58,8	566	3,359(2.238;5.041)	36,564	0,000	Vulnerabl e	94
Disfuncion familiar	NO	175	35,8	314	64,2	489	4,623(3.248;6.579)	77,815	0,000																																																																																																																																																																												
	SI	152	72,0	59	28,0	211				Consumo de sustancias	NO	134	41,9	186	58,1	320	1,433(1.062;1.933)	5,546	0,019	SI	193	50,8	187	49,2	380	Vulnerabilidad en comunicaci3n del padre y los hijos	No vulnerable	123	37,6	204	62,4	327	2,002(1,479;2,710)	20,414	0,000	Vulnerabl e	204	54,7	169	45,3	373	Vulnerabilidad en comunicaci3n de la madre y los hijos	No vulnerable	193	39,5	296	60,5	489	2,669(1.911;3.727)	34,218	0,000	Vulnerabl e	134	63,5	77	36,5	211	Vulnerabilidad en satisfaccion con la vida	No vulnerable	214	38,4	343	61,6	557	6,037(3.899;9348)	75,353	0,000	Vulnerabl e	113	79,0	30	21,0	143	Vulnerabilidad en las rutinas familiares	No vulnerable	194	39,5	297	60,5	491	2,679(1.917;3.745)	34,278	0,000	Vulnerabl e	133	63,6	76	36,4	209	Tensiones	No vulnerable	323	46,6	370	53,4	693	1,527(0.339;6.875)	0,309	0,578	Vulnerabl e	4	57,1	3	42,9	7	Apoyo	No vulnerable	109	45,6	130	54,4	239	1,070(0.782;1.464)	0,179	0,672	Vulnerabl e	218	47,3	243	52,7	461	Jerarquia y limites	No vulnerable	113	41,5	159	58,5	272	1,407(1.035;1.912)	4,777	0,029	Vulnerabl e	214	50,0	214	50,0	428	Cohesion familiar	No vulnerable	306	45,6	365	54,4	671	3,131(1.368;7.169)	8,027	0,005	Vulnerabl e	21	72,4	8	27,6	29	Participacion en la solucion de problemas	No vulnerable	233	41,2	333	58,8	566	3,359(2.238;5.041)	36,564	0,000	Vulnerabl e	94	70,1	40	29,9	134												
Consumo de sustancias	NO	134	41,9	186	58,1	320	1,433(1.062;1.933)	5,546	0,019																																																																																																																																																																												
	SI	193	50,8	187	49,2	380				Vulnerabilidad en comunicaci3n del padre y los hijos	No vulnerable	123	37,6	204	62,4	327	2,002(1,479;2,710)	20,414	0,000	Vulnerabl e	204	54,7	169	45,3	373	Vulnerabilidad en comunicaci3n de la madre y los hijos	No vulnerable	193	39,5	296	60,5	489	2,669(1.911;3.727)	34,218	0,000	Vulnerabl e	134	63,5	77	36,5	211	Vulnerabilidad en satisfaccion con la vida	No vulnerable	214	38,4	343	61,6	557	6,037(3.899;9348)	75,353	0,000	Vulnerabl e	113	79,0	30	21,0	143	Vulnerabilidad en las rutinas familiares	No vulnerable	194	39,5	297	60,5	491	2,679(1.917;3.745)	34,278	0,000	Vulnerabl e	133	63,6	76	36,4	209	Tensiones	No vulnerable	323	46,6	370	53,4	693	1,527(0.339;6.875)	0,309	0,578	Vulnerabl e	4	57,1	3	42,9	7	Apoyo	No vulnerable	109	45,6	130	54,4	239	1,070(0.782;1.464)	0,179	0,672	Vulnerabl e	218	47,3	243	52,7	461	Jerarquia y limites	No vulnerable	113	41,5	159	58,5	272	1,407(1.035;1.912)	4,777	0,029	Vulnerabl e	214	50,0	214	50,0	428	Cohesion familiar	No vulnerable	306	45,6	365	54,4	671	3,131(1.368;7.169)	8,027	0,005	Vulnerabl e	21	72,4	8	27,6	29	Participacion en la solucion de problemas	No vulnerable	233	41,2	333	58,8	566	3,359(2.238;5.041)	36,564	0,000	Vulnerabl e	94	70,1	40	29,9	134																												
Vulnerabilidad en comunicaci3n del padre y los hijos	No vulnerable	123	37,6	204	62,4	327	2,002(1,479;2,710)	20,414	0,000																																																																																																																																																																												
	Vulnerabl e	204	54,7	169	45,3	373				Vulnerabilidad en comunicaci3n de la madre y los hijos	No vulnerable	193	39,5	296	60,5	489	2,669(1.911;3.727)	34,218	0,000	Vulnerabl e	134	63,5	77	36,5	211	Vulnerabilidad en satisfaccion con la vida	No vulnerable	214	38,4	343	61,6	557	6,037(3.899;9348)	75,353	0,000	Vulnerabl e	113	79,0	30	21,0	143	Vulnerabilidad en las rutinas familiares	No vulnerable	194	39,5	297	60,5	491	2,679(1.917;3.745)	34,278	0,000	Vulnerabl e	133	63,6	76	36,4	209	Tensiones	No vulnerable	323	46,6	370	53,4	693	1,527(0.339;6.875)	0,309	0,578	Vulnerabl e	4	57,1	3	42,9	7	Apoyo	No vulnerable	109	45,6	130	54,4	239	1,070(0.782;1.464)	0,179	0,672	Vulnerabl e	218	47,3	243	52,7	461	Jerarquia y limites	No vulnerable	113	41,5	159	58,5	272	1,407(1.035;1.912)	4,777	0,029	Vulnerabl e	214	50,0	214	50,0	428	Cohesion familiar	No vulnerable	306	45,6	365	54,4	671	3,131(1.368;7.169)	8,027	0,005	Vulnerabl e	21	72,4	8	27,6	29	Participacion en la solucion de problemas	No vulnerable	233	41,2	333	58,8	566	3,359(2.238;5.041)	36,564	0,000	Vulnerabl e	94	70,1	40	29,9	134																																												
Vulnerabilidad en comunicaci3n de la madre y los hijos	No vulnerable	193	39,5	296	60,5	489	2,669(1.911;3.727)	34,218	0,000																																																																																																																																																																												
	Vulnerabl e	134	63,5	77	36,5	211				Vulnerabilidad en satisfaccion con la vida	No vulnerable	214	38,4	343	61,6	557	6,037(3.899;9348)	75,353	0,000	Vulnerabl e	113	79,0	30	21,0	143	Vulnerabilidad en las rutinas familiares	No vulnerable	194	39,5	297	60,5	491	2,679(1.917;3.745)	34,278	0,000	Vulnerabl e	133	63,6	76	36,4	209	Tensiones	No vulnerable	323	46,6	370	53,4	693	1,527(0.339;6.875)	0,309	0,578	Vulnerabl e	4	57,1	3	42,9	7	Apoyo	No vulnerable	109	45,6	130	54,4	239	1,070(0.782;1.464)	0,179	0,672	Vulnerabl e	218	47,3	243	52,7	461	Jerarquia y limites	No vulnerable	113	41,5	159	58,5	272	1,407(1.035;1.912)	4,777	0,029	Vulnerabl e	214	50,0	214	50,0	428	Cohesion familiar	No vulnerable	306	45,6	365	54,4	671	3,131(1.368;7.169)	8,027	0,005	Vulnerabl e	21	72,4	8	27,6	29	Participacion en la solucion de problemas	No vulnerable	233	41,2	333	58,8	566	3,359(2.238;5.041)	36,564	0,000	Vulnerabl e	94	70,1	40	29,9	134																																																												
Vulnerabilidad en satisfaccion con la vida	No vulnerable	214	38,4	343	61,6	557	6,037(3.899;9348)	75,353	0,000																																																																																																																																																																												
	Vulnerabl e	113	79,0	30	21,0	143				Vulnerabilidad en las rutinas familiares	No vulnerable	194	39,5	297	60,5	491	2,679(1.917;3.745)	34,278	0,000	Vulnerabl e	133	63,6	76	36,4	209	Tensiones	No vulnerable	323	46,6	370	53,4	693	1,527(0.339;6.875)	0,309	0,578	Vulnerabl e	4	57,1	3	42,9	7	Apoyo	No vulnerable	109	45,6	130	54,4	239	1,070(0.782;1.464)	0,179	0,672	Vulnerabl e	218	47,3	243	52,7	461	Jerarquia y limites	No vulnerable	113	41,5	159	58,5	272	1,407(1.035;1.912)	4,777	0,029	Vulnerabl e	214	50,0	214	50,0	428	Cohesion familiar	No vulnerable	306	45,6	365	54,4	671	3,131(1.368;7.169)	8,027	0,005	Vulnerabl e	21	72,4	8	27,6	29	Participacion en la solucion de problemas	No vulnerable	233	41,2	333	58,8	566	3,359(2.238;5.041)	36,564	0,000	Vulnerabl e	94	70,1	40	29,9	134																																																																												
Vulnerabilidad en las rutinas familiares	No vulnerable	194	39,5	297	60,5	491	2,679(1.917;3.745)	34,278	0,000																																																																																																																																																																												
	Vulnerabl e	133	63,6	76	36,4	209				Tensiones	No vulnerable	323	46,6	370	53,4	693	1,527(0.339;6.875)	0,309	0,578	Vulnerabl e	4	57,1	3	42,9	7	Apoyo	No vulnerable	109	45,6	130	54,4	239	1,070(0.782;1.464)	0,179	0,672	Vulnerabl e	218	47,3	243	52,7	461	Jerarquia y limites	No vulnerable	113	41,5	159	58,5	272	1,407(1.035;1.912)	4,777	0,029	Vulnerabl e	214	50,0	214	50,0	428	Cohesion familiar	No vulnerable	306	45,6	365	54,4	671	3,131(1.368;7.169)	8,027	0,005	Vulnerabl e	21	72,4	8	27,6	29	Participacion en la solucion de problemas	No vulnerable	233	41,2	333	58,8	566	3,359(2.238;5.041)	36,564	0,000	Vulnerabl e	94	70,1	40	29,9	134																																																																																												
Tensiones	No vulnerable	323	46,6	370	53,4	693	1,527(0.339;6.875)	0,309	0,578																																																																																																																																																																												
	Vulnerabl e	4	57,1	3	42,9	7				Apoyo	No vulnerable	109	45,6	130	54,4	239	1,070(0.782;1.464)	0,179	0,672	Vulnerabl e	218	47,3	243	52,7	461	Jerarquia y limites	No vulnerable	113	41,5	159	58,5	272	1,407(1.035;1.912)	4,777	0,029	Vulnerabl e	214	50,0	214	50,0	428	Cohesion familiar	No vulnerable	306	45,6	365	54,4	671	3,131(1.368;7.169)	8,027	0,005	Vulnerabl e	21	72,4	8	27,6	29	Participacion en la solucion de problemas	No vulnerable	233	41,2	333	58,8	566	3,359(2.238;5.041)	36,564	0,000	Vulnerabl e	94	70,1	40	29,9	134																																																																																																												
Apoyo	No vulnerable	109	45,6	130	54,4	239	1,070(0.782;1.464)	0,179	0,672																																																																																																																																																																												
	Vulnerabl e	218	47,3	243	52,7	461				Jerarquia y limites	No vulnerable	113	41,5	159	58,5	272	1,407(1.035;1.912)	4,777	0,029	Vulnerabl e	214	50,0	214	50,0	428	Cohesion familiar	No vulnerable	306	45,6	365	54,4	671	3,131(1.368;7.169)	8,027	0,005	Vulnerabl e	21	72,4	8	27,6	29	Participacion en la solucion de problemas	No vulnerable	233	41,2	333	58,8	566	3,359(2.238;5.041)	36,564	0,000	Vulnerabl e	94	70,1	40	29,9	134																																																																																																																												
Jerarquia y limites	No vulnerable	113	41,5	159	58,5	272	1,407(1.035;1.912)	4,777	0,029																																																																																																																																																																												
	Vulnerabl e	214	50,0	214	50,0	428				Cohesion familiar	No vulnerable	306	45,6	365	54,4	671	3,131(1.368;7.169)	8,027	0,005	Vulnerabl e	21	72,4	8	27,6	29	Participacion en la solucion de problemas	No vulnerable	233	41,2	333	58,8	566	3,359(2.238;5.041)	36,564	0,000	Vulnerabl e	94	70,1	40	29,9	134																																																																																																																																												
Cohesion familiar	No vulnerable	306	45,6	365	54,4	671	3,131(1.368;7.169)	8,027	0,005																																																																																																																																																																												
	Vulnerabl e	21	72,4	8	27,6	29				Participacion en la solucion de problemas	No vulnerable	233	41,2	333	58,8	566	3,359(2.238;5.041)	36,564	0,000	Vulnerabl e	94	70,1	40	29,9	134																																																																																																																																																												
Participacion en la solucion de problemas	No vulnerable	233	41,2	333	58,8	566	3,359(2.238;5.041)	36,564	0,000																																																																																																																																																																												
	Vulnerabl e	94	70,1	40	29,9	134																																																																																																																																																																															

Redefinición del problema	No vulnerable	224	44,8	276	55,2	500	1,308(0.942;1.817)	2,576	0,108
	Vulnerable	103	51,5	97	48,5	200			
Fuentes de apoyo	No vulnerable	121	41,6	170	58,4	291	1,426(1.053;1.931)	5,273	0,022
	Vulnerable	206	50,4	203	49,6	409			
Poder, dinero y sexo	No vulnerable	230	44,8	283	55,2	513	1,326(0.948;1.855)	2,727	0,099
	Vulnerable	97	51,9	90	48,1	187			

8.6 Análisis de los factores asociados al riesgo de orientación al suicidio, según las variables estadísticamente significativas.

Se aplicó el criterio de Hosmer y Lemeshow ($p < 0,25$) para la selección de las variables independientes que aportaron mayor información sobre la probabilidad de presentar algún riesgo de orientación al suicidio quedando como candidatas para ingresar al modelo las siguientes variables: presencia de depresión valor ($p = 0,000$), disfunción familiar ($p = 0,000$) consumo de sustancias ($p = 0,019$), vulnerabilidad en comunicación del padre con los hijos ($p = 0,000$), vulnerabilidad en la comunicación de la madre con los hijos valor ($p = 0,000$), satisfacción con la vida ($p = 0,000$), vulnerabilidad en las rutinas familiares ($p = 0,000$), cohesión familiar ($p = 0,005$), participación en la solución de problemas ($p = 0,000$) y fuentes de apoyo ($p = 0,022$).

Tabla 10. Variables que ingresarán al modelo de regresión logística en los adolescentes escolarizados del Carmen de Viboral, 2017.

Características		Existe algún riesgo de suicidio				Total	RP (IC 95%)	Chi-cuadrado	Valor p																																																																																																																																												
		SI	NO																																																																																																																																																		
		n	% n	%																																																																																																																																																	
Presencia de depresión	NO	142	30,3	327	69,7	469	9,261(6.345;13.519)	154,258	0,000																																																																																																																																												
	SI	185	80,1	46	19,9	231				Disfunción familiar	NO	175	35,8	314	64,2	489	4,623(3.248;6.579)	77,815	0,000	SI	152	72,0	59	28,0	211	Consumo de sustancias	NO	134	41,9	186	58,1	320	1,433(1.062;1.933)	5,546	0,019	SI	193	50,8	187	49,2	380	Vulnerabilidad en comunicación del padre y los hijos	No vulnerable	123	37,6	204	62,4	327	2,002(1,479;2,710)	20,414	0,000	Vulnerable	204	54,7	169	45,3	373	Vulnerabilidad en comunicación de la madre y los hijos	No vulnerable	193	39,5	296	60,5	489	2,669(1.911;3.727)	34,218	0,000	Vulnerable	134	63,5	77	36,5	211	Vulnerabilidad en satisfacción con la vida	No vulnerable	214	38,4	343	61,6	557	6,037(3.899;9348)	75,353	0,000	Vulnerable	113	79,0	30	21,0	143	Vulnerabilidad en las rutinas familiares	No vulnerable	194	39,5	297	60,5	491	2,679(1.917;3.745)	34,278	0,000	Vulnerable	133	63,6	76	36,4	209	Cohesión familiar	No vulnerable	306	45,6	365	54,4	671	3,131(1.368;7.169)	8,027	0,005	Vulnerable	21	72,4	8	27,6	29	Participación en la solución de problemas	No vulnerable	233	41,2	333	58,8	566	3,359(2.238;5.041)	36,564	0,000	Vulnerable	94	70,1	40	29,9	134	Fuentes de apoyo	No vulnerable	121	41,6	170	58,4	291	1,426(1.053;1.931)	5,273	0,022	Vulnerable	206
Disfunción familiar	NO	175	35,8	314	64,2	489	4,623(3.248;6.579)	77,815	0,000																																																																																																																																												
	SI	152	72,0	59	28,0	211				Consumo de sustancias	NO	134	41,9	186	58,1	320	1,433(1.062;1.933)	5,546	0,019	SI	193	50,8	187	49,2	380	Vulnerabilidad en comunicación del padre y los hijos	No vulnerable	123	37,6	204	62,4	327	2,002(1,479;2,710)	20,414	0,000	Vulnerable	204	54,7	169	45,3	373	Vulnerabilidad en comunicación de la madre y los hijos	No vulnerable	193	39,5	296	60,5	489	2,669(1.911;3.727)	34,218	0,000	Vulnerable	134	63,5	77	36,5	211	Vulnerabilidad en satisfacción con la vida	No vulnerable	214	38,4	343	61,6	557	6,037(3.899;9348)	75,353	0,000	Vulnerable	113	79,0	30	21,0	143	Vulnerabilidad en las rutinas familiares	No vulnerable	194	39,5	297	60,5	491	2,679(1.917;3.745)	34,278	0,000	Vulnerable	133	63,6	76	36,4	209	Cohesión familiar	No vulnerable	306	45,6	365	54,4	671	3,131(1.368;7.169)	8,027	0,005	Vulnerable	21	72,4	8	27,6	29	Participación en la solución de problemas	No vulnerable	233	41,2	333	58,8	566	3,359(2.238;5.041)	36,564	0,000	Vulnerable	94	70,1	40	29,9	134	Fuentes de apoyo	No vulnerable	121	41,6	170	58,4	291	1,426(1.053;1.931)	5,273	0,022	Vulnerable	206	50,4	203	49,6	409												
Consumo de sustancias	NO	134	41,9	186	58,1	320	1,433(1.062;1.933)	5,546	0,019																																																																																																																																												
	SI	193	50,8	187	49,2	380				Vulnerabilidad en comunicación del padre y los hijos	No vulnerable	123	37,6	204	62,4	327	2,002(1,479;2,710)	20,414	0,000	Vulnerable	204	54,7	169	45,3	373	Vulnerabilidad en comunicación de la madre y los hijos	No vulnerable	193	39,5	296	60,5	489	2,669(1.911;3.727)	34,218	0,000	Vulnerable	134	63,5	77	36,5	211	Vulnerabilidad en satisfacción con la vida	No vulnerable	214	38,4	343	61,6	557	6,037(3.899;9348)	75,353	0,000	Vulnerable	113	79,0	30	21,0	143	Vulnerabilidad en las rutinas familiares	No vulnerable	194	39,5	297	60,5	491	2,679(1.917;3.745)	34,278	0,000	Vulnerable	133	63,6	76	36,4	209	Cohesión familiar	No vulnerable	306	45,6	365	54,4	671	3,131(1.368;7.169)	8,027	0,005	Vulnerable	21	72,4	8	27,6	29	Participación en la solución de problemas	No vulnerable	233	41,2	333	58,8	566	3,359(2.238;5.041)	36,564	0,000	Vulnerable	94	70,1	40	29,9	134	Fuentes de apoyo	No vulnerable	121	41,6	170	58,4	291	1,426(1.053;1.931)	5,273	0,022	Vulnerable	206	50,4	203	49,6	409																												
Vulnerabilidad en comunicación del padre y los hijos	No vulnerable	123	37,6	204	62,4	327	2,002(1,479;2,710)	20,414	0,000																																																																																																																																												
	Vulnerable	204	54,7	169	45,3	373				Vulnerabilidad en comunicación de la madre y los hijos	No vulnerable	193	39,5	296	60,5	489	2,669(1.911;3.727)	34,218	0,000	Vulnerable	134	63,5	77	36,5	211	Vulnerabilidad en satisfacción con la vida	No vulnerable	214	38,4	343	61,6	557	6,037(3.899;9348)	75,353	0,000	Vulnerable	113	79,0	30	21,0	143	Vulnerabilidad en las rutinas familiares	No vulnerable	194	39,5	297	60,5	491	2,679(1.917;3.745)	34,278	0,000	Vulnerable	133	63,6	76	36,4	209	Cohesión familiar	No vulnerable	306	45,6	365	54,4	671	3,131(1.368;7.169)	8,027	0,005	Vulnerable	21	72,4	8	27,6	29	Participación en la solución de problemas	No vulnerable	233	41,2	333	58,8	566	3,359(2.238;5.041)	36,564	0,000	Vulnerable	94	70,1	40	29,9	134	Fuentes de apoyo	No vulnerable	121	41,6	170	58,4	291	1,426(1.053;1.931)	5,273	0,022	Vulnerable	206	50,4	203	49,6	409																																												
Vulnerabilidad en comunicación de la madre y los hijos	No vulnerable	193	39,5	296	60,5	489	2,669(1.911;3.727)	34,218	0,000																																																																																																																																												
	Vulnerable	134	63,5	77	36,5	211				Vulnerabilidad en satisfacción con la vida	No vulnerable	214	38,4	343	61,6	557	6,037(3.899;9348)	75,353	0,000	Vulnerable	113	79,0	30	21,0	143	Vulnerabilidad en las rutinas familiares	No vulnerable	194	39,5	297	60,5	491	2,679(1.917;3.745)	34,278	0,000	Vulnerable	133	63,6	76	36,4	209	Cohesión familiar	No vulnerable	306	45,6	365	54,4	671	3,131(1.368;7.169)	8,027	0,005	Vulnerable	21	72,4	8	27,6	29	Participación en la solución de problemas	No vulnerable	233	41,2	333	58,8	566	3,359(2.238;5.041)	36,564	0,000	Vulnerable	94	70,1	40	29,9	134	Fuentes de apoyo	No vulnerable	121	41,6	170	58,4	291	1,426(1.053;1.931)	5,273	0,022	Vulnerable	206	50,4	203	49,6	409																																																												
Vulnerabilidad en satisfacción con la vida	No vulnerable	214	38,4	343	61,6	557	6,037(3.899;9348)	75,353	0,000																																																																																																																																												
	Vulnerable	113	79,0	30	21,0	143				Vulnerabilidad en las rutinas familiares	No vulnerable	194	39,5	297	60,5	491	2,679(1.917;3.745)	34,278	0,000	Vulnerable	133	63,6	76	36,4	209	Cohesión familiar	No vulnerable	306	45,6	365	54,4	671	3,131(1.368;7.169)	8,027	0,005	Vulnerable	21	72,4	8	27,6	29	Participación en la solución de problemas	No vulnerable	233	41,2	333	58,8	566	3,359(2.238;5.041)	36,564	0,000	Vulnerable	94	70,1	40	29,9	134	Fuentes de apoyo	No vulnerable	121	41,6	170	58,4	291	1,426(1.053;1.931)	5,273	0,022	Vulnerable	206	50,4	203	49,6	409																																																																												
Vulnerabilidad en las rutinas familiares	No vulnerable	194	39,5	297	60,5	491	2,679(1.917;3.745)	34,278	0,000																																																																																																																																												
	Vulnerable	133	63,6	76	36,4	209				Cohesión familiar	No vulnerable	306	45,6	365	54,4	671	3,131(1.368;7.169)	8,027	0,005	Vulnerable	21	72,4	8	27,6	29	Participación en la solución de problemas	No vulnerable	233	41,2	333	58,8	566	3,359(2.238;5.041)	36,564	0,000	Vulnerable	94	70,1	40	29,9	134	Fuentes de apoyo	No vulnerable	121	41,6	170	58,4	291	1,426(1.053;1.931)	5,273	0,022	Vulnerable	206	50,4	203	49,6	409																																																																																												
Cohesión familiar	No vulnerable	306	45,6	365	54,4	671	3,131(1.368;7.169)	8,027	0,005																																																																																																																																												
	Vulnerable	21	72,4	8	27,6	29				Participación en la solución de problemas	No vulnerable	233	41,2	333	58,8	566	3,359(2.238;5.041)	36,564	0,000	Vulnerable	94	70,1	40	29,9	134	Fuentes de apoyo	No vulnerable	121	41,6	170	58,4	291	1,426(1.053;1.931)	5,273	0,022	Vulnerable	206	50,4	203	49,6	409																																																																																																												
Participación en la solución de problemas	No vulnerable	233	41,2	333	58,8	566	3,359(2.238;5.041)	36,564	0,000																																																																																																																																												
	Vulnerable	94	70,1	40	29,9	134				Fuentes de apoyo	No vulnerable	121	41,6	170	58,4	291	1,426(1.053;1.931)	5,273	0,022	Vulnerable	206	50,4	203	49,6	409																																																																																																																												
Fuentes de apoyo	No vulnerable	121	41,6	170	58,4	291	1,426(1.053;1.931)	5,273	0,022																																																																																																																																												
	Vulnerable	206	50,4	203	49,6	409																																																																																																																																															

9. Modelo de regresión logística

Al analizar el modelo mediante la regresión logística multivariada se encontró que al mantener constantes las demás variables, el riesgo de orientación al suicidio es 6,346 veces mayor (IC95% 4,266–9,441) si presenta alguna depresión, de igual manera si el adolescente es vulnerable frente a la satisfacción con la vida el riesgo es 2,67 veces mayor (IC95% 1,61–4,423) comparados con los que no son vulnerables, además al estar en una familia con disfunción, el riesgo de 2,272 veces (IC95% 1,501-3,439) (Tabla 10).

Tabla 11. Regresión logística para la probabilidad de presentar riesgo de orientación al suicidio en adolescentes escolarizados en el municipio del Carmen de Viboral, Antioquia, 2017.

Factores	B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)	I.C. 95% para EXP(B)		
							Inferior	Superior	
Indicadores de salud mental	Depresión	1,848	0,203	83,132	1	0	6,346	4,266	9,441
	Disfunción	0,821	0,212	15,058	1	0	2,272	1,501	3,439
Vulnerabilidad Familiar	Satisfacción con la vida	0,982	0,258	14,497	1	0	2,669	1,61	4,423
Constante		-1,13	0,115	95,923	1	0	0,323		

Según la prueba de bondad de ajuste de Hosmer y Lemeshow, este modelo es adecuado, debido a que las probabilidades observadas son iguales a las probabilidades esperadas ($p=0,511$).

De acuerdo al estadístico de Nagelkerke la variabilidad del riesgo de orientación al suicidio es explicada por la presencia de depresión, disfunción familiar y vulnerabilidad familiar en satisfacción con la vida, en un 34,1% y el 63,9% es explicado por otras variables o el azar.

9.1 Verificación de los supuestos para validar el modelo de presencia de disfunción familiar

9.1.1. Multicolinealidad

Para verificar la multicolinealidad, el modelo de regresión logística binario presenta un valor en el índice de condición de 2,544 el cual se encuentra en el rango menor de 10, lo que quiere decir que hay una multicolinealidad baja y el estadístico de VIF también se cumple debido a que todas las variables dieron menor que 10.

9.1.2. Principio de jerarquía

Este principio se lleva a cabo para aquellas variables categóricas (grado de escolaridad y tipología familiar), el cual no aplica, porque no existe asociación entre el riesgo de orientación al suicidio y las variables categóricas de la investigación.

9.1.3. Monotonía

Este supuesto para el modelo no aplica, ya que no hay ninguna variable cuantitativa que sea asociativa al riesgo de orientación al suicidio en adolescentes escolarizados del municipio del Carmen de Viboral.

10.DISCUSIÓN

La conducta suicida (ideación-intento-suicidio consumado) en población general y en adolescentes, representa actualmente un problema de salud pública que requiere atención de todos los sectores; debido a que es un fenómeno de origen multifactorial que ocurre como respuesta a una situación, que la persona ve como abrumadora, enmarca una realidad compleja, que no puede explicarse exclusivamente a partir de los factores biológicos, sino que incluye aspectos psicológicos, sociales y culturales. Consecuentemente la complejidad de sus causas requiere necesariamente un enfoque polifacético e interdisciplinar para su prevención y manejo(50).

A partir de los resultados del modelo de regresión logística, logramos concluir que sí existe asociación de la depresión y la disfunción familiar con el riesgo de ideación suicida. Al explorar hallamos que los adolescentes del municipio del Carmen de Viboral sufren de depresión además que tienen disfunción familiar pese a que encontramos que para la tipología familiar la mayoría de los adolescentes viven con su padre y su madre, pero al parecer esto no es factor protector.

En la investigación tuvimos en cuenta como variables principales la depresión y la disfunción familiar, utilizamos para el modelo la tabla de variables de la investigación inicial, este también nos arrojó que, según la vulnerabilidad familiar, los adolescentes no estaban satisfechos con la vida. Podemos entonces decir los jóvenes con depresión o que tengan familias disfuncionales tienen mayores probabilidades de intentar o consumir un suicidio, lo que podemos prevenir mediante el trabajo de los profesionales en psicología dando apoyo dentro de las instituciones educativas, haciendo una labor enfocada en las familias de estos adolescentes. Por lo que las autoridades municipales, deben ser partícipes y tomar las medidas necesarias; para evitar el riesgo de que estos adolescentes puedan ocasionarse daño. Formando una red de cuidado del adolescente.

Para los prestadores de servicios de salud, anticiparse a los acontecimientos y promover acciones que monitoreen los casos que puedan presentarse además de cumplir con las medidas de promoción y prevención en este caso trabajando en la salud mental de estos adolescentes.

Para la caracterización de la muestra encontramos que la participación de los estudiantes fue equitativa por sexo, un hombre por cada mujer, esto se ajusta al censo poblacional, donde la población hombre-mujer está igualmente distribuida. Para la tipología familiar la mayor parte de los estudiantes de la muestra vive con sus dos padres; los adolescentes pertenecían a los grados sexto y octavo mayormente; los adolescentes

perteneían en su mayoría al estrato socioeconómico 2, y hubo un 11% de estudiantes que tuvo cambio de vivienda por desplazamiento forzado.

Según el estudio “caracterización de factores asociados con comportamiento suicida en adolescentes de octavo grado de tres colegios bogotanos” el sexo femenino, fue el que más participó en su estudio, quizás la población femenina era mayoría en el grado octavo o alguno de los colegios era femenino; y por eso este resultado(51).

En la investigación realizada en Copacabana Antioquia en el año 2010 sobre la “Caracterización de la salud mental mediante indicadores básicos, nivel de riesgo suicida, depresión, consumo de sustancias psicoactivas, funcionalidad familiar, vulnerabilidad a estresores sociales de la población escolar” se encontró una relación de hombre mujer de aproximadamente 1 a 1, En otra investigación de este mismo autor según estudio de la “Caracterización de adolescentes escolarizados con riesgo de suicidio en Medellín en el año 2006 fue igualmente una relación 1 a 1, para la variable sexo (52) (53).

Comprobamos que para la distribución de la presencia de riesgo de orientación al suicidio para la variable sexo y grupo de edad, no hubo una diferencia significativa, por lo cual el riesgo de orientación al suicidio no depende del sexo ni de la edad.

Se determinó que, para la distribución de la presencia de depresión según el sexo y grupo de edad, es mayor en mujeres que en hombres y que para la edad no hay una diferencia significativa; pues para la variable edad no hubo una diferencia que indicara que el hecho de tener depresión estuviera determinado por la edad. Según el estudio en Copacabana esta variable tampoco tuvo diferencias significativas (52). Y en el estudio realizado en tres colegios bogotanos encontraron que, según la edad, mayor o igual a 15 años se tiene más riesgo de padecer depresión (51).

Se comprobó que para la distribución de sexo y grupo de edad según la presencia de disfunción familiar no existe asociación estadística con el riesgo de orientación al suicidio, sin embargo, según la prueba de independencia para la variable sexo y grupo de edad indica que la depresión tiene una asociación significativa con el riesgo de orientación al suicidio y en el caso de la disfunción familiar se encontró que si hay una asociación significativa con el riesgo de orientación al suicidio (valor $p=0,000$).

Este estudio encontró que no hay diferencias significativas de orientación al suicidio tanto para hombres como para mujeres (valor $p=0,759$), según la investigación realizada en el municipio de Copacabana en el año 2010 al evaluar el riesgo de orientación al suicidio según la misma variable no

había tampoco diferencias significativas, con un (valor $p=0,47$). En ese mismo estudio encontraron que la depresión y la disfunción familiar tienen asociación con el riesgo de suicidio. (52)

Según una investigación que estudio “La Situación de la conducta suicida en estudiantes de colegios y universidades de San Juan de Pasto, Colombia, encontró igualmente que las mujeres tienen mayor comportamiento suicida; en palabras de esta investigación tienen mayor riesgo de orientación al suicidio; también indican que los hombres tienen mayor riesgo, pero al suicidio consumado (54).

Según el estudio realizado de orientación al suicidio en adolescentes en una zona de Medellín, Colombia a partir del modelo de regresión logística explica como la disfunción familiar tiene que ver con el riesgo de orientación suicida (OR=2,222; IC95% 1,44-3,42) realizada en una muestra de 604 adolescentes escolarizados. Al comparar sus resultados con los de esta investigación vemos que los resultados son parecidos, en nuestra investigación para la misma variable, según el modelo de regresión logística, el riesgo de orientación al suicidio es de 2,272 veces mayor si el adolescente vive con una familia disfuncional. (IC95% 1,501-3,439) (53).

Para el estudio realizado en el sur de Australia llamado “Adolescent suicide, depression and family dysfunction”. Según la regresión escalonada indicó que la disfunción familiar influye en los comportamientos suicidas indirectamente a través de otras variables como la depresión (55). Según esta investigación se halló que los adolescentes con depresión tienen mayor riesgo de suicidarse que los que viven en una familia disfuncional. Pero según un estudio realizado de la calidad de las relaciones familiares y la depresión en estudiantes de medicina en Medellín en el año 2000; se concluyó que la relación encontrada entre calidad de la relación familiar y la depresión sugiere una vez más que el papel de la familia es un factor protector importante para prevenir el riesgo de depresión. El mismo estudio concluyo un aumento de riesgo de depresión a medida que disminuía la calidad de la relación familiar.

Para nosotros como administradores en salud, este estudio se hace relevante ya que representa un problema serio de salud pública, por lo que debemos estar preparados a nivel institucional para atender de modo prioritario esta situación, contando con la ayuda de personal educativo, profesionales de la salud y las autoridades municipales.

Fortaleza

El conocimiento que nos generó trabajar en esta investigación, aprender sobre el modelo de regresión logística, hacer los primeros pinitos como investigadores, haber tenido esta experiencia enriquecedora y que esto nos sirva para mejorar nuestra visión de la investigación, además que cumplimos con los compromisos estudiantiles.

Debilidad

No haber tenido un acercamiento con personal administrativo y educativo del municipio del Carmen de Viboral, ya que estamos en un tiempo de contingencia por la pandemia Covid-19 y no se pudo concretar un viaje para conocer el municipio y hablar con algún representante del municipio, sobre la problemática que abordamos en esta investigación. Esto es desfavorable por que la información que nos pudieran brindar acerca de este tema; pudo haber sido punto de comparación con lo hallado en esta investigación.

11. RECOMENDACIONES

A la Dirección local de Salud ya que entre sus funciones está orientar, inspeccionar, vigilar, entre otras, las diferentes políticas, programas, proyectos y estrategias que garanticen los derechos de los usuarios, en este caso de los adolescentes del municipio y el mejoramiento de la situación de la salud de la población, teniendo en cuenta que se convierte en un problema de salud pública.

Al Ministerio de educación, que incluya en su plan de estudios medidas, como capacitaciones, charlas o clases que tengan que ver con autoestima, autosuficiencia, solución de conflictos con habilidades que le permitan a los jóvenes tener una mejor disposición para la solución de conflictos

Muchos adolescentes que intentan suicidarse o se suicidan presentan trastornos de salud mental. En su mayoría, tienen problemas para hacer frente al estrés de ser un adolescente, como enfrentar el rechazo, el fracaso, las rupturas o los problemas familiares; por ello se hace tan importante que tengan una sana y asertiva comunicación con sus padres o tutores y cuando vean algún rasgo de depresión puedan consultar con un profesional.

12.REFERENCIAS

1. Julian PP, María. M. Definición. DE [Internet]. Adolescente. [citado el 1 de noviembre de 2020]. Disponible en: <https://definicion.de/adolescencia/>
2. Definición de depresión - Diccionario de cáncer - Instituto Nacional del Cáncer [Internet]. [citado el 1 de noviembre de 2020]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionario/def/depresion>
3. ¿Qué es Familia? Su Definición y Significado [2020] [Internet]. [citado el 1 de noviembre de 2020]. Disponible en: <https://conceptodefinicion.de/familia/>
4. Familia disfuncional - Wikipedia, la enciclopedia libre [Internet]. [citado el 1 de noviembre de 2020]. Disponible en: https://es.wikipedia.org/wiki/Familia_disfuncional
5. Actitud ante el suicidio y conductas autolesivas. Saludalia.com [Internet]. [citado el 5 de abril de 2020]. Disponible en: <https://www.saludalia.com/urgencias/actitud-ante-el-suicidio-y-conductas-autolesivas>
6. Paniagua S RE, Gonzales C. Indicadores de la salud mental en adolescentes escolarizados del municipio del Carmen de Viboral-Antioquia-2017. Universidad de Antioquia; 2017.
7. OMS. Depresión [Internet]. [citado el 5 de abril de 2020]. Disponible en: https://www.who.int/mental_health/management/depression/es/
8. OMS | El suicidio, un problema de salud pública enorme y sin embargo prevenible, [citado el 5 de marzo de 2020] Disponible en: <https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr61/es/>
9. Iram Villa-Manzano A, Robles-Romero MÁ, Armida Gutiérrez-Román E, Guadalupe Martínez-Arriaga M, Javier Valadez-Toscano F, Cabrera-Pivaral CE, et al. Magnitud de la disfunción familiar y depresión como factores de riesgo para intento de suicidio. Vol. 47, Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2009.
10. Cabra OI, Infante D.C, Sossa FN, el suicidio y los factores de riesgo asociado en niños y adolescentes [Internet]. [citado el 29 de noviembre de 2020]. Disponible en: <https://www.unisanitas.edu.co/Revista/18/suicidio.pdf>
11. Sánchez R, Cáceres H, Gómez D. Ideación suicida en adolescentes universitarios: prevalencia y factores asociados ARTÍCULO ORIGINAL [Internet]. Vol. 22, Biomédica. Instituto Nacional de Salud; 2002 [citado el 16 de diciembre de 2020]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=84309609>

12. OMS | Datos y cifras sobre el suicidio: infografía [Internet]. [citado el 17 de diciembre de 2020]. Disponible en: https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/infographic/es/
13. Ministerio de Salud y Protección Social. Boletín de salud mental Conducta suicida Subdirección de Enfermedades No Transmisibles. 2018;25.
14. Paniagua S RE, González P CM, Rueda R SM. Adolescent suicide orientation in an area of Medellín, Colombia. Medellín; 2014. 314–321 p.
15. Buitrago Matamoros JF, Pulido Archila LY, Güichá-Duitama ÁM. Relación entre sintomatología depresiva y cohesión familiar en adolescentes de una institución educativa de Boyacá. PSICOGENTE [Internet] [citado el 4 de abril de 2020];20(38):296–307. Disponible en: <http://revistas.unisimon.edu.co/index.php/psicogente/article/view/2550>
16. Boletín de salud mental Conducta suicida Subdirección de Enfermedades No Transmisibles. [internet] [Citado el 29 de noviembre de 2020] Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/boletin-conducta-suicida.pdf>
17. El suicidio es un problema de salud pública en Antioquia Medellín | Caracol Radio [Internet]. [citado el 16 de diciembre de 2020]. Disponible en: https://caracol.com.co/emisora/2017/09/12/medellin/1505213988_398636.html
18. El suicidio sigue siendo tema de preocupación en Antioquia El Mundo [Internet]. [citado el 16 de diciembre de 2020]. Disponible en: <https://www.elmundo.com/noticia/El-suicidio-sigue-siendo-tema-de-preocupacion-en-Antioquia-/359319>
19. Berenzon S, en Psic D, Asunción Lara M, en DC, Robles R, Elena Medina-Mora M. Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. Vol. 55, Salud Pública de México. 2013.
20. Organización Mundial para la Salud OMS. Depresión [Internet]. [citado el 16 de diciembre de 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
21. Kwok SYCL, Shek DTL. Family processes and suicidal ideation among Chinese adolescents in Hong Kong. ScientificWorldJournal. 2011;11(June):27–41.
22. Álvarez Zúñiga M, Ramírez Jacobo B, Silva Rodríguez A, Coffin Cabrera Lourdes Jiménez Rentería NM. La relación entre depresión y conflictos

- familiares en adolescentes. Vol. 9, International Journal of Psychology and Psychological Therapy. 2009.
23. Ministerio de Salud. Resolución 2358 de 1998. Bogotá, 2358 1998 p. 61
 24. Perales-Blum MTL, Loredó L. Disfunción familiar y suicidalidad en adolescentes con trastorno depresivo mayor. Salud Ment. 2015;38(3):195–200.
 25. El Carmen de Viboral. - Wikipedia, la enciclopedia libre [Internet]. [citado el 16 de diciembre de 2020]. Disponible en: https://es.wikipedia.org/wiki/El_Carmen_de_Viboral.
 26. Información general de El Carmen de Viboral [Internet]. Alcaldía del municipio; [citado el 5 de abril de 2020]. Disponible en: http://www.elcarmendeviboral-antioquia.gov.co/informacion_general.shtml
 27. Ministerio de Cultura. El Carmen de Viboral. En: Wikipedia [Internet]. 2014. p. 1–35. Disponible en: https://es.wikipedia.org/wiki/El_Carmen_de_Viboral.
 28. Cardona Otalvaro Maribel. Perfil Epidemiológico del Carmen de Viboral. Gerente de Sistemas de Información en Salud. [internet] [citado el 16 de diciembre de 2020]. Disponible en: http://www.hospitalcarmenv.gov.co/ESW/Files/PERFIL_EPIDEMIOLOGICO_CARMEN_2015.pdf
 29. Giovanni Jervis, José Luis González García La depresión: dos enfoques complementarios Google Libros [Internet]. [citado el 16 de diciembre de 2020]. Disponible en: <https://books.google.com.co/books?id=DGDnf2SQldAC&printsec=frontcover&dq=la+depresión+dos+enfoques+complementarios&hl=es&sa=X&ved=2ahUKEwj45vDr7fPsAhXvqFkKHcjAU8Q6AEwAHoECAIQAg#v=onepage&q=la+depresión+dos+enfoques+complementarios&f=false>
 30. Depresión | MentalHealth.gov [Internet]. [citado el 18 de diciembre de 2020]. Disponible en: <https://espanol.mentalhealth.gov/sintomas/trastornos-estado-animo/depresion>
 31. James F. Drane. Sufrimiento y Depresión Google Libros [Internet]. [citado el 18 de diciembre de 2020]. Disponible en: https://books.google.com.co/books?id=qOjcaehLL98C&pg=PA3&lpg=PA3&dq=James+F.+Drane.+Sufrimiento+Depresión:+Como+la+comprensión+y+la+fé+pueden+ser+de+utilidad&source=bl&ots=skuDvShfm4&sig=ACfU3U2gaFdj-0qJ9xkoVZ1OVa_FxsDqhg&hl=es&sa=X&ved=2ahUKEwi5hprX_9jtAhXlmeAKHTiBABgQ6AEwD3oECAUQAg#v=onepage&q=James+F.+Drane.+Sufrimiento+Depresión%3A+Como+la+comprensión+y+la+fé+pueden+ser+de

utilidad&f=false

32. Trickett, Shirley Supera la ansiedad y la depresión Google Libros [Internet]. [citado el 18 de diciembre de 2020]. Disponible en: https://books.google.com.co/books?id=xpmFOiLu5_cC&printsec=frontcover&dq=Shirley+Trickett.+Supera+la+ansiedad+y+la+depresión.&hl=es&sa=X&ved=2ahUKEwjUn5utgNntAhVXEfKfHZLxDK8Q6AEwAHoECAMQAg#v=onepage&q=Shirley+Trickett.+Supera+la+ansiedad+y+la+depresión.&f=false.
33. Retamal C, Pedro. Depresion Google Libros [Internet]. [citado el 16 de diciembre de 2020]. Disponible en: https://books.google.com.co/books/about/Depresion.html?id=1kwVmA7st_cC&redir_esc=y
34. iFightDepression [ES] Tipos de depresión - [Internet]. [citado el 5 de abril de 2020]. Disponible en: <https://ifightdepression.com/es/for-all/subtypes-of-depression>.
35. OMS | Depresión. WHO. 2017; [Internet]. [citado el 16 de diciembre de 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/topics/depression/es/>
36. Depresión adolescente: Guía completa para entenderla. - beBee Producer [Internet]. [citado el 18 de diciembre de 2020]. Disponible en: <https://www.bebec.com/producer/@maria-luisa-bravo/depresion-adolescente-guia-completa-para-entenderla>.
37. Definición, factores de riesgo y diagnóstico - GuíaSalud [Internet]. [citado el 18 de diciembre de 2020]. Disponible en: <https://portal.guiasalud.es/egpc/depresion-adulto-definicion/>
38. Buendía Vidal, José, Riquelme Antonio, Ruiz, José Antonio. El suicidio en adolescentes: factores implicados en el comportamiento suicida Google Libros [Internet]. [citado el 18 de diciembre de 2020]. Disponible en: <https://books.google.com.co/books?id=PLVv4WJEUyKc&printsec=frontcover&dq=José+Buendía,+Antonio+Riquelme,+José+Antonio+Ruiz.+El+Suicidio+en+Adolescentes:+Factores+implicados+en+el+comportamiento+suicida&hl=es&sa=X&ved=2ahUKEwi66fv1idntAhWMZd8KHUPfA10Q6AEwAHoECAAQA#g#v=onepage&q=José+Buendía%2C+Antonio+Riquelme%2C+José+Antonio+Ruiz.+El+Suicidio+en+Adolescentes%3A+Factores+implicados+en+el+comportamiento+suicida&f=false>.
39. Larrotta C., R., Luzardo B., M., Vargas C., S. & Rangel N., K. (2014). Características del comportamiento suicida en cárceles de Colombia. Revista Criminalidad, 56 (1): 83-95. [Internet]. [citado el 18 de diciembre de 2020]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/crim/v56n1/v56n1a06.pdf>.

40. Baldovino, Karen, Blanco Wendy Paola, Lagares, Laura Paola. Distorsiones cognitivas en estudiantes de psicología con ideación suicida de [Internet]. [citado el 18 de diciembre de 2020]. Disponible en: [http://bibliotecadigital.usbcali.edu.co/bitstream/10819/6084/1/Distorsiones cognitivas en estudiantes_Karen Baldovino B_2017.pdf](http://bibliotecadigital.usbcali.edu.co/bitstream/10819/6084/1/Distorsiones_cognitivas_en_estudiantes_Karen_Baldovino_B_2017.pdf).
41. Buitrago Matamoros JF, Pulido Achila LY, Guicha Duitama AM. Relación entre sintomatología depresiva y cohesión familiar en adolescentes de una institución educativa de Boyacá. Psicogente [Internet]. 2017 [citado el 17 de febrero de 2020];20(38):296–307. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/psico/v20n38/0124-0137-psico-20-38-00296.pdf>
42. Nogue Xarau, Santiago. Toxicología Clínica: Bases para el diagnóstico y el tratamiento de Las intoxicaciones en servicios de urgencias, áreas de vigilancia intensiva y unidades de toxicología. Google Libros [Internet]. [citado el 18 de diciembre de 2020]. Disponible en: [https://books.google.com.co/books?id=KL-PDwAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=Santiago+Nogue+Xarau.+Toxicología +Clínica&hl=es&sa=X&ved=2ahUKEwjI_oqqjdntAhVRheAKHY56DG8Q6AEwAHoECAEQAg#v=onepage&q=Santiago Nogue Xarau. Toxicología Clínica&f=false](https://books.google.com.co/books?id=KL-PDwAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=Santiago+Nogue+Xarau.+Toxicología+Clinica&hl=es&sa=X&ved=2ahUKEwjI_oqqjdntAhVRheAKHY56DG8Q6AEwAHoECAEQAg#v=onepage&q=Santiago+Nogue+Xarau.+Toxicología+Clinica&f=false).
43. Mansilla Izquierdo, Fernando. Suicidio y Prevención. [Internet]. [citado el 18 de diciembre de 2020]. Disponible en: <http://www.psicodoc.org/edoc/E-531.pdf>.
44. Comportamiento suicida en niños y adolescentes - Salud infantil - Manual MSD versión para público general [Internet]. [citado el 21 de diciembre de 2020]. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es/hogar/salud-infantil/trastornos-de-la-salud-mental-en-niños-y-adolescentes/comportamiento-suicida-en-niños-y-adolescentes>.
45. Aguilar Arias CG. Funcionamiento familiar según el modelo circunplejo de Olson en adolescentes tardíos [Internet]. [Cuenca]: Cuenca: Universidad de Cuenca; 2017 [citado el 17 de febrero de 2020]. Disponible en: [http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/28397/1/Trabajo de Titulación.pdf](http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/28397/1/Trabajo_de_Titulación.pdf).
46. Reinhard, Lauren. Niveles de adaptabilidad familiar [Internet]. [citado el 5 de abril de 2020]. Disponible en: https://www.ehowenespanol.com/niveles-adaptabilidad-familiar-info_252630/.
47. Alfonso Hernández C, Valladares González A, Rodríguez San Pedro L, Selín Ganén M. Comunicación, cohesión y satisfacción familiar en adolescentes de la enseñanza secundaria y preuniversitaria. Cienfuegos 2014. MediSur [Internet]. 2017 [citado el 5 de abril de 2020];15(3):341–9. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2017000300009&lng=es&nrm=iso&tlng=es.

48. Peraza, Grettel. Importancia de la comunicación familiar - VIX [Internet]. [citado el 5 de abril de 2020]. Disponible en: <https://www.vix.com/es/imj/familia/2011-05-29/16374/importancia-de-la-comunicacion-familiar>.
49. REPÚBLICA DE COLOMBIA MINISTERIO DE SALUD RESOLUCIÓN N° 008430 DE 1993 (4 DE OCTUBRE DE 1993).
50. Carvajal, Gloria. Caro Clara Virginia. Ideación suicida en la adolescencia: Una explicación desde tres de sus variables asociadas en Bogotá, 2009.[Internet]. [citado el 21 de diciembre de 2020]. Disponible en: <https://colombiamedica.univalle.edu.co/index.php/comedica/article/download/819/1557?inline=1>.
51. Perez Olmos, Isabel. Tellez, Doris Lorena. Velez Traslaviña, Angela. Ibañez Pinilla, Milciades. Caracterización de factores asociados con comportamiento suicida en adolescentes estudiantes de octavo grado, en tres colegios Bogotanos. Revista Colombiana de Psiquiatría. [citado el 21 de diciembre de 2020]; Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80624093004>.
52. Paniagua, Ramón E. Águeda, Trujillo Juan C. González Carlos Mauricio, Zapata Carlos A. Caracterización de la salud mental mediante indicadores básicos, nivel de riesgo suicida, depresión, consumo de sustancias psicoactivas, funcionalidad familiar, vulnerabilidad a estresores sociales de la población escolar de Copacabana- Antioquia 2010
53. Toro G, Diana C. Paniagua S, Ramón E. Gonzalez P, Carlos M. Montoya G, Brigida. Caracterización de adolescentes escolarizados con riesgo de suicidio Medellín, 2006 Revista Facultad Nacional de Salud Pública, Vol 27, Núm 3, Septiembre-Diciembre, 2009. Pág 302-308.
54. Villalobo Galvis, Fredy Hernan. Situación de la conducta Suicida en estudiantes de Colegios y Universidades de San Juan de Pasto, Colombia. Salud Mental [Internet] [Citado el 21 de diciembre de 2020] 32 (2) Pág 165-171. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252009000200009
55. Martin G, Rozanes P, Pearce C, Allison s, Adolescent suicide, depression and family dysfunction. Act Psychiatrica Scandinavica 1995: 92: 336-344 Munkgaard 1995. <https://familyconcernpublishing.com.au/wp-content/uploads/2013/10/Adolescent-suicide-depression-family-dysfunction.pdf>