



Orientación suicida y su relación con depresión, consumo de sustancias y resiliencia en estudiantes de la I. E Fe y Alegría San José. Medellín, 2023

**Manuela Pajón Flórez
William Alfonso Torres Giraldo**

Trabajo de Grado presentado para optar al título de Gerente en Sistemas de Información en Salud

**Asesora
Docente de la Universidad de Antioquia
Sandra Milena Rueda**

**Universidad de Antioquia
Facultad Nacional de Salud Pública
"Héctor Abad Gómez"
2023**

Cita

Cita	Pajón Flórez y Torres Giraldo (1)
Referencia	Pajón Flórez M, Torres Giraldo W.A. Orientación suicida, trastornos mentales y resiliencia en los estudiantes de la Institución Educativa Fe y Alegría San José de Medellín, 2023 [Trabajo de grado profesional]. Medellín, Colombia. Universidad de Antioquia; 2023
Estilo Vancouver/ICMJE (2018)	

El contenido de esta investigación corresponde al derecho de expresión de los autores y no compromete el pensamiento institucional de la Universidad de Antioquia ni desata su responsabilidad frente a terceros. Los autores asumen la responsabilidad por los derechos de autor y conexos.



Índice

Contenido	Pág
Índice.....	3
Índice de tablas	6
Índice de figuras.....	8
Anexos	9
Glosario de siglas.....	10
Resumen.....	11
1. Introducción.....	13
2. Planteamiento del problema.....	15
3. Justificación.....	19
4. Objetivos	22
4.1 Objetivo general.....	22
4.2 Objetivos específicos.....	22
5. Marco teórico.....	23
5.1 Orientación suicida	24
5.2 Suicidio	25
5.3 Trastornos mentales	25
5.4 Depresión	27
5.5 Sustancias psicoactivas.....	27
5.6 Resiliencia	27
6. Marco institucional.....	30
6.1 Historia.....	30
6.2 Política de calidad.....	30
6.3 Misión	31
6.4 Visión	31
7. Marco normativo.....	32
7.1 Resolución 412 de 2000	32
7.2 Ley 1566 de 2012	32
7.3 Ley 1616 de 2013.....	32
7.4 Ley 1751 de 2015.....	33
7.5 Las intervenciones de la ruta de riesgo	33

7.5.1 La ruta de problemas, trastornos mentales y epilepsia	33
7.5.2 La dimensión convivencia social y salud mental (PDSP)	33
7.6 Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) plan de acción sobre la salud mental 2010 – 2020	34
7.6.1 Objetivo 3: “Poner en práctica estrategias de promoción y prevención en el campo de la salud mental”	34
7.6.2 Objetivo 4: “Fortalecer los sistemas de información, los datos científicos y las investigaciones sobre la salud mental”	34
7.7 Resolución 777 de 2021	35
8. Metodología.....	36
8.1 Tipo de estudio.....	36
8.2 Universo	36
8.3 Unidad de observación.....	36
8.4 Muestra y muestreo	36
8.5 Criterios de inclusión	38
8.6 Criterios de exclusión	38
8.7 Instrumentos de recolección de información	38
8.7.1 APGAR familiar	38
8.7.2 Inventario de orientación suicida ISO – 30.....	39
8.7.3 Inventario de depresión en niños y adolescentes – CDI	40
8.7.4 Instrumento CIDI	41
8.7.5 Instrumento JJ46.....	42
8.8 Plan de recolección de la información.....	43
8.8.1 Aplicación y recolección de información.....	43
8.8.2 Operacionalización de variables	44
8.9 Identificación y control de potenciales sesgos	44
8.9.1 Sesgos de selección	44
8.9.2 Sesgos de información.....	44
8.9.3 Posible variable de confusión.....	45
8.10 Plan de análisis.....	45
8.10.1 Revisión de los datos	45
8.10.2 Descripción del análisis de la información.....	47
8.11 Aspectos éticos del estudio	49
9. Resultados	51

9.1 Caracterización sociodemográfica de los estudiantes de la Institución Educativa Fe y Alegría - San José.....	51
9.2 Prevalencia de los trastornos mentales de los estudiantes de la Institución Educativa Fe y Alegría San José.....	54
9.2.1. Prevalencia de ideación suicida.....	54
9.2.2. Prevalencia de depresión.....	56
9.3 Consumo de sustancias de los estudiantes de la Institución Educativa Fe y Alegría San José.....	57
9.4 Niveles de resiliencia de los estudiantes de la Institución Educativa Fe y Alegría San José.....	61
9.5 Asociación del riesgo de orientación suicida con las variables socio demográficas y familiares, los trastornos de salud mental y los niveles de resiliencia.....	63
10. Discusión.....	67
11. Conclusiones.....	70
11.1 Recomendaciones para futuras investigaciones.....	72
12. Bibliografía.....	73
13. Anexos.....	82

Índice de tablas

Tabla 1. Distribución de la población según grado de los alumnos seleccionados para la aplicación de los instrumentos.....	36
Tabla 2. Distribución de la población según grado y tamaño de la muestra para cada uno de los estudiantes.....	37
Tabla 3. Componentes de evaluación del instrumento APGAR familiar.....	39
Tabla 4. Calificación del instrumento APGAR familiar.....	39
Tabla 5. Componentes de evaluación del instrumento ISO-30.	40
Tabla 6. Calificación del instrumento ISO-30.	40
Tabla 7. Componentes de evaluación del instrumento CDI.	41
Tabla 8. Calificación del instrumento CDI.	41
Tabla 9. Componentes de evaluación del instrumento CIDI.	42
Tabla 10. Componentes de evaluación del instrumento JJ46.	43
Tabla 11. Calificación del instrumento JJ46.	43
Tabla 12. Características sociodemográficas de los estudiantes de la Institución Educativa Fe y Alegría - San José. Medellín 2023.	51
Tabla 13. Distribución porcentual del sexo según la edad, el grado y el estrato socioeconómico de los estudiantes de la Institución Educativa Fe y Alegría San José. Medellín 2023.	52
Tabla 14. Distribución porcentual del funcionamiento familiar según el sexo, la edad, el grado y el estrato de los estudiantes de la Institución Educativa Fe y Alegría San José. Medellín 2023.	54
Tabla 15. Distribución porcentual del nivel de riesgo de orientación suicida, según el sexo, la edad, el grado y el estrato de los estudiantes de la Institución Educativa Fe y Alegría San José. Medellín 2023.	55
Tabla 16. Distribución porcentual del nivel de depresión, según el sexo, la edad, el grado y el estrato de los estudiantes de la Institución Educativa Fe y Alegría San José. Medellín 2023.	57
Tabla 17. Consumo de sustancias psicoactivas con respecto al sexo. Institución Fe y Alegría San José, Medellín, 2023.	58
Tabla 18. Sustancias psicoactivas consumidas por primera vez en la vida por los adolescentes de la Institución Fe y Alegría San José, Medellín, 2023.	58
Tabla 19. Experiencia con bebidas alcohólicas según los adolescentes de la Institución Fe y Alegría San José, Medellín, 2023.	59
Tabla 20. Prevalencias de sustancias psicoactivas consumidas por los adolescentes de la Institución Fe y Alegría San José, Medellín, 2023.	60

Tabla 21. Distribución porcentual del nivel de resiliencia, según el sexo, la edad, el grado y el estrato de los estudiantes de la Institución Educativa Fe y Alegría San José. Medellín 2023.	62
Tabla 22. Resultados Modelos Simples, variables sociodemográficas de los estudiantes de la Institución Educativa Fe y Alegría San José. Medellín 2023.	63
Tabla 23. Resultados Modelos Simples, variables de los trastornos mentales de los estudiantes de la Institución Educativa Fe y Alegría San José. Medellín 2023.	64
Tabla 24. Orden de Akaike.....	65
Tabla 25. Modelo Final Multivariado. Variables de los estudiantes de la Institución Educativa Fe y Alegría San José. Medellín 2023.	66

Índice de figuras

Figura 1. Digitación de la base de datos de las encuestas de los estudiantes de la Institución Educativa Fe y Alegría San José. Medellín 2023.	46
Figura 2. Recategorización de variables de las encuestas de los estudiantes de la Institución Educativa Fe y Alegría San José. Medellín 2023.	46
Figura 3. Cuantificación de puntajes del instrumento ISO-30 para medir el riesgo de orientación suicida de los estudiantes de la Institución Educativa Fe y Alegría San José. Medellín 2023.	47
Figura 4. Base de datos para el análisis estadístico de las encuestas de los estudiantes de la Institución Educativa Fe y Alegría San José. Medellín 2023.	47
Figura 5. Distribución porcentual del funcionamiento familiar de los estudiantes de la Institución Educativa Fe y Alegría San José. Medellín 2023.	53
Figura 6. Distribución porcentual del nivel de riesgo de orientación suicida de los estudiantes de la Institución Educativa Fe y Alegría San José. Medellín 2023.	55
Figura 7. Distribución porcentual según el nivel de depresión de los estudiantes de la Institución Educativa Fe y Alegría San José. Medellín 2023.	57
Figura 8. Porcentaje del motivo principal por el cual los estudiantes consumen alguna sustancia psicoactiva. Institución Fe y Alegría San José, Medellín, 2023.	61
Figura 9. Porcentaje del motivo principal que llevó a los estudiantes a probar alguna sustancia psicoactiva. Institución Fe y Alegría San José, Medellín, 2023.	61
Figura 10. Distribución porcentual según el nivel de resiliencia de los estudiantes de la Institución Educativa Fe y Alegría San José. Medellín 2023.	62

Anexos

Anexo 1.	Encuesta aplicada a los estudiantes.....	82
Anexo 2.	Consentimiento informado para los padres de familia	89
Anexo 3.	Consentimiento informado para los estudiantes	90
Anexo 4.	Operacionalización de Variables	91

Glosario de siglas

CDI: Children's Depression Inventory

CDI-LA: Children's Depression Inventory Latinoamérica

CIDI: Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta

IPS: Institución Prestadoras de Salud

ISO: Inventario de Orientación Suicida

MAS: Muestreo Aleatorio Simple

NIDA: National Institute on Drug Abuse

OMS: Organización Mundial de la Salud

OPS: Organización Panamericana de la Salud

SPA: Sustancias Psicoactivas

UNODC: Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y Delito

Resumen

Objetivo: Establecer el nivel de riesgo de orientación suicida según la prevalencia de depresión, consumo de sustancias y niveles de resiliencia y las características socio-demográficas y familiares en los estudiantes de la Institución Educativa Fe y Alegría San José de Medellín, 2023.

Metodología: Para el logro del objetivo propuesto, se realizó un estudio de corte transversal, enfocado en identificar la prevalencia de trastornos mentales y la posible asociación del riesgo de orientación suicida con indicadores de salud mental sobre depresión, consumo de sustancias psicoactivas, funcionamiento familiar y resiliencia, en adolescentes de la Institución Educativa Fe y Alegría San José, ubicado en el barrio Villa Sofía del distrito de Medellín, Zona Noroccidental; matriculados en básica secundaria en el año 2023.

Resultados: La mayoría de los participantes en el estudio eran mujeres (57,52%) y pertenecían al estrato 2 (75,66%). La disfunción familiar fue detectada en el 75,67% de los estudiantes, siendo el 21,68% de los casos clasificados como disfunción severa. Respecto a la orientación suicida, el 70,36% de los estudiantes presentaron algún nivel de riesgo (moderado-alto), siendo el 31,86% de ellos clasificados como nivel alto. La depresión se encontró en el 53,98% de los participantes, y se observó un aumento en comparación con estudios anteriores en la misma región. El funcionamiento familiar y la depresión fueron variables significativas que aumentaron el riesgo de orientación suicida en los participantes. La disfunción familiar aumentó el riesgo de orientación suicida en 7,26 veces, y la depresión lo aumentó en 10,86 veces. El 69,47% de los participantes presentaron niveles de resiliencia entre moderados y altos.

Conclusión: Esta investigación resalta la relevancia de la disfunción familiar, la depresión y la prevalencia de orientación suicida en la población estudiantil. Los resultados proporcionan información importante para el diseño de estrategias de intervención y apoyo psicosocial dirigidas a prevenir y abordar estos problemas en adolescentes escolarizados. Es fundamental promover entornos familiares saludables, identificar y tratar la depresión, y fortalecer la resiliencia en los jóvenes para prevenir riesgos de suicidio.

Palabras clave: Orientación suicida, Depresión, Resiliencia, Sustancias Psicoactivas, Adolescentes escolarizados, Salud mental.

Abstract

Objective: To establish the risk of suicidal ideation based on the prevalence of mental health disorders (depression and substance use), levels of resilience, and socio-demographic and familial characteristics among students of Fe y Alegría San José Educational Institution in Medellín, 2023.

Methodology: To achieve the proposed objective, a cross-sectional study was conducted, focused on identifying the prevalence of mental health disorders and the potential association between the risk of suicidal ideation and indicators of mental health such as depression, substance use, family functioning, and resilience among adolescents enrolled in Fe y Alegría San José Educational Institution in Villa Sofía neighborhood, Medellín, Northwestern Zone, in the year 2023.

Results: The majority of participants in the study were females (57.52%) and belonged to socio-economic stratum 2 (75.66%). Family dysfunction was detected in 75.67% of students, with 21.68% of cases classified as severe dysfunction. Regarding suicidal ideation, 70.36% of students presented some level of risk (moderate-high), with 31.86% of them classified as high risk. Depression was found in 53.98% of participants, showing an increase compared to previous studies in the same region. Family dysfunction and depression were significant variables that increased the risk of suicidal ideation among participants. Family dysfunction increased the risk by 7.26 times, and depression increased it by 10.86 times. 69.47% of participants had moderate to high levels of resilience.

Conclusion: This research highlights the relevance of family dysfunction, depression, and the prevalence of suicidal ideation among student population. The results provide important information for the design of intervention strategies and psychosocial support aimed at preventing and addressing these issues in school-going adolescents. It is essential to promote healthy family environments, identify and treat depression, and enhance resilience in youth to prevent suicide risks.

Keywords: Suicidal ideation, Depression, Resilience, Substance use, School-going adolescents, Mental health.

1. Introducción

Durante toda la historia de la humanidad, las personas han tenido que vivir transformaciones a lo largo de sus vidas, ya que desde que existió el primer hombre, este tuvo que empezar a afrontar diversas situaciones adversas. De esta manera, el ser humano desde sus inicios, ha tenido que aprender a sobrellevar algunas situaciones difíciles que en algún momento lo han sometido a cambios drásticos (1).

Según la OMS, la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Esta Organización, también define la salud mental como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad (2).

Por lo tanto, la salud mental se puede comprender como un proceso que consta de transformaciones y cambios durante la vida de una persona. Existen varios factores que influyen en que el nivel de salud mental de alguien esté bajo o alto, algunos de estos son: Factores biológicos, experiencias de vida, antecedentes familiares, estilo de vida, consumo de sustancias, nivel escolar, realización personal, entre otros (2).

En este sentido, a partir del momento histórico, el contexto cultural de la humanidad y el panorama de la salud mental, podemos observar que, en la actualidad, se está pasando por una crisis mundial, tanto a nivel económico como en el de salud, todo esto gracias al virus del COVID-19. Ahora, no se puede pasar por alto, la desigualdad, la pobreza, la corrupción, la violencia, la contaminación y el cambio climático. También, se debe agregar a la lista otro problema para la humanidad, el cual es el suicidio (1).

Según la OMS (2017), la conducta suicida se comprende como el conjunto de situaciones o experiencias difíciles que pueden afectar a personas de cualquier edad o condición; cuando se manifiesta como el suicidio, conlleva consecuencias devastadoras para el individuo, su familia y la comunidad. Esta conducta se desarrolla gracias a una variedad de factores de riesgos, algunos de estos son el consumo de alcohol, drogas y sustancias psicoactivas, las cuales pueden crear una conexión directa con el desarrollo de la depresión, una enfermedad de salud mental que puede generar otras patologías en este campo y que puede desencadenar un acto suicida (3)(4).

Estos diversos factores de riesgo se pueden intervenir desde la promoción de la salud mental, la prevención y atención a los problemas emocionales, evitando desenlaces fatales. Se puede notar que el tema del suicidio genera un gran interés en la salud pública, no solo por su magnitud, sino también por la presión que ejerce sobre los sistemas de salud (2).

Por consiguiente, conforme lo expuesto por la Organización Mundial de la Salud (1), este fenómeno cobra la vida de aproximadamente 800.000 personas cada año y es la segunda causa de muertes dentro del grupo poblacional que comprende entre 15 a 29 años de edad. Estas cifras dejan un muy claro mensaje de que hay una tarea urgente

mundialmente en el ámbito de la salud mental y consiste en pensar cuales son las formas de prevención y atención para el suicidio (4).

El propósito de este trabajo de investigación es analizar la relación entre la orientación suicida, los trastornos mentales y la resiliencia en los estudiantes de la Institución Educativa Fe y Alegría San José de Medellín en el año 2023. Mediante un enfoque multidisciplinario, se busca comprender los factores de riesgo y protección que influyen en la salud mental de los estudiantes, con el objetivo de proponer estrategias de intervención y promoción de la resiliencia que contribuyan a prevenir la orientación suicida y mejorar el bienestar psicológico en este contexto educativo específico.

2. Planteamiento del problema

Los trastornos mentales son un problema global de salud pública. Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en 2019, aproximadamente el 12,50% de la población mundial, es decir, una de cada ocho personas, sufría algún trastorno mental, siendo la depresión uno de los más comunes. Desafortunadamente, la pandemia de la COVID-19 ha agravado esta situación. En 2020, se observó un aumento del 28,00% en los casos de depresión debido a los efectos emocionales y psicológicos de la crisis sanitaria. Estos trastornos mentales, junto con los relacionados con el consumo de sustancias y el suicidio, representan una de las principales causas de discapacidad y mortalidad, contribuyendo a una tercera parte de los años perdidos por discapacidad y al 20,00% de los años de vida ajustados por discapacidad (5)(6).

La adolescencia es una etapa de gran vulnerabilidad, donde los jóvenes experimentan cambios rápidos en su vida, como la búsqueda de autonomía, la necesidad de pertenencia a grupos, la exploración de su identidad de género y el aumento del uso de la tecnología. Factores como la violencia, los problemas socioeconómicos, los entornos desfavorecidos y la falta de apoyo adecuado aumentan el riesgo de desarrollar problemas de salud mental y conductas suicidas. Ante esta situación, es crucial crear conciencia sobre la importancia de la salud mental, asegurar el acceso a servicios de atención adecuados y establecer políticas integrales de prevención y tratamiento. Es responsabilidad de toda la sociedad unirse para hacer frente a este desafío y brindar el apoyo necesario a quienes lo necesitan.

El riesgo de suicidio es un conjunto reconocido de factores que multiplican el riesgo real de suicidio (7). En Colombia, el Ministerio de Salud registró una tasa de mortalidad de 1,53 por 100.000 habitantes en 2016, atribuible a algún grado de psicopatología (8). En los antecedentes empíricos relacionados con la adolescencia y la juventud latinoamericana, se destacan los estudios de Rodríguez, Rincón Hernández y Ramos, realizados en una IPS de Cali (Colombia), según estos datos, el 49,00% de 254 pacientes tenían pensamientos suicidas, los cuales ocurrían con mayor frecuencia en la adolescencia (9)(10).

Los estudios de Pérez y Salamanca, muestran la ocurrencia de esta manifestación en el 37,00% de los 76 participantes vinculados a la investigación (11); en cuanto a Forero y Siabato, reportan estudios realizados en Colombia, con una manifestación en el 30,00% de los 289 adolescentes participantes (12). Además, en el estudio de Ideación suicida en la adolescencia, realizado en Bogotá, encontraron que el consumo de sustancias y la depresión, así como los intentos suicidas previos, la baja autoestima y la pertenencia a una familia con malos hábitos de salud, explican en gran medida la ocurrencia de pensamientos suicidas (13).

Por su parte, en el estudio de Suicidio y Trastorno Mental realizado por la Universidad Cooperativa de Colombia, se reportaron que los trastornos de salud mental son un factor de riesgo importante para la conducta suicida y que hasta en el 90,00% de los suicidios

se exteriorizan en trastornos como la depresión y la esquizofrenia, los cuales son los más prevalentes (14).

Se ha encontrado que la depresión; el consumo de sustancias tóxicas como el alcohol, los opiáceos y los estimulantes; los trastornos de personalidad; las enfermedades somáticas como el dolor crónico o severo, la esquizofrenia y el trastorno bipolar; así como las dimensiones psicológicas como la impulsividad, la agresión, la desesperanza y la rigidez cognitiva, son factores de riesgo para el suicidio (14).

La ideación suicida puede estar relacionada con diversos factores, como la presencia de trastornos mentales, antecedentes de intentos previos, experiencias traumáticas, problemas de salud física y factores sociales y ambientales. Estos factores pueden aumentar el riesgo de pensamientos suicidas. En caso de experimentar ideación suicida, es fundamental buscar ayuda profesional y recibir el apoyo adecuado, ya que cada situación es única y requiere atención individualizada.

Existe una diferencia en los enfoques y los factores de riesgo que se mencionan anteriormente, ya que Pérez y Salamanca, destacan en su estudio que el consumo de sustancias, la depresión, los intentos suicidas previos, la baja autoestima y la pertenencia a una familia con malos hábitos de salud son factores que explican la ocurrencia de pensamientos suicidas en la adolescencia (11). Por otro lado, la Universidad Cooperativa de Colombia se enfoca en los trastornos de salud mental en general, como la depresión y la esquizofrenia, así como el consumo de sustancias, los trastornos de personalidad, las enfermedades somáticas y las dimensiones psicológicas como factores de riesgo para el suicidio en general (14).

El comportamiento suicida se da cuando una persona colapsa por diversas situaciones que está viviendo, en las cuales influyen varios factores que pueden orientar a la persona al suicidio, varios de estos conflictos se ven contemplados en la sociedad actual, en donde las personas afectadas son influenciadas por el entorno familiar que tienen o por cierta presión que ejercen las personas cercanas a estas, esto sin mencionar los trastornos y enfermedades psicológicas que pueden estar enfrentando las personas.

Con respecto a la problemática del suicidio en América Latina y el Caribe, particularmente entre los adolescentes, el Ministerio de Salud de Colombia, menciona que el suicidio es la tercera causa de muerte en la región en el grupo de edad de 10 a 19 años (12). Además, se destaca que una proporción significativa de personas en distintos grupos de edad ha experimentado pensamientos suicidas o ha realizado planes para quitarse la vida. En particular, se resalta el aumento progresivo de los intentos de suicidio en los grupos de 15 a 19 años y de 20 a 24 años en Colombia (3).

Haciendo énfasis en uno de los factores de riesgo del suicidio, tenemos el consumo de sustancias psicoactivas. En los reportes del 2019 del Informe Mundial sobre las Drogas de la UNODC (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y Delito) se encontró que en el mundo hay aproximadamente 35 millones de personas que padecen trastornos por el consumo de estas, las cifras han aumentado periódicamente al igual que el número de muertes del año 2017, cifras que superan las 585.000 víctimas (15).

En otro informe más actual de esta misma Organización, para el año 2021, se encontró que el cannabis sigue siendo por mucho la droga que más se consume en el mundo, se calcula que 219 millones de personas consumieron cannabis, es decir, el 4 % de la población mundial; que 60 millones de personas consumieron opioides, lo que corresponde al 1,2 % de la población mundial; que 22 millones de personas consumieron cocaína, lo que representa el 0,4 % de la población mundial y que 36 millones de personas consumieron anfetaminas, es decir, el 0,7 % de la población global (16).

El consumo de drogas se asocia con un mayor riesgo de trastornos de depresión y aumento del riesgo suicida, ya que las sustancias psicoactivas afectan el equilibrio químico del cerebro y los neurotransmisores, contribuyendo al desarrollo de trastornos depresivos. La depresión puede empeorar con el consumo continuado de drogas, generando un ciclo perjudicial para la salud mental. Además, el consumo de drogas aumenta significativamente la ideación suicida y los comportamientos suicidas al alterar el juicio, la toma de decisiones y la percepción, lo que incrementa la impulsividad y la desesperanza. Es esencial reconocer esta estrecha relación y promover programas integrales de prevención, tratamiento y apoyo en materia de salud mental.

Por otra parte, el diagnóstico de enfermedad mental, especialmente cuando se asocia a la aparición de síntomas depresivos en niños y adolescentes, es un desafío para el clínico, debido a las características a veces atípicas de estos diagnósticos en este grupo etario. La mayoría de las personas, incluidos muchos médicos, creen que estos síntomas son exclusivos de los adultos y, si se observan en un niño o adolescente, son probablemente comportamientos secundarios, diseñados para llamar la atención o manipular su entorno psicosocial.

Los profesionales de la salud, padres y docentes carecen de conocimiento y tienen una gran falta de interés en la detección temprana de trastornos de la salud mental y del comportamiento en niños y adolescentes, lo que se traduce en una detección tardía de síntomas como la ansiedad y la depresión, lo que puede derivar en consecuencias posteriores, como un fracaso académico, una conducta suicida o el consumo de sustancias psicoactivas (17)(18).

Este estudio permitirá determinar la prevalencia de trastornos mentales comunes en los estudiantes de la Institución Educativa Fe y Alegría San José, Institución de carácter público, situada en el barrio Villa Sofía, Comuna 7 de la ciudad de Medellín. A partir de la información brindada, se podrán identificar las condiciones que tienen mayor riesgo en los estudiantes frente a los trastornos mentales, para así poder fortalecer la toma de decisiones y obtener posibles estrategias para rediseñar, implementar y fortalecer las políticas institucionales de salud mental.

Por todo lo expuesto anteriormente, se busca conocer si ¿Hay una relación de los trastornos mentales con los niveles de resiliencia y las condiciones socio-demográficas de los alumnos de la Institución Educativa Fe y Alegría San José de la ciudad de Medellín, en el año 2023?

Los trastornos mentales como la depresión, constituyen un problema de salud pública a nivel mundial. La pandemia de la COVID-19 ha agravado esta situación, incrementando significativamente los casos de depresión debido a los impactos emocionales y psicológicos de la crisis sanitaria. Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), estos trastornos mentales, junto con los relacionados con el consumo de sustancias y el suicidio, son una de las principales causas de discapacidad y mortalidad.

Además, en el contexto de la adolescencia, los jóvenes enfrentan factores adicionales como la violencia, los problemas socioeconómicos y la falta de apoyo adecuado, lo que los hace más vulnerables a desarrollar trastornos mentales y a correr riesgo de suicidio. Ante esta problemática, es fundamental promover la conciencia sobre la importancia de la salud mental, garantizar el acceso a servicios de atención adecuados y establecer políticas integrales de prevención y tratamiento.

El consumo de drogas está estrechamente asociado con las afectaciones a la salud mental, especialmente en trastornos depresivos y el riesgo suicida. Las sustancias psicoactivas alteran el equilibrio químico del cerebro, afectando los neurotransmisores y contribuyendo al desarrollo de trastornos depresivos. Además, el consumo de drogas incrementa significativamente el riesgo de ideación suicida y comportamientos suicidas al alterar el juicio, la toma de decisiones y la percepción del individuo, aumentando la impulsividad y la desesperanza. Es esencial reconocer esta estrecha relación entre el consumo de drogas y los trastornos mentales, y promover programas de prevención, tratamiento y apoyo que aborden estos problemas desde una perspectiva integral de la salud mental.

En resumen, los trastornos mentales, la depresión y el riesgo suicida representan un desafío significativo para la salud pública a nivel global, y es necesario abordarlos mediante la promoción de la salud mental, el acceso a servicios de atención adecuados y la implementación de políticas integrales de prevención y tratamiento.

Finalmente, está la falta de información sobre la relación entre la orientación suicida, los trastornos mentales y la resiliencia en los estudiantes de la Institución Educativa Fe y Alegría San José de Medellín durante el año 2023. Aunque existe información sobre los hallazgos en relación al tema, falta ubicarlo en este contexto específico, es decir, no existen investigaciones anteriores que hayan abordado esta problemática en la institución educativa en cuestión. Por lo tanto, es importante enfocar el desarrollo de este estudio, aclarar que la investigación radica en la relación entre la orientación suicida, los trastornos mentales y la resiliencia en los estudiantes de esta institución para el año 2023.

3. Justificación

Según la OMS, el bienestar mental es un componente fundamental de la definición de salud. La buena salud mental hace posible que las personas materialicen su potencial, superen el estrés normal de la vida, trabajen de forma productiva y hagan aportaciones a su comunidad. Es por esta razón que se hace importante, para cualquier sector en el mundo, conocer la situación de salud mental de cada uno de sus miembros, ya que esto permitirá tener una percepción real de la salud de los mismos, tal como lo refleja la definición que figura en la Constitución de la Organización Mundial de la Salud: «La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades» (19).

El suicidio, como expresión máxima de sufrimiento psicológico y desesperanza, constituye una problemática apremiante que exige atención inmediata y adecuada. La orientación suicida, caracterizada por sentimientos de desesperanza y falta de autovalía, puede llevar a la ideación suicida, intentos de suicidio e incluso al acto consumado. Comprender la magnitud de esta problemática y abordarla integralmente se torna fundamental (20).

Es relevante destacar que el suicidio es un problema recurrente en las sociedades modernas, con implicaciones considerables y graves para la población mundial. Su comprensión exige explorar las diversas influencias que la ideación suicida puede tener, incluyendo factores personales y contextuales (21).

Este trabajo focalizó su atención en los adolescentes escolarizados, dado que se considera una población especialmente vulnerable durante su transición de la niñez a la adultez.

El impacto del suicidio en la salud pública es innegable, afectando a quienes lo padecen directamente, a sus familias y a sus comunidades. Atender esta problemática demanda la colaboración interdisciplinaria en la creación y promoción de estrategias preventivas, detección temprana y atención adecuada (22).

La prevención del suicidio requiere un enfoque completo que considere tanto los factores de riesgo individuales como los contextuales. La identificación temprana de señales de alarma, la promoción de la salud mental, el acceso a servicios de apoyo y la reducción del estigma son componentes clave en la prevención y el respaldo de aquellos en riesgo (23).

En este sentido, el suicidio se convierte en un reto crítico para la salud pública en la sociedad actual. La creciente incidencia de este fenómeno exige medidas urgentes para su prevención y abordaje efectivo. Es crucial fomentar una mayor conciencia y comprensión, así como desarrollar estrategias eficaces para brindar apoyo y cuidado. Solo mediante un enfoque integral y colaborativo podremos enfrentar este desafío y trabajar para reducir el suicidio y promover una mejor salud mental en la sociedad (24).

La resiliencia, como capacidad para enfrentar adversidades y superarlas, juega un rol fundamental en el abordaje del suicidio. En este contexto, se reconoce su función como factor protector esencial en la prevención de conductas suicidas y en la promoción de la salud mental.

Además, la resiliencia también, se configura como un recurso personal y social que puede fortalecerse mediante diversas estrategias. Su contribución social y relevancia en esta investigación resultan esenciales, al promover el bienestar emocional y reducir los riesgos de suicidio (25)(26).

Desde un enfoque de salud pública, la promoción de la resiliencia se posiciona como una estrategia relevante en la prevención del suicidio. Al fortalecer los recursos personales y sociales que favorecen la resiliencia, se crea un entorno protector que puede actuar como una barrera frente a la ideación suicida y a la consumación del suicidio (27).

En este sentido, este trabajo de grado reconoce y valora el papel esencial de la resiliencia en la prevención del suicidio, así como su aporte a la construcción de una sociedad más sólida y resiliente. Integrar la resiliencia como componente fundamental en las estrategias de prevención y abordaje del suicidio resulta imprescindible para forjar un entorno social que promueva el bienestar mental y la salud en general (28).

De acuerdo con lo dicho anteriormente, el suicidio se erige como un desafío crítico para la salud pública en la actualidad. La creciente incidencia de esta problemática subraya la urgencia de implementar medidas efectivas de prevención y abordaje. La promoción de la resiliencia, como factor protector y recurso personal y social, se posiciona como una estrategia clave en este proceso. La presente investigación aspira a contribuir al entendimiento de los factores subyacentes en la ideación suicida en adolescentes y, al mismo tiempo, a promover la resiliencia como una herramienta efectiva en la prevención del suicidio y en la promoción de la salud mental en la sociedad.

El tener una noción clara de qué factores son predominantes en los jóvenes que tienen una idea o un comportamiento suicida, contribuye a una investigación focalizada, la cual podría contribuir a generar un perfil socio-demográfico basado en factores demográficos y familiares, además, identificar las problemáticas que afectan a los jóvenes (29).

Por lo tanto, se basa en la importancia del suicidio como un problema de salud pública, superando a otros trastornos mentales en términos de gravedad y consecuencias. Su impacto drástico y potencialmente letal lo convierte en una situación crítica que requiere una intervención específica y una atención preventiva efectiva. El enfoque de la investigación se centra en abordar el suicidio como una problemática de salud pública, dada su prevalencia, repercusión en la calidad de vida y su condición de una de las principales causas de mortalidad en muchas partes del mundo.

Este trabajo de grado busca establecer estrategias de prevención y abordaje específicas para el suicidio, reconociendo la necesidad de acciones directas y eficaces en la prevención de esta tragedia. Si bien existen intervenciones y tratamientos para otros

trastornos mentales, se resalta la importancia de dirigir los esfuerzos hacia la prevención del suicidio debido a su gravedad y su impacto social.

También, trata de generar un aporte significativo al campo de la salud mental al centrarse en esta problemática específica y contribuir a la reducción de la incidencia del suicidio y la mitigación de sus consecuencias en la sociedad. Acción que llevará a la Institución a tener herramientas para la toma de decisiones que pueden fortalecer procesos o programas de intervención. con respecto a la salud mental de los estudiantes, evitando así desenlaces fatales. Además, se espera incentivar a las generaciones futuras de este colegio a que realicen investigaciones que cada día les permita generar aportes sobre el tema, mejorando así la calidad de vida de la comunidad.

4. Objetivos

4.1 Objetivo general

Determinar el riesgo de orientación suicida según la prevalencia de Depresión, consumo de sustancias, nivel de resiliencia y características socio-demográficas de los estudiantes de la I. E. Fe y Alegría San José de Medellín, 2023.

4.2 Objetivos específicos

- Caracterizar socio-demográficamente a los estudiantes de la Institución Educativa Fe y Alegría San José.
- Determinar la prevalencia del nivel de riesgo de orientación suicida, consumo de sustancias psicoactivas y depresión de los estudiantes de la Institución Educativa Fe y Alegría San José.
- Identificar los niveles de resiliencia de la población de estudio.
- Determinar la posible asociación del nivel de riesgo de orientación suicida según las variables socio demográficas, depresión, consumo de SPA y resiliencia en la población de estudio.

5. Marco teórico

En primer lugar, se establece que la adolescencia es una etapa de transición entre la niñez y la adultez, caracterizada por cambios biológicos, psicológicos y sociales significativos. Durante esta etapa pueden surgir dificultades, conflictos y contradicciones, pero también oportunidades de desarrollo positivo (30).

En relación al fenómeno del suicidio, se mencionan tres etapas: Pensamientos suicidas, intento de suicidio y suicidio consumado. Es importante reconocer que el suicidio consumado es el resultado de un proceso progresivo que involucra pensamientos, planes y posibles intentos previos (31).

Además, las estadísticas sobre el suicidio en América Latina y el Caribe, establecen que es la tercera causa de muerte en adolescentes entre 10 y 19 años, de igual manera, existen estudios que indican que una proporción significativa de personas ha experimentado pensamientos suicidas o ha realizado planes para suicidarse (32).

En cuanto a las sustancias psicoactivas, se demuestra que el consumo de cannabis y alcohol en la población adolescente aumenta los efectos adversos del consumo de estas, incluyendo problemas de salud mental como la depresión, ansiedad y conducta suicida (33).

Asimismo, los estudios y datos demuestran el alto nivel del consumo de alcohol y cannabis a nivel mundial, regional y local, demostrando el alto impacto en la salud pública. Lo cual demuestra que el consumo de drogas a temprana edad puede ser un factor de riesgo para el desarrollo de problemas de salud mental en los jóvenes (34).

Además, se pueden identificar otros factores que también tienen un impacto significativo en la salud pública a nivel mundial, como los trastornos mentales. Entre ellos, la depresión, que ha mostrado un aumento en su incidencia debido a la pandemia por la COVID-19 (35).

Los trastornos mentales, incluyendo aquellos relacionados con el consumo de sustancias y el suicidio, se han convertido en una de las principales causas de discapacidad y mortalidad (36).

En relación al consumo de sustancias en la adolescencia, se examina específicamente el consumo de cannabis y alcohol. Se resaltan los efectos perjudiciales que estos pueden tener en la salud mental, como la depresión, la ansiedad y la tendencia suicida. Además, se presentan datos sobre la prevalencia del consumo de estas sustancias a nivel mundial y regional (33)(34).

También, se subrayan ciertos factores que pueden influir en el consumo de drogas durante la adolescencia, como la curiosidad, la imitación, la sensación de invulnerabilidad y el deseo de ser aceptado socialmente. Estos elementos pueden desempeñar un papel importante en las decisiones de los jóvenes en relación al consumo de sustancias (37).

Con este trabajo se busca proporcionar una base conceptual para comprender los aspectos relevantes relacionados con la salud mental en la adolescencia, incluyendo los trastornos mentales, el consumo de sustancias y el riesgo de conductas suicidas.

Adicionalmente, existen algunos factores que pueden contribuir al consumo de drogas en la adolescencia, como la curiosidad, la imitación, el sentimiento de invulnerabilidad y la búsqueda de aceptación social (37).

La presente investigación se basa en la comprensión de la adolescencia como una etapa de cambios y desafíos, la relación entre el consumo de sustancias y la salud mental, y la importancia del suicidio como un problema relevante en esta población.

A continuación, se tratarán con más detalle los temas mencionados anteriormente, los cuales están ligados a la investigación:

5.1 Orientación suicida

La conducta suicida es un concepto poliédrico que se refiere no solo al suicidio consumado, sino también a la ideación suicida, a la comunicación suicida y a la tentativa suicida. Esta orientación es un fenómeno complejo, multidimensional y multicausal cuya delimitación, evaluación, tratamiento y prevención, requiere de un enfoque holístico, focalizado en la persona y en su contexto (familias, centros educativos, medidas legales, etc.), que incluya variables biológicas, psicológicas y sociales (38).

Según Pérez, es un término utilizado para referirse a los sujetos en riesgo de cometer un acto suicida en un futuro inmediato o aquellos que lo pudieran cometer durante sus vidas (39). Por lo tanto, la orientación suicida es un concepto amplio que incluye tanto los pensamientos inespecíficos sobre el escaso o nulo valor de la vida, hasta los pensamientos concretos acerca de la consumación de un suicidio o las amenazas de llevarlo a cabo (40).

En Cuba, un estudio realizado en el municipio Morón, por Ciego de Ávila, afirma lo siguiente: Adolescentes entre 11 y 18 años con intento suicida reveló como factores de riesgo asociados la dificultad en la comunicación con sus padres, el divorcio y la agresión física y verbal, el rechazo escolar, la tristeza, el aburrimiento y antecedentes de amistades que habían atentado contra su vida, lo que evidencia la asociación entre el intento de suicidio y una estructura y dinámica familiar disfuncional (3).

Por otro lado, Varengo, realizó un abordaje sobre la Ideación Suicida en Adolescentes, tomando una muestra de 92 jóvenes, con una edad que fluctúa entre 15 a 18 años, pertenecientes a la Institución Educativa de la Ciudad de Río Cuarto, en Córdoba. Se empleó un cuestionario que mide la orientación suicida denominado ISO-30, además se usó el consentimiento informado, obteniendo que un 65,20% poseen un bajo nivel de ideación suicida, y el 19,50% está en un grado moderado de ideación suicida, y por último un 17,40% están en un alto nivel con respecto a la ideación suicida. En consecuencia, aunque hay un bajo nivel de ideación suicida, es importante tomar en cuenta que hay un

porcentaje significativo en el nivel alto de adolescentes que han contestado positivamente (41).

Moronga, por su parte, elaboró un estudio sobre “La ideación suicida en preadolescentes y los factores sociodemográficos, psicológicos y familiares asociados”. Usando como metodología un estudio descriptivo, comparativo, y transversal, utilizando como instrumento la escala de auto concepto; con una toma de muestra de 291 estudiantes con edades comprendidas entre 10-13 años, se obtuvo que un 25,10% ha presentado ideación suicida y se concluyó que la ideación suicida se muestra en que están expuestos a factores de riesgo que predisponen su manifestación (41).

Paniagua, González y Rueda, establecieron un artículo científico donde exponen la “Orientación al suicidio en adolescentes en una zona de Medellín, Colombia”, utilizaron un estudio transversal, con instrumentos que miden la depresión y la orientación suicida, con una muestra de 604 estudiantes, teniendo como resultado que sí existe relación del riesgo de orientación suicida en jóvenes escolarizados con escasa búsqueda de apoyo, mal funcionamiento familiar, vulnerabilidad en valores morales, acumulación de tensiones en la familia y presencia de sintomatología depresiva (2).

Otra investigación, realizada por Santiago, tiene como objetivo determinar “La prevalencia y relación entre Ideación Suicida y Clima Social Familiar en estudiantes de 4to y 5to de secundaria de una I. E. Estatal de Chiclayo”, se realizó con 281 estudiantes del sexo femenino y el instrumento que se utilizó fue la Escala de Ideación Suicida. Con resultados que, a mayor nivel de clima social familiar, menor nivel de ideación suicida, donde se obtuvo que el 19,00% de los estudiantes presenta un nivel "alto", el 30,00% un nivel "medio" y el 51,00% un nivel "bajo". Obteniendo que sí existe relación entre dichas variables (41).

5.2 Suicidio

El suicidio ha sido definido por la OMS como el acto de matarse deliberadamente, iniciado y realizado en pleno conocimiento y expectativa de su resultado fatal (42). Gutiérrez, Contreras y Orozco, (2006), definen el suicidio como el acto de matarse en forma voluntaria y en el cual intervienen tanto los pensamientos suicidas como el acto suicida en sí (43).

Por otro lado, en la actualidad, los suicidólogos definen al suicidio como un estado multifacético que contiene elementos biológicos, culturales, sociológicos, interpersonales, lógicos, conscientes, inconscientes y filosóficos, para satisfacer ciertas necesidades psicológicas. Ann (2010), define al suicidio como un acto consciente de autodestrucción, resultado de un malestar multidimensional en un individuo que enfrenta un problema, donde el suicidio es percibido como la mejor alternativa (41).

5.3 Trastornos mentales

El término "trastorno mental" es más amplio que el de "enfermedad mental" y se aplica a cualquier alteración genérica de salud mental, sea o no consecuencia de una alteración

somática conocida. Los diagnósticos psiquiátricos no son siempre diagnósticos de enfermedad (44).

Los trastornos mentales han sido definidos también mediante una variedad de conceptos (p. ej., malestar, descontrol, limitación, incapacidad, inflexibilidad, irracionalidad, patrón sindrómico, etiología y desviación estadística). Cada uno es un indicador útil para un tipo de trastorno mental, pero ninguno equivale al concepto y cada caso requiere una definición distinta (45).

Cada trastorno mental es conceptualizado como un síndrome o un patrón comportamental o psicológico de significación clínica, que aparece asociado a un malestar (p. ej., dolor), a una discapacidad (p. ej., deterioro en una o más áreas de funcionamiento) o a un riesgo significativamente aumentado de morir o de sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad. Cualquiera que sea su causa, debe considerarse como la manifestación individual de una disfunción comportamental, psicológica o biológica (45).

Andrade, Bustos y Guzmán, realizaron un estudio sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas realizado en el año 2013 en Colombia (Ministerio de Justicia y del Derecho, Observatorio de Drogas en Colombia, & Ministerio de Protección Social, 2013) encontraron que los jóvenes con edades entre 18 y 24 años son el grupo poblacional con mayor proporción de consumo actual de alcohol, con prevalencias del 49,2% de uso y 18,76% de consumo riesgoso y/o perjudicial. En el presente estudio, la prevalencia de vida para el consumo de alcohol en adolescentes y jóvenes entre 13 y los 28 años fue mayor, alcanzando un 62,2%, y un 1,9% que cumplen con criterios de abuso (46).

Estos hallazgos, constatan lo referido por Andrade et al. (46).., quienes afirman que las consecuencias para la salud mental subsiguientes a la experiencia de algún evento traumático, y de manera particular para la población adolescente, involucran la instauración de patrones de consumo de sustancias psicoactivas de uso legal e ilegal, que dependerán de los antecedentes previos de consumo, las estrategias con las que se cuenta para afrontar la crisis y las fluctuaciones emocionales propias derivadas del desplazamiento forzado. Si bien el consumo de alcohol se constituye en un patrón social y cultural que antecede al hecho victimizante, el consumo se intensifica a partir de la vivencia del hecho, lo que puede conllevar a mayor dependencia y excesos, los cuales son directamente proporcionales a la percepción del evento traumático.

En relación con el consumo de drogas en adolescentes y jóvenes, Giaconia et al. (47), encontraron que a los 18 años casi uno de cada cinco jóvenes (18,50%) que habían experimentado al menos una situación traumática a lo largo de su vida, cumplieron con los criterios diagnósticos para un TUS. En el presente estudio, la mitad de los adolescentes y jóvenes víctimas de desplazamiento forzado refirieron haber iniciado el consumo de alcohol, marihuana, tabaco y cocaína a los 15 años.

Las sustancias psicoactivas afectan circuitos cerebrales implicados en el aprendizaje, la memoria, la recompensa, la toma de decisiones y el control del comportamiento; procesos cognitivos que continúan en etapa de maduración hasta la adultez temprana, lo que

explicaría por qué el consumo de drogas durante el desarrollo cerebral genera consecuencias profundas y duraderas. A esta situación alarmante se suman características propias de la etapa adolescente, como cambios biológicos y fisiológicos significativos en el cerebro, que pueden aumentar la vulnerabilidad al consumo de sustancias psicoactivas, desarrollo de comportamientos adictivos y aparición de trastornos mentales (National Institute on Drug Abuse - NIDA, 2010) (47).

5.4 Depresión

La depresión es un síndrome o trastorno del estado de ánimo caracterizado por la presencia criterial de un conjunto de síntomas: Tristeza, anhedonia, astenia o lasitud, disminución de la atención y concentración, pérdida de la autoconfianza, pesimismo, ideación de muerte o suicidio, insomnio, anorexia (48).

También, se trata de un trastorno psíquico, habitualmente recurrente, que causa una alteración del estado de ánimo de tipo depresivo (tristeza) a menudo acompañado de ansiedad, en el que pueden darse, además, otros síntomas psíquicos de inhibición, sensación de vacío y desinterés general, disminución de la comunicación y del contacto social, alteraciones del apetito y el sueño (insomnio tardío) agitación o enlentecimiento psicomotor, sentimientos de culpa y de incapacidad, ideas de muerte e incluso intento de suicidio, etc; así como síntomas somáticos diversos (49).

Hollon y Beck, definen la depresión como el síndrome en el que interactúan diversas modalidades: somática, afectiva, conductual y cognitiva. Considerando que las distorsiones cognitivas en el análisis y procesamiento de la información, son la causa principal del desorden a partir del cual se desatan los componentes restantes (49).

5.5 Sustancias psicoactivas

Las sustancias psicoactivas (SPA) son aquellas drogas cuyo consumo puede producir dependencia, estimulación o depresión del sistema nervioso central, o que producen un trastorno en la función del juicio, el comportamiento o el ánimo de la persona. También merece esta denominación toda sustancia capaz de alterar el organismo y de ejercer acción psíquica sobre la conducta, la percepción y la conciencia. El sometimiento de la droga es el consumo excesivo, continuo y periódico de una sustancia tóxica (50).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera como SPA a toda sustancia que, al ser introducida en el organismo, por cualquier vía de administración, produce una alteración en el natural funcionamiento del Sistema Nervioso Central del individuo y es, además, susceptible de crear dependencia, ya sea psicológica, física o ambas (51). La dependencia de SPA es multifactorial y está determinada por factores biológicos y genéticos. De modo que los caracteres hereditarios pueden desempeñar un papel importante en el consumo, junto a factores psicosociales, culturales y ambientales (50).

5.6 Resiliencia

La capacidad de recuperarse de situaciones traumáticas extremas es denominada resiliencia. La resiliencia refleja la confluencia dinámica de factores que promueven la adaptación positiva a pesar de la exposición a experiencias adversas. Se considera que la resiliencia es un componente de la adecuada adaptación psicosocial y se asocia con la salud mental (52).

Algunos autores conceptualizan la resiliencia en función o en comparación con los procesos y situaciones de riesgo psicosocial, proponiendo que las conductas resilientes son los resultados positivos frente a dichos riesgos y que implican competencias individuales, familiares e interpersonales. Para Rutter, la resiliencia se comprende como la variación individual en la manera en la que las personas responden a los riesgos a lo largo del tiempo. Por otro lado, Kirby y Fraser, relacionan riesgo y resiliencia formando un continuo, en el que cada dimensión representa el lado opuesto de la otra (53).

Werner, estudió cómo afectan los factores de riesgo a las personas que viven en condiciones de pobreza. Realizó una labor de seguimiento durante más de 30 años a más de 500 niños nacidos en medio de la pobreza en la isla de Kauai (Hawái), hasta su vida adulta. Si bien Werner deja constancia de que todos tuvieron dificultades para su desarrollo, hubo una tercera parte que, además, fue sometida a experiencias estresantes, como violencia intrafamiliar, ausencia del padre, alcoholismo o enfermedades mentales, que involucraban familias disfuncionales (54).

Varias de las personas estudiadas y estando sometidas a las mismas condiciones, mostraban un desarrollo sano y positivo, por lo que surge la pregunta: ¿Por qué no se enferman los que no se enferman?, o bien, ¿Por qué no se enferman los que debieron enfermarse? Werner se percató que las personas que no se enfermaban disponían de por lo menos una persona, que podía ser un familiar o no, que los aceptó incondicionalmente, más allá de su personalidad o sus características físicas (54).

Con esta reflexión, Werner concluye que estas personas, que no se enfermaban cuando debieran haberse enfermado, precisaban de otro con el cual pudieran contar en cualquier situación y también percibir que sus comportamientos basados en el esfuerzo, competencia y autovaloración eran apreciados y promovidos. A estas personas las denominó resilientes y con ello clarifica que, la aparición o no de esta capacidad en las personas, está sujeta a la interacción de la persona y su entorno humano (54).

Boris Cyrulnik, concluye que la resiliencia depende de la manera en que se construye la personalidad. Si alguien, desde el nacimiento e incluso antes, ha recibido improntas biológicas que lo fortalezcan, se desarrollará, y, si le ocurre una desgracia, sabrá enfrentarse mejor a ella, ahí se hablaría de resistencia. Pero, si alguien está traumatizado, y, después de la desgracia, es capaz de iniciar un nuevo desarrollo, entonces hablamos de resiliencia. Es decir, depende un poco de la persona y mucho de su entorno: de su entorno antes del trauma y de su entorno después del trauma (55).

Por otro lado, Grotberg, realizó una investigación que pretendía estudiar más allá los factores que hay en el niño resiliente, versus los niños no resilientes. La autora investigó de qué manera estos factores son fomentados e impulsados en los niños resilientes,

elaborando una serie de informes centrados en dos preguntas básicas: ¿Cómo se enfrentarían las personas (niños y adultos) a las condiciones desfavorables?, y, ante condiciones adversas vivenciadas recientemente, ¿Cuáles fueron sus comportamientos, que le permitieron conocer qué factores, tanto en adultos como niños, producirían resistencia y/o enfrentamiento adaptativo ante condiciones desfavorables de desarrollo? (54).

Concluyó que la presencia de un factor protector no constituye, necesariamente, la promoción de la resiliencia, además desmitifica la relación directa entre inteligencia y resiliencia, y aclara que es posible desde esta mirada apreciar que la pobreza no necesariamente se asocia a limitación personal y que las personas que se encuentran inmersas en ella pueden desarrollar resiliencia (54).

6. Marco institucional

6.1 Historia

La Institución Educativa Fe y Alegría San José se encuentra en la comuna noroccidental de Medellín, sector de Robledo Villa Sofía, ubicada dentro de la nomenclatura urbana de la ciudad de la siguiente manera: Al occidente la Cra 92A, por el norte la calle 87 y al sur la calle 86 sobre la cual se halla el frente y la puerta de entrada marcada con el # 92 - 60, los barrios con los cuales limita son Villa Sofía I, II, III, IV, Romeral, Villa Claret y la Portada I y II (56).

La institución nació de manera informal el día 27 de Abril de 1989, la construcción de la planta física actual y el desarrollo de actividades escolares fue y es posible hoy gracias al impulso dinamizador proveniente del movimiento Fe y Alegría, a la decidida colaboración de los habitantes del sector y al acompañamiento de la hermanas de la comunidad de San José de Tarbes, ofreciendo sus servicios a un grupo de niños que hasta entonces permanecían en la calle, más adelante y con muchos inconvenientes de diversa índole, mediante el acuerdo N.º 0793 del 21 de marzo de 1990, la Secretaria de Educación Departamental autorizó oficialmente 48 horas de cátedra, con la cual dio origen a los cursos de Primero A Y B, cuyos estudiantes recibieron clase en el salón parroquial, con la ayuda de la comunidad poco a poco se fue adelantando la construcción de la planta física, que ha crecido de acuerdo a las necesidades y hasta donde las posibilidades lo han permitido (56).

Actualmente la institución cuenta con una planta física de dos pisos distribuidos en doce salones, aula múltiple, sala de tecnología, sala de informática, biblioteca, restaurante escolar, sala de profesores, rectoría y coordinación, una tienda escolar y dos unidades de servicios sanitarios una en cada piso. También, cuenta con un patio y una zona verde con parque, que no alcanza a cubrir las necesidades de los estudiantes en general, como son: La recreación, el deporte, libre esparcimiento, para la realización de las diferentes actividades escolares (56).

En la actualidad ofrece cobertura escolar a 1.200 niños y jóvenes, sus edades oscilan entre los 5 y 18 años de edad distribuidos en 28 grupos, con una planta docente de 31 educadores, 1 rectora y 2 coordinadores especializados en diferentes áreas del conocimiento, cuenta con dos jornadas laborales continuas en donde se ofrece los niveles de preescolar, básica primaria, básica secundaria y media académica, con formación técnica en convenio con la Secretaría de Educación y el programa Cisco y la Universidad Nacional de Colombia sede Medellín (56).

6.2 Política de calidad

La Institución Educativa Fe y Alegría San José, de acuerdo con su horizonte institucional, se compromete a prestar un servicio educativo que propenda por la formación integral de sus estudiantes; basada en el fomento de valores, con excelentes niveles académicos, en un ambiente de trabajo armonioso, limpio y ordenado. Mediante un proceso de

permanente mejoramiento, que se evidencie en el ingreso a la educación superior y al mundo laboral. FCE: PRAE, competencias ciudadanas (lo humano), Académico, Liderazgo y participación, Proyecto de vida (56).

6.3 Misión

Brindar y garantizar procesos educativos de calidad y mejoramiento continuo a la comunidad educativa de Fe y Alegría San José, con el fin de ofrecer una formación humana y académica a través del desarrollo de los diferentes procesos de pensamiento y de las competencias ciudadanas que hagan de nuestros estudiantes seres capaces de aportar al progreso local, regional y nacional, construyendo un proyecto de vida que les permita asumir los retos de la sociedad, mediante el fomento de relaciones armónicas con su idea de Dios, con los demás, con la biodiversidad de su entorno, y consigo mismo (56).

6.4 Visión

La Institución Educativa Fe y Alegría San José se consolidará en el año 2016 como una institución de excelencia académica con una propuesta con énfasis en el cuidado del medio ambiente, el desarrollo personal y humano y el liderazgo, con base en la esperanza y la alegría, que mejore las condiciones de vida de su entorno familiar y social (56).

7. Marco normativo

7.1 Resolución 412 de 2000

Mediante la presente resolución se adoptan las normas técnicas de obligatorio cumplimiento en relación con las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y las guías de atención para el manejo de las enfermedades de interés en salud pública, a cargo de las Entidades Promotoras de Salud, Entidades Adaptadas y Administradoras del Régimen Subsidiado (57).

La actualización de la Guía de detección temprana de las alteraciones del joven de 10 a 29 años, originando una herramienta que permite la atención integral de la población joven del país. Debe identificar, clasificar e intervenir en factores de riesgo relacionados con el comportamiento y el medio ambiente (57).

7.2 Ley 1566 de 2012

Por la cual se dictan normas para garantizar la atención integral a personas que consumen sustancias psicoactivas y se crea el premio nacional Entidad Comprometida con la Prevención del Consumo, Abuso y Adicción a Sustancias Psicoactivas. La Ley 1566 de 2012 representa para toda la población colombiana una forma diferente de comprender que el consumo de SPA es un fenómeno social y por tanto requiere de un desarrollo importante en el campo de la salud como derecho, y un compromiso social de todos los actores para la superación de la exclusión social (57).

De esta forma, este documento es una herramienta construida de manera conjunta entre todos los sectores involucrados en el tema con la que se pretende difundir y socializar en detalle los contenidos de este logro normativo para el fortalecimiento de una política de reducción del consumo de SPA, y a su vez es una invitación explícita para que toda la población afectada por su consumo conozca, entienda, apropie y haga exigibles sus derechos como lo ratifica esta Ley (57).

7.3 Ley 1616 de 2013

La cual en el marco de la Ley de Salud Mental, tiene como objeto: “Garantizar el ejercicio pleno del Derecho a la Salud Mental a la población colombiana, priorizando a los niños, las niñas y adolescentes, mediante la promoción de la salud y la prevención del trastorno mental, la Atención Integral e Integrada en Salud Mental en el ámbito del Sistema General de Seguridad Social en Salud, de conformidad con lo preceptuado en el artículo 49 de la Constitución y con fundamento en el enfoque promocional de Calidad de vida y la estrategia y principios de la Atención Primaria en Salud”, se establece que corresponde al Ministerio “Dirigir las acciones de promoción en Salud mental a afectar positivamente los determinantes de la salud mental e involucran: Inclusión social, eliminación del estigma y la discriminación, buen trato y prevención de las violencias, las prácticas de hostigamiento, acoso o matoneo escolar, prevención del suicidio prevención del consumo

de sustancias psicoactivas, participación social y seguridad económica y alimentaria, entre otras” (58).

7.4 Ley 1751 de 2015

Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud, dispone en su artículo 5 que el Estado es responsable de respetar, proteger y garantizar el goce efectivo de ese derecho, como uno de los elementos esenciales del Estado Social de Derecho, y en su artículo 10, enuncia como deberes de las personas los de "Propender por su autocuidado, el de su familia y el de su comunidad" y de "Actuar de manera solidaria ante situaciones que pongan en peligro la vida y la salud de las personas" (59).

7.5 Las intervenciones de la ruta de riesgo

7.5.1 La ruta de problemas, trastornos mentales y epilepsia

Están orientadas a “Garantizar el adecuado control del cuadro clínico de la persona, evitar la progresión del mismo y prevenir los desenlaces no deseados tales como discapacidad o disfuncionalidad que afecten la autonomía, la agudización de cuadro clínico que haga necesario la atención de urgencias o la internación del paciente, el intento de suicidio o el suicidio, la mortalidad por empeoramiento de su cuadro o el desarrollo o la progresión de comorbilidades relacionadas con el cuadro o su tratamiento”; esto también incluye el seguimiento y la valoración del riesgo de reincidencia, aspectos que son muy importantes en el manejo del evento (60).

7.5.2 La dimensión convivencia social y salud mental (PDSP)

Se definió como un “Espacio de construcción, participación y acción transectorial y comunitaria que, mediante la promoción de la salud mental y la convivencia, la transformación de problemas y trastornos prevalentes en salud mental y la intervención sobre las diferentes formas de violencia, contribuya al bienestar y al desarrollo humano y social en todas las etapas del ciclo de vida, con equidad y enfoque diferencial, en los territorios cotidianos”. Esta, a su vez estableció dos componentes (60).

- Promoción de la salud mental y la convivencia.
- Prevención y atención integral a problemas y trastornos mentales y a diferentes formas de violencia; una de las metas de este último componente es “Para el año 2021, disminuir la tasa de mortalidad por suicidio y lesiones auto infringidas a 4,7 por cada 100.000 habitantes”.

En función de lo anterior, se hace necesario trabajar en el Plan para la Prevención y Atención Integral de la Conducta Suicida, ya que se considera un evento de alto impacto para el individuo, su familia y para la sociedad en general. Además, es un evento que requiere intervención prioritaria (61).

7.6 Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) plan de acción sobre la salud mental 2010 – 2020

7.6.1 Objetivo 3: “Poner en práctica estrategias de promoción y prevención en el campo de la salud mental”

- Como parte de la labor de los países para elaborar y aplicar políticas y programas de salud, es primordial no solo atender las necesidades de las personas aquejadas de un determinado trastorno mental, sino también proteger y fomentar el bienestar mental de todos los ciudadanos. La salud mental evoluciona a lo largo de toda la vida (62).
- La responsabilidad de promover la salud mental y prevenir los trastornos mentales se extiende a todos los sectores y administraciones gubernamentales ya que los determinantes sociales y económicos son fundamentales en esto (62).
- Intervención temprana mediante la detección precoz, prevención y tratamiento de los problemas afectivos o de conducta, sobre todo en la infancia y la adolescencia; instauración de condiciones saludables de vida y de trabajo (62).
- La prevención del suicidio es una de las prioridades, ya que muchas de las personas proceden de colectivos vulnerables y marginados. Además, los jóvenes y las personas mayores están entre los grupos de edad más propensos a abrigar ideas de suicidio o autolesionarse con plaguicidas, armas de fuego y medicamentos tóxicos (62).

7.6.2 Objetivo 4: “Fortalecer los sistemas de información, los datos científicos y las investigaciones sobre la salud mental”

- La información, los datos empíricos y la investigación son ingredientes básicos para un adecuado proceso de elaboración de políticas, planificación y evaluación en materia de salud mental. Por medio de la obtención de datos nuevos por medio de la investigación hará posible que la política sea aplicada y determinará si los servicios tienen un mayor margen de mejoría (62).
- Aunque existen procesos periódicos de evaluación (como el proyecto Atlas de la OMS) que deparan una visión sintética de la situación en materia de salud mental, los sistemas de información periódica sobre el tema son rudimentarios o inexistentes en la mayoría de los países de ingresos bajos o medianos, con lo que resulta difícil aprehender las necesidades de las poblaciones locales y planificar en consecuencia (62).
- Los datos e indicadores básicos nos permitirán ver la magnitud del problema (prevalencia de los trastornos mentales y determinación de los principales factores de riesgo y de protección por lo que respecta a la salud y el bienestar mentales) y poder determinar el alcance de las políticas, leyes e intervenciones, datos sobre los resultados a nivel sanitario incluidas las tasas de suicidio y calidad de vida, por medio de los resultados sociales y económicos (62).

7.7 Resolución 777 de 2021

La cual dice que el artículo 49 de la Constitución Política determina, entre otros aspectos, que toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad y, el artículo 95 del mismo ordenamiento dispone que las personas deben "Obrar conforme al principio de solidaridad social, respondiendo con acciones humanitarias, ante situaciones que pongan en peligro la vida o la salud" (63).

8. Metodología

Para el logro del objetivo propuesto, se realizó un estudio de corte transversal, enfocado en identificar la prevalencia de trastornos mentales y la posible asociación del riesgo de orientación suicida con indicadores de salud mental sobre depresión, consumo de sustancias psicoactivas, funcionamiento familiar y resiliencia, en adolescentes de la Institución Educativa Fe y Alegría San José, ubicada en el barrio Villa Sofía del distrito de Medellín, Zona Noroccidental; matriculados en básica secundaria en el año 2023.

8.1 Tipo de estudio

Para el logro de los objetivos propuestos se realizó un estudio de tipo descriptivo de corte transversal, enfocado en determinar el riesgo de orientación suicida asociado con indicadores de salud mental y las condiciones sociodemográficas, en adolescentes de la Institución Educativa Fe y Alegría San José del distrito Medellín, matriculados en básica secundaria, a través de la observación única de cada uno de los sujetos incluidos en la muestra.

8.2 Universo

El universo estuvo constituido por la totalidad de 226 adolescentes que cursaban en el momento de la aplicación del instrumento cualquier grado de secundaria básico (De sexto a undécimo grado), en la Institución Educativa Fe y alegría San José del distrito Medellín.

8.3 Unidad de observación

La unidad de observación la constituyó el adolescente que estaba matriculado y estudiando en cualquiera de los grados de 6^o a 11^o en la Institución Educativa Fe y Alegría San José del distrito Medellín y que, además, tuviera una edad entre 10 y 20 años en el momento de la aplicación del instrumento de observación; las unidades de observación fueron seleccionadas de forma aleatoria.

8.4 Muestra y muestreo

Teniendo en cuenta los objetivos del estudio, se optó por un diseño probabilístico-estratificado. La inferencia estadística partirá del conocimiento de las probabilidades de selección o inclusión de cada uno de los objetos susceptibles de hacer parte de la muestra. Cada grado escolar dentro de la institución educativa es un estrato y, por lo tanto, en cada una de ellos se seleccionó una muestra aleatoria simple de adolescentes.

- **Población blanco:** 429 estudiantes de la institución educativa. (Tabla 1)

Tabla 1. Distribución de la población según grado de los alumnos seleccionados para la aplicación de los instrumentos.

Grados	Total, participantes
Sexto	46

Séptimo	39
Octavo	29
Noveno	36
Decimo	47
Undécimo	29
Total	429

- **Población de estudio:** Estudiantes seleccionados según criterios de elegibilidad.
- **Cálculo del tamaño de la muestra:** La muestra será representativa de la población según grado escolar.
- **Se calculó la muestra a través de la fórmula utilizada para poblaciones finitas:**

$$n = \frac{N \cdot Z_{\alpha}^2 \cdot p \cdot (1-p)}{e^2 \cdot (N-1) + Z_{\alpha}^2 \cdot p \cdot (1-p)}$$

Donde:

N: Es el tamaño de la población, equivalente a 429 adolescentes matriculados en básica secundaria en la institución educativa.

Z: Es el percentil de la distribución normal estándar determinado por el nivel de confianza de 95%, esto es 1,96.

p: Es la prevalencia de algún trastorno mental en adolescentes, según informe de salud mental del adolescente OMS (1); esto fue del 14%.

q: Equivalente a $1 - p$.

e²: El Error máximo permitido (Para este caso se trabajó con un $e^2 = 0,05$).

Efecto de diseño: Considerando un efecto de diseño de 1,3 con el objetivo de controlar la variabilidad introducida por un diseño estratificado, diferente al Muestreo Aleatorio Simple (MAS) y bajo las condiciones descritas, el tamaño de la muestra es de 178. Para cada uno de los grados y adicionando un 10% por pérdidas; la muestra se describe a continuación:

Tabla 2. Distribución de la población según grado y tamaño de la muestra para cada uno de los estudiantes.

Grados	Total, matriculados	Muestra	10%
Sexto	79	33	36
Séptimo	74	31	34
Octavo	64	27	29
Noveno	67	28	31
Decimo	75	31	34

Undécimo	70	29	32
Total	429	178	196

Fuente: Registro y control. Institución educativa, 2023.

8.5 Criterios de inclusión

Para garantizar la representatividad de cada unidad de observación se debió cumplir con los siguientes requerimientos:

- Estudiante adolescente de cualquier sexo, matriculado en el momento del estudio, en cualquier grado de básica secundaria de la Institución Educativa Fe y Alegría San José del distrito Medellín.
- Tener entre 10 y 20 años de edad.
- Ser seleccionado aleatoriamente entre las posibles unidades de observación.
- Tener la aprobación, por medio del consentimiento informado, de los padres o apoderados de la unidad de observación.
- Aceptar libremente la invitación a responder el instrumento.

8.6 Criterios de exclusión

Estudiantes elegidos que no llevaron el consentimiento informado firmado por sus padres o acudiente.

8.7 Instrumentos de recolección de información

Se utilizó un cuestionario, el cual fue auto diligenciado por los estudiantes de bachillerato de la Institución Educativa Fe y Alegría San José del distrito Medellín, este cuestionario se conformó por cinco formularios para medir: Características sociodemográficas, cohesión familiar, riesgo de suicidio, nivel de depresión, consumo de sustancias psicoactivas y Resiliencia (Anexo 1); las características de cada uno de ellos son las siguientes:

8.7.1 APGAR familiar

El APGAR familiar es un instrumento que muestra cómo perciben los miembros de la familia el nivel de funcionamiento de la unidad familiar de forma global, incluyendo a los niños, ya que es aplicable a la población infantil. diseñado en 1978 por el doctor Gabriel Smilkstein (Universidad de Washington), quien basándose en su experiencia como Médico de Familia propuso la aplicación de este test como un instrumento para los equipos de Atención Primaria, en su aproximación al análisis de la función familiar (64).

- **Validez y confiabilidad**

La validación del APGAR se efectuó inicialmente para establecer correlaciones con un instrumento previamente utilizado (Pless - Satterwhite Family FunctionIndex), e igualmente con estimativos de funcionamiento familiar realizados por diversos psicólogos. La validación mostró un índice de correlación de 0,80 entre el APGAR y el Pless - Satterwhite y de 0,64 entre el APGAR y la estimación de los psicólogos (65).

El APGAR familiar es un instrumento recomendado por el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia para la evaluación del funcionamiento familiar, que ha mostrado un índice de correlación de 0.64 con las evaluaciones clínicas realizadas por psicólogos expertos (66).

- **Componentes de evaluación**

Tabla 3. Componentes de evaluación del instrumento APGAR familiar.

Componentes (67)	Preguntas pertinentes
Adaptación	Es la capacidad de utilizar recursos intra y extra familiares para resolver problemas en situaciones de estrés familiar o periodos de crisis.
Participación	Es la implicación de los miembros familiares en la toma de decisiones y en las responsabilidades relacionadas con el mantenimiento familiar.
Ganancia o crecimiento	Es el desarrollo de la maduración física, emocional y auto realización que alcanzan los componentes de una familia gracias a su apoyo y asesoramiento mutuo.
Afecto	Es la relación de cariño y amor que existe entre los miembros de la familia.
Recursos	Es el compromiso de dedicar tiempo a atender las necesidades físicas y emocionales de otros miembros de la familia, generalmente implica compartir unos ingresos y espacios.

- **Calificación**

Cada pregunta se puntúa sobre un valor de 0 a 4, obteniéndose al final un índice entre 0 y 20 (0 = Nunca; 1 = Casi nunca; 2 = Algunas veces; 3 = Casi siempre; 4 = Siempre) y se califica de la siguiente manera:

Tabla 4. Calificación del instrumento APGAR familiar.

Función	Puntaje
Buena función familiar	18-20
Disfunción familiar leve	14-17
Disfunción familiar moderada	10-13
Disfunción familiar severa	9 ó menos

8.7.2 Inventario de orientación suicida ISO – 30

Este instrumento es una escala tipo Likert (Escala de calificación para conocer el nivel de acuerdo y desacuerdo de las personas sobre un tema) de 30 ítems que evalúa la presencia de factores de riesgo asociados con ideación y conducta suicida. Contiene cinco dimensiones asociadas al suicidio: Desesperanza, baja autoestima, incapacidad para hacer frente con emociones, aislamiento social y tendencias suicidas (68).

- **Validez y confiabilidad**

Versión adaptada y validada en español, se utilizó por Fernández & Casullo (2006), reportando un índice de confiabilidad alfa de Cronbach de 89 (68).

- **Componentes de evaluación**

Tabla 5. Componentes de evaluación del instrumento ISO-30.

Componentes (69)	Preguntas pertinentes
Desesperanza	Preguntas 2,7,12,17,22,27. Todavía hay muchas oportunidades para que yo sea feliz en el futuro. La mayoría de veces mi vida ha tomado los rumbos por los que la he dirigido. Cuando me sucede algo malo, me recuerda que las esperanzas que tengo de algo mejor no son reales. Sólo me estoy engañando a mí mismo.
Baja autoestima	Preguntas 1,6,11,16,21,26. Debo ser un soñador, ya que estoy siempre esperando cosas que no resultan. Cuando estaba creciendo, me hicieron creer que la vida podía ser justa. Siento que me mintieron, ya que no es justa para nada. Todavía tengo las cualidades personales que necesito para llevar una vida feliz.
Inhabilidad para manejar las emociones	Preguntas 3,8,13,18,23,28. Generalmente puedo mantener la idea de que inclusive los peores sentimientos se irán con el tiempo. Debería ser capaz de hacer que los buenos momentos perduren, pero no puedo. Aun cuando me pongo realmente molesto por algo, generalmente puedo forzarme a pensar claramente si es necesario.
Aislamiento social y marginalidad	Preguntas 4,9,14,19,24,29. Cuando fracaso confío en que los que se preocupan por mí no me abandonarán. Parece que les causo problemas a las personas cuando estoy con ellas. Aun cuando me pongo realmente molesto por algo, generalmente puedo forzarme a pensar claramente si es necesario.
Ideación suicida	Preguntas 5,10,15,20,25,30. Aquellas personas que dependen de mí realmente no me necesitan para nada. No creo que sea capaz de encontrar el suficiente coraje para enfrentar la vida. Matarme a mí mismo significaría que finalmente he hecho que las cosas dejarán de empeorar.

- **Calificación**

Las puntuaciones de los ítems se suman para obtener un puntaje bruto que proporciona un índice total de orientación del suicidio. Este puntaje va de 0 a 90.

Tabla 6. Calificación del instrumento ISO-30.

Puntaje bruto	Ítems críticos (ideación suicida)	Clasificación del riesgo
< 30	Y < 3	Bajo
≥ 30 y < 45	Y < 3	Moderado
45 o más	Ó ≤ 3	Alto

8.7.3 Inventario de depresión en niños y adolescentes – CDI

El instrumento de recolección de datos fue diseñado por la psiquiatra canadiense María Kovacs en 1977, el Children's Depression Inventory (CDI) se ha implementado en el ámbito internacional en investigaciones en Canadá, Inglaterra, Australia, Alemania, Estados Unidos, Finlandia y España, entre otros. Esta herramienta está adaptada y

validada por diferentes investigadores para su aplicación en América Latina; de su validación surgió el CDI-LA (Children's Depression Inventory Latinoamérica) (70).

- **Confiabilidad**

Dicha prueba fue adaptada y validada para nuestro medio por Ana Carmenza Posada I. y Claudia María Rúa P., dicha validación se llevó a cabo sobre una muestra de adolescentes entre los 13 y 17 años de edad; se tomaron dos poblaciones, una clínica (42 hombres y 31 mujeres) y una no clínica compuesta por 249 hombres y 248 mujeres procedente de los diferentes establecimientos educativos del área metropolitana de Medellín. De esta validación surgió el CDI-LA (Children's Depression Inventory Latinoamérica) (70).

- **Componentes de evaluación**

Tabla 7. Componentes de evaluación del instrumento CDI.

Componentes	Preguntas pertinentes
Ánimo negativo	Tristeza. Algo malo va a pasar. Culpa. Ganas de llorar. Molestia frente a las cosas. Toma de decisiones.
Problemas interpersonales	Portarse mal. Deseo de estar con la gente. Obediencia. Pelear con la gente.
Inefectividad	Hacer las cosas bien. Ir bien en la escuela. Sentirse bueno. Hacer las tareas.
Anhedonia	Diversión. Diversión en la escuela. Tener amigos. Dormir. Estar cansado. Comer. Malestar. Sentirse solo.
Autoestima negativa	Salir bien las cosas. Sentimiento amor - odio a sí mismo. Sentirse querido. Ideación suicida. Verse bien.

- **Calificación**

Cada elemento de la prueba consta de tres alternativas de respuestas con valores de 0, 1 y 2 donde la mayor calificación indica mayor grado de severidad. Para cada ítem el significado de la selección puede resumirse así:

Tabla 8. Calificación del instrumento CDI.

Nivel de depresión	Puntaje
Alto	19-54
Moderado	14-18
Ninguno	0 – 13

8.7.4 Instrumento CIDI

El instrumento de aplicación consiste en una adaptación que corresponde al tema del CIDI II Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta. Es una entrevista desarrollada por la Organización Mundial de la Salud que construye diagnósticos psiquiátricos según las definiciones y criterios de la CIE-10 y DSM-IV; es importante contar con las secciones B, J y L, que examinan el uso de cigarrillos, alcohol, marihuana, cocaína, heroína e inhalantes y otras sustancias psicoactivas (71).

- **Confiabilidad**

El CIDI fue validado en la Encuesta Nacional de Salud Mental de Colombia en 1992 y 2003 y fue utilizado en estudios de consumo de sustancias psicoactivas entre estudiantes de secundaria. Se realizaron algunos ajustes al CIDI, consistentes en un diseño más funcional y comprensible para que los adolescentes puedan completarlo ellos mismos, así como la adición de preguntas de opción única sobre el uso del tiempo libre por parte de estos escolares (71).

- **Componentes de evaluación**

Tabla 9. Componentes de evaluación del instrumento CIDI.

Componentes (72)	Preguntas pertinentes
Prevalencia de consumo	Se refiere a periodos por vida, año y actual. Es el número de consumidores en un período determinado dividido por el número total de entrevistados y multiplicado por cien, se puede expresar como un porcentaje.
Prevalencia de vida	Número de personas que alguna vez en su vida han consumido la sustancia psicoactiva, dividido por el total de encuestados.
Prevalencia actual	Número de personas que han consumido en el último mes, se toma además la semana pasada y el día anterior la sustancia psicoactiva, dividido por el total de encuestados.
Prevalencia anual	Número de personas que han consumido al menos una vez en el último año la sustancia psicoactiva, dividido por el total de encuestados.
Edad al inicio del consumo	La edad en que la persona manifestó haber empezado al consumo de cada una de las sustancias psicoactivas, sin importar el tiempo total de consumo.
Proporción de exconsumidores	Número de personas que hace más de un año no consumen la sustancia psicoactiva, dividido por el total de consumidores de esa sustancia.
Incidencia de consumo o consumidores nuevos	La edad en que la persona manifestó haber empezado al consumo de cada una de las sustancias psicoactivas, sin importar el tiempo total de consumo.
Riesgo de incidencia	Rangos de edad en los cuáles aparece la mayor incidencia en el consumo en el último año, tomando como referencia la fecha de la encuesta y comparándolos con grupos de igual edad que nunca han consumido.
Índice de abstención	Evalúa la proporción de estudiantes que nunca ha utilizado sustancias psicoactivas y es equivalente al número de individuos que nunca han consumido algún tipo de sustancia psicoactivas entre el total de personas encuestadas.

8.7.5 Instrumento JJ46

El instrumento que se ofrece a la comunidad académica sobre resiliencia en niños y adolescentes (JJ46 v. UdeA-Col) presenta adecuados valores de consistencia interna o confiabilidad. Además, se registra como el más reciente resultado científico en la línea del tiempo, de los instrumentos desarrollados sobre el tema de la valoración cuantitativa de la Resiliencia desde 1995 hasta el 2018 (73).

- **Validez y confiabilidad**

Las respuestas de cada sujeto fueron divididas para generar variables con la puntuación de las preguntas pares y las impares. Se obtuvo un coeficiente de correlación entre las

puntuaciones pares e impares de 0,79; el coeficiente de confiabilidad corregido por el método de Spearman-Brown fue de 0,88. Utilizando los 46 ítems se obtuvo un alfa de Crohbach global de 0,875 (73).

- **Componentes de evaluación**

Tabla 10. Componentes de evaluación del instrumento JJ46.

Componentes (73)	Preguntas pertinentes
Funcionalidad familiar	Consiste en una dinámica relacional sistémica creada por la cohesión, la armonía, los roles, la comunicación, la permeabilidad y la adaptación a nuevas situaciones con el apoyo de la familia.
Autoestima	Capacidad de autovaloración que presenta el sujeto evaluado.
Asertividad social	Capacidad de sentir, pensar y actuar inmediatamente de acuerdo a la situación, evitando el uso de mecanismos de defensa. esta habilidad practica diferentes formas de expresar apropiadamente sentimientos y pensamientos utilizando su inteligencia emocional.
Adaptabilidad	Situaciones nuevas, haciendo uso de mecanismos cognitivos para aceptar y ser aceptado socialmente.
Creatividad	Capacidad cognitiva para resolver eventos de una manera única y novedosa, permitiendo a los sujetos evaluados buscar novedades que los hagan conectar con su realidad y vibrar con sus fuentes de felicidad.
Pensamiento crítico	Entrenar habilidades de organización del pensamiento para interpretar y representar el mundo creando preguntas que le ayuden a comprender la realidad.
Manejo de la impulsividad	En los procesos de intervención que se presenten, debe tratarse de crear estrategias de empoderamiento para que los participantes sean protagonistas de su propio proceso de bienestar.

- **Calificación**

La respuesta se da en una escala tipo Likert con cinco opciones, desde 1 (Casi nunca) a 5 (Casi siempre):

Tabla 11. Calificación del instrumento JJ46.

Nivel de resiliencia	Puntaje
Resiliencia Baja	De 46 a 107
Resiliencia Media	De 108 a 167
Resiliencia Alta	De 168 a 230

8.8 Plan de recolección de la información

Los datos se obtuvieron por medio de fuente primaria conformada por estudiantes de la Institución Educativa Fe y Alegría San José, ubicada en la ciudad de Medellín. Los participantes fueron seleccionados de manera aleatoria para responder un cuestionario conformado por los instrumentos APGAR FAMILIAR, ISO-30, JJ46, CIDI y CDI; el proceso de aplicación del cuestionario se llevó a cabo en las aulas de clase.

8.8.1 Aplicación y recolección de información

- a) Búsqueda de literatura permanente sobre el tema de orientación suicida, resiliencia y demás temas a tratar: Depresión y consumo de sustancias, durante todo el proceso de redacción del trabajo.
- b) Contactos telefónicos y entrevistas personales con los directivos docentes para el proceso de sensibilización del estudio y solicitud de permisos para aplicación de las encuestas en la Institución Educativa Fe y Alegría San José.
- c) Distribución y recolección de Consentimientos Informados a cada uno de los adolescentes que participaron del estudio y a sus padres de familia cuando el estudiante era menor de edad.
- d) Diseño de la base de datos y digitación de las encuestas aplicadas.
- e) Transformación de los datos a factores numéricos.
- f) Análisis estadístico multivariado.

8.8.2 Operacionalización de variables

Ver anexo 4

8.9 Identificación y control de potenciales sesgos

8.9.1 Sesgos de selección

La selección aleatoria de los estudiantes se realizó a través de la lista de alumnos matriculados al mes de marzo de 2023, proporcionada por la rectora de la institución educativa. Sin embargo, el estudio presenta un sesgo de selección, en la medida que no fue posible acceder a la totalidad de los alumnos debido a la falta de permiso de sus padres (consentimiento informado) o por decisión propia de no participar (Mayoría de edad).

Por lo tanto, los resultados deben tomarse con cautela, aunque se estima que el comportamiento de esta población escolarizada no varía de las características generales del resto de los estudiantes de dicha institución, participantes en el estudio.

8.9.2 Sesgos de información

Debido a los instrumentos: Para garantizar la mayor precisión y calidad en la información se usaron unos instrumentos de medición para identificar la orientación suicida (ISO-30), funcionamiento familiar (APGAR), la sintomatología depresiva (CDI-LA), el consumo de sustancias psicoactivas (CDI II) y la resiliencia (JJ46) que estaban validados para el país.

Debido al observado: Se garantizó el anonimato en la participación de los adolescentes en la investigación. Se dieron las orientaciones por parte de los investigadores,

explicando tanto la forma de diligenciar el instrumento como en su forma de respuesta, haciendo presencia durante el tiempo necesario para que todos los adolescentes contestaran las preguntas.

8.9.3 Posible variable de confusión

La edad se consideró una potencial variable de confusión, ya que en los estudiantes más jóvenes se puede afectar la comprensión de lo leído, la interpretación de las experiencias de vida y el significado que los adolescentes le dan a ciertas situaciones y comportamientos en los que pueden influir su madurez (Para determinar si hay o no orientación suicida) y esto, puede conducir a conclusiones erróneas. Por lo tanto, en el análisis de la información se controló este sesgo agrupando las edades de 10 a 14 años (Adolescencia temprana) y de 15 a 20 años (Adolescencia tardía) – categorización realizada por la OMS (74) – y, mediante una estratificación o ajuste se compararon en igualdad de condiciones con respecto a las demás variables.

8.10 Plan de análisis

8.10.1 Revisión de los datos

Cada encuesta fue revisada para comprobar la calidad de los datos recogidos, tanto por el encuestador antes de retirarse de cada salón de la institución educativa, como por los investigadores antes de ingresarlos a la base de datos final.

- **Digitación de las encuestas**

Las encuestas se recogieron de manera física después de que los estudiantes las entregaran diligenciadas. Se utilizó Microsoft Excel para depositar la información en tablas divididas por cada uno de los instrumentos utilizados en la misma (Figura 1), se opta por digitar explícitamente cada pregunta y respuesta para poder tener claridad en los datos que se digitaron.

	A	B	C	D	E	F	G
1	IdParticipante	8. Debo ser un soñador, ya que estoy siempre esperando cosas que no resultan.	9. Todavía hay muchas oportunidades para que yo sea feliz en el futuro.	10. Generalmente puedo mantener la idea de que inclusive los peores sentimientos se irán con el tiempo.	11. Cuando fracaso confío en que los que se preocupan por mí no me abandonarán.	12. Aquellas personas que dependen de mí realmente no me necesitan para nada.	13. Cuando hiciera justicia, no es j
2	001	0. SEGURO QUE ESTOY EN DESACUERDO	3. SEGURO QUE ESTOY DE ACUERDO	3. SEGURO QUE ESTOY DE ACUERDO	0. SEGURO QUE ESTOY EN DESACUERDO	3. SEGURO QUE ESTOY DE ACUERDO	0. SEGURO QUE ESTOY EN DESACUERDO
3	002	1. GENERALMENTE ESTOY EN DESACUERDO	3. SEGURO QUE ESTOY DE ACUERDO	2. GENERALMENTE ESTOY DE ACUERDO	1. GENERALMENTE ESTOY EN DESACUERDO	2. GENERALMENTE ESTOY DE ACUERDO	1. GENERALMENTE ESTOY EN DESACUERDO
4	003	2. GENERALMENTE ESTOY DE ACUERDO	3. SEGURO QUE ESTOY DE ACUERDO	3. SEGURO QUE ESTOY DE ACUERDO	3. SEGURO QUE ESTOY DE ACUERDO	3. SEGURO QUE ESTOY DE ACUERDO	1. GENERALMENTE ESTOY EN DESACUERDO
5	004	1. GENERALMENTE ESTOY EN DESACUERDO	2. GENERALMENTE ESTOY DE ACUERDO	2. GENERALMENTE ESTOY DE ACUERDO	1. GENERALMENTE ESTOY EN DESACUERDO	2. GENERALMENTE ESTOY DE ACUERDO	1. GENERALMENTE ESTOY EN DESACUERDO
6	005	2. GENERALMENTE ESTOY DE ACUERDO	3. SEGURO QUE ESTOY DE ACUERDO	2. GENERALMENTE ESTOY DE ACUERDO	1. GENERALMENTE ESTOY EN DESACUERDO	1. GENERALMENTE ESTOY EN DESACUERDO	2. GENERALMENTE ESTOY DE ACUERDO
7	006	3. SEGURO QUE ESTOY DE ACUERDO	3. SEGURO QUE ESTOY DE ACUERDO	3. SEGURO QUE ESTOY DE ACUERDO	2. GENERALMENTE ESTOY DE ACUERDO	2. GENERALMENTE ESTOY DE ACUERDO	3. SEGURO QUE ESTOY DE ACUERDO
8	007	2. GENERALMENTE ESTOY DE ACUERDO	2. GENERALMENTE ESTOY DE ACUERDO	2. GENERALMENTE ESTOY DE ACUERDO	3. SEGURO QUE ESTOY DE ACUERDO	1. GENERALMENTE ESTOY EN DESACUERDO	1. GENERALMENTE ESTOY EN DESACUERDO
9	008	1. GENERALMENTE ESTOY EN DESACUERDO	2. GENERALMENTE ESTOY DE ACUERDO	2. GENERALMENTE ESTOY DE ACUERDO	1. GENERALMENTE ESTOY EN DESACUERDO	2. GENERALMENTE ESTOY DE ACUERDO	2. GENERALMENTE ESTOY DE ACUERDO
10	009	2. GENERALMENTE ESTOY DE ACUERDO	2. GENERALMENTE ESTOY DE ACUERDO	3. SEGURO QUE ESTOY DE ACUERDO	3. SEGURO QUE ESTOY DE ACUERDO	1. GENERALMENTE ESTOY EN DESACUERDO	1. GENERALMENTE ESTOY EN DESACUERDO
11	010	0. SEGURO QUE ESTOY EN DESACUERDO	1. GENERALMENTE ESTOY EN DESACUERDO	2. GENERALMENTE ESTOY DE ACUERDO	1. GENERALMENTE ESTOY EN DESACUERDO	0. SEGURO QUE ESTOY EN DESACUERDO	1. GENERALMENTE ESTOY EN DESACUERDO
12	011	2. GENERALMENTE ESTOY DE ACUERDO	3. SEGURO QUE ESTOY DE ACUERDO	3. SEGURO QUE ESTOY DE ACUERDO	3. SEGURO QUE ESTOY DE ACUERDO	0. SEGURO QUE ESTOY EN DESACUERDO	1. GENERALMENTE ESTOY EN DESACUERDO
13	012	3. SEGURO QUE ESTOY DE ACUERDO	2. GENERALMENTE ESTOY DE ACUERDO	3. SEGURO QUE ESTOY DE ACUERDO	1. GENERALMENTE ESTOY EN DESACUERDO	1. GENERALMENTE ESTOY EN DESACUERDO	3. SEGURO QUE ESTOY DE ACUERDO
14	013	1. GENERALMENTE ESTOY EN DESACUERDO	3. SEGURO QUE ESTOY DE ACUERDO	2. GENERALMENTE ESTOY DE ACUERDO	1. GENERALMENTE ESTOY EN DESACUERDO	2. GENERALMENTE ESTOY DE ACUERDO	2. GENERALMENTE ESTOY DE ACUERDO
15	014	2. GENERALMENTE ESTOY DE ACUERDO	3. SEGURO QUE ESTOY DE ACUERDO	3. SEGURO QUE ESTOY DE ACUERDO	2. GENERALMENTE ESTOY DE ACUERDO	3. SEGURO QUE ESTOY DE ACUERDO	3. SEGURO QUE ESTOY DE ACUERDO
16	015	1. GENERALMENTE ESTOY EN DESACUERDO	3. SEGURO QUE ESTOY DE ACUERDO	3. SEGURO QUE ESTOY DE ACUERDO	2. GENERALMENTE ESTOY DE ACUERDO	3. SEGURO QUE ESTOY DE ACUERDO	1. GENERALMENTE ESTOY EN DESACUERDO

Figura 1. Digitación de la base de datos de las encuestas de los estudiantes de la Institución Educativa Fe y Alegría San José. Medellín 2023.

- **Recategorización de variables**

Después de digitar la base de datos con la información suministrada por los alumnos, fue necesario convertir cada una de las respuestas al número correspondiente según las instrucciones de cada instrumento (Figura 2), para así poder calcular los niveles (orientación suicida, depresión, Consumo de SPA y resiliencia) en los que se encuentran cada uno de los estudiantes que participaron en la encuesta.

	A	B	C	D	E	F
1						
2						
3	001	0	0	0	3	3
4	002	1	0	1	2	2
5	003	2	0	0	0	3
6	004	1	1	1	2	2
7	005	2	0	1	2	1
8	006	3	0	0	1	2
9	007	2	1	1	0	1
10	008	1	1	1	2	2
11	009	2	1	0	0	1
12	010	0	2	1	2	0
13	011	2	0	0	0	0
14	012	3	1	0	2	1
15	013	1	0	1	2	2
16	014	2	0	0	1	3

Figura 2. Recategorización de variables de las encuestas de los estudiantes de la Institución Educativa Fe y Alegría San José. Medellín 2023.

- **Cuantificación de puntajes de los instrumentos**

En Excel se calcularon las puntuaciones para los diferentes instrumentos, Para este proceso se realizaron sumatorias y cálculos de porcentajes para cada uno de los mismos, para así poder dar un nivel, según el cuadro de calificación, como se muestra en la figura 3, que muestra el proceso para asignar la clasificación del riesgo de orientación suicida en sus tres niveles bajo moderado y alto.

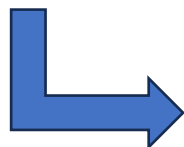
AD	AE	AF
29	30	
36. Los buenos sentimientos de las personas acerca de mí son un error. Es solo cuestión de tiempo antes de que los desilusione.	37. Me veo a mí mismo como esperando hasta que las cosas empeoren demasiado, y luego me suicidaría.	PUNTAJE BRUTO ISO
0	0	15
0	1	39
0	0	19
0	0	40
1	1	28
1	0	27
1	0	24
1	0	31
3	3	58
1	1	34
0	0	20
3	1	65
1	2	56
2	0	31

Clasificación

Riesgo de orientación suicida bajo **0**

Riesgo de orientación suicida moderado **1**

Riesgo de orientación suicida alto **2**



Puntaje bruto	Ítems críticos (ideación suicida)	Clasificación del riesgo
< 30	Y < 3	Bajo
≥ 30 y < 45	Y < 3	Moderado
45 o más	Ó ≤ 3	Alto

Figura 3. Cuantificación de puntajes del instrumento ISO-30 para medir el riesgo de orientación suicida de los estudiantes de la Institución Educativa Fe y Alegría San José. Medellín 2023.

- **Elaboración de la base de datos para el análisis estadístico**

Finalmente, después de calcular los puntajes de cada uno de los instrumentos y recategorizar las variables en números, se procedió a realizar una base de datos en Excel (Figura 4) para posteriormente ser importada por el software de análisis estadístico (Rstudio), en el cual se realizó el modelo múltiple de regresión logística binaria, para poder así comprobar la asociación entre las variables que hacen parte de dicha base de datos.

id	sexo	edad	grado	barrio	estrato	hijos	cff	ciso	ccdi	cj46	sustancias
001	0	1	5	2	0	0	0	0	0	0	1
002	1	1	5	2	0	0	3	1	2	1	1
003	0	1	5	2	0	0	1	0	0	0	0
004	1	1	5	0	0	0	0	1	1	1	1
005	0	1	5	1	0	0	0	0	0	0	0
006	0	1	5	2	0	0	0	0	0	0	1
007	0	1	5	0	0	0	0	0	0	0	0
008	1	1	5	2	0	0	2	1	0	1	0
009	1	1	5	0	0	0	1	1	2	1	1
010	0	1	5	0	0	0	3	1	1	1	1
011	0	1	5	1	0	0	3	0	1	1	1
012	1	1	5	1	0	0	2	1	2	1	0
013	1	1	5	2	0	0	3	1	1	0	1
014	0	1	5	0	0	0	1	1	1	1	0
015	0	1	5	1	0	0	1	0	0	0	1
016	1	1	5	2	0	0	2	1	2	1	0
017	1	1	5	1	0	0	3	1	2	1	0
018	0	1	5	0	0	0	3	1	1	1	0
019	1	1	5	0	0	0	1	0	0	1	0
020	1	1	5	0	0	0	1	1	2	1	1
021	0	1	5	2	1	0	1	0	0	1	1
022	0	1	5	2	0	0	2	1	1	1	1

Figura 4. Base de datos para el análisis estadístico de las encuestas de los estudiantes de la Institución Educativa Fe y Alegría San José. Medellín 2023.

8.10.2 Descripción del análisis de la información

Para el cumplimiento del primer objetivo específico relacionado con la caracterización según variables socio demográficas y familiares de los estudiantes:

- Se inició con un análisis de variables demográficas: Sexo, edad, grado de escolaridad, barrio de residencia, estrato socioeconómico, si tienen hijos y el número de hijos. También, se analizó el funcionamiento familiar, con el instrumento de APGAR familiar (64) de los estudiantes que participaron.
- Se determinó la frecuencia y la distribución porcentual para cada una de ellas, los resultados se presentan en tablas y gráficos.

Para el cumplimiento del segundo objetivo específico relacionado con la prevalencia de los trastornos mentales: Ideación suicida, consumo de sustancias psicoactivas y depresión:

- Se continuó con un análisis univariado y bivariado de los resultados de cada uno de los instrumentos: ISO-30 (68), CDI-LA (70), CDI II (75).
- Se determinó la frecuencia y la distribución porcentual para cada uno de ellos y para el bivariado, se tuvo en cuenta el grupo etario, el sexo, el grado de escolaridad, el barrio de residencia y el estrato socioeconómico de los estudiantes; para el de consumo de sustancias se tuvo en cuenta las prevalencias en la vida, en el último mes, y en el último año y la edad de inicio de consumo para los alumnos que lo presentaban.
- Se presentaron los resultados en tablas y gráficos.

Para el cumplimiento del tercer objetivo específico relacionado con establecer los niveles de resiliencia de la población de estudio:

- Se realizó, al igual que con los otros instrumentos, un análisis univariado y bivariado.
- Se determinó la frecuencia y la distribución porcentual para cada uno de ellos y para el bivariado, se tuvo en cuenta el grupo etario, el sexo, el grado de escolaridad, el barrio de residencia y el estrato socioeconómico de los estudiantes.
- Se presentaron los resultados en tablas y gráficos.

Para el cumplimiento del cuarto objetivo específico relacionado con la asociación del nivel de riesgo de orientación suicida según las variables socio demográficas y familiares, la prevalencia de trastornos de salud mental y los niveles de resiliencia:

- Se tomó como variable dependiente la presencia (nivel moderado y alto) o ausencia (nivel bajo) del riesgo de orientación suicida. Además, se considera que todas las variables independientes en el modelo son cualitativas, a partir de esto, se realizó una exploración de asociación de cada una de estas variables cualitativas con la presencia del evento mediante la prueba Chi-cuadrado de independencia.
- Los resultados fueron analizados con intervalos de confianza del 95% y en cuanto a la selección de las variables candidatas para ingresar al modelo, se determinó basándose en el criterio Hosmer y Lemeshow ($p \leq 0.25$) (76). Además, de considerar que aproximadamente cada 10 individuos con presencia del evento de interés, permiten la inclusión de una variable independiente.
- Para este estudio, se considera de acuerdo a la medición de algún riesgo de orientación al suicidio, que aproximadamente 159 individuos presentan el evento con lo cual el modelo puede tener hasta 16 variables independientes.

- Se realizaron análisis exploratorios mediante las técnicas multivariadas de la regresión logística, utilizando en las regresiones la técnica STEPWISE (76) para la determinación del mejor conjunto de variables que explican el nivel de riesgo de orientación suicida alto y moderado.
- El modelo de regresión logística binaria se usó para las categorías del nivel de riesgo de orientación suicida alto - moderado y bajo, en función de las siguientes variables que fueron consideradas pertinentes: Sexo, funcionamiento familiar, depresión y resiliencia.
- Para ingresar dichas variables al modelo final se tuvo en cuenta el criterio Akaike que es una herramienta objetiva que permite cuantificar la idoneidad de un modelo particular en relación a un conjunto finito de modelos, estos se ingresan según su puntuación de menor a mayor (77).
- En el modelo final, se analizaron los Odds Ratio (OR), los cuales son una medida de efecto comúnmente utilizada para comunicar los resultados de una investigación en salud. Matemáticamente un OR corresponde a un cociente entre dos odds, siendo un odds una forma alternativa de expresar la posibilidad de ocurrencia de un evento de interés o de presencia de una exposición. Desde un punto de vista metodológico, los OR pueden ser calculados en diseños prospectivos, retrospectivos y transversales (78). Estos determinaron en que cantidad cada variable del modelo final aumentaba el riesgo de orientación suicida.
- Además, con el intervalo de confianza (IC) del 95% en las variables analizadas, se confirma que son significativas, porque el IC no contiene el 1.
- Para el procesamiento de los datos y cálculo estadístico: Se utilizó el R versión 4.3.0, Epidat versión 3.1 y las aplicaciones Microsoft Excel y Word.

8.11 Aspectos éticos del estudio

En este estudio se tuvieron presentes los principios de la Declaración de Helsinki (79) como consentimiento informado, evaluación ética, privacidad y confidencialidad y la ley 1581 de 2012 (habeas data) de Colombia (80), según la cual el estudio corresponde a una investigación sin riesgo, y así garantizar siempre la seguridad y el bienestar de los sujetos de estudio.

Se solicitó el consentimiento de los padres (en caso de ser menores de edad) y el asentimiento de cada uno de los estudiantes participantes antes de la aplicación del cuestionario. Los resultados fueron utilizados por la Universidad de Antioquia solo con fines investigativos, y garantizando el anonimato de los mismos.

La participación de la Institución Educativa Fe y Alegría San José y los adolescentes de bachillerato de la misma, fue de carácter libre y voluntario, por lo tanto, los resultados

fueron utilizados únicamente para dar cuenta de los objetivos del estudio y no con otros fines, guardándose la confidencialidad y el anonimato de los participantes en el estudio.

Para proteger la privacidad de los participantes y la confidencialidad de los datos recopilados, la información personal se manejó de manera segura, sin divulgarla en ningún momento sin el consentimiento de los participantes o solo cuando sea requerido por ley.

De igual modo, se tomó un consentimiento informado a cada uno de los adolescentes que participaron del estudio y a sus padres de familia cuando el estudiante era menor de edad (Anexos 2 y 3).

9. Resultados

9.1 Caracterización sociodemográfica de los estudiantes de la Institución Educativa Fe y Alegría - San José

Con respecto a las características de los estudiantes que hicieron parte de la muestra (Tabla 12), se encontró que aproximadamente el 58% de ésta es femenina. Frente a la edad, se observó que el 97,35% (n = 220) de los estudiantes eran menores de 18 años y que una leve proporción eran mayores de edad (2,65%; n = 6). En cuanto al grado de escolaridad, se halló que el 50,44% de los alumnos pertenecían a un nivel de básica secundaria (6°, 7° y 8°; n = 114), mientras que el 49,56% restante se encontraba en nivel de media secundaria (9°, 10° y 11°; n = 112).

El barrio de residencia con mayor número de estudiantes fue Villa Sofía con 130 (57,52%) de los 226 estudiantes, barrio en el cual se encuentra situada la institución educativa Fe y Alegría San José. Sobre el estrato socio económico, se observó que el 85,39% (n = 193) de los estudiantes pertenecían a los estratos 1 y 2 y que un 1,33% (n = 3) tenían hijos.

Tabla 12. Características sociodemográficas de los estudiantes de la Institución Educativa Fe y Alegría - San José. Medellín 2023.

Características sociodemográficas	n 226	%
Sexo		
Masculino	96	42,48
Femenino	130	57,52
Edad		
10	2	0,88
11	24	10,62
12	33	14,60
13	38	16,81
14	35	15,49
15	38	16,81
16	36	15,93
17	14	6,19
18	5	2,21
20	1	0,44
Grado		
Sexto	46	20,35
Séptimo	39	17,26
Octavo	29	12,83
Noveno	36	15,93
Décimo	47	20,80
Undécimo	29	12,83
Barrio de Residencia		
Robledo	33	14,60
Aures	60	26,55
Villa Sofía	130	57,52
Sin Dato	3	1,33
Estrato Socio-Económico		
1	22	9,73

2	171	75,66
3	31	13,72
Sin Dato	2	0,88
Hijos		
Si	3	1,33%
No	223	98,67%

Al observar la distribución porcentual del sexo según la edad de los estudiantes, el nivel educativo y el estrato socio económico (Tabla 13), se evidenció una mayor concentración en las mujeres con 12 y 13 años de edad (20,79%; n = 47); mientras que, en los hombres, esta concentración se presentó en los que tenían entre 14 y 16 años de edad (23,45%; n = 53). El promedio de edad de los hombres fue de 14,24 (DE = 1,84), mientras que, el de las mujeres fue de 13,78 años (DE = 1,99).

En cuanto a la distribución porcentual del sexo según su grado de escolaridad, los resultados muestran que el 20,36% (n = 46) de la población son hombres en un nivel de básica secundaria, mientras que las mujeres de este mismo nivel, representan el 30,09% (n = 68) del total de estudiantes. Para el nivel de media, se tiene que las mujeres son el 27,43% (n = 62) de la proporción, mientras que los hombres en este mismo nivel, representan el 22,12% (n = 50) de los estudiantes.

Por otra parte, al observar la distribución porcentual del sexo según el estrato socio económico, se halló que la mayor representación se encuentra en las mujeres de estrato 2 con un 42,04% (n = 95) del total.

Tabla 13. Distribución porcentual del sexo según la edad, el grado y el estrato socioeconómico de los estudiantes de la Institución Educativa Fe y Alegría San José. Medellín 2023.

Edad	Sexo			
	Masculino		Femenino	
	n	%	n	%
	96		130	
10	0	0,00	2	0,88
11	9	3,98	15	6,64
12	11	4,87	22	9,73
13	13	5,75	25	11,06
14	16	7,08	19	8,41
15	21	9,29	17	7,52
16	16	7,08	20	8,85
17	8	3,54	6	2,65
18	2	0,88	3	1,33
20	0	0,00	1	0,44
Grado				
Sexto	19	8,41	27	11,95
Séptimo	16	7,08	23	10,18
Octavo	11	4,87	18	7,96
Noveno	15	6,64	21	9,29
Décimo	22	9,73	25	11,06
Undécimo	13	5,75	16	7,08

Estrato Socio-Económico				
1	7	3,10	15	6,64
2	76	33,63	95	42,04
3	12	5,31	19	8,41
Sin Dato	1	0,44	1	0,44

Con respecto al funcionamiento familiar se pudo observar que el 75,67% (n = 171) de los estudiantes participantes, presentan alguna disfunción familiar (Figura 5); en cuanto a la clasificación por grados (Tabla 14), se encontró que la mayor representación de la disfunción familiar severa está en el grado décimo con un 6,63% (n = 15) de los estudiantes, seguido del grado séptimo con un 4,86% (n = 11). Por otra parte, el grado con mayor representación de una buena función familiar fue el grado sexto con un 7,52% (n = 17) de los estudiantes.

Con respecto a la distribución por sexo (Tabla 14) se puede observar que aproximadamente 3 de cada 10 estudiantes hombres tienen buena función familiar, en las mujeres se observó en 2 de cada 10. Es de notar que, en la disfunción severa y moderada las mujeres presentan un porcentaje por encima de los hombres (23,85% respectivamente).

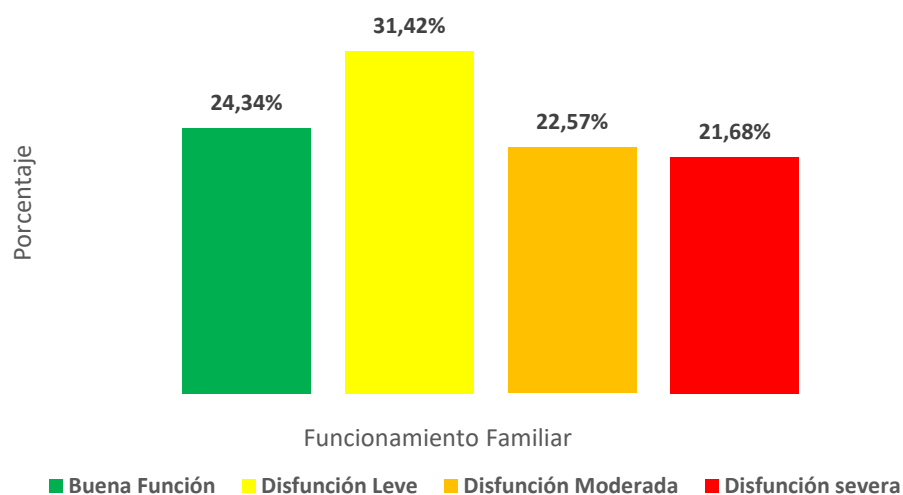


Figura 5. Distribución porcentual del funcionamiento familiar de los estudiantes de la Institución Educativa Fe y Alegría San José. Medellín 2023.

En cuanto a la distribución por rango de edad (Tabla 14), se puede observar que aproximadamente 3 de cada 10 estudiantes de 10 a 14 años tienen buena función familiar, en los de 15 a 20 años se observó en 2 de cada 10, también se puede ver que, aproximadamente 3 de cada 10 estudiantes de 15 a 20 años tienen una disfunción familiar severa, en los de 10 a 14 años se presentó en 2 de cada 10. Es importante señalar que en la función familiar leve (3 de cada 10) y moderada (2 de cada 10) no se presentan mayores cambios en ambos grupos etarios. Por otra parte, se encontró que en la distribución por estrato (Tabla 14), en el dos (2) y el tres (3) la disfunción leve predomina

en ambos (23,45%; n = 53, 5,31; n = 12 respectivamente), mientras que en el estrato uno (1), la buena función familiar es la que tiene el porcentaje más alto (3,10%; n = 7).

Tabla 14. Distribución porcentual del funcionamiento familiar según el sexo, la edad, el grado y el estrato de los estudiantes de la Institución Educativa Fe y Alegría San José. Medellín 2023.

	Clasificación del Funcionamiento Familiar							
	Buena Función		Disfunción Leve		Disfunción Moderada		Disfunción Severa	
	n = 55	%	n = 71	%	n = 51	%	n = 49	%
Sexo								
Hombre	28	29,17	30	31,25	20	20,83	18	18,75
Mujer	27	20,77	41	31,54	31	23,85	31	23,85
Edad								
10-14 años	37	28,03	42	31,82	30	22,73	23	17,42
15-20 años	18	19,15	29	30,85	21	22,34	26	27,66
Grado								
Sexto	17	7,52	15	6,64	10	4,42	4	1,77
Séptimo	11	4,87	13	5,75	4	1,77	11	4,87
Octavo	6	2,65	10	4,42	7	3,10	6	2,65
Noveno	9	3,98	8	3,54	12	5,31	7	3,10
Décimo	6	2,65	15	6,64	11	4,87	15	6,64
Undécimo	6	2,65	10	4,42	7	3,10	6	2,65
Estrato								
1	7	3,10	5	2,21	5	2,21	5	2,21
2	44	19,47	53	23,45	36	15,93	38	16,81
3	4	1,77	12	5,31	10	4,42	5	2,21
Sin dato	0	0,00	1	0,44	0	0,00	1	0,44

9.2 Prevalencia de los trastornos mentales de los estudiantes de la Institución Educativa Fe y Alegría San José

9.2.1. Prevalencia de ideación suicida

Al observar el nivel de riesgo de orientación suicida (Figura 6), se encontró que un 31,86% (n = 72) de los estudiantes tienen un riesgo de orientación suicida alto, llamando la atención que entre un alto y moderado se agrupa el 70,36% (n = 159). Con respecto a la clasificación por grados (Tabla 15), se pudo observar que el grado con mayor número de estudiantes con riesgo suicida alto es sexto con un 7,08% (n = 16) de los estudiantes, seguido de noveno y décimo con un 6,19% (n = 14) cada uno. También, se halló que el grado undécimo es en el que se observó menor riesgo de orientación suicida alto (3,10; n = 7) en comparación con los otros.

En relación con la distribución por sexo (Tabla 15) se puede observar que aproximadamente 4 de cada 10 estudiantes mujeres tienen un riesgo de orientación

suicida alto, en los hombres se observó en 2 de cada 10. mientras que en el riesgo de orientación suicida bajo es, al contrario, aproximadamente 4 de cada 10 estudiantes hombres lo presentan y en las mujeres 2 de cada 10. Es de advertir que, en el riesgo de orientación suicida moderado en ambos sexos se presenta aproximadamente en 4 de cada 10 estudiantes.

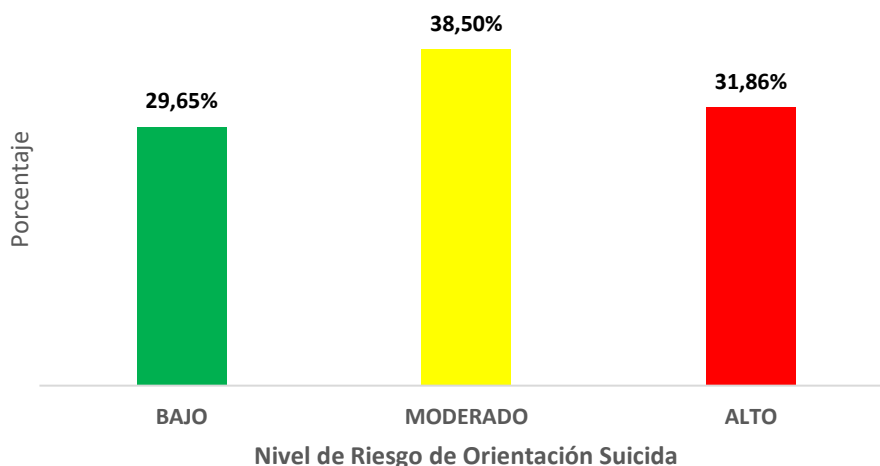


Figura 6. Distribución porcentual del nivel de riesgo de orientación suicida de los estudiantes de la Institución Educativa Fe y Alegría San José. Medellín 2023.

Con respecto a la distribución por rango de edad (Tabla 15), se puede observar que aproximadamente 4 de cada 10 estudiantes de 10 a 14 años tienen riesgo de orientación suicida alto, en los de 15 a 20 años se observó en 3 de cada 10, también se puede ver que, aproximadamente 4 de cada 10 estudiantes de 15 a 20 años tienen riesgo de orientación suicida moderado, en los de 10 a 14 se presentó en 3 de cada 10. Es importante señalar que, en el riesgo de orientación suicida bajo, en ambos grupos de edad, se presenta en aproximadamente en 3 de cada 10 estudiantes. Por su parte, en la distribución por estrato (Tabla 15), se puede ver que el riesgo de orientación suicida moderado predomina en los estratos dos (2) y tres (3) (26,55%; n = 60, 7,52; n = 17 respectivamente), mientras que, en el uno (1), el riesgo de orientación suicida alto es el que tiene el mayor porcentaje (3,98%; n = 9).

Tabla 15. Distribución porcentual del nivel de riesgo de orientación suicida, según el sexo, la edad, el grado y el estrato de los estudiantes de la Institución Educativa Fe y Alegría San José. Medellín 2023.

	Clasificación del nivel de riesgo de Orientación Suicida					
	Bajo		Moderado		Alto	
	n = 67	%	n = 87	%	n = 72	%
Sexo						
Masculino	42	43,75	39	40,63	15	15,63
Femenino	25	19,23	48	36,92	57	43,85
Edad						

10 a 14 años	40	30,30	45	34,09	47	35,61
15 a 20 años	27	28,72	42	44,68	25	26,60
Grado						
Sexto	17	7,52	13	5,75	16	7,08
Séptimo	9	3,98	19	8,41	11	4,87
Octavo	6	2,65	13	5,75	10	4,42
Noveno	12	5,31	10	4,42	14	6,19
Décimo	11	4,87	22	9,73	14	6,19
Undécimo	12	5,31	10	4,42	7	3,10
Estrato						
1	5	2,21	8	3,54	9	3,98
2	58	25,66	60	26,55	53	23,45
3	4	1,77	17	7,52	10	4,42
Sin dato	0	0,00	2	0,88	0	0,00

9.2.2. Prevalencia de depresión

La prevalencia de depresión alta en los estudiantes fue del 35,84% (n = 81), donde se resalta que con algún nivel de depresión (Moderado o Alto) se observó una prevalencia del 53,98% (n = 122) (Figura 7). Por su parte, en la clasificación por grados (Tabla 16), se encontró que los grados con mayor número de estudiantes con un nivel de depresión alta fueron sexto con un 8,85% (n = 20) y séptimo con 7,52% (n = 17) de estudiantes respectivamente.

También, cabe mencionar que el grado undécimo es donde se observaron menores porcentajes de depresión alta (3,10%; n = 7) con respecto a los demás. En cuanto a la distribución por sexo (Tabla 16), se puede observar que aproximadamente 5 de cada 10 estudiantes mujeres tienen un nivel de depresión alto, en los hombres se observó en 2 de cada 10. mientras que, aproximadamente 6 de cada 10 estudiantes hombres no presentan ningún nivel de depresión y en las mujeres 3 de cada 10. En el nivel moderado en ambos sexos se presenta aproximadamente en 2 de cada 10 estudiantes.

En cuanto a la distribución por rango de edad (Tabla 16), se pudo observar que, en el nivel alto de depresión, aproximadamente 4 de cada 10 estudiantes de 10 a 14 años lo presentan, en los de 15 a 20 años se observó en 3 de cada 10. Mientras que, en los estudiantes de 15 a 20 años 5 de cada 10 no presentan ningún nivel de depresión, y en los de 10 a 14 se observó en 4 de cada 10 aproximadamente. Finalmente, en el nivel moderado no se presenta mayor diferencia con aproximadamente 2 de cada 10 estudiantes en ambos grupos de edad. Por su parte, en la distribución por estrato (Tabla 17), se puede ver que en el uno (1) y el dos (2) predomina no tener ningún nivel de depresión (4,42%; n = 10, 37,17%; n = 84 respectivamente), mientras que en el tres (3), el nivel alto es el que tiene el mayor porcentaje (6,19%; n = 14).

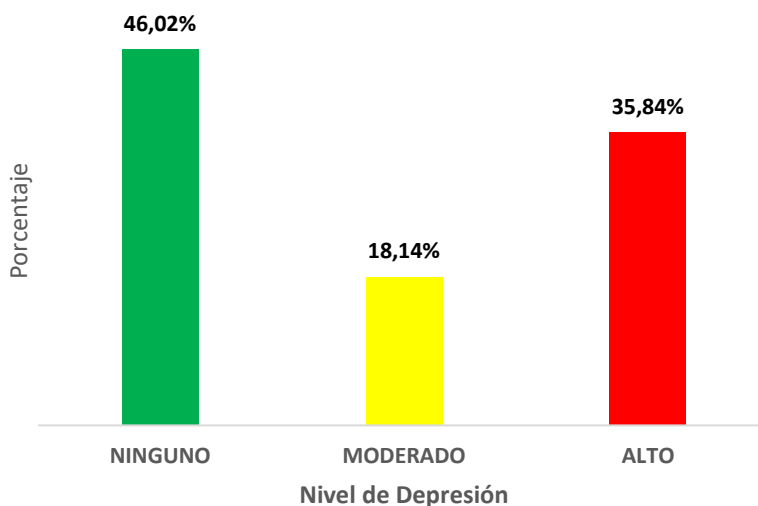


Figura 7. Distribución porcentual según el nivel de depresión de los estudiantes de la Institución Educativa Fe y Alegría San José. Medellín 2023.

Tabla 16. Distribución porcentual del nivel de depresión, según el sexo, la edad, el grado y el estrato de los estudiantes de la Institución Educativa Fe y Alegría San José. Medellín 2023.

	Clasificación del nivel de depresión					
	Ninguno		Moderado		Alto	
	n = 104	%	n = 41	%	n = 81	%
Sexo						
Masculino	59	61,46	16	16,67	21	21,88
Femenino	45	34,62	25	19,23	60	46,15
Edad						
10 a 14 años	58	43,94	21	15,91	53	40,15
15 a 20 años	46	48,94	20	21,28	28	29,79
Grado						
Sexto	19	8,41	7	3,10	20	8,85
Séptimo	16	7,08	6	2,65	17	7,52
Octavo	15	6,64	4	1,77	10	4,42
Noveno	17	7,52	6	2,65	13	5,75
Décimo	25	11,06	8	3,54	14	6,19
Undécimo	12	5,31	10	4,42	7	3,10
Estrato						
1	10	4,42	5	2,21	7	3,10
2	84	37,17	28	12,39	59	26,11
3	9	3,98	8	3,54	14	6,19
Sin dato	1	0,44	0	0,00	1	0,44

9.3 Consumo de sustancias de los estudiantes de la Institución Educativa Fe y Alegría San José

Haciendo énfasis en el consumo de sustancias psicoactivas, según el sexo (Tabla 17), se puede observar que de los 109 estudiantes que consumen, el 57,80% (n = 63) son mujeres y el 42,20% (n = 46) restante son hombres. En cuanto a los estudiantes que participaron en la encuesta y nunca han consumido en su vida, se halló que el 57,26% (n

= 67) son mujeres y el 42,74% (n = 50) son hombres. Con estos resultados se puede confirmar que la población predominante es la del género femenino.

Tabla 17. Consumo de sustancias psicoactivas con respecto al sexo. Institución Fe y Alegría San José, Medellín, 2023.

Sexo	Consumo de sustancias psicoactivas				Total
	Si		No		
	n	%	N	%	
Mujer	63	57,80	67	57,26	130
Hombre	46	42,20	50	42,74	96
Total	109	100,00	117	100,00	226

En cuanto al consumo de sustancias psicoactivas según el estrato, se encontró que el estrato en el que reside el mayor número de adolescentes escolarizados que consumen es el 2, con un 77,98% (n = 85); seguido por el estrato 3, con un 13,76% (n = 15); luego, el estrato 1 con un 7,34% (8); cabe mencionar que hubo un estudiante que consume pero no respondió a que estrato pertenecía, este se lleva el 0,92%. Se podría decir que la mayoría de los estudiantes que consumen una o varias sustancias psicoactivas residen en un barrio con escasez de ciertos recursos, sin embargo, esto no es un impedimento para tener acceso a drogas.

Por otro lado, se puede observar (Tabla 18) que de los 109 estudiantes que dicen haber consumido una sustancia psicoactiva por lo menos alguna vez en la vida, el 79,82% (n = 87) afirmó haber iniciado el consumo de una o varias de estas sustancias con las bebidas alcohólicas, sustancia que es consumida generalmente por estos en una edad promedio de 11,70 años; seguida por el cigarrillo, con el cual el 12,84% (n = 14) de los escolarizados iniciaron el consumo y el cual frecuentan en una edad promedio de 10,88; luego, está la marihuana con un 5,50% (n = 6), la edad promedio de consumo de esta droga es de 13,12; por último, el 1,83% (n = 2) de los estudiantes admitió haber probado como primera vez la cocaína, sustancia que es consumida en una edad promedio de 12,50.

Los estudiantes de la Institución, también asumieron en las encuestas que consumen tussi, aproximadamente desde los 13 años y vaporizadores desde los 14. Llama la atención que, desde los 5 años de edad, los escolarizados están fumando cigarrillo y desde los 8 están ingiriendo bebidas alcohólicas y consumiendo cocaína. También, se puede observar que, en esta Institución, por lo menos los 226 estudiantes que respondieron la encuesta, nunca en su vida han consumido inhalables (gasolina, pegante, etc.), bazuco, éxtasis y heroína.

Tabla 18. Sustancias psicoactivas consumidas por primera vez en la vida por los adolescentes de la Institución Fe y Alegría San José, Medellín, 2023.

Sustancia	Sustancia consumida por primera vez en la vida		Edad	
	n	%	Edad mínima en la cual empieza el consumo	Edad promedio de consumo
Cigarrillo	14	12,84	5	10,88

Bebidas alcohólicas	87	79,82	8	11,70
Marihuana	6	5,50	11	13,12
Tranquilizantes	0	0,00	13	14,33
Inhalables	0	0,00	N.C	N.C*
Cocaína	2	1,83	8	12,50
Bazuco	0	0,00	N.C*	N.C*
Éxtasis	0	0,00	N.C*	N.C*
Heroína	0	0,00	N.C*	N.C*
Tussi	0	0,00	12	13,33
Vaper	0	0,00	13	14,16
Total	109	100		

*N.C = No Consume

Por otro lado, el cuestionario de sustancias habla sobre las experiencias con las bebidas alcohólicas, como podemos ver (Tabla 19), el 67,89% (n = 74) de los escolarizados afirma que puede parar fácilmente de beber después de uno o dos tragos, a diferencia del 19,27% (n = 21) que dice no poder hacerlo. Con respecto a los accidentes de tránsito que los estudiantes han tenido tanto como peatones como conductores bajo los efectos de esta sustancia, solo el 4,59% (n = 5) afirma haberlos tenido, mientras que el 82,57% (n = 90) lo niega. Referente a si los estudiantes han tenido otro tipo de accidente por causa de esta sustancia, el 7,34% (n = 8) respondió que sí, a diferencia del 79,82% (n = 87) que dijo que no. En cuanto a si bajo los efectos de esta sustancia el adolescente ha sido herido o ha herido a otras personas, el 8,26% (n = 9) respondió que sí y el 78,90% (n = 86) dice que no. Cabe mencionar que el 12,84% (n = 14) de los estudiantes que consume alguna sustancia psicoactiva, no respondió estas preguntas.

Tabla 19. Experiencia con bebidas alcohólicas según los adolescentes de la Institución Fe y Alegría San José, Medellín, 2023.

Motivo	Experiencia con bebidas alcohólicas					
	Sí		No		Sin dato	
	n	%	n	%	n	%
Parar fácilmente de beber después de uno o dos tragos	74	67,89	21	19,27	14	12,84
Ha tenido accidentes de tránsito como peatón o conductor bajo los efectos de bebidas alcohólicas	5	4,59	90	82,57	14	12,84
Ha tenido algún otro tipo de accidente bajo los efectos de bebidas alcohólicas (caídas, fracturas, quemaduras, etc.)	8	7,34	87	79,82	14	12,84
Ha sido herido o ha herido a otras personas bajo los efectos de bebidas alcohólicas	9	8,26	86	78,90	14	12,84

Ahora, haciendo énfasis en las respuestas de los 226 estudiantes que llenaron la encuesta, se encontró que la mayoría de los escolarizados que no ha consumido algún tipo de droga en la vida es porque nunca ha sentido la necesidad. Además, el 57,96% (n = 131) de estos tiene por lo menos una persona cercana que consume alguna sustancia

psicoactiva, mientras que el 33,63% (n = 76) no tiene a nadie en su entorno cercano que lo haga y el 8,41% (n = 19) no respondió.

Los resultados de las encuestas muestran que los familiares de los adolescentes consumen todo tipo de sustancias psicoactivas, sin excepción alguna, siendo el cigarrillo y las bebidas alcohólicas las sustancias más consumidas, a diferencia de la heroína, el éxtasis y los inhalables que son las que menos consumen.

Por otro lado, se puede observar (Tabla 20) que la sustancia psicoactiva que mayor prevalencia tiene durante todos los periodos de tiempo son las bebidas alcohólicas. También, se puede ver que las prevalencias con respecto a los inhalables, el bazuco, el éxtasis y la heroína se mantienen en un 0 constante, ya que entre los adolescentes escolarizados que fueron encuestados nunca se ha dado el consumo de estas. Llama la atención que en el último año ha sido mayor el consumo de marihuana que de cigarrillo.

Tabla 20. Prevalencias de sustancias psicoactivas consumidas por los adolescentes de la Institución Fe y Alegría San José, Medellín, 2023.

Sustancia	Consumo último mes		Consumo último año		Consumo alguna vez en la vida	
	n	Prevalencia	n	Prevalencia	n	Prevalencia
Cigarrillo	7	3,10	2	0,88%	21	9,29
Bebidas alcohólicas	30	13,27	40	17,70	93	41,15
Marihuana	8	3,54	6	2,65	19	8,41
Tranquilizantes	1	0,44	2	0,88	8	3,54
Inhalables	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Cocaína	0	0,00	2	0,88	5	2,21
Bazuco	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Éxtasis	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Heroína	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Tussi	2	0,88	1	0,44	4	1,77
Vaper	2	0,88	3	1,33	5	2,21

Por otra parte, de los 109 estudiantes que consumen sustancias psicoactivas, el 19,26% (n = 21) afirma que le gustaría dejar de consumir una o varias de estas y el 12,94% (n = 14) dice haber estado en tratamiento para intentar dejarlas. Adicionalmente, según el 39,45% (n = 43) de los estudiantes, la droga más difícil de conseguir es la heroína y según el 58,72% (n = 64) la más fácil de adquirir son las bebidas alcohólicas.

Según los adolescentes escolarizados de la Institución Fe y Alegría San José (Figura 8), el 45,87% (n = 50) de los 109 estudiantes que consumen una o varias sustancias psicoactivas, afirma que lo hace para divertirse; el 19,27% (n = 21) dice que consume para escapar de los problemas; el 5,50% (n = 6) dice que lo hace para sentirse bien con su gente; el 2,75% (n = 3) consume para superar la timidez y el 1,83% (n = 2) lo hace porque cree que así hace mejor las cosas. Cabe resaltar que el 24,77% no respondió esta parte de la encuesta.

También, se halló (Figura 9) que el principal motivo que llevó a los estudiantes a probar alguna sustancia psicoactiva fue la curiosidad con 52,29% (n = 57); seguido de un 13,76% que lo hizo para disminuir preocupaciones o por diversión; luego, un 1,83% por darle

gusto a otros; finalmente, un 0,92% para superar la timidez. Cabe mencionar que el 17% de los estudiantes encuestados que consumen no respondieron esta parte de la encuesta.

Haciendo referencia a las Figuras 8 y 9, se podría decir que la mayoría de adolescentes escolarizados de la Institución Fe y Alegría, San José, Medellín, que han consumido por lo menos una vez en su vida, lo han hecho por curiosidad y lo siguen haciendo en la actualidad por diversión, es decir, usan las sustancias psicoactivas como método de entretenimiento.

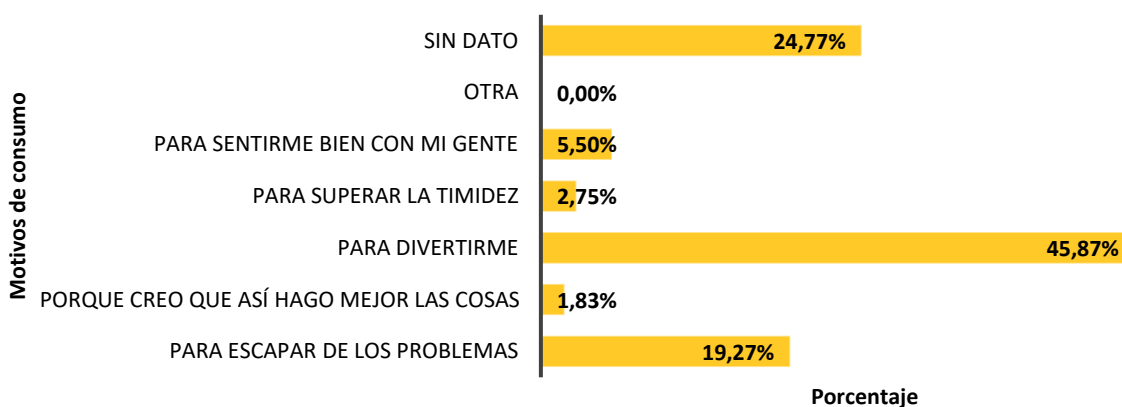


Figura 8. Porcentaje del motivo principal por el cual los estudiantes consumen alguna sustancia psicoactiva. Institución Fe y Alegría San José, Medellín, 2023.

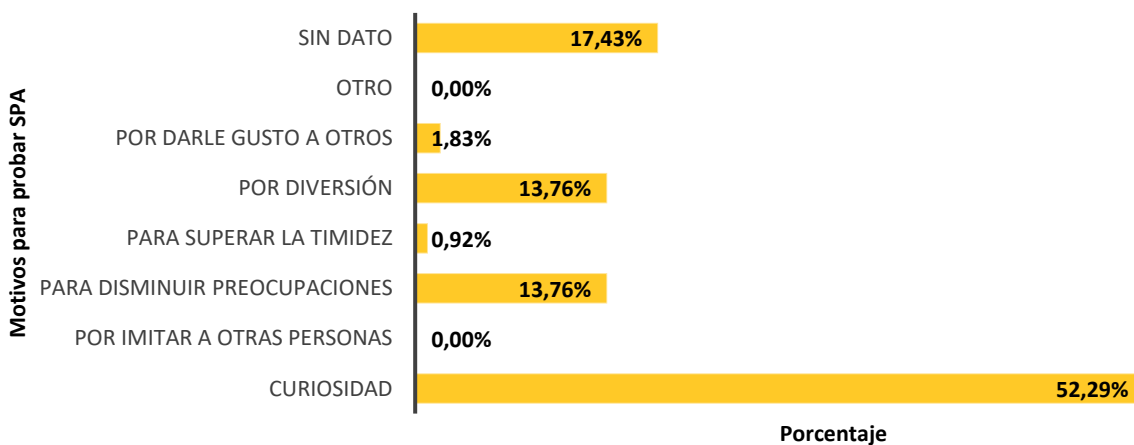


Figura 9. Porcentaje del motivo principal que llevó a los estudiantes a probar alguna sustancia psicoactiva. Institución Fe y Alegría San José, Medellín, 2023.

9.4 Niveles de resiliencia de los estudiantes de la Institución Educativa Fe y Alegría San José

Con respecto a la resiliencia (Figura 10), se pudo observar que el 69,47% (n = 157) de los estudiantes tienen una resiliencia entre media y alta. En cuanto a la clasificación por grados (Tabla 21), se encontró que el grado décimo es el que tiene mayor porcentaje en resiliencia media – alta con un 14,60% (n = 33) de los estudiantes, seguido por el grado sexto con un 13,72% (n = 31). Es importante resaltar que el único grado que no puntuó para resiliencia alta fue el grado undécimo (0 estudiantes).

Referente a la distribución por sexo (Tabla 21), en este caso, se halló que las mujeres presentan mejores cifras que los hombres. Por ejemplo, en la resiliencia alta 1 de cada 10 mujeres la presentan, mientras que en los hombres se aproxima más a 0 (2,08%) de cada 10, pero en los otros dos niveles, baja (3 de cada 10) y media (6 de cada 10) no se presentan diferencias en ambos sexos.

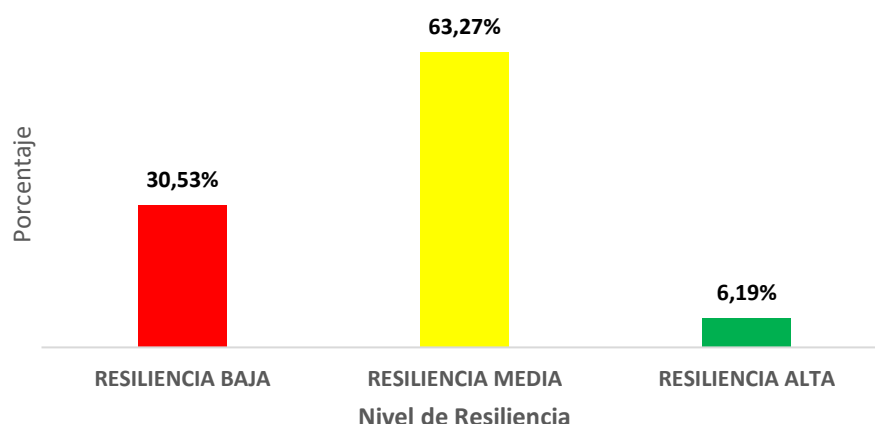


Figura 10. Distribución porcentual según el nivel de resiliencia de los estudiantes de la Institución Educativa Fe y Alegría San José. Medellín 2023.

En cuanto a la distribución por rango de edad (Tabla 21), se pudo observar que, solo en el nivel de resiliencia alta hay una pequeña diferencia, en donde, aproximadamente 1 de cada 10 estudiantes de 10 a 14 años lo presenta, en los de 15 a 20 años se observó en el 4,26%, que no alcanza a puntuar ninguna cifra por cada 10 estudiantes de dicho grupo etario. Mientras que, en los niveles de resiliencia baja (3 de cada 10) y moderada (6 de cada 10) no hay diferencia para ambos rangos de edad. En la distribución por estrato (Tabla 21) se puede ver que, en todos los estratos predomina el nivel de resiliencia media (6,19%; n = 14, 46,90%; n = 106, 9,13%; n = 22 respectivamente), pero también cabe destacar que, en el estrato uno (1) no hay registro en el nivel de resiliencia alta.

Tabla 21. Distribución porcentual del nivel de resiliencia, según el sexo, la edad, el grado y el estrato de los estudiantes de la Institución Educativa Fe y Alegría San José. Medellín 2023.

	Clasificación del nivel de Resiliencia					
	Baja		Media		Alta	
	n = 69	%	n = 143	%	n = 14	%
Sexo						
Masculino	35	36,46	59	61,46	2	2,08
Femenino	34	26,15	84	64,62	12	9,23

Edad						
10 a 14 años	39	29,55	83	62,88	10	7,58
15 a 20 años	30	31,91	60	63,83	4	4,26
Grado						
Sexto	15	6,64	28	12,39	3	1,33
Séptimo	13	5,75	20	8,85	6	2,65
Octavo	8	3,54	20	8,85	1	0,44
Noveno	10	4,42	24	10,62	2	0,88
Décimo	14	6,19	31	13,72	2	0,88
Undécimo	9	3,98	20	8,85	0	0,00
Estrato						
1	8	3,54	14	6,19	0	0,00
2	53	23,45	106	46,90	12	5,31
3	7	3,10	22	9,73	2	0,88
Sin dato						

9.5 Asociación del riesgo de orientación suicida con las variables socio demográficas y familiares, los trastornos de salud mental y los niveles de resiliencia

En cuanto al Modelo Multivariado (Regresión Logística Binaria), las Variables candidatas, de las sociodemográficas, a ingresar al modelo, después de haber analizado los valores de Chi² de independencia y su respectivo valor p (Tabla 22), son: Sexo (6,618e-05) y Estrato (0,294), este último ingresa al modelo (Aunque no cumpla con el criterio de Hosmer-Lemeshow $P < 0,25$) porque el estrato 2 (0,0196) tiene un valor $p < 0,05$. Y las variables que salen del modelo son: Edad (0,7977), Grado (0,294), Barrio (0,3381) e Hijos (0,5567) al no cumplir el mismo criterio.

Tabla 22. Resultados Modelos Simples, variables sociodemográficas de los estudiantes de la Institución Educativa Fe y Alegría San José. Medellín 2023.

	Orientación Suicida			OR	Chi²	Valor P
	Si	No	Total			
Sexo						
Masculino	54	42	96	1		
Femenino	105	25	130	3,27 (1,8,5,92)	15,917	6,618e-05 *
Total	159	67	226			
Edad						
10-15 Años	92	40	40,71	1		
15-20 Años	67	27	29,65	1,08 (0,6,1,93)	0,065682	0,7977
Total	159	67				
Grado						
Sexto	29	17	46	1		

Séptimo	30	9	39	1,95 (0,75,5,08)	1,9150	0,1664
Octavo	23	6	29	2,25 (0,76,6,61)	2,2136	0,2184
Noveno	24	12	36	1,17 (0,47,2,93)	0,1160	0,7334
Décimo	36	11	47	1,92 (0,78,4,73)	2,0290	0,1543
Undécimo	17	12	29	0,83 (0,32,2,15)	0,1467	0,7017
Total	159	67	226			
Barrio						
Robledo	26	7	33	1		
Aures	43	17	60	0,68 (0,25,1,86)	0,5639	0,4527
Villa Sofía	89	41	130	0,58 (0,23,1,46)	1,3508	0,2451
N/A	1	2	3	-	-	-
Total	159	67	226			
Estrato						
3	27	4	31	1		
2	113	58	171	0,29 (0,1,0,86)	5,4481	0,0196 *
1	17	5	22	0,5 (0,12,2,14)	0,8809	0,3479
N/A	2	0	2	-	-	-
Total	159	67	226			
Hijos						
Si	3	0	3	1		
No	156	67	223	0 (0,Inf)	1,2812	0,5567
Total	159	67	226			

Por su parte, las Variables candidatas, de los trastornos de salud mental, a ingresar al modelo, después de haber analizado los valores de Chi² de independencia y su respectivo valor p (Tabla 23), son: Función Familiar, Depresión y Resiliencia. La única variable que no ingresa al modelo es la de Consumo de sustancias (0,334) al no cumplir el criterio de Hosmer-Lemeshow ($p < 0,25$).

Tabla 23. Resultados Modelos Simples, variables de los trastornos mentales de los estudiantes de la Institución Educativa Fe y Alegría San José. Medellín 2023.

	Orientación Suicida			OR	Chi ²	Valor P
	Si	No	Total			
Función Familiar						
Buena Función	25	30	55	1		
Disfunción Leve	47	24	71	2,35 (1,14,4,85)	5,4449	0,0196 *
Disfunción Moderada	40	11	51	4,36 (1,86,10,24)	12,1328	0,0005 *
Disfunción severa	47	2	49	28,2 (6,22,127,79)	30,9792	0,0000 *
Total	159	67	226			
Depresión						

Ninguno	47	57	104	1		
Moderado	35	6	41	7,07 (2,74,18,26)	19,3157	0,0000 *
Alto	77	4	81	23,35 (7,95,68,52)	51,2398	0,0000 *
Total	159	67	226			
Resiliencia						
Resiliencia baja	31	38	69	1		
Resiliencia Media	114	29	143	4,82 (2,58,9,01)	26,0649	0,0000 *
Resiliencia Alta	14	0	14	-	-	-
Total	159	67	226			
Consumo de Sustancias						
No	79	38	117	1		
Si	80	29	109	1,33 (0,75,2,36)	0,93323	0,334
Total	159	67				

Después de conocer las variables candidatas a ingresar al modelo, se ingresan según el orden del Akaike (Tabla 24). Se tiene como novedad que al ingresar la variable Estrato, en el orden establecido, pierde significancia ($p = 0,176$) y sale para el modelo final.

Tabla 24. Orden de Akaike.

Variable	Akaike	Ranking
Depresión	215,21	1
Funcionamiento Familiar	244,52	2
Resiliencia	245,16	3
Sexo	262,86	4
Estrato	274,47	5

Los resultados del modelo de regresión logística (Tabla 25), teniendo en cuenta el OR ajustado, indican que tener depresión alta en adolescentes escolarizados (6° a 11°) es un factor que incrementa el riesgo de orientación suicida en 10,86 veces, en comparación con los que no tienen ningún nivel de depresión, de igual forma tener una depresión moderada aumenta el riesgo de orientación suicida en 5,13 veces en comparación con el mismo.

En cuanto al funcionamiento familiar se puede observar que los adolescentes con una disfunción familiar severa, presentan un incremento del riesgo de orientación suicida 7,26 veces en comparación con los que tienen una buena función familiar. Respecto al sexo, se encontró que ser mujer aumenta el riesgo de orientación suicida en 1,32 veces más en comparación a ser hombre.

Finalmente se pudo observar que la resiliencia media es un factor que incrementa el riesgo de orientación suicida en 2,32 respecto a los adolescentes que tienen un nivel de resiliencia baja; dejando así claro que la resiliencia baja y media, según el modelo estadístico multivariado (regresión logística binaria), no son factores protectores frente a los trastornos de salud mental estudiados en los adolescentes de la institución educativa.

Tabla 25. Modelo Final Multivariado. Variables de los estudiantes de la Institución Educativa Fe y Alegría San José. Medellín 2023.

Variabes	P	ORC (95%IC)	ORA (95%IC)
Depresión			
Moderado	0,00137*	7,07 (2,74,18,26)	5,13 (1,88,13,97)
Alto	5,87e-05*	23,35 (7,95,68,52)	10,86 (3,39,34,78)
Funcionamiento Familiar			
Disfunción Leve	0,07793	2,35 (1,14,4,85)	2,17 (0,92,5,15)
Disfunción Moderada	0,16760	4,36 (1,86,10,24)	2,11 (0,73,6,08)
Disfunción Severa	0,02046*	28,2 (6,22,127,79)	7,26 (1,36,38,82)
Resiliencia			
Resiliencia Media	0,03946*	4,82 (2,58,9,01)	2,25 (1,04,4,88)
Resiliencia Alta	-	-	-
Sexo			
Femenino	0,02271*	3,27 (1,8,5,92)	2,32 (1,12,4,77)

- **Prueba de bondad de ajuste HL:** Dado a que el valor de p (0,6718) > 0,05, se acepta la hipótesis nula, lo que indica que no existen evidencias significativas para decir que las probabilidades observadas son diferentes a las probabilidades esperadas.
- **Análisis de colinealidad:** Dado que las variables presentan valores de: Depresión: 1,065652, Función Familiar: 1,204069, Resiliencia: 1,150423 y Sexo: 1,024258; se concluye que no hay problemas de colinealidad, ya que los factores de inflación entre las variables son menores de 10 y mayores de 0,1.
- **Valores predichos o pronosticados:** Las probabilidades son muy cercanas a 1 de tener Orientación Suicida con las características del modelo.
- **Diferentes coeficientes de determinación (R² de Nagelkerke):** La depresión moderada y alta, la disfunción familiar severa, la resiliencia media y el sexo femenino explican la variable orientación suicida en un **46,76%** y el **32,90%** lo explican las otras variables no consideradas.
- **Medidas basadas en la tabla de clasificación:** En el **79,20%** de los casos el modelo pronostica acertadamente si un estudiante tiene o no orientación suicida.

10. Discusión

Este estudio se realizó con 226 adolescentes escolarizados con edades entre los 10 y 20 años, y tiene como objetivo principal establecer el riesgo de orientación suicida según la prevalencia de los trastornos de salud mental, con niveles de resiliencia y las características socio demográficas y familiares en los estudiantes participantes. Con los resultados del estudio se pudo observar:

En cuanto a las características socio demográficas y familiares de los estudiantes, se observó como datos relevantes, que la mayoría de los participantes eran mujeres (57,52%), y alumnos que pertenecían al estrato 2 (75,66%). Prevalencias como estas, son similares a las que arrojaron estudios realizados en la ciudad de Medellín en adolescentes escolarizados, en Toro et al. (81) las mujeres representaban el 50,30% y pertenecían al estrato 2 el 46,90%; y según Paniagua et al. (2), el 52,00% eran mujeres, y el 38,60% los alumnos que pertenecían al estrato 2, esto concuerda con los datos del DANE para 2022, donde se puede ver que el 53,10% de los inscritos para educación básica y media fueron mujeres (82).

Respecto al funcionamiento familiar, el estudio mostró que el 75,67% de los estudiantes que participaron, tienen alguna disfunción familiar, llamando la atención que la disfunción severa representa el 21,68% de los casos; Otros estudios realizados en adolescentes escolarizados muestran magnitudes más bajas, donde, Serna et al. (83), encontró que el 46,30% de los participantes muestran alguna disfunción y entre esos, el 9,60% mostró un nivel de disfunción familiar severa, Vélez et al. (84), encontró que el 60,00% de los participantes tienen disfunción familiar, de los cuales el 7,30% corresponden a una disfunción severa. En este sentido Beck et al. (85) afirma que, la familia se constituye en un factor fundamental para la construcción de la visión de sí mismos, por lo tanto, tiene el potencial para intervenir en la génesis de perturbaciones emocionales o para promover el bienestar y el desarrollo integral de los individuos, es así como la disfunción familiar da entrada a los trastornos de salud mental.

Por otra parte, en cuanto a los trastornos de salud mental, en el presente estudio se analizó la orientación suicida, la depresión y el consumo de sustancias psicoactivas.

Frente a la orientación suicida, la cual se tuvo en cuenta como variable dependiente de la investigación, según los estudios realizados en Medellín, Toro et al. (81) señala que el 22,97% presenta orientación suicida, mientras que Paniagua et al. (2) lo observó en el 50,30% de los participantes donde el 11,30% lo presentan en un nivel alto (2); en Villa Hermosa (Tolima), en el estudio de Loba et al (86), el 52,10% de los participantes presentaron orientación suicida (moderado-alto) y de estos, el 25,70% presentan un nivel alto de orientación suicida. Estos resultados, muestran una diferencia para la orientación suicida entre el estudio del 2009 que obtuvo un 22,97% (81), frente al 70,36% obtenidos en el 2023. Así mismo, se observa incremento en el nivel alto de orientación suicida, que pasó de un 11,30% en 2014 (2) a un 31,86% en 2023. Estos datos son consistentes con lo que dice el Ministerio de Salud (87), en donde menciona que, a través de los años, ha aumentado el suicidio, convirtiéndose en la tercera causa de muerte en Colombia en el

grupo de edad de 10 a 19 años y, además, resalta el aumento progresivo de los intentos de suicidio en los grupos de 15 a 19 años.

Por su parte, en cuanto a la depresión, en Chile un estudio con 400 adolescentes, mostró una prevalencia de depresión del 39,30% (88). En Colombia, en los estudios realizados en Medellín se obtuvo una prevalencia del 52,50% (81) y 32,12% (2) respectivamente. Existen estudios adicionales en Colombia sobre la salud mental en adolescentes, reportando los siguientes resultados: En Circasia se identificaron niveles de depresión en el 55,80% (83) y en Tunja en el 36,5% (89) de los participantes. Estos resultados evidencian la presencia de depresión en los adolescentes escolarizados que participaron en los estudios; con lo cual es posible manifestar que los síntomas de la depresión no son exclusivos para el adulto y, si se observan en un niño o adolescente, no son comportamientos diseñados para llamar la atención o manipular su entorno psicosocial, como lo manifiesta Zubiría (17).

Por otra parte, en cuanto al consumo de sustancias psicoactivas (SPA), en los estudios realizados en Medellín, en la zona nororiental de la ciudad, Toro et al. (81), encontraron que el 68,70% de los participantes del estudio consumieron SPA alguna vez en la vida. Por su parte en el estudio realizado en la zona noroccidental por Paniagua et al. (2), los participantes que consumieron SPA alguna vez en la vida, representan el 69,03%. El Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Población Escolar de Colombia (87), dice que el 70,74% de los escolares declararon haber usado SPA alguna vez en la vida. A partir de estas cifras, se puede observar que las prevalencias obtenidas en el presente estudio (48,23%) son inferiores a las prevalencias de las publicaciones citadas, sin embargo, en todos los casos, cerca de la mitad de la población adolescente ha presentado consumo de SPA en algún momento de la vida, convirtiéndose en una problemática de salud pública en la ciudad de Medellín.

En cuanto a la resiliencia, en Venezuela, estado de Carabobo (90), en un estudio sobre resiliencia y salud mental, con 55 estudiantes de una unidad educativa con edades entre los 14 y 19 años, se reportó un nivel de resiliencia (media-alta) en el 85,50% de los participantes (90). Con estos resultados se podría manifestar que “Los adolescentes han acumulado necesidades y destrezas y entran velozmente a probarlas con nuevos impulsos, capacidades físicas e instrumentos cognitivos; las respuestas se basan más en la propia comprensión de lo que es una situación de peligro potencial, en la autoeficacia para responder a los riesgos y en la toma de decisiones ante los problemas” (91) y con ello, la presencia de la resiliencia media – alta.

Por otro lado, al contrastar con el estudio realizado en la ciudad de Ibagué con 21 adolescentes con edades entre 11 y 17 años, los cuales presentaban antecedentes de enfermedades de salud mental, se encontró un nivel de resiliencia en el 57,14% (92), podría decirse que, no tener algún trastorno mental lleva a que los adolescentes presenten, en su mayoría, niveles de resiliencia entre moderados y altos. Se considera que la resiliencia es un componente de la adecuada adaptación psicosocial y que se asocia con la salud mental (50).

Por último, se hace la relación con las variables sociodemográficas y familiares, la prevalencia de trastornos mentales y los niveles de resiliencia. En donde se determinó que las variables significativas eran: sexo, funcionamiento familiar, depresión y resiliencia.

Frente a lo anterior, se tienen como referentes tres estudios que relacionan el riesgo de orientación suicida con los trastornos mentales y las características sociodemográficas y familiares, todos estos realizados en el país con el mismo modelo de regresión logística. En el primero se tiene el trabajo de Toro et al. (81) realizado en la ciudad de Medellín, en donde la presencia de riesgo de orientación suicida es del 22,97% y es explicada por las variables edad, grado, funcionamiento familiar y depresión. En el segundo estudio de Paniagua et al. (2) también en la ciudad de Medellín, el riesgo de orientación suicida fue del 50,30%; en este, las variables que explican el modelo son: edad, depresión y funcionamiento familiar. Por su parte, el estudio realizado por Loba et al (86), en Villa Hermosa Tolima, se encontró que el 52,10% de los participantes presentaban riesgo de orientación suicida, siendo las variables de edad, zona de residencia, depresión y funcionamiento familiar las que explicaban el modelo.

Después de contrastar estas cuatro investigaciones, tres de ellas en la ciudad de Medellín, se puede observar que todas tienen en común la variable dependiente (Presencia o ausencia de orientación suicida), determinada por el instrumento de medición ISO-30; también, se destaca que en ninguna de las investigaciones el consumo de SPA fue una variable del modelo final.

Respecto a las variables que explican el modelo, todos coinciden en que el funcionamiento familiar y la depresión son las variables con más peso. En este estudio, la disfunción familiar aumenta el riesgo de orientación suicida 7,26 veces, por su parte en el estudio de Toro et al. (81) lo aumenta 10,08 veces, en el de Paniagua et al. (2) 2,20 veces y en el de Loba et al. (86) 1,50 veces. Con esto es posible manifestar que la disfunción familiar es una característica sociodemográfica que puede generar riesgo de orientación suicida, y por ende se convierte en un elemento a intervenir desde los diferentes aspectos de salud mental de los jóvenes escolarizados de la ciudad de Medellín.

En cuanto a la depresión, es posible decir que es una variable significativa en los cuatro estudios, a partir de encontrar que, en el presente estudio el resultado es que aumenta 10,86 veces el riesgo de orientación suicida, en el de Toro et al. (81) lo aumenta 4,30 veces, en el de Paniagua et al. (2) lo aumenta 5,40 veces y en el de Loba et al. (86) lo aumenta 6,50 veces. Teniendo en cuenta, además, que la depresión en adolescentes ha aumentado, como lo dice el Estudio Nacional de Salud Mental (2015), se hace necesario generar intervenciones colectivas que impacten el fenómeno y con ello evitar el riesgo de suicidio.

Finalmente, se puede inferir que, cuando la disfuncionalidad familiar es alta, hay mayor probabilidad de presentar sintomatología depresiva, lo que es acorde con la literatura científica actual, que muestra a la depresión como uno de los factores estrechamente relacionados con el suicidio (83).

11. Conclusiones

- La mayoría de los estudiantes encuestados presentan niveles de resiliencia media-alta, lo cual indica una capacidad moderada a alta para enfrentar y superar adversidades.
- Existe una diferencia significativa en los niveles de resiliencia entre los diferentes grados escolares, siendo los estudiantes de décimo grado los que muestran los niveles más altos. Sin embargo, es preocupante la ausencia de resiliencia alta en el grado undécimo.
- Las mujeres presentan mejores niveles de resiliencia en comparación con los hombres, lo que sugiere una mayor capacidad de adaptación y superación de situaciones difíciles.
- Se identificaron factores de riesgo asociados a la orientación suicida en los adolescentes escolarizados, como la depresión alta y la disfunción familiar severa. Estos hallazgos resaltan la importancia de la detección temprana y la intervención en casos de riesgo.
- El consumo de sustancias psicoactivas es una problemática presente en la población estudiantil, siendo más común en mujeres y en el estrato 2. Es esencial implementar programas preventivos y de apoyo dirigidos a reducir el consumo y brindar alternativas saludables.
- La falta de resiliencia alta en el grado undécimo y la alta prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas en los estudiantes y sus familiares son aspectos preocupantes que requieren atención y acciones preventivas y de intervención.
- El presente estudio ha demostrado la importancia de la resiliencia en el contexto escolar y su impacto positivo en el bienestar y el rendimiento académico de los estudiantes. A través del análisis de diversas investigaciones y la revisión de la literatura existente, se ha evidenciado que la resiliencia es una habilidad fundamental que permite a los estudiantes superar adversidades, desarrollar una mentalidad positiva y adaptarse de manera efectiva a los desafíos y cambios que enfrentan en su entorno educativo.
- Se ha encontrado que los estudiantes resilientes presentan mayor satisfacción con la escuela, mayor motivación intrínseca y una actitud positiva hacia el aprendizaje. Además, muestran una mayor capacidad para gestionar el estrés, resolver problemas y mantener una salud mental equilibrada. Estos hallazgos destacan la relevancia de fomentar la resiliencia en el ámbito escolar como una estrategia eficaz para promover el bienestar integral de los estudiantes.
- La resiliencia no solo es importante a nivel individual, sino también a nivel colectivo. Se ha observado que las escuelas que promueven un entorno favorable para el

desarrollo de la resiliencia, a través de la implementación de programas de apoyo emocional, la creación de redes de apoyo social y la enseñanza de habilidades de afrontamiento, logran generar comunidades educativas más saludables y resilientes en su conjunto.

- Estas conclusiones resaltan la necesidad de integrar en los currículos escolares programas y actividades que fomenten el desarrollo de la resiliencia en los estudiantes. Asimismo, es fundamental que los docentes y profesionales de la educación reciban formación en el área de la resiliencia, para poder brindar un apoyo adecuado y efectivo a los estudiantes.
- La resiliencia es un factor clave en el ámbito educativo que no solo influye en el rendimiento académico de los estudiantes, sino también en su bienestar y desarrollo integral. Promover la resiliencia en las escuelas es fundamental para preparar a los estudiantes para enfrentar los desafíos de la vida, fortalecer su capacidad de recuperación y empoderarlos para alcanzar su máximo potencial.
- Con respecto a las características socio-demográficas y familiares: La mayoría de los participantes en el estudio eran mujeres (57,52%) y pertenecían al estrato 2 (75,66%). La disfunción familiar fue detectada en el 75,67% de los estudiantes, siendo el 21,68% de los casos clasificados como disfunción severa. Estos resultados indican que la disfunción familiar es un factor relevante en la salud mental de los adolescentes y puede contribuir a la génesis de trastornos mentales.
- En cuanto a los trastornos de salud mental: Respecto a la orientación suicida, el 70,36% de los estudiantes presentaron algún nivel de riesgo (moderado-alto), siendo el 31,86% de ellos clasificados como nivel alto. La depresión se encontró en el 53,98% de los participantes, y se observó un aumento en comparación con estudios anteriores en la misma región. El consumo de sustancias psicoactivas se registró en el 48,23% de los participantes, lo cual sigue siendo una problemática de salud pública en la ciudad de Medellín.
- Los niveles de resiliencia: El 69,47% de los participantes presentaron niveles de resiliencia entre moderados y altos. Esto sugiere que la mayoría de los adolescentes sin trastornos mentales tienen un nivel de resiliencia adecuado, lo cual se asocia con una mejor adaptación psicosocial y salud mental.
- En cuanto a los factores relacionados con el riesgo de orientación suicida: El funcionamiento familiar y la depresión fueron variables significativas que aumentaron el riesgo de orientación suicida en los participantes. La disfunción familiar aumentó el riesgo de orientación suicida en 7,26 veces, y la depresión lo aumentó en 10,86 veces. Estos resultados son consistentes con estudios anteriores y resaltan la importancia de abordar la disfunción familiar y la depresión como factores de riesgo para la prevención del suicidio en adolescentes.

En conclusión, esta investigación resalta la relevancia de la disfunción familiar, la depresión y la prevalencia de orientación suicida en la población estudiantil. Los

resultados proporcionan información importante para el diseño de estrategias de intervención y apoyo psicosocial dirigidas a prevenir y abordar estos problemas en adolescentes escolarizados. Es fundamental promover entornos familiares saludables, identificar y tratar la depresión, y fortalecer la resiliencia en los jóvenes para prevenir riesgos de suicidio.

11.1 Recomendaciones para futuras investigaciones

- Realizar estudios transversales que permitan evaluar la evolución de los niveles de resiliencia en los estudiantes a lo largo del tiempo y su relación con otros aspectos del desarrollo psicosocial, como el impacto en el rendimiento académico de los estudiantes, así como en su satisfacción y motivación escolar. Esto ayudará a comprender cómo la resiliencia puede influir en el éxito educativo y en la trayectoria escolar de los adolescentes.
- Tener presentes otros posibles trastornos mentales comunes como la ansiedad, el déficit de atención e hiperactividad y los trastornos de conducta, para así tener más elementos a la hora de asociarlos con el riesgo de orientación suicida.
- Ampliar la investigación sobre las causas subyacentes del consumo de sustancias psicoactivas en los estudiantes, incluyendo factores individuales, familiares y sociales, para desarrollar intervenciones más precisas y efectivas.
- Profundizar en el funcionamiento familiar con otros posibles instrumentos, que ahonden en problemáticas propias de la familia, y así permitan tener más elementos para poder afirmar que es el punto de partida de una buena salud mental.

12. Bibliografía

1. Zamora AD. Una visión general sobre la investigación en Colombia de la ideación suicida y la conducta suicida [Internet] Cali: Fundación Universitaria Católica Lumen Gentium; 2022 [Consultado 2023 Ene 15] Disponible en: https://www.repository.unicatolica.edu.co/bitstream/handle/20.500.12237/2429/_V ISI%c3%93N GENERAL SOBRE INVESTIGACION COLOMBIA IDEA CI%c3%93N SUICIDA CONDUCTA SUICIDA.pdf?sequence=1&isAllowed=y
2. Paniagua RE, González CM, Rueda SM. Orientación al suicidio en adolescentes en una zona de Medellín, Colombia. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2014; 32(3): 314-321.
3. Castro D, Fuentes C, Torres C. Revisión sistemática sobre el comportamiento suicida en adolescentes y jóvenes de Chile y Colombia [Internet] Concepción: Universidad Católica de la Santísima Concepción, 2022 [Consultado 2023 Ene 15] Disponible en: <http://repositoriodigital.ucsc.cl/bitstream/handle/25022009/3193/REVISI%C3%93N%20SISTEM%C3%81TICA%20%27%27EL%20COMPORTAMIENTO%20SUICIDA%20EN%20ADOLESCENTES%20Y%20J%C3%93VENES%20DE%20CHILE%20Y%20COLOMBIA%27%27%20.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
4. Ángel CD. El suicidio en adolescentes. Una problemática de salud pública en Colombia [Internet] Calí: Fundación Universitaria Católica Lumen Gentium; 2022 [Consultado 2023 Ene 15] Disponible en: https://repository.unicatolica.edu.co/bitstream/handle/20.500.12237/2409/_SUICIDIO ADOLESCENTES UNA PROBLEM%C3%81TICA SALUD P%C3%9aBLICA COLOMBIA.pdf?sequence=1
5. Organización Mundial de la Salud. Trastornos mentales [Internet] [Consultado 2023 Ene 18] Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/mental-disorders>
6. Pan American Health Organization. Atlas of Mental Health of the Americas 2017. Washington, D.C.: PAHO; 2018.
7. Organización Panamericana de la Salud. La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas, 2018. Washington, D.C.: OPS; 2018.
8. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Boletines Estadísticos Mensuales [Internet] [Consultado 2023 Ene 18] Disponible en: <https://www.medicinalegal.gov.co/cifras-estadisticas/boletines-estadisticos-mensuales>
9. Rodríguez MR, Rincón HG, Velasco MM, Hernández CA, Ramos ML, González JA. Prevalencia de trastornos mentales en una población que demanda servicios

- de salud en una IPS de baja complejidad y su asociación con la ideación suicida la y discapacidad percibida. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública* 2012; 30(2): 141–151
10. Flores N, Perales Y, Gómez W. Depresión e ideación suicida en los adolescentes de una Institución Educativa Pública del distrito de Chongos Bajo - Perú 2014. *Ágora Rev. Cient.* 2016; 03(01): 265-274
 11. Pérez, N., & Salamanca, Y., (2017). Relación entre autoestima e ideación suicida en adolescentes colombianos. *Revista de Psicología GEPU*, 8(1): 8-21.
 12. Forero, I. Siabato, E. & Salamanca, Y. (2017). Ideación suicida, funcionalidad familiar y consumo de alcohol en adolescentes de Colombia. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 15(1), pp. 431-442.
 13. Carvajal G, Caro CV. Ideación suicida en la adolescencia: Una explicación desde tres de sus variables asociadas en Bogotá, 2009. *Colomb Med.* 2011; 42 (Supl 1): 45-56.
 14. Bedoya Cardona EY, Montaña Villalba LE. SUICIDIO Y TRASTORNO MENTAL (Suicide and Mental Disorder). *CES Psico* [Internet]. 4 de agosto de 2016 [Consultado 2023 Ene 15]; 9(2): 179-201. Disponible en: <https://revistas.ces.edu.co/index.php/psicologia/article/view/3503>
 15. Organización Panamericana de la Salud. Informe sobre la situación mundial del alcohol y la salud 2018. Resumen. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2019. (OPS/NMH/19-012). Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
 16. Clave M. Informe mundial sobre las drogas 2023 [Internet]. Unodc.org. [Consultado 2023 Ene 15]. Disponible en: https://www.unodc.org/res/WDR-2023/Special_points_S.pdf
 17. de Zubiría Samper M. Cómo prevenir la soledad, la depresión y el suicidio en niños y jóvenes: un manual para que sus hijos vivan mejor. Aguilar; 2007. ISBN 9587044932, 9789587044935. 198 páginas.
 18. Murray CJL, Lopez AD. Progress and directions in refining the Global Burden of Disease approach: a response to Williams. *Health Econ.* 2000;9(1):69.
 19. Organización Mundial de la Salud. Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Ginebra: OMS; 1946.
 20. World Health Organization. Preventing suicide: A global imperative. Geneva: WHO; 2014.
 21. Bertolote JM, Fleischmann A, De Leo D, Wasserman D. Psychiatric diagnoses and suicide: Revisiting the evidence. *Crisis.* 2004; 25(4): 147-155.

22. Mann JJ, Apter A, Bertolote J, et al. Suicidal thoughts and behaviors: The role of suicidal ideation and its clinical assessment. *J Clin Psychiatry*. 2005; 66(7): 22-26.
23. World Health Organization. Preventing suicide: A resource for media professionals. Geneva: WHO; 2017.
24. World Health Organization. Suicide prevention. Geneva: WHO; 2021.
25. Ungar M. The social ecology of resilience: Addressing contextual and cultural ambiguity of a nascent construct. *Am J Orthopsychiatry*. 2011; 81(1): 1-17.
26. Rutter M. Resilience in the face of adversity: Protective factors and resistance to psychiatric disorder. *Br J Psychiatry*. 1985; 147: 598-611.
27. Masten AS. Ordinary magic: Resilience processes in development. *Am Psychol*. 2001; 56(3): 227-238.
28. Fergus S, Zimmerman MA. Adolescent resilience: A framework for understanding healthy development in the face of risk. *Annu Rev Public Health*. 2005; 26: 399-419.
29. Lewinsohn PM, Rohde P, Seeley JR. Adolescent suicidal ideation and attempts: Prevalence, risk factors, and clinical implications. *Clin Psychol Sci Pract*. 1996; 3(1): 25-46.
30. World Health Organization. Health for the World's Adolescents: A Second Chance in the Second Decade [Internet] Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/112750>
31. Centers for Disease Control and Prevention. Suicide: Risk and Protective Factors [Internet] Disponible en: <https://www.cdc.gov/suicide/factors/index.html>
32. Pan American Health Organization. Suicide in the Americas: Regional report [Internet] Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52245/OPSIMSPHECOVID-19200028_spa.pdf?sequence=5&isAllowed=y
33. Gobbi, G., et al. Association of cannabis use in adolescence and risk of depression, anxiety, and suicidality in young adulthood: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 76(4): 426-434.
34. United Nations Office on Drugs and Crime. World Drug Report 2020 [Internet] Disponible en: <https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/world-drug-report-2023.html>

35. Pirkis, J., et al. Suicide trends in the early months of the COVID-19 pandemic: An interrupted time-series analysis of preliminary data from 21 countries. *The Lancet Psychiatry*, 8(7): 579-588.
36. Keyes, K. M., et al. Social well-being and mental health in adolescence and young adulthood: Introduction to the special issue. *Journal of Youth and Adolescence*, 46(10): 2035-2042.
37. Steinberg, L. A social neuroscience perspective on adolescent risk-taking. *Developmental Review*, 28(1): 78-106.
38. Fonseca Pedrero E, Pérez de Albéniz A. Evaluación de la conducta suicida en adolescentes: a propósito de la Escala Paykel de Suicidio. *Papeles del Psicólogo / Psychologist Papers*. 2020; 41(2): 106-115.
39. Badaracco Oscategui LM. Factores de resiliencia y riesgo suicida en adolescentes en estado de abandono. *Temát. psicol.* [Internet]. 30 de diciembre de 2013 [Consultado 2023 Ene 30]; 9(9): 35-42. Disponible en: <https://revistas.unife.edu.pe/index.php/tematicapsicologica/article/view/838>
40. Pedreira JL. Conductas suicidas en la adolescencia: Una guía práctica para la intervención y la prevención. *RPPC* [Internet]. 29 de enero de 2020 [Consultado 2023 Ene 30]; 24(3): 217-3. Disponible en: <https://revistas.uned.es/index.php/RPPC/article/view/26280>
41. Álvarez, M. & Moreno, M. Determinación de la ideación suicida en adolescentes de dos instituciones de básica secundaria. [Internet]. 2017. [Consultado 2023 Ene 30] Disponible en: <http://hdl.handle.net/20.500.12749/292>
42. Orientación suicida en adolescentes escolares de la institución educativa Jorge Portocarrero rebaza de Ventanilla, 2017 [Internet]. [Consultado 2023 Ene 30] Disponible en: <http://repositorio.uigv.edu.pe/handle/20.500.11818/2917>
43. Gómez Chamorro A. La conducta suicida como proceso [Suicidal Behavior as a Process]. *Mutatis Mutandis: Revista Internacional de Filosofía*. 2021; (16) :119-128.
44. Caballero Martínez L. Conceptos de enfermedad y trastorno mental. Clasificación. *Trastornos clínicos y de la personalidad. Problemas psicosociales. Bases etiopatogénicas de los trastornos mentales. Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*. 2007; 9(84): 5389-5395.
45. Gaviria Trespalcios J. La inimputabilidad: concepto y alcance en el código penal colombiano. *Rev Colomb Psiquiatr* [Internet] 2005 [Consultado 2023 Ene 30]; 34(1): 26-48. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502005000500005&lng=en&nrm=iso&tlng=es

46. Lastre Amell G, Gaviria García G, Arrieta Reales N. Conocimiento sobre el Consumo de Sustancias Psicoactivas en Estudiantes de Enfermería. Ciencia e Innovación en Salud [Internet]. 2013 Jun 20 [Consultado 2023 Ene 30]; 1(1). Disponible en: <https://revistas.unisimon.edu.co/index.php/innovacionsalud/article/view/84>
47. Fomento de actitudes protectoras contra las adicciones en un grupo de adolescentes de la comunidad de Málaga Durango [Internet]. 2012 Sep [Consultado 2023 Ene 30] Disponible en: <http://catalogoinsp.mx/files/tes/052711.pdf>
48. Cabanyes Truffino J. Resiliencia: una aproximación al concepto. Rev Psiquiatr Salud Ment. 2010 Oct 1; 3(4):145–51.
49. Villalba Quesada C. El concepto de resiliencia individual y familiar. Aplicaciones en la intervención social. Psychosocial Intervention [Internet]. 2003; 12(3): 283-299. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=179818049003>
50. Sanchez Acosta D et al. Salud mental de adolescentes y jóvenes víctimas de desplazamiento forzado en Colombia. CES Psicol [Internet]. 2019, vol.12, n.3, pp.1-18. ISSN 2011-3080. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S201130802019000300001&script=sci_abstract&tlng=es
51. Giaconia, R. M., Reinherz, H. Z., Silverman, A. B., Pakiz, B., Frost, A. K., & Cohen, E. (2003). Traumas and posttraumatic stress disorder in a community population of older adolescents. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 42(4), 520-528.
52. Sánchez, PT, Sirera R, Peiró G, Palmero F. ESTRÉS, DEPRESIÓN, INFLAMACIÓN y DOLOR. REME. En prensa. 2008.
53. 5. La depresión en adolescentes. Almudena García Alonso [Internet] [Consultado 2023 Ene 30] Disponible en: <https://1library.co/document/zw3o257y-la-depresion-en-adolescentes-almudena-garcia-alonso.html>
54. Bustos Vargas MP. Factores de Resiliencia en Adolescentes Residentes en un Centro de Protección de Valparaíso [Resilience Factors in Adolescents Residing in a Protection Center at Valparaíso]. Revista de Psicología - Universidad Viña del Mar. 2013; 2(4): 85-108.
55. Cómo enseñar empatía a los niños [Internet]. BBVA Aprendemos Juntos 2030. 2019 [Consultado 2023 Ene 30]. Disponible en: <https://aprendemosjuntos.bbva.com/especial/el-altruismo-nos-ayuda-a-luchar-contra-el-dolor-boris-cyrulnik/>

56. I. E. Fe y Alegría San José [Internet] [Consultado 2023 Ene 30] Disponible en: <https://www.iefeyalegriasanjose.edu.co/index2.php?id=15240&idmenutipo=13&tag=col>
57. Resolución 777 de 2021 Ministerio de Salud y Protección Social - Gestor Normativo - Función Pública [Internet] [Consultado 2023 Ene 30] Disponible en: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=163987>
58. Así Vamos en Salud. Ley 1616 de 2013 - Salud Mental [Internet] [Consultado 2023 Ene 30] Disponible en: <https://www.asivamosensalud.org/politicas-publicas/normatividad-leyes/salud-publica/ley-1616-de-2013-salud-mental>
59. VLEX. Ley Estatutaria 1751 de 2015, por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones [Internet] [Consultado 2023 Ene 30] Disponible en: <https://vlex.com.co/vid/ley-estatutaria-1751-2015-557604374#:~:text=Febrero%20de%202015-.Ley%20Estatutaria%201751%20de%202015%2C%20por%20medio%20de%20a%20cual,y%20se%20dictan%20otras%20disposiciones&text=Art%C3%ADculo%201%C2%BA%20Objeto.,establecer%20sus%20mecanismos%20de%20protecci%C3%B3n>.
60. MINSALUD. Lineamientos para la promoción y detección temprana en salud mental y epilepsia 2016 [Internet] [Consultado 2023 Ene 30] Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/lineamientos-deteccion-epilepsia.pdf>
61. Así Vamos en Salud. Indicadores en salud normatividad derechos [Internet] [Consultado 2023 Ene 30] Disponible en: <https://www.asivamosensalud.org/>
62. Bañol Alarcon S. Protocolo de Promoción y Prevención de la Salud Mental en el Marco de las Zonas de Orientación Universitaria para Adolescentes y Jóvenes de la Universidad de los Llanos, Sede San Antonio y Barcelona. [Internet]. Universidad de los Llanos, 2017; 2017 [Consultado 2023 Ene 30] Disponible en: <https://repositorio.unillanos.edu.co/handle/001/488>
63. GOV. Resolución 777 de 2021 Ministerio de Salud y Protección Social [Internet] [Consultado 2023 Ene 30] Disponible en: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=163987>
64. Suarez Cuba Miguel A., Alcalá Espinoza Matilde. APGAR Familiar: una herramienta para detectar disfunción familiar. Rev. Méd. La Paz [Internet]. 2014 [Consultado 2023 Mar 7]; 20(1): 53-57. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582014000100010&lng=es

65. Alvarado Bestene J. Introducción a la clínica [Internet] Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana; 2003. Disponible en: <https://isbn.cloud/9789586835695/introduccion-a-la-clinica/>
66. Convenio Secretaría Distrital de Salud – Fondo de Población de Naciones Unidas, UNFPA. Protocolo para el abordaje integral de la violencia sexual desde el Sector Salud [Internet] Bogotá; 2008. Disponible en: http://fapp.saludcapital.gov.co/estadisticos/pai/BASES/DOCUMENTOS%20PAI/S TAN%20MULTIMEDIA/protocolo_para_el_abordaje.pdf
67. Guzmán M. COMPARACIÓN DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR CON APGAR FAMILIAR Y TEST DE VIRGINIA SATIR EN MÉDICOS RESIDENTES DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO 28 GABRIEL MANCERA [Internet] D.F México: Universidad Nacional Autónoma de México; 2009. Disponible en: <https://es.studenta.com/content/111392253/comparacion-de-la-funcionalidad-familiar-con-apgar-familiar-y-test-de-virginia-s>
68. Arango-Tobón OE, Gómez Tabares AS, Serrano SJO. Structural Model of Suicidal Ideation and Behavior: Mediating Effect of Impulsivity. An Acad Bras Cienc [Internet]. 2021 Nov 22 [Consultado 2023 Mar 17]; 93: e20210680. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/aabc/a/DtpJzjqMpsRf99LGZkjVYNh/abstract/?lang=en>
69. Londoño BE. Consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes escolarizados de la zona nororiental Medellín, 2006. [Internet] 2007 [Consultado 2023 Mar 17]. Disponible en: https://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstream/10495/30659/1/Londo%C3%B1oBeatriz_2007_ConsumoPsicoactivasAdolescentes.pdf
70. Tobón Marulanda F.A, López Giraldo L.A, Ramírez Villegas J.F. Características del estado de salud mental de jóvenes en condiciones vulnerables. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2013 Sep [Consultado 2023 Mar 17]; 39(3): 462-473. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662013000300005
71. CDC. Marihuana y Salud Pública [Internet] [Consultado 2023 Mar 17] Disponible en: <https://www.cdc.gov/marijuana/es/index.html>
72. Londoño BE. Consumo de sustancias psicoactivas y algunos indicadores en salud mental en adolescentes escolarizados del municipio de Marinilla 2015 – 2016 [Internet] 2018 [Consultado 2023 Mar 17]. Disponible en: <https://es.studenta.com/content/116751232/londo-ao-beatriz-2018-indicadores-psicoactivas-adolescentes>
73. Alvarán López SM, Rueda Ramírez SM, Vieco GF, Gaviria Bedoya JA. Validación del instrumento JJ63 para la medición de resiliencia en niños y adolescentes escolarizados en cinco instituciones públicas de Antioquia [Internet] Antioquia:

- Universidad de Antioquia; 2022 [Consultado 2023 Mar 17] Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8529841>
74. Rocha Rodríguez MR. Determinación de Riesgo Suicida en un grupo de adolescentes con alta vulnerabilidad. *Parainfo Digital*. 2021; (33): e33082d. [Consultado 2023 Mar 17] Disponible en: <http://ciberindex.com/c/pd/e33082d>
75. Posada Isaza C, Rúa Puerta CM. Validación del instrumento Children's Depression Inventory (CDI) para detección de sintomatología depresiva en adolescentes [TG]. [Madelin - Colombia]: Universidad de Antioquia; 1996.
76. Chitarroni H. La regresión logística. *Psicothema*, 12(2), 248–252. [Consultado 2023 Mar 17] Disponible en: <https://racimo.usal.edu.ar/83/1/Chitarroni17.pdf>
77. Martínez D, Albín J, Cabaleiro J, Pena T, Rivera F, Blanco V. El criterio de información de Akaike en la obtención de modelos estadísticos de Rendimiento. *ResearchGate*. 2009; 439-444. [Consultado 2023 Mar 17] Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Tomas-Pena/publication/236279245_El_criterio_de_informacion_de_Akaike_en_la_obtencion_de_modelos_estadisticos_de_Rendimiento/links/58904fa3aca272bc14be3600/El-criterio-de-informacion-de-Akaike-en-la-obtencion-de-modelos-estadisticos-de-Rendimiento.pdf
78. Cerda J, Vera C, Rada G. Odds ratio: aspectos teóricos y prácticos. *Rev. méd. Chile* [Internet]. 2013 Oct [Consultado 2023 Mar 17]; 141(10): 1329-1335. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872013001000014&script=sci_arttext
79. WMA. Declaración de Helsinki de la AMM – principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos [Internet] 2018 [Consultado 2023 Mar 17]. Disponible en: <https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
80. Resolución número 8430 de 1993. Ministerio de Salud y Protección Social - Gestor Normativo - Función Pública [Internet] [Consultado 2023 Mar 17] Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>
81. Toro DC, Paniagua RE, González CM, Montoya B. Caracterización de adolescentes escolarizados con riesgo de suicidio, Medellín, 2006. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública* 2009; 27(3): 302-308.
82. DANE. Boletín técnico: Educación formal [Internet] [Consultado 2023 May 20] Disponible en: <https://www.dane.gov.co/files/operaciones/EDUC/bol-EDUC-2022.pdf>

83. Serna Arbeláez D, Terán Cortés C.Y, Vanegas Villegas A.M, Medina Pérez Ó.A, Blandón Cuesta O. M, Cardona Duque D.V. Depresión y funcionamiento familiar en adolescentes de un municipio de Quindío, Colombia. Rev haban cienc méd [Internet]. 2020 Oct [Consultado 2023 May 20]; 19(5): e3153. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2020000600016
84. Vélez A.C, Betancurth L.D.P. Funcionalidad familiar y dimensiones afectivas en adolescentes escolarizados. Caldas-Colombia, 2013-2014. Investigaciones Andina [Internet]. 2016;18(33):1751-1766. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=239053104010>
85. Beck A, Rush J, Shaw B, Emery G. Terapia cognitiva de la depresión. 20 ed. Bilbao: Desclée de Brouwer; 2012.
86. Loba NJ, Morales DF. Perfil de orientación al suicidio en adolescentes escolarizados. Villahermosa - Tolima, 2013. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2016; 34(1): 96-104.
87. UNODC. Estudio Nacional de consumo de sustancias psicoactivas en población escolar - Colombia (2016) [Internet] [Consultado 2023 May 20] Disponible en: https://www.unodc.org/documents/colombia/2018/Junio/CO03142016_estudio_consumo_escolares_2016.pdf
88. MEDwave. Reconocimiento de trastornos de salud mental en adolescentes escolarizados en Chile: estudio descriptivo [Internet] [Consultado 2023 May 20] Disponible en: <https://www.medwave.cl/investigacion/estudios/7617.html>
89. López Vega J.M, Amaya Gil M.K, Salamanca Camargo Y, Caro Castillo J.D. Relación entre psicopatologías e ideación suicida en adolescentes escolarizados de Colombia. Psicogente. 2020;23(44):189-206. Epub Jun 09, 2020. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-01372020000200189
90. Márquez M. La resiliencia como factor protector de salud mental en adolescentes de una unidad educativa de valencia, estado Carabobo [Internet] [Consultado 2023 May 20] Disponible en: <http://mriuc.bc.uc.edu.ve/handle/123456789/5745>
91. Guillén de Maldonado R. Resiliencia en la adolescencia. Rev. bol. ped. [Internet]. 2005 Ene [Consultado 2023 May 20]; 44(1): 41-43. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-06752005000100011
92. Oviedo Tovar N, Sánchez Ramírez L, Quintero Padilla A, Agredo Morales J, Latorre Arias N. Resiliencia como factor protector para mitigar el parasuicidio en los adolescentes de Ibagué, Colombia. IPSA Scientia rev. cient. multidiscip. [Internet]. 26 de diciembre de 2021 [Consultado 2023 May 20]; 6(4) :60-8. Disponible en: <https://latinjournal.org/index.php/ipsa/article/view/1128>

13. Anexos

Anexo 1. Encuesta aplicada a los estudiantes

EVALUACIÓN DE SALUD MENTAL Y RESILIENCIA DE LOS ALUMNOS DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA FE Y ALEGRÍA SAN JOSÉ, MEDELLÍN 2023



AMIGO(A) ESTUDIANTE

La Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia, adelanta un estudio para conocer el estado de la salud integral de los estudiantes de tu colegio, con el fin de identificar las condiciones que tienen mayor riesgo de afectar tu salud mental y así poder fortalecer la toma de decisiones y obtener posibles estrategias para rediseñar, implementar y fortalecer las políticas institucionales que te favorecerán a ti y a tus compañeros.

Te invitamos a resolver la siguiente encuesta **NO DEBES ESCRIBIR TU NOMBRE**, las respuestas son anónimas para que puedas responder con libertad y sinceridad, Los resultados serán utilizados por la Universidad de Antioquia solo con fines investigativos. No existen respuestas únicas, cualquiera que escojas debe reflejar tu manera de pensar y actuar.

Si aceptas participar en el estudio, te pedimos resolver el cuestionario de preguntas de forma completa

Agradecemos tu atención y participación en el estudio para nosotros y para tu colegio serán de gran utilidad.

LEE CUIDADOSAMENTE LAS INSTRUCCIONES PARA CADA PREGUNTA, Y MARCA CON UNA X LA RESPUESTA QUE ESCOJAS, SI TIENES DIFICULTAD LEVANTA LA MANO Y EL ENCUESTADOR TE AYUDARÁ CON GUSTO.

ASPECTOS GENERALES

1. Sexo Masculino Femenino 2. Edad: _____ años cumplidos 3. Grado _____
4. Barrio _____ 5. Estrato de la vivienda _____ 6. Tienes Hijos Sí No ¿Cuántos? _____

FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

7. Las siguientes preguntas permiten conocer de manera general el funcionamiento de tu familia. (por cada pregunta marca solo una X)

		Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
A.	Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad.	1	2	3	4	5
B.	Me satisface la participación que mi familia me brinda y permite.	1	2	3	4	5
C.	Me satisface como mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades.	1	2	3	4	5
D.	Me satisface como mi familia expresa afectos y responde a mis emociones como: rabia, tristeza, amor.	1	2	3	4	5
E.	Me satisface como compartimos en mi familia: el tiempo para estudiar juntos los espacios en la casa y el dinero.	1	2	3	4	5

CUESTIONARIO ISO-30

Instrucciones:

El propósito de este formulario es tener una idea de cómo usted ve algunas áreas importantes de su vida. Trate de ser lo más honesto que pueda sobre cómo usted ha visto las cosas en los **ÚLTIMOS SEIS MESES**, incluyendo este mes. Decida lo que crea ser cierto para usted. Ahora lea cuidadosamente cada oración y responda con rapidez.

Marque con una X el numero de la respuesta que más se ajusta a su opinión

	Seguro que estoy en desacuerdo	Generalmente estoy en desacuerdo	Generalmente estoy de acuerdo	Seguro que estoy de acuerdo	
8.	1	2	3	4	Debo ser un soñador, ya que estoy siempre esperando cosas que no resultan.
9.	1	2	3	4	Todavía hay muchas oportunidades para que yo sea feliz en el futuro.
10.	1	2	3	4	Generalmente puedo mantener la idea de que inclusive los peores sentimientos se irán con el tiempo.
11.	1	2	3	4	Cuando fracaso confío en que los que se preocupan por mí no me abandonarán.
12.	1	2	3	4	Aquellas personas que dependen de mí realmente no me necesitan para nada.
13.	1	2	3	4	Cuando estaba creciendo, me hicieron creer que la vida podía ser justa. Siento que me mintieron, ya que no es justa para nada.
14.	1	2	3	4	La mayoría de veces mi vida ha tomado los rumbos por los que la he dirigido.
15.	1	2	3	4	Debería ser capaz de hacer que los buenos momentos perduren, pero no puedo.
16.	1	2	3	4	Parece que les causo problemas a las personas cuando estoy con ellas.
17.	1	2	3	4	No creo que sea capaz de encontrar el suficiente coraje para enfrentar la vida.
18.	1	2	3	4	Todavía tengo las cualidades personales que necesito para llevar una vida feliz.
19.	1	2	3	4	Cuando me sucede algo malo, me recuerda que las esperanzas que tengo de algo mejor no son reales. Sólo me estoy engañando a mí mismo.
20.	1	2	3	4	Aun cuando me pongo realmente molesto por algo, generalmente puedo forzarme a pensar claramente si es necesario.
21.	1	2	3	4	Por lo general siento que las personas que son importantes para mí comprenden mis sentimientos bastante bien.
22.	1	2	3	4	Matarme a mí mismo significaría que finalmente he hecho que las cosas dejarán de empeorar.
23.	1	2	3	4	A menudo pienso en mi apariencia y en cómo me llevo con las personas. Cuando veo que alguien tiene lo que yo no tengo, siento que no es justo. He sido engañado.
24.	1	2	3	4	Aun cuando me siento sin esperanzas se que las cosas van a mejorar con el tiempo.
25.	1	2	3	4	Cuando mi vida no está tranquila, estoy a merced de mis sentimientos. Es como si no pudiera parar los altibajos en mis sentimientos.
26.	1	2	3	4	Siento que no pertenezco a ninguna parte
27.	1	2	3	4	Pienso en la muerte como una manera para resolver todos mis problemas.
28.	1	2	3	4	Solía pensar que podía ser alguien especial, pero ahora veo que no es verdad.
29.	1	2	3	4	Siento que todavía tengo control sobre mi vida.
30.	1	2	3	4	Cuando tengo emociones fuertes siento mi cuerpo fuera de control. Se apodera de mis estados de ánimo y tengo que aceptarlo.
31.	1	2	3	4	Cuando fracaso, quiero esconderme.
32.	1	2	3	4	Para mí, estar muerto significaría que nunca tendría que sentirme mal ni solitario otra vez.
33.	1	2	3	4	Nadie me amaría realmente, si en verdad me conocieran.
34.	1	2	3	4	Todavía es posible llegar a ser el tipo de persona que quiero ser.
35.	1	2	3	4	Nunca he sentido que he estado a punto de derrumbarme
36.	1	2	3	4	Los buenos sentimientos de las personas acerca de mí son un error. Es solo cuestión de tiempo antes de que los desilusione.
37.	1	2	3	4	Me veo a mí mismo como esperando hasta que las cosas empeoren demasiado, y luego me suicidaría.

CDI-LA

Los jóvenes algunas veces tienen distintos sentimientos e ideas. Este formulario agrupa algunos sentimientos e ideas acerca de ti mismo. De cada grupo de tres frases, escoge una que te describa mejor durante **LOS ÚLTIMOS 15 DÍAS**. No hay respuesta correcta ni equivocada. Sólo escoge la frase que mejor describa cómo te has sentido últimamente.

Coloca una [X] al lado de tu respuesta. Después de escoger la frase del primer grupo, pasa al siguiente.

38. <input type="checkbox"/> Estoy triste de vez en cuando <input type="checkbox"/> Estoy triste muchas veces <input type="checkbox"/> Estoy triste todo el tiempo	39. <input type="checkbox"/> Las cosas nunca me saldrán bien <input type="checkbox"/> No estoy seguro(a) si las cosas me van a salir bien <input type="checkbox"/> Las cosas me van a salir bien
--	--

40. <input type="checkbox"/> Hago bien la mayoría de las cosas <input type="checkbox"/> Hago muchas cosas mal <input type="checkbox"/> Todo lo hago mal	41. <input type="checkbox"/> Muchas cosas me divierten <input type="checkbox"/> Solo algunas cosas me divierten <input type="checkbox"/> Nada me divierte
42. <input type="checkbox"/> Siempre me porto mal <input type="checkbox"/> Me porto mal muchas veces <input type="checkbox"/> A veces me porto mal	43. <input type="checkbox"/> A veces pienso que algo malo me va a pasar <input type="checkbox"/> Me preocupa que me vaya a pasar cosas malas <input type="checkbox"/> Estoy seguro(a) que me van a pasar cosas terribles
44. <input type="checkbox"/> Me odio a mí mismo(a) <input type="checkbox"/> No me quiero a mí mismo(a) <input type="checkbox"/> Me quiero a mí mismo(a)	45. <input type="checkbox"/> Todas las cosas malas son mi culpa <input type="checkbox"/> Muchas cosas malas son mi culpa <input type="checkbox"/> Las cosas malas generalmente no son mi culpa
46. <input type="checkbox"/> No pienso en matarme <input type="checkbox"/> Pienso en matarme, pero no lo haría <input type="checkbox"/> Me quiero matar	47. <input type="checkbox"/> Siento ganas de llorar todos los días <input type="checkbox"/> Siento ganas de llorar muchos días <input type="checkbox"/> A veces siento ganas de llorar
48. <input type="checkbox"/> Las cosas me molestan todo el tiempo <input type="checkbox"/> Las cosas me molestan muchas veces <input type="checkbox"/> Las cosas me molestan de vez en cuando	49. <input type="checkbox"/> Me gusta estar con la gente <input type="checkbox"/> Muchas veces no quiero estar con la gente <input type="checkbox"/> Nunca quiero estar con la gente
50. <input type="checkbox"/> No puedo tomar decisiones <input type="checkbox"/> Es difícil para mí tomar decisiones <input type="checkbox"/> Es fácil para mí tomar decisiones	51. <input type="checkbox"/> Me veo bien <input type="checkbox"/> Hay algunas cosas de mi apariencia que no me gustan <input type="checkbox"/> Me veo feo(a)
52. <input type="checkbox"/> Siempre me tengo que obligar para hacer las tareas escolares <input type="checkbox"/> Muchas veces me tengo que obligar para hacer las tareas escolares <input type="checkbox"/> No tengo problema para hacer las tareas escolares	53. <input type="checkbox"/> Duermo mal todas las noches <input type="checkbox"/> Muchas noches duermo mal <input type="checkbox"/> Duermo bastante bien
54. <input type="checkbox"/> Estoy cansado(a) de vez en cuando <input type="checkbox"/> Estoy cansado(a) muchos días <input type="checkbox"/> Estoy cansado(a) todo el tiempo	55. <input type="checkbox"/> La mayoría de los días no siento ganas de comer <input type="checkbox"/> Muchos días no siento ganas de comer <input type="checkbox"/> Como bastante bien
56. <input type="checkbox"/> Los dolores y malestares no me preocupan <input type="checkbox"/> Los dolores y malestares me preocupan muchas veces <input type="checkbox"/> Los dolores y malestares me preocupan todo el tiempo	57. <input type="checkbox"/> nunca me siento solo(a) <input type="checkbox"/> Muchas veces me siento solo(a) <input type="checkbox"/> Todo el tiempo me siento solo(a)
58. <input type="checkbox"/> Nunca me divierto en la escuela <input type="checkbox"/> Solo de vez en cuando me divierto en la escuela <input type="checkbox"/> Muchas veces me divierto en la escuela	59. <input type="checkbox"/> Tengo muchos amigos <input type="checkbox"/> Tengo algunos amigos, pero me gustaría tener más <input type="checkbox"/> No tengo amigos
60. <input type="checkbox"/> Me va bien en la escuela <input type="checkbox"/> No me va bien en la escuela como antes <input type="checkbox"/> Me va muy mal en materias en las que antes me iba bien	61. <input type="checkbox"/> Nunca puedo ser tan bueno como los otros compañeros <input type="checkbox"/> Si quiero puedo ser tan bueno como los otros compañeros <input type="checkbox"/> Soy tan bueno como los otros compañeros
62. <input type="checkbox"/> Realmente no hay nadie que me quiera <input type="checkbox"/> No estoy seguro(a) si alguien me quiere <input type="checkbox"/> Estoy seguro(a) que alguien me quiere	63. <input type="checkbox"/> Casi siempre hago lo que me dicen <input type="checkbox"/> Muchas veces no hago lo que me dicen <input type="checkbox"/> Nunca hago lo que me dicen
64. <input type="checkbox"/> Me llevo bien con la gente <input type="checkbox"/> Me meto en peleas muchas veces <input type="checkbox"/> Me meto en peleas todo el tiempo	

PATRÓN DE CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

65. ¿Cuál de las siguientes sustancias fue la primera que consumió en su vida? (Marque con una X una sola respuesta)

- | | |
|---|---|
| A. <input type="checkbox"/> Cigarrillo | G. <input type="checkbox"/> Bazuco |
| B. <input type="checkbox"/> Bebidas alcohólicas (ron, vino, cerveza etc.) | H. <input type="checkbox"/> Éxtasis |
| C. <input type="checkbox"/> Marihuana | I. <input type="checkbox"/> Heroína |
| D. <input type="checkbox"/> Tranquilizantes | J. <input type="checkbox"/> Otras: ¿Cuáles? _____ |
| E. <input type="checkbox"/> Inhalables (pega, gasolina, etc.) | K. <input type="checkbox"/> Ninguna |
| F. <input type="checkbox"/> Cocaína | |

(Si no ha consumido ninguna sustancia pase a la pregunta 73)

66. Con respecto a las siguientes sustancias, cuáles de ellas usted consumió y cómo es su uso:

(marque con una X)

Edad de inicio en el consumo	SUSTANCIAS						
		El día anterior	La semana pasada.	El último mes	El último año	Consumió, pero hace un año o más que no consume	Nunca ha consumido
	Cigarrillo						
	Bebidas alcohólicas (ron, vino, cerveza etc.						
	Marihuana						
	Tranquilizantes						
	Inhalables (pega, gasolina, etc.)						
	Cocaína						
	Bazuco						
	Éxtasis						
	Heroína						
	Otras: ¿Cuáles? _____						
	Ninguna						

67. Con relación a las sustancias usted:

(marque con una X)

SUSTANCIAS			
	Quisiera dejar de consumir	Ha tenido periodos en los que ha suspendido su consumo	Ha estado en tratamiento para tener que dejar de consumirlo
Cigarrillo			
Bebidas alcohólicas (ron, vino, cerveza etc.			
Marihuana			
Tranquilizantes			
Inhalables (pega, gasolina, etc.)			
Cocaína			
Bazuco			
Éxtasis			
Heroína			
Otras: ¿Cuáles? _____			
Ninguna			

68. Razones por las cuales usted dejó de consumir algunas sustancias:

(marque con una X)

SUSTANCIAS							
	Sólo Consumió para probar	Porque no le gustó	Por problemas de salud	Por temor	Por desaprobación Social	Otra razón	Nunca he dejado de consumir
Cigarrillo							
Bebidas alcohólicas (ron, vino, cerveza etc.							
Marihuana							
Tranquilizantes							
Inhalables (pega, gasolina, etc.)							
Cocaína							
Bazuco							
Éxtasis							
Heroína							
Otras: ¿Cuáles? _____							

69. El principal motivo que le llevó a consumir sustancias, fue (marque solo **una opción**)

- A. Curiosidad
- B. Por imitar a otras personas
- C. Para disminuir preocupaciones
- D. Para superar la timidez
- E. Por diversión
- F. Por darle gusto a otros
- G. Otro: ¿Cuál? _____

70. La razón por la cual consume actualmente sustancias es:

- A. Para escapar de los problemas
- B. Porque creo que así hago mejor las cosas
- C. Para divertirme
- D. Para superar la timidez
- E. Para sentirme bien con mi gente
- F. Por otras razones. (especifiqueCuál _____)

71. Con respecto a la experiencia que usted ha tenido en el consumo de bebidas alcohólicas:

- A. ¿Puede parar fácilmente de beber después de uno o dos tragos? SI NO
- B. ¿Ha tenido accidentes de tránsito como peatón o conductor bajo los efectos de bebidas alcohólicas? SI NO
- C. ¿Ha tenido algún otro tipo de accidente bajo los efectos de bebidas alcohólicas (caídas, fracturas, quemaduras, etc.)? SI NO
- D. ¿Bajo los efectos de bebidas alcohólicas usted ha sido herido o ha herido a otras personas? SI NO

72. Para usted obtener alguna de las sustancias es:

	FÁCIL	DIFÍCIL
Cigarrillo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bebidas alcohólicas (ron, vino, cerveza etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marihuana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tranquilizantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inhalables (pega, gasolina, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cocaína	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bazuco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Éxtasis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heroína	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otras: ¿Cuáles? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

73.. Razones por cuales usted **NO** ha consumido alguna (s) de estas sustancias:

SUSTANCIAS	No ha sentido la necesidad	Porque no le gustó	Por problemas de salud	Por temor	Por desaprobación Social	Otra razón
Cigarrillo						
Bebidas alcohólicas (ron, vino, cerveza etc.)						
Marihuana						
Tranquilizantes						
Inhalables (pega, gasolina, etc.)						
Cocaína						
Bazuco						
Éxtasis						
Heroína						
Otras: ¿Cuáles? _____						

74. ¿Algunos de sus amigos o amigas consume una o varias de las siguientes sustancias: cigarrillo, bebidas alcohólicas, marihuana, tranquilizantes, cocaína, bazuco, inhalables, éxtasis y heroína? SI NO

75. En mi familia consumen alguna de las siguientes sustancias

Cigarrillo	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Bebidas alcohólicas (ron, vino, cerveza etc.)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Marihuana	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Tranquilizantes	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Inhalables (pega, gasolina, etc.)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Cocaína	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Bazuco	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Éxtasis	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Heroína	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Otras: ¿Cuáles? _____	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

76. Indica si alguna vez has vivido alguna de estas situaciones.

	SI	NO
A. ¿Has tenido o tuviste relaciones sexuales alguna vez?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. ¿Te has involucrado en peleas o riñas alguna vez?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. ¿Has sufrido o sufriste abuso sexual?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. ¿Has recibido o recibiste golpes o maltrato??	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. ¿Has tenido o tuviste un aborto (si eres mujer o, si eres hombre tu novia tuvo un aborto)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F. ¿Has consultado por problemas emocionales o psicológicos alguna vez?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G. ¿A quién has consultado por los problemas emocionales o psicológicos?		
<input type="checkbox"/> Profesor <input type="checkbox"/> Psicólogo <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Amigo (a)		
<input type="checkbox"/> Sacerdote <input type="checkbox"/> Un familiar <input type="checkbox"/> Psiquiatra <input type="checkbox"/> Trabajador social		
<input type="checkbox"/> Psicorientador <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Otros: ¿Cuál? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H. ¿Has consultado por problemas familiares alguna vez?		
I. ¿A quién has consultado por los problemas familiares?		
<input type="checkbox"/> Profesor <input type="checkbox"/> Psicólogo <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Amigo (a)		
<input type="checkbox"/> Sacerdote <input type="checkbox"/> Un familiar <input type="checkbox"/> Psiquiatra <input type="checkbox"/> Trabajador social		
<input type="checkbox"/> Psicorientador <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Otros: ¿Cuál? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J. ¿Has consultado por problemas de sustancias psicoactivas alguna vez?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K. ¿A quién has consultado por los problemas de consumo de sustancias psicoactivas?		
<input type="checkbox"/> Profesor <input type="checkbox"/> Psicólogo <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Amigo (a)		
<input type="checkbox"/> Sacerdote <input type="checkbox"/> Un familiar <input type="checkbox"/> Psiquiatra <input type="checkbox"/> Trabajador social		
<input type="checkbox"/> Psicorientador <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Otros: ¿Cuál? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L. ¿Has consultado alguna vez por un deseo repetido de morir?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M. ¿A quién has consultado?		
<input type="checkbox"/> Profesor <input type="checkbox"/> Psicólogo <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Amigo (a)		
<input type="checkbox"/> Sacerdote <input type="checkbox"/> Un familiar <input type="checkbox"/> Psiquiatra <input type="checkbox"/> Trabajador social		
<input type="checkbox"/> Psicorientador <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Otros: ¿Cuál? _____		

INSTRUMENTO JJ46

77. Por cada pregunta marca solo una X

Instrumento JJ46 PREGUNTAS	RESPUESTAS				
	Casi nunca	Pocas veces	A veces	Muchas veces	Casi siempre
1. ¿Cuándo alguien de la familia tiene un problema ayudas?					
2. ¿En tu casa predomina la armonía?					
3. ¿Puedes conversar de lo que sea sin temor dentro de tu familia?					
4. ¿Ante un problema, eres capaz de pedir ayuda a alguien de tu familia?					
5. ¿Demuestras el cariño que les tienes a los miembros de tu familia?					
6. ¿Aceptas los defectos de los demás miembros de tu familia?					
7. ¿Te sientes orgulloso/a de la persona que eres?					
8. ¿Sientes que eres querido en casa?					
9. ¿Sientes que te apoyan en lo que te propones?					
10. ¿Te consideras atractivo/a?					
11. ¿Estás contento con la figura corporal y apariencia que tienes?					
12. ¿Quisieras cambiar alguna parte de tu cuerpo?					
13. Si la conducta de otra persona te molesta, ¿le pides que cambie su comportamiento contigo?					
14. ¿Le dices a tu familia cuando te molesta algo?					
15. ¿Expresas tus deseos de realizar algo con facilidad?					
16. ¿Expresas libremente tu enfado o descontento?					
17. ¿Reclamas algo cuando es injusto?					
18. ¿Cuándo le prestas algo a alguien y olvida devolverlo le recuerdas?					
19. ¿Cuándo sucede algo inesperado lo superas rápido?					
20. ¿Cuándo algo te sale mal, lo aceptas con facilidad?					
21. ¿Si tienes problemas con tus familiares, lo resuelves rápidamente?					

22. ¿En las materias que no te gustan sacas buenas calificaciones?					
23. Si tu padre/ madre pierden el trabajo, ¿trabajarías para ayudar?					
24. Si te emborrachas, ¿pides disculpas a tus padres al día siguiente?					
25. ¿Cuándo tienes que realizar una tarea investigas en otros libros o Internet para mejorar su contenido?					
26. ¿Ayudas a otras personas cuando están en problemas sin poner en riesgo tu seguridad?					
27. ¿Cuándo realizas algún trabajo aportas con ideas para que salga mejor?					
28. ¿Cuándo quieres algo que te gusta buscas la manera de conseguirlo?					
29. ¿Improvisas para salir de un problema?					
30. ¿Asumes las consecuencias de tus actos y los afrontas?					
31. ¿Cuestionas las órdenes o sugerencias de tus padres?					
32. ¿Es malo consumir alcohol o drogas?					
33. Si hay algo que no entiendes, ¿procuras investigarlo y luego dar tu punto de vista si te lo piden?					
34. ¿Cuándo escuchas noticias das tu opinión sobre las mismas?					
35. ¿Te gustaría decirles a tus profesores que están equivocados?					
36. ¿Te arrepientes cuando dices cosas inoportunas?					
37. ¿Después de que has hecho algo peligroso te sientes mal?					
38. ¿Cuándo le gritas a alguien por cualquier motivo, le pides disculpas después?					
39. ¿Cuándo te escapabas de las clases te sientes mal?					
40. ¿Cuándo ofreces cosas que no tienes o no puedes dar te sientes preocupado?					
41. ¿Cuándo agredes a alguien verbalmente o físicamente te sientes mal?					
42. ¿Cuándo has tomado una mala decisión te arrepientes?					
43. ¿Ríes y disfrutas de los chistes que hacen tus amigos y compañeros?					
44. ¿Cuándo recibes una noticia que consideras buena saltas de alegría?					
45. ¿Crees que la vida es linda?					
46. ¿Hablas de tus problemas sentimentales con alguien?					

Agradecemos de nuevo su colaboración.

Anexo 2. Consentimiento informado para los padres de familia

EVALUACIÓN DE SALUD MENTAL Y RESILIENCIA DE LOS ALUMNOS DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA FE Y ALEGRÍA SAN JOSÉ, MEDELLÍN 2023.



FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado padre-madre de familia:

La Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia, adelanta un estudio que pretende resolver la siguiente pregunta, ¿Cómo son las condiciones de Salud mental y los niveles de resiliencia de los estudiantes de bachillerato de la Institución Educativa Fe y Alegría San José de Medellín en el año 2023?; esta pregunta hace referencia a que, los trastornos mentales tempranos, tienen efectos negativos en múltiples dominios del desarrollo infantil y están asociados al fracaso escolar, embarazos no planificados, crimen y desórdenes mentales en la adultez . A partir de este estudio, se podrán identificar las condiciones que tienen mayor riesgo en los estudiantes frente al tema.

Los estamos invitando a participar por intermedio de su hijo (a), porque con la información brindada por su hijo, la Institución Educativa podrá fortalecer la toma de decisiones y obtener posibles estrategias para rediseñar, implementar y fortalecer las políticas propias de salud mental para todos los estudiantes de la misma.

La participación de su hijo (a) es libre y voluntaria, es anónima y no será divulgada, los resultados serán utilizados por la Universidad de Antioquia solo con fines investigativos, y serán presentados para los estudiantes, profesores y directivas de la Institución Educativa y en ningún momento se podrá identificar a los participantes del estudio. Se requiere que su hijo llene un cuestionario de preguntas en una sesión organizada en el horario del colegio con acompañamiento de profesionales expertos en el tema.

La participación de su hijo (a) no tiene ningún costo, no representa ningún riesgo para su salud física o mental, es confidencial, no recibirá ninguna compensación económica, pero contribuirá con su información para conocer mejor la situación de salud mental de los estudiantes de la Institución Educativa Fe y Alegría San José de Medellín.

William Alfonso Torres Giraldo y Manuela Pajón Flórez

Teléfonos: 3002386543 – 3163003560

Correos Electrónicos: walfonso.torres@udea.edu.co – manuela.pajon@udea.edu.co

Estudiantes de Gerencia en Sistemas de Información en Salud

Si acepta, por favor llene la siguiente información en los espacios en blanco.

Nombre del padre – madre o apoderado	Fecha (DD/MM/AAAA)	Firma
Nombre del hijo (a)		

MUCHAS GRACIAS POR SU ATENCIÓN Y COLABORACIÓN

Favor devolver a la coordinadora académica de la Institución Educativa

Anexo 3. Consentimiento informado para los estudiantes

EVALUACIÓN DE SALUD MENTAL Y RESILIENCIA DE LOS ALUMNOS DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA FE Y ALEGRÍA SAN JOSÉ, MEDELLÍN 2023.

**UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA
FACULTAD NACIONAL DE SALUD PÚBLICA
"Héctor Abad Gómez"**



FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO A LOS PARTICIPANTES DEL ESTUDIO

Estimado estudiante:

La Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia, tiene como una de sus tareas principales la salud pública, de desarrollo de procesos de investigación y el acompañamiento de proyectos que pretendan mejorar la calidad de vida y la salud mental y física de los diferentes grupos poblacionales, en este caso, de los estudiantes de la Institución Educativa Fe y Alegría San José de Medellín.

Queremos invitarlo (a) a participar en este estudio, respondiendo a un cuestionario de preguntas relacionadas con sus situaciones de vida personales, familiares y del entorno donde vive. El cuestionario es anónimo, es decir, no es necesario que escriba su nombre en él, tan sólo que responda de manera honesta y sincera. Sus respuestas contribuirán de manera significativa a mejorar la toma de decisiones, y obtener posibles estrategias para rediseñar, implementar y fortalecer las políticas propias de salud mental para todos los estudiantes de la Institución Educativa.

Si **acepta participar**, lo invitamos a **responder el cuestionario de manera completa**, una vez lo haya diligenciado, la persona encargada revisará que haya contestado todas las preguntas, con el fin de evitar datos incompletos y luego le dará un pequeño detalle.

Agradecemos su disposición y colaboración.

Cordialmente,

William Alfonso Torres Giraldo y Manuela Pajón Flórez

Teléfonos: 3002386543 – 3163003560

Correos Electrónicos: walfonso.torres@idea.edu.co – manuela.pajon@idea.edu.co

Estudiantes de Gerencia en Sistemas de Información en Salud

Nombre Completo	Fecha (DD/MM/AAAA)	Firma
Nombre del padre – madre o apoderado (que haya firmado el consentimiento)		

MUCHAS GRACIAS POR SU ATENCIÓN Y COLABORACIÓN

Favor devolver a la coordinadora académica de la Institución Educativa

Anexo 4. Operacionalización de Variables

No.	NOMBRE DE LA VARIABLE	ROTULO	CATEGORIZACION	NATURALEZA	NIVEL DE MEDICION
1	Código de la encuesta	Id	Continua	cuantitativa	Escala
2	Sexo del estudiante	P1	0. Masculino, 1. Femenino	cualitativa	Nominal
3	Edad del estudiante	P2	Continua	cuantitativa	Escala
4	Grado del estudiante	P3	0. Sexto; 1. Séptimo; 2. Octavo; 3. Noveno; 4. Décimo; 5. Undécimo	cualitativa	Nominal
5	Barrio de Residencia	P4	0. Villa Sofía; 1. Aures; 2. Robledo	cualitativa	Nominal
6	Estrato socio-económico	P5	1; 2; 3	cualitativa	Nominal
7	Tiene Hijos	P6	1. Si, 0. No	cualitativa	Nominal
8	Satisfacción de la ayuda que reciben de la familia cuando tienen algún problema	P7A	0. Nunca; 1. Casi nunca; 2. Algunas veces; 3. Casi siempre; 4. Siempre	Cualitativa	Ordinal
9	Satisfacción de la participación que le brinda la familia	P7B	0. Nunca; 1. Casi nunca; 2. Algunas veces; 3. Casi siempre; 4. Siempre	Cualitativa	Ordinal
10	Satisfacción como la familia acepta y apoya los deseos de emprender actividades	P7C	0. Nunca; 1. Casi nunca; 2. Algunas veces; 3. Casi siempre; 4. Siempre	Cualitativa	Ordinal
11	Satisfacción como la familia expresa fácilmente los sentimientos y emociones.	P7D	0. Nunca; 1. Casi nunca; 2. Algunas veces; 3. Casi siempre; 4. Siempre	Cualitativa	Ordinal
12	Satisfacción de compartir el tiempo para estudiar, los espacios de la casa y el dinero	P7E	0. Nunca; 1. Casi nunca; 2. Algunas veces; 3. Casi siempre; 4. Siempre	Cualitativa	Ordinal
13	Soy soñador ya que siempre estoy esperando cosas que no resultan	P8	0. Seguro que estoy en desacuerdo; 1. Generalmente estoy en desacuerdo; 2. Generalmente estoy de acuerdo; 3. Seguro que estoy de acuerdo	cuantitativa	Escala
14	Todavía hay muchas oportunidades para que yo sea feliz en el futuro	P9	0. Seguro que estoy en desacuerdo; 1. Generalmente estoy en desacuerdo; 2. Generalmente estoy de acuerdo; 3. Seguro que estoy de acuerdo	cuantitativa	Escala
15	Mantener la idea de que los peores sentimientos se irán	P10	0. Seguro que estoy en desacuerdo; 1. Generalmente estoy en desacuerdo; 2. Generalmente estoy de acuerdo; 3. Seguro que estoy de acuerdo	cuantitativa	Escala
16	Cuando fracaso confío en que no me abandonaran	P11	0. Seguro que estoy en desacuerdo; 1. Generalmente estoy en desacuerdo; 2. Generalmente estoy de acuerdo; 3. Seguro que estoy de acuerdo	cuantitativa	Escala
17	Aquellas personas que dependen de mi realmente no me necesitan para nada	P12	0. Seguro que estoy en desacuerdo; 1. Generalmente estoy en desacuerdo; 2. Generalmente estoy de acuerdo; 3. Seguro que estoy de acuerdo	cuantitativa	Escala
18	Al crecer me hicieron creer que la vida podía ser justa, siento que no es así	P13	0. Seguro que estoy en desacuerdo; 1. Generalmente estoy en desacuerdo; 2. Generalmente estoy de acuerdo; 3. Seguro que estoy de acuerdo	cuantitativa	Escala
19	La mayoría de las veces mi vida ha tomado rumbos por los que la he dirigido	P14	0. Seguro que estoy en desacuerdo; 1. Generalmente estoy en desacuerdo; 2. Generalmente estoy de acuerdo; 3. Seguro que estoy de acuerdo	cuantitativa	Escala
20	Debería ser capaz de hacer que los buenos momentos perduren pero no puedo	P15	0. Seguro que estoy en desacuerdo; 1. Generalmente estoy en desacuerdo; 2. Generalmente estoy de acuerdo; 3. Seguro que estoy de acuerdo	cuantitativa	Escala
21	Parece que les causo problemas cuando estoy con ellas	P16	0. Seguro que estoy en desacuerdo; 1. Generalmente estoy en desacuerdo; 2. Generalmente estoy de acuerdo; 3. Seguro que estoy de acuerdo	cuantitativa	Escala
22	No creo que sea capaz de encontrar el suficiente coraje para enfrentar la vida	P17	0. Seguro que estoy en desacuerdo; 1. Generalmente estoy en desacuerdo; 2. Generalmente estoy de acuerdo; 3. Seguro que estoy de acuerdo	cuantitativa	Escala

No.	NOMBRE DE LA VARIABLE	ROTULO	CATEGORIZACION	NATURALEZA	NIVEL DE MEDICION
23	Todavía tengo las cualidades personales que necesito para llevar una vida feliz	P18	0. Seguro que estoy en desacuerdo; 1. Generalmente estoy en desacuerdo; 2. Generalmente estoy de acuerdo; 3. Seguro que estoy de acuerdo	cuantitativa	Escala
24	Cuando me sucede algo malo, tengo esperanzas	P19	0. Seguro que estoy en desacuerdo; 1. Generalmente estoy en desacuerdo; 2. Generalmente estoy de acuerdo; 3. Seguro que estoy de acuerdo	cuantitativa	Escala
25	Cuando me pongo realmente molesto pienso si es necesario	P20	0. Seguro que estoy en desacuerdo; 1. Generalmente estoy en desacuerdo; 2. Generalmente estoy de acuerdo; 3. Seguro que estoy de acuerdo	cuantitativa	Escala
26	Comprenden mis sentimientos bastante bien	P21	0. Seguro que estoy en desacuerdo; 1. Generalmente estoy en desacuerdo; 2. Generalmente estoy de acuerdo; 3. Seguro que estoy de acuerdo	cuantitativa	Escala
27	Matarme significaría que las cosas dejaran de empeorar	P22	0. Seguro que estoy en desacuerdo; 1. Generalmente estoy en desacuerdo; 2. Generalmente estoy de acuerdo; 3. Seguro que estoy de acuerdo	cuantitativa	Escala
28	A menudo pienso en mi apariencia y en cómo me llevo con las personas	P23	0. Seguro que estoy en desacuerdo; 1. Generalmente estoy en desacuerdo; 2. Generalmente estoy de acuerdo; 3. Seguro que estoy de acuerdo	cuantitativa	Escala
29	Aun cuando me siento sin esperanzas las cosas van a mejorar con el tiempo	P24	0. Seguro que estoy en desacuerdo; 1. Generalmente estoy en desacuerdo; 2. Generalmente estoy de acuerdo; 3. Seguro que estoy de acuerdo	cuantitativa	Escala
30	Cuando mi vida no está tranquila estoy a merced de mis sentimientos	P25	0. Seguro que estoy en desacuerdo; 1. Generalmente estoy en desacuerdo; 2. Generalmente estoy de acuerdo; 3. Seguro que estoy de acuerdo	cuantitativa	Escala
31	Siento que no pertenezco a ninguna parte	P26	0. Seguro que estoy en desacuerdo; 1. Generalmente estoy en desacuerdo; 2. Generalmente estoy de acuerdo; 3. Seguro que estoy de acuerdo	cuantitativa	Escala
32	Pienso en la muerte como una manera para resolver todos mis problemas	P27	0. Seguro que estoy en desacuerdo; 1. Generalmente estoy en desacuerdo; 2. Generalmente estoy de acuerdo; 3. Seguro que estoy de acuerdo	cuantitativa	Escala
33	Solía pensar que podía ser alguien especial, pero ahora veo que no es verdad	P28	0. Seguro que estoy en desacuerdo; 1. Generalmente estoy en desacuerdo; 2. Generalmente estoy de acuerdo; 3. Seguro que estoy de acuerdo	cuantitativa	Escala
34	Siento que todavía tengo el control sobre mi vida	P29	0. Seguro que estoy en desacuerdo; 1. Generalmente estoy en desacuerdo; 2. Generalmente estoy de acuerdo; 3. Seguro que estoy de acuerdo	cuantitativa	Escala
35	Las emociones fuertes fuera de control, se apodera de mis estados de ánimo	P30	0. Seguro que estoy en desacuerdo; 1. Generalmente estoy en desacuerdo; 2. Generalmente estoy de acuerdo; 3. Seguro que estoy de acuerdo	cuantitativa	Escala
36	Cuando fracaso quiero esconderme	P31	0. Seguro que estoy en desacuerdo; 1. Generalmente estoy en desacuerdo; 2. Generalmente estoy de acuerdo; 3. Seguro que estoy de acuerdo	cuantitativa	Escala
37	Estar muerto significaría que nunca tendría que sentirme mal ni solitario otra vez	P32	0. Seguro que estoy en desacuerdo; 1. Generalmente estoy en desacuerdo; 2. Generalmente estoy de acuerdo; 3. Seguro que estoy de acuerdo	cuantitativa	Escala
38	Nadie me amaría realmente, si en verdad me conocieran	P33	0. Seguro que estoy en desacuerdo; 1. Generalmente estoy en desacuerdo; 2. Generalmente estoy de acuerdo; 3. Seguro que estoy de acuerdo	cuantitativa	Escala
39	Todavía es posible llegar a ser el tipo de persona que quiero ser	P34	0. Seguro que estoy en desacuerdo; 1. Generalmente estoy en desacuerdo; 2. Generalmente estoy de acuerdo; 3. Seguro que estoy de acuerdo	cuantitativa	Escala
40	Nunca he sentido que he estado a punto de derrumbarme	P35	0. Seguro que estoy en desacuerdo; 1. Generalmente estoy en desacuerdo; 2. Generalmente estoy de acuerdo; 3. Seguro que estoy de acuerdo	cuantitativa	Escala
41	Los buenos sentimientos de las personas acerca de mí son un error	P36	0. Seguro que estoy en desacuerdo; 1. Generalmente estoy en desacuerdo; 2. Generalmente estoy de acuerdo; 3. Seguro que estoy de acuerdo	cuantitativa	Escala

No.	NOMBRE DE LA VARIABLE	ROTULO	CATEGORIZACION	NATURALEZA	NIVEL DE MEDICION
42	Espero que las cosas empeoren y luego me suicidaría	P37	0. Seguro que estoy en desacuerdo; 1. Generalmente estoy en desacuerdo; 2. Generalmente estoy de acuerdo; 3. Seguro que estoy de acuerdo	cuantitativa	Escala
43	Sentimiento de tristeza en los últimos 15 días	P38	0. Estoy triste de vez en cuando; 1. Estoy triste muchas veces; 2. Estoy triste todo el tiempo	cualitativa	Nominal
44	Sentimiento que las cosas van salir bien en los últimos 15 días	P39	0. Las cosas me van a salir bien 1. No estoy seguro(a) que las cosas me van a salir bien; 2. Las cosas nunca me saldrán bien	cualitativa	Nominal
45	Sentimiento de efectividad en los últimos 15 días	P40	0. Hago bien la mayoría de las cosas; 1. Hago muchas cosas mal; 2. Todo lo hago mal	cualitativa	Nominal
46	Sentimiento de diversión en los últimos 15 días	P41	0. Muchas cosas me divierten; 1. Solo algunas cosas me divierten; 2. Nada me divierte	cualitativa	Nominal
47	Sentimiento de cómo se ha comportado	P42	0. A veces me porto mal; 1. Me porto mal mucha veces; 2. Siempre me porto mal	cualitativa	Nominal
48	Sentimiento que algo malo va a pasar en los últimos 15 días	P43	0. A veces pienso que algo malo me va a pasar; 1. Me preocupa que me vayan a pasar cosas malas; 2. Estoy seguro que me van a pasar cosas terribles	cualitativa	Nominal
49	Sentimiento de amor-odio hacia sí mismo	P44	0. Me quiero a mí mismo; 1. No me quiero a mí mismo; 2. Me odio a mí mismo	cualitativa	Nominal
50	Sentimiento de culpa	P45	0. Las cosas malas generalmente no son mi culpa; 1. Muchas cosas malas son mi culpa; 2. Todas las cosas malas son mi culpa	cualitativa	Nominal
51	Pensamiento suicida en los últimos 15 días	P46	0. No pienso en matarme; 1. Pienso en matarme pero no lo haría; 2. Me quiero matar	cualitativa	Nominal
52	Ganas de llorar en los últimos 15 días	P47	0. A veces tengo ganas de llorar 1. Siento ganas de llorar muchos días; 2. Siento ganas de llorar todos los días	cualitativa	Nominal
53	Sentimiento de que las cosas le molestan	P48	0. Las cosas me molestan de vez en cuando; 1. Las cosas me molestan muchas veces; 2. Las cosas me molestan todo el tiempo	cualitativa	Nominal
54	Sentimiento de querer estar con la gente	P49	0. Me gusta estar con la gente; 1. Muchas veces no quiero estar con la gente; 2. Nunca quiero estar con la gente	cualitativa	Nominal
55	Sentimiento de eficacia en la toma de decisiones	P50	0. Es fácil para mí tomar decisiones; 1. Es difícil para mí tomar decisiones; 2. No puedo tomar decisiones	cualitativa	Nominal
56	Sentimiento hacia la apariencia personal	P51	0. Me veo bien; 1. Hay cosas de mi apariencia personal que no me gustan; 2. Me veo feo(a)	cualitativa	Nominal
57	Sentimiento de eficacia para realizar las tareas escolares	P52	0. No tengo problemas para hacer las tareas escolares; 1. Muchas veces me tengo que obligar para hacer las tareas escolares; 2. Siempre me tengo que obligar para hacer las tareas escolares	cualitativa	Nominal
58	Calidad del sueño durante los últimos 15 días	P53	0. Duermo bastante bien; 1. Muchas noches duermo mal; 2. Duermo mal todas las noches	cualitativa	Nominal
59	Sentimiento de estar cansado durante los últimos 15 días	P54	0. Estoy cansado de vez en cuando 1. Estoy cansado(a) muchos días 2. Estoy cansado(a) todo el tiempo	cualitativa	Nominal
60	Deseo de comer durante los últimos 15 días	P55	0. Como bastante bien; 1. Muchos días no siento ganas de comer; 2. La mayoría de los días no siento ganas de comer	cualitativa	Nominal
61	Preocupación por dolores y malestares durante los últimos 15 días	P56	0. Los dolores y malestares no me preocupan; 1. Los dolores y malestares me preocupan muchas veces; 2. Los dolores y malestares me preocupan todo el tiempo	cualitativa	Nominal
62	Sentimiento de soledad durante los últimos 15 días	P57	0. Nunca me siento solo; 1. Muchas veces me siento solo; 2. Todo el tiempo me siento solo	cualitativa	Nominal
63	Sentimiento de divertirse en la escuela	P58	0. Muchas veces me divierto en la escuela; 1. Solo de vez en cuando me divierto en la escuela; 2. Nunca me divierto en la escuela	cualitativa	Nominal
64	Cuántos amigos tiene	P59	0. Tengo muchos amigos; 1. Tengo algunos amigos pero me gustaría tener más; 2. No tengo amigos	cualitativa	Nominal
65	Cómo le va en la escuela	P60	0. Me va bien en la escuela; 1. No me va bien en la escuela como antes; 2. Me va muy mal en materias en las que antes me iba bien	cualitativa	Nominal
66	Sentimiento de ser tan bueno como los otros	P61	0. Soy tan bueno como los otros compañeros; 1. Si quiero puedo ser tan bueno como los otros compañeros; 2. Nunca puedo ser tan bueno como los otros compañeros	cualitativa	Nominal
67	Sentimiento de ser querido por las otras personas	P62	0. Estoy seguro(a) que alguien me quiere; 1. No estoy seguro(a) si alguien me quiere; 2. Realmente no hay nadie quien me quiera	cualitativa	Nominal

No.	NOMBRE DE LA VARIABLE	ROTULO	CATEGORIZACION	NATURALEZA	NIVEL DE MEDICION
68	Disposición para realizar lo que le dicen	P63	0. Casi siempre hago lo que me dicen; 1. Muchas veces no hago lo que me dicen; 2. Nunca hago lo que me dicen	cualitativa	Nominal
69	Disposición para involucrarse en peleas	P64	0. Me llevo bien con la gente; 1. Me meto en peleas muchas veces; 2. Me meto en peleas todo el tiempo	cualitativa	Nominal
70	Consumió por primera vez cigarrillo	P65A	0. No; 1. Si	cualitativa	Nominal
71	Consumió por primera vez bebidas alcohólicas	P65B	0. No; 1. Si	cualitativa	Nominal
72	Consumió por primera vez marihuana	P65C	0. No; 1. Si	cualitativa	Nominal
73	Consumió por primera vez tranquilizantes	P65D	0. No; 1. Si	cualitativa	Nominal
74	Consumió por primera vez cocaína	P65E	0. No; 1. Si	cualitativa	Nominal
75	Consumió por primera vez bazuco	P65F	0. No; 1. Si	cualitativa	Nominal
76	Consumió por primera vez inhalantes	P65G	0. No; 1. Si	cualitativa	Nominal
77	Consumió por primera vez éxtasis	P65H	0. No; 1. Si	cualitativa	Nominal
78	Consumió por primera vez heroína	P65I	0. No; 1. Si	cualitativa	Nominal
79	Consumió por primera vez otras sustancias	P65J1	0. No; 1. Si	cualitativa	Nominal
80	Cuáles sustancias	P65J2	Texto	cualitativa	Nominal
81	No consumió ningún tipo de sustancia	P65K	0. No; 1. Si	cualitativa	Nominal
82	Consume de cigarrillo	P66A	1. El día anterior; 2. La semana pasada; 3. El último mes; 4. El último año; 5. Consumió pero hace un año o más que no consume; 6. Nunca ha consumido	cualitativa	Nominal
83	Consume bebidas alcohólicas	P66B	1. El día anterior; 2. La semana pasada; 3. El último mes; 4. El último año; 5. Consumió pero hace un año o más que no consume; 6. Nunca ha consumido	cualitativa	Nominal
84	Consume marihuana	P66C	1. El día anterior; 2. La semana pasada; 3. El último mes; 4. El último año; 5. Consumió pero hace un año o más que no consume; 6. Nunca ha consumido	cualitativa	Nominal
85	Consume tranquilizantes	P66D	1. El día anterior; 2. La semana pasada; 3. El último mes; 4. El último año; 5. Consumió pero hace un año o más que no consume; 6. Nunca ha consumido	cualitativa	Nominal
86	Consume cocaína	P66E	1. El día anterior; 2. La semana pasada; 3. El último mes; 4. El último año; 5. Consumió pero hace un año o más que no consume; 6. Nunca ha consumido	cualitativa	Nominal
87	Consume bazuco	P66F	1. El día anterior; 2. La semana pasada; 3. El último mes; 4. El último año; 5. Consumió pero hace un año o más que no consume; 6. Nunca ha consumido	cualitativa	Nominal
88	Consumo de inhalantes	P66G	1. El día anterior; 2. La semana pasada; 3. El último mes; 4. El último año; 5. Consumió pero hace un año o más que no consume; 6. Nunca ha consumido	cualitativa	Nominal
89	Consumo de éxtasis	P66H	1. El día anterior; 2. La semana pasada; 3. El último mes; 4. El último año; 5. Consumió pero hace un año o más que no consume; 6. Nunca ha consumido	cualitativa	Nominal
90	Consumo de heroína	P66I	1. El día anterior; 2. La semana pasada; 3. El último mes; 4. El último año; 5. Consumió pero hace un año o más que no consume; 6. Nunca ha consumido	cualitativa	Nominal
91	Consumo de otras sustancias	P66J	1. El día anterior; 2. La semana pasada; 3. El último mes; 4. El último año; 5. Consumió pero hace un año o más que no consume; 6. Nunca ha consumido	cualitativa	Nominal
92	Con relación al cigarrillo	P67A	1. Quisiera dejar de consumir; 2. Ha tenido periodos en los que ha suspendido su consumo; 3. Ha estado en tratamiento para tener que dejar de consumirlo.	cualitativa	Nominal

No.	NOMBRE DE LA VARIABLE	ROTULO	CATEGORIZACION	NATURALEZA	NIVEL DE MEDICION
93	Con relación a las bebidas alcohólicas	P67B	1. Quisiera dejar de consumir; 2. Ha tenido periodos en los que ha suspendido su consumo; 3. Ha estado en tratamiento para tener que dejar de consumirlo.	cualitativa	Nominal
94	Con relación a la marihuana	P67C	1. Quisiera dejar de consumir; 2. Ha tenido periodos en los que ha suspendido su consumo; 3. Ha estado en tratamiento para tener que dejar de consumirlo.	cualitativa	Nominal
95	Con relación a los tranquilizantes	P67D	1. Quisiera dejar de consumir; 2. Ha tenido periodos en los que ha suspendido su consumo; 3. Ha estado en tratamiento para tener que dejar de consumirlo.	cualitativa	Nominal
96	Con relación a la cocaína	P67E	1. Quisiera dejar de consumir; 2. Ha tenido periodos en los que ha suspendido su consumo; 3. Ha estado en tratamiento para tener que dejar de consumirlo.	cualitativa	Nominal
97	Con relación al bazuco	P67F	1. Quisiera dejar de consumir; 2. Ha tenido periodos en los que ha suspendido su consumo; 3. Ha estado en tratamiento para tener que dejar de consumirlo.	cualitativa	Nominal
98	Con relación a los inhalantes	P67G	1. Quisiera dejar de consumir; 2. Ha tenido periodos en los que ha suspendido su consumo; 3. Ha estado en tratamiento para tener que dejar de consumirlo.	cualitativa	Nominal
99	Con relación al éxtasis	P67H	1. Quisiera dejar de consumir; 2. Ha tenido periodos en los que ha suspendido su consumo; 3. Ha estado en tratamiento para tener que dejar de consumirlo.	cualitativa	Nominal
100	Con relación a la heroína	P67I	1. Quisiera dejar de consumir; 2. Ha tenido periodos en los que ha suspendido su consumo; 3. Ha estado en tratamiento para tener que dejar de consumirlo.	cualitativa	Nominal
101	Con relación a otras sustancias	P67J	1. Quisiera dejar de consumir; 2. Ha tenido periodos en los que ha suspendido su consumo; 3. Ha estado en tratamiento para tener que dejar de consumirlo.	cualitativa	Nominal
102	Razones por las cuales usted dejó de consumir cigarrillo	P68A	1. Sólo Consumió para probar; 2. Porque no le gustó; 3. Por problemas de salud; 4. Por temor; 5. Por desaprobación Social; 6. Otra razón; 7. Nunca he dejado de consumir.	cualitativa	Nominal
103	Razones por las cuales usted dejó de consumir bebidas alcohólicas	P68B	1. Sólo Consumió para probar; 2. Porque no le gustó; 3. Por problemas de salud; 4. Por temor; 5. Por desaprobación Social; 6. Otra razón; 7. Nunca he dejado de consumir.	cualitativa	Nominal
104	Razones por las cuales usted dejó de consumir marihuana	P68C	1. Sólo Consumió para probar; 2. Porque no le gustó; 3. Por problemas de salud; 4. Por temor; 5. Por desaprobación Social; 6. Otra razón; 7. Nunca he dejado de consumir.	cualitativa	Nominal
105	Razones por las cuales usted dejó de consumir tranquilizantes	P68D	1. Sólo Consumió para probar; 2. Porque no le gustó; 3. Por problemas de salud; 4. Por temor; 5. Por desaprobación Social; 6. Otra razón; 7. Nunca he dejado de consumir.	cualitativa	Nominal
106	Razones por las cuales usted dejó de consumir cocaína	P68E	1. Sólo Consumió para probar; 2. Porque no le gustó; 3. Por problemas de salud; 4. Por temor; 5. Por desaprobación Social; 6. Otra razón; 7. Nunca he dejado de consumir.	cualitativa	Nominal
107	Razones por las cuales usted dejó de consumir bazuco	P68F	1. Sólo Consumió para probar; 2. Porque no le gustó; 3. Por problemas de salud; 4. Por temor; 5. Por desaprobación Social; 6. Otra razón; 7. Nunca he dejado de consumir.	cualitativa	Nominal
108	Razones por las cuales usted dejó de consumir inhalantes	P68G	1. Sólo Consumió para probar; 2. Porque no le gustó; 3. Por problemas de salud; 4. Por temor; 5. Por desaprobación Social; 6. Otra razón; 7. Nunca he dejado de consumir.	cualitativa	Nominal
109	Razones por las cuales usted dejó de consumir éxtasis	P68H	1. Sólo Consumió para probar; 2. Porque no le gustó; 3. Por problemas de salud; 4. Por temor; 5. Por desaprobación Social; 6. Otra razón; 7. Nunca he dejado de consumir.	cualitativa	Nominal
110	Razones por las cuales usted dejó de consumir a la heroína	P68I	1. Sólo Consumió para probar; 2. Porque no le gustó; 3. Por problemas de salud; 4. Por temor; 5. Por desaprobación Social; 6. Otra razón; 7. Nunca he dejado de consumir.	cualitativa	Nominal
111	Razones por las cuales usted dejó de consumir otras sustancias	P68J	1. Sólo Consumió para probar; 2. Porque no le gustó; 3. Por problemas de salud; 4. Por temor; 5. Por desaprobación Social; 6. Otra razón; 7. Nunca he dejado de consumir.	cualitativa	Nominal

No.	NOMBRE DE LA VARIABLE	ROTULO	CATEGORIZACION	NATURALEZA	NIVEL DE MEDICION
112	El principal motivo que le llevó a consumir sustancias, fue	P69	1. Curiosidad; 2. Por imitar a otras personas; 3. Para disminuir preocupaciones; 4. Para superar la timidez; 5. Por diversión; 6. Por darle gusto a otros; 7. Otro	cualitativa	Nominal
113	La razón por la cual consume actualmente sustancias es	P70	1. Para escapar de los problemas; 2. Para superar la timidez; 3. Porque creo que así hago mejor las cosas; 4. Para sentirme bien con mi gente; 5. Para divertirme; 6. Por otras razones	cualitativa	Nominal
114	Puede parar fácilmente de beber después de uno o dos tragos	P71A	0. No; 1. Si	cualitativa	Nominal
115	Ha tenido accidentes de tránsito como peatón o conductor bajo los efectos de bebidas alcohólicas	P71B	0. No; 1. Si	cualitativa	Nominal
116	Ha tenido algún otro tipo de accidente bajo los efectos de bebidas alcohólicas	P71C	0. No; 1. Si	cualitativa	Nominal
117	Bajo los efectos de bebidas alcohólicas usted ha sido herido o ha herido a otras personas	P71D	0. No; 1. Si	cualitativa	Nominal
118	Obtener cigarrillo es	P72A	0. Difícil; 1. Fácil	cualitativa	Nominal
119	Obtener bebidas alcohólicas es	P72B	0. Difícil; 1. Fácil	cualitativa	Nominal
120	Obtener marihuana es	P72C	0. Difícil; 1. Fácil	cualitativa	Nominal
121	Obtener tranquilizantes es	P72D	0. Difícil; 1. Fácil	cualitativa	Nominal
122	Obtener cocaína es	P72E	0. Difícil; 1. Fácil	cualitativa	Nominal
123	Obtener bazuco es	P72F	0. Difícil; 1. Fácil	cualitativa	Nominal
124	Obtener inhalantes es	P72G	0. Difícil; 1. Fácil	cualitativa	Nominal
125	Obtener éxtasis es	P72H	0. Difícil; 1. Fácil	cualitativa	Nominal
126	Obtener heroína es	P72I	0. Difícil; 1. Fácil	cualitativa	Nominal
127	Obtener otras sustancias es	P72J	0. Difícil; 1. Fácil	cualitativa	Nominal
128	Razón por la cual no ha consumido cigarrillo	P73A	1. No ha sentido la necesidad; 2. Porque no le gusta; 3. Por problemas de salud; 4. Por temor 5. Por desaprobación social; 6. Por otra razón	cualitativa	Nominal
129	Razón por la cual no ha consumido bebidas alcohólicas	P73B	1. No ha sentido la necesidad; 2. Porque no le gusta; 3. Por problemas de salud; 4. Por temor 5. Por desaprobación social; 6. Por otra razón	cualitativa	Nominal
130	Razón por la cual no ha consumido marihuana	P73C	1. No ha sentido la necesidad; 2. Porque no le gusta; 3. Por problemas de salud; 4. Por temor 5. Por desaprobación social; 6. Por otra razón	cualitativa	Nominal
131	Razón por la cual no ha consumido tranquilizantes	P73D	1. No ha sentido la necesidad; 2. Porque no le gusta; 3. Por problemas de salud; 4. Por temor 5. Por desaprobación social; 6. Por otra razón	cualitativa	Nominal
132	Razón por la cual no ha consumido cocaína	P73E	1. No ha sentido la necesidad; 2. Porque no le gusta; 3. Por problemas de salud; 4. Por temor 5. Por desaprobación social; 6. Por otra razón	cualitativa	Nominal
133	Razón por la cual no ha consumido bazuco	P73F	1. No ha sentido la necesidad; 2. Porque no le gusta; 3. Por problemas de salud; 4. Por temor 5. Por desaprobación social; 6. Por otra razón	cualitativa	Nominal
134	Razón por la cual no ha consumido inhalables	P73G	1. No ha sentido la necesidad; 2. Porque no le gusta; 3. Por problemas de salud; 4. Por temor 5. Por desaprobación social; 6. Por otra razón	cualitativa	Nominal
135	Razón por la cual no ha consumido éxtasis	P73H	1. No ha sentido la necesidad; 2. Porque no le gusta; 3. Por problemas de salud; 4. Por temor 5. Por desaprobación social; 6. Por otra razón	cualitativa	Nominal
136	Razón por la cual no ha consumido heroína	P73I	1. No ha sentido la necesidad; 2. Porque no le gusta; 3. Por problemas de salud; 4. Por temor 5. Por desaprobación social; 6. Por otra razón	cualitativa	Nominal

No.	NOMBRE DE LA VARIABLE	ROTULO	CATEGORIZACION	NATURALEZA	NIVEL DE MEDICION
137	Razón por la cual no ha consumido otras sustancias	P73J	1. No ha sentido la necesidad; 2. Porque no le gusta; 3. Por problemas de salud; 4. Por temor 5. Por desaprobación social; 6. Por otra razón	cualitativa	Nominal
138	Algunos de tus amigos consumen una o varias de las sustancias psicoactivas	P74	0. No; 1. Si	cualitativa	Nominal
139	Alguien en la familia consume cigarrillo	P75A	0. No; 1. Si	cualitativa	Nominal
140	Alguien en la familia consume bebidas alcohólicas	P75B	0. No; 1. Si	cualitativa	Nominal
141	Alguien en la familia consume marihuana	P75C	0. No; 1. Si	cualitativa	Nominal
142	Alguien en la familia consume tranquilizantes	P75D	0. No; 1. Si	cualitativa	Nominal
143	Alguien en la familia consume cocaína	P75E	0. No; 1. Si	cualitativa	Nominal
144	Alguien en la familia consume bazuco	P75F	0. No; 1. Si	cualitativa	Nominal
145	Alguien en la familia consume inhalables	P75G	0. No; 1. Si	cualitativa	Nominal
146	Alguien en la familia consume éxtasis	P75H	0. No; 1. Si	cualitativa	Nominal
147	Alguien en la familia consume heroína	P75I	0. No; 1. Si	cualitativa	Nominal
148	Alguien en la familia consume otras sustancias psicoactivas	P75J	0. No; 1. Si	cualitativa	Nominal
149	Has tenido relaciones sexuales	P76A	0. No; 1. Si	cualitativa	Nominal
150	Te has involucrado en riñas	P76B	0. No; 1. Si	cualitativa	Nominal
151	Has sufrido abuso sexual	P76C	0. No; 1. Si	cualitativa	Nominal
152	Has recibido golpes o maltratos	P76D	0. No; 1. Si	cualitativa	Nominal
153	Has tenido aborto o tu novia abortó	P76E	0. No; 1. Si	cualitativa	Nominal
154	Has consultado por problemas psicológicos	P76F	0. No; 1. Si	cualitativa	Nominal
155	A quién has consultado por problemas psicológicos	P76G	1. Médico(a); 2. Psiquiatra; 3. Psicólogo(a); 4. Trabajador social; 5. Psicorientador(a); 6. Profesor (a); 7. Sacerdote; 8. Familiar; 9. Amigo(a); 10. Otro(a)	cualitativa	Nominal
156	Consulta por problemas familiares	P76H	0. No; 1. Si	cualitativa	Nominal
157	A quién has consultado por problemas familiares	P76I	1. Médico(a); 2. Psiquiatra; 3. Psicólogo(a); 4. Trabajador social; 5. Psicorientador(a); 6. Profesor (a); 7. Sacerdote; 8. Familiar; 9. Amigo(a); 10. Otro(a)	cualitativa	Nominal
158	Consulta por problemas de psicoactivos	P76J	0. No; 1. Si	cualitativa	Nominal
159	A quién has consultado por problemas de sustancias psicoactivas	P76K	1. Médico(a); 2. Psiquiatra; 3. Psicólogo(a); 4. Trabajador social; 5. Psicorientador(a); 6. Profesor (a); 7. Sacerdote; 8. Familiar; 9. Amigo(a); 10. Otro(a)	cualitativa	Nominal
160	Consulta por deseo de morir	P76L	0. No; 1. Si	cualitativa	Nominal
161	A quién has consultado por deseo de morir	P76M	1. Médico(a); 2. Psiquiatra; 3. Psicólogo(a); 4. Trabajador social; 5. Psicorientador(a); 6. Profesor (a); 7. Sacerdote; 8. Familiar; 9. Amigo(a); 10. Otro(a)	cualitativa	Nominal
162	Cuando alguien de la familia tiene un problema ayudas	P77	1. Casi nunca; 2. Pocas veces 3. A veces; 4. Muchas veces; 5. Casi siempre	cualitativa	Nominal
163	En tu casa predomina la armonía	P78	1. Casi nunca; 2. Pocas veces 3. A veces; 4. Muchas veces; 5. Casi siempre	cualitativa	Nominal
164	Puedes conversar de lo que sea sin temor dentro de tu familia	P79	1. Casi nunca; 2. Pocas veces 3. A veces; 4. Muchas veces; 5. Casi siempre	cualitativa	Nominal
165	Ante un problema, eres capaz de pedir ayuda a alguien de tu familia	P80	1. Casi nunca; 2. Pocas veces 3. A veces; 4. Muchas veces; 5. Casi siempre	cualitativa	Nominal

No.	NOMBRE DE LA VARIABLE	ROTULO	CATEGORIZACION	NATURALEZA	NIVEL DE MEDICION
166	Demuestras el cariño que les tienes a los miembros de tu familia	P81	1. Casi nunca; 2. Pocas veces 3. A veces; 4. Muchas veces; 5. Casi siempre	cualitativa	Nominal
167	Aceptas los defectos de los demás miembros de tu familia	P82	1. Casi nunca; 2. Pocas veces 3. A veces; 4. Muchas veces; 5. Casi siempre	cualitativa	Nominal
168	Te sientes orgulloso/a de la persona que eres	P83	1. Casi nunca; 2. Pocas veces 3. A veces; 4. Muchas veces; 5. Casi siempre	cualitativa	Nominal
169	Sientes que eres querido en casa	P84	1. Casi nunca; 2. Pocas veces 3. A veces; 4. Muchas veces; 5. Casi siempre	cualitativa	Nominal
170	Sientes que te apoyan en lo que te propones	P85	1. Casi nunca; 2. Pocas veces 3. A veces; 4. Muchas veces; 5. Casi siempre	cualitativa	Nominal
171	Te consideras atractivo/a	P86	1. Casi nunca; 2. Pocas veces 3. A veces; 4. Muchas veces; 5. Casi siempre	cualitativa	Nominal
172	Estás contento con la figura corporal y apariencia que tienes	P87	1. Casi nunca; 2. Pocas veces 3. A veces; 4. Muchas veces; 5. Casi siempre	cualitativa	Nominal
173	Quisieras cambiar alguna parte de tu cuerpo	P88	1. Casi nunca; 2. Pocas veces 3. A veces; 4. Muchas veces; 5. Casi siempre	cualitativa	Nominal
174	Si la conducta de otra persona te molesta, le pides que cambie su comportamiento contigo	P89	1. Casi nunca; 2. Pocas veces 3. A veces; 4. Muchas veces; 5. Casi siempre	cualitativa	Nominal
175	Le dices a tu familia cuando te molesta algo	P90	1. Casi nunca; 2. Pocas veces 3. A veces; 4. Muchas veces; 5. Casi siempre	cualitativa	Nominal
176	Expresas tus deseos de realizar algo con facilidad	P91	1. Casi nunca; 2. Pocas veces 3. A veces; 4. Muchas veces; 5. Casi siempre	cualitativa	Nominal
177	Expresas libremente tu enfado o descontento	P92	1. Casi nunca; 2. Pocas veces 3. A veces; 4. Muchas veces; 5. Casi siempre	cualitativa	Nominal
178	Reclamas algo cuando es injusto	P93	1. Casi nunca; 2. Pocas veces 3. A veces; 4. Muchas veces; 5. Casi siempre	cualitativa	Nominal
179	Cuando le prestas algo a alguien y olvida devolverlo le recuerdas	P94	1. Casi nunca; 2. Pocas veces 3. A veces; 4. Muchas veces; 5. Casi siempre	cualitativa	Nominal
180	Cuando sucede algo inesperado lo superas rápido	P95	1. Casi nunca; 2. Pocas veces 3. A veces; 4. Muchas veces; 5. Casi siempre	cualitativa	Nominal
181	Cuando algo te sale mal, lo aceptas con facilidad	P96	1. Casi nunca; 2. Pocas veces 3. A veces; 4. Muchas veces; 5. Casi siempre	cualitativa	Nominal
182	Si tienes problemas con tus familiares, lo resuelves rápidamente	P97	1. Casi nunca; 2. Pocas veces 3. A veces; 4. Muchas veces; 5. Casi siempre	cualitativa	Nominal
183	En las materias que no te gustan sacas buenas calificaciones	P98	1. Casi nunca; 2. Pocas veces 3. A veces; 4. Muchas veces; 5. Casi siempre	cualitativa	Nominal
184	Si tu padre/ madre pierden el trabajo, trabajarías para ayudar	P99	1. Casi nunca; 2. Pocas veces 3. A veces; 4. Muchas veces; 5. Casi siempre	cualitativa	Nominal
185	Si te emborrachas, pides disculpas a tus padres al día siguiente	P100	1. Casi nunca; 2. Pocas veces 3. A veces; 4. Muchas veces; 5. Casi siempre	cualitativa	Nominal
186	Cuando tienes que realizar una tarea investigas en otros libros o Internet para mejorar su contenido	P101	1. Casi nunca; 2. Pocas veces 3. A veces; 4. Muchas veces; 5. Casi siempre	cualitativa	Nominal
187	Ayudas a otras personas cuando están en problemas sin poner en riesgo tu seguridad	P102	1. Casi nunca; 2. Pocas veces 3. A veces; 4. Muchas veces; 5. Casi siempre	cualitativa	Nominal
188	Cuando realizas algún trabajo aportas con ideas para que salga mejor	P103	1. Casi nunca; 2. Pocas veces 3. A veces; 4. Muchas veces; 5. Casi siempre	cualitativa	Nominal
189	Cuando quieres algo que te gusta buscas la manera de conseguirlo	P104	1. Casi nunca; 2. Pocas veces 3. A veces; 4. Muchas veces; 5. Casi siempre	cualitativa	Nominal
190	Improvisas para salir de un problema	P105	1. Casi nunca; 2. Pocas veces 3. A veces; 4. Muchas veces; 5. Casi siempre	cualitativa	Nominal
191	Asumes las consecuencias de tus actos y los afrontas	P106	1. Casi nunca; 2. Pocas veces 3. A veces; 4. Muchas veces; 5. Casi siempre	cualitativa	Nominal
192	Cuestionas las órdenes o sugerencias de tus padres	P107	1. Casi nunca; 2. Pocas veces 3. A veces; 4. Muchas veces; 5. Casi siempre	cualitativa	Nominal

No.	NOMBRE DE LA VARIABLE	ROTULO	CATEGORIZACION	NATURALEZA	NIVEL DE MEDICION
193	Es malo consumir alcohol o drogas	P108	1. Casi nunca; 2. Pocas veces 3. A veces; 4. Muchas veces; 5. Casi siempre	cualitativa	Nominal
194	Si hay algo que no entiendes, procuras investigarlo y luego dar tu punto de vista si te lo piden	P109	1. Casi nunca; 2. Pocas veces 3. A veces; 4. Muchas veces; 5. Casi siempre	cualitativa	Nominal
195	Cuando escuchas noticias das tu opinión sobre las mismas	P110	1. Casi nunca; 2. Pocas veces 3. A veces; 4. Muchas veces; 5. Casi siempre	cualitativa	Nominal
196	Te gustaría decirles a tus profesores que están equivocados	P111	1. Casi nunca; 2. Pocas veces 3. A veces; 4. Muchas veces; 5. Casi siempre	cualitativa	Nominal
197	Te arrepientes cuando dices cosas inoportunas	P112	1. Casi nunca; 2. Pocas veces 3. A veces; 4. Muchas veces; 5. Casi siempre	cualitativa	Nominal
198	Después de que has hecho algo peligroso te sientes mal	P113	1. Casi nunca; 2. Pocas veces 3. A veces; 4. Muchas veces; 5. Casi siempre	cualitativa	Nominal
199	Cuando le gritas a alguien por cualquier motivo, le pides disculpas después	P114	1. Casi nunca; 2. Pocas veces 3. A veces; 4. Muchas veces; 5. Casi siempre	cualitativa	Nominal
200	Cuando te escapas de las clases te sientes mal	P115	1. Casi nunca; 2. Pocas veces 3. A veces; 4. Muchas veces; 5. Casi siempre	cualitativa	Nominal
201	Cuando ofreces cosas que no tienes o no puedes dar te sientes preocupado	P116	1. Casi nunca; 2. Pocas veces 3. A veces; 4. Muchas veces; 5. Casi siempre	cualitativa	Nominal
202	Cuando agredes a alguien verbalmente o físicamente te sientes mal	P117	1. Casi nunca; 2. Pocas veces 3. A veces; 4. Muchas veces; 5. Casi siempre	cualitativa	Nominal
203	Cuando has tomado una mala decisión te arrepientes	P118	1. Casi nunca; 2. Pocas veces 3. A veces; 4. Muchas veces; 5. Casi siempre	cualitativa	Nominal
204	Ríes y disfrutas de los chistes que hacen tus amigos y compañeros	P119	1. Casi nunca; 2. Pocas veces 3. A veces; 4. Muchas veces; 5. Casi siempre	cualitativa	Nominal
205	Cuando recibes una noticia que consideras buena saltas de alegría	P120	1. Casi nunca; 2. Pocas veces 3. A veces; 4. Muchas veces; 5. Casi siempre	cualitativa	Nominal
206	Creer que la vida es linda	P121	1. Casi nunca; 2. Pocas veces 3. A veces; 4. Muchas veces; 5. Casi siempre	cualitativa	Nominal
207	Hablas de tus problemas sentimentales con alguien	P122	1. Casi nunca; 2. Pocas veces 3. A veces; 4. Muchas veces; 5. Casi siempre	cualitativa	Nominal
208	Clasificación de la orientación suicida	ciso	0.sin orientación suicida; 1.con orientación suicida	cualitativa	Nominal
209	Clasificación de la depresión	ccdi	0. Ninguno; 1. Moderado; 2. Alto	cualitativa	Nominal
210	Clasificación de la Resiliencia	cjj46	0. Resiliencia baja; 1. Resiliencia media; 2. Resiliencia alta	cualitativa	Nominal
211	Consumo de sustancias psicoactivas	sustancias	0. No; 1. Si	cualitativa	Nominal