



**Asociación entre disfunción familiar y factores de riesgo de suicidio en
adolescentes de seis comunidades de Antioquia, 2006 – 2017**

María Paulina Grajales Garcés

Trabajo de grado presentado para optar al título de Profesional en Gerencia de
Sistemas de Información en Salud

Asesor

Docente de la Universidad de Antioquia
Ramón Eugenio Paniagua Suárez

Universidad de Antioquia
Facultad Nacional de Salud Pública Héctor Abad Gómez
Gerencia de Sistemas de Información en Salud
Medellín, Antioquia, Colombia

2024

| Cita | Grajales Garcés (1) |
|--------------------------------------|---|
| Referencia | (1) Grajales Garcés MP. Asociación entre Disfunción Familiar y Factores de Riesgo de Suicidio en Adolescentes de seis comunidades de Antioquia, 2006 - 2017 [Trabajo de grado profesional]. Medellín, Colombia. Universidad de Antioquia; 2024. |
| Estilo Vancouver/ICMJE (2018) | |



Repositorio Institucional: <http://bibliotecadigital.udea.edu.co>

Universidad de Antioquia - www.udea.edu.co

El contenido de esta obra 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.

Dedicatoria

Dedico este trabajo de grado a mi familia, por su incondicional apoyo y por ser mi pilar en todo momento.

A mi compañero de vida, por su amor, paciencia y motivación constante. Este logro es de ustedes, quienes han sido mi mayor inspiración.

Agradecimientos

Un agradecimiento muy especial al profesor Ramón Paniagua, quien no solo fue mi asesor durante todo el proceso, sino que también proporcionó la base de datos que sirvió como fundamento para este trabajo.

Su guía, paciencia y conocimientos fueron clave para que este proyecto llegara a buen término.

Tabla de contenido

| | |
|--|----|
| Resumen | 9 |
| Abstract | 10 |
| Introducción..... | 11 |
| 1 Planteamiento del problema | 13 |
| 2 Justificación..... | 16 |
| 3 Objetivos..... | 18 |
| 3.1 Objetivo general..... | 18 |
| 3.2 Objetivos específicos | 18 |
| 4 Marco teórico..... | 19 |
| 4.1 El suicidio..... | 19 |
| 4.1.1 Contexto histórico del suicidio..... | 19 |
| 4.1.2 Factores socioculturales que intervienen en el suicidio | 20 |
| 4.2 Teorías del suicidio | 22 |
| 4.2.1 Durkheim, teoría sociológica del suicidio | 22 |
| 4.2.2 Foucault y la relación entre poder y suicidio | 23 |
| 4.2.3 Shneidman y la Suicidiología | 24 |
| 4.2.4 Joiner y la Teoría Psicológica-Interpersonal del Suicidio..... | 25 |
| 4.3 Factores de riesgo del suicidio..... | 26 |
| 4.4 Dominios del riesgo de suicidio..... | 27 |
| 4.4.1 Desesperanza..... | 27 |
| 4.4.2 Baja Autoestima | 28 |
| 4.4.3 Aislamiento Social..... | 29 |
| 4.4.4 Inhabilidad para el manejo de emociones..... | 30 |
| 4.4.5 Ideación suicida | 31 |

| | | |
|-------|--|----|
| 4.5 | La adolescencia | 32 |
| 4.5.1 | Adolescencia y el suicidio | 33 |
| 4.6 | Familia..... | 33 |
| 4.6.1 | Disfunción Familiar..... | 34 |
| 4.7 | La Escuela | 36 |
| 4.8 | Generalidades de las zonas de estudio | 37 |
| 4.8.1 | Zona Nororiental de Medellín | 37 |
| 4.8.2 | Zona Noroccidental de Medellín..... | 38 |
| 4.8.3 | Copacabana..... | 38 |
| 4.8.4 | Marinilla..... | 39 |
| 4.8.5 | Ebéjico | 40 |
| 4.8.6 | Carmen de Viboral | 40 |
| 5 | Metodología..... | 42 |
| 5.1 | Tipo de estudio | 42 |
| 5.2 | Universo y muestra | 42 |
| 5.3 | Criterios de Inclusión..... | 43 |
| 5.4 | Criterios de Exclusión | 43 |
| 5.5 | Instrumentos | 43 |
| 5.5.1 | Inventario de Orientación Suicida ISO-30 | 43 |
| 5.5.2 | Abgar Familiar..... | 45 |
| 5.6 | Definición operacional de las variables | 46 |
| 5.7 | Identificación y control de potenciales sesgos | 47 |
| 5.8 | Aspectos éticos..... | 47 |
| 5.9 | Plan de Análisis | 48 |
| 5.9.1 | Revisión de los datos | 48 |

| | |
|--|----|
| 5.9.2 Análisis Univariado..... | 48 |
| 5.9.3 Análisis Bivariado..... | 48 |
| 5.9.4 Análisis multivariado | 49 |
| 6 Resultados..... | 50 |
| 6.1 Descripción socio-demográfica de las seis poblaciones de estudio..... | 50 |
| 6.2 Descripción de funcionamiento familiar en las seis poblaciones de estudio. .. | 50 |
| 6.3 Prevalencia de los subconstructos de riesgo de suicidio en las seis poblaciones de estudio. | 51 |
| 6.4 Asociación entre disfunción familiar y los subconstructos del riesgo de suicidio. | 55 |
| 6.4.1 Asociación entre Aislamiento social y disfunción familiar..... | 55 |
| 6.4.2 Asociación entre Baja autoestima y disfunción familiar..... | 60 |
| 6.4.3 Asociación entre Desesperanza y disfunción familiar | 65 |
| 6.4.4. Asociación entre Ideación suicida y Disfunción Familiar..... | 69 |
| 6.4.5 Asociación entre Inhabilidad para el manejo de emociones y disfunción familiar | 73 |
| 7 Discusión | 78 |
| 8 Conclusiones | 84 |
| 9 Recomendaciones..... | 86 |
| Referencias | 87 |

Lista de tablas

| | |
|--|----|
| Tabla 1. Componentes de evaluación del instrumento ISO-30. | 44 |
| Tabla 2. Calificación del instrumento ISO-30. | 44 |
| Tabla 3. Componentes de evaluación del instrumento APGAR familiar. | 45 |
| Tabla 4. Calificación del instrumento APGAR familiar. | 46 |
| Tabla 5. Características Sociodemográficas de las seis poblaciones de estudio. * | 50 |
| Tabla 6. Descripción del funcionamiento familiar en las seis zonas de estudio. | 51 |
| Tabla 7. Prevalencia de subconstructos de riesgo de suicidio en las seis poblaciones de estudio. * | 53 |
| Tabla 8. Distribución de frecuencias de los valores observados de Aislamiento Social según la presencia o ausencia de Disfunción Familiar en las poblaciones estudiadas. | 55 |
| Tabla 9. Distribución de frecuencias de los valores esperados de Aislamiento Social según la presencia o ausencia de Disfunción Familiar en las poblaciones estudiadas. | 57 |
| Tabla 10. Distribución de frecuencias de los valores observados de Baja Autoestima según la presencia o ausencia de Disfunción Familiar en las poblaciones estudiadas. | 60 |
| Tabla 11. Distribución de frecuencias de los valores esperados de Baja Autoestima según la presencia o ausencia de Disfunción Familiar en las poblaciones estudiadas. | 62 |
| Tabla 12. Distribución de frecuencias de los valores observados de Desesperanza según la presencia o ausencia de Disfunción Familiar en las poblaciones estudiadas. | 65 |
| Tabla 13. Distribución de frecuencias de los valores esperados de Desesperanza según la presencia o ausencia de Disfunción Familiar en las poblaciones estudiadas. | 66 |
| Tabla 14. Distribución de frecuencias de los valores observados de Ideación Suicida según la presencia o ausencia de Disfunción Familiar en las poblaciones estudiadas. | 69 |
| Tabla 15. Distribución de frecuencias de los valores esperados de Ideación Suicida según la presencia o ausencia de Disfunción Familiar en las poblaciones estudiadas. | 71 |
| Tabla 16. Distribución de frecuencias de los valores observados de Inhabilidad para el manejo de Emociones según la presencia o ausencia de Disfunción Familiar en las poblaciones estudiadas. | 73 |
| Tabla 17. Distribución de frecuencias de los valores esperados de Inhabilidad para el Manejo de Emociones según la presencia o ausencia de Disfunción Familiar en las poblaciones estudiadas. | 75 |

Lista de figuras

| | |
|---|----|
| Figura 1. Mapa de la subregión del Valle de Aburrá (48). | 38 |
| Figura 2. Mapa de la subregión del Oriente Antioqueño (50). | 39 |
| Figura 3. Mapa subregión Occidente de Antioquia (53)..... | 40 |
| Figura 4. Mapa de Correspondencias: Asociación entre Disfunción Familiar y Aislamiento Social. | 60 |
| Figura 5. Mapa de Correspondencias: Asociación entre Disfunción Familiar y Baja Autoestima..... | 65 |
| Figura 6. Mapa de Correspondencias: Asociación entre Disfunción Familiar y desesperanza. | 69 |
| Figura 7. Mapa de Correspondencias: Asociación entre Disfunción Familiar e Ideación Suicida..... | 73 |
| Figura 8. Mapa de Correspondencias: Asociación entre Disfunción Familiar e Inhabilidad para el Manejo de Emociones. | 77 |

Resumen

Este trabajo de grado investiga la asociación entre disfunción familiar y factores de riesgo de suicidio en adolescentes de seis comunidades de Antioquia durante el periodo de 2006 a 2017. El objetivo principal es analizar cómo la disfunción familiar se relaciona con subconstructos clave del riesgo suicida, que incluyen desesperanza, baja autoestima, inhabilidad para el manejo de emociones, aislamiento social e ideación suicida. Para ello, se llevó a cabo un estudio descriptivo de tipo transversal, utilizando una base de datos secundaria obtenida de la aplicación del Inventario de Orientación Suicida ISO-30 y el APGAR Familiar, que evalúan tanto la presencia de factores de riesgo como el funcionamiento familiar.

Los resultados del análisis estadístico revelan una fuerte asociación entre la disfunción familiar y los subconstructos del riesgo de suicidio. Se observa que los adolescentes provenientes de familias disfuncionales presentan un riesgo significativamente mayor de desarrollar pensamientos suicidas y comportamientos autodestructivos, especialmente en lo que respecta al manejo emocional y el aislamiento social. Estos hallazgos subrayan la importancia de la dinámica familiar en la salud mental de los jóvenes.

Se concluye que fortalecer las relaciones familiares y fomentar un ambiente de apoyo emocional son esenciales para la prevención del suicidio juvenil. Se recomienda el desarrollo de políticas públicas que integren intervenciones dirigidas a las familias y a las escuelas, con el fin de abordar de manera efectiva los factores de riesgo asociados con el suicidio en esta población vulnerable.

Palabras clave: Disfunción familiar, riesgo suicida, adolescencia, manejo emocional, aislamiento social.

Abstract

This thesis investigates the association between family dysfunction and suicide risk factors in adolescents from six communities in Antioquia during the period from 2006 to 2017. The main objective is to analyze how family dysfunction is related to key subconstructs of suicide risk, which include hopelessness, low self-esteem, inability to manage emotions, social isolation, and suicidal ideation. To this end, a descriptive cross-sectional study was conducted using a secondary database obtained from the application of the Suicidal Orientation Inventory (ISO-30) and the Family APGAR, which assess both the presence of risk factors and family functioning.

The results of the statistical analysis reveal a strong association between family dysfunction and suicide risk subconstructs. It is observed that adolescents from dysfunctional families are significantly more likely to develop suicidal thoughts and self-destructive behaviors, particularly regarding emotional management and social isolation. These findings highlight the importance of family dynamics in the mental health of young people.

It is concluded that strengthening family relationships and fostering an emotionally supportive environment are essential for the prevention of youth suicide. It is recommended that public policies be developed that integrate interventions aimed at families and schools to effectively address the risk factors associated with suicide in this vulnerable population.

Keywords: Family dysfunction, suicide risk, adolescence, emotional management, social isolation.

Introducción

El suicidio juvenil representa una problemática compleja que involucra una interacción de factores emocionales, psicológicos, sociales y familiares. Los adolescentes, debido a las transformaciones propias de esta etapa de la vida, son particularmente vulnerables a enfrentar situaciones que incrementan el riesgo de suicidio, como la falta de manejo emocional, la baja autoestima o la ideación suicida. En este contexto, la familia tiene un papel crucial en la salud mental de los jóvenes, especialmente en su capacidad de proveer un entorno seguro y de apoyo.

La disfunción familiar, definida por la presencia de problemas en la comunicación, conflictos frecuentes y la falta de cohesión, puede aumentar significativamente el riesgo de que los adolescentes desarrollen conductas autodestructivas (1). Esta disfunción genera un entorno emocional negativo que impacta en la estabilidad psicológica de los jóvenes, afectando su habilidad para gestionar situaciones estresantes o mantener relaciones interpersonales saludables.

En Colombia, la situación de los adolescentes que crecen en entornos familiares disfuncionales plantea serias preocupaciones, ya que dichos entornos pueden amplificar los factores de riesgo que predisponen a comportamientos suicidas. Sin embargo, los estudios que analizan de manera integrada la relación entre disfunción familiar y los subconstructos de riesgo de suicidio en adolescentes son limitados, lo que destaca la necesidad de investigaciones que exploren cómo los problemas familiares influyen en el bienestar emocional de los jóvenes.

Este estudio tiene como objetivo analizar la relación entre la disfunción familiar y los factores de riesgo de suicidio en adolescentes de seis comunidades específicas de Antioquia. A través del uso de una base de datos secundaria, se buscará comprender cómo la disfunción familiar se asocia con subconstructos clave como la desesperanza, la baja autoestima, la inhabilidad para el manejo de emociones, el aislamiento social y la ideación suicida. El propósito es aportar información que pueda contribuir al diseño de

estrategias de intervención orientadas a la prevención del suicidio juvenil, con un enfoque particular en el fortalecimiento del entorno familiar.

Este análisis resulta relevante no solo por la importancia de abordar el suicidio juvenil desde una perspectiva de salud pública, sino también por la necesidad de generar conocimientos que permitan desarrollar políticas de prevención más efectivas y contextualmente adecuadas para los adolescentes en situaciones de vulnerabilidad familiar.

1 Planteamiento del problema

A finales del siglo pasado, Desjarlais y colaboradores (2) subrayaron la gravedad del suicidio como una problemática emergente en el ámbito de la salud mental. Al iniciar el presente siglo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) emitió una alerta respecto al aumento progresivo de la conducta suicida a nivel global, especialmente entre la población adolescente y adulta joven (2). La OMS destacó que el suicidio, con 815,000 casos de muertes violentas en el año 2000, superó las cifras de fallecimientos debido a guerras, convirtiéndose en un serio problema de salud a nivel mundial, con una tasa alarmante de 14.5 por 100,000 habitantes, equivalente a una muerte cada 40 segundos (2). Este fenómeno es particularmente preocupante entre los jóvenes, siendo la tercera causa de muerte en aquellos de 15 a 19 años y la segunda en el grupo de 10 a 24 años (3).

En América Latina, la tasa de suicidio es de aproximadamente 9.8 por cada 100,000 habitantes (4), lo que refleja la seriedad de esta problemática. Diversos estudios han señalado que factores como el aislamiento social, la presión académica y los conflictos con la identidad personal pueden aumentar el riesgo de suicidio entre los adolescentes de la región. En países como México, los adolescentes con bajo apoyo familiar y poca comunicación con los padres tienen un 30% más de posibilidades de presentar ideación suicida, lo que resalta la importancia del entorno familiar en la prevención de este fenómeno (5).

En Colombia, entre 2008 y 2017, se registraron 19,977 suicidios. Durante los primeros seis años de este período, las tasas se mantuvieron entre 4.2 y 4.5 por 100,000 habitantes; sin embargo, a partir del año 2014, se identificó un aumento constante, llegando a 5.7 en 2017. Esta tendencia al alza se refleja de manera similar en la población infantil y adolescente, donde las tasas aumentaron de 3.7 a 4.6 en el periodo 2015-2017 (6). En el Departamento de Antioquia, un informe reciente reveló que, entre 2020 y 2022, el grupo de adolescentes entre 12 y 18 años presentó 170 casos de suicidio y 4.751

intentos. En el Valle de Aburrá, la tasa de intentos de suicidio entre adolescentes fue alarmante, con 3.136 casos en ese mismo período (7).

Los adolescentes constituyen un grupo particularmente vulnerable, con aproximadamente un 11% que ha experimentado ideación suicida en algún momento de sus vidas, y un 3% ha intentado el suicidio (1). A nivel regional, las tasas de suicidio en adolescentes de Antioquia se ubicaron en 5.7 muertes por cada 100,000, superando el promedio nacional de 5.2 (8). Estas cifras son consistentes con los factores de riesgo presentes en la población, incluyendo la disfunción familiar, las rupturas amorosas, el ciberacoso y otros eventos críticos que afectan a los adolescentes (9).

En términos de disfuncionalidad familiar, se ha identificado que las familias con características disfuncionales generan un entorno emocional negativo para los adolescentes. Los hogares con poca cohesión, comunicación limitada y actitudes hostiles aumentan la probabilidad de que los adolescentes desarrollen síntomas depresivos y conductas suicidas (10). Un estudio en América Latina encontró que los adolescentes que viven en familias disfuncionales son más propensos a desarrollar depresión y otros problemas emocionales que, en muchos casos, se relacionan directamente con la ideación suicida (11).

Además, la disfuncionalidad familiar no solo afecta la salud mental de los adolescentes, sino también su desempeño académico, lo que incrementa el riesgo de deserción escolar (12). La falta de apoyo en el hogar y la presencia de violencia familiar son factores que impactan negativamente en la capacidad de los jóvenes para manejar el estrés académico y social. Esto, a su vez, se relaciona con mayores tasas de abandono escolar, un fenómeno observado en múltiples estudios en Latinoamérica (12).

Pese a estos avances en el conocimiento, aún existen vacíos en la comprensión de cómo la disfunción familiar contribuye al riesgo de suicidio en adolescentes en contextos escolares específicos de Colombia, particularmente en regiones como Antioquia. La presente investigación busca abordar este vacío, profundizando en la relación entre el entorno familiar y los factores de riesgo asociados al suicidio, contribuyendo así a la comprensión y prevención de este fenómeno en la región.

Es necesario encontrar respuestas a algunos interrogantes como, ¿el sistema de salud en cada zona de estudio tiene cómo responder a la solución de las dos problemáticas planteadas?, ¿la familia tiene los recursos suficientes para atender a un estudiante con estas problemáticas?, ¿en la escuela hay un protocolo adecuado para identificar estas problemáticas en las estudiantes?

El interrogante de esta investigación es, **conocer cómo es la distribución de cada uno de los cinco dominios de riesgo de suicidio: desesperanza, baja autoestima, inhabilidad para el manejo de emociones, ideación suicida y aislamiento social y explicar su asociación con la presencia de disfunción familiar en las seis poblaciones de estudio.**

2 Justificación

Además de abordar el riesgo de suicidio en adolescentes escolarizados, este estudio se distingue por su enfoque específico en analizar la asociación entre los subconstructos mencionados y la presencia de disfunción familiar. La inclusión de este componente es fundamental para comprender la influencia del entorno familiar en el riesgo de suicidio, ofreciendo una visión más completa de los factores determinantes.

Diversos estudios han destacado el papel crucial de la disfunción familiar en el riesgo de suicidio entre adolescentes. La investigación de Hernández y colaboradores (6), subraya la necesidad de analizar cómo la disfunción familiar se relaciona con diversos subconstructos del riesgo de suicidio, tales como desesperanza, baja autoestima, dificultades emocionales, aislamiento social e ideación suicida. En un contexto similar, Zumarán et al. (13) observa que la disfunción familiar puede contribuir a problemas emocionales y autoestima baja, además de pensamientos suicidas. Perales et al (1) por su parte, encuentran que los adolescentes con altos niveles de suicidio y depresión suelen experimentar problemas en la comunicación con sus padres y perciben una mayor disfunción familiar, además de provenir de hogares conflictivos. Estos hallazgos refuerzan la importancia de considerar la disfunción familiar como un elemento central en el análisis del riesgo suicida en jóvenes.

La innovación radica en la inclusión explícita de la disfunción familiar como variable clave y en la utilización de modelos de correspondencia simples para analizar la asociación entre los subconstructos y la disfunción familiar. Esta perspectiva integrada ofrece una comprensión más holística de cómo los factores familiares y los subconstructos individuales interactúan, aportando un nivel adicional de profundidad a la investigación.

El aporte de esta investigación a la salud pública es significativo. Al proporcionar una visión integral de cómo la disfunción familiar modula el impacto de los subconstructos individuales en el riesgo de suicidio, este estudio ofrece información valiosa para la identificación temprana de situaciones de riesgo y la implementación de intervenciones preventivas más específicas y orientadas a la familia. La capacidad de discernir cómo

cada subconstructo interactúa con la disfunción familiar permite diseñar estrategias de prevención y tratamiento que aborden tanto los factores individuales como los contextuales.

Los resultados de este estudio no solo serán útiles para profesionales de la salud mental y educadores, sino también para terapeutas familiares y responsables de políticas que trabajan en el ámbito de la salud mental juvenil. Al comprender cómo la disfunción familiar se relaciona con los subconstructos específicos, se pueden diseñar intervenciones que aborden tanto los factores individuales como los contextuales, promoviendo un enfoque integral y más efectivo en la prevención del riesgo de suicidio.

En resumen, este estudio no solo busca comprender los subconstructos del riesgo de suicidio en adolescentes escolarizados, sino que también se enfoca en la asociación crucial con la disfunción familiar. Esta adición fortalece la relevancia y aplicabilidad del estudio, proporcionando una visión más completa de la complejidad de los factores que contribuyen al riesgo de suicidio en la población adolescente.

3 Objetivos

3.1 Objetivo general

Determinar la distribución del riesgo de suicidio, abordando los subconstructos de desesperanza, baja autoestima, inhabilidad para el manejo de emociones, aislamiento social e ideación suicida, en adolescentes escolarizados, y analizar la relación de estos con la presencia de disfunción familiar en las seis poblaciones de Antioquia, año 2024.

3.2 Objetivos específicos

- Describir socio-demográficamente las seis poblaciones de estudio.
- Describir las condiciones de funcionamiento familiar en las seis poblaciones de estudio.
- Identificar la prevalencia de los subconstructos de riesgo de suicidio en las seis poblaciones de estudio.
- Analizar la asociación entre disfunción familiar y los subconstructos del riesgo de suicidio.

4 Marco teórico

4.1 El suicidio

El suicidio ha sido una preocupación constante para la humanidad a lo largo de la historia, sin importar la cultura, la época o la clase social. Este fenómeno ha estado presente en todas las sociedades, aunque su percepción y las actitudes hacia él han variado considerablemente según el contexto cultural y temporal en el que ocurre (14). De acuerdo con la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-9 y CIE-10), el suicidio se define como "lesiones autoinfligidas intencionalmente", lo cual destaca su carácter voluntario. Etimológicamente, la palabra proviene del latín "sui" (uno mismo) y "cidium" (matar), lo que subraya el acto de acabar con la propia vida (14). Esta definición nos recuerda que el suicidio es, en esencia, una decisión profundamente personal, aunque también puede estar influenciada por una serie de factores sociales, psicológicos y culturales que varían de una persona a otra.

El suicidio, además de ser un problema individual, también tiene un impacto significativo a nivel social. Aunque representa las luchas internas y personales de quienes lo intentan o lo consuman, no puede separarse del entorno en el que vive la persona. De hecho, las circunstancias sociales y culturales juegan un papel crucial en la forma en que una persona interpreta y afronta su sufrimiento (15). Por ejemplo, las creencias religiosas, los valores morales y las normas culturales de una sociedad pueden influir notablemente en la actitud hacia el suicidio, ya sea fomentando la estigmatización o propiciando una mayor comprensión y apoyo. En este sentido, aunque la decisión de quitarse la vida es personal, se encuentra estrechamente vinculada a factores colectivos que pueden agravar o mitigar la desesperación (15). Por ello, la prevención del suicidio debe abordarse desde una perspectiva tanto individual como comunitaria, involucrando a la familia, la sociedad y los profesionales de la salud.

4.1.1 Contexto histórico del suicidio

La historia del suicidio ha experimentado un notable cambio en su percepción y enfoque a lo largo del tiempo. En la antigüedad, civilizaciones como la griega y romana llegaron a considerarlo, en ciertas circunstancias, como un acto honorable. Sin embargo, este enfoque variaba según el contexto histórico. Por ejemplo, durante el Renacimiento, el suicidio era visto como una vía de escape de las dificultades de la vida, una forma de liberación personal, aunque seguía existiendo una condena social hacia quienes optaban por esta vía (16). En este sentido, pensadores como Aristóteles y Platón lo condenaron firmemente, ya que lo consideraban contrario a la ética, y en el Imperio Romano, se le trataba como un delito contra el Estado, lo que implicaba diversas sanciones (16).

Con la llegada del cristianismo, en la Edad Media, la percepción del suicidio se transformó radicalmente. Este fue visto como un pecado grave, ya que atentaba directamente contra

Dios y los mandamientos divinos. La Iglesia jugó un papel central en este cambio, al reinterpretar las enseñanzas bíblicas y asociar el suicidio con una violación moral y espiritual (16). Es interesante observar cómo la religión fue moldeando no solo la moralidad individual, sino también las leyes y actitudes colectivas sobre este acto. Esta condena también fue un reflejo del control social que ejercía la Iglesia sobre los comportamientos individuales.

A medida que avanzamos hacia los siglos XVIII y XIX, el enfoque sobre el suicidio comenzó a evolucionar, pasando de una interpretación moral a una perspectiva más científica. Durante este periodo, se empezó a comprender el suicidio como el resultado de trastornos mentales o crisis emocionales profundas (14). Los estudios pioneros de Falret y Esquirol aportaron la idea de que el suicidio no era simplemente un acto voluntario, sino que se derivaba de un desequilibrio mental o emocional (14). Esta nueva visión fue clave para cambiar el enfoque hacia un análisis más clínico y menos moralista, marcando así el inicio de la psiquiatría moderna. Además, investigadores como Morselli y Durkheim en el siglo XIX sentaron las bases para una comprensión sociológica del suicidio, abriendo el camino hacia futuras investigaciones sobre las causas sociales y psicológicas de este fenómeno (14).

4.1.2 Factores socioculturales que intervienen en el suicidio

El suicidio en adolescentes es un fenómeno complejo que no solo está determinado por factores individuales, sino también por un conjunto de factores socioculturales. Estos incluyen influencias como la religión, las normas sociales, la accesibilidad a los medios para el suicidio y las políticas públicas. Estos elementos actúan tanto de manera directa como indirecta, moldeando el comportamiento de los adolescentes ante situaciones de crisis y desesperación.

- **Influencia de la Religión:** La religión puede desempeñar un papel dual en la prevención o incremento del riesgo suicida. En muchas culturas, las creencias religiosas funcionan como un factor protector, al condenar moral y espiritualmente el acto de quitarse la vida. Este rechazo del suicidio se fundamenta en la sacralidad de la vida, un principio presente en la mayoría de las religiones, lo que podría explicar por qué las tasas de suicidio suelen ser menores entre personas religiosas que entre aquellas que no lo son (17,18). No obstante, la religión no siempre es un escudo universal. En algunos casos, la presión por cumplir con ciertas expectativas religiosas puede incrementar el nivel de estrés y desesperación en los adolescentes. Este fenómeno puede ser particularmente pronunciado cuando los jóvenes se sienten incapaces de cumplir con las normas religiosas, lo que podría llevarlos a experimentar sentimientos de culpa o desesperanza.

Un estudio reveló que el deseo de vivir es un factor protector contra el comportamiento suicida, independientemente de la religión (17). Sin embargo, en contextos específicos, algunos adolescentes religiosos podrían interpretar el suicidio como una forma rápida de alcanzar la vida después de la muerte, especialmente si sus creencias enfatizan la existencia de un "más allá" positivo. Aun así, la conexión con una deidad o creencias espirituales también puede proporcionar alivio y fuerza, permitiendo que el adolescente encuentre razones para continuar viviendo. Este balance entre los efectos protectores y, en algunos casos, de riesgo que la religión puede tener en los jóvenes subraya la importancia de considerar las creencias individuales y el contexto sociocultural a la hora de abordar el tema del suicidio.

- **Normas Sociales y Estigma:** Las normas sociales y el estigma asociado con la salud mental y el suicidio varían ampliamente entre culturas y regiones. En sociedades donde hablar sobre salud mental está estigmatizado o es un tema tabú, los adolescentes pueden experimentar aislamiento, lo que disminuye la probabilidad de que busquen ayuda. Esto ocurre porque temen ser señalados o juzgados, lo que a menudo agrava la sensación de desesperanza y la incapacidad de manejar sus problemas. La presión por ajustarse a estas normas sociales es especialmente fuerte en la adolescencia, cuando los jóvenes buscan aceptación y validación de sus pares y de la sociedad en general.

En respuesta a este desafío, diversos modelos de prevención del suicidio han sido implementados en varias partes del mundo, diseñados para cambiar las normas sociales y reducir el estigma. Estos enfoques no solo se centran en la prevención del suicidio, sino también en la promoción y prevención de la salud mental en general (19). La identificación de factores de riesgo y la fortificación de factores protectores a nivel individual y comunitario son fundamentales en estos modelos, lo que resalta la importancia de crear espacios donde los adolescentes puedan hablar abiertamente sobre sus problemas emocionales sin temor a ser juzgados.

- **Accesibilidad y Políticas Públicas:** En Colombia, las políticas públicas sobre la prevención del suicidio han sido parte de una evolución que busca integrar la salud mental dentro del sistema general de salud. Desde la Ley 100 de 1993, que sentó las bases para la protección en salud, se han desarrollado iniciativas específicas para abordar la salud mental, como la Resolución 2358 de 1998 y, más recientemente, la Política Nacional de Salud Mental adoptada en 2018. Esta última se centra en la prevención y promoción de la salud mental, atendiendo a la creciente preocupación por el suicidio, que ha sido identificado como una de las principales causas de muerte en el país. En particular, el Plan Decenal de Salud Pública (2012-2021) establece metas claras para la prevención de problemas de salud mental y la mejora de las capacidades del sistema de salud para enfrentar este desafío (20,21).

El Ministerio de Educación también ha implementado la Ley 1620 de 2013, que incluye protocolos para la prevención del suicidio en el contexto escolar. Esta ley se enfoca en crear rutas de atención integral que orienten a estudiantes, familias, docentes y cuidadores sobre cómo manejar situaciones de riesgo. Las herramientas educativas desarrolladas buscan sensibilizar y capacitar a la comunidad educativa sobre la prevención de factores de riesgo, como la conducta suicida, y la importancia del buen trato hacia los niños y adolescentes (21).

Estas políticas reflejan el compromiso del gobierno colombiano de integrar la salud mental y la prevención del suicidio dentro de un enfoque más amplio de accesibilidad y protección en salud, reconociendo la necesidad de una respuesta intersectorial que incluya la educación y la salud pública.

4.2 Teorías del suicidio

4.2.1 Durkheim, teoría sociológica del suicidio

Émile Durkheim, uno de los pioneros en la sociología, desarrolló una teoría revolucionaria sobre el suicidio al argumentar que este fenómeno no debía ser visto únicamente desde una perspectiva individual, sino como un "hecho social". Para él, la causa fundamental del suicidio radica en la anomía social, la cual describió como una falta de normas o dirección en momentos de crisis o cambio social. Según Durkheim, la anomía emerge en épocas de revolución o desorganización social, y genera en los individuos un profundo sentimiento de desconcierto o alienación (22). Esta idea fue clave para entender el suicidio como un problema no solo de índole personal, sino también estructural, donde las condiciones sociales desempeñan un papel fundamental.

Durkheim clasificó el suicidio en tres tipos distintos, basándose en un estudio comparativo de varias sociedades europeas:

-El suicidio egoísta, que se relaciona con la desconexión o alienación del individuo respecto a su entorno social. Este tipo de suicidio ocurre cuando el individuo se siente aislado y fuera de las normas o lazos comunitarios.

-El suicidio altruista, que se observa en sociedades donde las normas y estructuras sociales son extremadamente rígidas. En este contexto, el deber hacia el grupo o la comunidad prevalece sobre el bienestar individual, llevando a personas a quitarse la vida por un sentido de obligación hacia los demás.

-El suicidio anómico, que surge en situaciones donde hay una dislocación o falta de valores sociales claros. La ausencia de un marco normativo estable lleva a los individuos a la desorientación y a la pérdida de sentido en la vida (22).

Aunque esta clasificación abarca diversos contextos, Durkheim insistió en que las circunstancias que rodean el suicidio de un individuo están profundamente influenciadas por la estructura social en la que vive. En este sentido, la tasa de suicidios de una sociedad no puede ser explicada solo por factores psicológicos o individuales, sino que debe ser comprendida como un reflejo de las condiciones sociales generales (22).

Una de las reflexiones más importantes de Durkheim es su análisis sobre cómo las formas de asociación y solidaridad social influyen en el fenómeno del suicidio. Aunque reconocía que el acto de suicidarse era, en última instancia, una decisión individual, argumentaba que la prevalencia del suicidio dentro de una sociedad era un "hecho social", un indicador de la salud de sus estructuras y relaciones sociales (23). Esta perspectiva se aleja de interpretaciones moralistas del suicidio, sugiriendo que sus raíces no se limitan a lo moral o lo individual, sino que están profundamente arraigadas en las dinámicas comunitarias y en los trastornos sociales que afectan tanto a la psique individual como a la comunidad en su conjunto(15).

Durkheim aportó una visión innovadora que sigue siendo relevante hoy en día. Al señalar que el suicidio es un reflejo de la cohesión social, demostró que factores como la disolución de normas o la falta de solidaridad pueden tener consecuencias devastadoras no solo para los individuos, sino para la sociedad en su totalidad. Esto nos lleva a pensar que, más allá de las intervenciones individuales, es fundamental fortalecer el tejido social y promover ambientes comunitarios saludables para reducir las tasas de suicidio.

4.2.2 Foucault y la relación entre poder y suicidio

Michel Foucault, en su análisis del suicidio, aborda por qué la sociología clásica, desde el siglo XIX, se interesó profundamente en este fenómeno, relacionándolo con las transformaciones en la forma en que se ejerce el poder en las sociedades modernas. Según Foucault, el suicidio se encuentra en una intersección crítica donde el poder no solo se aplica a través de la represión o el control directo, sino también mediante la biopolítica, es decir, la regulación de la vida misma, los cuerpos y las poblaciones (23). En este contexto, el suicidio emerge como un acto que desafía la estructura de poder, pues toca los límites de esa gestión de la vida que el poder político ha asumido como una de sus funciones principales.

Una de las ideas clave que Foucault destaca es cómo el suicidio, históricamente, fue tratado como un crimen. En el pasado, la muerte, al igual que la vida, era concebida como un dominio exclusivo del soberano; es decir, solo el Estado o el monarca tenía la potestad de decidir sobre la vida o la muerte de sus súbditos. Al cometer suicidio, el individuo

arrebatada ese "derecho de muerte" que, en términos políticos, solo le correspondía al soberano. Sin embargo, a medida que las sociedades evolucionaron y surgió la modernidad, el suicidio dejó de ser considerado exclusivamente un crimen contra el poder soberano y se transformó en un tema de interés para la sociología emergente (23).

Lo que resulta especialmente relevante en el enfoque de Foucault es cómo interpreta el interés sociológico en el suicidio. Para él, la persistencia de la tendencia suicida en las sociedades modernas no puede explicarse únicamente por las circunstancias personales o psicológicas de los individuos. Más bien, representa un desafío a las estructuras de poder que, en el siglo XIX, comenzaron a gestionar y regular la vida de las poblaciones de manera sistemática. En otras palabras, el suicidio se convierte en una especie de resistencia ante el control disciplinario que se ejerce sobre los cuerpos y las vidas, marcando los límites del poder sobre la vida humana (23).

A través de este análisis, Foucault introduce una nueva dimensión al estudio del suicidio. Ya no se trata solo de un fenómeno individual o patológico, sino de un reflejo de las tensiones entre el poder y la libertad personal. El derecho de una persona a decidir sobre su muerte es, en última instancia, un cuestionamiento de hasta qué punto el poder puede controlar los aspectos más íntimos y personales de la existencia humana. Al situar el suicidio en este contexto, Foucault nos invita a reconsiderar cómo entendemos el control sobre la vida en las sociedades modernas, donde la libertad individual y la regulación biopolítica parecen estar en constante conflicto.

4.2.3 Shneidman y la Suicidiología

Edwin S. Shneidman es considerado uno de los pioneros en el campo de la prevención del suicidio y contribuyó significativamente al desarrollo de la Suicidiología, una disciplina dedicada a la comprensión de los comportamientos, pensamientos y sentimientos autodestructivos. Para Shneidman, el suicidio no era solo un acto extremo, sino una crisis psicológica que necesitaba ser entendida tanto desde una perspectiva psicológica como filosófica. Esta visión ayudó a sentar las bases para su detección y, lo que es más importante, para su prevención (15).

En su trabajo, Shneidman describió el suicidio como un acto consciente de autoaniquilación, una respuesta extrema a un malestar interno percibido como insuperable. Según él, los individuos que eligen el suicidio lo hacen porque, en su mente, esta es la única solución viable para aliviar su sufrimiento (15). Esta perspectiva destaca la importancia de entender el suicidio desde el punto de vista de quien lo experimenta, y no únicamente como una consecuencia de factores externos.

Uno de los aportes más importantes de Shneidman es su modelo cúbico del suicidio, el cual identifica cuatro constructos clave: la hostilidad, la perturbación emocional, la constricción cognitiva (una percepción limitada de las opciones disponibles), y el deseo de cese (la necesidad de acabar con el dolor). Además, Shneidman describió tres

condiciones que suelen estar presentes en el acto suicida: la hostilidad hacia uno mismo, los estados emocionales negativos y las dificultades cognitivas para procesar adecuadamente la realidad de los problemas que se enfrentan (24).

Cuando se trata de adolescentes, estos factores pueden ser aún más críticos. Las dificultades que los jóvenes enfrentan para percibir el apoyo social y familiar son especialmente relevantes, ya que estas redes de apoyo suelen ser clave en la resolución de conflictos. Shneidman señala que, cuando los adolescentes no logran acceder o reconocer este apoyo, su capacidad para gestionar las crisis emocionales disminuye, lo que aumenta el riesgo de conductas suicidas (24). Este enfoque ofrece una perspectiva más comprensiva sobre los factores subyacentes al comportamiento suicida, permitiendo que las estrategias de prevención se orienten no solo a tratar los síntomas, sino a abordar las causas profundas.

En resumen, el trabajo de Shneidman ha sido fundamental para la construcción de un enfoque preventivo del suicidio basado en la comprensión de los procesos psicológicos y emocionales. Al considerar el suicidio como un fenómeno multicausal, Shneidman aporta una lente más matizada, subrayando la importancia de la intervención temprana y el apoyo integral a aquellos en riesgo.

4.2.4 Joiner y la Teoría Psicológica-Interpersonal del Suicidio

Thomas Joiner desarrolló una influyente teoría sobre la conducta suicida conocida como la Teoría Psicológica-Interpersonal, que ofrece una visión compleja de los factores que llevan a una persona a intentar quitarse la vida. Según esta teoría, para que ocurra la conducta suicida deben coincidir dos elementos esenciales: el deseo de morir y la capacidad de actuar autolesivamente. Estos dos componentes, aunque relacionados, tienen orígenes y dinámicas distintas, y su combinación es lo que desencadena el comportamiento suicida (25).

El deseo de morir surge cuando la persona experimenta dos sentimientos fundamentales: una profunda desconexión social y la creencia de que es una carga para los demás. La desconexión social se refiere a la sensación de aislamiento, donde el individuo percibe que no tiene vínculos significativos o que no pertenece a ningún grupo social. Este sentimiento de soledad, de no ser necesario para otros, alimenta el deseo de poner fin a su vida. La percepción de ser una carga se asocia con la idea de que su existencia genera sufrimiento o problemas para las personas cercanas, lo que refuerza la creencia de que morir aliviaría el peso sobre los demás (25).

Por otro lado, la capacidad de actuar autolesivamente no es algo innato, sino que se desarrolla con el tiempo a través de la habituación al dolor físico y emocional. La tendencia natural de los seres humanos es la autopreservación; evitar el daño físico es una respuesta instintiva. Sin embargo, quienes desarrollan esta capacidad lo logran al estar repetidamente expuestos a situaciones de dolor, sufrimiento o peligro, lo que va

reduciendo el miedo al daño y a la muerte. Es en este punto donde entra en juego el maltrato físico o el trauma, pues experiencias como estas pueden desensibilizar a las personas, aumentando su tolerancia al dolor y reduciendo el miedo al daño físico, lo que facilita la capacidad para autolesionarse (25).

Joiner argumenta que estos dos factores, el deseo de morir y la capacidad adquirida de hacer daño a uno mismo, no son suficientes por separado, pero cuando se combinan, crean una situación de alto riesgo para el suicidio. Esta perspectiva proporciona una comprensión más profunda de por qué algunas personas que experimentan pensamientos suicidas nunca llegan a intentar acabar con sus vidas, mientras que otras sí lo hacen.

La teoría Psicológica-Interpersonal de Joiner es particularmente útil en el desarrollo de estrategias de prevención del suicidio, ya que sugiere que los esfuerzos no solo deben centrarse en reducir el deseo de morir, sino también en intervenir en la capacidad de actuar sobre ese deseo. Esto puede incluir enfoques como mejorar las conexiones sociales, abordar las percepciones de ser una carga, y trabajar en reducir la habituación al dolor físico y emocional, lo que podría ayudar a disminuir los intentos suicidas (25).

4.3 Factores de riesgo del suicidio

Los factores de riesgo que predisponen a una persona al suicidio se pueden clasificar en cuatro grandes categorías: individuales, familiares, comunitarios e institucionales.

- **Individuales:** En esta categoría se incluyen una variedad de problemas de salud y experiencias personales. Entre los más destacados están los trastornos mentales, como la depresión, así como problemas de salud física, como enfermedades crónicas, hospitalizaciones por condiciones graves o el dolor crónico. También se consideran factores como el consumo indebido de sustancias, la impulsividad, el fracaso escolar, la falta de vinculación con el estudio o el trabajo, y situaciones de vulnerabilidad ante eventos humillantes. Además, experiencias como el aislamiento social, la desesperanza, el divorcio o la muerte de la pareja, problemas de identidad sexual, maltrato infantil y la exposición a eventos traumáticos contribuyen a aumentar el riesgo de suicidio. En algunos casos, la hospitalización involuntaria o las enfermedades incapacitantes pueden agravar la situación.
- **Familiares:** Los conflictos familiares o la desorganización en el núcleo familiar juegan un papel importante en el riesgo de suicidio. Factores como los antecedentes familiares de conductas suicidas, la presencia de trastornos mentales graves y persistentes, la violencia doméstica, el abuso sexual y la muerte o separación de familiares cercanos aumentan la vulnerabilidad. La ausencia

psicológica o física de los padres, la falta de comunicación efectiva, el aislamiento social o el comportamiento antisocial también contribuyen. Además, la facilidad de acceso a medios letales, como armas de fuego o medicamentos, en combinación con condiciones de pobreza o desatención, son factores de riesgo relevantes.

- **Comunitarios:** Los factores comunitarios incluyen la influencia del entorno social y las condiciones socioeconómicas de la comunidad. El deterioro socioeconómico de la zona, la falta de acceso a servicios de salud y educación, y las limitadas oportunidades de estudio, trabajo o participación en actividades recreativas y extracurriculares aumentan el riesgo de suicidio. La inseguridad en el vecindario, la exposición a agresiones y violencia, así como el pertenecer a una minoría discriminada, también son factores críticos. Además, el alcoholismo, las adicciones, las guerras o desastres, y la aceptación del comportamiento suicida dentro de la comunidad pueden incrementar la incidencia de conductas suicidas.
- **Institucionales:** En esta categoría se incluyen factores relacionados con la calidad de las instituciones que deberían proteger a las personas. Las violaciones sistemáticas de los derechos fundamentales en centros de tratamiento de adicciones, en prisiones o en escuelas desorganizadas con un clima marcado por la violencia, son factores institucionales que agravan el riesgo de suicidio. En estos entornos, el acceso limitado a servicios adecuados de salud mental y la carencia de apoyo institucional pueden exacerbar las condiciones que llevan a una persona a considerar el suicidio(22).

4.4 Dominios del riesgo de suicidio

4.4.1 *Desesperanza*

La desesperanza, definida por las expectativas negativas sobre el futuro, juega un papel crucial en la evaluación del riesgo de suicidio (26). Este estado emocional es particularmente relevante dentro del contexto de la depresión, pero destaca por ser un predictor más fuerte de la intención suicida que la propia gravedad de los síntomas depresivos en general. Los individuos que experimentan altos niveles de desesperanza tienden a presentar ideación suicida más intensa, y estudios han demostrado que este estado emocional se asocia con una mayor probabilidad de repetición de intentos de suicidio, así como con un mayor riesgo de suicidio consumado (26). Es decir, la desesperanza no solo agrava la condición emocional de la persona, sino que también incrementa el riesgo de que se materialicen conductas suicidas.

Para medir este constructo, Beck y sus colaboradores desarrollaron la Escala de Desesperanza de Beck, un instrumento ampliamente utilizado en la evaluación psicológica (27). La escala mide la intensidad de las expectativas negativas que un individuo tiene sobre su futuro, lo que permite identificar niveles críticos de desesperanza

que podrían estar vinculados con la ideación suicida. Las personas desesperanzadas suelen creer que sus esfuerzos no conducirán al éxito, que no podrán alcanzar metas significativas, y que los problemas de la vida son insuperables (27). Esta percepción les genera una sensación de impotencia, lo que refuerza un ciclo negativo de pensamientos que puede desembocar en conductas de riesgo. Este es un aspecto importante a tener en cuenta, ya que muchos jóvenes o adultos que atraviesan por situaciones difíciles podrían no ver una salida viable a sus problemas, reforzando así su estado de desesperanza.

Además, la relación entre la ideación suicida y la desesperanza se ve intensificada por ciertos rasgos cognitivos específicos, como la rigidez cognitiva. Este concepto hace referencia a la dificultad que algunas personas tienen para generar alternativas positivas a sus problemas emocionales, lo que les impide visualizar soluciones factibles o alivios temporales. La rigidez cognitiva contribuye de manera directa a un estado de desesperanza, ya que las personas que padecen este rasgo suelen tener una visión cerrada sobre sus posibilidades, reforzando sus esquemas cognitivos negativos (28).

En resumen, la desesperanza, entendida como un conjunto de expectativas negativas sobre el futuro, se encuentra estrechamente vinculada con la ideación suicida y es un factor clave en la evaluación del riesgo de suicidio. Los esquemas cognitivos negativos y el pesimismo respecto a las consecuencias futuras juegan un papel significativo al influir en la motivación de la persona, aumentando su vulnerabilidad a desarrollar conductas suicidas (28). Por tanto, es esencial identificar y tratar la desesperanza desde una fase temprana, no solo como un síntoma de la depresión, sino como un riesgo independiente que puede desencadenar conductas autodestructivas.

4.4.2 Baja Autoestima

En los adolescentes, la autoestima se desarrolla a partir de cuatro dimensiones clave: como objeto de atención, como una experiencia que abarca lo real e ideal, como respuesta psicológica, y como un componente de la personalidad que integra recursos cognitivos y emocionales (24). Estas dimensiones interactúan de manera compleja, y su fortalecimiento depende en gran medida del entorno familiar y social. Cuando estos contextos no proporcionan un apoyo positivo o adecuado, la autoestima baja se convierte en un factor de riesgo significativo. Durante la adolescencia, es común que las relaciones conflictivas con los padres y los pares influyan negativamente en la percepción que el joven tiene de sí mismo (24). Esta etapa de la vida, caracterizada por la búsqueda de identidad y la validación externa, resulta crítica para la construcción de una autoestima saludable.

Tradicionalmente, la autoestima ha sido vista como una autoevaluación de la valía personal, independiente de la validación externa. Sin embargo, en el caso de los adolescentes, esta se encuentra fuertemente relacionada con su bienestar emocional y su comportamiento en salud. Estudios han demostrado que la autoestima influye en

aspectos como el inicio de relaciones sexuales, el consumo de sustancias y otras conductas de riesgo (29). A diferencia de los adultos, en quienes la autoestima puede estar más arraigada y ser menos dependiente de factores externos, en los adolescentes esta se muestra particularmente vulnerable a las críticas y la aprobación social. En este sentido, una autoestima inestable puede generar sentimientos de inseguridad y aumentar la susceptibilidad ante problemas de salud mental como la depresión y la ansiedad (29).

Para medir este constructo, uno de los instrumentos más utilizados es la Escala de Autoestima de Rosenberg, la cual evalúa las percepciones positivas o negativas que una persona tiene hacia sí misma (30). A través de esta escala, se considera que una autoestima alta refleja una visión saludable y equilibrada de uno mismo, mientras que una baja autoestima puede manifestarse en actitudes defensivas o en la evitación de relaciones sociales por temor al rechazo (31). Este aspecto es especialmente importante durante la adolescencia, ya que es una etapa en la que la presión social y la necesidad de aceptación son predominantes.

El impacto de una baja autoestima no se limita solo al ámbito emocional, sino que también puede afectar diversas áreas de la vida del adolescente, como su desempeño académico, sus relaciones interpersonales y su capacidad para enfrentar desafíos. Cuantas más áreas de la vida se vean afectadas por una autoestima baja, mayor será la vulnerabilidad emocional del joven, lo que puede desembocar en problemas de salud mental más graves o en comportamientos de riesgo(31). Por ello, es fundamental que tanto las familias como las instituciones educativas promuevan un entorno que favorezca el desarrollo de una autoestima positiva, reconociendo su papel central en el bienestar general de los adolescentes.

4.4.3 Aislamiento Social

Los profundos cambios estructurales, sociales y culturales han transformado significativamente la manera en que las personas establecen relaciones interpersonales. El debilitamiento de los vínculos familiares, el aumento del individualismo y la fragmentación de los lazos sociales han incrementado notablemente el riesgo para la salud física y mental, afectando la capacidad de las personas para afrontar situaciones estresantes (31). A medida que las estructuras tradicionales de apoyo, como las familias extensas y las comunidades cercanas, han disminuido, el individuo se enfrenta a una creciente presión para gestionar solo sus desafíos personales. Esto ha provocado que, en muchos casos, la red de apoyo necesaria para sobrellevar situaciones difíciles sea insuficiente, lo que intensifica los sentimientos de vulnerabilidad.

En particular, el aislamiento social, una condición que a menudo provoca una sensación subjetiva de soledad, se ha convertido en una preocupación creciente en las sociedades contemporáneas. Aislados de su entorno social, los individuos pierden una fuente importante de apoyo emocional, lo que puede desencadenar graves repercusiones psicológicas. Estudios realizados en adolescentes que han intentado suicidarse muestran

una fuerte correlación entre el comportamiento suicida, el aislamiento social, la sensación de soledad y la baja autoestima (31). Este aislamiento no solo limita el desarrollo de relaciones interpersonales saludables, sino que también afecta negativamente la vida cotidiana, restringiendo la participación en actividades sociales y educativas esenciales para el bienestar emocional.

De acuerdo con Mohseni, Dowran y Hadi (32), el aislamiento social ocurre cuando una persona carece de los vínculos sociales necesarios para obtener el apoyo que necesita. Este déficit en la red social genera una serie de consecuencias cognitivas, como dificultades en el aprendizaje, la atención y la toma de decisiones, debido a la falta de estímulos adecuados para el cerebro (32). Estos efectos subrayan la importancia de las interacciones sociales no solo para el bienestar emocional, sino también para el correcto funcionamiento cognitivo. El cerebro, al igual que el cuerpo, necesita del contacto humano para desarrollarse y funcionar de manera óptima.

Como seres sociales, los humanos dependen de los grupos para su protección, identificación, asistencia y afecto. La ausencia de relaciones significativas puede tener consecuencias graves, tanto físicas como emocionales. Aunque la mayoría de las definiciones de aislamiento social se centran en la carencia de interacciones significativas, es importante señalar que la percepción del aislamiento varía de acuerdo con la personalidad del individuo y su contexto. Estar solo físicamente no siempre implica sentirse aislado socialmente; algunas personas pueden estar rodeadas de otros y aun así experimentar un profundo sentimiento de soledad. Las percepciones de lo que constituye el aislamiento social cambian con las experiencias y expectativas sociales, lo que significa que el aislamiento no es una condición universal, sino profundamente subjetiva (33).

En resumen, el aislamiento social, especialmente entre adolescentes, es una condición que va más allá de la mera ausencia física de compañía. Involucra la percepción individual de falta de apoyo y la incapacidad para construir relaciones significativas, lo que aumenta considerablemente el riesgo de problemas de salud mental, como la ideación suicida. Por lo tanto, es esencial no solo abordar las causas estructurales del aislamiento, sino también reconocer las experiencias subjetivas de soledad que afectan a cada persona de manera única.

4.4.4 Inhabilidad para el manejo de emociones

La inteligencia emocional, definida como la capacidad para identificar, comprender y gestionar las emociones, desempeña un papel fundamental en el bienestar psicológico. Esta habilidad facilita tanto la reparación de heridas emocionales como el mantenimiento de estados de ánimo positivos tras experiencias adversas, ofreciendo una base sólida para enfrentar los desafíos de la vida. Sin embargo, cuando hay una falta de conciencia emocional y una incapacidad para regular las propias emociones, se abre la puerta a una serie de problemas psicológicos, que son comunes en algunos trastornos de

personalidad y en el control de impulsos, ambos asociados con un mayor riesgo de intentos de suicidio (34). Esta relación entre la inteligencia emocional y los intentos suicidas subraya la importancia de desarrollar estas habilidades desde una edad temprana.

Las dificultades en la inteligencia emocional tienen un impacto significativo en diversos factores de riesgo que predisponen al suicidio, tanto ambientales, sociales, de personalidad como cognitivos. La carencia de habilidades emocionales, como la capacidad de reconocer y manejar adecuadamente las emociones, aumenta la vulnerabilidad ante estos factores, elevando la probabilidad de desarrollar pensamientos suicidas, llevar a cabo intentos de suicidio e incluso, en casos extremos, consumir el acto (34). Esto evidencia que la inteligencia emocional no es solo una habilidad personal, sino un factor clave en la prevención del suicidio, dado que permite una mejor gestión de los conflictos emocionales y situaciones de estrés.

Desde una perspectiva sociológica, el suicidio no solo puede explicarse por factores individuales, sino también como una consecuencia de la desintegración y desregulación social. Tanto una insuficiente como excesiva integración social, así como las presiones ejercidas por normas culturales sobre la regulación emocional, pueden facilitar la conducta suicida (34). La falta de apoyo social o, por el contrario, la presión abrumadora para cumplir con expectativas sociales inalcanzables puede desestabilizar a los individuos emocionalmente, exacerbando sentimientos de desesperanza y vulnerabilidad.

La capacidad para gestionar adecuadamente las emociones no solo favorece el bienestar personal, sino que también actúa como un escudo protector frente a las influencias negativas del entorno y las presiones sociales. Aquellos con mayor inteligencia emocional son más capaces de responder de manera constructiva a las dificultades, manteniendo una visión optimista y una mayor resiliencia. Esto subraya la importancia de promover la inteligencia emocional como una estrategia preventiva contra el suicidio, especialmente en contextos de alta presión social o en aquellos individuos que, por diferentes razones, se sienten aislados o incapaces de manejar sus emociones de manera efectiva.

4.4.5 Ideación suicida

El camino hacia el suicidio rara vez ocurre de forma inmediata; en la mayoría de los casos, comienza con la ideación suicida, que representa el primer paso dentro de un proceso más amplio y complejo. Esta fase implica el surgimiento de pensamientos acerca de la muerte, así como la contemplación de la posibilidad de quitarse la vida (34). Es importante destacar que estos pensamientos no siguen una trayectoria lineal ni son permanentes. En muchos casos, la ideación suicida puede presentarse de manera intermitente, fluctuando entre ideas vagas y abstractas hasta llegar, en algunos casos, a convertirse en planes más concretos y detallados para llevar a cabo el acto.

Los estudios indican que aproximadamente el 20% de las personas que experimentan ideación suicida intentarán suicidarse en algún momento de sus vidas (34). Este dato resalta la importancia de intervenir de manera oportuna durante las fases tempranas del proceso. La detección y el tratamiento a tiempo pueden marcar una diferencia crucial, no solo en la prevención del suicidio, sino también en la mejora de la calidad de vida de aquellos que se encuentran en esta situación. Las intervenciones tempranas no solo buscan disuadir el acto en sí, sino también abordar las causas subyacentes, como los problemas de salud mental, las dificultades emocionales y las circunstancias sociales que podrían estar exacerbando estos pensamientos.

La ideación suicida, aunque preocupante, también puede verse como una oportunidad para actuar antes de que el riesgo aumente. Brindar apoyo emocional y psicológico a tiempo puede interrumpir la progresión hacia intentos suicidas, permitiendo a las personas explorar alternativas y encontrar nuevas formas de enfrentar sus dificultades. Además, la ideación suicida no siempre lleva directamente a un intento; muchos individuos logran superar este estado con el apoyo adecuado, reafirmando la necesidad de intervenciones efectivas y continuas.

4.5 La adolescencia

La adolescencia, según la Organización Mundial de la Salud, cubre el rango de edad entre los 10 y 19 años, representando una etapa crucial caracterizada por profundos cambios biológicos, psicológicos y sociales (35). Este periodo, sin embargo, puede extenderse hasta los 25 años, cuando los individuos continúan experimentando transformaciones significativas en términos de autonomía y dependencia de los padres y adultos cercanos (36). Desde el inicio de la pubertad, los adolescentes inician una transición hacia la vida adulta, lo que con frecuencia genera incertidumbre y conflictos, especialmente en lo que respecta a la percepción corporal, la identidad sexual y el establecimiento de roles sociales (36).

Socialmente, los adolescentes se encuentran en una posición ambigua, ya que se espera de ellos que se comporten con madurez en algunos aspectos, mientras que en otros se les sigue considerando como niños. Este limbo entre las expectativas de comportamiento infantil y adulto puede ser confuso y desafiante, al tiempo que la constante evaluación de la sociedad añade presión y puede influir negativamente en su autoestima y autopercepción (36). La adolescencia, entonces, no solo es un periodo de crecimiento físico, sino también de importantes ajustes emocionales y sociales, lo que convierte esta etapa en una de las más delicadas del desarrollo humano.

Además, este periodo es clave para la formación de la personalidad y la integración social. Es durante estos años que los adolescentes desarrollan habilidades y competencias que les permiten adaptarse a su entorno, internalizar los valores culturales de su sociedad y, en última instancia, alcanzar la autonomía emocional y psicológica (31). Si bien es cierto que los desafíos son significativos, también lo es que la adolescencia

constituye una fase esencial para el desarrollo y maduración de los individuos, siendo una etapa en la que se establecen las bases para la vida adulta. Los problemas que surgen durante este periodo, si no se abordan adecuadamente, pueden afectar la salud mental y el bienestar del individuo a largo plazo.

4.5.1 Adolescencia y el suicidio

La adolescencia es una etapa tumultuosa caracterizada por cambios emocionales y sociales que, en algunos casos, pueden generar angustia profunda y llevar a comportamientos suicidas (36). Los intentos de suicidio en esta etapa suelen ser una respuesta desesperada ante situaciones que los jóvenes perciben como insoportables o un grito de auxilio en busca de cambiar su realidad (36). Es común que estos adolescentes provengan de entornos familiares problemáticos, donde la pobreza, la falta de apoyo social y cultural, y las relaciones disfuncionales son factores determinantes que incrementan su vulnerabilidad (35).

Las dificultades escolares también juegan un papel significativo en el aumento del riesgo de ideación y conductas suicidas entre los adolescentes (35). Experiencias traumáticas como la pérdida de seres queridos, el abuso sexual, el embarazo no deseado, y otros eventos dolorosos pueden desencadenar sentimientos de desesperanza y desamparo (35). En este contexto, la influencia parental es crucial: proporcionar un entorno afectivo y enseñar habilidades de afrontamiento puede ser clave para que los adolescentes superen estos desafíos y desarrollen resiliencia emocional (24).

Es fundamental comprender que la adolescencia es un proceso de desarrollo hacia la madurez psicológica y social, en el que los jóvenes buscan construir su identidad y adquirir estrategias para enfrentar la vida adulta (24). Sin embargo, este período también conlleva una mayor vulnerabilidad, por lo que ofrecer un entorno de apoyo y comprensión es esencial para prevenir comportamientos autodestructivos y promover el bienestar emocional. Un enfoque integral que involucre tanto a la familia como a las instituciones educativas y la sociedad en general puede marcar la diferencia en el futuro de estos jóvenes.

4.6 Familia

La familia es posiblemente la institución más esencial que experimenta transformaciones significativas debido a la vida urbana. Uno de los cambios más notables es la transición de las familias extendidas, donde varias generaciones convivían bajo el mismo techo, a familias nucleares, donde solo están presentes los padres y los hijos. Este proceso ha sido acompañado por un aumento en el número de familias monoparentales, en las que, en la mayoría de los casos, es la madre quien asume por completo las responsabilidades económicas y normativas del hogar. Este cambio no solo refleja la estructura familiar moderna, sino que también plantea desafíos adicionales, ya que estas madres suelen

enfrentarse a la doble carga de trabajar y criar a sus hijos sin el apoyo continuo de una pareja o familia extendida (37).

En los hogares donde ambos padres están presentes, la socialización tradicional proporcionada por la familia se ha vuelto cada vez más breve y limitada. La presión de las responsabilidades laborales hace que los padres pasen menos tiempo con sus hijos, lo que tiene implicaciones directas sobre el control y la orientación que pueden ofrecer durante la etapa crítica de la adolescencia. Incluso la tradicional figura de las abuelas, que en muchos casos jugaba un papel crucial en la crianza de los nietos, ha perdido relevancia en este contexto moderno. Las distancias geográficas en las ciudades o, en algunos casos, la falta de interés, han reducido su implicación en la vida cotidiana de los niños (37). Esta ausencia de figuras de autoridad en el hogar facilita que otros agentes, como los medios de comunicación y los grupos de pares, asuman un rol preponderante en la socialización de los jóvenes, lo cual puede tener consecuencias significativas en su desarrollo emocional y comportamental.

Estas condiciones hacen que el entorno familiar juegue un papel crucial en la vida de los adolescentes. En situaciones donde el ambiente familiar es conflictivo o disfuncional, se ha demostrado que el riesgo de ideación suicida aumenta de manera considerable. Según estudios, los jóvenes que crecen en familias con conflictos tienen hasta tres veces más probabilidades de experimentar pensamientos suicidas en comparación con aquellos que provienen de familias armoniosas (38). Este dato subraya la importancia del bienestar emocional dentro del núcleo familiar, especialmente durante la adolescencia, un periodo crítico en el que los jóvenes están en proceso de formar su identidad.

Aunque algunas teorías del desarrollo sugieren que la adolescencia es una etapa en la que la influencia familiar tiende a disminuir, la evidencia muestra lo contrario. Las investigaciones indican que, a pesar de los cambios en la estructura y dinámica familiar, los vínculos familiares positivos y continuos son fundamentales para proteger a los adolescentes de comportamientos de riesgo, como el consumo de sustancias o la conducta suicida (39). Mantener conexiones familiares sólidas proporciona una base emocional segura, lo que resulta clave para el desarrollo óptimo de los jóvenes, ya que les permite enfrentar los desafíos de esta etapa con mayor resiliencia.

4.6.1 Disfunción Familiar

El funcionamiento familiar en adolescentes ha sido identificado como un factor clave en su bienestar emocional y mental. Un estudio reportó que este funcionamiento está estrechamente relacionado con la estructura familiar, aunque es independiente de variables como la edad y la escolaridad de los jóvenes (40). Esto significa que, independientemente de cuántos años tenga un adolescente o el nivel educativo que haya alcanzado, la manera en que se estructura y funciona su familia sigue siendo determinante en su vida cotidiana. Sin embargo, la literatura señala que las familias disfuncionales actúan como un fuerte predictor del desarrollo de conductas poco

saludables en los adolescentes, especialmente cuando se combinan con otros factores como la edad, el nivel educativo, la ocupación de los padres y el estado civil (40). En este sentido, la disfunción familiar se presenta no solo como un problema interno del hogar, sino como un factor de riesgo que se amplifica al interactuar con otras circunstancias sociales y personales.

Por otro lado, las familias que funcionan de manera adecuada se destacan como uno de los principales factores protectores del bienestar emocional de los adolescentes. Estas familias son capaces de ofrecer un entorno donde los jóvenes pueden desarrollar habilidades emocionales y sociales que les permiten afrontar de manera saludable los retos de la vida. A menudo, el apoyo emocional que brindan las familias funcionales es un pilar importante en la prevención de problemas de salud mental, lo que refuerza su rol como agentes de protección frente a conductas de riesgo, como el abuso de sustancias o la ideación suicida (40).

La relación entre síntomas depresivos clínicamente significativos y la disfunción familiar también es de suma relevancia. Diversos estudios han demostrado que la depresión, especialmente cuando se presenta en formas clínicas, guarda una relación consistente con el riesgo suicida en distintos grupos poblacionales (40). En los adolescentes, este vínculo es particularmente fuerte, ya que un entorno familiar disfuncional no solo puede agravar síntomas depresivos, sino que también puede contribuir al incremento del riesgo de suicidio. Es en este punto donde la intervención familiar y el apoyo social resultan cruciales para mitigar el impacto negativo de la disfunción en la vida de los jóvenes.

El funcionamiento familiar es el resultado de la interacción de diversos factores, los cuales pueden variar significativamente según las características específicas de cada familia y su contexto. No todas las familias disfuncionales son iguales, y es importante considerar que algunas características individuales de los miembros pueden agravar o mejorar el funcionamiento del hogar. En muchos casos, una familia disfuncional afecta profundamente la vida de sus miembros, generando tensiones y conflictos que favorecen la aparición de problemas de salud mental, tales como la ansiedad, la depresión o la conducta suicida (40).

Dada la importancia de un entorno familiar saludable, es esencial destacar la necesidad de implementar intervenciones preventivas y programas de apoyo para fortalecer las dinámicas familiares. Proteger el bienestar emocional de los adolescentes es una tarea que debe empezar desde el hogar, fomentando una comunicación abierta y relaciones positivas entre los miembros. De esta manera, se pueden prevenir tanto las conductas de riesgo como el desarrollo de problemas clínicos en la salud mental de los jóvenes, favoreciendo un desarrollo más sano y equilibrado.

4.7 La Escuela

La escuela, en teoría, debería ser una extensión de la familia en el proceso de socialización, ayudando a los niños y adolescentes a adquirir no solo conocimientos, sino también valores y habilidades que les permitan desarrollarse integralmente. No obstante, debido a las limitaciones y deficiencias dentro del entorno familiar, la escuela ha asumido en muchos casos un papel de sustituto, intentando cubrir el vacío que deja la familia en términos de educación emocional y moral. Esta realidad plantea un reto considerable, ya que, en lugar de ser un espacio para el desarrollo integral de los estudiantes, la escuela se ha tecnificado, concentrándose casi exclusivamente en la enseñanza de habilidades académicas como matemáticas y lenguaje. Como resultado, la dimensión moral y formativa del docente ha disminuido considerablemente, afectada también por la falta de tiempo, la desmotivación, la burocracia que sobrecarga el sistema educativo y la resistencia familiar hacia ciertos enfoques pedagógicos (37).

Esta situación genera una tensión continua entre la escuela y la familia, una relación que debería ser de cooperación, pero que en muchos casos se percibe como conflictiva. La falta de coordinación y entendimiento entre ambos entornos no solo limita el impacto positivo que ambas instituciones podrían tener en la formación de los jóvenes, sino que también agrava los desafíos sociales que enfrentan los adolescentes en la actualidad. Los maestros, quienes tradicionalmente jugaban un papel clave en la formación del carácter y los valores de sus alumnos, han visto cómo su función moral se ha reducido drásticamente, lo que a su vez genera un ciclo de desmotivación y abandono de los esfuerzos por transformar la escuela en un espacio de cambio social (37).

Un problema particular que surge de esta disfunción entre la escuela y la familia es el alto índice de deserción escolar, especialmente entre los jóvenes varones. Muchos de ellos abandonan el sistema educativo sin haber adquirido las competencias necesarias para integrarse productivamente en la sociedad, lo que los deja en una situación de aislamiento. Este aislamiento no solo es social, sino también económico, ya que sin educación ni empleo, estos jóvenes carecen de las herramientas necesarias para participar activamente en la vida laboral, lo que aumenta su vulnerabilidad ante conductas de riesgo como la delincuencia o el consumo de sustancias (37).

A pesar de estos desafíos, es importante recordar que la escuela sigue siendo un contexto crucial para el desarrollo de las capacidades de los adolescentes. A través de la educación, los jóvenes no solo adquieren conocimientos, sino que también desarrollan competencias que les permiten transitar hacia la adultez de manera más segura y preparada. Los Objetivos Generales de la Educación Secundaria Obligatoria subrayan la importancia de este proceso, destacando el papel del aprendizaje escolar en la formación de habilidades que van más allá de lo académico, como el pensamiento crítico, la responsabilidad social y la capacidad de trabajar en equipo (41). Estos objetivos, aunque a veces parecen lejanos en un sistema educativo que enfrenta múltiples desafíos, reflejan el potencial que aún tiene la escuela para ser un motor de cambio y un espacio de crecimiento integral para los jóvenes.

4.8 Generalidades de las zonas de estudio

4.8.1 Zona Nororiental de Medellín

La zona nororiental de Medellín se distingue por ser una región diversa y dinámica que comprende varias comunas, como Popular, Santa Cruz, Manrique y Aranjuez, cada una conformada por aproximadamente 15 barrios. Con una población estimada de 500.000 habitantes, esta área tiene una historia marcada por el trabajo obrero y la migración campesina, lo que ha forjado comunidades con una identidad colectiva fuerte (42). Este aspecto cultural es clave para entender la cohesión social que caracteriza a muchos de sus barrios, donde las redes vecinales y comunitarias son fundamentales para la vida cotidiana.

En cuanto a la infraestructura, la zona ha experimentado un crecimiento considerable en los últimos años. Sin embargo, a pesar de estos avances, persisten desafíos importantes relacionados con la alta densidad poblacional y las condiciones de vulnerabilidad social que enfrentan muchas familias. Las viviendas en hacinamiento, el acceso limitado a servicios públicos y la precariedad en algunos barrios son problemas que continúan afectando la calidad de vida de sus habitantes (42). No obstante, lo más destacable de esta zona es la notable capacidad de resiliencia y adaptación que ha mostrado su población frente a estas dificultades. A lo largo de los años, la comunidad ha desarrollado estrategias colectivas para superar las adversidades y continuar prosperando.

La educación en la zona nororiental está relativamente bien cubierta gracias a una amplia oferta de instituciones tanto públicas como privadas, con un total aproximado de 150 colegios. Sin embargo, la cantidad no siempre garantiza la calidad, y en muchas ocasiones las instituciones enfrentan desafíos en cuanto a infraestructura y recursos, lo que impacta directamente en los resultados educativos de los estudiantes (43). El entorno educativo también juega un papel crucial en la socialización y en la promoción de mejores oportunidades para los jóvenes de la zona, que a menudo encuentran en la educación una vía para escapar de las dificultades que enfrentan en su vida cotidiana.

Algunos aspectos relevantes a tener en cuenta sobre la zona incluyen:

1. **Densidad Demográfica:** La alta densidad poblacional es una de las características más prominentes de la zona nororiental. Este factor contribuye al hacinamiento, con múltiples familias compartiendo espacios reducidos, lo que genera tensiones y dificultades adicionales en el día a día.
2. **Migración:** Históricamente, la zona ha sido receptora de migrantes internos, particularmente desplazados por el conflicto armado en Colombia. Esta migración ha contribuido a la diversidad cultural y social de la zona, pero también ha incrementado las necesidades sociales y económicas (44).
3. **Vulnerabilidad Social:** La exclusión social y la vulnerabilidad son problemas endémicos en la zona nororiental. Muchas familias enfrentan dificultades para

acceder a servicios esenciales como salud, educación y vivienda de calidad, lo que perpetúa ciclos de pobreza y exclusión (42).

4. **Infraestructura:** A pesar de los avances en infraestructura, la calidad varía significativamente entre barrios. Algunos están más consolidados y cuentan con mejor infraestructura, mientras que otros siguen en proceso de desarrollo o presentan carencias graves en términos de servicios básicos y urbanización adecuada (42,44,45). Este contraste dentro de la misma región subraya la necesidad de políticas públicas que aborden estas desigualdades de manera eficaz.

4.8.2 Zona Noroccidental de Medellín

La zona noroccidental de Medellín incluye comunas como Robledo, Doce de Octubre, Castilla y San Javier, con una población aproximada de 600.000 habitantes. Se caracteriza por su diversidad, combinando áreas residenciales y comerciales. Castilla destaca por su actividad comercial en la carrera 68, mientras que Doce de Octubre es conocida por su fuerte identidad comunitaria. Robledo mezcla zonas residenciales y comerciales, y San Javier es famosa por su transformación social y cultural gracias a proyectos comunitarios y artísticos (46,47).

En cuanto a infraestructura, la zona cuenta con aproximadamente 200 colegios, tanto públicos como privados, que facilitan el acceso a la educación. Está bien conectada a través del sistema de transporte público, lo que mejora la movilidad de sus habitantes. Además, posee numerosos parques, bibliotecas y centros culturales, que fortalecen los vínculos comunitarios y ofrecen espacios recreativos para la población (47).

4.8.3 Copacabana



Figura 1. Mapa de la subregión del Valle de Aburrá (48).

Copacabana, municipio del Valle de Aburrá en Antioquia, se encuentra a unos 18 kilómetros al norte de Medellín y es conocido por su paisaje natural y su rica historia. Con una población de aproximadamente 66.665 habitantes según datos del DANE de 2011, es la sexta aglomeración urbana del Área Metropolitana del Valle de Aburrá, que en total alberga a más de 3 millones de personas.

Este municipio limita al norte con San Pedro, al este con Girardota, al oeste con Bello, y al sur con Guarne y Medellín. A nivel educativo, Copacabana cuenta con alrededor de 30 colegios, tanto públicos como privados, lo que garantiza una oferta educativa variada.

Las principales actividades económicas del municipio incluyen la industria, las confecciones, la agricultura, y la economía informal. Destacan el cultivo de cebolla junca, naranja y fique, lo que refleja su arraigo en la producción agrícola (49).

4.8.4 Marinilla



Figura 2. Mapa de la subregión del Oriente Antioqueño (50).

Marinilla, ubicado en la subregión Oriente de Antioquia, es reconocido por su diversidad económica en agricultura, industria, comercio, y su atractivo turístico en los ámbitos gastronómico, religioso y musical. Apodado como "La Esparta Colombiana" y "Marinilla Ciudad con Alma Cultural", este municipio destaca por su riqueza cultural. Con una población de aproximadamente 70,024 habitantes, Marinilla limita al norte con San Vicente Ferrer, al noreste con El Peñol, al este con El Santuario, al sur con El Carmen de Viboral, y al oeste con Rionegro (51).

En términos educativos, Marinilla ofrece una amplia oferta, con más de 20 instituciones educativas distribuidas en zonas urbanas y rurales, tanto públicas como privadas, lo que refuerza su compromiso con la educación y el desarrollo local (52).

4.8.5. Ebéjico



Figura 3. Mapa subregión Occidente de Antioquia (53).

Ebéjico, ubicado en la subregión de Occidente de Antioquia, tiene una población de 12,512 habitantes y una fuerte vocación agrícola y pecuaria, destacando en la producción de panela. Las haciendas locales ofrecen experiencias turísticas que muestran el proceso de producción de este producto (54).

El municipio limita al norte con Santa Fe de Antioquia, Sopetrán y San Jerónimo; al este con Medellín; al sur con Heliconia y Betulia; y al oeste con Anzá. En términos educativos, cuenta con unas 15 instituciones, tanto públicas como privadas, que atienden a las poblaciones urbanas y rurales (55).

4.8.6 Carmen de Viboral

El Carmen de Viboral (figura 2), conocido como la "Cuna de la Cerámica Artesanal" y "La Perla Azulina del Oriente Antioqueño," es famoso por su tradición cerámica, impulsada desde 1898 con la llegada de Eliseo Pareja y la fundación de la "Locería del Carmen." La cerámica se convirtió en un pilar económico para las familias del municipio. Su economía también se sustenta en la agricultura, con cultivos de frijol, café, maíz, papa, hortalizas, cacao, y frutas como la fresa y guayaba. Además, su riqueza natural incluye ríos como el Melcocho y Cimarronas, que atraen turismo. Con una población de 64,500 habitantes, El Carmen es un destino cultural y turístico importante en Antioquia. En términos educativos,

cuenta con alrededor de 25 colegios que atienden tanto a la población urbana como rural, con opciones tanto públicas como privadas (56).

5 Metodología

5.1 Tipo de estudio

Para el desarrollo de los objetivos propuestos, se realizó un estudio descriptivo de tipo transversal, centrado en la exploración de la problemática del suicidio en adolescentes. Esta investigación se llevó a cabo utilizando una base de datos secundaria. Los subconstructos de desesperanza, aislamiento social, baja autoestima, inhabilidad para el manejo de emociones e ideación suicida se abordarán de manera integral, con el fin de examinar su relación con la disfunción familiar en las distintas poblaciones estudiadas. Se espera obtener una comprensión más profunda de la interacción entre los factores individuales y familiares asociados al riesgo de suicidio en las diversas comunidades juveniles.

5.2 Universo y muestra

El universo estuvo constituido por la totalidad de adolescentes que cursaban, en el momento de aplicación del instrumento, cualquier grado de secundaria básica y nivel media, en los planteles educativos, públicos o privados, que operaban en el municipio de Ebéjico, Copacabana, Carmen de Viboral y en la Zona Nororiental y Noroccidental del municipio de Medellín.

Muestra:

La muestra de este estudio consta de 3.814 registros, desglosados por municipio de la siguiente manera:

Nororiental: La base de datos de la zona Nororiental de Medellín comprende 779 registros, con 374 hombres y 405 mujeres.

Noroccidental: La base de datos de la zona Noroccidental de Medellín comprende 605 registros, con 291 hombres y 314 mujeres.

Marinilla: La base de datos del municipio de Marinilla comprende 700 registros, con 345 hombres y 355 mujeres.

Ebéjico: La base de datos del municipio de Ebéjico comprende 624 registros, con 324 hombres y 300 mujeres.

Copacabana: La base de datos del municipio de Copacabana comprende 406 registros, con 185 hombres y 221 mujeres.

Carmen de Viboral: La base de datos del municipio de Carmen de Viboral comprende 700 registros, con 334 hombres y 366 mujeres.

5.3 Criterios de Inclusión

Registros con información completa sobre los subconstructos de riesgo de suicidio y disfunción familiar.

5.4 Criterios de Exclusión

Se excluyeron todas las variables que tengan más de 25% de pérdida de datos.

5.5 Instrumentos

Para evaluar los factores de riesgo de suicidio y el funcionamiento familiar, se utilizaron el Inventario de Suicidio de O'Brien (ISO-30), y el Apgar familiar respectivamente.

5.5.1 Inventario de Orientación Suicida ISO-30

Para la recolección de información sobre el riesgo de suicidio, se utilizó el Inventory of Suicide Orientation – 30 (ISO-30) (King y Kowalchuk, 1994). Este instrumento consiste en una escala Likert de 30 ítems, diseñada para evaluar factores de riesgo relacionados con la ideación y el comportamiento suicida. La escala abarca cinco dimensiones clave: desesperanza, baja autoestima, inhabilidad para gestionar emociones, aislamiento social y tendencias suicidas. A partir de la puntuación total obtenida, se clasifica a los individuos en tres niveles de riesgo suicida: bajo, moderado y alto (57,58).

- Validez y Confiabilidad:

Versión adaptada y validada en la ciudad de Medellín, Antioquia, se utilizó por Paniagua y colaboradores (2016), reportando un índice de confiabilidad alfa de Cronbach de 0,83 (59).

- Componentes de evaluación:

Tabla 1. Componentes de evaluación del instrumento ISO-30.

| Componentes (60) | 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 las 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. |

- Clasificación

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

Tabla 2. 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 |

5.5.2 Apgar Familiar

Para evaluar la disfunción familiar, se utilizó el Apgar Familiar, una herramienta que permite conocer cómo perciben los miembros de la familia el funcionamiento global de la unidad familiar, incluyendo a los niños, ya que es aplicable a la población infantil. Este instrumento fue diseñado en 1978 por el doctor Gabriel Smilkstein, de la Universidad de Washington. Basándose en su experiencia como médico de familia, Smilkstein propuso este test como una herramienta útil para los equipos de Atención Primaria en la evaluación del funcionamiento familiar (61). El instrumento consta de siete preguntas con cinco opciones de respuesta cada una, a modo de escala de Likert. El puntaje máximo a obtener es de 20/20 puntos (62).

- Validez y confiabilidad:

El Apgar Familiar es un método validado y recomendado por el Ministerio de Salud de Colombia para evaluar el funcionamiento de las familias. Este instrumento ha demostrado una correlación significativa de 0.64 con evaluaciones clínicas realizadas por psicólogos expertos. Ha sido objeto de múltiples investigaciones a nivel global, incluyendo varios estudios realizados por la Universidad del Valle en Colombia, destacándose por su fiabilidad en la medición del ambiente familiar (62).

- Componentes de evaluación

Tabla 3. Componentes de evaluación del instrumento APGAR familiar.

| Componentes (60) | 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. |

- Clasificación

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 |

5.6 Definición operacional de las variables

| Nombre de la variable | Categorías | Naturaleza | Nivel de medida |
|--|---|-------------------|------------------------|
| Sexo | 1: Hombre 2: Mujer | Cualitativa | Nominal |
| Grupo de edad | 1: 11 a 14 años 2: 15 a 19 años | Cualitativa | Ordinal |
| Zona | 1: Urbana 2: Rural | Cualitativa | Nominal |
| Dominios de riesgo de suicidio | | | |
| Existencia de desesperanza | 1: Sí (Alto + Moderado) 0: No (Bajo) | Cualitativa | Nominal |
| Existencia de baja autoestima | 1: Sí (Alto + Moderado) 0: No (Bajo) | Cualitativa | Nominal |
| Existencia de inhabilidad para el manejo de emociones | 1: Sí (Alto + Moderado) 0: No (Bajo) | Cualitativa | Nominal |
| Existencia de ideación suicida | 1: Sí (Alto + Moderado) 0: No (Bajo) | Cualitativa | Nominal |
| Existencia de aislamiento social | 1: Sí (Alto + Moderado) 0: No (Bajo) | Cualitativa | Nominal |

| Indicador de salud mental: Funcionamiento familiar | | | |
|--|--|-------------|---------|
| Existencia de disfunción | 1: Sí (Disfunción leve + disfunción moderada + disfunción severa + Moderado) 0: No (Bueno) | Cualitativa | Nominal |

5.7 Identificación y control de potenciales sesgos

- *Sesgo de selección:* La selección de la muestra fue realizada en fases previas al análisis y no se tuvo control sobre los criterios de inclusión o exclusión aplicados. Es posible que algunas subpoblaciones estén subrepresentadas o sobrerrepresentadas en la base de datos.
- *Sesgo de información:* Este puede haber surgido debido a la calidad de los datos proporcionados en la base de datos. Es posible que algunas variables contengan datos faltantes, respuestas inconsistentes o errores en la recolección original. En particular, se observó que algunas variables tenían información incompleta o una proporción significativa de datos faltantes. Para mitigar este sesgo, se realizó una limpieza de datos, eliminando aquellas variables que presentaban más del 25% de información faltante. Se reconoce que estas exclusiones pueden haber afectado la interpretación de los resultados.
- *Sesgo de medición:* Como no se tuvo control sobre los instrumentos originales, existe la posibilidad de que algunas variables no hayan sido medidas con la precisión necesaria. Para mitigar este riesgo, se revisaron los instrumentos utilizados en el estudio original, verificando que hubieran sido validados previamente en investigaciones similares.

5.8 Aspectos éticos

Este es un estudio sin riesgos según la Resolución 8430 de 1993 ya que se realizó con una base de datos secundaria, es decir, se trabajó con registros obtenidos previamente, por lo tanto, se ajustó a las consideraciones éticas del proyecto macro ya que este fue evaluado y aprobado por el Comité de Bioética de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia, quien lo clasificó como de riesgo mínimo.

En cumplimiento de la Ley Estatutaria 1581 de 2012 de Colombia, que regula la protección de datos personales, este proyecto de grado ha garantizado el manejo adecuado y responsable de la información recopilada. La ley establece directrices claras para el tratamiento de datos, asegurando que se respete la privacidad y los derechos fundamentales de los participantes (63). En este estudio, al trabajar con una base de

datos secundaria, se ha asegurado que los datos utilizados se mantengan anónimos y que los principios de confidencialidad y protección de la información sean rigurosamente respetados.

5.9 Plan de Análisis

Para llevar a cabo el análisis de los datos, se utilizaron dos herramientas principales: el software estadístico SPSS, versión 15.0, y el lenguaje de programación R, versión 4.2.2.

5.9.1 Revisión de los datos

Al revisar los registros de las seis poblaciones de estudio, se observó que la variable "Zona" no estaba diligenciada en ninguno de los casos, por lo que se decidió eliminarla de los análisis. Además, se identificó que la variable "Grado" presentaba una pérdida de datos del 29% a nivel general. Dado que el criterio de exclusión en este proyecto estipula que cualquier variable con más del 25% de pérdida de datos debe ser descartada, "Grado" también fue eliminada de los análisis. El resto de las variables de interés contaban con la totalidad de la información diligenciada.

5.9.2 Análisis Univariado

Se utilizaron tablas de frecuencias y porcentajes para describir la distribución de las categorías en las variables de interés.

5.9.3 Análisis Bivariado

Para llevar a cabo el análisis bivariado, se construyeron tablas de contingencia para cada uno de los subconstructos mencionados (baja autoestima, inhabilidad para manejar las emociones, ideación suicida, aislamiento social y desesperanza). En las columnas se colocaron los subconstructos en sus modalidades (Alto, Moderado y Bajo) y en las filas se categorizó la disfunción familiar para cada una de las poblaciones estudiadas.

Para explorar las asociaciones entre la disfunción familiar y los subconstructos del riesgo de suicidio, se utilizó la prueba de **Chi-cuadrado** ya que todas las variables son cualitativas nominales.

Hipótesis de la prueba Chi-Cuadrado:

Hipótesis nula: Las variables son independientes

Hipótesis alternativa: Las variables son dependientes

Se rechaza la hipótesis nula si el valor p es menor a 0,05.

5.9.4 Análisis multivariado

-Análisis de correspondencia simple

El análisis de correspondencias simples, realizado utilizando el software R, se empleó para explorar visualmente las asociaciones entre la disfunción familiar y los subconstructos del riesgo de suicidio. Este enfoque permitió identificar y representar de forma clara y comprensible las posibles relaciones entre la disfunción familiar y cada uno de los subconstructos del riesgo de suicidio, proporcionando información valiosa para una mejor comprensión de estas asociaciones y sus implicaciones.

6 Resultados

6.1 Descripción socio-demográfica de las seis poblaciones de estudio

Para responder al primer objetivo, que es describir socio-demográficamente las seis poblaciones de estudio, se calcularon las frecuencias y porcentajes del sexo y grupo de edad para cada una de las seis poblaciones.

Los resultados obtenidos en la (Tabla 5) muestran una distribución diferenciada tanto por sexo como por grupo de edad en las seis poblaciones estudiadas. En cuanto a la variable sexo, se observa que, en la mayoría de los municipios, la proporción de mujeres es ligeramente mayor que la de hombres, representando el 52% y el 48%, respectivamente. En relación con el grupo de edad, se puede inferir que la mayoría de los participantes se encuentra en el rango de 11 a 14 años, representando el 55% del total de los registros.

Tabla 5. *Características Sociodemográficas de las seis poblaciones de estudio.* *

| Municipio | E | | M | | C | | V | | O | | T | |
|----------------------|---------|------|--------|------|---------|------|---------|------|---------|------|--------|------|
| | n = 624 | % | n= 700 | % | n = 406 | % | n = 700 | % | n = 605 | % | n= 779 | % |
| Sexo | | | | | | | | | | | | |
| Masculino | 324 | 51,9 | 345 | 49,3 | 185 | 45,6 | 334 | 47,7 | 291 | 48,1 | 374 | 48,0 |
| Femenino | 300 | 48,1 | 355 | 50,7 | 221 | 54,4 | 366 | 52,3 | 314 | 51,9 | 405 | 52,0 |
| Grupo de edad | | | | | | | | | | | | |
| 11 a 14 años | 291 | 46,6 | 359 | 51,3 | 233 | 57,4 | 444 | 63,4 | 339 | 56,0 | 432 | 55,5 |
| 15 a 19 años | 333 | 53,4 | 341 | 48,7 | 173 | 42,6 | 256 | 36,6 | 266 | 44,0 | 347 | 44,5 |

* E: Ebéjico M: Marinilla C: Copacabana V: Carmen de Viboral O: Zona Noroccidental de Medellín.

6.2 Descripción de funcionamiento familiar en las seis poblaciones de estudio.

Para abordar el segundo objetivo, que consiste en conocer las condiciones del funcionamiento familiar en cada uno de los municipios de estudio, se ha analizado la (Tabla 6) sobre el Funcionamiento Familiar. Los resultados muestran una notable variación en los niveles de disfunción familiar entre las diferentes zonas y municipios

estudiados. En la Zona Nororiental y Noroccidental de Medellín, la disfunción familiar es significativamente más prevalente, alcanzando el 78,7%, y 69,4% el respectivamente. En contraste, en municipios como Copacabana y Carmen de Viboral, la proporción de familias con buen funcionamiento es considerablemente mayor, alcanzando el 72,4% y el 69,9%, lo que indica una menor prevalencia de disfunción en estas localidades. En términos generales, de los 3.814 registros analizados, la disfunción familiar representa el 53,2% de los casos, constituyendo la mayoría.

Tabla 6. Descripción del funcionamiento familiar en las seis zonas de estudio.

| | Funcionamiento Familiar | | | |
|---------------------------------------|-------------------------|------|-----|------|
| | Sí | | No | |
| | N° | % | N° | % |
| Marinilla | 455 | 65,0 | 245 | 35,0 |
| Ebéjico | 194 | 31,1 | 430 | 68,9 |
| Copacabana | 294 | 72,4 | 112 | 27,6 |
| Carmen de Viboral | 489 | 69,9 | 211 | 30,1 |
| Zona Nororiental de Medellín | 166 | 21,3 | 613 | 78,7 |
| Zona Noroccidental de Medellín | 185 | 30,6 | 420 | 69,4 |

6.3 Prevalencia de los subconstructos de riesgo de suicidio en las seis poblaciones de estudio.

Para responder al tercer objetivo, que es identificar la prevalencia de los subconstructos de riesgo de suicidio en las seis poblaciones de estudio, se realizó un análisis exhaustivo de los datos presentados en la (Tabla 7). Los resultados muestran que el subconstructo que predomina en todas las poblaciones es la inhabilidad para el manejo de emociones, especialmente en el nivel moderado. Además, la baja autoestima también destaca, particularmente en Ebéjico y la zona Noroccidental de Medellín, donde este subconstructo se presenta en niveles moderados. Es importante considerar que un adolescente puede presentar uno o varios factores de riesgo de suicidio.

De los 3.814 registros analizados, los subconstructos presentan la siguiente prevalencia a nivel general:

- Desesperanza: presente en el 36,0% de los adolescentes encuestados, considerando niveles alto y moderado.
- Aislamiento social: presente en el 48,1% de los adolescentes encuestados, en niveles alto y moderado.
- Ideación suicida: presente en el 41,6% de los adolescentes encuestados, en niveles alto y moderado.
- Baja autoestima: presente en el 55,0% de los adolescentes encuestados, en niveles alto y moderado.
- Inhabilidad para el manejo de emociones: presente en el 85,4% de los adolescentes encuestados, en niveles alto y moderado.

Estos resultados indican que los subconstructos más predominantes a nivel general son la inhabilidad para el manejo de emociones y la baja autoestima, lo cual sugiere que los adolescentes en estas poblaciones enfrentan serias dificultades para regular sus emociones y mantener una autoestima saludable.

Al analizar los subconstructos por municipio, se observa lo siguiente:

- Ebéjico (n = 624): el subconstructo predominante es la inhabilidad para el manejo de emociones con un 87,5%, seguido de la baja autoestima (65,4%), ideación suicida (53,8%), aislamiento social (53,7%) y, finalmente, la desesperanza (42,9%).
- Marinilla (n = 700): la inhabilidad para el manejo de emociones predomina con un 80,7%, seguido de la baja autoestima (54,1%), aislamiento social (51,3%), desesperanza (42,7%) y la ideación suicida (41,0%).

- Copacabana (n = 406): la inhabilidad para el manejo de emociones predomina con un 83,0%, seguida de la baja autoestima (44,6%), aislamiento social (39,4%), ideación suicida (36,0%) y la desesperanza (34,0%).
- Carmen de Viboral (n = 700): la inhabilidad para el manejo de emociones es el subconstructo predominante con un 84,0%, seguido de la baja autoestima (51,3%), aislamiento social (48,6%), desesperanza (37,0%) e ideación suicida (36,0%).
- Zona noroccidental de Medellín (n = 605): la inhabilidad para el manejo de emociones predomina con un 87,4%, seguida de la baja autoestima (61,8%), aislamiento social (48,3%), ideación suicida (37,7%) y la desesperanza (22,0%).
- Zona nororiental de Medellín (n = 779): la inhabilidad para el manejo de emociones predomina con un 89,0%, seguida de la baja autoestima (51,3%), aislamiento social (44,8%), ideación suicida (43,5%) y la desesperanza (35,8%).

En términos generales, la distribución de los registros por municipio es la siguiente: Ebéjico aporta el 16,4% de los datos, Marinilla el 18,3%, Copacabana el 10,6%, Carmen de Viboral el 18,4%, la zona noroccidental de Medellín el 15,9%, y la zona nororiental de Medellín el 20,4%. Siendo esta última la que aporta el mayor número de registros.

Estos hallazgos permiten una comprensión más profunda de la prevalencia de los subconstructos de riesgo de suicidio en estas poblaciones, lo cual puede guiar la implementación de intervenciones específicas en cada comunidad.

Tabla 7. Prevalencia de subconstructos de riesgo de suicidio en las seis poblaciones de estudio. *

| Municipio | E | | M | | C | | V | | O | | T | |
|---------------------|-------|------|-------|------|-------|------|-------|------|-------|------|-------|------|
| | n=624 | % | n=700 | % | n=406 | % | n=700 | % | n=605 | % | n=779 | % |
| Desesperanza | | | | | | | | | | | | |
| Alto | 41 | 6,6 | 78 | 11,1 | 31 | 7,6 | 60 | 8,6 | 7 | 1,2 | 59 | 7,6 |
| Moderado | 227 | 36,4 | 221 | 31,6 | 107 | 26,4 | 199 | 28,4 | 126 | 20,8 | 220 | 28,2 |

| | | | | | | | | | | | | |
|--|-----|-------------|-----|-------------|-----|-------------|-----|-------------|-----|-------------|-----|-------------|
| Bajo | 356 | 57,0 | 401 | 57,3 | 268 | 66,0 | 441 | 63,0 | 472 | 78,0 | 500 | 64,2 |
| Aislamiento Social | | | | | | | | | | | | |
| Alto | 104 | 16,7 | 146 | 20,9 | 52 | 12,8 | 120 | 17,1 | 59 | 9,7 | 105 | 13,5 |
| Moderado | 231 | 37,0 | 213 | 30,4 | 108 | 26,6 | 220 | 31,5 | 233 | 38,6 | 244 | 31,3 |
| Bajo | 289 | 46,3 | 341 | 48,7 | 246 | 60,6 | 360 | 51,4 | 313 | 51,7 | 430 | 55,2 |
| Ideación Suicida | | | | | | | | | | | | |
| Alto | 155 | 24,9 | 117 | 16,7 | 64 | 15,8 | 120 | 17,1 | 71 | 11,7 | 113 | 14,5 |
| Moderado | 181 | 29,0 | 170 | 24,3 | 82 | 20,2 | 132 | 18,9 | 157 | 26,0 | 226 | 29,0 |
| Bajo | 288 | 46,1 | 413 | 59,0 | 260 | 64,0 | 448 | 64,0 | 377 | 62,3 | 440 | 56,5 |
| Baja Autoestima | | | | | | | | | | | | |
| Alto | 149 | 23,9 | 140 | 20,0 | 40 | 9,9 | 129 | 18,4 | 144 | 23,8 | 119 | 15,3 |
| Moderado | 259 | 41,5 | 239 | 34,1 | 141 | 34,7 | 230 | 32,9 | 230 | 38,0 | 280 | 36,0 |
| Bajo | 216 | 34,6 | 321 | 45,9 | 225 | 55,4 | 341 | 48,7 | 231 | 38,2 | 380 | 48,7 |
| Inhabilidad manejo de emociones | | | | | | | | | | | | |
| Alto | 201 | 32,2 | 196 | 28,0 | 112 | 27,6 | 229 | 32,7 | 166 | 27,4 | 230 | 29,5 |
| Moderado | 345 | 55,3 | 369 | 52,7 | 225 | 55,4 | 359 | 51,3 | 363 | 60,0 | 463 | 59,5 |
| Bajo | 78 | 12,5 | 135 | 19,3 | 69 | 17,0 | 112 | 16,0 | 76 | 12,6 | 86 | 11,0 |

* **E:** Ebéjico **M:** Marinilla **C:** Copacabana **V:** Carmen de Viboral **O:** Zona Noroccidental de Medellín.

6.4 Asociación entre disfunción familiar y los subconstructos del riesgo de suicidio.

Para probar si existe una asociación entre la disfunción familiar y los subconstructos del suicidio (baja autoestima, inhabilidad para manejar las emociones, ideación suicida, aislamiento social y desesperanza), se realizó un análisis de correspondencia simple. Este método se utilizó para explorar y visualizar las posibles asociaciones entre variables. Este tipo de análisis es especialmente útil para entender cómo se relacionan las filas y las columnas de una matriz.

6.4.1 Asociación entre Aislamiento social y disfunción familiar.

Para llevar a cabo la realización del análisis de correspondencia simple se realizó la tabla cruzada (Tabla 8) entre las variables de interés, en este caso el Aislamiento Social y la presencia o ausencia de Disfunción Familiar, en cada una de las seis poblaciones de estudio, indicando esta la frecuencia del Aislamiento Social en presencia o ausencia de la Disfunción Familiar.

Tabla 8. Distribución de frecuencias de los valores observados de Aislamiento Social según la presencia o ausencia de Disfunción Familiar en las poblaciones estudiadas.

| Población | Disfunción Familiar | | Alto | Aislamiento Social | |
|--------------------------------|---------------------|----|-----------|--------------------|------|
| | Sí | No | | Moderado | Bajo |
| Nororiental (n = 779) | x | | 62 | 168 | 383 |
| | | x | 43 | 76 | 47 |
| Noroccidental (n = 605) | x | | 48 | 195 | 177 |
| | | x | 11 | 38 | 136 |
| Ebéjico (n = 624) | x | | 78 | 174 | 178 |
| | | x | 26 | 57 | 111 |
| Copacabana (n = 406) | x | | 27 | 37 | 48 |
| | | x | 25 | 71 | 198 |
| Marinilla (n = 700) | x | | 82 | 102 | 61 |
| | | x | 58 | 137 | 260 |
| Carmen de Viboral (n = 700) | x | | 62 | 92 | 57 |
| | | x | 58 | 128 | 303 |

Al observar los datos de la (Tabla 8) se puede inferir que:

- Del total de los registros el 29,5% presentaban aislamiento social en nivel alto y moderado, en presencia de disfunción familiar.
- En el nivel alto de aislamiento social, todos los municipios muestran una mayor concentración de adolescentes que reportan aislamiento social en presencia de disfunción familiar, en comparación con aquellos que no la presentan. Esto representa el 61,9% de los registros correspondientes al nivel alto de aislamiento social.
- En el nivel moderado de aislamiento social predominan los registros con presencia de disfunción familiar, representando el 60,2% del total de registros en este nivel.
- En la zona Noroccidental de Medellín, los niveles alto y moderado de aislamiento social en presencia de disfunción familiar son mayores que el nivel bajo, representando el 57,9% del total de registros con disfunción familiar en esta población.
- En Copacabana, Ebéjico, Marinilla y Carmen de Viboral ocurre lo mismo: los niveles alto y moderado de aislamiento social en presencia de disfunción familiar son mayores que el nivel bajo, representando el 57,1%, 58,6%, 75,1% y 73%, respectivamente, siendo más altos en las dos últimas poblaciones. Esto podría indicar una fuerte presencia de aislamiento social en individuos con disfunción familiar en esas áreas.

En relación con la asociación entre Disfunción Familiar y Aislamiento Social, la prueba chi-cuadrado reveló un valor p extremadamente bajo ($2.2e-16$), lo que indica que la asociación entre estas variables es estadísticamente significativa. Esto sugiere que las diferencias en los niveles de aislamiento social están estrechamente relacionadas con la presencia o ausencia de disfunción familiar.

Para entender mejor esta asociación, se analizaron los valores esperados de la prueba chi-cuadrado en cada nivel de aislamiento social, considerando la presencia o ausencia de disfunción familiar (Tabla 9).

Tabla 9. *Distribución de frecuencias de los valores esperados de Aislamiento Social según la presencia o ausencia de Disfunción Familiar en las poblaciones estudiadas.*

| Población | Disfunción Familiar | | Aislamiento Social | | |
|-------------------|---------------------|----|--------------------|----------|------|
| | Sí | No | Alto | Moderado | Bajo |
| Nororiental | x | | 94 | 200 | 318 |
| | | x | 25 | 54 | 86 |
| Noroccidental | x | | 64 | 137 | 217 |
| | | x | 28 | 60 | 95 |
| Ebéjico | x | | 66 | 141 | 223 |
| | | x | 30 | 63 | 101 |
| Copacabana | x | | 17 | 37 | 58 |
| | | x | 45 | 96 | 152 |
| Marinilla | x | | 38 | 80 | 127 |
| | | x | 70 | 149 | 236 |
| Carmen de Viboral | x | | 32 | 69 | 109 |
| | | x | 75 | 160 | 254 |

Al analizar los valores de aislamientos social en presencia o ausencia de disfunción familiar observados (Tabla 8), con los esperados de la prueba chi-cuadrado, si no hubiera ninguna asociación entre las variables (Tabla 9), se puede entender que:

- En la Zona Noroccidental de Medellín en el nivel moderado de aislamiento social con presencia de disfunción familiar, se esperaban 137 registros, y se reportaron 195, representando un aumento del 42,3%. Lo que sugiere que hay una sobrerrepresentación de casos en ese nivel de aislamiento social cuando está presente la disfunción familiar, lo que refuerza la idea de que hay una asociación significativa entre ambas variables en esa región.
- En Ebéjico en el nivel alto y moderado de aislamiento social con presencia de disfunción familiar, se esperaban 66 y 141 registros respectivamente, y se reportaron 78 y 174, representando un aumento del 18,1% y del 23,4% respectivamente. Esto destaca que, tanto en los niveles alto como moderado de aislamiento social, hay más casos de personas con disfunción familiar que los que se esperaban si no hubiera una asociación entre estas dos variables.
- En Copacabana en el nivel alto de aislamiento social con presencia de disfunción familiar, se esperaban 17 registros y se reportaron 27, representando este un

aumento del 58,8%. Lo que sugiere que la disfunción familiar es un factor importante que contribuye al aislamiento social severo en Copacabana.

- En Marinilla, los niveles alto y moderado de aislamiento social con presencia de disfunción familiar superan notablemente las expectativas. En el nivel alto, se esperaban 38 registros, pero se reportaron 97, lo que representa un aumento superior al 200%. De manera similar, en el nivel moderado se esperaban 80 registros, pero se observaron 91, lo que equivale a un incremento del 13,7%. Estos resultados indican una prevalencia significativamente mayor de aislamiento social en individuos con disfunción familiar en este municipio.
- En el Carmen de Viboral, los niveles alto y moderado de aislamiento social con presencia de disfunción familiar superan significativamente lo esperado. En el nivel alto, se esperaban 32 registros, pero se reportaron 62, lo que representa un incremento del 93,7%. En el nivel moderado, se esperaban 69 registros, pero se observaron 92, lo que equivale a un aumento del 33,3%. Estos resultados evidencian una mayor prevalencia de aislamiento social en adolescente con disfunción familiar en este municipio, lo que sugiere una relación más fuerte de lo esperado entre estos factores.

Sin embargo, al observar la (figura 1) de correspondencia simple, se pueden identificar detalles más específicos sobre esta asociación en los diferentes municipios.

El análisis de correspondencias muestra que las dos dimensiones principales, Dim 1 y Dim 2, explican casi toda la variabilidad en los datos, con Dim 1 capturando un 87.2% y Dim 2 un 12.8%. Esto revela que Dim 1 es la dimensión dominante y la más significativa para interpretar las asociaciones entre las variables estudiadas. El hecho de que Dim 1 explique una porción tan alta de la variabilidad sugiere que esta dimensión refleja los patrones y relaciones clave presentes en los datos, mientras que Dim 2, aunque menos significativa, complementa la interpretación general.

Los puntos rojos en el gráfico representan los niveles de aislamiento social ("Alto", "Moderado" y "Bajo") y su distribución a lo largo de las dos dimensiones indica una relación más compleja con las zonas de disfunción familiar. La alta proporción de

variabilidad explicada por Dim 1 refuerza la importancia de esta dimensión en la identificación de los patrones de riesgo vinculados a la disfunción familiar en las diferentes áreas. La disposición de las categorías en el biplot subraya la importancia de considerar el estado emocional al analizar los factores de riesgo en cada área.

Finalmente, por cada zona estudiada se puede inferir lo siguiente:

- **Marinilla:** Este municipio presenta una fuerte asociación entre aislamiento social y disfunción familiar, lo cual se refleja en su posición destacada en la (gráfica 1). La gráfica muestra claramente que la categoría de "Alto" aislamiento social están vinculadas a Marinilla ("MariSi"), lo que indica una relación significativa entre ambos factores.
- **Ebéjico:** En el caso de Ebéjico, la (gráfica 1) sugiere una asociación moderada entre disfunción familiar y aislamiento social. Esto se evidencia por la cercanía de Ebéjico ("EbeSi") a la categoría "Moderado" en el gráfico. Aunque la asociación no es tan pronunciada como en Marinilla, sigue siendo relevante.
- Las demás poblaciones, como la zona noroccidental de Medellín, Carmen de Viboral, Copacabana y la zona nororiental de Medellín, no muestran una asociación tan clara entre disfunción familiar y aislamiento social. Esto se refleja en su dispersión en la gráfica y en su distancia respecto a las categorías "Alto" y "Moderado".

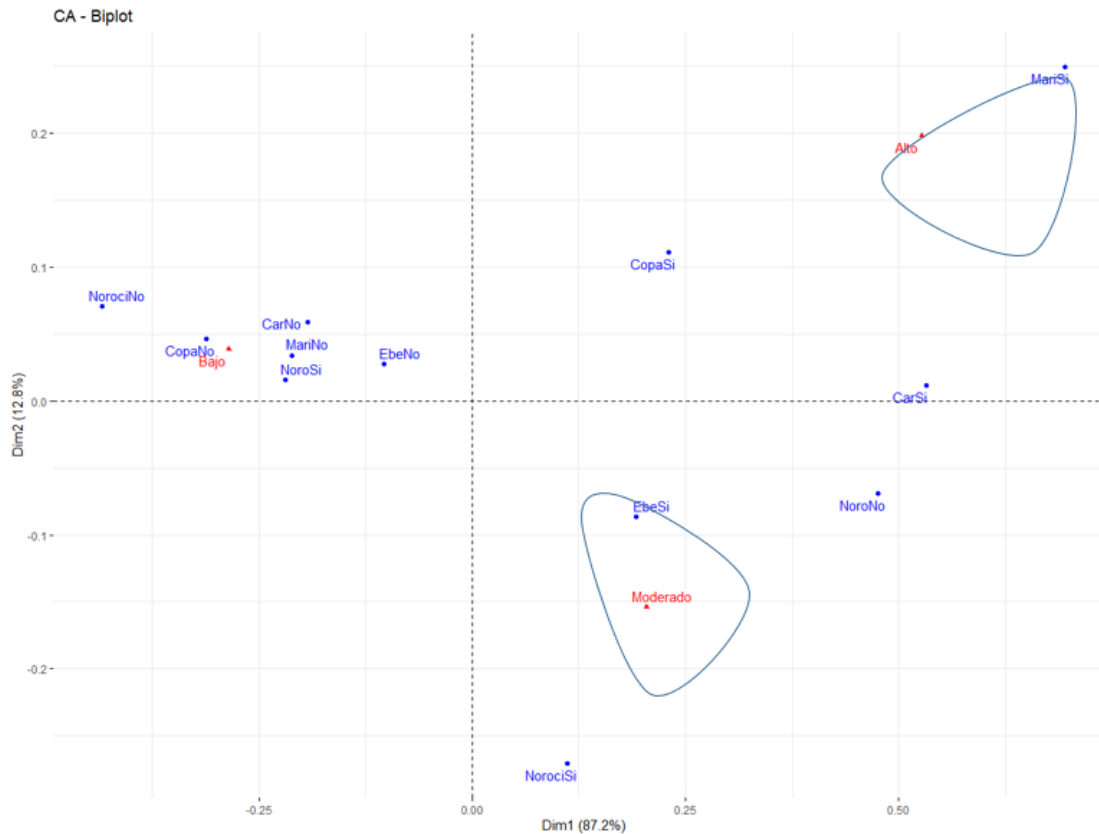


Figura 4. Mapa de Correspondencias: Asociación entre Disfunción Familiar y Aislamiento Social.

6.4.2 Asociación entre Baja autoestima y disfunción familiar

Se realizó un análisis de correspondencia simple para evaluar la relación entre la baja autoestima y la presencia o ausencia de disfunción familiar. Este análisis incluyó la creación de una tabla cruzada (Tabla 10), que representa la asociación entre estas variables.

Tabla 10. Distribución de frecuencias de los valores observados de Baja Autoestima según la presencia o ausencia de Disfunción Familiar en las poblaciones estudiadas.

| Población | Disfunción Familiar | | Baja Autoestima | | |
|-------------|---------------------|----|-----------------|----------|------|
| | Sí | No | Alto | Moderado | Bajo |
| Nororiental | x | | 75 | 222 | 316 |

| | | | | | |
|-------------------|---|---|-----|------------|-----|
| (n = 779) | | x | 44 | 58 | 64 |
| Noroccidental | x | | 116 | 165 | 139 |
| (n = 605) | | x | 28 | 65 | 92 |
| Ebéjico | x | | 98 | 193 | 139 |
| (n = 624) | | x | 51 | 66 | 77 |
| Copacabana | x | | 17 | 48 | 47 |
| (n = 406) | | x | 23 | 93 | 178 |
| Marinilla | x | | 82 | 102 | 61 |
| (n = 700) | | x | 58 | 137 | 260 |
| Carmen de Viboral | x | | 58 | 145 | 68 |
| (n = 700) | | x | 71 | 85 | 273 |

Al analizar los datos de la (Tabla 10) se puede inferir que:

- Del total de los registros el 34,6% presentaban baja autoestima en nivel alto y moderado, en presencia de disfunción familiar.
- En el nivel alto de baja autoestima, los municipios de Ebéjico, Marinilla, y las zonas Nororiental y Noroccidental de Medellín muestran una mayor concentración de adolescentes que reportan baja autoestima en presencia de disfunción familiar, en comparación con aquellos que no la presentan. Estos casos representan el 83,2% de los registros correspondientes al nivel alto de aislamiento social con disfunción familiar.
- En el nivel moderado de baja autoestima, predominan los registros con presencia de disfunción familiar en todas las poblaciones, excepto en Copacabana, representando el 60% del total de registros en este nivel.

- En la zona Noroccidental de Medellín y en Ebéjico, se observa un alto porcentaje (46,4% en ambos casos) de registros que corresponden a niveles alto y moderado de baja autoestima en presencia de disfunción familiar.

En relación con la asociación entre Baja autoestima y Disfunción familiar, la prueba chi-cuadrado reveló un valor p sumamente bajo ($2.2e-16$), lo que indica que la asociación entre estas variables es estadísticamente significativa. Esto sugiere que existe una asociación entre las dos variables consideradas.

Para entender mejor esta asociación, se analizaron los valores esperados de la prueba chi-cuadrado en cada nivel de baja autoestima, considerando la presencia o ausencia de disfunción familiar (Tabla 11).

Tabla 11. *Distribución de frecuencias de los valores esperados de Baja Autoestima según la presencia o ausencia de Disfunción Familiar en las poblaciones estudiadas.*

| Población | Disfunción Familiar | | Baja Autoestima | | |
|---------------|---------------------|----|-----------------|----------|------|
| | Sí | No | Alto | Moderado | Bajo |
| Nororiental | x | | 116 | 222 | 275 |
| | | x | 31 | 60 | 75 |
| Noroccidental | x | | 79 | 152 | 189 |
| | | x | 35 | 67 | 83 |
| Ebéjico | x | | 81 | 155 | 193 |
| | | x | 37 | 70 | 87 |
| Copacabana | x | | 21 | 40 | 50 |

| | | | | |
|--------------------------|---|----|-----|-----|
| | x | 56 | 106 | 132 |
| | x | 46 | 89 | 110 |
| Marinilla | x | 86 | 164 | 204 |
| | x | 40 | 76 | 95 |
| Carmen de Viboral | x | 92 | 177 | 220 |

Al analizar los valores de baja autoestima en presencia o ausencia de disfunción familiar observados (Tabla 10), con los esperados de la prueba chi-cuadrado, si no hubiera ninguna asociación entre las variables (Tabla 11), se puede entender que:

- En la Zona Noroccidental de Medellín en el nivel alto y moderado de baja autoestima con presencia de disfunción familiar, se esperaban 79 y 152 registros respectivamente, y se reportaron 116 y 165, representando un aumento del 46,8% y del 8,5% respectivamente.
- En Ebéjico en el nivel alto y moderado de baja autoestima con presencia de disfunción familiar, se esperaban 81 y 155 registros respectivamente, y se reportaron 98 y 193, representando un aumento del 21% y del 24,5% respectivamente. Esto destaca que, tanto en los niveles alto como moderado de baja autoestima, hay más casos de personas con disfunción familiar que los que se esperaban si no hubiera una asociación entre estas dos variables.
- En Marinilla, los niveles alto y moderado de baja autoestima con presencia de disfunción familiar superan notablemente las expectativas. En el nivel alto, se esperaban 46 registros, pero se reportaron 82, lo que representa un aumento del 78,2%. De manera similar, en el nivel moderado se esperaban 89 registros, pero se observaron 102, lo que equivale a un incremento del 14,6%.
- Finalmente, en el Carmen de Viboral, los niveles alto y moderado de baja autoestima con presencia de disfunción familiar presentan un aumento. En el nivel alto, se esperaban 40 registros, pero se reportaron 58, lo que representa un

incremento del 45%. En el nivel moderado, se esperaban 76 registros, pero se observaron 85, lo que equivale a un aumento del 11,8%. Estos resultados evidencian una mayor prevalencia de baja autoestima en adolescente con disfunción familiar en este municipio, lo que sugiere una relación más fuerte de lo esperado entre estos factores.

Al realizar el análisis de correspondencias (figura 2) se muestra que las dos principales dimensiones, Dim 1 y Dim 2, explican casi toda la variabilidad en los datos, con un 93% y un 17% respectivamente. Esto indica que Dim 1 es la más relevante para interpretar las asociaciones entre las variables, ya que captura la mayoría de los patrones clave, mientras que Dim 2 complementa la interpretación.

Los puntos rojos en el gráfico, que representan los niveles de baja autoestima ("Alto", "Moderado" y "Bajo"), muestran una relación compleja con las zonas de disfunción familiar. La alta variabilidad explicada por Dim 1 subraya su importancia en la identificación de patrones de riesgo asociados a la disfunción familiar.

Sin embargo, al analizar la (figura 2) de correspondencia simple, se observa que ninguna de las poblaciones de estudio presenta una asociación significativa entre baja autoestima y disfunción familiar. Las categorías de baja, moderada y alta autoestima no se agrupan de manera que indique una relación clara con las diferentes poblaciones y categorías de la disfunción familiar.

En términos más sencillos, aunque la prueba estadística sugiere que hay una conexión entre autoestima y disfunción familiar, la visualización no muestra una relación fuerte entre tener baja autoestima y tener una familia disfuncional. Esto podría indicar que otros factores están influyendo en la autoestima de los adolescentes y que la disfunción familiar no es el único ni el más determinante.

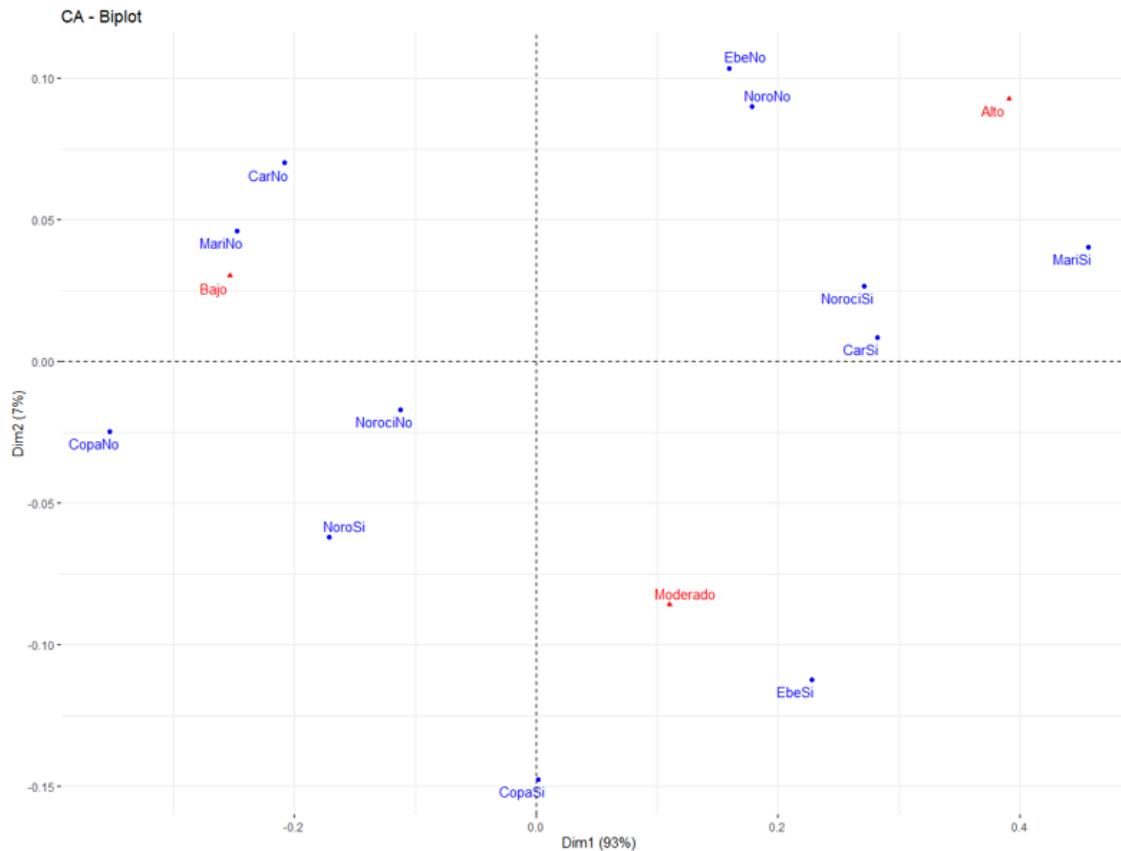


Figura 5. Mapa de Correspondencias: Asociación entre Disfunción Familiar y Baja Autoestima.

6.4.3 Asociación entre Desesperanza y disfunción familiar

Con el fin de examinar la asociación entre desesperanza y disfunción familiar, se efectuó un análisis de correspondencia simple. En este proceso, se elaboró una tabla cruzada (Tabla 12) que ilustra la relación entre las variables en estudio.

Tabla 12. Distribución de frecuencias de los valores observados de Desesperanza según la presencia o ausencia de Disfunción Familiar en las poblaciones estudiadas.

| Población | Disfunción Familiar | | Desesperanza | | |
|----------------------------|---------------------|----|--------------|----------|------|
| | Sí | No | Alto | Moderado | Bajo |
| Nororiental (n = 779) | x | | 51 | 173 | 339 |
| | | x | 7 | 48 | 161 |
| Noroccidental (n = 605) | x | | 4 | 100 | 314 |
| | | x | 3 | 26 | 153 |
| Ebéjico (n = 624) | x | | 27 | 186 | 308 |
| | | x | 14 | 41 | 48 |

| | | | | | |
|-------------------|---|---|----|-----|-----|
| Copacabana | x | | 10 | 45 | 62 |
| (n = 406) | | x | 21 | 62 | 206 |
| Marinilla | x | | 49 | 100 | 95 |
| (n = 700) | | x | 29 | 121 | 306 |
| Carmen de Viboral | x | | 36 | 82 | 93 |
| (n = 700) | | x | 24 | 117 | 348 |

Al analizar los registros de la (Tabla 12) se puede inferir que:

- Del total de los registros el 22,6% presentaban desesperanza en nivel alto y moderado, en presencia de disfunción familiar.
- En el nivel alto de desesperanza, los municipios de Ebéjico, Marinilla, Carmen de Viboral, y las zonas Nororiental y Noroccidental de Medellín muestran una mayor concentración de adolescentes que reportan desesperanza en presencia de disfunción familiar, en comparación con aquellos que no la presentan. Estos casos representan el 60,7% de los registros correspondientes al nivel alto de aislamiento social.
- En el nivel moderado de desesperanza, Ebéjico, y la Zona Nororiental y Noroccidental de Medellín, predominan los registros con presencia de disfunción familiar, representando el 41,7% del total de registros en este nivel.
- En Marinilla y el Carmen de Viboral, los adolescentes que reportan disfunción familiar también se concentran en los niveles alto y moderado de desesperanza. En Marinilla, el 61,1% de los registros con disfunción familiar se asocian a estos niveles de desesperanza, mientras que en el Carmen de Viboral representan el 55,9%

En cuanto a la asociación entre desesperanza y disfunción familiar, la prueba chi-cuadrado arrojó un valor p extremadamente bajo ($2.2e-16$), lo que indica una asociación estadísticamente significativa entre ambas variables. Esto sugiere que la desesperanza y la disfunción familiar están vinculadas de manera relevante. Para profundizar en esta relación, se analizaron los valores esperados en cada nivel de desesperanza, teniendo en cuenta la presencia o ausencia de disfunción familiar, como se muestra en la (Tabla 13).

Tabla 13. Distribución de frecuencias de los valores esperados de Desesperanza según la presencia o ausencia de Disfunción Familiar en las poblaciones estudiadas.

| Población | Disfunción Familiar | | Desesperanza | | |
|-------------|---------------------|----|--------------|----------|------|
| | Sí | No | Alto | Moderado | Bajo |
| Nororiental | x | | 41 | 163 | 360 |

| | | | | | |
|--------------------------|---|---|----|-----|-----|
| | | x | 15 | 62 | 138 |
| Noroccidental | x | | 30 | 121 | 267 |
| | | x | 13 | 53 | 116 |
| Ebéjico | x | | 38 | 151 | 333 |
| | | x | 7 | 30 | 66 |
| Copacabana | x | | 8 | 34 | 75 |
| | | x | 21 | 83 | 185 |
| Marinilla | x | | 18 | 70 | 156 |
| | | x | 33 | 132 | 291 |
| Carmen de Viboral | x | | 15 | 61 | 135 |
| | | x | 35 | 141 | 312 |

Al analizar los valores de desesperanza en presencia o ausencia de disfunción familiar observados (Tabla 12), con los esperados de la prueba chi-cuadrado, si no hubiera ninguna asociación entre las variables (Tabla 13), se puede entender que:

- En Ebéjico en el nivel moderado de desesperanza con presencia de disfunción familiar, se esperaban 151, y se reportaron 186, representando un aumento del 23,1%. Estos resultados evidencian una mayor prevalencia de desesperanza en adolescente con disfunción familiar en este municipio, lo que sugiere una relación más fuerte de lo esperado entre estos factores.
- En Marinilla en el nivel alto y moderado de desesperanza con presencia de disfunción familiar, se esperaban 18 y 70 registros respectivamente, y se reportaron 49 y 100, representando un aumento significativo de más del 200% y del 42,8% respectivamente. Esto destaca que, tanto en los niveles alto como moderado de desesperanza en esta población, hay más casos de personas con disfunción familiar que los que se esperaban si no hubiera una asociación entre estas dos variables.
- Finalmente, en el Carmen de Viboral, los niveles alto y moderado de desesperanza con presencia de disfunción familiar presentan un aumento significativo. En el nivel alto, se esperaban 15 registros, pero se reportaron 36, lo que representa un

incremento de más del 200%. En el nivel moderado, se esperaban 61 registros, pero se observaron 82, lo que equivale a un aumento del 34,4%.

El análisis de correspondencias (figura 3) revela que las dos dimensiones principales, Dim 1 (90,9%) y Dim 2 (9,1%), explican casi toda la variabilidad en los datos, siendo Dim 1 la más relevante para interpretar las asociaciones. Los puntos que representan los niveles de desesperanza ("Alto", "Moderado", "Bajo") reflejan distintos patrones de riesgo en relación con las zonas de disfunción familiar, con Dim 1 capturando los patrones más significativos.

La separación entre los niveles de desesperanza sugiere perfiles emocionales diferenciados, vinculados a distintos contextos de disfunción familiar según la región evaluada. Sin embargo, la gráfica de correspondencia simple indica que solo en Copacabana existe una asociación moderada entre desesperanza y disfunción familiar, evidenciada en la cercanía entre las categorías "Moderado" y "CopaSí". En los demás municipios, no se detecta una relación significativa clara.



Figura 6. Mapa de Correspondencias: Asociación entre Disfunción Familiar y desesperanza.

6.4.4. Asociación entre Ideación suicida y Disfunción Familiar

Para explorar la relación entre ideación suicida y la disfunción familiar, se llevó a cabo un análisis de correspondencia simple. Este análisis se complementó con la tabla cruzada (Tabla 14), la cual muestra la asociación entre ambas variables.

Tabla 14. Distribución de frecuencias de los valores observados de Ideación Suicida según la presencia o ausencia de Disfunción Familiar en las poblaciones estudiadas.

| Población | Disfunción Familiar | | Ideación Suicida | | |
|---------------|---------------------|----|------------------|----------|------|
| | Sí | No | Alto | Moderado | Bajo |
| Nororiental | x | | 75 | 166 | 372 |
| (n = 779) | | x | 38 | 60 | 68 |
| Noroccidental | x | | 56 | 125 | 239 |
| (n = 605) | | x | 15 | 32 | 138 |

| | | | | | |
|--------------------------|---|---|-----|-----|-----|
| Ebéjico | x | | 109 | 142 | 179 |
| (n = 624) | | x | 46 | 39 | 109 |
| Copacabana | x | | 23 | 30 | 59 |
| (n = 406) | | x | 41 | 52 | 201 |
| Marinilla | x | | 67 | 83 | 95 |
| (n = 700) | | x | 50 | 87 | 318 |
| Carmen de Viboral | x | | 66 | 57 | 88 |
| (n = 700) | | x | 54 | 75 | 360 |

Al analizar los datos de la (Tabla 14) se puede inferir que:

- Del total de los registros el 26,2% presentaban ideación suicida en nivel alto y moderado, en presencia de disfunción familiar.
- En el nivel alto de ideación suicida, todos los municipios, excepto Copacabana, muestran una mayor concentración de adolescentes que reportan ideación suicida en presencia de disfunción familiar, en comparación con aquellos que no la presentan. Estos casos representan el 58,3% de los registros correspondientes al nivel alto de ideación suicida con disfunción familiar.
- En el nivel moderado de ideación suicida, predominan los registros con presencia de disfunción familiar en todas las poblaciones, excepto en Copacabana y Carmen de Viboral, representando el 80,6% del total de registros en este nivel.
- La zona Nororiental de Medellín es la que más aporta casos en el nivel moderado de ideación suicida con presencia de disfunción familiar, representando este el 27,5% de los registros en este nivel.
- Ebéjico es el municipio que más aporta casos en el nivel alto de ideación suicida, con presencia de disfunción familiar, aportando también el 27,5% de los registros en este nivel.

Al analizar la asociación entre ideación suicida y disfunción familiar, se encontró que esta relación es estadísticamente significativa, evidenciada por un valor p extremadamente bajo ($2.2e-16$) en la prueba chi-cuadrado. Esto confirma una conexión relevante entre

ambas variables. Para una comprensión más profunda de esta dinámica, se examinaron los valores esperados en cada nivel de ideación suicida, teniendo en cuenta la presencia o ausencia de disfunción familiar, como se detalla en la (Tabla 15).

Tabla 15. *Distribución de frecuencias de los valores esperados de Ideación Suicida según la presencia o ausencia de Disfunción Familiar en las poblaciones estudiadas.*

| Población | Disfunción Familiar | | Ideación Suicida | | |
|--------------------------|---------------------|----|------------------|----------|------|
| | Sí | No | Alto | Moderado | Bajo |
| Nororiental | x | | 103 | 152 | 358 |
| | | x | 28 | 41 | 97 |
| Noroccidental | x | | 70 | 104 | 245 |
| | | x | 31 | 46 | 108 |
| Ebéjico | x | | 72 | 107 | 251 |
| | | x | 32 | 48 | 113 |
| Copacabana | x | | 19 | 28 | 65 |
| | | x | 49 | 73 | 171 |
| Marinilla | x | | 41 | 61 | 143 |
| | | x | 76 | 113 | 265 |
| Carmen de Viboral | x | | 35 | 52 | 123 |
| | | x | 82 | 121 | 285 |

Al analizar los valores de ideación suicida en presencia o ausencia de disfunción familiar observados (Tabla 14), con los esperados de la prueba chi-cuadrado, si no hubiera ninguna asociación entre las variables (Tabla 15), se puede entender que:

- En Ebéjico en el nivel alto y moderado de ideación suicida con presencia de disfunción familiar, se esperaban 72 y 107 registros respectivamente, y se reportaron 109 y 142, representando un aumento significativo de 51,3% y del 32,7% respectivamente. Esto destaca que, tanto en los niveles alto como moderado de ideación suicida, hay más casos de personas con disfunción familiar en esta población, que los que se esperaban si no hubiera una asociación entre estas dos variables.

- En Marinilla, los niveles alto y moderado de ideación suicida con presencia de disfunción familiar presentan un aumento. En el nivel alto, se esperaban 41 registros, pero se reportaron 67, lo que representa un incremento del 63,4%. En el nivel moderado, se esperaban 61 registros, pero se observaron 83, lo que equivale a un aumento del 36%.
- En el Carmen de Viboral en el nivel alto de ideación suicida con presencia de disfunción familiar, se esperaban 35, y se reportaron 66, representando un aumento del 88,6%. Estos resultados evidencian una mayor prevalencia de ideación suicida en adolescente con disfunción familiar en este municipio, lo que sugiere una relación más fuerte de lo esperado entre estos factores.

El análisis de correspondencias (figura 4) revela que las dos dimensiones principales, Dim 1 (88.5%) y Dim 2 (11.5%), explican la mayor parte de la variabilidad en los datos, con Dim 1 siendo la más relevante para interpretar las asociaciones entre las variables. Los puntos que representan los niveles de ideación suicida ("Alto", "Moderado" y "Bajo") reflejan una relación clara con las áreas de disfunción familiar, destacando Dim 1 como el eje que capta los principales patrones de riesgo.

En la (figura 4), se observa que el municipio de Carmen de Viboral ("CarSí") se sitúa en el cuadrante superior derecho, evidenciando una asociación notable entre la ideación suicida y la disfunción familiar. Este resultado sugiere que, en dicho municipio, la prevalencia de ideación suicida en presencia de disfunción familiar es significativamente mayor en comparación con otras zonas analizadas.

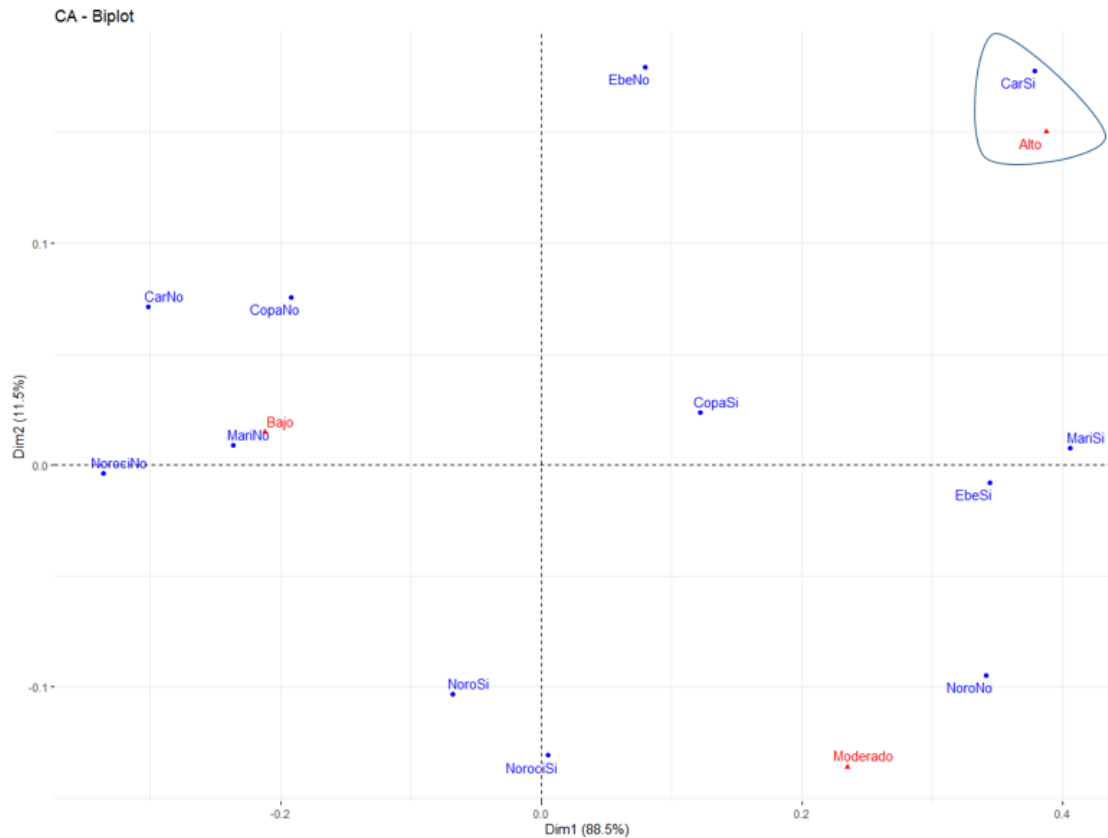


Figura 7. Mapa de Correspondencias: Asociación entre Disfunción Familiar e Ideación Suicida.

6.4.5 Asociación entre Inhabilidad para el manejo de emociones y disfunción familiar

Se realizó un análisis de correspondencia simple con el propósito de evaluar la asociación entre la inhabilidad para el manejo de emociones y la disfunción familiar, utilizando una tabla cruzada (Tabla 16) para representar visualmente la relación entre dichas variables.

Tabla 16. Distribución de frecuencias de los valores observados de Inhabilidad para el manejo de Emociones según la presencia o ausencia de Disfunción Familiar en las poblaciones estudiadas.

| Población | Disfunción Familiar | | Inhabilidad para el manejo de emociones | | |
|-------------|---------------------|----|---|----------|------|
| | Sí | No | Alto | Moderado | Bajo |
| Nororiental | x | | 156 | 374 | 83 |
| (n = 779) | | x | 74 | 89 | 3 |

| | | | | | |
|--------------------------|---|---|-----|-----|-----|
| Noroccidental | x | | 128 | 251 | 41 |
| (n = 605) | | x | 38 | 112 | 35 |
| Ebéjico | x | | 148 | 242 | 40 |
| (n = 624) | | x | 53 | 103 | 38 |
| Copacabana | x | | 37 | 65 | 10 |
| (n = 406) | | x | 75 | 160 | 59 |
| Marinilla | x | | 97 | 120 | 28 |
| (n = 700) | | x | 99 | 249 | 107 |
| Carmen de Viboral | x | | 94 | 103 | 14 |
| (n = 700) | | x | 135 | 256 | 98 |

Al analizar los datos de la (Tabla 16) se puede inferir que:

- Del total de los registros el 47,6% presentaban inhabilidad para el manejo de emociones en nivel alto y moderado, en presencia de disfunción familiar.
- En el nivel alto y moderado de inhabilidad para el manejo de emociones, los municipios Ebéjico, y la Zona Nororiental y Noroccidental de Medellín, muestran una mayor concentración de adolescentes que reportan inhabilidad para el manejo de emociones en presencia de disfunción familiar, en comparación con aquellos que no la presentan. Estos casos representan el 65,4% de los registros correspondientes al nivel alto en presencia de disfunción familiar, y para el nivel moderado representan el 75%.
- La zona Nororiental de Medellín es la que más aporta casos en el nivel alto de inhabilidad para el manejo de emociones, en presencia de disfunción familiar, aportando el 23,6% de registros en este nivel.
- De todos los 3,814 registros los niveles alto y moderado de inhabilidad para el manejo de emociones en presencia de disfunción familiar, representan un porcentaje significativo de los registros, con un 47,8%.

La asociación entre la inhabilidad para manejar las emociones y la disfunción familiar resultó ser estadísticamente significativa, con un valor p extremadamente bajo ($2.2e-16$)

en la prueba chi-cuadrado. Esto indica una relación relevante entre ambas variables. Para comprender mejor esta conexión, se analizaron los valores esperados en cada nivel de inhabilidad para el manejo de emociones, considerando la presencia o ausencia de disfunción familiar, como se muestra en la (Tabla 17).

Tabla 17. *Distribución de frecuencias de los valores esperados de Inhabilidad para el Manejo de Emociones según la presencia o ausencia de Disfunción Familiar en las poblaciones estudiadas.*

| Población | Disfunción Familiar | | Inhabilidad para el Manejo de Emociones | | |
|-------------------|---------------------|----|---|----------|------|
| | Sí | No | Alto | Moderado | Bajo |
| Nororiental | x | | 182 | 341 | 89 |
| | | x | 49 | 92 | 24 |
| Noroccidental | x | | 124 | 233 | 61 |
| | | x | 55 | 103 | 26 |
| Ebéjico | x | | 127 | 239 | 62 |
| | | x | 57 | 108 | 28 |
| Copacabana | x | | 33 | 62 | 16 |
| | | x | 87 | 163 | 42 |
| Marinilla | x | | 72 | 136 | 35 |
| | | x | 135 | 253 | 66 |
| Carmen de Viboral | x | | 62 | 117 | 30 |
| | | x | 145 | 272 | 71 |

Al analizar los valores de inhabilidad para el manejo de emociones en presencia o ausencia de disfunción familiar observados (Tabla 16), con los esperados de la prueba

chi-cuadrado, si no hubiera ninguna asociación entre las variables (Tabla 17), se puede entender que:

- En Ebéjico en el nivel alto de inhabilidad para el manejo de emociones con presencia de disfunción familiar, se esperaban 127 registros, y se reportaron 148, representando un aumento del 16,5%.
- En Marinilla en el nivel alto de inhabilidad para el manejo de emociones con presencia de disfunción familiar, se esperaban 62, y se reportaron 97, representando un aumento del 56,4%. Estos resultados evidencian una mayor prevalencia de inhabilidad para el manejo de emociones en adolescente con disfunción familiar en este municipio, lo que sugiere una relación más fuerte de lo esperado entre estos factores.

El análisis de correspondencias muestra que las dos dimensiones principales, Dim 1 y Dim 2, explican la mayor parte de la variabilidad en los datos, con un 85,9% y un 14,1%, respectivamente. Esto indica que Dim 1 es la más relevante para interpretar las asociaciones entre las variables, capturando la mayoría de los patrones clave, mientras que Dim 2 ofrece una interpretación complementaria.

En el (figura 5), los puntos rojos que representan los niveles de inhabilidad para el manejo de emociones ("Alto", "Moderado" y "Bajo") reflejan su relación con las zonas de disfunción familiar. La alta variabilidad explicada por Dim 1 subraya su importancia en la identificación de patrones de riesgo vinculados a la disfunción familiar.

Sin embargo, al analizar el (figura 5) de correspondencia simple, no se observa una asociación significativa entre la inhabilidad para manejar emociones y la disfunción familiar en ninguna de las poblaciones estudiadas.

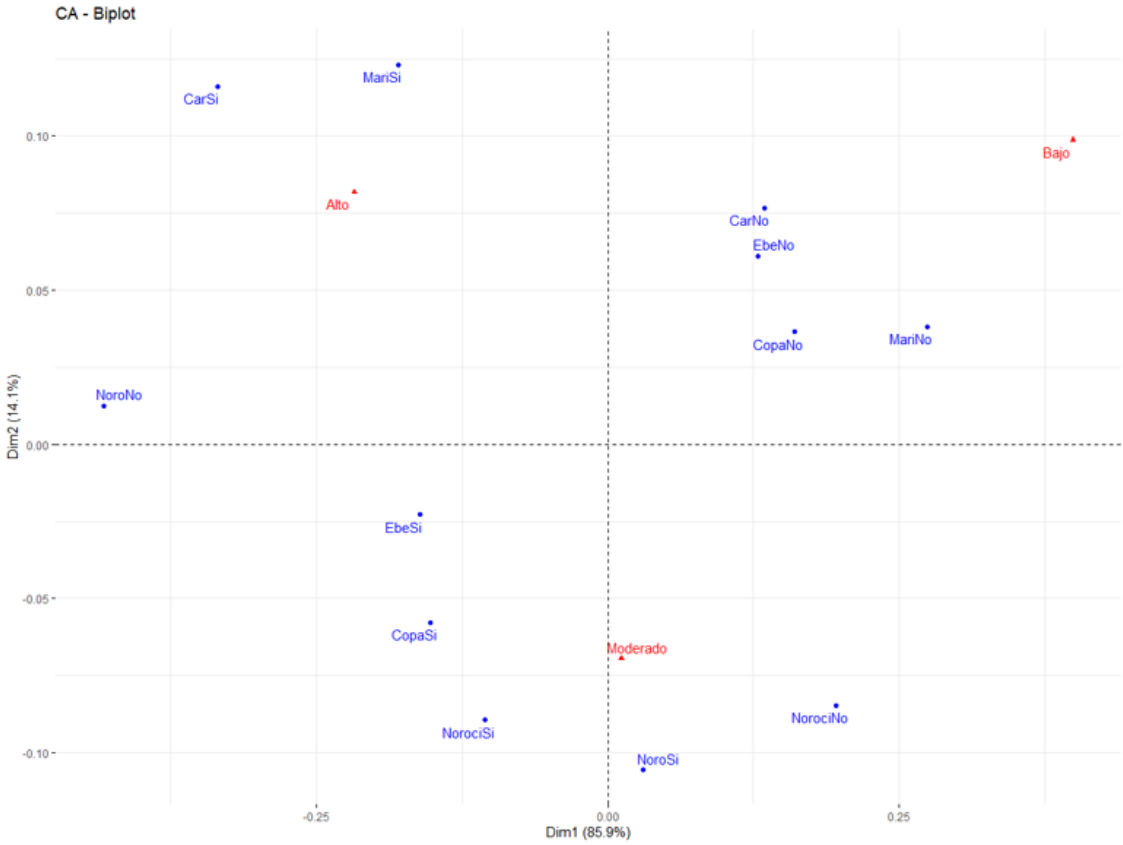


Figura 8. Mapa de Correspondencias: Asociación entre Disfunción Familiar e Inhabilidad para el Manejo de Emociones.

7 Discusión

Este estudio tiene como objetivo hallar la asociación entre disfunción familiar y los factores de riesgo del suicidio en seis poblaciones de Antioquia. El estudio conto con 3.814 registros, siendo la mayoría de la muestra mujeres (52%) y se encuentran en el rango de edad de 11 a 14 años (55%), lo cual sugiere que estos grupos etarios pueden ser particularmente vulnerables a los factores de riesgo evaluados.

Los resultados de este estudio revelan que la disfunción familiar es un desafío considerable entre los adolescentes, con un 53,2% de los participantes reportando problemas en el entorno familiar. Este hallazgo coincide con investigaciones previas que destacan la alta prevalencia de disfunción familiar en esta población. Por ejemplo, Serna y colaboradores (64) reportaron que el 46,3% de los encuestados experimenta algún grado de disfunción familiar, mientras que Vélez et al. (65) encontraron que el 60% de los participantes enfrentan problemas familiares. De este modo, la disfunción familiar se presenta como un factor de riesgo significativo para el surgimiento de trastornos de salud mental, tal como lo subrayan Gómez et al. (40), quienes destacan que las familias funcionales son un factor protector clave para el bienestar emocional de los adolescentes.

En términos municipales, las tasas más altas de disfunción familiar se observan en la Zona Nororiental y Noroccidental de Medellín 78,7%, y 69,4% el respectivamente. Estas cifras indican una prevalencia alarmante de disfunción familiar en estas áreas, lo que podría tener implicaciones significativas para la salud mental de los adolescentes en estas regiones. Contrariamente, en Copacabana y Carmen de Viboral los niveles de buen funcionamiento familiar son más altos (72,4% y 69,9%, respectivamente). Sin embargo, el 53,2% de la muestra general reporta disfunción familiar, lo que revela que todas las áreas enfrentan este desafío.

Al analizar los subconstructos de riesgo, la incapacidad para manejar las emociones se destaca como el más frecuente, afectando a un 85,4% de los adolescentes en los niveles alto y moderado de riesgo. Este dato es alarmante, ya que pone en evidencia la magnitud del problema emocional entre los jóvenes y subraya la importancia de prestar atención a

esta dimensión en cualquier intervención destinada a mejorar el bienestar emocional. El hecho de que tantos adolescentes experimenten dificultades para gestionar emociones como la tristeza, la rabia o la frustración, indica que este es un punto crítico que debe abordarse con urgencia en los entornos familiares y educativos.

Si bien el análisis de correspondencia simple no reveló una asociación fuerte entre la disfunción familiar y los problemas emocionales en los municipios estudiados, los resultados de la prueba de chi-cuadrado en localidades como Ebéjico y Marinilla superaron las expectativas. Esto sugiere que, en ciertos contextos específicos, la disfunción familiar podría tener un impacto más significativo en las dificultades emocionales de los adolescentes de lo que se había anticipado inicialmente. De hecho, el subconstructo de inhabilidad para el manejo de emociones fue el que presentó el porcentaje más alto de adolescentes en los niveles alto y moderado en presencia de disfunción familiar, alcanzando un 47,6%. Este hallazgo sugiere que la estabilidad emocional de los jóvenes está profundamente influenciada por el ambiente familiar, lo que refuerza la idea de que mejorar la dinámica familiar podría tener un efecto positivo en la capacidad de los adolescentes para manejar sus emociones.

La literatura respalda estos resultados. Por ejemplo, Barragán et al. (66) identifican una relación positiva entre la inteligencia emocional intrapersonal y la funcionalidad familiar, subrayando que los adolescentes que crecen en familias altamente funcionales tienden a desarrollar mejores habilidades emocionales. Esto indica que un entorno familiar estable proporciona las herramientas necesarias para que los jóvenes manejen sus emociones de manera más efectiva. De manera similar, Núñez et al. (67) destacan el papel crucial de los padres en la socialización emocional de sus hijos, sugiriendo que cuando hay disfunción familiar, los desafíos emocionales de los adolescentes tienden a agudizarse, tal como se ha observado en este estudio.

La incapacidad para el manejo de emociones no solo es un subconstructo aislado, sino que también parece ser un factor transversal que amplifica otros riesgos emocionales, como la desesperanza y la ideación suicida. Cuando los adolescentes no pueden gestionar de manera adecuada sus emociones, es más probable que experimenten

pensamientos suicidas o que se sientan atrapados en situaciones que perciben como insuperables. Esto refuerza la necesidad de intervenciones tempranas que ayuden a los jóvenes a desarrollar habilidades emocionales, al mismo tiempo que se promueve un entorno familiar saludable que les brinde el apoyo necesario.

El **aislamiento social** emerge como otro factor crítico en el estudio, especialmente en Marinilla y Carmen de Viboral, donde alcanza niveles alarmantemente altos (75,1% y 73%, respectivamente). La prueba chi-cuadrado confirma una asociación estadísticamente significativa entre la disfunción familiar y el aislamiento social ($p < 2.2e-16$), lo que indica una fuerte relación entre estas dos variables. El análisis de correspondencia simple corrobora estos resultados, revelando que Marinilla presenta un alto nivel de aislamiento social, mientras que en Ebéjico se observan niveles moderados. Estos hallazgos están en línea con el estudio de Zumarán y colaboradores (13), quienes identificaron un mayor riesgo de aislamiento social entre adolescentes que provienen de familias disfuncionales. En consonancia con estos resultados, nuestros datos en Marinilla sugieren que la disfunción familiar es un factor significativo que puede contribuir al aislamiento social, exacerbando los desafíos emocionales en esta población adolescente.

Al analizar la **ideación suicida** en los adolescentes de Ebéjico y la zona Nororiental de Medellín, se observa una elevada prevalencia en presencia de disfunción familiar. En Ebéjico, un 27,5% de los jóvenes presenta altos niveles de ideación suicida, mientras que en la zona Nororiental el mismo porcentaje se encuentra en niveles moderados. Estos resultados reflejan una fuerte relación entre la disfunción familiar y la ideación suicida, confirmada por la prueba chi-cuadrado, que muestra una asociación estadísticamente significativa. Además, el análisis de correspondencia simple revela una conexión particularmente intensa en Carmen de Viboral, donde la disfunción familiar parece ser un factor determinante en la aparición de pensamientos suicidas.

Investigaciones previas refuerzan este hallazgo. Por ejemplo, Pavéz y colaboradores (68) identificaron la disfunción familiar como un predictor clave de ideación suicida y desesperanza en adolescentes, lo que coincide con los resultados obtenidos en este estudio. De manera similar, Carvajal y Caro (69), en un estudio realizado en Bogotá,

destacaron que variables como la depresión, baja autoestima, antecedentes de intentos de suicidio y la disfuncionalidad familiar son los principales factores que explican la presencia de ideación suicida en los jóvenes. Por otro lado, Garza et al. (38) señalaron que la falta de comunicación familiar y el divorcio de los padres contribuyen significativamente a la ideación suicida en adolescentes, lo que pone de relieve las características del entorno familiar que inciden directamente en el desarrollo de pensamientos suicidas. Asimismo, Lin et al. (70) muestran que los niños que viven en entornos familiares conflictivos tienen un riesgo tres veces mayor de presentar ideación suicida en comparación con aquellos que crecen en familias armoniosas. Además, Menezes y colaboradores (71) concluyen que los problemas familiares son una de las razones más comunes detrás de la ideación suicida, reforzando la importancia de abordar estas dinámicas familiares para la prevención del suicidio en adolescentes. En resumen, la relación entre disfunción familiar y la ideación suicida es clara, con múltiples estudios confirmando que un ambiente familiar disfuncional no solo incrementa el riesgo de pensamientos suicidas, sino que también potencia otros problemas emocionales y psicológicos que afectan el bienestar de los adolescentes.

La **baja autoestima** afecta al 55% de los adolescentes en niveles alto y moderado, con una concentración notable en Ebéjico, Marinilla, y las zonas Nororiental y Noroccidental de Medellín, donde estos registros representan el 83,2% en presencia de disfunción familiar. Aunque el análisis de correspondencia no muestra una asociación fuerte, los datos de la prueba chi-cuadrado sugieren que Ebéjico, Marinilla y Carmen de Viboral presentan niveles de baja autoestima superiores a los esperados en presencia de disfunción familiar. Sin embargo, un estudio de Gómez y López (40) no encontró una relación significativa entre disfunción familiar y baja autoestima en adolescentes. Lo que sugiere que, además de la disfunción familiar, otros factores pueden estar influyendo en la autoestima de los adolescentes.

Por otra parte, Inriago (10) sostiene que la disfunción familiar tiende a fomentar conductas de riesgo, como problemas con la autoestima y dificultades en la toma de decisiones, lo que indica el impacto del entorno familiar en la autopercepción de los jóvenes. De manera similar, Alban (72) resalta una correlación entre el funcionamiento familiar y la autoestima,

sugiriendo que cuando el funcionamiento familiar mejora, la autoestima también lo hace, lo que apoya la idea de que un entorno familiar saludable es fundamental para el bienestar emocional de los adolescentes.

Finalmente, la **desesperanza** afecta a un porcentaje significativo de adolescentes, con Ebéjico, Marinilla, y Carmen de Viboral mostrando altas concentraciones en niveles altos y moderados de desesperanza, representando un 60,7% en presencia de disfunción familiar. La asociación entre desesperanza y disfunción familiar es significativa a nivel general, aunque el análisis de correspondencia revela una asociación moderada solo en Copacabana. Este hallazgo es coherente con estudios como el de Gómez et al. (40), quienes demostraron que la disfunción familiar está vinculada con una mayor presencia de síntomas depresivos, desesperanza y bajo rendimiento académico en adolescentes. Los resultados obtenidos por Zumarán et al. (13) también destacan una asociación significativa entre el funcionamiento familiar y los niveles de desesperanza, concluyendo que una adecuada interacción familiar puede mejorar la motivación y el sentido de esperanza de los adolescentes respecto a su futuro.

Estos hallazgos subrayan la importancia de considerar la disfunción familiar como un factor clave en el riesgo de diversos problemas en adolescentes. La variabilidad regional en la asociación entre disfunción familiar y factores de riesgo sugiere que las intervenciones deben ser adaptadas a las características específicas de cada región. Los resultados también apoyan la necesidad de enfoques integrales para abordar tanto la disfunción familiar como los factores de riesgo asociados en los adolescentes.

El estudio presenta varias fortalezas que subrayan su relevancia y contribución al conocimiento sobre el riesgo de suicidio en adolescentes. Una de las principales fortalezas es su enfoque multidimensional, que examina cinco dominios del riesgo de suicidio: desesperanza, baja autoestima, incapacidad para manejar emociones, ideación suicida y aislamiento social. Esta aproximación integral es crucial para una comprensión profunda del fenómeno, permitiendo identificar factores de riesgo específicos y diseñar intervenciones más efectivas y focalizadas. Además, la inclusión de seis poblaciones distintas en el análisis proporciona una perspectiva más amplia y permite comparar

diferentes contextos. Esto sugiere posibles variaciones regionales en la relación entre disfunción familiar y riesgo de suicidio, enriqueciendo la interpretación de los hallazgos y aumentando la aplicabilidad de las conclusiones en distintos escenarios.

El uso de herramientas cuantitativas validadas para medir estos dominios refuerza la fiabilidad de los datos y la validez de los hallazgos. Al utilizar instrumentos validados como el Inventario de Orientación Suicida y el Apgar Familiar, el estudio asegura que las conclusiones sean robustas y aplicables a contextos similares, lo que aporta valor significativo a la literatura existente sobre la prevención del suicidio en adolescentes.

No obstante, el estudio también presenta algunas limitaciones que deben ser consideradas. Primero, al tratarse de un diseño transversal, que captura datos en un único punto en el tiempo, no se puede establecer causalidad entre la disfunción familiar y los problemas emocionales en los adolescentes. Aunque se identificaron conexiones significativas, la dirección de la causalidad sigue siendo incierta. Además, dado que los datos se basan en la percepción personal de los adolescentes sobre sus sentimientos y su entorno familiar, existe la posibilidad de que las respuestas no reflejen completamente la realidad, lo que podría afectar la precisión de los resultados. Finalmente, aunque se incluyeron seis municipios en el estudio, la muestra puede no ser representativa de otras localidades con características diferentes, limitando la generalización de los hallazgos a otros contextos.

En conjunto, las fortalezas del estudio proporcionan una base sólida para entender el riesgo de suicidio en adolescentes desde una perspectiva multidimensional, mientras que las limitaciones sugieren áreas para futuras investigaciones que podrían explorar la causalidad y la aplicabilidad de los hallazgos en contextos más diversos.

8 Conclusiones

Este estudio tuvo como propósito principal analizar la relación entre la disfunción familiar y los factores de riesgo de suicidio en adolescentes de seis comunidades del departamento de Antioquia. Los resultados obtenidos permiten concluir que la disfunción familiar tiene una influencia significativa en la aparición de subconstructos de riesgo de suicidio, tales como la desesperanza, la baja autoestima, la inhabilidad para manejar emociones, el aislamiento social y la ideación suicida. Estos hallazgos son consistentes con la literatura previa que resalta la importancia del entorno familiar en el desarrollo emocional y psicológico de los adolescentes.

Uno de los subconstructos más prevalentes en todas las zonas de estudio fue la inhabilidad para manejar emociones, lo que subraya la necesidad de fortalecer las habilidades emocionales en este grupo poblacional. La alta prevalencia de baja autoestima también sugiere que las intervenciones enfocadas en mejorar la autopercepción y la valoración personal podrían ser efectivas en la prevención de comportamientos autodestructivos entre los adolescentes.

En cuanto al entorno familiar, se observó que, en las zonas con mayores niveles de disfunción familiar, los adolescentes presentaron una mayor prevalencia de factores de riesgo de suicidio. Esto refuerza la importancia de abordar no solo los problemas individuales de los adolescentes, sino también las dinámicas familiares que pueden estar contribuyendo a la aparición de estos comportamientos. La intervención a nivel familiar, a través de programas de apoyo y fortalecimiento de las relaciones intrafamiliares, se plantea como una estrategia clave para la prevención del suicidio en adolescentes.

A pesar de las contribuciones de este estudio, es importante reconocer que el análisis se realizó con una base de datos secundaria, lo que limita la posibilidad de controlar completamente los posibles sesgos derivados de la recolección de datos. Además, la falta de información completa en algunas variables puede haber influido en la interpretación de los resultados. Por lo tanto, futuros estudios deberían considerar la

recolección de datos primarios que permitan un mayor control sobre las variables de interés y una exploración más profunda de las dinámicas familiares.

En resumen, este trabajo aporta una visión integral de la asociación entre la disfunción familiar y los factores de riesgo de suicidio en adolescentes, y refuerza la necesidad de implementar intervenciones tanto a nivel individual como familiar. Los hallazgos obtenidos no solo contribuyen al conocimiento científico sobre este tema, sino que también ofrecen una base para la creación de programas preventivos en salud pública que se enfoquen en mejorar el bienestar emocional y social de los adolescentes en comunidades vulnerables.

9 Recomendaciones

A partir de los resultados obtenidos en este estudio, es fundamental realizar estudios longitudinales que permitan observar la evolución de los subconstructos de riesgo de suicidio y su relación con la disfunción familiar a lo largo del tiempo. Esto ayudaría a clarificar las posibles relaciones causales que no se pueden establecer con el diseño transversal utilizado en esta investigación. Además, sería beneficioso replicar este estudio en diferentes regiones y con muestras más amplias que incluyan adolescentes de diversos contextos socioeconómicos y culturales, lo que permitiría una mayor generalización de los resultados y una comprensión más amplia del fenómeno en diferentes entornos.

Para mejorar la precisión en la recolección de datos, se sugiere complementar los auto-reportes de los adolescentes con evaluaciones realizadas por profesionales de la salud mental y entrevistas con familiares. Este enfoque mixto podría reducir el sesgo de la subjetividad y proporcionar una visión más integral de los factores de riesgo asociados al suicidio. Asimismo, es fundamental desarrollar e implementar programas de intervención dirigidos tanto a los adolescentes como a sus familias, enfocándose en fortalecer las habilidades emocionales y de manejo de estrés, así como en mejorar la dinámica familiar para reducir los factores de riesgo identificados.

Las instituciones educativas deberían incluir en sus currículos programas de educación en salud mental que aborden temas como la gestión de emociones, el fortalecimiento de la autoestima y la prevención del suicidio. Estos programas podrían desempeñar un papel crucial en la identificación temprana de estudiantes en riesgo y en la promoción de un ambiente escolar saludable. Finalmente, se recomienda involucrar a la comunidad en la creación de redes de apoyo para los adolescentes y sus familias. La colaboración con organizaciones locales y grupos de padres podría fortalecer la respuesta colectiva ante los desafíos relacionados con la disfunción familiar y los riesgos de suicidio.

Referencias

1. Perales MTL, Loredó L, Hospital Universitario Dr. José E. González, Universidad Autónoma de Nuevo León. Disfunción familiar y suicidalidad en adolescentes con trastorno depresivo mayor. *Salud Ment.* 15 de mayo de 2015;38(3):195-200.
2. Perales A. Conducta suicida en estudiantes universitarios. *An Fac med.* 2023;84(3):233-4. DOI: <https://doi.org/10.15381/anales.v84i3.26313>.
3. Soto A, Villaroel P, Véliz A, Moreno G, Estay J. Intervenciones para la prevención del suicidio en adolescentes y jóvenes. Revisión sistemática. *Rev EUGENIO ESPEJO.* 30 de agosto de 2021;15(3):145-61.
4. Rubio González J, Vega Álvarez A, Weishaupt Barraza V, Muñoz Rocco D, Ramos Thompson G. Experiencias latinoamericanas en la prevención de la suicidalidad en jóvenes y adolescentes: una revisión teórica. *Psicogente.* 2022;25(47): 1-28.
5. Vargas FAR. Estado del arte del riesgo suicida en población adolescente de Latinoamérica desde el año 2009 al 2019.
6. Mosquera C. El suicidio en adolescentes. Una problemática de salud pública en Colombia. *Suicide in adolescents. A public health problem in Colombia.* [Trabajo de grado Psicología] Cali: Fundación Universitaria Católica Lumen Gentium.
7. Gallego T. Panorama del comportamiento suicida en los niños, niñas y adolescentes del departamento de Antioquia (2020 a 2022). [Consultado 2024 septiembre 2] Disponible en: <https://vidayfamilia.antioquia.gov.co/wp-content/uploads/2023/07/BIAMP53.pdf>
8. Medina Pérez OA, Díaz Téllez ÁS, Rozo David AJ. Caracterización del suicidio en adolescentes de Antioquia, Colombia, 2000-2010. *Rev Fac Med.* 25 de agosto de 2015;63(3):431-8.
9. Muriel V, Buitrago S. Factores de riesgo para conducta suicida en adolescentes escolarizados: revisión de tema. *Umanizales (Col).* 2020; 60 (2): 472-482.
10. Inriago M. La disfuncionalidad familiar desde diferentes sistemas psicológicos: una revisión narrativa de la literatura. *Rev Científica Arbitr Psicol NUNA YACHAY.* 22 de agosto de 2024;6(11):37-46.
11. Gómez A, López W. Disfunción Familiar, Influencia en el Autoconcepto y el Desempeño Académico en la Segunda. [Trabajo de grado Psicología] Medellín: Institución Universitaria Tecnológico de Antioquia; 2021.
12. Enríques R, Pérez R, Ortiz R, Cornejo Y, Chumpitaz H. Disfuncionalidad familiar y depresión del adolescente: una revisión sistemática entre los años 2016-2020. *Revista Conrado.* 2021; 17(80), 277-282.
13. Zumarán O, Meneses M. Desesperanza aprendida y disfunción familiar en universitarios en Lima-Perú. *AVFT.* 2021; 40(4): 558-562. DOI: <http://doi.org/10.5281/zenodo.5459955> **

14. Miranda B, Sánchez M, García R. Mortalidad por suicidio, factores de riesgos y protectores. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*. 2016; 15(1):90-100.
15. Chávez A, Leenaars A. Edwin S Shneidman y la suicidología moderna. *Salud Mental* 2010; 33:355-360
16. Amador G. Suicidio: consideraciones históricas. *Rev Med La Paz*. Diciembre de 2015;21(2):91-98.
17. Andrade M, Felipe A, Vedana K, Scorsolini F. O nexos entre religiosidade/espiritualidade e o comportamento suicida em jovens. *SMAD*. 31 de agosto de 2020;16(4):109-21.
18. Corpas J. Aproximación social y cultural al fenómeno del suicidio. *Comunidades étnicas amerindias. Gaz Antropol*. 8 de noviembre de 2011;27(2).
19. López H. Factores de éxito en programas de prevención del suicidio. *Revista Vanguardia Psicológica*. 2013; 3 (2): 215-225.
20. Mejía S. Parte I: ¿Cómo vamos en políticas públicas en Colombia para la prevención del suicidio? *Al Poniente*. 2021 septiembre 10 [Internet] [consultado 2024 septiembre 26]. Disponible en: <https://alponiente.com/parte-i-como-vamos-en-politicas-publicas-en-colombia-para-la-prevencion-del-suicidio/>
21. Colombia Aprende [Internet] Bogotá. [consultado 2024 septiembre 26] Disponible en: <https://www.colombiaprende.edu.co/recurso-coleccion/prevencion-del-suicidio>
22. Palacio AF. La comprensión clásica del suicidio. De Émile Durkheim a nuestros días. *Affectio Societatis*. 2012; 12.
23. Romero MA, Gonnet JP. Un diálogo entre Durkheim y Foucault a propósito del suicidio. *Rev Mex Sociol*. 2013; 75 (4): 589-616.
24. Andrade JA, Duffay L, Ortega PA, Ramirez E, Carvajal JE. Autoestima y desesperanza en adolescentes de una institución educativa del Quindío. *Duazary*. 2017;14(2):179-187.
25. Kokoulina E, Fernández R. Maltrato físico y emocional durante la infancia y conducta suicida en el adulto. *Rev Psicopatología Psicol Clínica*. 2014;19(2): 93-103.
26. Gómez A. Evaluación del riesgo de suicidio: enfoque actualizado. *Rev Médica Clínica Las Condes*. septiembre de 2012;23(5):607-15.
27. Aliaga J, Rodríguez L, Ponce C, Frisancho A, Enríquez J. Escala de desesperanza de Beck (BHS): adaptación y características psicométricas. *Rev Investig En Psicol*. 6 de marzo de 2014;9(1):69-79.
28. Mondragón L, Saltijeral T, Bimbela A, Borges G. La ideación suicida y su relación con la desesperanza, el abuso de drogas y alcohol. *Salud Mental*. 1998;21(5).
29. Cogollo Z, Campo A, Herazo E. Escala de Rosenberg para autoestima: consistencia interna y dimensionalidad en estudiantes de Cartagena, Colombia. *Psychol Av Discip*. julio de 2015;9(2):61-71.

30. Rojas CA, Zegers P , Förster CE. La escala de autoestima de Rosenberg: Validación para Chile en una muestra de jóvenes adultos, adultos y adultos mayores. Rev Médica Chile. junio de 2009;137(6):791-800.
31. Tapia ML, Fiorentino MT, Correché MS. Soledad y tendencia al aislamiento en estudiantes adolescentes. Su relación con el autoconcepto. Fundamentos en Humanidades. 2003; 7(8):163-172.
32. Mohseni M, Dowran B, Haghghat MHS. Does the Internet Make People Socially Isolated? A Social Network Approach. Bangladesh e-Journal of Sociology. 2008;5(1).
33. Contado LI r B, Zambrano EYC, Badillo CSH. El aislamiento social como consecuencia del uso excesivo de internet y móviles en adolescentes. Psicoeduc Reflex Propues. 15 de septiembre de 2016;2(4):24-30.
34. Suárez C YP, Restrepo C DE, Caballero D CC. Ideación suicida y su relación con la inteligencia emocional en universitarios colombianos. Rev Univ Ind Santander Salud. diciembre de 2016;48(4):470-8.
35. Alfaro AC. Conducta suicida adolescencia y riesgo. Revista Cubana de Medicina General Integral. 2013; 30(1):132-139.
36. Barón O. Adolescencia y suicidio. Psicol Desde El Caribe. 2000;(6): 48-69.
37. Briceño R. Violencia y desesperanza: La otra crisis social de América Latina. Nueva Sociedad. 1999; 164: 122-132.
38. Garza RI, Castro LK, Calderón SA. Estructura familiar, ideación suicida y desesperanza en el adolescente. Psicol Desde El Caribe. 25 de marzo de 2020;36(2):228-47.
39. Panamericana [Internet]. El papel de la familia en el desarrollo de los adolescentes. [consultado 2024 julio 16]. Disponible en: <https://blog.up.edu.mx/prepaup/el-papel-de-la-familia-en-el-desarrollo-de-los-adolescentes>
40. Gómez EM, Castillo I, Cogollo Z. Predictores de disfunción familiar en adolescentes escolarizados. Rev Colomb Psiquiatr. enero de 2013;42(1):72-80.
41. Olvera MP. Desarrollo de los Adolescentes III Identidad y Relaciones Sociales. [consultado 2024 julio 16]. Disponible en: http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales_de_consulta/Drogas_de_Abuso/Articulos/Libros_Adolescencia.pdf
42. James F. La Comuna Nororiental de Medellín: de la violencia a la evolución tecnológica y digital. Primicia. 2022 julio 12 [Internet] [Consultado 2024 agosto 12] Disponible en: <https://primiciadiario.com/archivo/2022/la-comuna-nororiental-medellin-la-violencia-la-evolucion-tecnologica-digital/>
43. Medellín la más educada [Internet] [Consultado 12 de agosto de 2024] Disponible en: <https://medellin.lamaseducada.com/nororiental>

44. La zona Nororiental: barrios obreros, populares y de borde. Mi Comuna Dos. 2020 noviembre 5 [Internet] [Consultado 2024 agosto 12] Disponible en: <https://www.micomunados.com/la-zona-nororiental-barrios-obreros-populares-y-de-borde/>
45. Sepúlveda H , Álvarez C. Exclusión social y calidad de vida relacionada con la salud en personas entre 25 y 60 años de la zona nororiental de Medellín - Colombia, 2009. Rev Fac Nac Salud Pública. abril de 2012;30(1):45-56.
46. Corpus Sociolingüístico de Medellín [Internet]. [Consultado 2024 agosto 12]. Disponible en: <https://comunicaciones.udea.edu.co/corpuslinguistico/?opcion=10>
47. Medellín la más educada [Internet] [Consultado 2024 agosto 12] Disponible en: <https://medellin.lamaseducada.com/noroccidental>
48. Kiddle [Internet] [Consultado 2024 septiembre 26] Disponible en: https://ninos.kiddle.co/Archivo:Mapa_%C3%81rea_Metropolitana_del_Valle_de_Aburr%C3%A1.svg
49. Alcaldía de Copacabana [Internet] [Consultado 2024 septiembre 26] Disponible en: <https://copacabana.gov.co/MiMunicipio/Paginas/Presentacion.aspx>
50. FamilySearch [Internet] [Consultado 2024 septiembre 26] Disponible en: https://www.familysearch.org/es/wiki/Oriente,_Antioquia,_Colombia_-_Genealog%C3%ADa
51. Gobernación de Antioquia [Internet] [Consultado 2024 septiembre 30] Disponible en: <https://corregimientos.antioquia.gov.co/marinilla/>
52. Educación en Colombia [Consultado 2024 agosto 15] Disponible en: <https://guia-antioquia.educacionencolombia.com.co/educacion-en-colombia/marinilla-antioquia/index.htm>
53. FamilySearch [Internet] [Consultado 2024 septiembre 30] Disponible en: https://www.familysearch.org/es/wiki/Occidente,_Antioquia,_Colombia_-_Genealog%C3%ADa
54. Gobernación de Antioquia [Internet] [Consultado 2024 septiembre 30] Disponible en: <https://corregimientos.antioquia.gov.co/ebejico/>
55. Educación en Colombia [Consultado 2024 agosto 15] Disponible en: <https://guia-antioquia.educacionencolombia.com.co/educacion-en-colombia/ebejico-antioquia/index.htm>
56. Gobernación de Antioquia [Internet] [Consultado 2024 septiembre 30] Disponible en: <https://corregimientos.antioquia.gov.co/carmen-de-viboral/>
57. Bahamón MJ, Trejos AM, Alarcón Y, Lozano KF, Rodríguez MD, García C, Ortiz M. Validez y confiabilidad del Inventario de orientación suicida – ISO-30 en una población colombiana. Summa Psicológica UST. 2022; 19:22-25.
58. Arango OE, Tabares AS, Serrano SJ. Structural Model of Suicidal Ideation and Behavior: Mediating Effect of Impulsivity. An Acad Bras Ciênc [Internet]. 2021 [consultado 17 de

- septiembre de 2024];93(suppl 4). Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-37652021000800705&tlng=en
59. Paniagua R, González C, Rueda S. Validation of the Spanish Version of the Inventory of Suicide Orientation - ISO 30 in Adolescent Students of Educational Institutions in Medellín - Colombia. *World J Educ.* 2016; 6 (4): 22-29.
60. 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.
61. Suarez MA, Alcalá M. Apgar familiar: una herramienta para detectar disfunción familiar. *Rev Med La Paz.* junio de 2014;20(1):53-57.
62. Romero Á, Vásquez R. Protocolo para el abordaje integral de la violencia sexual desde el Sector Salud [Internet] [Consultado 17 de septiembre de 2024] Disponible en: [Protocolo para el Abordaje Integral de la Violencia Sexual desde el Sector Salud \(unal.edu.co\)](http://www.unal.edu.co)
63. Ley 1581 de 2012 - Gestor Normativo [Internet]. Disponible en: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=49981>
64. Serna D, Terán CY, Vanegas AM, Medina ÓA, Blandón OM, Cardona DV, et al. Depresión y funcionamiento familiar en adolescentes de un municipio de Quindío, Colombia. *Rev Habanera Cienc Médicas.* 2022; 19(5): e3153.
65. Vélez C, Betancurth D. Funcionalidad Familiar Y Dimensiones Afectivas En Adolescentes Escolarizados. Caldas-Colombia, 2013-2014. *INVESTIGACIONES ANDINA.* 2016; 18(33): 1751-1766.
66. Barragán AB, Molero MDM, Pérez MDC, Oropesa NF, Martos Á, Simón MDM, et al. Interpersonal Support, Emotional Intelligence and Family Function in Adolescence. *Int J Environ Res Public Health.* 12 de mayo de 2021;18(10):5145.
67. Nuñez SM, Castro R, Vargas E, Musitu G, Callejas JE. Bullying Victimization among Mexican Adolescents: Psychosocial Differences from an Ecological Approach. *Int J Environ Res Public Health.* 4 de julio de 2020;17(13):4831.
68. Pavez P, Santander N, Carranza J, Vera-Villarroel P. Factores de riesgo familiares asociados a la conducta suicida en adolescentes con trastorno depresivo. *Rev Médica Chile.* febrero de 2009;137(2):226-33.
69. Carvajal G, Caro CV. Suicidal ideation in adolescence: an explanation from three of its associated variables in Bogotá, 2009. *Colomb Medica.* 17 de julio de 2024;42(2.supl.1):45-56.
70. Lin FG, Lin JD, Hsieh YH, Chang CY. Quarrelsome family environment as an enhanced factor on child suicidal ideation. *Res Dev Disabil.* 1 de diciembre de 2014;35(12):3245-53.
71. Menezes RG, Subba SH, Sathian B, Kharoshah MA, Senthilkumaran S, Pant S, et al. Suicidal ideation among students of a medical college in Western Nepal: A cross-sectional study. *Leg Med.* 1 de julio de 2012;14(4):183-7.

72. Albán V, Zambrano A. Funcionalidad familiar y su relación con la autoestima en adolescentes de la ciudad de ambato. [Internet]. SciELO Preprints. 2023 [citado 19 de septiembre de 2024]; Disponible en: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/5945/version/6291>