

UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE COLOMBIA

**Relación entre Conducta Suicida,
Síntomas Depresivos y Nivel Educativo en
Jóvenes Universitarios de la Facultad de
Medicina de la Universidad Nacional de
Colombia sede Bogotá.**

Daniela Torres Garzón

Universidad Nacional de Colombia
Facultad de Medicina
Bogotá, Colombia
2023

Relación entre Conducta Suicida, Síntomas Depresivos y Nivel Educativo en Jóvenes Universitarios de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia sede Bogotá.

Daniela Torres Garzón

Tesis o trabajo de investigación presentada(o) como requisito parcial para optar al
título de:
Magister en Salud Pública

Director (a):
Mg. Bernardo Castiblanco Torres.

Universidad Nacional de Colombia
Facultad de Medicina
Bogotá, Colombia
2023

*«A todas esas personas que han rozado la oscuridad,
han sobrevivido y luchan contra ella cada día».*

Ariana Godoy

Declaración de obra original

Yo declaro lo siguiente:

He leído el Acuerdo 035 de 2003 del Consejo Académico de la Universidad Nacional. «Reglamento sobre propiedad intelectual» y la Normatividad Nacional relacionada al respeto de los derechos de autor. Esta disertación representa mi trabajo original, excepto donde he reconocido las ideas, las palabras, o materiales de otros autores.

Cuando se han presentado ideas o palabras de otros autores en esta disertación, he realizado su respectivo reconocimiento aplicando correctamente los esquemas de citas y referencias bibliográficas en el estilo requerido.

He obtenido el permiso del autor o editor para incluir cualquier material con derechos de autor (por ejemplo, tablas, figuras, instrumentos de encuesta o grandes porciones de texto).

Por último, he sometido esta disertación a la herramienta de integridad académica, definida por la universidad.



Daniela Torres Garzón
Fecha 16/01/2024.

Agradecimientos

Esta tesis lleva mi nombre pero es producto del esfuerzo y el apoyo de todas las personas con las que en algún momento de este largo camino compartí dudas, teorías, risas, miedos, angustias y frustraciones. A todos debo un agradecimiento infinito por comprenderme y alentarme las veces que fueron necesarias para que hoy, este sea un motivo de satisfacción. Además, esta tesis es de todas las personas que en algún momento han visto en mí un lugar seguro para hablar de su sufrimiento.

Por supuesto esta tesis le pertenece a Ana María Garzón, que la vivió de primera mano a mi lado hace siete años.

A mi hermana Juliana y mis primas Laura y Valentina por siempre tener las palabras adecuadas, por su acompañamiento, paciencia y amor. A mis papás James y Angélica por haberme alentado a cumplir el sueño de mi niña interior, por ver la Facultad de Medicina como una meta conjunta, por creer ciegamente en mí y en el poder del conocimiento para cambiar el mundo. A mi abuelita Aurora, mi tía Yasmiry, Luis Helí y Lorena. A todos ustedes un agradecimiento infinito por el cariño, el ánimo y la comprensión que solo una familia como la nuestra puede brindar y por ser sinónimo de un faro que siempre me espera de vuelta.

De la misma manera, quisiera agradecer a la Universidad Nacional de Colombia por enseñarme el valor de la universidad pública, por abrirme sus puertas y por hacerme sentir como en casa. A Micaela Aguirre por ser siempre un oasis en el camino tan desierto que fue transitar esta maestría, por convertirse en familia y hogar; a mi director Bernardo Castiblanco por siempre tener certezas conmigo y por guiarme a través de este camino; al profesor Fredy Villalobos por su acompañamiento, su orientación y por facilitar las herramientas necesarias para esta investigación.

A mi amiga Magda por su incondicionalidad, su comprensión y apoyo desinteresado; a mis amigos de la oficina Ana María A., Felipe D., Paola P., Yessica L. y Jessica Z por su compromiso y trabajo arduo cuando más lo necesité, por brindarme un espacio seguro para reír y para llorar durante los últimos meses de este proceso. A mis amigos de la vida Camilo, Luisa, Laura A., Sergio y Alejandra por su amor incondicional, por la escucha, la comprensión, los abrazos de aliento y el ánimo para no desfallecer.

Nunca serán suficientes las palabras para agradecerles por estar ahí, por creer en mí y por compartir mis triunfos. A todos mil gracias, sin ustedes esto nunca hubiera sido posible.

Resumen

Relación entre Conducta Suicida, Síntomas Depresivos y Nivel Educativo en Jóvenes Universitarios de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia sede Bogotá.

Esta investigación analiza la relación existente entre el riesgo de conducta suicida, los síntomas depresivos y el nivel educativo en jóvenes universitarios de la ciudad de Bogotá, Colombia. desde allí se plantea como hipótesis que existe una dependencia entre el nivel educativo, el riesgo de conducta suicida y los síntomas depresivos en los jóvenes universitarios. A partir del enfoque cuantitativo, por medio de un alcance correlacional y un diseño no experimental, se aplicaron el Inventario de Ideación Suicida Positiva y Negativa - PANSI, la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos – CES-D y una encuesta sociodemográfica a 307 estudiantes entre 18 y 29 años del programa de pregrado en medicina y de los programas de posgrado en nivel de especialización, maestría y doctorado de Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia, sede Bogotá, con el fin de proporcionar información vital para el análisis de alternativas que permitan disminuir el riesgo de suicidio en este grupo etario, así como visibilizar las herramientas para la prevención de la conducta suicida y la promoción de la salud mental que se tienen en dicho contexto.

Palabras Clave:

Riesgo Suicida, Síntomas Depresivos, Nivel Educativo, Juventud, Universitarios.

Abstract

Correlation between Suicidal Behavior, Depression Symptoms and Education Level on Medicine College Students from Universidad Nacional de Colombia, Bogotá's Campus.

This research analyzes the relationship between the risk of suicidal behavior, depressive symptoms, and the educational level of young university students in Bogotá, Colombia. The hypothesis proposed is that there is a dependency between the academic level, the risk of suicidal behavior, and depressive symptoms in young university students. From the quantitative approach, through a correlational scope and a non-experimental design, the Positive and Negative Suicidal Ideation Inventory - PANSI, the Depression Scale of the Center for Epidemiological Studies - CES-D and a sociodemographic survey were applied to 307 students between the ages of 18 and 29 of the undergraduate program in medicine and postgraduate programs at the specialization, master's and doctoral levels of the Faculty of Medicine of the National University of Colombia, Bogotá, to provide vital information for the analysis of alternatives that allow reducing the risk of suicide in this age group, as well as making visible the tools for the prevention of suicidal behavior and the promotion of mental health that are available in this context.

Keywords:

Suicide Risk, Depressive Symptoms, Educational Level, Youth, University Students.

Contenido

Declaración de obra original	4
Agradecimientos	5
Resumen	6
Abstract	6
Justificación	10
Planteamiento del Problema.....	16
Objetivos.....	27
Objetivo General	27
Objetivos Específicos.....	27
Hipótesis	27
Marco Teórico.....	28
Conducta Suicida	28
Depresión	38
Nivel Educativo.....	41
Juventud	48
Metodología.....	58
Paradigma Epistemológico	58
Enfoque	59
Alcance.....	59
Diseño	60
Participantes	61
Instrumentos	63
Procedimiento	65
Resultados	69
Información Sociodemográfica.....	70
Estadísticos Descriptivos - CES-D	73
Estadísticos Descriptivos - PANSI	74

Normalidad de Pruebas PANSI y CES-D.....	75
Coefficiente de Correlación de Spearman para PANSI y CES-D.....	76
Correlación de Spearman entre pruebas estratificadas por nivel educativo.....	78
Prueba No Paramétrica de Wilcoxon	80
Prueba de Chi-Cuadrado	82
Discusión.....	84
Conclusiones.....	99
Referencias	102
Anexos.....	129
Anexo 1. Declaración Conflictos de Intereses en Investigación.....	129
Anexo 2. Consentimiento Informado.....	131
Anexo 3. Derechos de Propiedad Intelectual.....	133
Anexo 5. Autorización para el Uso de Instrumentos de Medición Psicológica con Fines Académicos – CES-D.....	134
Anexo 6. Autorización para el Uso de Instrumentos de Medición Psicológica con Fines Académicos – PANSI.....	135

Lista de Figuras

Figura 1: Sistema Educativo Colombiano	45
---	----

Lista de Gráficas

Gráfica 1: Distribución de la Población de 14 a 28 Años por Sexo según Nivel Educativo.....	47
Gráfica 2: Prueba de Wilcoxon – PANSI.....	81
Gráfica 3: Prueba de Wilcoxon - CES-D.....	82

Lista de Imágenes

Imagen 1: Rango Etario de Juventud en Países Pertenecientes a la OIJ.....	51
--	----

Lista de Tablas

Tabla 1: Cálculo de la muestra y constante de estratificación	62
Tabla 2: Estadísticos descriptivos Frecuencia - Datos Sociodemográficos.....	71
Tabla 3: Estadísticos descriptivos - Edad.	72
Tabla 4: Estadísticos descriptivos CES-D.	74
Tabla 5: Estadísticos descriptivos PANSI	75
Tabla 6: Pruebas de Normalidad.....	76
Tabla 7: Coeficiente de correlación de Spearman - General.	77
Tabla 8: Coeficiente de correlación de Spearman - Pregrado.	78
Tabla 9: Coeficiente de correlación de Spearman - Especialización.	79
Tabla 10: Coeficiente de correlación de Spearman - Maestría.	80
Tabla 11: Chi Cuadrado - PANSI.....	83
Tabla 12: Chi Cuadrado - CES-D.....	84

Justificación

En este apartado se presenta una contextualización que evidencia el panorama del problema a estudiar y una breve descripción del caso capitalino, desde allí se empezará desarrollando la categoría juventud, seguida de la categoría nivel educativo y por último la categoría de depresión y conducta suicida.

Juventud según la Organización de las Naciones Unidas - ONU (1985) es un grupo etario dinámico con límites flexibles, establecido entre los 15 y los 24 años; sin embargo, la organización afirma que pueden existir variaciones en relación con las pautas culturales de cada comunidad. Para el caso colombiano la Ley 1885 de 2018 asegura que joven es toda persona entre 14 y 28 años que se encuentra en proceso de construcción de su autonomía física, moral, intelectual, cultural, económica y social y que por ende hace un ejercicio pleno de ciudadanía.

En Colombia, el Departamento Administrativo Nacional de Estadística - DANE evidenció por medio del Censo Nacional de Población y Vivienda (2018) que el 25,9% de la población colombiana eran jóvenes entre los 15 y los 29 años, divididos en 13,1% de hombres y 12,9% de mujeres, cifras similares a las expuestas por el Sistema Nacional de Información en Juventud y Adolescencia quienes afirman que para el año 2022 la República de Colombia contaba con 12.603.721 jóvenes, lo que equivale al 12,7% de la población aproximadamente. Este mismo sistema proyecta que para el 2023 el total de jóvenes será de 12.528.149 personas, divididas en 6.321.411 hombres y 6.206.738 mujeres.

La juventud en Colombia se desenvuelve principalmente en cinco entornos: educativo, laboral, comunitario, familiar y espacio público-digital, no obstante, en dichos entornos se enfrentan a distintos desafíos o problemáticas multidimensionales que limitan el desarrollo integral de sus potencialidades. Concretamente en el entorno educativo el 28.8% de los jóvenes

entre 17 y 21 años en zonas urbanas no asiste a una institución educativa por falta de recursos económicos (DANE, como se citó en Consejo Nacional de Política Económica y Social - CONPES 4040, 2021).

Los Indicadores de Educación Superior realizados por el Ministerio de Educación Nacional – MEN evidencian según los datos abiertos de la entidad (2021) 307 instituciones de las cuales 126 se encuentran ubicadas en la capital colombiana, el Sistema Nacional de Información de la Educación Superior - SNES afirma que para el año 2021 se encontraban inscritas 833.565 personas a este tipo de educación en la capital. El porcentaje total de estudiantes matriculados en el sistema educativo representa la tasa de cobertura denominada bruta (MEN, s.f) para la educación superior esta tasa representa el 53.94% a nivel nacional y 125,58% a nivel regional.

La adaptación al entorno escolar o académico es un proceso que experimentan los estudiantes y suele presentar dificultades que desencadenan en obstáculos como la deserción escolar, problemática que afecta principalmente a aquellos jóvenes que se encuentran cursando educación superior (CONPES 3992, 2020) convirtiéndose en un factor incidente en la aparición de enfermedades o trastornos mentales. En la misma línea la Organización Panamericana de la Salud - OPS (1975) asegura que en la juventud se presentan algunas alteraciones conductuales derivadas de las dificultades de adaptación a los entornos en los que los jóvenes se desenvuelven, llegando a traducirse en depresión, alcoholismo, consumo de sustancias psicoactivas y suicidio.

La Organización Mundial de la Salud - OMS (2023) define la depresión como un trastorno mental común que implica la pérdida del interés y la experimentación de placer en las actividades durante largos periodos de tiempo, llegando a afectar todos los ámbitos de la vida incluyendo las relaciones interpersonales, sociales, laborales y escolares. En Colombia según la OMS (2017) el

4.7% de las personas sufre depresión, adicionalmente, el 80% de los habitantes del país ha presentado algún tipo de síntoma depresivo siendo Bogotá la ciudad con la mayor frecuencia de síntomas de trastornos mentales en personas entre los 18 y 48 años. Los adolescentes por su parte, representan el 25% de las personas con síntomas mentales y el suicidio es una de las consecuencias más comunes.

A partir de esto, la OMS (2021a) afirma que más de 700.000 personas se suicidan cada año, es decir, cada 40 segundos alguien se quita la vida. Solo en el año 2019 una de cada 100 muertes era producto de un suicidio consumado llegando a tener incluso una tasa de mortalidad superior a la causada por VIH, cáncer de mama o incluso por guerra y homicidios. El suicidio es una problemática que se presenta con mayor regularidad en países con ingresos medios o bajos ubicados principalmente en África, Europa, Asia Sudoriental y las Américas, llegando a ubicarse como la cuarta causa de muerte de jóvenes entre 15 y 29 años; el porcentaje de suicidios de hombres duplica el de mujeres y se afirma que por cada persona que se suicida, existen otras 20 que intentan hacerlo (OMS, 2021b).

En Colombia, la tasa de intento de suicidio reportada por el Sistema Integral de Información de la Protección Social – SISPRO (2019) evidencia un incremento año tras año durante la década 2009 - 2019, de esta manera los intentos de suicidios pasaron de tener una tasa aproximada del 1,80 a 58,84. Al distribuir las tasas por edades se evidencia que éstas son más altas en el grupo de edad de 15 a 19 años con un 198,02, seguido por el grupo de 20 a 24 años con 128,77.

Este panorama se mantiene en los últimos años según las cifras reportadas por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses en los boletines estadísticos mensuales del Grupo Centro de Referencia Nacional sobre Violencia – GCRNV según los cuales a corte de

diciembre del año 2021 se presentaron 2.595 casos de suicidio equivalentes al 9,9% del total de las muertes violentas en Colombia, adicionalmente, afirman que para dicho año el grupo de edad más afectado por este tipo de muerte se ubicó entre los 20 y los 24 años, seguido por los 25 a los 29 años.

El boletín estadístico publicado en diciembre de 2022 presentó 2.835 casos de suicidio equivalentes al 10,10% del total de las muertes violentas en Colombia; ésta es la cifra más alta reportada en los últimos diez años en el país; allí se mantienen los mismos grupos poblacionales de riesgo que el año anterior, es decir, las personas ubicadas en el ciclo vital de la juventud y la adultez joven son los más afectados por esta problemática. Este boletín estadístico asegura también que entre los últimos dos años (2021-2022) se presentó una variación absoluta de 240 casos, lo que equivale a una variación porcentual del 9,25%.

El quinto boletín estadístico mensual del 2023, reporta que para los meses de enero a mayo se presentaron 1.260 casos de suicidio en el país, una cifra que al ser comparada con el mismo periodo del año inmediatamente anterior denota una variación del 11,50%, es decir, se presentaron 130 casos más en enero-mayo de 2023 que en enero-mayo de 2022, en esta comparativa también se mantiene la población de riesgo, siendo juventud y adultez temprana quienes representan el 54,6% de los casos, Bogotá D.C, por su parte, es la ciudad que más casos reporta.

El Distrito Capital ha llevado la delantera de esta problemática durante varios periodos consecutivos en los reportes del GCRNV, en diferentes ediciones, la ciudad ha presentado el mayor número de casos de muerte por suicidio del país, llegando a tener 337 muertes en 2021 y 399 muertes en 2022. Esta información, se reafirma a través de las estadísticas del SISPRO (2019), quienes evidencian un incremento para el año 2019 en comparación con el 2018 en las

tasa de intento de suicidio, pasando de 25,3% a 28,63% respectivamente. Adicionalmente, si se realiza la distribución de esta conducta por edades, este sistema de información también establece los mismos grupos poblacionales de riesgo ubicados entre los 20 y los 29 años.

En este punto, es importante resaltar, que las distintas mediciones que ha realizado el GCRNV y las mencionadas anteriormente, presentan la información con una clasificación por sexo evidenciando diferencias significativas entre hombres y mujeres en relación al suicidio consumado; un panorama muy similar al que evidenció la Encuesta Nacional de Salud Mental de 2015 (como se citó en Arenas et al., 2016) donde aseguraban que existen diferencias por sexo en los adultos en relación a las etapas de la conducta suicida.

Una de esas diferencias radica en la caracterización epidemiológica que se ha realizado sobre el suicidio a nivel mundial, allí se evidencian tasas alarmantes en el suicidio consumado por hombres (Barroso, 2019) aunque son las mujeres quienes realizan un mayor número de intentos, es decir, los hombres tienen mayor letalidad que las mujeres; otra diferencia que se suma a la encontrada por Arenas et al. (2016) en su análisis sobre los Resultados de la Encuesta Nacional de Salud Mental donde reveló que el evento más reiterado dentro de la conducta suicida es la ideación, determinando que son las mujeres quienes más han pensado en suicidarse (7,6%) en comparación con los hombres (5,5%).

Distintos estudios realizados en Colombia han agrupado y evaluado las categorías anteriormente mencionadas, es decir, la conducta suicida y la depresión en jóvenes estudiantes, tal es el caso de Villalobos y Galvis (como se citó en Siabato y Salamanca, 2015) quienes evaluaron 463 estudiantes entre los 9 y los 30 años logrando identificar que el 30% de ellos había presentado conducta de riesgo suicida basada o incidida por el ambiente escolar o universitario, la presión del sistema, el estrés de la escolarización (Collazo, como se citó en

Vélez et al, 2017) y las calificaciones (Montes y Montes, como se citó en Vélez, et al., 2017). Adicionalmente, se ha realizado un análisis de distintos estudios que investigan la ideación suicida enfocados en población estudiantil, concretamente en estudiantes universitarios de pregrado, logrando determinar resultados inquietantes respecto a la prevalencia de la ideación en dicha población. Una situación similar se presenta en la investigación realizada por Álzate (como se citó en Denis, Barradas, Delgadillo, Denis, y Melo., 2017) donde se logró establecer el riesgo suicida por medio de dos baterías, la escala Plutchik y el Inventario de Ideación Suicida, en donde se obtuvieron puntuaciones elevadas de 6.7% y 19.7% respectivamente.

Otros estudios similares, como el de Amézquita, González y Zuluaga (2003) lograron establecer que la tasa de ideación suicida era del 41% en 625 estudiantes de diversas carreras, utilizando el Inventario de Depresión de Beck. Por su parte, Siabato y Salamanca (2015) encontraron una tasa de ideación suicida del 7.5% en una muestra de 186 estudiantes, este análisis se fundamentó en el Inventario de Ideación Suicida de Beck (Denis, et al., 2017). La investigación realizada por Bazán-López, Olórtegui-Malaver, Vargas-Murga y Huayanay-Falconí (2016) encontró que los motivos más recurrentes del deseo de morir que presentaban los participantes estaban relacionados con los problemas con los padres, los problemas con los estudios y los conflictos con su pareja o parientes, de igual forma, las variables psicosociales relacionadas fueron contar con estudio y con clubes.

Se realizó entonces una previa revisión en bases de datos como PsycInfo, Journal of Humanistic Psychology: SAGE Journals, EBSCOHost, Science Direct, Elsevier, Scielo, Academia y Redalyc a través de cinco (5) palabras claves: suicidio, depresión, nivel educativo, juventud y adultez joven, con el objetivo de profundizar la búsqueda sobre la depresión y conducta suicida en jóvenes de nivel educativo superior. Allí se encontró que aunque existen

estudios relacionados a la conducta suicida en diversos países como Argentina, Chile, India, Francia, México e inclusive unos cuantos en Colombia, gran parte de estos se han realizado de manera generalizada en los últimos grados de colegio y en los primeros años universitarios, sin embargo, se evidencia un vacío de conocimiento dado que se han excluido de la indagación los demás niveles que componen la escolarización, es decir, se han dejado de lado estudios que evalúen la problemática desde una visión progresiva de los niveles educativos, llegando así a pasar por alto las particularidades que pueden arrojar diferencias significativas a la hora de identificar los riesgo predominantes en una población determinada.

Teniendo en cuenta la información obtenida del problema a abordar, se ha identificado la necesidad de desarrollar un estudio que abarque el vacío de conocimiento que se presenta a la hora de abordar los diferentes niveles de educación superior, incluyendo el nivel posgradual donde se encuentran los niveles de especialización, maestría y doctorado. Esto lograría entonces sumar información en términos de salud mental específicamente para el grupo etario de juventud que podría ser útil a la hora de evaluar la toma de decisiones, la implementación y/o la creación de distintas estrategias de promoción y prevención, así como en los procesos de regulación o normatividad de salud mental.

Planteamiento del Problema

El suicidio es la fase final de un suceso de eventos que se encuentran enmarcados dentro del concepto conducta suicida, éste último es un conjunto de eventos complejos que afecta a las personas de cualquier edad o condición (Ministerio de Salud - Min Salud, 2018) y en él se presentan cuatro (4) fases: inicialmente la ideación suicida, luego la planeación del suicidio, posteriormente la búsqueda de recursos para consumar el suicidio y finalmente, el suicidio consumado (Denis, et al., 2017). Este último se define según la décima edición de la

Clasificación Internacional de Enfermedades - CIE-10 como “la muerte ocasionada por lesión auto infligida informada como intencional” (como se citó en Arenas, Gómez-Restrepo y Rondón, 2016).

Para Cardona, Medina-Pérez y Cardona (2016), el suicidio es un problema grave de salud pública a nivel mundial que afecta a todos los grupos poblacionales, sin distinguir lugar de residencia, edad o sexo, planteamiento que comparten con la Organización Mundial de la Salud – OMS (2021a) quienes afirman que el suicidio se ubica como una causa de mortalidad importante en el mundo cobrando cerca de 703.000 vidas al año y que pese al trabajo de prevención que se realiza en algunos países el número de quienes lo intentan es aún mayor, pues la dirección general en cabeza de Tedros Adhanom asegura que cada 40 segundos alguien se quita la vida por medio del suicidio (OMS, 2019).

Si bien este problema de salud no realiza distinciones, algunas investigaciones y estudios aseguran que existe una mayor prevalencia del suicidio en poblaciones que tienen ingresos medios y bajos, o que se enfrentan a situaciones de pobreza o pobreza extrema (Bantjes, Iemmi, Coast, Channer, Leone, McDaid, Palfreyman, Stephens y Lund, 2016) así como en poblaciones con mayores o menores niveles educativos (Marusic, Kan y Farmer, 2002). Según Cañón y Carmona (2018) esta problemática es más frecuente en mujeres que en hombres, en el caso de los adolescentes y jóvenes universitarios a nivel mundial el riesgo es mayor y se incrementa potencialmente con la presencia de síntomas de ansiedad y depresión así como con los diagnósticos de enfermedad mental, es decir, padecer de depresión, ansiedad, el consumo de alcohol y de sustancias psicoactivas aumenta el riesgo de conducta suicida.

Este último tiene un carácter multifactorial y se asocia también a las condiciones económicas, el rendimiento académico, las interacciones sociales y relacionales de los jóvenes

con su contexto (Cañón y Carmona, 2018). Esto nos permite afirmar que existen poblaciones más vulnerables frente a este fenómeno, y que esta vulnerabilidad puede derivar de condiciones económicas, sociales e incluso etarias que diferencian la forma en que se experimenta dicho problema de salud.

El tercer informe regional sobre la mortalidad por suicidio publicado por la Organización Panamericana de la Salud - OPS (2021) confirma el planteamiento anterior, al establecer que en la región de las Américas el suicidio se ubica como la segunda causa de muerte de jóvenes entre los 15 y los 29 años, además entre 2010 y 2014 se presentaron en promedio 81.746 muertes al año, causando un incremento en los años de vida perdidos (AVP), pasando de 6,9% en 1990 a 8,8% en 2014. Lo mismo sucede con los años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) en donde el suicidio se ubica como la quinta causa más importante en la región afectando principalmente a los jóvenes y las personas en edad laboral, es decir, el 60% de los casos se presenta en personas entre 15 y 50 años.

La región de las Américas sigue contribuyendo de forma relevante a la carga mundial de la enfermedad debido a que los procesos de prevención se desarrollan paulatinamente (OPS, 2021); y aunque varios países han incluido la prevención dentro de sus prioridades sanitarias son muy pocos los que cuentan con una estrategia específica de prevención desde un enfoque multisectorial de la salud pública y con intervenciones oportunas basadas en la evidencia.

Es por esto que la OMS (2021a) afirma que la prevención del suicidio no ha sido abordada adecuadamente en algunos países por falta de sensibilización sobre la importancia de esta problemática y por el tabú de algunas sociedades que impiden hablar de manera abierta sobre él. Dicho de otra manera, el suicidio es un problema grave de salud pública que a menudo es descuidado y estigmatizado aun cuando se puede prevenir.

Dicha prevención según Cardona et al (2016) debe partir desde una caracterización de la población, para eso, los autores caracterizaron el suicidio en Colombia entre el 2000 y el 2010 a partir de factores como el tiempo, el lugar y el tipo de personas, realizando una investigación cuantitativa descriptiva con datos registrados ante el DANE sobre los certificados de defunción de personas fallecidas por suicidio. Por medio de las proyecciones poblacionales de Colombia en las regiones de la Amazonia, la Andina, la Costa Atlántica, los Llanos Orientales y el Pacífico, lograron calcular medidas descriptivas y tasas de mortalidad.

En dicha investigación se registraron 24.882 suicidios, con un promedio de 6,2 personas por día; cifra que aumentaba los festivos a 8,0 personas, siendo 34,5 años la edad promedio (36,4 hombres y 27,7 mujeres) adicionalmente se registraron más decesos en los meses de enero, diciembre y los fines de semana. Los autores también aseguran que predomina el fallecimiento de hombres con un 78,1% en zonas rurales y en zonas urbanas con un 66% concluyendo un riesgo elevado en los varones con 3,7 veces el riesgo de las mujeres adultas jóvenes.

El Observatorio del Delito de San Juan de Pasto – Nariño (como se citó en Villalobos, 2009) asegura que el 70% de los casos de violencia autoinfligida sucede en personas entre los 15 y los 29 años de edad, situación que se mantiene para los casos de suicidio consumado, ya que el grupo etario en que se presentan los mayores porcentajes oscila entre los 20 y los 24 años, seguido por el de 15 a 19 años, evidenciando que esta problemática afecta de manera principal en la adolescencia y la adultez joven.

Según la investigación de Amézquita et al (como se citó en Villalobos, 2009) se halló en una muestra universitaria una prevalencia superior al 40% en ideación suicida entre los 15 y los 19 años, así mismo, el intento de suicidio aparece con mayor frecuencia en personas entre los 13 y los 30 años. La conducta suicida, es reportada con mayor porcentaje entre los jóvenes de

17 y 20 años, es decir, personas que suelen estar vinculadas al sistema educativo; la investigación afirma que la presencia de conducta suicida es más frecuente en las instituciones educativas públicas que en las privadas y se reporta en menor proporción en la educación secundaria que en el nivel universitario, dicho panorama se mantiene al hablar de ideación y planes suicidas, sin embargo, a la hora de hablar de intentos de suicidio los reportes en ambos niveles educativos se igualan.

Australia, en sus poblaciones agrícolas ha identificado tasas superiores de suicidio en comparación con las de las comunidades metropolitanas o rurales. Para evaluar el porqué de la situación Kennedy, Brumby, Versace y Brumby-Rendell (2018) realizaron una investigación desde los métodos mixtos en 536 personas rurales australianas con una experiencia de suicidio, los resultados informan niveles altos de estigma sobre la problemática y niveles aún más altos sobre el suicidio y la alfabetización, desde allí se logró evidenciar que los hombres han considerado más veces el suicidio que las mujeres.

Un panorama similar es planteado por Marusic, Kan y Farmer (2002) quienes aseguran que a través de su investigación sobre la relación entre el nivel de alfabetización y el Producto Interno Bruto - PIB se podían llegar a predecir las tasas de suicidio en treinta y tres (33) países europeos. Allí lograron concluir que los altos niveles de alfabetización representan un importante factor de riesgo ecológico para los suicidios consumados, esto debido a que entre mayor es el nivel de alfabetización y el nivel cultural, se podrá conocer de una mejor manera el contexto social en el que se vive, y en muchos de los casos, esos contextos sociales se encuentran empobrecidos. Halliburton (1998) asegura que Kerala, un Estado de la República de la India presenta una situación similar, pues allí existe una tasa alarmante de suicidio a pesar de que en dicho estado los niveles de alfabetización son muy altos y de paso, cuentan con un desarrollo

socioeconómico avanzado. Desde allí el autor plantea la importancia de investigar estos problemas más a fondo con el fin de lograr que los programas sociales puedan tener un mayor impacto en la comunidad.

Evans, Hawton y Rodham (como se citó en Silva et al, 2017) realizaron una revisión sistemática en la que analizaron los factores asociados con conducta suicida en jóvenes, allí encontraron asociaciones significativas con factores como la depresión y sus síntomas, la impulsividad y la exposición a acontecimientos vitales estresantes. Estos factores pueden ser clasificados de manera individual, familiar, social o institucional y evidencian bajo qué contextos podrían presentar este tipo de conductas (Corona, Hernández y García, 2016).

Para Gili, Castellví, Vives, de la Torre-Luque, Almenara, Blasco, Cebrià, Gabilondo, Pérez-Ara, Miranda-Mendizábal, Lagares, Parés-Badell, Piqueras, Rodríguez- Jiménez, Rodríguez-Marín, Soto-Sanz, Alonso y Roca (2019), el suicidio se considera la segunda causa de muerte entre los jóvenes y es por esto que proponen evaluar en esa población los factores de riesgo suicida, realizando estudios longitudinales basados en la población, los trastornos mentales y afectivos.

Realizaron una revisión sistemática en cinco fuentes y bases de datos internacionales hasta enero de 2017. desde allí desarrollaron un metaanálisis para cada uno de los resultados, bien sea intento de suicidio o muerte por suicidio con intervalos de confianza del 95% (IC del 95%), calculando los odds ratio (OR), los errores estándar y los coeficientes beta. Los resultados incluyeron 24 estudios con 25.354 participantes en edades entre 12 y 26 años. El mayor riesgo de intento de suicidio (OR = 3,56; IC del 95%: 2,24 a 5,67) o muerte por suicidio (OR = 10.83, IC del 95% = 4,69 a 25,00) se asoció con la presencia de cualquier trastorno mental, siendo significativos para los intentos de suicidio los trastornos afectivos (OR = 1.54; IC del 95% =

1.21–1.96). Llegando así a concluir que fuertes predictores del comportamiento suicida en los jóvenes son los trastornos mentales y la comorbilidad, mientras que la detección, su comorbilidad psiquiátrica y el tratamiento de los trastornos afectivos, serían una estrategia decisiva para la prevención del suicidio en esta población.

Rosales y Córdova (2011) aseguran además que existen dos líneas para la investigación de la conducta suicida correspondientes al estudio del factor cognitivo (ideación suicida) o del factor conductual (intento suicida y suicidio consumado). Partiendo de esto y teniendo en cuenta las fases anteriormente mencionadas es necesario aclarar que, para el desarrollo de esta investigación se tomará como referente el factor cognitivo, es decir, la etapa de ideación suicida, la cual se define como el paso anterior a la actuación, que puede no manifestarse o de hacerlo, se realizará a través de amenazas verbales o escritas que pueden llegar a estar presentes en jóvenes universitarios (Arenas, et al., 2016). Adicionalmente, se tomará la depresión como un factor importante asociado al grupo etario y a la educación puesto que este padecimiento psicológico según distintas investigaciones suele presentarse con regularidad en jóvenes escolarizados en carreras universitarias de pregrado y posgrado.

Adicionalmente, frente a los factores institucionales Baader, Rojas, Molina, Gotelli, Alamo, Fierro, Venezian y Dittus (2014) aseguran que pertenecer a un contexto educativo acarrea el aumento de factores de riesgo para presentar algún trastorno psiquiátrico; entre ellos se destacan la depresión, la ansiedad, el suicidio, los trastornos por abuso de sustancias y los trastornos de la conducta alimentaria. En este sentido, existen evidencias de prevalencia de cuadros depresivos entre estudiantes universitarios en comparación con la población general, al igual que un aumento en la tasa de intentos de suicidio y de suicidio consumado en jóvenes, en especial en la población masculina.

Sumado a lo anterior, Arrieta, Díaz y González (2014) aseguran que el factor académico es uno de los más relevantes a la hora de identificar problemas de salud mental y factores de riesgo en población escolarizada, esto sin duda conlleva un gran reto dentro de las instituciones universitarias, ya que se deben identificar e intervenir estas problemáticas con el fin de mejorar la calidad de vida de los estudiantes.

Siabato y Salamanca (2015), realizaron un estudio no experimental de tipo transeccional descriptivo, en el cual se buscaba identificar los factores asociados a la ideación suicida, con una muestra de 258 jóvenes universitarios entre los 18 y 24 años, pertenecientes al departamento de Boyacá, Colombia. Utilizaron el inventario de ideación suicida positiva y negativa (PANSI), la Escala de autoevaluación para la depresión Zung (SDS), la Escala de eventos vitales estresantes (EEVA) y una ficha sociodemográfica. Los resultados arrojaron que el 31% de la población presentó ideación suicida, encontrando a partir de las pruebas U de Mann-Whitney y Kruskal Wallis, que el estado civil unión libre, eventos vitales estresantes, la dependencia emocional, impulsividad y depresión, son factores relacionados con la ideación suicida en jóvenes universitarios.

Una investigación realizada por Cañón et al (2011) en estudiantes universitarios de Manizales, Colombia encontró un 13,5% de riesgo suicida a partir del cuestionario de Plutchik y un 16,7% de riesgo entre moderado y alto según la escala de Beck, resultados similares encontraron Valencia, Pareja y Arenas (2014) en la ciudad de Medellín, donde el riesgo de suicidio en la población fue de 10,3%, adicionalmente se realizó un análisis del perfil de orientación de suicidio en los adolescentes escolarizados, allí se encontró una prevalencia de 11,3% y un nivel de riesgo alto y moderado para el 50,3% de los adolescentes escolarizados.

Del mismo modo, se encontró un estudio cualitativo, exploratorio, descriptivo y retrospectivo en cinco universidades de Bogotá, Colombia, con el fin de conocer la magnitud, las principales características, los significados y el impacto del suicidio en estudiantes universitarios. Para dicho fin, se realizaron 66 entrevistas semiestructuradas a personal institucional, en donde se identificaron 45 casos de suicidio consumado en el periodo 2004-2014. El 69% de los casos fueron hombres y el 31% mujeres. El rango de edad estuvo entre 17 y 27 años; las formas más frecuentes de cometer el suicidio fueron el ahorcamiento y el envenenamiento, seguidos del lanzamiento al vacío, el uso de armas de fuego y el consumo de sustancias psicoactivas. El 52% de los casos eligió el lugar de residencia para cometer el hecho y el 16% eligió el campus universitario, se debe resaltar que el 44% pertenecía a ciencias sociales y humanas y el 22% a ingenierías (Franco, Gutiérrez, Sarmiento, Cuspoca, Tatis, Castillejo, Barrios, Ballesteros, Zamora y Rodríguez, 2017).

A partir de las investigaciones mencionadas anteriormente, los autores han llegado a la conclusión de considerar los procesos académicos como un factor de riesgo para la conducta suicida debido a los desafíos que supone adaptarse a este entorno, además de la presión del rendimiento académico y las relaciones interpersonales con personas nuevas. Desde allí se debe hacer hincapié en que la vida universitaria en cualquiera de sus niveles pone a prueba las herramientas a nivel físico y mental que cada persona tiene a su disposición al momento de enfrentarse a ella. Ahora bien, si los estudiantes padecen una enfermedad mental al momento de hacer frente a los desafíos anteriormente mencionados tienen un mayor riesgo de presentar una conducta suicida y un declive en los otros aspectos de la vida, por tanto, se recalca la importancia de cuestionar y evaluar las dinámicas de prevención y promoción de la salud mental que manejan

las universidades con el fin de disminuir el riesgo que puede presentarse al enfrentar los desafíos de la vida universitaria.

Estos riesgos universitarios fueron analizados en una investigación realizada en Brasil, allí se buscó indagar los factores asociados a la ideación suicida utilizando una muestra representativa de 637 estudiantes de la Universidad Federal de Mato Grosso, con un método transversal analítico evaluaron variables como la ideación suicida, la información demográfica y socioeconómica, y desde allí realizaron un análisis a través de Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test; y el Inventario de Depresión Mayor. Llevaron a cabo entonces un análisis bivariado con el test de Chi-cuadrado y un análisis múltiple con el modelo de regresión de Poisson. Los resultados de esta investigación arrojaron factores asociados a la ideación suicida como la orientación sexual y los intentos de suicidio en la familia, sin embargo los autores destacaron la presencia de síntomas depresivos relacionados con la escolarización, frente a lo cual plantearon la formulación de políticas académicas y acciones de prevención para enfrentar esa situación en el campus universitario (Reschetti, Martínez, Nunes y Cabral, 2017).

Un estudio similar fue realizado en 2019 por la universidad Pública Federal en el Centro - Oeste de Brasil, con el objetivo de analizar los factores asociados al riesgo de suicidio en estudiantes de posgrado, para esto se tomó una muestra de 565 estudiantes dentro de un grupo etario de 20 a 59 años de ellos el 65,84% pertenecía a maestrías y el 34,16% a doctorados. A través de un estudio analítico transversal utilizando instrumentos como Mini International Neuropsychiatric Interview, Cut down, Annoyed by criticism, Guilty e Eye-opener, escala de Depresión, Ansiedad y Estrés y el Índice de Validez de Contenido (diseñado por la investigadora y validado por especialistas de posgrado y suicidiología). Como resultado encontraron que tienen mayor riesgo de suicidio las personas mayores a treinta años con una prevalencia estimada

del 40,18%, asociado significativamente a variables como falta de fe, síntomas de depresión y ansiedad, el consumo de psicofármacos, no tener una investigación académica que fuera de importancia o inspiradora, no tener buena relación con los compañeros, problemas a nivel familiar a causa de las demandas de cursar un posgrado y dificultades financieras. (Neves, Reschetti, Martínez, Kogien, Duarte & Santos, 2021).

Dicho de otra manera, los estudios posgraduales pueden representar un factor de riesgo para el estudiante al acaparar la mayor parte de su tiempo con el fin de cumplir con los compromisos adquiridos y las expectativas propuestas sobre su desempeño y trabajo durante el curso, llevándolo a descuidar otras áreas de su vida; ésta es una conclusión que se ha reiterado en las distintas investigaciones expuestas anteriormente, debido a que los estudios posgraduales se cursan a mayor edad, con una mayor carga académica, con menos tiempo para poder desarrollarlos adecuadamente y con otras responsabilidades a cargo.

Teniendo en cuenta que las variables a tratar son la conducta suicida desde su constructo cognitivo (ideación), los síntomas depresivos y los niveles de educación propuestos en Colombia, se puede afirmar que éste es un tema que le compete tratar a la salud pública pues se enfrenta a un panorama donde la frecuencia de este suceso es cada vez mayor y la pérdida de años de vida se encuentra en aumento, es decir, los efectos que la conducta suicida y la depresión tienen sobre la salud de la población son duraderos y generan consecuencias graves y devastadoras en los indicadores de condiciones de vida, bienestar y desarrollo a nivel individual, social y comunitario. Esta problemática podría ser intervenida con acciones de promoción de la salud mental y prevención de los problemas y trastornos mentales en la población joven, la cual según la caracterización del problema es el grupo etario más afectado.

Con base en lo anterior y a la revisión teórica realizada hasta el momento, se considera relevante responder a la pregunta investigativa ¿Cuál es la relación entre el riesgo de conducta suicida y el riesgo de síntomas depresivos en diferentes niveles de educación superior de la población joven de la facultad de medicina de la Universidad Nacional de Colombia?

Objetivos

Objetivo General

Analizar la relación entre el riesgo de conducta suicida y el riesgo de síntomas depresivos en diferentes niveles de educación superior en la población joven de la facultad de medicina de la Universidad Nacional de Colombia.

Objetivos Específicos

- Caracterizar los procesos educativos de los jóvenes universitarios.
- Medir el riesgo de conducta suicida de los jóvenes universitarios.
- Comparar el nivel de riesgo de conducta suicida y el riesgo de síntomas depresivos de acuerdo al nivel educativo de los jóvenes universitarios.

Hipótesis

Se establece como hipótesis de trabajo la existencia de una dependencia entre el nivel educativo y la presencia de riesgo de conducta suicida y síntomas depresivos en estudiantes jóvenes de educación superior de la facultad de medicina de la Universidad Nacional de Colombia. Como hipótesis alternativa se establece que existe una correlación directa y positiva entre el riesgo de conducta suicida y los síntomas depresivos en los diferentes niveles de educación superior de la población joven de la facultad de medicina de la Universidad Nacional de Colombia. Por último, la hipótesis nula se establecería en que no existe dependencia entre el nivel educativo, el riesgo de

conducta suicida y los síntomas depresivos en jóvenes universitarios de la facultad de medicina de la Universidad Nacional de Colombia.

Marco Teórico

Este marco teórico presenta un abordaje de cada una de las categorías que conforman el problema a estudiar, inicialmente se desglosa la categoría de conducta suicida, seguida por depresión, nivel educativo y juventud, para finalmente proceder a exponer distintas investigaciones que han reunido las categorías descritas previamente.

Conducta Suicida

Desde una mirada etimológica el suicidio puede ser explicado desde dos lenguas, el latín donde la acción de quitarse la vida se expresa a través de la palabras suicidium (sui: sí mismo y cidium: matar) la cual enfatiza el concepto en la idea de matar, y desde el griego donde expresaban la muerte elegida por uno mismo como autokeiria (autos: sí mismo y keiros: mano) lo que significa muerte ejecutada por mano propia enfatizando en la intención o el acto deliberado de quitarse la vida (Barrionuevo, 2009).

Los antecedentes de esta problemática se remontan según Nizama (2011) a la existencia de la humanidad y aunque las características varían dependiendo el contexto cultural, económico y comunitario, todas las sociedades han conocido la incidencia de este fenómeno. Si bien esta problemática en la antigüedad era una práctica aceptada e incluso considerada adecuada para evadir el malestar, en la actualidad el suicidio sigue siendo una problemática de salud pública mundial.

La Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades 10.^a edición - CIE-10 (como se citó en Arenas, Gómez-Restrepo y Rondón, 2016) define el suicidio como un acto de violencia que trae consecuencias graves en varias dimensiones a corto y a largo plazo, de una forma similar

lo define el Ministerio de Salud (2018) el cual asegura que el suicidio consumado es la fase final de un proceso de eventos complejos enmarcados dentro de lo que se conoce como conducta suicida que afecta a las personas de cualquier edad o condición, dicha conducta se desarrolla en cuatro fases, inicialmente la ideación suicida, luego la planeación del suicidio, la búsqueda de recursos para consumar el suicidio y finalmente, el suicidio consumado (Denis, et al., 2017).

La ideación suicida ha sido definida como la idea de autodestrucción y el suicidio como una solución ideal para resolver los problemas que enfrenta la persona. En la primera categoría no existe el daño físico, únicamente surgen pensamientos e ideas de generar su muerte, muchas veces están asociadas a fantasías que ocurren en la mente del individuo; es decir, tiene en consideración la muerte como una finalidad, pero lejana de llevarse a cabo, por lo que no hay un plan del acto en sí mismo (Rocamora, 2012).

De allí se deriva la planeación del suicidio el cual consiste en plantearse métodos e insumos a usar, los lugares en los cuales es posible llevar a cabo el suicidio y la elaboración de notas o mensajes de despedida. (Minsalud, 2018). Lo anterior es un indicador de que la persona está atravesando un evento que cree no poder resolver y desde allí su único panorama a considerar es el suicidio.

La amenaza suicida se da según Pérez (2001) a través de verbalizaciones o afirmaciones del deseo de querer morir, se suelen expresar para obtener ayuda por parte de la red de apoyo o de las personas con quienes han establecido un vínculo afectivo muy estrecho. Desde allí, Delgado, Insuasty y Villalobos (2004) aseguran que se pueden presentar conductas que llevan al deterioro de la salud física y mental como los cambios en el patrón del sueño y alimentación, la distancia de las interacciones sociales, el aumento de consumo de sustancias psicoactivas y de alcohol, la

pérdida del autocuidado, la dificultad para sentir placer, entre otros (Sisto, 1991; Muñoz, 2002; American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2004).

Por su parte, el intento de suicidio reúne aquellas conductas que provocan lesiones autoinfligidas realizadas con la intención de morir de manera voluntaria (Guibert y Torres, 2001; Gómez, Rodríguez, Bohórquez, Diazgranados, Ospina y Fernández, 2002), que en últimas resulta ser la solución al malestar que les aqueja a las personas (Fernández, 2000; Burbano, Pabón y Villalobos, 2003 como se citó en Delgado et al., 2004) sin embargo, en algunas ocasiones las personas no logran su objetivo, sea porque las acciones fueron insuficientes o por la intervención de un tercero.

Frente a lo anterior algunos autores como De Wilde, Kienhorst & Diekstra, 1993 (como se citó en Molina, Gutiérrez y Oviedo, 2011) abordan los fenómenos suicidas como intentos manipulativos de provocar la muerte propia que resultan no fatales, estos intentos suelen ser denominados como “parasuicidio” y según Castañeda, 2003 (como se citó en Fraijo Sing, Cuamba, Corral, Tapia, Montiel, 2012) derivan en lesiones potencialmente riesgosas para la vida que se caracterizan principalmente por usar el hecho de intentar morir para obtener ayuda, castigar a alguien, recibir atención, entre otros (O’Carroll, Bernan, Maris, Moscicki, Tanney & Silverman, 1996).

El último escalón de la conducta suicida se denomina suicidio consumado y hace referencia a la muerte de una persona por medio de un método o lesión autoinfligida e intencional (Diekstra & Garnerski, 1995) esta acción de quitarse la vida suele ser la forma de evitar el dolor o de resolver problemas que el individuo considera vitales (Delgado, et al., 2004 como se citó en Villalobos, 2007).

La conducta suicida es una de las cinco (5) primeras causas de muerte en personas entre los 15 y 19 años (MinSalud, como se citó en Micin y Bagladi, 2011) y se estima que un 30% del total de las conductas suicidas ocurren en estudiantes universitarios (Arias, 2004, citado en Tortolero y Calzolaio, 2011). Esta conducta se ve incentivada especialmente en su primera etapa por factores de riesgo, los cuales son definidos por Alfaro, Rigioni y Vega (como se citó en Castaño, Cañón, Betancur, Castellanos, Guerrero, Gallego y Llanos, 2015) como aquellas característica que pueden aumentar la posibilidad de desarrollar un padecimiento que comprometa el bienestar, la salud o la adaptación social de un individuo. Bajo esta premisa, Hernández y Villarreal (2015) afirman que la conducta suicida, no es algo que se pueda heredar, pero aseguran que existe una predisposición genética a sufrir algunas enfermedades mentales como la depresión que pueden desembocar en un alto riesgo suicida, por lo cual es importante indagar dichos antecedentes familiares.

De igual forma, los autores plantean una clasificación del riesgo donde se evalúa la gravedad del intento suicida a través de las características de la ideación. Dicha clasificación plantea los siguientes niveles:

- Leve: cuando hay ideación suicida pero los planes para hacerse daño no son concretos.
- Moderado: existen planes con ideación suicida, posibles antecedentes de intentos previos y factores de riesgo adicionales.
- Grave: idea concreta de hacerse daño; tiene antecedente de un intento suicida previo; existen más de 2 factores de riesgo, pero sin un plan suicida claro. Expresa desesperanza, rechaza el apoyo social y no rectifica su idea suicida.
- Extremo: presenta varios intentos suicidas

Dentro del espectro de la conducta suicida los investigadores han determinado que los eventos estresantes, la evaluación cognitiva y el afrontamiento son relevantes para comprender el recorrido que atraviesa la persona que contempla el suicidio. Los eventos estresantes hacen referencia a las situaciones que tienen una carga importante de estrés, éstos se clasifican en estresores vitales, crónicos, agudos y cotidianos. Los primeros hacen referencia a los estresores que se presentan a lo largo de la vida como parte del ciclo vital que la persona esté afrontando, los segundos son aquellos que perduran en el tiempo y que tienen una probabilidad muy baja de desaparecer, los terceros hacen referencia a los eventos de alto impacto psicológico de durabilidad corta y los cuartos evidencian los estresores presentes en el día a día que son de baja intensidad (Villalobos, 2007).

Los estresores anteriormente mencionados tienden a presentar un aumento previo a la aparición de la conducta suicida, específicamente los estresores vitales, autores como Polaino, (1996) y Benavides, Villota y Villalobos, (2019) afirman que los estresores más frecuentes que pueden precipitar la conducta suicida son los conflictos amorosos, los problemas familiares, la enfermedad mental, los problemas escolares y el desarrollo de algún trastorno por el consumo de sustancia psicoactivas y/o embarazos no deseados.

Otro factor relevante, radica en la evaluación cognitiva que el individuo realiza frente a su vivencia, es decir, el significado que le asigna a cada uno de los eventos que enfrenta en su entorno cotidiano, específicamente, para el caso de la conducta suicida esta evaluación cognitiva suele valorar la mayoría de los eventos que se afrontan como estresantes, causando que las personas se concentren solo en aprender a identificar dichos estresores más no en encontrar una solución que les permita planificar resultados efectivos que terminen con ellos. (Snyder, 1989 como se citó en Villalobos, 2007)

A partir de lo anterior, se ha podido establecer dos tipos de evaluaciones cognitivas, inicialmente podemos hablar de la evaluación cognitiva primaria la cual se encuentra relacionada con los estresores vitales mediante los cuales se experimentan pérdidas de cualquier tipo; en esta evaluación la persona clasifica las vivencias como impactantes a nivel emocional y por ende le es imposible reemplazar lo que ha perdido, este tipo de evaluación primaria también es posible realizarla con antelación, es decir, la persona prevé una pérdida significativa a nivel emocional que puede representar una amenaza a su proyecto de vida futuro (Villalobos, 2007).

Por su parte, la evaluación cognitiva secundaria está integrada por el autoestima, el autoconcepto y la autoeficacia, desde allí se realiza un análisis a la vida y los recursos con los que el individuo actúa y se desenvuelve. Es por esto que cuando el individuo presenta una baja percepción en estos tres aspectos abre la puerta a una evaluación negativa constante de su accionar, de su propia vida y de los recursos que posee para enfrentar eventos de alta complejidad. (Villalobos, 2007)

Todo lo anterior nos permite establecer que las respuestas que provienen de los individuos después de hacer una evaluación cognitiva de la situación a la que se enfrentan, son respuestas que no se encuentran orientadas a solucionar de manera definitiva o adecuada el problema, por el contrario, estas respuestas pueden generar aún más estresores en el evento que está experimentando e incrementar el malestar psicológico y físico que ya existente (Piquet & Wagner, 2003) llegando a afectar la percepción que se tiene de sí mismo para afrontar las situaciones complejas que puedan presentarse, por lo que el individuo estará orientado a dar soluciones a situaciones irresolubles o en terminar con las emociones negativas que lo acompañan, lo que lo lleva a considerar el suicidio como una solución a esa imposibilidad percibida de vivir. (Folkman, Chesney, Mckusick, Ironson, Johnson y Coates, 1991)

Autores como Gibb, Alloy, Abramson, Rose, Withehouse y Hogan (2001) sugirieron la teoría de la desesperanza, la cual establece un estilo cognitivo negativo como característica principal, dicho de otro modo, la teoría de la desesperanza es “una tendencia a hacer inferencias negativas de las causas, consecuencias y auto implicaciones de situaciones con estresores vitales que contribuyen al desarrollo de la desesperanza, síntomas depresivos y conductas suicidas.”

Sumado a todo lo anterior, existen algunos factores sociodemográficos que pueden tener ciertas repercusiones sobre la presencia de la conducta suicida, tal es el caso de los grupos etarios de adolescencia y juventud o adultez joven; estas etapas del desarrollo se encuentran compuestas por personas entre los 15 y los 29 años, edades en las que según distintas investigaciones a nivel mundial existe una mayor prevalencia frente al suicidio (Benavides, et al., 2019), llegando a posicionarse como la segunda causa de muerte en personas de dicho rango (Castañeda, 2003 como se citó en Fraijo Sing, Cuamba, Corral, Tapia, Montiel, 2012). Un panorama similar al planteado por Gómez, et al. (2002) quienes afirman que la adolescencia o pubertad es la etapa del desarrollo donde se presenta con mayor frecuencia los intentos de suicidio en personas entre los 17 y los 24 años.

El Informe Regional de Mortalidad por Suicidio en las Américas de la OMS y la OPS, (2014) nos revela otro factor a tener en cuenta, allí realizan una mirada diferencia entre hombres y mujeres con la que se ha podido constatar que el género también es un factor a tener en cuenta, en América Latina y el Caribe la tasa de suicidio es de 8,4 por cada 100.000 hombres, un panorama superior al presentado por las mujeres con 2,1 por cada 100.000; en la misma línea Barroso, (2019) afirma que los hombres siguen teniendo tasas de suicidio más elevadas que las mujeres.

La OPS, (2016) asegura además, que la tasa de suicidio en hombres representaba el 79% de los casos a nivel mundial, en contraste a esta problemática, algunos estudios han reflejado que por cada suicidio consumado ocurren entre 10 y 20 intentos de suicidio (OMS, 2013), siendo las mujeres las más afectadas en este caso. Una de las razones que explican este escenario surge en los métodos utilizados, ya que los hombres emplean métodos más violentos y letales como la asfixia, el envenenamiento o las armas de fuego (OMS y OPS, 2014).

El estado civil es otro factor sociodemográfico que puede incidir en la conducta suicida, en este factor encontramos a las personas solteras, separadas, divorciadas o en viudez que viven solas, este panorama permite que exista una condición de riesgo más alta a la hora de hablar sobre consumir el suicidio debido a la falta de compañía y en ocasiones a la desesperanza que se desliga de la ausencia, en términos estadísticos, esta condición se presenta con mayor prevalencia en hombres mayores de 30 años y en el caso de las mujeres suele presentarse con mayor prevalencia durante la adolescencia. (Lara, 2000 como se citó en Delgado et al., 2004)

La escolaridad puede llegar a ser considerada como factor de riesgo, algunas investigaciones han planteado dos hipótesis al respecto, la primera según Arlaes, Hernández, Álvarez y Cañizares, (1998) establece que un menor nivel educativo tiene una relación causal con la presencia de conductas suicidas, sin embargo, Arranz (como se citó en Delgado et al., 2004) afirma que las personas que alcanzan un mayor nivel educativo tienen un riesgo mayor de consumir el suicidio, causando una disminución en la ocurrencia de los intentos suicidas. Ésta última hipótesis se ha evidenciado en diferentes investigaciones realizadas con estudiantes de pregrado y posgrado donde se ha demostrado que síntomas como el estrés, la angustia, la ansiedad y el malestar físico pueden desatarse por la gran demanda de esfuerzo académico sumado al

esfuerzo de las otras esferas que componen la vida, llegando a desencadenar la conducta suicida como solución al malestar que la persona presenta. (Neves, et al., 2021)

Sumado a los factores de riesgo, existen algunas variables representativas que al deteriorarse pueden dar paso al desarrollo de la conducta suicida, una de ellas es la interacción social, a la hora de relacionarnos las personas contamos con algunos estándares para establecer vínculos, sentimientos y pertenencias a grupos, pero en algunos casos esas relaciones interpersonales pueden tener una evaluación negativa, es decir, la persona siente descontento con las relaciones que mantiene, tiene sentimientos de rechazo para establecer vínculos, no hace parte de un grupo social significativo, tiene sensación de soledad o de aislamiento. Esta evaluación negativa de la interacción social puede ser predictora de la conducta suicida (Polaino, 1996; Lieberman, Solomon y Ginzburg, 2005 y Delgado et al., 2004 como se citaron en Villalobos, 2007).

Otra variable que tiene una gran incidencia es la presencia de alguna enfermedad mental o psicopatología, autores como Bertolote y Fleischmann (2002) destacan que existe una relación estrecha entre el suicidio y las enfermedades mentales, sus investigaciones han demostrado que estas últimas se encuentran presentes en más del 90% de los casos de suicidio, ya sea un trastorno del estado del ánimo principalmente el trastorno depresivo, trastorno de ansiedad, trastorno por consumo de sustancias psicoactivas, conducta disruptiva, trastorno límite de la personalidad, esquizofrenia, entre otros, esto se debe a que padecer una enfermedad mental representa en el individuo un mayor riesgo de conducta suicida. (Hussain, Guppy, Robertson y Temple, 2013 y Delgado et al., 2004).

Adicionalmente, los hábitos que cada persona mantiene en su día a día pueden llegar a afectar la salud y/o incrementar las enfermedades preexistentes. Dichos hábitos nocivos pueden

estar relacionados al consumo de alcohol y sustancias psicoactivas, las conductas autolesivas y abandono de las actividades de autocuidado. Distintos estudios epidemiológicos han encontrado una fuerte asociación entre la conducta suicida y los hábitos anteriormente mencionados, específicamente estos estudios han encontrado que en el 75% de los casos de suicidio hay presencia previa de enfermedad física o mental. (Polaino, 1996; O'Carroll y et al., 1996 y Delgado et. al 2004 como se citó en Villalobos, 2007).

Las interacciones sociales y los hábitos que enmarcan el cuidado físico y mental de los individuos se ven directamente relacionados a los rasgos de personalidad, estas son las distintas características propias de la persona que le permiten desenvolverse dentro de la sociedad. Sin embargo, existen investigaciones que han asociado estas características con factores de riesgo en relación a la conducta suicida, especialmente en la adolescencia debido a que esta población suele ser más retraída, aislada y con una visión negativa sobre el futuro, realizando una evaluación cognitiva negativa de los eventos estresantes que enfrentan, específicamente los que ponen a prueba los aspectos físicos y psicológicos que tienen a disposición para resolver dicha situación (Buendía, Riquelme y Ruiz, 2004 como se citó en Villalobos, 2007).

Aquí es importante aclarar que los aspectos psicológicos, son entendidos como las circunstancias variables relacionadas a los procesos evolutivos, fisiológicos y constitucionales de cada individuo (Morón, 1992; Sarro y De la Cruz, 1998 y Delgado et al., 2004 como se citó en Villalobos, 2007). Finalmente, algunos estudios han demostrado que las personas perfeccionistas y con rigidez mental tienen una alta relación con la conducta suicida, es decir, la incapacidad de adaptarse a las variaciones de la vida puede develar parte de la causalidad de la aparición de la conducta suicida (Dean, Range & Goggin, 1996 como se citó en Villalobos, 2007).

Depresión

El contexto histórico de la depresión puede remontarse al siglo IV a.C a través de la teoría de los cuatro humores planteada por Hipócrates, la cual se basa en el supuesto de que el cuerpo humano se encontraba formado por cuatro sustancias principales que debían estar en equilibrio para que el organismo contara con buena salud, en los casos donde se presentaban desequilibrios se alteraba la conducta, el pensamiento y los sentimientos de las personas. A partir de esto se establecieron cuatro tipos de temperamentos entre los que encontramos el melancólico, haciendo referencia a la presencia de una gran cantidad de bilis negra asociada a la tristeza. (Barbabosa, 2023)

Esa teoría se mantuvo estable hasta el siglo XIX cuando algunos psiquiatras como Rush y Esquirol brindaron una clasificación científica lejos de la que se usaba en la época provenientes de la literatura y la poesía (Berrios, como se citó en García, 2017), pero fue hasta el siglo XX cuando se lograron numerosos e importantes cambios en términos de conceptualización y tratamiento de la depresión con la creación de los primeros manuales estadísticos y las guías diagnósticas; específicamente, el diagnóstico de “trastorno depresivo mayor” se acuñó en 1980 en la tercera versión del DSM y desde entonces es un concepto científico que a pesar de las actualizaciones permanece vigente en los espacios psicológicos y psiquiátricos puesto que la depresión es una de las mayores problemáticas de la salud a nivel mundial.

Es por esto que la OMS (2023) establece la depresión como un trastorno mental común que implica la pérdida del interés y la experimentación de placer en las actividades durante largos periodos de tiempo. Ésta puede afectar todos los ámbitos de la vida, incluyendo las relaciones interpersonales y sociales y es común que pueda ser causado por problemas escolares o laborales.

Por su parte la OPS (s.f) define la depresión como una enfermedad común grave que interfiere en la vida diaria y en la capacidad de las personas para realizar actividades básicas como dormir, estudiar, comer, trabajar y hasta disfrutar la vida, siendo esta una enfermedad multifactorial donde se reúne la genética, la biología, el ambiente y la mente.

La CIE 10 clasifica la depresión como un trastorno afectivo o de humor que puede presentarse en forma de episodios depresivos de intensidad leve, moderada, grave, grave con o sin síntomas psicóticos hasta en trastorno depresivo recurrente. En la misma línea, el DSM V ubica la depresión dentro de los “trastornos del estado de ánimo” y allí encontramos “trastornos depresivos” y “trastorno bipolar y trastornos relacionados” definiéndola como un trastorno frecuente que se caracteriza por un estado de ánimo deprimido y la pérdida casi completa del interés y el placer de las actividades que anteriormente se disfrutaban, con manifestaciones somáticas y cognitivas que dificultan el quehacer diario de las personas (como se citó en Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2018).

Los síntomas de esta enfermedad varían dependiendo el manual de diagnóstico utilizado, para la CIE 10 los síntomas son ánimo depresivo, pérdida de interés o de capacidad de gozo y aumento de la fatigabilidad. Por su parte, el DSM – 5 establece los siguientes síntomas:

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día.
2. Disminución importante del interés o placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día.
3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso o disminución o aumento del apetito.
4. Insomnio o hipersomnía.
5. Agitación o enlentecimiento psicomotor.

6. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva e inapropiada.
7. Disminución de la capacidad de pensar o concentrarse, o para tomar decisiones.
8. Pensamientos de muerte recurrentes, ideas suicidas recurrentes sin plan determinado, intento de suicidio o un plan específico de llevarlo a cabo.

En ambos casos, la característica primordial para el diagnóstico es el periodo de al menos dos (2) semanas consecutivas en donde la persona manifiesta malestar clínicamente significativo, sin embargo, para la CIE 10 deben estar presentes dos de los tres síntomas establecidos y para el DSM V deben presentarse como mínimo 5 de los síntomas, de los cuales al menos uno debe ser estado de ánimo depresivo o disminución del interés y el placer por todas o casi todas las actividades, evidenciando en ambos casos el deterioro social, laboral y de cualquier otra área de funcionamiento (como se citó en Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2018).

Al ser la depresión un trastorno mental común, la OMS (2023) estima que en el mundo al menos 280 millones de personas lo sufren, siendo las mujeres un 50% más propensas a padecerla y a pesar de que existen tratamientos eficaces más del 75% de las personas afectadas no reciben tratamiento alguno, causando que la depresión sigue cobrando vidas por medio del suicidio, específicamente en el grupo etario entre 15 y 29 años.

En consecuencia, el National Institute of Mental Health (2021) asegura que los jóvenes que padecen depresión tienen mayor probabilidad de experimentar irritabilidad, aumento de peso, hipersomnias y una perspectiva negativa sobre el futuro y la vida causando que se presenten otros trastornos como fobia social, pánico y consumo de sustancias psicoactivas.

Algunas investigaciones han analizado la depresión en torno a la educación, tal es el caso de Goenaga y Molina (2019) quienes evaluaron la relación entre la depresión y la ideación suicida en un colegio de Santa Marta, Colombia. Allí lograron establecer que a mayor nivel de depresión

mayor será el riesgo que tienen los estudiantes frente a la conducta suicida, esto se debe a que las personas con diagnósticos de depresión suelen presentar una visión negativa de sí mismo y de sus capacidades para enfrentarse al entorno escolar y al futuro.

Un planteamiento similar al que plantean Uribe, Zacarías y Silva (2021) quienes afirman que los sentimientos de desesperanza y soledad, así como la depresión están estrechamente vinculados a los factores contextuales, familiares, sociales y académicos que se identificaron en casos de jóvenes con ideación suicida. La depresión es entonces un factor asociado a la ideación suicida y a los procesos educativos tal y como lo asegura Pucutay (2018) siendo los estudiantes del área médica quienes más criterios de ideación reunieron.

Nivel Educativo

La educación según León (2007) es un proceso humano y cultural complejo que presupone una visión del mundo y de la vida por medio del conocimiento y de las distintas formas de pensamiento, también es la forma en la que se concibe el futuro junto a la satisfacción de las necesidades humanas, entre ellas la supervivencia, seguridad, pertenencia y producción encaminado al desarrollo integral y el progreso de las personas y la comunidad.

Un planteamiento similar al propuesto por Navarro y Moctezuma (2012) en donde aseguran que la educación es uno de los factores más influyentes en el avance de las sociedades debido a que además de promover el conocimiento, la educación enriquece los procesos culturales, los valores y en general casi todas las características de los seres humanos, permitiendo que se alcancen mejores niveles de bienestar social y por ende de crecimiento económico. Los autores además aseguran que la educación facilita el acceso a mejores empleos, nivela las desigualdades económicas y sociales, amplía las oportunidades de los jóvenes,

fortalece el Estado de derecho y el avance democrático e impulsa la ciencia, la tecnología y la innovación.

Por su parte el Banco Mundial (2022) asegura que la educación funciona como un motor para el desarrollo, pues se convierte en un instrumento para lograr la igualdad de género, mejorar la salud, alcanzar la paz y la estabilidad; adicionalmente, cuando las personas pueden acceder a educación de calidad logran en la gran mayoría de los casos escapar del círculo de pobreza, es por esto que para la Organización de las Naciones Unidas - ONU (2016) la educación es el cuarto de los diecisiete Objetivos de Desarrollo Sostenible y la base para alcanzar muchos de ellos.

Ese cuarto objetivo busca “garantizar educación inclusiva, equitativa y de calidad y promover oportunidades de aprendizaje durante toda la vida para todos” (ONU, 2018) creando una oportunidad histórica para América Latina y el Caribe debido a que por años ésta ha sido la región más desigual del mundo y por ende presenta rezagos en muchos aspectos del desarrollo, entre ellos la calidad de los servicios educativos y de salud, estas brechas han ocasionado que no se cumpla de manera adecuada con la garantía de la educación como derecho humano fundamental que respalda la participación plena en sociedad de niños y adultos (Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura - UNESCO, 2022).

Dicho derecho fundamental está indisolublemente ligado a la Declaración Universal de los Derechos Humanos (ONU, 1948) la cual en su artículo 26 establece que toda persona tiene derecho a la educación, que al menos los grados fundamentales deben ser gratuitos y obligatorios y que la formación profesional debe ser generalizada. Así mismo, plantea como objeto de este derecho “el pleno desarrollo de la personalidad humana y el fortalecimiento del respeto a los derechos humanos y las libertades fundamentales” destacando además que al garantizar este

derecho se logra favorecer la tolerancia y promover el mantenimiento de la paz en las distintas naciones.

En el caso colombiano, el sistema educativo se fundamenta a través de los principios recopilados en la Constitución Política de 1991, la Ley 115 de 1994 y la Ley 30 de 1992. Desde allí se precisan las directrices que regulan la educación en el territorio nacional. Específicamente la Constitución Política explicita:

La educación es un derecho de la persona; un servicio público que tiene una función social; con ella se busca el acceso al conocimiento, a la ciencia, a la técnica, y a los demás bienes y valores de la cultura.

La educación formará al colombiano en el respeto a los derechos humanos, a la paz y a la democracia; y en la práctica del trabajo y la recreación, para el mejoramiento cultural, científico, tecnológico y para la protección del ambiente. El Estado, la sociedad y la familia son responsables de la educación, que será obligatoria entre los cinco y los quince años de edad y que comprenderá como mínimo, un año de preescolar y nueve de educación básica.

La educación será gratuita en las instituciones del Estado, sin perjuicio del cobro de derechos académicos a quienes puedan sufragarlos. Corresponde al Estado regular y ejercer la suprema inspección y vigilancia de la educación con el fin de velar por su calidad, por el cumplimiento de sus fines y por la mejor formación moral, intelectual y física de los educandos; garantizar el adecuado cubrimiento del servicio y asegurar a los menores las condiciones necesarias para su acceso y permanencia en el sistema educativo. (Artículo 67)

La Ley 115 de 1994 “por la cual se expide la ley general de educación” define en el artículo primero la educación como un proceso de formación permanente, personal, social y cultural fundamentado en la concepción integral de la persona con derechos, deberes y dignidad, establece además, la definición de educación formal, entendida como “aquella que se imparte en establecimientos educativos aprobados, en una secuencia regular de ciclos lectivos, con sujeción a pautas curriculares progresivas, y conducente a grados y títulos” (Artículo 10).

La educación formal se organiza en tres niveles: educación preescolar, educación básica y educación media y tiene como objeto fomentar conocimientos, aptitudes, habilidades y valores a través de los cuales las personas fundamentan su desarrollo. Por su parte, la Ley 30 de 1992 “por la cual se organiza el servicio público de la Educación Superior” define esta última como un “proceso permanente que posibilita el desarrollo de las potencialidades del ser humano de manera integral (...) tiene por objeto el pleno desarrollo de los alumnos y su formación académica o profesional” (Artículo 1).

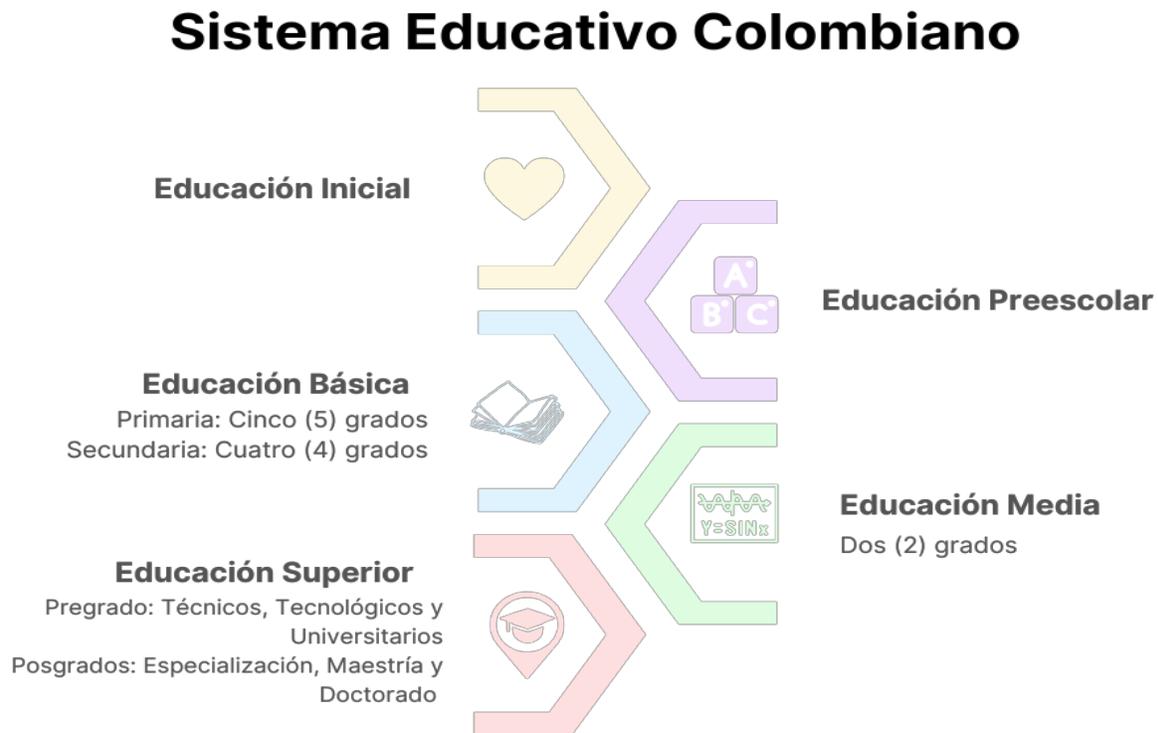
El Ministerio de Educación - MEN (2022) define entonces la educación como un proceso de formación permanente en las esferas personales, culturales y sociales las cuales fundamentan el concepto de persona humana integral, además asegura que la naturaleza del servicio educativo se encuentra establecido en la Constitución Política donde se indica que la educación es un derecho fundamental de las personas y un servicio público que tiene función social que debe ser garantizado bajo el adecuado cubrimiento del servicio y las condiciones necesarias para el acceso y la permanencia en el sistema educativo.

Este último según el MEN (2022) se encuentra conformado por los tres niveles de educación formal: educación preescolar, educación básica (primaria con cinco grados y

secundaria cuatro grados) y educación media (dos grados culminando con el título de bachiller), seguida además por la educación superior.

Según el MEN (2019) la educación superior se imparte a través de dos niveles, pregrado y posgrado; el nivel de pregrado tiene, a su vez, tres niveles de formación, el primero relacionado a los programas técnicos profesionales, el segundo relacionado con programas tecnológicos y el tercero relacionado con programas profesionales universitarios. Una situación similar se presenta en la educación posgradual, allí se encuentran los niveles de especialización (Técnica, tecnológica y profesional), maestrías y doctorados. Se debe tener en cuenta que, para acceder a los programas de educación superior en su etapa inicial, es decir en pregrado, es necesario acreditar el título de bachiller y el examen de estado.

Figura 1:
Sistema Educativo Colombiano



Nota. Elaboración propia a partir de la información detallada en Ministerio de Educación Nacional - Min educación. (2022). Sistema educativo colombiano. Recuperado de <https://www.mineducacion.gov.co/portal/Preescolar-basica-y-media/Sistema-de-educacion-basica-y-media/233839:Sistema-educativo->

Acudiendo a la estadística en términos de instituciones de educación superior, a nivel nacional se cuenta con 307 instituciones que brindan formación técnica, tecnológica y profesional (MEN, 2021). además cifras reveladas por el DANE (2021) aseguran que la educación en la población joven se reparte de la siguiente manera: el 43,3% de la población ha alcanzado la educación media y el 42,4% no tienen ningún nivel educativo o su máximo alcanzado es educación básica secundaria, asegurando además que las mujeres jóvenes entre 24 y 28 años tienen un mayor nivel educativo que los hombres de la misma edad.

El último reporte que se obtuvo respecto a la asistencia escolar lo informó el DANE en el Censo Nacional de Población y Vivienda del año 2018 allí aseguran que se presentó un incremento general en la asistencia educativa en todo el territorio nacional, resaltando que el grupo etario donde más se denota el crecimiento es en la juventud, parte de ese incremento, se debe a que las mujeres entre 20 y 40 años tuvieron una mayor participación en la educación superior y posgradual.

Este incremento de las mujeres en la vida académica también es reportado por el DANE (2021) quienes afirman que los niveles de educación superior cuentan con un porcentaje superior de mujeres que de hombres, es decir, el 16,8% de las mujeres cuenta con educación técnica, tecnológica, profesional o posgradual y solo el 11,4% de los hombres tiene estos mismos niveles educativos, incluso, este incremento se puede evidenciar desde la educación media como se observa en la gráfica 1.

Gráfica 1:

Distribución de la Población de 14 a 28 Años por Sexo según Nivel Educativo.



Nota. Elaboración propia a partir de la información detallada en Departamento Administrativo Nacional de Estadística. (2021). Juventud en Colombia. Recuperado de <https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/notas-estadisticas/dic-2021-nota-estadistica-juventud-en-colombia.pdf>

Para el caso bogotano, existen 126 instituciones de educación superior (MEN, 2021) en las cuales se encuentran inscritas aproximadamente 833.565 personas, esto según el Sistema Nacional de Información de la Educación Superior (2021) equivale a una cobertura del 53,94% del total de personas matriculadas a nivel nacional.

En la actualidad, el distrito capital trabaja por la generación de jóvenes con derechos desde el CONPES D.C. 08: Política Pública de Juventud 2019 - 2030, en el cual se establece la educación como uno de los objetivos más relevantes para esta población, desde allí buscan generar distintas oportunidades de acceso a la educación que garanticen permanencia y calidad para formar a los jóvenes no solo en educación superior, sino también en educación para el trabajo y el desarrollo humano (Secretaría Distrital de Integración Social - SDIS, 2022). Actualmente la política se

encuentra en fase de implementación y es liderada por la SDIS con el apoyo de distintos sectores distritales y del Sistema Distrital de Juventud.

Este último es una herramienta de articulación intersectorial, entendida como un “conjunto de instancias y mecanismos que, a través de procesos de interacción social, dinámica y organizada entre los actores, garantizan la coordinación, interlocución, planeación, gestión, seguimiento y evaluación de la Política Pública de Juventud” (Decreto 499 de 2011) propendiendo por la materialización de los derechos allí estipulados para la población joven.

Juventud

La juventud como etapa de desarrollo, se entiende como un periodo importante en el ciclo vital del ser humano, en el cual se alcanza una madurez sexual y cerebral, se hace un soporte en los recursos psicológicos y sociales que se han obtenido a lo largo del crecimiento previo permitiendo asumir una identidad, plantearse un sentido de vida y dar a conocer su aporte a la sociedad (Krauskopf, 2015). Adicional a esto, Eisenstadt define a la juventud, como el paso entre la infancia y la edad adulta, en donde se desarrolla la autonomía y la autorregulación (Bendit y Miranda, 2017).

Los autores además, mencionan a Erikson, quien plantea que los jóvenes se encuentran en la construcción de la identidad y que adicional a eso están aprendiendo a enfrentarse a las exigencias y eventos que se les presentan, sin embargo, los autores aclaran que este tipo de construcciones varían dependiendo la sociedad y el subgrupo en el que se encuentren los jóvenes dentro de dicha sociedad.

Una visión similar es planteada Villa (2011) quien asegura que la juventud se alude a una condición social la cual posee cualidades específicas y se manifiestan a través de distintas formas, dichas manifestaciones dependen directamente de la época y la sociedad. Si bien, la

juventud tiene como base el proceso biológico de los cambios fisiológicos, que no son más que evidencia de un desarrollo sexual y corporal, es la sociedad quien construye la juventud y en general las distintas categorías etarias (Urteaga, 2018).

De conformidad con lo anterior, el Organismo Internacional de Juventud para Iberoamérica - OIJ (2022) asegura que no se puede reducir la juventud a una etapa de transición ni a un grupo de riesgo homogéneo que representa la promesa del futuro determinando su proyecto de vida, debido a que esa concepción ha ido evolucionando con el paso de los años y en la actualidad es necesario concebir a los jóvenes como sujetos de derecho y políticos que con ímpetu buscan la transformación social para lograr sociedades justas e inclusivas, así como volverse actores estratégicos en el desarrollo local y global a través de espacios de participación, construcción colectiva y propuestas que permiten revolucionar el orden social.

Por su parte, Taguenca, (2008) plantea que tampoco es el rango de edad lo que constituye la juventud, sino los procesos sociales los que determinan todos los procesos que se derivan de esta etapa, ya que desde allí surge la concepción y expresión de individualidad y de la pertenencia a los grupos sociales. González, García, Medina y Sánchez (1998) concuerda con parte del planteamiento anterior, pues afirman que la juventud es una etapa de consolidación vocacional, destacando como función principal la definición de las relaciones con la sociedad, para los autores, esta definición se realiza mediante las relaciones personales y laborales que se establecen en dicha etapa.

Por su parte la ONU (1981) plantea un panorama contrario, estableciendo la edad como criterio de definición de la juventud, en su Asamblea General fue aprobada la definición de jóvenes como “aquellas personas de entre 15 y 24 años”, sin embargo, esta definición no es universal, debido a que la experiencia de ser joven en el mundo puede ser cambiante entre países y regiones,

desde esta premisa la UNESCO (2020) establece juventud como una categoría flexible, tal como lo hace la OPS (1975) cuando afirma que una de las principales características de este grupo etario es la flexibilidad en los límites.

Si nos apegamos a la definición de juventud establecida por la ONU, podemos afirmar que la población mundial está constituida en un 18% por jóvenes, sin embargo, si extendemos la franja de edad entre los 14 y los 29 años nos encontramos con la generación más numerosa de jóvenes que ha tenido la historia (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia - UNICEF, 2020).

Para el caso iberoamericano se han establecido distintas edades a la hora de hablar de juventud, tal y como se evidencia en la imagen 1 Argentina, Bolivia, Chile, El Salvador, Panamá, Paraguay y Perú cubren un rango etario entre los 15 y los 29 años, Costa Rica por su parte establece el rango más amplio, cubriendo la población entre los 12 y los 35 años y el más corto lo establece Venezuela, entre los 18 y los 28 años (OIJ, 2017). Adicionalmente, la población joven se caracteriza por ser heterogénea, es decir, tienen diferencias económicas, culturales, de género y de edad que determinan el nivel de riesgo social en el que se encuentran (UNESCO, 2012).

En Colombia, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (2021) afirma que la juventud es la etapa donde se planifica y construye el inicio del proyecto de vida individual y desde allí ser agentes de cambio para el mundo, es decir, los jóvenes son los llamados a construir una sociedad justa que les brinde las oportunidades necesarias para su adecuado desarrollo, sin embargo, aclaran que todo este panorama trae consigo muchas responsabilidades que deben ser asumidas con las aptitudes necesarias para desempeñarse en la sociedad.

Imagen 1:
Rango Etario de Juventud en Países Pertenecientes a la OIJ.



Nota. Elaboración propia a partir de la información detallada en Organismo Internacional de Juventud para Iberoamérica. (2017). Insumos para el Proyecto de Plan Integral de Gestión Aproximación a las Realidades de los Jóvenes en Iberoamérica y al Tema de Juventud en la Región. Recuperado de <https://oij.org/wp-content/uploads/2017/10/1.-SÍNTESIS-INVESTIGACIÓN.pdf>

La Ley 1885 de 2018 considera joven “toda persona entre 14 y 28 años cumplidos en proceso de consolidación de su autonomía intelectual, física, moral, económica, social y cultural que hace parte de una comunidad política y en ese sentido ejerce su ciudadanía”. Según el DANE (2018) estadísticamente los jóvenes representan el 25,9% de la población nacional y se dividen en 13,1% de hombres y 12,9% de mujeres, esto nos abre paso a hablar desde el término juventudes, definido como:

Segmento poblacional construido socioculturalmente y que alude a unas prácticas, relaciones, estéticas y características que se construyen y son atribuidas socialmente. Esta construcción se desarrolla de manera individual y colectiva por esta población, en relación con la sociedad. Es además un momento vital donde se están consolidando las capacidades físicas, intelectuales y morales. (Ley 1885, 2018, Artículo 5, Numeral 2)

Para el caso específico de la capital colombiana, en el 2022 habitaban 1.908.158 jóvenes; de los cuales el 50,11% eran hombres y 49,89% mujeres representando el 25% de la población capitalina (DANE, 2022), la ciudad trabaja en pro de esta población por medio de los 7 objetivos específicos que componen el plan de acción de la Política Pública de Juventud 2019-2030 (SDIS, 2022) desde donde se trabajan ámbitos como educación, salud integral, participación pública y política, inclusión productiva, hábitat, paz, cultura, recreación y deporte (Consejo Distrital de Política Económica y Social del Distrito Capital - CONPES D.C. 08, 2019) a través de alianzas sectoriales y distintas entidades buscan ampliar las oportunidades individuales y colectivas, fortaleciendo los cinco entornos en los que se desenvuelven las juventudes bogotanas (SDIS, 2020).

Luego de haber abordado las tres variables que permiten la comprensión de los conceptos a trabajar en esta investigación, es importante indagar la forma en la que estos se conectan, para

esto, distintos autores a nivel mundial han evidenciado la importancia de un abordaje integral del suicidio como problemática multifactorial, esto justificado en el aumento en las tasas de personas fallecidas y en indagar sobre la forma en que la problemática se conecta con el ciclo vital que tiene mayor prevalencia y los factores que pueden desencadenar la decisión de terminar con la vida propia.

La revisión sistemática que Benavides et al., (2019) realizaron a diferentes investigaciones sobre el suicidio realizadas en Colombia entre 2004 a 2018, encontró que entre los años anteriormente mencionados se presentó un aumento de la conducta suicida en la población colombiana, adicionalmente, las investigaciones que abordaban esta problemática también aumentaron en un 87.5% entre 2010 y 2018 llegando a encontrar que el grupo poblacional utilizado en la mayoría de los casos era la adolescencia, seguida por la juventud teniendo por criterio de ocupación ser estudiante de secundaria y universitario.

Los resultados de la sistematización también evidenciaron que el 65% de las investigaciones manejan variables que engloban la salud física y mental, las relaciones familiares, los factores sociodemográficos, los estresores presentes en la vida diaria, los factores interpersonales y de personalidad y los riesgos potenciales que se pueden presentar en dichas variables.

De igual forma, también se evidenció que la conducta más estudiada fue el suicidio consumado, seguido por la ideación suicida y el intento de suicidio en relación con los grupos etarios que cuentan con un riesgo elevado; dichos grupos en esta investigación se encuentran encabezados por jóvenes y adolescentes, un panorama muy similar al planteado por los boletines estadísticos mensuales del GCRNV los cuales establecen a estos grupos etarios como los más afectados.

Los autores además afirman que los hombres, las mujeres, los adultos jóvenes, las personas con estado civil solteras y los pacientes con enfermedades mentales y/o diagnósticos psiquiátricos hacen parte de los grupos de riesgo de esta problemática. Aguirre, Cataño, Cañón, Marín, Rodríguez, Rosero, Valenzuela y Vélez (2015) y Cañón, Castaño, Atehortúa, Botero, García, Rodríguez y Rincón (2012) resaltan además que la prevalencia del riesgo de conducta suicida es mayor en estudiantes universitarios (13.5%) y adolescentes (16,5%).

Otras investigaciones realizadas por Carvajal y Caro (2011); Ceballos y Suarez (2012); Forero, Siabato y Salamanca (2017) y Molina, Gutierrez y Oviedo (2011) aseguran que la ideación suicida prevalece en los adolescentes con una variación porcentual entre 5,1 y 30%, de igual forma, autores como Villalobos (2010) y Pérez, Martínez, Viancha y Avendaño (2017) establecen que la prevalencia del intento de suicidio es mayor en adolescentes escolarizados (8%) y en adolescentes que en algún momento de su vida han sufrido de abuso sexual (15%).

Un planteamiento similar es propuesto por Cortina, Peña y Gómez (2009); Castro, Martínez, Camacho y Rueda (2010) y Vigoya, Osorio y Salamanca, (2019) quienes aseguran que el grupo etario más propenso a llevar a cabo el intento de suicidio son los jóvenes; estas investigaciones resaltan el método escogido por el individuo debido a que es este el factor determinante para la efectividad del intento de suicidio. Los autores además sostienen que las mujeres intentan suicidarse más que los hombres, desde allí, hacen hincapié en que se debe tener en cuenta a la hora de analizar los intentos de suicidio si existen intentos previos, pensamientos de desesperanza, bajos niveles de autoeficacia, problemas familiares y/o sociales, conductas sexuales de alto riesgo, consumo de alcohol y de sustancias psicoactivas que puedan derivar en conducta suicida.

Por otra parte, investigadores como Nogueira, Fagnani, Mercado, Citero y Mari (2004) se han interesado por evaluar la conducta suicida en relación a estudiantes universitarios, específicamente de posgradual; para esto se realizó un estudio en la Universidad Federal de Sao Paulo, Brasil en relación con la atención brindada por el Centro de Salud Mental Universitario desde septiembre de 1996 hasta septiembre de 2003, durante este periodo se entrevistaron 146 estudiantes del área de la salud de los cuales 99 pertenecían a maestría y 47 doctorado.

Allí se pudo evidenciar que se presenta una gran afluencia de solicitudes de atención en los servicios del centro de salud mental derivados del malestar que genera el desánimo frente a las responsabilidades académicas, la percepción de falta de autoeficacia, el sentimiento de incertidumbre, la ansiedad frente a la falta de financiación en investigaciones, las falta de apoyo y empatía de los directores investigativos, entre muchas otras razones que además del malestar psicológico generan afectaciones a nivel físico, presentando síntomas como cefalea, alergias, trastorno del sueño, dolor muscular y trastornos del apetito donde el principal diagnóstico fue depresión y trastorno de ansiedad (Nogueira et al, 2004) diferentes estudios ha demostrado que los síntomas de depresión y en general el diagnóstico de depresión son recurrentes y están altamente relacionados con la ideación suicida que se suele presentar en estudiantes jóvenes y adultos jóvenes. (Cabrera, Zuñiga y Coria, 2011; Martínéz, 2010; Rodríguez y Oduber, 2015 como se citó en Carmona, Carmona, Maldonado, Rivera, Fernández et al., 2017)

Específicamente el 56% de los estudiantes del estudio de Nogueira et al (2004) acudieron al servicio de salud mental durante el primer año de maestría, reportando alteraciones en el ciclo del sueño, intentos de suicidio previos y tratamiento psicológico y/o psiquiátrico, siendo las mujeres quienes más hicieron uso del servicio. Es importante resaltar que los estudiantes posgraduales tienden a desarrollar trastornos depresivos y/o trastornos de ansiedad debido a los

vínculos que se establecen entre profesores, directores y compañeros, es decir, el entorno donde se desarrolla el aprendizaje es un factor asociado al desarrollo de enfermedades mentales.

Desde allí Nogueira et al (2004) resalta la importancia de implementar o fortalecer programas de promoción de la salud mental que incluyan en todo el cuerpo universitario, enfocando dichas estrategias en las necesidades y dificultades psicosociales que interfieren en el proceso académico de los estudiantes, con el fin de lograr una detección oportuna y contribuir a la construcción de ambientes educativos seguros.

García, Moffitt y Kaslow, realizaron un estudio en el año 2014 en la Universidad de Emory, Atlanta a 301 estudiantes con una edad promedio de 27 años pertenecientes a programas posgraduales de diferentes semestres académicos, la mayoría de segundo y tercer año (34.8%). El objetivo de esta investigación se direccionó a medir la salud mental y los factores psicológicos del comportamiento suicida a través de un cuestionario online de detección interactiva que evaluó a las personas en riesgo y los remitió de forma anónima a profesionales de la salud mental, dicho cuestionario evaluaba la frecuencia del pensamiento suicida, la planeación de formas de quitarse la vida y la realización de lesiones autoinfligidas en las dos últimas semanas.

Dicha investigación encontró que el 60% de los estudiantes padecían depresión moderadamente severa, el 50% padecía depresión severa, el 7.3% tuvo ideación suicida, el 9.9% presentó un intento de suicidio en algún momento de la vida y el 1.7% reportó autolesiones en las dos últimas semanas. Al relacionar la conducta suicida con el trastorno depresivo se logró evidenciar que el 73,6% de los estudiantes que tenían ideación suicida padecían de depresión moderada o moderadamente severa y el 21,1% padecían depresión severa, además el 22.2% de ellos consumía medicamentos psiquiátricos y el 18.9% tenían atención en salud mental; todo lo anterior logró evidenciar que para la realización adecuada de los procesos de prevención los

programas de pregrado y posgrados de las instituciones de educación deben lograr identificar de manera temprana la presencia de la conducta suicida (García, Moffitt & Kaslow, 2014).

En una universidad pública colombiana, González, Medina y Ortiz (2016) llevaron a cabo un estudio con 1.265 estudiantes del pregrado de psicología entre los 16 a 65 años con una media de 24 años de edad; el propósito fue identificar el riesgo suicida y los factores asociados a este, sin embargo, es importante resaltar que si bien el cuestionario Inventory of Suicide Orientation ISO-30 se adaptó a la población colombiana no contó con una validación previa a su aplicación, así mismo, no se realizó un muestreo probabilístico por lo tanto no es posible generalizar los resultados a todos los estudiantes de psicología. Este estudio logró establecer que los hombres tienen tres veces más riesgo de consumar el suicidio que las mujeres y que la edad de los participantes disminuye el riesgo de presentar conductas suicidas, esto último puede estar asociado a que durante el paso de los años han adquirido estrategias de mayor efectividad que les permiten hacer frente a los eventos del ciclo de la vida convirtiéndolo en un factor protector. (Florenzano, Valdés, Cáceres, Santander, Aspillaga y Musalem, 2011 y Taliaferro, Rienzo, Pigg, Miller y Dodd, 2009).

Los autores además especifican que las autolesiones son más frecuentes en mujeres ya que el 10% respondió de manera afirmativa a haberse autolesionado por lo menos una vez, igualmente el 73,9% manifestaron haber realizado solamente una autolesión hasta el momento del estudio. Por otra parte, el 50,4% de las mujeres también manifestaron que la autolesión tenía como propósito provocar, 33,6% respondieron querer llamar la atención con un intento de bajo riesgo y 15,9% con un intento de alto riesgo. Se encontró además que el 3,6% de los participantes presentaban riesgo alto de suicidio distribuidos en 42 mujeres y 3 hombres siendo las mujeres quienes más consultan a profesionales en psicología y psiquiatría. (González et al., 2016).

Por último, se realizó una investigación en México en el año 1998, la población estudiada fueron 1.890 estudiantes universitarios de la generación de 1993 y 1995 que se encontraban cursando una licenciatura ofrecida por una universidad privada. El propósito fue analizar la ideación suicida, sus factores e indicadores dentro de la población estudiantil. El estudio no arrojó diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres frente a la presencia de la ideación suicida, sin embargo, se logró determinar que existen factores de riesgo clasificados por género, en hombres el factor de riesgo principal radica en las respuestas agresivas ante los conflictos familiares y en las mujeres en el estrés social con el grupo de pares, desde allí los autores resaltan la importancia de generar planes de prevención dentro de la población universitaria ya que como se ha mencionado anteriormente este grupo etario se encuentra atravesando una etapa donde asume nuevos retos a nivel individual y social (González, et al., 1998).

Metodología

Paradigma Epistemológico

El *paradigma epistemológico empírico analítico* busca la explicación y la determinación de causas cuantitativamente, así como los efectos comprobables y replicables en diversos contextos, para autores como Ciro (2006) este paradigma centra el interés en explicar, controlar, predecir, ello puede hacerse tanto para responder a problemas relacionados con los objetos de estudio. Para el caso de esta investigación se utilizará este paradigma teniendo en cuenta que se busca medir y predecir tanto el riesgo de conducta suicida como la relación con el nivel educativo.

Enfoque

El enfoque de esta investigación es de tipo *cuantitativo*, el cual según Maldonado (2018) utiliza la recolección, análisis e interpretación de datos con el fin de responder a los cuestionamientos investigativos o para probar las hipótesis establecidas con anterioridad, esto debido a que, el conocimiento es susceptible de comprobarse por medio de la experimentación.

Landeu (2007) por su parte asegura que el enfoque cuantitativo analiza el grado de asociación o correlación entre variables, planteamiento que concuerda con el de Cruz, Olivares y Gonzáles (2014) quienes afirman que el factor fundamental de este enfoque es la relación de dos o más atributos del fenómeno que permiten formular preguntas claras, sin ambigüedades, centradas en regularidades que emerjan del universo poblacional, buscando así contribuir a resolver problemáticas específicas.

Por su parte Finol y Vera (2020) afirman que el enfoque cuantitativo tiene como propósito explicar, describir, controlar y predecir fenómenos, problemas o situaciones, ya que es un enfoque objetivo, medible y comprobable el cual permite construir conocimiento científico por medio del seguimiento de patrones de regularidad, los cuales son captados por medio del registro de las repeticiones de eventos (Maldonado, 2018). En este estudio, existe un seguimiento de patrones indagando acerca de una particularidad, como lo es determinar el riesgo de conducta suicida de los jóvenes universitarios según su nivel educativo.

Alcance

Para esta investigación el alcance adecuado es el *correlacional*, el cual pretende comprender la relación o grado de asociación que tienen dos o más variables de los fenómenos a estudiar (Ramos, 2020), un planteamiento similar al expuesto por Ruiz y Gómez (2015)

quienes afirman que los estudios correlacionales buscan entender la relación entre dos variables, logrando predecir los cambios de una variable a través de los cambios de la otra, en palabras un poco más simples, los estudios de correlación son los adecuados si lo que el estudio busca es investigar si una variable logra predecir otra.

Cazau (2006) por su parte afirma que el alcance correlacional tiene como finalidad establecer concretamente si hay o no correlación entre dos variables y su nivel de intensidad, un planteamiento casi exacto al propuesto por Maldonado (2018) quien afirma que el propósito de este tipo de alcance es evaluar la conexión entre variables, categorías, conceptos en un contexto específico.

Este alcance utiliza técnicas estadísticas para evaluar la relación de las variables y es mediante la medición de una variable que se logra conocer cómo se comporta la otra (Cabezas, Andrade y Torres, 2018), adicionalmente, este alcance es capaz de predecir cómo se comporta una variable (riesgo de conducta suicida) a partir del conocimiento de la otra (nivel educativo) teniendo en cuenta que esto no significa que una sea la causa de la otra.

Diseño

Esta investigación es un estudio *no experimental* ya que las variables independientes del estudio no se manipulan de manera intencionada, por el contrario, se busca que el evento surja de manera natural, tal como lo afirman Agudelo, Aigner y Ruiz (2008) quienes aseguran que los diseños no experimentales observan los fenómenos en su contexto natural, en su propia realidad, para luego proceder a analizarlos.

Hernández, Garrido y López (2000) por su parte aseguran además que el investigador no participa en la exposición a las variables ya que comúnmente la exposición se ha dado por algún

factor independiente y fuera del procedimiento experimental, el investigador solo observa e identifica el efecto que genera una variable sobre la otra.

Dentro de los tipos de diseño pertenecientes a un estudio no experimental encontramos el transeccional, mejor conocido como transversal, éste será utilizado para esta investigación ya que permite medir las variables en una muestra poblacional en un determinado punto del tiempo (Ruiz y Gómez, 2015). Este diseño se utiliza a menudo en investigaciones epidemiológicas y en los sistemas de salud, ya que buscan determinar la frecuencia, magnitud y distribución de eventos de salud o de enfermedad en un momento y lugar determinado (Álvarez-Hernández y Delgado-Delamora, 2015 y Agudelo, Aigner y Ruiz, 2008).

Participantes

Se tomará en cuenta como universo poblacional a los jóvenes universitarios que sean estudiantes de la Universidad Nacional de Colombia sede Bogotá, pertenecientes a la facultad de medicina, con una unidad muestral en donde se cumplan los siguientes criterios de inclusión: tener entre 18 y 29 años, ser estudiante del programa de pregrado en medicina y/o de los programas de posgrado de la misma facultad. A partir de lo anterior, se puede afirmar que el tipo de muestreo de esta investigación será de tipo probabilístico estratificado, es decir, la población será dividida en distintos segmentos o estratos (Casal y Mateu, 2003) y desde allí se seleccionará una muestra para cada uno de esos segmentos en donde se precisará el tamaño de dicha muestra a partir de las fórmulas de ajuste de tamaño muestral (Ruiz y Gómez, 2015).

De manera más explícita, el universo poblacional de esta investigación se encuentra compuesto por 1547 sujetos para los cuales será necesario realizar una estratificación con un nivel de confianza del 95%, un error del 5% y un valor de P de 0,5 tal y como lo evidencia la Tabla 1.

Tabla 1:
Cálculo de la muestra y constante de estratificación

CÁLCULO DE LA MUESTRA		
Z (Confianza)		1,96
E (Error)		0,05
P (Acierto)		0,5
Q (Fallo 1-P)		0,5
N		1547
Z CUADRADO		3,8416
E CUADRADO		0,0025
P X Q		0,25
(PXQ)/E CUADRADO		100
N0		384,16
N0-1		383,16
(N0-1)/N		0,247679397
1+(N0-1)/N		1,247679379
n		307,90
CONSTANTE DE ESTRATIFICACIÓN		
n/N	0,20	No. de sujetos a tomar
Medicina	1351	269
Especialización	162	32
Maestría	27	5
Doctorado	7	1

La cantidad de sujetos que representan una muestra significativa para esta investigación se estableció en 307 estudiantes de la facultad de medicina entre 18 y 29 años estratificados de la siguiente manera: 269 estudiantes de pregrado de medicina, 32 estudiantes de maestría, 5 estudiantes de especialización y 1 estudiante de doctorado.

Es importante aclarar que las especialidades médicas no se tuvieron en cuenta dentro de la muestra de este estudio debido a que cuentan con una carga académica teórico/práctica y laboral diferente a los demás posgrados pertenecientes a la facultad de medicina, lo que hace que puedan presentar condiciones especiales a evaluar que no se tuvieron en cuenta para el desarrollo de este estudio.

Instrumentos

Para el desarrollo del presente estudio es necesaria la utilización de instrumentos o pruebas psicológicas que evalúen una característica específica, ya que estas herramientas suministran datos como una medida representativa de los atributos que se buscan caracterizar (Malo, 2008), para el caso de esta investigación se aplicarán dos (2) pruebas, el Inventario de Ideación Suicida Positiva y Negativa y la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos. Adicionalmente, se diligenciará una ficha con información sociodemográfica relevante para la investigación.

El Inventario de Ideación Suicida Positiva y Negativa (Positive and Negative Suicide Ideation – PANSI) tiene como objetivo identificar de manera anticipada el riesgo de la conducta suicida a partir de la medición de los factores de riesgo y protección frente a las ideas suicidas; es una prueba desarrollada por Osman, Gutiérrez, Kopper, Barrios y Chiros (1998), pero para ésta investigación, se utilizará la versión adaptada para Colombia realizada por Villalobos (2010) mediante la técnica de traducción simple.

El cuestionario de PANSI se encuentra compuesto por catorce (14) ítems donde seis evalúan la ideación suicida positiva, es decir, los factores protectores y ocho la ideación suicida negativa o más conocida como los factores de riesgo. La escala de puntuación es de 5 puntos los cuales varían entre 0 (nunca) y 4 (siempre), Los puntajes se clasifican dentro de percentiles que permiten identificar el nivel de riesgo.

Para este caso el puntaje de 0 a 3 corresponde al percentil 20 y equivale a un “muy bajo” nivel de riesgo, los puntajes entre 4 y 5 corresponden al percentil 40 y equivalen a un “bajo” nivel de riesgo. El percentil 60 está compuesto por los puntales de 6 a 8 y representa un nivel de riesgo “medio”, el nivel de riesgo “alto” se ubica en el percentil 80 y agrupa los puntajes entre 9 y 15 y

finalmente el percentil máximo está compuesto por los puntajes entre 16 y 56 representando un nivel de riesgo “muy alto”. Finalmente, este inventario ha mostrado una consistencia interna superior a 0.8 y según Villalobos (2010) esto evidencia una validez sólida de constructo (concurrente y discriminante).

La segunda prueba utilizada en esta investigación es la *Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (Center of Epidemiological Studies – Depression Scale – CES-D)*: diseñada por Radloff en 1977 como una prueba de autoinforme que evalúa el riesgo de la sintomatología depresiva de las dos últimas semanas. Dicha evaluación se realiza por medio de cuatro dimensiones: afecto deprimido, afecto positivo, síntomas somáticos, problemas en las relaciones interpersonales y retardo motor. Veinte (20) ítems componen este cuestionario que cuenta con cinco opciones de respuesta las cuales evalúan los criterios de diagnóstico establecidos por el DSM-IV y la CIE-10 frente a la depresión, salvaguardando el tiempo anteriormente mencionado (Villalobos y Ortiz, 2012).

La prueba ha demostrado una alta consistencia interna, fiabilidad test-retest, validez concurrente y validez de constructo; para el caso colombiano se validó en población pastusa por Villalobos y Ortiz (2012) y allí se estableció una escala de respuestas por medio de una puntuación de cinco (5) de la siguiente manera: 0 = "Ningún día" ; 1 = "1 a 4 días" ; 2 = "5 a 8 días"; 3 = "9 a 11 días" y 4 = "5 a 14 días".

De acuerdo con esto, la escala arroja puntuaciones que varían entre 0 y 80 puntos, estos resultados se ubican en percentiles que evidencian un nivel de riesgo. Para el caso del percentil 20 las puntuaciones oscilan entre 1 y 12 puntos representando un nivel de riesgo “muy bajo”, el percentil 40 contiene puntuaciones entre 13 y 18 arrojando un “bajo” nivel de riesgo. Por su parte, el percentil 60 reúne la puntuación entre 19 a 24 sugiriendo un nivel “medio” de riesgo,

el percentil 80 agrupa puntuaciones entre 25 y 34 determinando un nivel “alto” de riesgo y finalmente el percentil máximo se compone de los puntajes entre 35 y 80 indicando un nivel “muy alto” de riesgo.

Procedimiento

A cada uno de los participantes se le entregará un consentimiento informado donde se encontrará toda la información relevante de la investigación, allí se le explicará al participante los riesgos de la investigación y las rutas de atención con las que cuenta para hacer frente a las distintas situaciones que pueden derivar de esta investigación, adicionalmente, obedeciendo a los principios éticos de respeto, intimidad y dignidad de los participantes se asegura la confidencialidad de la información y el anonimato de los mismos, se procede a la aplicación del cuestionario sociodemográfico y los instrumentos anteriormente mencionados. La devolución de resultados se llevará a cabo de manera virtual por medio de los correos electrónicos reportados en la información sociodemográfica y se realizará el debido proceso de derivación al área de psicología de bienestar universitario a los participantes que sean identificados con riesgo de suicidio, luego se procederá a realizar el análisis estadístico y su respectiva interpretación.

Consideraciones Éticas

A partir de la resolución 8430 de 1993 propuesta por el ministerio de salud, esta investigación se clasifica según el artículo 11 como una investigación con riesgo mínimo, ya que esta no tiene la intención de movilizar o impactar aspectos físicos, psicológicos o sociales de manera directa sino por el contrario se emplea el registro de datos por medio de exámenes psicológicos y a través de procedimientos comunes.

Es importante tener en cuenta, que aunque las evaluaciones psicológicas de diagnóstico no suelen generar emergencias emocionales en las personas, no se descarta que por alguna

situación el participante pueda presentar una desestabilización emocional, considerando esto, es importante reconocer que la investigadora tiene como formación de base la psicología y por esto cuentan con las herramientas para poder abordar dichas situaciones de manera ética, velando siempre por el bienestar de los participantes, basando esta premisa bajo el artículo 2 de la ley 1090 del 2006 que rige el ejercicio de la psicología, desde el cual bajo el principio de competencia se velará por el bienestar de las personas y grupos con los cuales se trabaja, aludiendo al principio de beneficencia y no maleficencia del código deontológico y bioético del psicólogo el cual busca el bienestar como principio general.

Con respecto a la metodología, es importante tener en cuenta que se puede dar lugar a situaciones que no son previstas por la investigadora a la hora de planear la aplicación y la recolección de información por medio de los distintos instrumentos, como parte del plan de contingencia, se plantea en primera medida establecer un buen proceso de familiarización que según Montero (2004) implica una construcción minuciosa de la relación, de modo que se permita el tiempo necesario para generar buenas relaciones con la población a trabajar y el investigador, logrando así minimizar el impacto negativo que tenga la aplicación de la metodología, así mismo como investigadora baso mi accionar en el artículo 2 principio 7 de la ley 1090 de 2006 en donde se establece que el psicólogo debe considerar diferentes alternativas hacia los cuales dirigir esfuerzos y recursos que cuiden y respeten la dignidad y bienestar de los participantes y de la investigación en pro de una relación profesional sana.

- *Beneficios de la participación en la investigación y pertinencia social*

Esta investigación se realizará con el ánimo de generar información relevante respecto a una problemática prevalente en la población seleccionada, es por esto que con la participación los sujetos implicados se estará proporcionando información vital para el análisis de alternativas

que permitan disminuir el riesgo de suicidio en este grupo etario, adicionalmente también permitirá que los participantes logren visibilizar las herramientas que tienen a la mano en los distintos contextos para la prevención y la promoción de la salud mental.

- *Condiciones de bioseguridad y declaración de riesgos ambientales y planes de manejo. Protocolo de manejo de sustancias peligrosas.*

Esta investigación, no contempla el manejo de algún tipo de sustancia peligrosa o el establecimiento de un espacio que implique la exposición a un riesgo ambiental, por ende, este apartado no aplica para la presente investigación.

- *Conflicto de intereses*

Ver Anexo 1.

- *Consentimiento Informado*

Teniendo en cuenta el proceso y los pasos que acoge la metodología anteriormente expuesta, el consentimiento informado será presentado y diligenciado durante la correspondiente familiarización. Anclado a esto el espacio se prestará para que los participantes conozcan de manera más profunda la investigación, así como las razones que justifican su realización. Para esta fase se contará con la participación de un testigo que dará cuenta del debido proceso y la firma del documento. Esto se realizará de forma presencial (o virtual, dependiendo la normativa sanitaria vigente) y en este proceso se resolverán las dudas que se tengan en torno al proceso, con la intención de que estos conozcan de primera mano aspectos como el tiempo y las estrategias a llevar a cabo.

Lo anterior con el fin de proteger el derecho de recibir una información veraz consagrado en el artículo 20 de la Constitución Nacional (1991) donde se especifica como un derecho que

expresa la tendencia del hombre hacia el conocimiento que le permita generar un criterio propio de la realidad, de igual forma este procedimiento se respalda en el artículo 2 principio 5 el cual expone el compromiso como investigadores frente a la obligación básica de confidencialidad de la información obtenida en el desarrollo del proceso investigativo e informar a los participantes los casos exentos de este principio.

Ver Anexo 2.

- *Procedimientos que se adoptaran para la protección de la privacidad de los sujetos de investigación, la confidencialidad de la información y el almacenamiento de muestras.*

Velando por la protección de la privacidad de los sujetos con los cuales la presente investigación desea trabajar, los instrumentos utilizados serán manipulados únicamente por la investigadora y los asesores del trabajo; y serán guardados según los protocolos de archivo vigentes, adicionalmente cuando ya no se necesiten o haya pasado el tiempo prudente para perder la validez serán destruidos, con el fin de que la información no se divulgue posteriormente.

Con respecto a la fase de interpretación y codificación de los datos, esta información será almacenada bajo todos los estándares de seguridad y de ser necesaria su digitalización y codificación la información se registrará en un solo computador, propiedad personal de la investigadora, evitando así que terceros puedan acceder a los datos de forma accidental.

Los participantes pueden solicitar eliminación o retiro de la información obtenida a través de la investigación de acuerdo con el derecho consignado en la Ley 1581 de 2012, proceso que se realizará lo más pronto posible. Para evidenciar el debido proceso se entregará una carta en constancia de la solicitud que contará con la firma de la investigadora y los asesores del trabajo.

- *Devolución de la información.*

Durante esta fase se hará un encuentro final presencial o virtual (dependiendo la normativa sanitaria vigente y de la preferencia del participante) a modo de cierre con cada uno de los participantes de la investigación, en la cual se presentará un informe final previamente construido de una manera sintetizada y simple del proceso de análisis de los resultados, la discusión y las conclusiones en coherencia con la metodología aplicada. Finalmente es importante hacer la aclaración que, aunque esta fase está programada para el final de la investigación los participantes tienen derecho a conocer el desarrollo de esta cada vez que ellos quieran, por lo que el informar el avance del proceso puede llegar a ser un ejercicio transversal.

Resultados

Los resultados de la prueba Inventario de Ideación Suicida Positiva y Negativa - PANSI evidencian que para esta investigación el 34.86% de los 307 encuestados presentan un riesgo de conducta suicida muy alto, seguido por el 21.83% con riesgo alto y el 18.90% con riesgo medio. Por su parte, la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos – CES-D arrojó que un 76% de los participantes presenta riesgo de síntomas depresivos en niveles muy altos y altos, seguidos por los de riesgo moderado con un 18.57%.

A partir de ese panorama, se procedió a realizar una sistematización de los datos obtenidos con el fin de calcular la estadística descriptiva de la información sociodemográfica y de ambas pruebas, para esto, se utilizó el programa IBM SPSS Statistics 29 desde el cual surgió la siguiente información respecto a los 307 datos establecidos en la consolidación de la base de participantes.

Información Sociodemográfica

De los 307 encuestados el 60.3% del total de la muestra fueron mujeres y el 39.7% restante hombres entre los 18 y los 29 años de edad. La moda de los datos fue 19 años con un 14.7%, seguido de los 21 años con 13.3% y un 12.7% para personas de 18 y 20 años respectivamente. Respecto a la media, la mayoría de los participantes tiene 22 años, sin embargo, teniendo en cuenta la no normalidad de los datos, se obtuvo también el dato de mediana con un valor de 21 años, que es confirmado por el dato de la moda.

El 95.4% de la muestra declaró ser solteros, seguido por un 2% de población casada, y un 1.6% de estudiantes viviendo en unión libre. El 0.7% de la población es divorciada y el 0.3% restante son separados. Adicionalmente, en términos laborales, el 22.1% de la muestra manifiesta que trabaja. Hay que tener en cuenta que los participantes se encontraban en un rango de edad entre 18 y 29 años y esta población por lo general presenta algunas dificultades dentro de la vida universitaria como el estrés académico, la presión social, la falta de apoyo emocional y los problemas familiares, éstos sumados a la presencia de síntomas depresivos como los explicados en el marco teórico se convierten en factores de riesgo para la conducta suicida.

Finalmente, se debe resaltar que los instrumentos aplicados realizan una medición teniendo en cuenta la presencia de síntomas durante las últimas dos semanas, es decir, no evidencia únicamente la sintomatología al momento de la medición, sino que realiza un corte en temporal para el registro de los síntomas, adicionalmente, se logró evidenciar que el 23.1% de la muestra asegura tener un diagnóstico psicológico previo entre los que se encuentran depresión, ansiedad, trastorno adaptativo, trastorno de personalidad límite, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno de estrés posttraumático, trastorno de la conducta alimentaria y trastorno por déficit de atención e hiperactividad.

Tabla 2:
Estadísticos descriptivos Frecuencia - Datos Sociodemográficos

SEXO					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Femenino	185	60.3	60.3	60.3
	Masculino	122	39.7	39.7	100.0
	Total	307	100.0	100.0	
ESTADO CIVIL					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Soltero	293	95.4	95.4	95.4
	Casado	6	2.0	2.0	97.4
	Unión Libre	5	1.6	1.6	99.0
	Separado	1	.3	.3	99.3
	Divorciado	2	.7	.7	100.0
	Total	307	100.0	100.0	
DX					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	71	23.1	23.1	23.1
	No	236	76.9	76.9	100.0
	Total	307	100.0	100.0	
TRABAJA					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	68	22.1	22.1	22.1
	No	239	77.9	77.9	100.0

	Total	307	100.0	100.0	
EDAD					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	18	39	12.7	12.7	12.7
	19	45	14.7	14.7	27.4
	20	39	12.7	12.7	40.1
	22	28	9.1	9.1	62.9
	23	27	8.8	8.8	71.7
	24	13	4.2	4.2	75.9
	25	11	3.6	3.6	79.5
	27	8	2.6	2.6	86.0
	28	13	4.2	4.2	90.2
	29	30	9.8	9.8	100.0
		Total	307	100.0	100.0

Nota. Tomado de la estadística descriptiva que arrojó el programa IBM SPSS 29 a la hora de correr el estudio investigativo.

Tabla 3:
Estadísticos descriptivos - Edad.

DESCRIPTIVOS			
		Estadístico	Error estándar
EDAD	Media	22.17	.199
	95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	21.77
		Límite superior	22.56
	Media recortada al 5%	22.02	
	Mediana	21.00	

Varianza	12.178	
Desviación estándar	3.490	
Mínimo	18	
Máximo	29	
Rango	11	
Rango intercuartil	5	
Asimetría	.725	.139
Curtosis	-.658	.277

Nota. Tomado de la estadística descriptiva que arrojó el programa IBM SPSS 29 a la hora de correr el estudio investigativo.

Estadísticos Descriptivos - CES-D

Para el caso de los estadísticos descriptivos del CES-D que mide el riesgo de presentar sintomatología depresiva, se estableció que el puntaje mínimo obtenido por los participantes en esta prueba psicométrica fue de 12 y el máximo fue de 67, con un rango de 55 puntos. Adicionalmente, se encontró que la media es de 32,89 puntos.

Como bien se explicó en el apartado instrumentos la prueba establece una puntuación máxima de 80, esta puntuación es distribuida en percentiles y desde allí se puede establecer el nivel de riesgo de sintomatología depresiva que un estudiante universitario puede padecer, para este caso la media se ubica en el percentil 80 el cual evidencia que la población tiene un riesgo alto de presentar síntomas de depresión.

Además, la desviación estándar permite conocer qué tanto se alejan los datos obtenidos de la media, para esta investigación se alejan en 11,046 puntos, esto indica que algunos de estos puntajes pueden retroceder al percentil 60 ubicándose en un riesgo medio mientras que otros

pueden evolucionar a un percentil máximo que indica un riesgo muy alto de experimentar sintomatología depresiva.

Tabla 4:
Estadísticos descriptivos CES-D.

		Estadístico	Error estándar	
CES-D	Media	32.89	.630	
	95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	31.65	
		Límite superior	34.13	
	Media recortada al 5%	32.35		
	Mediana	30.00		
	Varianza	122.014		
	Desviación estándar	11.046		
	Mínimo	12		
	Máximo	67		
	Rango	55		
	Rango intercuartil	14		
	Asimetría	.729	.139	
	Curtosis	-.066	.277	

Nota. Tomado de la estadística descriptiva que arrojó el programa IBM SPSS 29 a la hora de correr el estudio investigativo.

Estadísticos Descriptivos - PANSI

En el caso de la prueba PANSI, que busca identificar de manera anticipada el riesgo de la conducta suicida a partir de la medición de los factores de riesgo y protección, esta investigación reportó un puntaje mínimo de 0 y máximo de 51, causando que el rango se estableciera en 51 puntos.

Tal y como funciona en la prueba anterior, los puntajes también se clasifican por medio de percentiles que establecen un nivel de riesgo, para el caso de esta aplicación la media se estableció en 13,88 puntos, ubicándose en el percentil 80 el cual establece un riesgo alto de presentar conducta suicida. Al tomar en cuenta la desviación estándar podemos evidenciar una baja dispersión de los

datos con un valor de 0.593, causando que la mayoría de los encuestados se encuentren dentro del percentil anteriormente indicado.

Adicionalmente, a través del puntaje mínimo se puede evidenciar que este estudio arrojó datos con puntajes extremos como 0, si nos detenemos a analizar esta situación encontramos que el 43,37% de los datos se encuentran en un valor menor a la media, ubicándose en los percentiles 20, 40 y 60 que representan un nivel muy bajo, bajo y medio respectivamente frente al riesgo de conducta suicida.

Tabla 5:
Estadísticos descriptivos PANSI

		Estadístico	Error estándar	
PANSI	Media	13.88	.614	
	95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	12.67	
		Límite superior	15.09	
	Media recortada al 5%	13.02		
	Mediana	10.00		
	Varianza	115.888		
	Desviación estándar	10.765		
	Mínimo	0		
	Máximo	51		
	Rango	51		
	Rango intercuartil	14		
	Asimetría	1.144	.139	
	Curtosis	.730	.277	

Nota. Tomado de la estadística descriptiva que arrojó el programa IBM SPSS 29 a la hora de correr el estudio investigativo.

Normalidad de Pruebas PANSI y CES-D

Después de hallar los estadísticos descriptivos se realizó el cálculo de las pruebas de normalidad con el fin de hallar el estimador más apropiado para analizar los datos. Para esto se usó la prueba Kolmogórov-Smirnov, que evalúa muestras mayores a 50 individuos (Flores y

Flores. 2021). Este estadístico arrojó como resultado una significancia menor a .001, indicando que no existe una distribución o un comportamiento normal entre los datos.

Se habla de una distribución no normal cuando existen muchos valores dispersos dentro de la muestra, es decir, algunos valores existentes son bajos o altos llegando a afectar el promedio de la distribución de los datos (Howell, 2013).

Tabla 6:
Pruebas de Normalidad

PRUEBAS DE NORMALIDAD						
	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
PANSI	.163	307	<.001	.884	307	<.001
CES-D	.111	307	<.001	.951	307	<.001

a Corrección de significación de Lilliefors

Nota. Tomado de la prueba de normalidad que arrojó el programa IBM SPSS 29 a la hora de correr el estudio investigativo.

Coefficiente de Correlación de Spearman para PANSI y CES-D

Al no existir un comportamiento normal entre las variables, se debe hacer uso del coeficiente de correlación de Spearman, el cual indica la magnitud que puede existir entre las variables a medir (Pérez, 2008), en palabras más sencillas este coeficiente es comprendido como el nivel de relación que existe entre dos características o variables, en este caso la relación que existe entre las dos pruebas que mide la investigación.

En términos de puntuación, esta correlación brinda valores entre -1 y 1, los cuales evidencian la intensidad de la relación entre las variables. Cuando el resultado es cero (0) no existe relación entre el comportamiento de las variables que se evalúan, es decir, el comportamiento de una variable no se relaciona con el comportamiento de la otra. Sin embargo, entre más cercano a

1 sea el resultado del coeficiente, mayor será la fuerza de asociación entre las variables. (Roy, Rivas, Pérez y Palacios, 2019)

La correlación general de éste estudio toma a los 307 participantes, allí se evidencia una relación directa o positiva entre las dos variables con una correlación moderada establecida en un valor de 0.58. Esto indica que los estudiantes evaluados tienen riesgo de presentar síntomas depresivos y además, tienen una tendencia mayor a presentar factores de riesgo de la conducta suicida.

Desde allí se decidió realizar entonces correlaciones estratificadas por cada uno de los niveles educativos evaluados, esto con el fin de analizar en todos los casos las variables riesgo de conducta suicida y riesgo de síntomas depresivos medidos a través de las pruebas psicométricas aplicadas.

Tabla 7:
Coeficiente de correlación de Spearman - General.

CORRELACIONES				
		PANSI	CES-D	
Rho de Spearman	PANSI	Coeficiente de correlación	1.000	.588**
		Sig. (bilateral)	.	<.001
		N	307	307
	CES-D	Coeficiente de correlación	.588**	1.000
		Sig. (bilateral)	<.001	.
		N	307	307

** La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Nota. Tomado del coeficiente de correlación que arrojó el programa IBM SPSS 29 a la hora de correr el estudio investigativo.

Correlación de Spearman entre pruebas estratificadas por nivel educativo

Desagregando los datos por nivel educativo, se establece una estratificación determinada en pregrado, especialización, maestría y doctorado, en cada uno de esos estratos se realizó el mismo análisis correlacional anteriormente mencionado, el único cambio para cada estrato es la muestra utilizada, es decir, el conjunto de sujetos con los que se corrió el análisis.

En el caso de pregrado, se realizó el análisis a una muestra de 269 estudiantes, éste evidenció una correlación similar a la presentada en el análisis general, con una correlación moderada de las variables enmarcada en una puntuación de 0.578 como lo evidencia la tabla 7. Esto logra afirmar que es un 58% más probable que los estudiantes de este nivel educativo experimenten síntomas depresivos y riesgo de conducta suicida.

Tabla 8:
Coefficiente de correlación de Spearman - Pregrado.

CORRELACIONES				
		PANSI	CES-D	
Rho de Spearman	PANSI	Coeficiente de correlación	1.000	.578**
		Sig. (bilateral)	.	<.001
		N	269	269
	CES-D	Coeficiente de correlación	.578**	1.000
		Sig. (bilateral)	<.001	.
		N	269	269

** La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Nota. Tomado del coeficiente de correlación que arrojó el programa IBM SPSS 29 a la hora de correr el estudio investigativo.

Por su parte, en el caso de la estratificación de especialización se analizó una muestra de 5 participantes, allí se presenta una correlación de 0.900 demostrando una relación fuerte y

directamente proporcional entre las variables descritas anteriormente, esto quiere decir que los estudiantes de especialización son en un 90% más propensos a experimentar síntomas depresivos y por ende riesgo de conducta suicida.

Este panorama logró evidenciar que cuando los resultados del PANSI aumentaron, los del CES-D aumentan aún más, sin embargo, la fuerza de esta asociación puede deberse a que se tuvo una muestra pequeña en comparación con los otros grupos evaluados, y el coeficiente de correlación depende en parte del tamaño de la muestra (Roy, Rivas, Pérez y Palacios, 2019).

Tabla 9:
Coefficiente de correlación de Spearman - Especialización.

CORRELACIONES				
		PANSI	CES-D	
Rho de Spearman	PANSI	Coeficiente de correlación	1.000	.900*
		Sig. (bilateral)	.	.037
		N	5	5
	CES-D	Coeficiente de correlación	.900*	1.000
		Sig. (bilateral)	.037	.
		N	5	5

* La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

Nota. Tomado del coeficiente de correlación que arrojó el programa IBM SPSS 29 a la hora de correr el estudio investigativo.

Frente al nivel educativo de Maestría, se analizó una muestra de 32 estudiantes, allí se logró evidenciar una correlación muy similar a la presentada en pregrado y en el análisis general de este estudio, con un coeficiente de 0.569. Demostrando una relación directa y moderada entre las variables como se observa en la Tabla 9. Por lo tanto, los estudiantes de maestría tienen un 57% de probabilidad de experimentar síntomas depresivos y riesgo de conducta suicida.

Tabla 10:
Coefficiente de correlación de Spearman - Maestría.

CORRELACIONES				
		PANSI	CES-D	
Rho de Spearman	PANSI	Coeficiente de correlación	1.000	.569**
		Sig. (bilateral)	.	<.001
		N	32	32
	CES-D	Coeficiente de correlación	.569**	1.000
		Sig. (bilateral)	<.001	.
		N	32	32

** La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Nota. Tomado del coeficiente de correlación que arrojó el programa IBM SPSS 29 a la hora de correr el estudio investigativo.

Finalmente, para el caso de doctorado, no se realizó el cálculo de correlación debido a que la muestra de esta estratificación estaba conformada por un estudiante, por ende esta investigación acoge la correlación general para este estrato.

Prueba No Paramétrica de Wilcoxon

Para tener un estimador más preciso, se hizo necesario la utilización de las pruebas no paramétricas como la prueba de Wilcoxon, la cual permite comparar la distribución de los datos de dos conjuntos de variables que se encuentran emparejadas (Pérez, 2008). En palabras más sencillas, permite comprobar la igualdad de una hipótesis entre dos medianas poblacionales, en esta prueba se utiliza la mediana debido a que es un dato que brinda un mejor análisis de la muestra poblacional.

Dicha prueba fue diseñada para comparar dos muestras relacionadas y desde allí poder determinar si existen diferencias significativas entre ellas. Esta prueba se utiliza como alternativa

a la T de Student cuando las muestras no presentan una normalidad en sus datos y cuando la variable es continua o nominal (Quispe, Calla, Yangali, Rodríguez y Pumacayo, 2019)

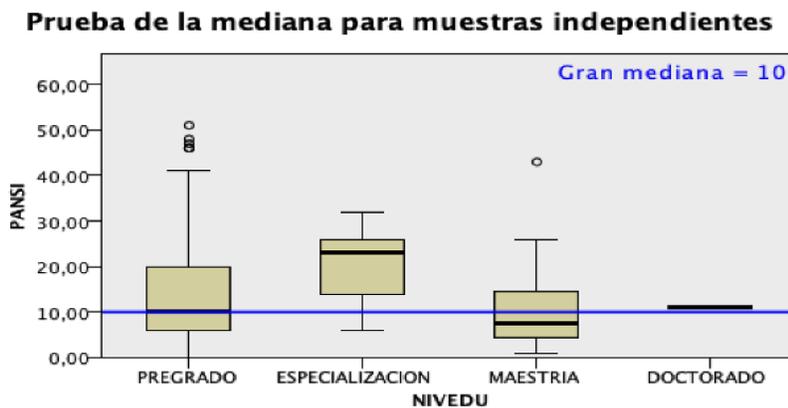
Esta investigación logró establecer que no existe una diferencia entre las correlaciones de los grupos, es decir, el comportamiento de las correlaciones para cada uno de niveles educativos es similar en las pruebas de riesgo de conducta suicida y riesgo de experimentar sintomatología depresiva, por ende, se reafirma que la correlación general de este estudio es adecuada, puesto que indica una coocurrencia entre las variables.

Gráfica 2:
Prueba de Wilcoxon – PANSI

Resumen de prueba de hipótesis

	Hipótesis nula	Prueba	Sig.	Decisión
1	Las medianas de PANSI son las mismas entre las categorías de NIVEDU.	Prueba de la mediana para muestras independientes	,204	Retener la hipótesis nula.

Se muestran significaciones asintóticas. El nivel de significación es de ,05.



N total	307
Mediana	10,000
Estadístico de contraste	4,594
Grados de libertad	3
Sig. asintótica (prueba bilateral)	,204

Nota. Tomado de la prueba de Wilcoxon que arrojó el programa IBM SPSS 29 a la hora de correr el estudio investigativo.

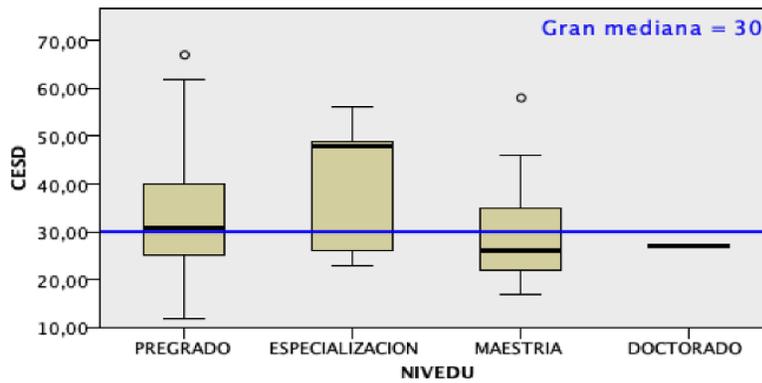
Gráfica 3:
Prueba de Wilcoxon - CES-D.

Resumen de prueba de hipótesis

	Hipótesis nula	Prueba	Sig.	Decisión
1	Las medianas de CESD son las mismas entre las categorías de NIVEDU.	Prueba de la mediana para muestras independientes	,227	Retener la hipótesis nula.

Se muestran significaciones asintóticas. El nivel de significación es de ,05.

Prueba de la mediana para muestras independientes



N total	307
Mediana	30,000
Estadístico de contraste	4,338
Grados de libertad	3
Sig. asintótica (prueba bilateral)	,227

Nota. Tomado de la prueba de Wilcoxon que arrojó el programa IBM SPSS 29 a la hora de correr el estudio investigativo..

Prueba de Chi-Cuadrado

La prueba estadística Chi-Cuadrado permite determinar si existe o no una interdependencia entre dos variables, es decir, esta prueba se utiliza para establecer si existe o no una asociación significativa entre dos variables. Esta prueba hace parte de lo que se conoce como pruebas de bondad de ajuste las cuales tienen como objetivo averiguar si los datos de la investigación se ajustan de la manera adecuada a la hipótesis (Ruíz, 2019).

Éste es un procedimiento estadístico que se utiliza con el fin de establecer si existe una diferencia significativa entre los resultados esperados y observados del estudio. Según Ruiz (2019) la interpretación establece que cuando el valor obtenido es igual a cero (0) existe una asociación perfecta entre las variables, por el contrario, si el valor arrojado es un valor superior o más grande, existe una discrepancia entre las variables.

Para el caso de esta investigación la prueba Chi-Cuadrado se utilizó para determinar la dependencia entre el nivel educativo y los resultados de las pruebas PANSI y CES-D descritas anteriormente. Éste análisis arrojó una asociación estadísticamente significativa entre ambas pruebas y el nivel educativo, esta significancia se estableció en un valor cercano a cero (0), sugiriendo que la hipótesis nula “no existe dependencia entre el nivel educativo, el riesgo de conducta suicida y los síntomas depresivos en jóvenes universitarios” debe ser rechazada.

Éste análisis habla de dependencia entre las variables debido a que la asociación estadísticamente significativa no es necesariamente causal, es decir, la tendencia de las variables a presentarse juntas no establecen una relación de causa y efecto ni una direccionalidad. Esto quiere decir que dicha asociación permite únicamente aseverar que las variables se presentan juntas y dependen entre ellas. Dicho planteamiento y los datos anteriormente expuestos concuerdan con lo planteado en la hipótesis de trabajo de esta investigación.

Tabla 11:
Chi Cuadrado - PANSI.

ESTADÍSTICOS DE PRUEBA - PANSI		
	NIVEL EDUCATIVO	PANSI
Chi-cuadrado	649,495a	248,375b
gl	3	43
Sig. Asintótica	0	0

a 0 casillas (0,0%) han esperado frecuencias menores que 5. La frecuencia mínima de casilla esperada es 76,8.

b 0 casillas (0,0%) han esperado frecuencias menores que 5. La frecuencia mínima de casilla esperada es 7,0.

Nota. Tomado de la prueba chi cuadrado que arrojó el programa IBM SPSS 29 a la hora de correr el estudio investigativo.

Tabla 12:
Chi Cuadrado - CES-D.

ESTADÍSTICOS DE PRUEBA - CES-D		
	NIVEL EDUCATIVO	CESD
Chi-cuadrado	649,495a	133,759b
gl	3	46
Sig. Asintótica	0	0

a 0 casillas (0,0%) han esperado frecuencias menores que 5. La frecuencia mínima de casilla esperada es 76,8.

b 0 casillas (0,0%) han esperado frecuencias menores que 5. La frecuencia mínima de casilla esperada es 6,5.

Nota. Tomado de la prueba chi cuadrado que arrojó el programa IBM SPSS 29 a la hora de correr el estudio investigativo.

Discusión

En esta investigación se buscó indagar la relación entre el riesgo de conducta suicida y el riesgo de síntomas depresivos en diferentes niveles de educación superior, específicamente en jóvenes pertenecientes a la facultad de medicina de la Universidad Nacional de Colombia sede Bogotá; esto con el fin de evidenciar si en los distintos niveles educativos se presentaba o no un incremento en el riesgo de padecer depresión y conducta suicida, dos problemáticas muy relevantes para la salud pública colombiana.

A partir de eso se buscó dar respuesta a la pregunta ¿Cuál es la relación entre el riesgo de conducta suicida y el riesgo de síntomas depresivos en diferentes niveles de educación superior de la población joven de la facultad de medicina de la Universidad Nacional de Colombia? El análisis realizado presentó un panorama complejo respecto a la relación de las variables ya que distintas investigaciones evidenciaron patrones consistentes de relación entre ellas, convirtiéndolas en un

tema que afecta de manera significativa la calidad de vida y el bienestar de los jóvenes en el contexto educativo.

Fue necesario entonces, realizar una caracterización de los procesos educativos tal y como se estableció en el marco teórico, al respecto, el sistema educativo colombiano contempla cinco niveles de educación: inicial, preescolar, básica, media y superior. Este último es el nivel educativo utilizado para esta investigación puesto que se abarca específicamente a los jóvenes universitarios de la facultad de medicina. El concepto de juventud en Colombia, se establece a través de la Ley 1885 de 2018 en donde se afirma que joven es toda persona entre 14 y 28 años que se encuentra en proceso de construcción de su autonomía física, moral, intelectual, cultural, económica y social y que por ende hace un ejercicio pleno de ciudadanía. Se utiliza la categoría juventud puesto que este grupo etario se encuentra directamente vinculado al sistema educativo, en los niveles de educación superior. Además el suicidio, es la segunda causa de muerte en jóvenes entre los 15 y los 29 años en la región de las Américas según el tercer informe regional sobre mortalidad por suicidio de la OPS (2021), posicionándose de manera clara como una problemática prioritaria en la agenda de la salud pública.

Esta investigación evaluó el riesgo de síntomas depresivos y el riesgo de conducta suicida en jóvenes universitarios a través de dos pruebas psicológicas, la primera fue una prueba de autoinforme que evaluó el riesgo de la sintomatología depresiva de las dos últimas semanas dando como resultado que el 76% de los participantes presenta riesgo en niveles muy altos y altos, seguidos por un 18.57% que presenta riesgo moderado, es decir, el 94.57% de los estudiantes presenta riesgo de sintomatología depresiva.

Estas cifras reflejan lo expuesto en la investigación de Cañón et al. (2018) donde destacan la depresión como uno de los factores más reportados por estudiantes en los servicios de salud

mental de las instituciones educativas, además, teniendo en cuenta el tiempo del reporte para esta prueba, es de vital relevancia lo expuesto por Folkman, et al., (1991) quienes aseguran que las personas que experimentan de manera intensa y prolongada síntomas depresivos pueden llegar a considerar el suicidio como una alternativa a su sufrimiento.

Los resultados obtenidos y el planteamiento anterior evidencian que a mayor sintomatología depresiva, mayor es el riesgo de conducta suicida, esto se encuentra en concordancia con lo expuesto por el DSM-V el cual manifiesta que el diagnóstico de depresión puede incluir la experimentación de pensamientos de muerte recurrentes, ideas suicidas sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico de llevarlo a cabo (como se citó en Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2018).

Desde allí se procedió a evaluar el riesgo de conducta suicida en los jóvenes universitarios, esta prueba arrojó como resultado que el 34.86% de los jóvenes reportan riesgo muy alto, el 21.83% presenta riesgo alto y el 18.90% presenta riesgo medio, permitiendo evidenciar que el 75.59% de la población evaluada tiene riesgo de conducta suicida. Esta es una cifra preocupante, puesto que denota una alta prevalencia de la problemática dentro de la facultad de medicina, convirtiéndose en un indicador claro de la urgente necesidad de trabajar la salud mental y la prevención del suicidio de manera efectiva, abordando de manera integral los factores de riesgo como las preexistencias en salud mental, el estrés académico, el aislamiento social, el consumo de sustancias psicoactivas, entre otras presentes en la comunidad universitaria.

En este punto se puede afirmar que el tipo de relación que se presenta entre el riesgo de conducta suicida y el riesgo de síntomas depresivos es una correlación positiva moderada, esto sugiere que los estudiantes evaluados tienen riesgo de presentar síntomas depresivos, lo que a la

vez indica una tendencia mayor a presentar factores de riesgo de la conducta suicida ya que ambos problemas de salud mental se encuentran vinculados y pueden llegar a influenciarse mutuamente.

Con el fin de establecer si existen diferencias por cada uno de los niveles educativos se procedió a evaluar las variables anteriormente mencionadas en cada nivel de educación superior, logrando establecer una relación de dependencia. Esto se debe a que no se obtuvo de manera explícita la direccionalidad ni la magnitud de la relación entre el nivel educativo, la depresión y la ideación suicida. Estas dos últimas se encuentran presentes en gran parte de los estudiantes evaluados pero eso no establece que sean los niveles educativos los causantes de dicha asociación.

Dicho análisis evidenció que la mayoría de los niveles educativos presenta una probabilidad superior al 50% de experimentar estos problemas de salud mental, lo quiere decir que el comportamiento de las variables en pregrado, maestría y doctorado es similar. El único caso donde se presentó una diferencia significativa fue en especialización, sin embargo, como se explicó en los resultados, la fuerza de esa asociación pudo deberse a la muestra evaluada.

Por lo tanto, se puede afirmar que el riesgo de sintomatología depresiva, el riesgo de conducta suicida y los niveles educativos se presentan juntos y se influyen mutuamente pero no existe una relación de causa y efecto entre ellos. Éste es un planteamiento similar al expuesto por distintas investigaciones que aseguran que estas variables se presentan juntas aunque en distintas intensidades (Cabrera, et al., 2011; Martínez, 2010; Rodríguez, et al., 2015 como se citó en Carmona, et al., 2017).

A partir de todo lo anterior se puede afirmar que la hipótesis de trabajo que establece la existencia de una dependencia entre el nivel educativo y la presencia de riesgo de conducta suicida y síntomas depresivos se da por cumplida. Ya que todo lo anterior sugiere que el ámbito académico es un factor significativo más no determinante en dicha relación, es por esto que se hace necesaria

la promoción de la salud mental como una prioridad en el grupo etario de juventud que como se ha podido evidenciar a lo largo de este documento se encuentra directamente vinculada al sistema educativo y por ende tiene una probabilidad mayor de enfrentarse a la depresión y a la conducta suicida.

Existen investigaciones que también han identificado a la población joven como una de las más prevalentes ante estas problemáticas, tal es el caso de González, et al., (2011) quien asegura que estudiantes entre 14 y 24 años tienen una presencia elevada de sintomatología depresiva. Adicionalmente, Villalobos (2009) asegura que el 36.5% de los jóvenes universitarios tienen conducta suicida, resaltando que este grupo etario es el que más reportes de riesgo genera. Ambas investigaciones resaltan que estas edades se encuentran directamente vinculadas al sistema educativo específicamente en la educación media y superior.

Algunas investigaciones han evaluado exclusivamente la situación de estas problemáticas psicológicas en el nivel posgradual, tal es el caso de Abreu, et al., (2011) quienes lograron evidenciar que el 40,18% de los estudiantes de maestría y doctorado presentaban riesgo de conducta suicida y el 52,04% presentaron síntomas depresivos, adicionalmente, Nogueira, et al., (2004) evaluaron 146 estudiantes de maestría y doctorado pertenecientes al área de la salud que buscaron atención psicológica en el programa de atención de salud mental que ofrecía una universidad brasileña, allí se logró evidenciar que el 40% de la población que consulta tiene presencia de sintomatología depresiva, estableciendo como causas el poco tiempo para realizar sus investigaciones, la falta de recursos financieros tanto para las investigaciones como para el sostenimiento personal, la presencia de conflictos en las relaciones con docentes o compañeros de clase, la falta de interés por parte de los asesores de tesis y problemas de salud física como dolores de cabeza o alteraciones en el patrón del sueño.

Adicionalmente, autores como Cañón y Carmona (2018) han realizado investigaciones que les permiten asegurar que en los jóvenes universitarios el riesgo de conducta suicida es alto, sin embargo, se incrementa potencialmente con la presencia de síntomas de ansiedad, depresión y con diagnósticos de enfermedad mental previos. Esto se evidenció en esta investigación puesto que las personas que contaban con un diagnóstico psicológico previo, presentaron una mayor puntuación en las pruebas psicométricas, permitiendo identificar a los trastornos mentales previos y/o las comorbilidades como posibles factores predictores del riesgo de conducta suicida.

Al momento de desagregar los diagnósticos psicológicos previos presentes en esta investigación por cada uno de los posgrados, se logró reflejar que el 100% de los estudiantes de doctorado, el 40% de los estudiantes de especialización y el 15,63% de estudiantes de maestría reportaron tener un diagnóstico previo, siendo depresión y ansiedad los trastornos más frecuentes. Al revisar investigaciones como la de García, et al., (2014) sobre el nivel educativo posgradual se logró establecer que la sintomatología depresiva y el trastorno depresivo eran una constante para los participantes de dichos estudios.

Específicamente, en esa investigación el 60% de los estudiantes de maestría y doctorado presentaban estos diagnósticos y el 73,6% los presentaban en conjunto, convirtiéndose así en factores de riesgo para la aparición de la conducta suicida en estudiantes de posgrados. Además, autores como Neves et al., (2021) aseguran que los estudios posgraduales pueden llegar a representar un factor de riesgo para el estudiante debido al nivel de exigencia, la mayor carga académica, la falta de tiempo, los compromisos adquiridos y las expectativas que se manejan en estos niveles educativos.

Es importante reconocer que si bien las cifras de todos estos estudios son inferiores a las halladas en esta investigación, todos destacan aspectos similares como la población, las edades, los niveles educativos y la magnitud de la problemática, brindando aún más consistencia a los resultados obtenidos a lo largo de este estudio.

En este punto es importante aclarar que existen algunos factores que pudieron influir en los resultados obtenidos en esta investigación, si bien la medición se realizó en estudiantes universitarios de la Universidad Nacional de Colombia sede Bogotá, no todos los universitarios eran bogotanos, en la comunidad estudiantil existe una gran diversidad de contextos y culturas provenientes de otros rincones del territorio nacional e incluso de otras partes del mundo que en ocasiones dificultan la adaptación a la vida universitaria, ésta última representa un desafío frente a los procesos de cambio, adaptación y socialización llegando a ser aspectos incidentes en los procesos emocionales de los estudiantes.

Sumado a lo anterior, ser estudiante universitario trae consigo un nivel de responsabilidad superior; este es otro de los desafíos que se presentan ya que gestionar el tiempo, los compromisos académicos y las acciones a implementar para fortalecer la vida estudiantil y personal requiere del uso de la autonomía como herramienta facilitadora de la toma de decisiones; sin embargo, esto puede desencadenar algunas situaciones emocionalmente estresantes puesto que no siempre serán decisiones o situaciones fáciles de enfrentar.

Adicionalmente, parte de la población evaluada reportó estar inmersa también en la vida laboral, esta es una situación que plantea un desafío adicional al que ya por naturaleza tiene cursar un proceso académico, específicamente porque se debe conciliar el tiempo entre ambas actividades y esto puede representar una sobrecarga física y mental para el estudiante, que sumada al estrés académico, la presión social, las expectativas personales e institucionales frente a los procesos

educativos y las demás dimensiones de la vida contribuyen de manera significativa en el desarrollo de problemas de salud mental como la ansiedad y la depresión; enfermedades que fueron reportadas por parte de los evaluados en este estudio.

La carga académica suele además ser una de las principales características de este tipo de investigaciones, ya que las exigencias de cada una de las materias, las entregas, trabajos y proyectos, así como la temporada de exámenes, generan en los estudiantes altos niveles de estrés y ansiedad que inciden en su estabilidad emocional; sin embargo, en esta investigación la medición se llevó a cabo en periodo vacacional, lo que hace aún más relevante los resultados arrojados considerando que se encontraban en descanso de las actividades escolares. Es muy probable que cuando los estudiantes retomen sus actividades académicas los niveles de riesgo incrementen aún más puesto que volverán a enfrentar de primera mano los desafíos de la academia.

Es a partir de todo esto que se deben reconocer y abordar desde las instituciones educativas estas dificultades que impiden a los estudiantes transitar de una manera más sencilla por la vida universitaria, además, se debería tener en cuenta las características de los programas académicos, puesto que cada uno de éstos puede presentar unas condiciones específicas que deben ser tomadas en cuenta, por ejemplo, en posgrados sería prioritario evaluar la carga de los estudiantes ya que la gran mayoría además de estudiar tienen otro tipo de responsabilidades como las laborales, los procesos de cuidado de personas a cargo y las tareas del hogar.

Para esto, la Universidad Nacional de Colombia a través del Acuerdo 007 de 2010 determinó y organizó el Sistema de Bienestar Universitario definido como “las políticas, estrategias, formas de articulación de sus cuerpos colegiados, instancias de dirección, áreas, programas y redes internas y externas para cumplir sus objetivos misionales.” (art. 1) con el objetivo de constituir un eje articulador y transversal a la docencia, la investigación y la extensión

universitaria que aporta a través de acciones formativas, procesos de monitoreo, evaluación y mejoramiento (art. 2).

El sistema se enmarca dentro de distintos lineamientos entre los cuales encontramos la “contribución a la disminución de la deserción estudiantil, asociada a factores socio-económicos, de salud física, fisiológica o psíquica, y de adaptabilidad a la vida universitaria.” y el “fomento de acciones que propendan una Universidad Saludable y el autocuidado” (art. 4) siendo implementados por medio de instancias de dirección como el Rector, la Dirección Nacional de Bienestar, el Director de Bienestar de Sede y de Facultad (art. 6), ya que son ellos los encargados de velar por el cumplimiento de las diferentes áreas que componen el desarrollo integral de la comunidad universitaria.

En dichas áreas encontramos la gestión y fomento socioeconómico, salud, cultura, acompañamiento integral, actividad física y deporte (art.7) ésta investigación abarca el área de la salud la cual tiene como objetivo “promover el mejoramiento permanente de las condiciones físicas, psíquicas, mentales, sociales y ambientales en las que se desarrolla la vida universitaria, mediante programas formativos, preventivos y correctivos que inciden en la calidad y hábitos de vida saludable.” (art. 12) y desde allí la Universidad Nacional de Colombia plantea programas como la disminución de factores de riesgo en la comunidad universitaria, la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, la gestión en salud y el apoyo para la atención primaria y de emergencia. (art. 14) en la mayoría de los casos lo realiza a través del área de acompañamiento integral el cual se encarga de acompañar el paso por la universidad, facilitar el conocimiento de sí mismo y de la comunidad, desarrollar sentido de pertenencia, compromiso individual y construcción de tejido social que fortalezca las relaciones humanas (art. 15) desde allí se tienen distintas líneas rectoras, pero son la “asesoría y seguimiento a la comunidad universitaria en las

diferentes problemáticas que se presenten individual y colectivamente” y “apoyo y acompañamiento a la comunidad universitaria en los cambios y retos que le impone su tránsito por la universidad” los que se vincularían desde este proceso investigativo.

El artículo 7 del Acuerdo 044 de 2009 establece que la Universidad dispondrá para sus estudiantes de un sistema de acompañamiento integral que buscará brindar apoyo en el proceso de formación de los alumnos, es desde allí que el Acuerdo 028 de 2010 reglamenta el Sistema de Acompañamiento Estudiantil – SAE definido como:

Conjunto de políticas, lineamientos, actores, actividades y medios académicos y de bienestar, que partiendo del reconocimiento de las libertades, oportunidades y diferencias individuales, apoya y asesora a los estudiantes de pregrado y posgrado de la Universidad Nacional de Colombia, con el fin de facilitar la adaptación, la permanencia y la culminación exitosa de su formación profesional (art. 1)

Estableciendo distintos objetivos que le permiten al estudiantado transitar de una manera óptima e integral su proceso académico, implementando estrategias, programas y actividades por medio de los componentes académico y bienestar universitario. (art.6).

La Facultad de Medicina de la sede Bogotá se adhiere a esta normativa y trabaja de forma concertada y articulada con bienestar de sede, estableciendo una oficina exclusiva para los estudiantes de la facultad y desde allí se realizan actividades frente a la caracterización, detección, información, intervención, asesoramiento, monitoreo y remisión a los estudiantes a las instancias competentes ya sean académicas o de bienestar internas o externas de la Universidad.

Para conocer los distintos programas de manejo para el riesgo psicosocial fue necesario acudir a las instalaciones de la oficina de bienestar universitario de la facultad de medicina, puesto que ésta información no es de fácil acceso ni se encuentra en los medios digitales de la facultad ni

de Bienestar Universitario; allí el Psicólogo Daniel Leguizamón brindó una pequeña contextualización frente a tres programas y/o herramientas importantes que funcionan dentro de la facultad de medicina de la sede Bogotá, el primero hace referencia al Plan A, una iniciativa que surge desde la pandemia del Covid-19 la cual brinda acompañamiento integral a los estudiantes realizando actividades de promoción, prevención, intervención y direccionamiento. Este programa evalúa no solo las situaciones contextuales de los estudiantes sino que contempla una interacción entre la historia de vida y los procesos académicos de los alumnos.

Por medio de un portafolio de talleres, el Plan A realiza promoción de la salud, prevención de la enfermedad e identificación de malestar y riesgo dentro de la facultad brindándole a los estudiantes la posibilidad de acudir a estos talleres como una alternativa a su malestar y desde donde podrán obtener herramientas que les permitan enfrentarse a las dificultades académicas y personales que enfrentan. Adicionalmente, menciona el acompañamiento que se realiza desde el SAE como plataforma de reporte, allí los docentes, tutores y/o estudiantes (que contactan a bienestar en solicitud de espacios de atención) realizan reportes de alumnos en riesgo con una pequeña contextualización de la situación que se presenta y el sistema los prioriza mediante una estrategia denominada “semáforo”. El color rojo ubica a los estudiantes en riesgo, el amarillo a los de riesgo moderado y el verde a los de acompañamiento, éste reporte permite atender de manera oportuna los estudiantes priorizados y derivarlos al Centro de Atención en Salud Estudiantil – CASE. Finalmente, Así mismo, se hace referencia a las rutas de atención en salud mental e inclusión como herramientas clave para el direccionamiento adecuado de los casos, la atención temprana y la atención primaria en salud mental ya que estas rutas junto a otras establecidas a través de entes externos como las EPS permiten que los estudiantes puedan obtener la ayuda profesional que necesitan.

Si bien estas herramientas permiten evidenciar el trabajo interno que ha realizado la oficina de bienestar universitario de la facultad de medicina frente al riesgo psicosocial, en todos los casos estos procesos implican un reporte por parte de alguno de los miembros de la comunidad universitaria superiores al estudiante, es decir, el departamento, la dirección, subdirección, facultad, docente, tutor, entre otros para así poder entrar en contacto con las herramientas que brinda la facultad, explícitamente, no son herramientas de libre acceso, incluso, obtener información sobre las mismas no es tan sencillo, ya que no se encuentran datos abiertos frente a estas estrategias en las páginas de los departamentos o incluso en la página principal de bienestar universitario. Se hace necesario entonces realizar una socialización activa de estos espacios para poder promocionar de manera adecuada la salud mental de los estudiantes, además, enfatizar en los procesos de caracterización del estudiantado y la detección temprana de casos de riesgo para esta problemática.

Se sugiere entonces realizar una socialización más activa frente a las herramientas y rutas existentes dentro de la facultad para la prevención y promoción de la salud mental, adicionalmente, realizar periódicamente algunas intervenciones colectivas del portafolio de talleres que permitan concientizar a los estudiantes frente a los signos y síntomas de alarma, así como sobre la importancia de la búsqueda de atención profesional a tiempo.

Ahora bien, considerando que la Salud Pública es el conjunto de políticas y acciones que el Estado desarrolla para garantizar de manera integral la salud de la población, esta investigación ha hecho notoria una falencia en la garantía de dicho derecho, ya que se han evidenciado fallas en el cumplimiento del objetivo de la Política Nacional de Salud Mental el cual radica en promover esta última como un elemento integral de la garantía del derecho a la salud de todas las personas

que habitan el territorio nacional, explícitamente esta política plantea la reducción de riesgos asociados a problemas mentales, epilepsia, suicidio y violencias interpersonales.

Como bien se ha podido observar durante todo el documento, la conducta suicida y los síntomas depresivos son un problema que se extiende por todo el territorio nacional, que no está siendo abordado de manera adecuada en los distintos entornos en los que los colombianos se desenvuelven, tampoco se evidencia el proceso educativo en habilidades psicosociales que les permita a las personas afrontar las exigencias de la vida cotidiana de una manera más adecuada, ni el fortalecimiento de las acciones preventivas. Todas estas son estrategias planteadas por la Política que no están siendo implementadas adecuadamente y por ende no están presentando los indicadores que demuestren la reducción de estas problemáticas, es por esto que el Ministerio de Salud debería redoblar los esfuerzos que permitan poner en marcha esta Política Nacional de Salud Mental y desde allí pensar estrategias específicas para la población juvenil que como bien se ha desarrollado en este estudio es la más afectada por las enfermedades mentales.

Para el caso Bogotano, la Política Distrital de Salud Mental es una estrategia orientada a facilitar respuestas efectivas que mantengan, fortalezcan y restituyan la salud mental como garantía del derecho a la salud, buscando mejorar la disponibilidad, el acceso, la permanencia y la calidad de la prestación del servicio de salud mental. El desarrollo y cumplimiento adecuado de los ejes que componen ésta política establecen la atención integral de la salud mental, el fortalecimiento de las redes de atención y del equipo humano en salud, la oferta de programas con enfoque de atención primaria y la vigilancia en salud como acciones preventivas frente a la salud mental, sin embargo, a pesar de esto problemáticas como la depresión y el suicidio se encuentran en un crecimiento acelerado en la capital colombiana.

Al ser Bogotá la ciudad que lidera las cifras de salud mental en el País, la Secretaría Distrital de Salud debería comprometerse a trabajar en la promoción y prevención de la salud mental de los bogotanos, especialmente en los grupos etarios donde más se presenta esta problemática, creando estrategias intersectoriales que permitan reducir de manera contundente el crecimiento de las cifras, además, debería desarrollar acciones de fortalecimiento de capacidades institucionales y comunitarias frente a los procesos de atención, prevención y rehabilitación de la salud mental en el distrito.

Para que la salud pública pueda abordar estas problemáticas, es necesario plantear respuestas coordinadas que involucren a las autoridades sanitarias (Ministerio de Salud y Secretaría Distrital de Salud), las autoridades educativas (Ministerio de Educación Nacional y Secretaría de Educación Distrital), la comunidad universitaria (Universidad Nacional de Colombia) y la sociedad. Siendo ineludible el trabajo por mejorar el acceso a los servicios de atención profesional y la distribución adecuada de recursos que permitan la prevención, detección y tratamiento temprano en los entornos educativos. Adicionalmente, es fundamental realizar un abordaje social y cultural frente a la importancia de la salud mental y los factores que desde estos ámbitos pueden influir en el enfoque integral de la atención.

Se recomienda entonces que las entidades e instituciones involucradas prioricen la detección y el tratamiento oportuno como una estrategia contundente para la prevención del suicidio y el mejoramiento de la calidad de vida de los estudiantes. Así mismo, es necesario plantear programas de sensibilización sobre salud mental dirigidos a estudiantes, profesores y personal administrativo con el fin de reducir el estigma que existe en relación a la salud mental, así como establecer en conjunto con las autoridades sanitarias servicios de salud mental dentro del campus universitario que sean de fácil acceso, confidenciales y gratuitos.

Fortalecer las líneas de atención en salud mental existentes dentro de la institución y la facultad es otra de las sugerencias que permitiría robustecer los procesos de atención primaria, puesto que poder acceder a un profesional vía llamada y/o chat las 24 horas del día garantizaría el seguimiento y la atención continua a los estudiantes que lo requieran, priorizando la seguridad y el bienestar de toda la comunidad universitaria. Aquí es importante aclarar que actualmente la Universidad Nacional de Colombia cuenta con un chat de atención denominado “UN Te Escucha” y la facultad de medicina cuenta con un chat de WhatsApp mediante el cual los estudiantes pueden reportar emergencias, sin embargo, estos chats solo se encuentran habilitados en horarios de oficina.

Adicionalmente, se deberían implementar estrategias de detección temprana de estudiantes en riesgo y el refuerzo del proceso de promoción de bienestar universitario a través de actividades físicas, culturales y recreativas que permitan fortalecer herramientas como el autocuidado y el mutuo cuidado esenciales a la hora de abordar estas problemáticas. Para los estudiantes que ya padecen riesgo, es importante facilitar el acceso a la atención por parte de un profesional, así como la activación de las redes de apoyo y de seguimiento que permitan garantizar el bienestar del estudiantado.

De igual forma, se sugiere implementar una cátedra transversal al proceso educativo donde se impartan herramientas psicosociales para afrontar los desafíos propios de cada nivel educativo. También, se recomienda implementar un monitoreo regular en los programas que indague sobre los procesos académicos, las relaciones interpersonales dentro y fuera de la institución, los factores económicos y los procesos de seguridad alimentaria y de vivienda. Esto con el fin de conocer de primera mano la situación de los estudiantes y realizar la respectiva derivación a los procesos psicoterapéuticos y/o de acompañamiento integral estudiantil cuando sea necesario.

Igualmente, contar con organizaciones aliadas para desarrollar trabajos en conjunto es otra gran medida que permite ampliar el alcance de las iniciativas de prevención y promoción, ya que algunas de esas organizaciones cuentan con financiación privada que permiten realizar actividades de mayor impacto, por ejemplo, permitiría hacer uso de las nuevas tecnologías como los softwares de inteligencia artificial para realizar análisis a los estudiantes en diferentes espacios por medio de la implementación de sensores que interpreten la temperatura corporal o el tono de la voz para reconocer las variaciones emocionales y poder generar las alertas tempranas respectivas.

Además, el desarrollo y socialización de investigaciones y actividades de monitoreo que se realicen dentro del campus universitario puede generar insumos que la institución podría utilizar en la construcción de planes y estrategias internas que permitan aumentar la conciencia sobre la importancia del proceso de cuidado de la salud mental y la confianza de los estudiantes en la institución que busca garantizar el bienestar integral de sus alumnos.

Es importante hacer hincapié en que estas estrategias deben desarrollarse desde un enfoque intersectorial y multidisciplinar, para esto se sugiere trabajar de la mano de las Secretarías de Salud y la Secretaría de Educación Distrital en asociación con la Universidad Nacional de Colombia sede Bogotá, ya que esto permite abordar de manera integral la problemática al tiempo que evidencia un esfuerzo colectivo que involucra a toda la comunidad universitaria y a la sociedad.

Conclusiones

Finalmente, se puede concluir que existe una relación entre el riesgo de conducta suicida y los síntomas depresivos en niveles educativos superiores la cual fue evaluada a través de la dependencia entre variables. Esto implica que el nivel educativo es un factor relevante a la hora de hablar sobre estas problemáticas en jóvenes universitarios, pero no se puede afirmar que sea el factor causal de dichos problemas psicológicos en esta población.

Adicionalmente, la vida universitaria en cualquiera de sus niveles pone a prueba las herramientas mentales de las personas que la enfrentan, ya que estar inmersos en ella supone desafíos adaptativos, académicos y relacionales difíciles de contrarrestar, situación que empeora si se tiene un diagnóstico psicológico previo, aumentando el riesgo de conducta suicida y de depresión. Desde allí se hace hincapié en la importancia de evaluar y mejorar las dinámicas de prevención y promoción de la salud mental dentro del campus universitario para lograr reducir los riesgos y el daño que esta problemática pueda ocasionar.

En este punto se hace necesario resaltar que para esta investigación, el nivel educativo con mayor asociación entre conducta suicida y sintomatología depresiva fue especialización, sin embargo, tal y como se aclaró anteriormente la fuerza de dicha asociación puede deberse a que este nivel tuvo una muestra pequeña en comparación con los otros grupos evaluados.

Se reitera además, que este es un tema relevante para la salud pública del País y del Distrito Capital puesto que las cifras de esta problemática se encuentran en aumento y son muchos los años de vida potencialmente perdidos por muerte prematura en la juventud colombiana, causando un impacto prolongado en la salud de toda la población que de paso genera graves consecuencias en los indicadores de calidad de vida, bienestar y desarrollo individual, social y comunitario.

A raíz de esto promover la salud mental en el contexto universitario permitiría prevenir problemas y trastornos mentales en la juventud, que tal y como se caracterizó en esta investigación es el grupo etario más afectado y vulnerable ante esta problemática, siendo éste un acto de responsabilidad a la hora de contribuir a la salud pública distrital y a los ciudadanos de Bogotá.

Finalmente, el panorama que ofrece este estudio evidencia la necesidad de unir esfuerzos entre los diferentes actores involucrados como las entidades distritales y las instituciones de educación superior con el fin de atender de manera oportuna el riesgo que representa el nivel

educativo, la depresión y la conducta suicida en la juventud del campus universitario. En conclusión, se hace pertinente la atención prioritaria a esta problemática desde todos los entornos involucrados, reforzando los factores protectores de la salud mental, de tal forma que se logre fortalecer los procesos sanitarios, la protección de la vida y el bienestar de los estudiantes dentro y fuera del campus universitario.

Referencias

- Acuerdo 007. (2010). Por el cual se determina y organiza el Sistema de Bienestar Universitario en la Universidad Nacional de Colombia. Abril 13 de 2010. Recuperado de http://www.legal.unal.edu.co/rlunal/home/doc.jsp?d_i=37468
- Acuerdo 028. (2010). Por el cual se reglamenta el Sistema de Acompañamiento Estudiantil en la Universidad Nacional de Colombia. Diciembre 03 de 2010. Recuperado de http://www.legal.unal.edu.co/rlunal/home/doc.jsp?d_i=39164
- Acuerdo 044. (2009). Por el cual se adopta el Estatuto Estudiantil de la Universidad Nacional de Colombia en sus disposiciones de Bienestar y Convivencia. Diciembre 01 de 2009. Recuperado de http://www.legal.unal.edu.co/rlunal/home/doc.jsp?d_i=37192#7
- Agudelo, L. y Aignerren, J. y Ruiz, J. (2008). Diseños de investigación experimental y no-experimental. *La Sociología en sus Escenarios*, (18), 1–46. Recuperado de https://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstream/10495/2622/1/AgudeloGabriel_2008_DisenosInvestigacionExperimental.pdf
- Aguirre, D., Cataño, J., Cañón, S., Marín, D., Rodríguez, J., Rosero, L., Valenzuela, L. y Vélez, J. (2015). Riesgo suicida y factores asociados en adolescentes de tres colegios de la ciudad de Manizales (Colombia), 2013. *Revista Facultad Medicina*, 63(3), 419-29. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rfmun/v63n3/v63n3a09.pdf>
- Álvarez-Hernández, G. y Delgado-DelaMora J. (2015). Diseño de Estudios Epidemiológicos. El Estudio Transversal: Tomando una Fotografía de la Salud y la Enfermedad. *Bol Clin Hosp Infant Edo Son*, 32(1), 26-34. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/bolclinhosinfson/bis-2015/bis151f.pdf>

- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. (2004). El suicidio en los adolescentes. En Spanish Facts for Families Guide. Recuperado de https://www.aacap.org/AACAP/Families_and_Youth/Facts_for_Families/FFF-Spanish/El-Suicidio-en-los-Adolescentes-010.aspx
- Amézquita, M., González, R. & Zuluaga, D. (2003). Prevalencia de la depresión, ansiedad y comportamiento suicida en la población estudiantil de pregrado de la Universidad de Caldas, año 2000. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 32(4), 341-356. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502003000400003&lng=en&tlng=es.
- Arenas, A., Gómez-Restrepo, C. y Rondón, M. (2016). Factores asociados a la conducta suicida en Colombia. Resultados de la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 45(51), 68-75. Recuperado de <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-psiquiatria-379-pdf-S0034745016300063>
- Arlaes, L., Hernández, G., Álvarez, D. y Cañizares, T. (1998). Conducta suicida: factores de riesgo asociados. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 14(2), 122-126. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251998000200004&lng=es&tlng=es.
- Arrieta, K., Díaz, S. y González, F. (2014). Síntomas de depresión y ansiedad en jóvenes universitarios: prevalencia y factores relacionados. *Revista CLÍN MED FAM*, 7(1). 14-22. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/albacete/v7n1/original2.pdf>
- Baader, T., Rojas, C., Molina, J., Gotelli, M., Alamo, C., Fierro, C., Venezian, S. y Dittus, P. (2014). Diagnóstico de la prevalencia de trastornos de la salud mental en estudiantes

universitarios y los factores de riesgo emocionales asociados. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 52(3), 167-176. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272014000300004>

Banco Mundial. (2022). Educación, Panorama General. Recuperado de <https://www.bancomundial.org/es/topic/education/overview>

Bantjes, J., Iemmi, V., Coast, E., Channer, K., Leone, T., McDaid, D., Palfreyman, A., Stephens, B. y Lund, C. (2016). Poverty and suicide research in low-and middle-income countries: systematic mapping of literature published in English and a proposed research agenda. *Global Mental Health*. 3. 1-18. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/311616395_Poverty_and_suicide_research_in_low-and_middleincome_countries_systematic_mapping_of_literature_published_in_English_and_a_proposed_research_agenda

Barbabosa, R. (2023). Teoría de los Cuatro Humores. Universidad Nacional Autónoma de México. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/366985830_Teoria_de_los_cuatro_humores

Barrionuevo, J. (2009). Suicidio e Intentos de Suicidio. Universidad de Buenos Aires: Facultad de Psicología. Recuperado de <http://www.bibliopsi.org/docs/carreras/obligatorias/CFG/adolescencia/barrionuevo/Suicidio%20e%20intentos%20de%20suicidio..pdf>.

Barros, H., Reschetti, S., Martínez, M., Nunes, M. y Cabral, P. (2017). Factores asociados a la presencia de ideación suicida entre universitarios. *Revista Latino-Americana de*

Enfermagem, 25(28). Recuperado de http://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/es_0104-1169-rlae-25-e2878.pdf

Barroso, A. (2019). Comprender el suicidio desde una perspectiva de género: una revisión crítica bibliográfica. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 39(135), 51-66. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.4321/s0211-57352019000100004>

Bazán-López, J., Olórtegui-Malaver, V., Vargas-Murga, H. y Huayanay-Falconí, L. (2016). Prevalencia y factores asociados con la conducta suicida en adolescentes de Lima rural. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 79(1), 3-16. Recuperado de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-85972016000100002&lng=es&tlng=es.

Benavides, V., Villota, N. y Villalobos, F. (2019). Conducta suicida en Colombia: Una revisión sistemática. *Revista De Psicopatología y Psicología Clínica*, 24(3), 181-195. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/338930990_Conducta_suicida_en_Colombia_Una_revision_sistemica

Bendit, R. y Miranda, A. (2017). La gramática de la juventud: Un nuevo concepto en construcción. Recuperado de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/udecada/v25n46/0718-2236-udecada-25-46-00004.pdf>

Bertolote, J. y Fleischmann, A. (2002). Suicide and psychiatric diagnosis: a worldwide perspective. *World Psychiatry*, 1:181-185. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1489848/>

Cabezas, E., Andrade, N. y Torres, J. (2018). Introducción a la metodología de la investigación científica (1ra ed.). Ecuador: Universidad de las Fuerzas Armadas. Recuperado de

<http://repositorio.espe.edu.ec/xmlui/bitstream/handle/21000/15424/Introduccion%20a%20la%20Metodologia%20de%20la%20investigacion%20cientifica.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Cañón, S. y Carmona, J. (2018). Ideación y conductas suicidas en adolescentes y jóvenes.

Pediatría Atención Primaria, 20(80), 387-397. Recuperado de

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322018000400014&lng=es&tlng=pt.

Cañón, S., Castaño, J., Atehortúa, B., Botero, P., García, L., Rodríguez, L., Tovar, C. y Rincón,

E. (2012). Factor de riesgo para suicidio según dos cuestionarios y factores asociados en población estudiantil de la Universidad de Manizales (Colombia), 2011. *Psicología desde el Caribe*, 29(3), 632-664. Recuperado de

<https://www.redalyc.org/pdf/213/21328599005.pdf>

Cardona, D., Medina-Pérez, Ó. y Cardona, D. (2016). Caracterización del suicidio en

Colombia, 2000-2010. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 45(3), 170-177. Recuperado

de <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-psiquiatria-379-pdf-S0034745015001584>

Carmona, J., Carmona, D., Maldonado, N., Rivera, C. y Fernández, O et al. (2017). El suicidio

y otros comportamientos autodestructivos en jóvenes universitarios de Colombia y Puerto Rico: acciones, interacciones y significaciones. Universidad de Manizales.

Recuperado de

<https://ridum.umanizales.edu.co/xmlui/bitstream/handle/20.500.12746/3204/El%20Suicidio%20en%20Jovenes%20Universitarios.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Carvajal, G., y Caro, C. V. (2011). Ideación suicida en la adolescencia: una explicación desde tres de sus variables asociadas en Bogotá, 2009. *Colombia Médica*, 42(2), 45-56.

Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/283/28322504006.pdf>

Casal, J. y Mateu, E. (2003). Tipos de muestreo. *Rev. Epidem. Med. Prev*, 1(1), 3-7.

Recuperado de [https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/55524032/TiposMuestreo1-with-](https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/55524032/TiposMuestreo1-with-cover-page-)
[cover-page-](https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/55524032/TiposMuestreo1-with-cover-page-)

[v2.pdf?Expires=1653947868&Signature=HwiB7sppSuPIWW5KNTF~qEw1sgLcc-n1RG5ZkV1pf02kBu8Z7vtp6UF5ypFxTV6kyhrPq6snWpZBnORDjiCpwxAEpwlw~~b-WoFGkdYO3TR-DvzxwD8uUNF1mAJ-PRbAid0a9StdIZGFRxy9sSn63-GUxP7ZBGj2onNIoJDbMhKBBAQ86vvUONBFpA-VeH2DWqxQrqa78kKl-OEanB9KpRmgKRIwHQ1RPqNEX1u4QPtl0ARllq8xfuUUTS1NKkbNifQEdMDZ~gAWe5scILmj-bN8lQSOMKH1fi6NKmw-akFNZL~MdMrzeZOqxKqL43ST7Hg1fe5nGnBFwbgAhgXeg_&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA](https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/55524032/TiposMuestreo1-with-cover-page-v2.pdf?Expires=1653947868&Signature=HwiB7sppSuPIWW5KNTF~qEw1sgLcc-n1RG5ZkV1pf02kBu8Z7vtp6UF5ypFxTV6kyhrPq6snWpZBnORDjiCpwxAEpwlw~~b-WoFGkdYO3TR-DvzxwD8uUNF1mAJ-PRbAid0a9StdIZGFRxy9sSn63-GUxP7ZBGj2onNIoJDbMhKBBAQ86vvUONBFpA-VeH2DWqxQrqa78kKl-OEanB9KpRmgKRIwHQ1RPqNEX1u4QPtl0ARllq8xfuUUTS1NKkbNifQEdMDZ~gAWe5scILmj-bN8lQSOMKH1fi6NKmw-akFNZL~MdMrzeZOqxKqL43ST7Hg1fe5nGnBFwbgAhgXeg_&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA)

Castaño, J., Cañón, S., Betancur, M., Castellanos, P., Guerrero, J., Gallego, A. y Llanos, C.

(2015). Factor de riesgo suicida según dos cuestionarios, y factores asociados en estudiantes de la universidad nacional de Colombia sede Manizales. *Revista Diversitas: Perspectiva Psicológica*, 11(2), 193- 205. Recuperado de <https://doi.org/10.15332/s1794-9998.2015.0002.02>

Castro, V., Martínez, A., Camacho, P. y Rueda, G. (2010). Factores de riesgo y protectores para intento suicida en adultos colombianos con suicidabilidad. *Revista Colombiana Psiquiatría*. 39(4), 705-715. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v39n4/v39n4a06.pdf>

Cazau, P. (2006). Introducción a la investigación en Ciencias Sociales (3ra ed.). Buenos Aires.

Recuperado de

https://educacionparatodalavida.files.wordpress.com/2015/10/cazau_pablo_-_introduccion_a_la_investigacion.pdf

Ceballos, G. y Suarez, Y. (2012). Características de inteligencia emocional y su relación con la ideación suicida en una muestra de estudiantes de Psicología. *Revista CES Psicología*,

5(2), 88-100. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/4235/423539471008.pdf>

Ciro, L. (2006). La teoría y su función en los tres modelos de investigación. *Ánfora*, 13(20), 66-76. ISSN: 0121-6538. Recuperado de

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=357835619004>

Consejo Nacional de Política Económica y Social. (2020). CONPES 3992: Estrategia para la Promoción de la Salud Mental en Colombia. Bogotá D.C., 14 de abril de 2020.

Recuperado de <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Conpes/Economicos/3992.pdf>

Consejo Nacional de Política Económica y Social. (2021). CONPES 4040: Pacto Colombia con las Juventudes: Estrategia para Fortalecer el Desarrollo Integral de la Juventud. Bogotá D.C: Agosto 9 de 2021. Recuperado de

<https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Conpes/Economicos/4040.pdf>

Constitución Política de Colombia. [Const.] (1991) 2da Ed. Legis. Recuperado de:

<http://pdba.georgetown.edu/Constitutions/Colombia/colombia91.pdf>

Corona, B., Hernández, M. y García, R. (2016). Mortalidad por suicidio, factores de riesgos y protectores. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 15(1), 90-100. Recuperado de

<https://www.redalyc.org/pdf/1804/180444213011.pdf>

- Cortina, E., Peña, O. y Gómez, M. (2009). Factores psicológicos asociados a intentos de suicidio en jóvenes entre 16 – 25 años del Valle de Aburrá. *Revista de Psicología*, 1(1), 55-73. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4865205.pdf>
- Cruz, C., Olivares, S. y González, M. (2014). Metodología de la Investigación. México, D.F.: Grupo Editorial Patria. Recuperado de <https://books.google.com.ec/books?id=8uLhBAAAQBAJ&printsec=frontcover#v=onepage&q&f=false>
- Decreto 499. (2011). Por el cual se crea el Sistema Distrital de Juventud y se dictan otras disposiciones. Noviembre 11 de 2011. Recuperado de <https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=44609>
- Delgado, A., Insuasty, D. y Villalobos, F. (2004). Factores de Riesgo Asociados a la Conducta Suicida. *Revista Universidad y Salud*, 1(5), 60-76. Recuperado de <https://revistas.udenar.edu.co/index.php/usalud/article/view/293/pdf>
- Denis, E., Barradas, M., Delgadillo, R. Denis, P. y Melo, G. (2017). Prevalencia de la ideación suicida en estudiantes de Medicina en Latinoamérica: un metaanálisis. *Revista Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo*, 8(15). Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/ride/v8n15/2007-7467-ride-8-15-00387.pdf>
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística. (2018). Censo Nacional de Población y Vivienda – CNPV. Recuperado de <https://www.datos.gov.co/Estadisticas-Nacionales/Censo-Nacional-de-Poblacion-y-Vivienda-CNPV-2018/qzc6-q9qw>
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística. (2021). Juventud en Colombia. Recuperado de <https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/notas-estadisticas/dic-2021-nota-estadistica-juventud-en-colombia.pdf>

Departamento Administrativo Nacional de Estadística. (2022). Proyecciones de Población

Jóvenes 14-28 años. Recuperado de

https://obs.colombiajoven.gov.co/Observatorio/Observatorio.aspx?rpt=Buyel7PqAptVw9lwUXO_Fw==&TSPD_101_R0=0883a32c4dab20008af323c56069a5e484b59f740b5413699b7d38402e22b99e4c1ad6b13fa1811a0896fcef161430001d03e934730cd2d8b60a6192d23f53960dd819adf1c8f564beebce85c219658f198532213507632f7ef1edfd76be2412

Diekstra, R. y Garnefski, N. (1995). On the nature, magnitude, and causality of suicidal behaviors: an international perspective. *Suicide & life-threatening behavior*, 25(1), 36–57. Recuperado de <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1943-278X.1995.tb00391.x>

Finol, M. y Vera, J. (2020). Paradigmas, enfoques y métodos de investigación: análisis teórico. *Mundo Recursivo*, 3(1), 1-24. Recuperado de

<https://drive.google.com/file/d/1vI7S1dPpkES8zUwyfenm0Jn6PmzAsKMO/view>

Florenzano, U., Valdés, C., Cáceres, C., Santander, R., Aspillaga H. y Musalem, A. (2011).

Relación entre ideación suicida y estilos parentales en un grupo de adolescentes chilenos. *Revista Médica de Chile*, 139(12), 1529–1533. Recuperado de

https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872011001200001

Flores, C. y Flores, K. (2021). Pruebas para comprobar la normalidad de datos en procesos

productivos: Anderson-Darling, Ryan-Joiner, Shapiro-Wilk y Kolmogórov-

Smirnov. *Societas. Revista de Ciencias Sociales y Humanísticas*, 23(2). 83-97.

Recuperado de: <http://portal.amelica.org/ameli/jatsRepo/341/3412237018/index.html>

- Folkman, S., Chesney, M., McKusick, L., Ironson, G., Johnson, D. y Coates, T. (1991).
Translating Coping Theory into an Intervention. *The Social Context of Coping*, 239–
260. Recuperado de https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-1-4899-3740-7_11
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2020). ¿Quiénes son los jóvenes de hoy? Una
generación sin límites. Recuperado de <https://www.unicef.org/cuba/historias/quienes-son-los-jovenes-de-hoy-una-generacion-sin-limites>
- Forero, I., Siabato, E. y Salamanca, Y. (2017). Ideación suicida, funcionalidad familiar y
consumo de alcohol en adolescentes de Colombia. *Revista Latinoamericana de
Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 15(1), 431-442. Recuperado de
<https://www.redalyc.org/pdf/773/77349627028.pdf>
- Fraijo Sing, B., Osorio, N., Corral, V., Tapia, C. y Montiel, M. (2012). Factores psicosociales
asociados a la ideación suicida y el parasuicidio en adolescentes. *PSICUMEX*. 2. 41-55.
Recuperado de
https://www.researchgate.net/publication/337793874_Factores_psicosociales_asociados_a_la_ideacion_suicida_y_el_parasuicidio_en_adolescentes/citation/download
- Franco, S., Gutiérrez, M., Sarmiento, J., Cuspoca, D., Tatis, J., Castillejo, A., Barrios, M.,
Ballesteros, M., Zamora, S. y Rodríguez C. (2017). Suicidio en estudiantes
universitarios en Bogotá, Colombia, 2004-2014. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(1),
269-278. Recuperado de <https://www.scielosp.org/article/csc/2017.v22n1/269-278/>
- García, A., Moffitt, L. y Kaslow, N. (2014). Mental Health and Suicidal Behavior Among
Graduate Students. *Academic Psychiatry* 38, 554–560. Recuperado de
<https://link.springer.com/article/10.1007/s40596-014-0041-y>

- García, D. (2017). Depresión en el siglo XX: concepción y tratamientos. Universidad del Rosario. Recuperado de <https://repository.urosario.edu.co/server/api/core/bitstreams/5e090760-3cec-423b-a8fd-80c60851992f/content>
- Gibb, B., Alloy, L., Abramson, L., Rose, D., Whitehouse, W., y Hogan, M. (2001). Childhood Maltreatment and College Students? Current Suicidal Ideation: A Test of the Hopelessness Theory. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 31(4), 405–415. Recuperado de <https://guilfordjournals.com/doi/abs/10.1521/suli.31.4.405.22042?journalCode=suli>
- Gili, M., Castellví, P., Vives, M., de la Torre-Luque, A., Almenara, J., Blasco, M., Cebrià, A., Gabilondo, A., Pérez-Ara, M., Miranda-Mendizábal, A., Lagares, C., Parés-Badell, O., Piqueras, J., Rodríguez-Jiménez, T., Rodríguez-Marín, J., Soto-Sanz, V., Alonso, J. & Roca, M. (2019). Mental disorders as risk factors for suicidal behavior in young people: A meta-analysis and systematic review of longitudinal studies. *Journal of Affective Disorders*, 245(15), 152-162. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032718305925?via%3Dihub>
- Goenaga, Y. y Molina, A. (2019). Descripción de Ideación Suicida y Depresión en Jóvenes de una Institución Educativa en Santa Marta. Universidad Cooperativa de Colombia. Recuperado de <https://repository.ucc.edu.co/server/api/core/bitstreams/c94313e9-df60-46a2-b122-ccc418ceb2d2/content>
- Gómez, C., Rodríguez, N., Bohórquez, A., Diazgranados, N., Ospina, M. y Fernández, C. (2002). Factores asociados al intento de suicidio en la población colombiana. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 31(4), 283-298. Recuperado de

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502002000400002&lng=en&tlng=es.

González, C. y Andrade, P. (1995). La relación de los hijos con sus progenitores y sus recursos de apoyo: Correlación con la sintomatología depresiva y la ideación suicida en los adolescentes mexicanos. *Salud Mental*, 18, 41-48. Recuperado de http://revistasaludmental.mx/index.php/salud_mental/article/view/575

González, C., García, G., Medina, M. y Sánchez, M. (1998). Indicadores psicosociales predictores de ideación suicida en dos generaciones de estudiantes universitarios. *Revista Salud Mental*, 21(3), 1-9. Recuperado de http://www.revistasaludmental.mx/index.php/salud_mental/article/view/702/701

González, P., Medina, O. y Ortiz, J. (2016). Riesgo suicida y factores asociados en estudiantes de Psicología en una Universidad pública de Colombia. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 15(1), 136-146. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/1804/180444213015.pdf>

González, A., Ramos, J., Nolasco, E., Lara, A., Ramírez, A., Márquez, M., Illán, O. y Amaya, M. (2014). Depresión y suicidio. *Revista Médico-Científica de la Secretaría de Salud Jalisco*. 1(1), 47-55. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/saljalisco/sj-2014/sj141k.pdf>

Guibert, W. y Torres, N. (2001). Intento suicida y funcionamiento familiar. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 17(5), 452-460. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252001000500008&lng=es&tlng=es.

- Halliburton, M. (1998). Suicide: A Paradox of Development in Kerala. *Economic and Political Weekly*, 33(36/37), 2341–2345. <http://www.jstor.org/stable/4407154>
- Hernández, M., Garrido, F. y López, S. (2000). Diseño de estudios epidemiológicos. *Salud pública de México*, 42, 144-154. Recuperado de https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/spm/v42n2/2383.pdf
- Hernández, P. y Villarreal R. (2015). Algunas especificidades en torno a la conducta suicida. *MEDISAN*, 19(4), 1051-1058. Recuperado de <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v19n8/san14198.pdf>
- Howell, D. (2013). *Fundamental statistics for the behavioural sciences*. Thomson & Wadsworth. USA.
- Hussain, R., Guppy, M., Robertson, S. y Temple, E. (2013). Physical and mental health perspectives of first year undergraduate rural university students. *BMC Public Health* 13 (848). Recuperado de <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-848>
- Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. (2021). ¿Te has preguntado qué es ser joven?. Recuperado de <https://www.icbf.gov.co/mis-manos-te-enseñan/te-has-preguntado-que-es-ser-joven>
- Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. (2021). Boletín estadístico mensual Centro de Referencia Nacional sobre Violencia diciembre 2021. Recuperado de https://www.medicinalegal.gov.co/documents/20143/628335/Boletin_Dic_2021.pdf
- Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. (2022). Boletín estadístico mensual Centro de Referencia Nacional sobre Violencia abril 2022. Recuperado de https://www.medicinalegal.gov.co/documents/20143/742818/Boletin_abril_2022.pdf

- Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. (2023). Boletín estadístico mensual Centro de Referencia Nacional sobre Violencia mayo 2023. Recuperado de https://www.medicinalegal.gov.co/documents/20143/879499/Boletin_mayo_2023.pdf
- Kennedy, A., Brumby, S., Versace, V. y Brumby-Rendell, T. (2018). Online assessment of suicide stigma, literacy, and effect in Australia's rural farming community. *BMC Public Health* 18, 846. Recuperado de <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5750-9>
- Krauskopf, D. (2015). Los marcadores de juventud: la complejidad de las edades. Última década. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=19542273006>
- Landeau, R. (2007). *Elaboración de trabajos de investigación*. Caracas: Editorial Alfa.
- León, A. (2007). ¿Qué es la educación?. *Educere*, 11(39), 595-604. Universidad de los Andes, Venezuela. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/356/35603903.pdf>
- Ley 1090. (2006). Por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología, se dicta el Código Deontológico y Bioético y otras disposiciones. Diario Oficial No. 46.383 de 6 de septiembre de 2006.
- Ley 115. (1994). Por la cual se expide la ley general de educación. Diario Oficial No. 41.214 de 8 de febrero de 1994. Recuperado de http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0115_1994.html
- Ley 1581. (2012). Por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales. Octubre 17 de 2012. Recuperado de <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=49981>
- Ley 1885. (2018). Por la cual se modifica la ley estatutaria 1622 de 2013 y se dictan otras disposiciones. Marzo 1 de 2018. Recuperado de https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma_pdf.php?i=85540

- Ley 30. (1992). Por la cual se organiza el servicio público de la Educación Superior. Diario Oficial No. 40.700 de 29 de diciembre de 1992. Recuperado de http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0030_1992.html
- Maldonado, J. (2018). Metodología de la investigación social: Paradigmas: cuantitativo, sociocrítico, cualitativo, complementario. Ediciones de la U. Recuperado de https://books.google.com.co/books?hl=es&lr=&id=FTSjDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA23&dq=paradigma+cuantitativo+enfoque+emp%C3%ADrico&ots=6lcH2NMHY3&sig=EOJiOI4s_x3PZ-SenkZAF0BkPA#v=onepage&q&f=false
- Malo, D. (2008). La Medición en Psicología como Herramienta y como Reflexión Ética en el Ejercicio del Psicólogo. *Psicogente*, 11(19), 46-51. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/4975/497552139005.pdf>
- Marusic, A., Kan, M. y Farmer, A. (2002). ¿Pueden explicar la pobreza y el nivel de alfabetización las distintas tasas de suicidio existentes en Europa? *The European journal of psychiatry* (edición en español), 16(2), 111-116. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1579-699X2002000200005&lng=es&tlng=es.
- Micin, S. y Bagladi, V. (2011). Mental Health in University Students: Incidence of Psychopathology and Suicidal Behavior Data in The Student Health Service Users. *Terapia psicológica*, 29(1), 53-64. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082011000100006>
- Ministerio de Educación Nacional. (2019). Niveles de la Educación Superior. Recuperado de <https://www.mineducacion.gov.co/portal/Educacion-superior/Sistema-de-Educacion-Superior/231238:Niveles-de-la-Educacion-Superior>

Ministerio de Educación Nacional. (2021). Datos Abiertos sobre Instituciones de Educación Superior. Recuperado de https://www.datos.gov.co/Educacion/MEN_INSTITUCIONES-EDUCACION-SUPERIOR/n5yy-8nav

Ministerio de Educación Nacional. (2022). Sistema educativo colombiano. Recuperado de <https://www.mineducacion.gov.co/portal/Preescolar-basica-y-media/Sistema-de-educacion-basica-y-media/233839:Sistema-educativo->

Ministerio de Educación Nacional. (s.f). Definición cobertura neta y bruta. Recuperado de <https://www.mineducacion.gov.co/1621/article-82702.html>

Ministerio de Salud. (2018). Boletín de Salud Mental, Conducta Suicida, Subdirección de Enfermedades No Transmisibles. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/boletin-conducta-suicida.pdf>

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2018). Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y Adolescencia. Actualización. Unidad de Asesoramiento Científico-técnico 2018. Guías de Práctica Clínica en el SNS. Recuperado de https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2020/10/gpc_575_depresion_infancia_avaliat_compl.pdf

Molina, J., Gutiérrez, Y. y Oviedo, E. (2011). Depresión, autoestima y su relación con la ideación suicida en estudiantes de un colegio privado de la ciudad de Ciénaga-Magdalena (Colombia). *Duazary*, 8(1), 13–19. Recuperado de <https://revistas.unimagdalena.edu.co/index.php/duazary/article/view/1662/1122>

- Montero, M. (2004). *Introducción a la Psicología comunitaria*. Buenos Aires. PAIDÓS.
Recuperado de <http://www.catedralibremartinbaro.org/pdfs/libro-montero-introduccion-a-la-psicologia-comunitaria.pdf>
- Muñoz, A. (2002). El Suicidio: Como enfrentar los pensamientos suicidas. Recuperado de <https://www.cepvi.com/index.php/psicologia/articulos/el-suicidio-como-afrontar-los-pensamientos-suicidas>
- National Institute of Mental Health. (2021). Depresión. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Publicación de NIH Núm. 21-MH-8079S. Recuperado de <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depression-sp>
- Navarro, J. y Moctezuma, D. (2012). *Hacia una Reforma del Sistema Educativo Nacional En Plan de Diez Años para Desarrollar el Sistema Educativo Nacional*. [En línea]. México: Dirección General de Publicaciones y Fomento Editorial, UNAM. Recuperado de <https://www.planeducativonacional.unam.mx/PDF/completo.pdf>
- Neves, E., Reschetti, S., Martínez, M., Kogien, M., Duarte, M. y Santos, F. (2021). Factors associated to suicide risk in stricto sensu postgraduate students: a cross-sectional study. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 29:e3460, 1-12. Recuperado de <https://www.scielo.br/j/rlae/a/XbtMcTsmG5DNFv6q4tVZWpg/?format=pdf&lang=es>
- Nizama, M. (2011). Suicidio. *Revista Peruana de Epidemiología*, 15(2), 81-85. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/2031/203122516002.pdf>
- Nogueira, L., Fagnani, R., Macedo, P., Cítero, V. y Mari, J. (2004). The mental health of graduate students at the Federal University of São Paulo: a preliminary report. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*, 37(10), 1519–1524. Recuperado de <https://www.scielo.br/j/bjmb/a/WqStD4npgKgtwKDK9YsDkwB>

O'Carroll, P. W., Berman, A. L., Maris, R. W., Moscicki, E. K., Tanney, B. L., & Silverman, M. M. (1996). Beyond the Tower of Babel: a nomenclature for suicidology. *Suicide & life-threatening behavior*, 26(3), 237–252. Recuperado de

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1943-278X.1996.tb00609.x>

Organismo Internacional de Juventud para Iberoamérica. (2017). Insumos para el Proyecto de Plan Integral de Gestión Aproximación a las Realidades de los Jóvenes en Iberoamérica y al Tema de Juventud en la Región. Recuperado de <https://oij.org/wp-content/uploads/2017/10/1.-SÍNTESIS-INVESTIGACIÓN.pdf>

Organismo Internacional de Juventud para Iberoamérica. (2022). Aproximaciones a los mundos juveniles. Diálogos iberoamericanos. Recuperado de

<https://repository.javeriana.edu.co/handle/10554/62213>

Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. (2022). ¿Qué Debe Saber Acerca del Derecho a la Educación?. Recuperado de

[https://www.unesco.org/es/right-education/need-](https://www.unesco.org/es/right-education/need-know?TSPD_101_R0=080713870fab2000e4edce7d670ecff0eda510514464c1e4080a54f94a8af093669757da7c2da647087c31314414300095c4a14654f7c3e60ded932557b293ffaf4caa6eb68be961f6c60fca71f7e72fa33789bdc025f4f2cdc1e7a600c6575c)

[know?TSPD_101_R0=080713870fab2000e4edce7d670ecff0eda510514464c1e4080a54f94a8af093669757da7c2da647087c31314414300095c4a14654f7c3e60ded932557b293ffaf4caa6eb68be961f6c60fca71f7e72fa33789bdc025f4f2cdc1e7a600c6575c](https://www.unesco.org/es/right-education/need-know?TSPD_101_R0=080713870fab2000e4edce7d670ecff0eda510514464c1e4080a54f94a8af093669757da7c2da647087c31314414300095c4a14654f7c3e60ded932557b293ffaf4caa6eb68be961f6c60fca71f7e72fa33789bdc025f4f2cdc1e7a600c6575c)

Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. (2020).

UNESCO con, por y para la juventud. Recuperado de

https://www.unesco.org/es/youth?TSPD_101_R0=080713870fab2000e6d43870264484ab7a861ce0c326298e1da52bdc869e34fc779f1794e7e3586d08dd0ecd381430000e4f08a4d65ffad400bee52340da40c44772df117b81731ed17b501ec5191495eba9b64cd364de1cd33d3c4109064a0b

Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. (2012). La UNESCO y la juventud - Estrategia ¡No sólo somos el futuro, somos también el presente!. Decenio de las Naciones Unidas para la Alfabetización: la educación para todos 2003-2012. Recuperado de <https://www.un.org/es/events/observances/alfabetizacion/youthandeducation.html>

Organización de las Naciones Unidas. (1948). Declaración Universal de los Derechos Humanos. Asamblea General, 10 de diciembre de 1948. Recuperado de <https://www.standup4humanrights.org/es/declaration.html>

Organización de las Naciones Unidas. (1981). Resoluciones aprobadas sobre la base de los informes de la Tercera Comisión. Asamblea General sesión plenaria, 203-207. Recuperado de <https://documents-dds-ny.un.org/doc/RESOLUTION/GEN/NR0/384/80/IMG/NR038480.pdf?OpenElement>

Organización de las Naciones Unidas. (1985). Juventud. Recuperado de <https://www.un.org/es/global-issues/youth>.

Organización de las Naciones Unidas. (2016). Educación de Calidad: Por qué es importante. Recuperado de https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/wp-content/uploads/sites/3/2016/10/4_Spanish_Why_it_Matters.pdf

Organización de las Naciones Unidas. (2018). La Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible: una oportunidad para América Latina y el Caribe (LC/G.2681-P/Rev.3), Santiago. Recuperado de https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/40155/24/S1801141_es.pdf

Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud. (2014). Informe Regional de Mortalidad por Suicidio en las Américas. ISBN 978-92-75-31843-0

Recuperado de <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/PAHO-Mortalidad-por-suicidio-final.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (2013). Mental Health: Suicide Prevention. Recuperado de http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/

Organización Mundial de la Salud. (2017). Día Mundial de la Salud 2017: Depresión, hablemos. Recuperado de https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14978:world-health-day-2017&Itemid=0&lang=es#gsc.tab=0

Organización Mundial de la Salud. (2019). Cada 40 segundos se suicida una persona. Recuperado de <https://www.who.int/es/news/item/09-09-2019-suicide-one-person-dies-every-40-seconds>

Organización Mundial de la Salud. (2021a). Suicidio. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>

Organización Mundial de la Salud. (2021b). Una de cada 100 muertes es por suicidio. Recuperado de <https://www.who.int/es/news/item/17-06-2021-one-in-100-deaths-is-by-suicide>

Organización Mundial de la Salud. (2023). Depresión. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>

Organización Panamericana de la Salud. (1975). Salud y Juventud. Washington, D.C. Recuperado de <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/5973/30900.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Organización Panamericana de la Salud. (2016). Masculinidad y el Suicidio entre Hombres en las Américas. Recuperado de <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2016/hojadatos-suicidio-masculinidades.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud. (2021). Mortalidad por Suicidio en la Región de las Américas. Informe Regional 2010-2014. ISBN: 978-92-75-32330-4
- Organización Panamericana de la Salud. (s.f). Depresión. Recuperado de <https://www.paho.org/es/temas/depresion#:~:text=La%20depresión%20es%20una%20enfermedad,%2C%20biológicos%2C%20ambientales%20y%20psicológicos.>
- Osman, A., Gutierrez, P., Kopper, B., Barrios, F. y Chiros, C. (1998). The Positive and Negative Suicide Ideation Inventory: Development and Validation. *Psychological Reports*, 82(3), 783–793. Recuperado de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9676490/>
- Pérez, H. (2008). Estadística para las ciencias sociales, del comportamiento y de la salud. (3ª ed). Cengage Learning.
- Pérez, M., Martínez, L., Viancha, A., y Avendaño, B. (2017). Intento e ideación suicida y su asociación con el abuso sexual en adolescentes escolarizados de Boyacá – Colombia. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 13(1), 91-101. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/679/67952833007.pdf>
- Pérez, S. (2001). ¿Cómo evitar el suicidio en adolescentes?. Recuperado de <https://www.psicologia-online.com/ebooks/suicidio/index.shtml>
- Piquet, M. y Wagner, B. (2003). Coping Responses of Adolescent Suicide Attempters and Their Relation to Suicidal Ideation Across a 2-Year Follow-Up: A Preliminary Study. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 33(3), 288–301. Recuperado de <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1521/suli.33.3.288.23212>

- Polaino, A. (1996). Trastorno Bipolar y Conducta Suicida en Adolescentes. En Psicopatología en niños y adolescentes (pp. 279 - 292). Madrid: Ediciones Pirámide. Recuperado de https://repositorioinstitucional.ceu.es/bitstream/10637/1940/1/Trastorno_A_Polaino_1996.pdf
- Pucutay, V. (2018). Depresión como factor asociado a ideación suicida en estudiantes de medicina humana de Trujillo 2016. Universidad Privada Antenor Orrego - UPAO. Recuperado de <http://repositorio.upao.edu.pe/handle/20.500.12759/3956>
- Quispe, A.; Calla, K.; Yangali, J.; Rodríguez, J. y Pumacayo, I. (2019). Estadística no paramétrica aplicada a la investigación científica con software SPSS, MINITAB Y EXCEL Enfoque práctico. 1. 1-80. Recuperado de: <https://www.editorialeidec.com/wp-content/uploads/2020/01/Estad%C3%ADstica-no-param%C3%A9trica-aplicada.pdf>
- Radloff, L. (1977). The CES-D Scale: A Self-Report Depression Scale for Research in the general population. *Appl Psychol Meas*, 1(3), 385–401. Recuperado de doi: 10.1177/014662167700100306
- Ramos. C. (2020). Los alcances de una investigación. *CienciAmérica*, 9(3), 1-5. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/346351134_Los_Alcances_de_una_investigacion
- Resolución 8430. (1993). Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Octubre 4 de 1993. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>

- Rocamora, A. (2012). Intervención en crisis en las conductas suicidas. Recuperado de https://doc-04-1c-docs.googleusercontent.com/docs/securesc/ha0ro937gcuc717deffksullhg5h7mbp1/p24eshv2sb2j11s5hvr7tnhvda017n/1550757600000/03522983314046592180/*1hcNTg5rbdpicDRdnqypASxpI9Lec7OaD?e=download
- Rosales, J. y Córdova, M. (2011). Ideación suicida y su relación con variables de identificación personal en estudiantes universitarios mexicanos. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 13(2), 9-30. Recuperado de <https://www.redalyc.org/html/802/80220774002/>
- Roy, I.; Rivas, R.; Pérez, M. y Palacios, L. (2019). Correlación: no toda correlación implica causalidad. *Revista alergia México*, 66(3), 354-360. Recuperado de: <https://doi.org/10.29262/ram.v66i3.651>
- Ruiz, Á. y Gómez, C. (2015). *Epidemiología clínica: investigación clínica aplicada* (Segunda edición.). Editorial Médica Internacional Ltda.
- Ruíz, L. (2019). Prueba de chi-cuadrado (χ^2): qué es y cómo se usa en estadística. En *Psicología y Mente*. Recuperado de <https://psicologiaymente.com/miscelanea/prueba-chi-cuadrado#>
- Secretaría de Educación Distrital. (2021). Informe Caracterización del Sector Educativo. Recuperado de https://www.educacionbogota.edu.co/portal_institucional/sites/default/files/Boletin_Caracterizacion_sector_educativo_Bogota_2021.pdf
- Secretaría Distrital de Integración Social. (2020). Bogotá ya tiene una “Política Pública de Juventud 2019-2030”: fue aprobada y adoptada por el CONPES D.C. Recuperado de

<https://www.integracionsocial.gov.co/index.php/noticias/94-noticias-juventud/3626-bogota-ya-tiene-nueva-politica-publica-de-juventud-2019-2030-fue-aprobada-y-adoptada-por-el-conpes-d-c>

Secretaría Distrital de Integración Social. (2022). Juventud. Recuperado de

<https://www.integracionsocial.gov.co/index.php/politicas-publicas/lidera-sdis/politica-publica-juventud>

Siabato, E. y Salamanca, Y. (2015). Factores asociados a ideación suicida en universitarios.

Psychologia: avances de la disciplina, 9(1), 71-81. Recuperado de

<http://www.scielo.org.co/pdf/psych/v9n1/v9n1a06.pdf>

Silva, D., Vicente, B., Arévalo, E., Dapelo, R., & Soto, C. (2017). Intento de suicidio y factores

de riesgo en una muestra de adolescentes escolarizados de Chile. *Revista De*

Psicopatología Y Psicología Clínica, 22(1), 33–42.

<https://doi.org/10.5944/rppc.vol.22.num.1.2017.16170>

Sistema Integral de Información de la Protección Social. (2019). Tasa de Intento de Suicidio

2009 – 2019. Recuperado de <http://rssvr2.sispro.gov.co/ObsSaludMental/>

Sistema Nacional de Información de la Educación Superior. (2021). Perfiles regionales de

Educación Superior Región Bogotá. Recuperado de

<https://snies.mineducacion.gov.co/portal/Informes-e-indicadores/Perfiles-regionales-de-Educacion-Superior/>

Sistema Nacional de Información en Juventud y Adolescencia de Colombia. (2022).

Proyecciones de Población Jóvenes 14-28 años. Recuperado de

https://obs.colombiajoven.gov.co/Observatorio/Observatorio.aspx?rpt=Buyel7PqAp_tVw9lwUXO_Fw==

- Sisto, C. (1991). Depresión (2da. Parte) El suicidio. *Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica - ALCMEON* 3: 297-316. Recuperado de https://alcmeon.com.ar/1/3/a03_03.htm
- Taguenca, J. (2009). El concepto de juventud. *Revista mexicana de sociología*, 71(1), 159-190. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-25032009000100005&lng=es&tlng=es.
- Taliaferro, L., Rienzo, B., Pigg, R., Miller, M. y Dodd, V. (2009). Spiritual Well-Being and Suicidal Ideation Among College Students. *Journal of American College Health*, 58(1), 83–90. Recuperado de <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3200/JACH.58.1.83-90>
- Tortolero, L. y Calzolaio, A. (2011). Depresión en estudiantes de medicina de la Universidad Nacional Experimental Francisco de Miranda, estado Falcón, Venezuela. *Revista de Ciencias Sociales*, 17(2), 329-340. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28022757012>
- Uribe, I., Zacarías, X. y Silva, M. (2021). Malestar emocional, dificultades familiares y experiencias sobre suicidio en jóvenes estudiantes de nivel superior. *CNEIP, Enseñanza e Investigación en Psicología*, 3(3), 330-341. Recuperado de <https://www.revistacneip.org/index.php/cneip/article/view/218>
- Urteaga, M. (2019). Adolescencia y juventud: reposicionamientos teóricos. *Investigaciones Sociales*, 22(40), 59–72. Recuperado de <https://doi.org/10.15381/is.v22i40.15883>
- Valencia, A., Pareja, A. y Arena, D. (2014). Trastornos neuropsiquiátricos en estudiantes universitarios con bajo rendimiento académico de una universidad privada de Medellín. *CES Psicología*, 7(1), 69-78. Recuperado de <https://revistas.ces.edu.co/index.php/psicologia/article/view/2766/2106>

- Vélez, D., Maldonado, N. y Rivera, C. (2017). Espectro del suicidio en jóvenes universitarios en Puerto Rico. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 28(1), 34-44. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=233255999003>
- Vigoya, A., Osorio, Y. y Salamanca, Y. (2019). Caracterización del intento de suicidio en una ciudad colombiana (2012 - 2017). *Duazary*. 16(1): 53-66. Recuperado de <https://www.proquest.com/docview/2405603592/fulltextPDF/D1D699D643C0496EPQ/10>
- Villa, M. (2011). Del concepto de juventud al de juventudes y al de lo juvenil. *Revista Educación y Pedagogía*, 23(60), 147-157. Recuperado de https://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstream/10495/3027/3/VillaMaria_2011_ConceptoJuventudJuventudesJuvenil.pdf
- Villalobos, F. (2007). Aplicación del Modelo Procesual del Estrés a la Conducta Suicida. *Revista Universidad y Salud*, 1(8). Recuperado de <https://revistas.udenar.edu.co/index.php/usalud/article/view/253>
- Villalobos, F. (2009). Situación de la conducta suicida en estudiantes de colegios y universidades de San Juan de Pasto, Colombia. *Salud mental*, 32(2), 165-171. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252009000200009&lng=es&tlng=es.
- Villalobos, F. (2010). Validez y fiabilidad del Inventario de Ideación Suicida Positiva y Negativa-PANSI, en estudiantes colombianos. *Universitas Psychologica*, 9 (2), 509-520. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v9n2/v9n2a17.pdf>

Villalobos, F. y Ortiz, L. (2012). Características psicométricas de la escala CES-D en adolescentes de San Juan de Pasto (Colombia). *Avances en Psicología Latinoamericana*, 30 (2), 328-340. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/apl/v30n2/v30n2a09.pdf>

Anexos

Anexo 1. Declaración Conflictos de Intereses en Investigación.

Fecha: 01 / 06 / 2022

Nombre Completo: Daniela Torres Garzón

Título: Relación entre la Conducta Suicida y el Nivel Educativo en Jóvenes universitarios:
Evidencia para el Caso Bogotano.

Las actividades que pueden generar conflicto de intereses son aquellas en las que el juicio profesional sobre un interés primario, como la seguridad de los pacientes o la validez de la investigación, puede estar afectado por otro interés secundario, como el beneficio financiero, promoción personal o profesional.

De acuerdo a lo anterior a continuación declaro aquellas situaciones que podrían afectar mis actuaciones dentro del proyecto de investigación al que he sido invitado a participar y los intereses existentes con la industria del sector de la salud y/o con los sujetos de investigación, que se pudieron haber presentado durante el último año para los diferentes tipos de conflictos de interés:

- **Conflicto de Interés financiero:** Existe cuando el individuo tiene participación en una empresa, organización o equivalente, que se relaciona directamente (como socio, accionista, propietario, empleado) o indirectamente (como proveedor, asesor o consultor) con las actividades para las cuales fue convocado o requerido.

¿En el último año han existido vínculos o intereses de tipo financiero con la industria del sector de la salud y/o con los sujetos de investigación?

Si No Describa: La investigación no traerá ningún tipo de beneficio económico del cual se lucren los investigadores en cuestión.

- **Conflicto de Interés Intelectual:** Surge cuando se tiene un interés intelectual, académico o científico en un tema en particular. La declaración de este tipo de intereses es indispensable para proteger la calidad y objetividad del trabajo científico y su desempeño.

¿En el último año han existido vínculos o intereses de tipo intelectual con la industria del sector de la salud y/o con los sujetos de investigación?

Si No Describa: La presente investigación reconoce que el ejercicio investigativo se hace en primera medida como un ejercicio en pro de los participantes.

Conflicto de Interés de Pertenencia: Tiene que ver con los derechos de propiedad intelectual o industrial, así como de patentes que estén directamente relacionados con las temáticas o actividades a abordar.

¿En el último año han existido vínculos o intereses de pertenencia con la industria del sector de la salud y/o con los sujetos de investigación?

Si No Describa: La presente investigación reconoce que la Universidad Nacional de Colombia podrá tener uso de los documentos resultantes de la investigación, siempre y cuando reconozca la autoría de la investigadora en cuestión.

Conflicto de Interés Familiar: Aparece cuando alguno de los familiares hasta cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad, primero civil, o quien esté ligado por matrimonio o unión permanente, estén relacionados de manera directa o indirecta en los aspectos financiero, intelectual, de pertenencia con las actividades y temáticas a desarrollar.

Consanguinidad	
1er. grado	Padres e hijos
2º. grado	Abuelos, nietos y hermanos
3er. grado	Bisabuelos, bisnietos, tíos y sobrinos
4º. grado	Tatarabuelos, tataranietos, primos y sobrinos nietos
Afinidad	
1er. grado	Suegros e hijos del cónyuge
2º. grado	Abuelos, nietos del cónyuge y cuñados
Civil	
1º. civil	Hijos adoptivos, padres adoptantes

¿En el último año han existido vínculos o intereses de tipo familiar con la industria del sector de la salud y/o con los sujetos de investigación?

Si No Describa: La investigación no tendrá un involucramiento con individuos que se relacionen de manera directa o indirecta (consanguíneo o vincular) con la investigadora en cuestión

¿Adicional a lo mencionado existe alguna otra circunstancia que pudiera afectar mi objetividad o independencia durante mi participación en el Proyecto de investigación?

Si No

Anexo 2. Consentimiento Informado.

Consentimiento Informado

El objetivo de este consentimiento es suministrar al participante una explicación detallada de la actividad que se realizará, así como de su papel en el proyecto de investigación Relación entre la Conducta Suicida y el Nivel Educativo en Jóvenes universitarios: Evidencia para el Caso Bogotano. Este documento se divide en dos secciones:

1. Información: proporciona información sobre el estudio para usted
2. Formulario de Consentimiento: para obtener la firma si usted está de acuerdo en participar

Adicionalmente, se le entregará una copia de este documento completo a cada uno de los participantes.

Sección 1 - Información:

Propósito

El estudio tiene la finalidad de analizar la relación entre el riesgo de conducta suicida y el nivel educativo de los jóvenes bogotanos entre 18 y 29 años durante el período 2022- 2023 con el propósito de observar si existe o no un vínculo entre las variables logrando así poder establecer una comparación y un análisis que permita la actualización de la información y la visibilización de herramientas que puedan llegar a ser una forma indirecta de prevención y disminución del riesgo de suicidio en esta población. Esto debido a que aunque existen estrategias para la prevención del fenómeno, son muy pocas las que se encuentran referidas a este grupo etario y al contexto escolar donde es común que se desenvuelven. Construir por medio de esta investigación un mapeo más exacto sobre dicha relación representaría entonces un avance en la forma en la que se entiende este fenómeno y podría representar mayores beneficios para las personas en el contexto escolar.

Tipo de Intervención de Investigación

En el marco del proyecto se realizará una caracterización de la población a intervenir por medio de un cuestionario sociodemográfico, adicionalmente se realizará la aplicación de una serie de baterías o pruebas psicológicas con el fin de obtener de manera adecuada la información necesaria sobre las variables investigadas, logrando así establecer el nivel de riesgo en cada participante. Se realizará una socialización de las redes de atención en las que los participantes pueden acudir si lo consideran pertinente y en caso de requerirse se realizará la canalización a otros escenarios de atención; aquellas personas que sean identificadas con riesgo de suicidio serán derivadas al área de psicología de bienestar universitario.

Riesgos

La presente investigación es de riesgo mínimo, la cual “emplea el registro de datos a través de procedimientos comunes” como los exámenes psicológicos. Pueden darse ciertos tipos de expresión emocional como consecuencia de las intervenciones, sin embargo los profesionales y las personas a cargo están en la capacidad de manejar estas situaciones para minimizar cualquier tipo de riesgo o malestar.

Beneficios

Ustedes contarán con los resultados de la investigación el cual se darán a conocer en las instituciones a donde asista o le será enviada vía e-mail. También estará proporcionando información vital para el análisis de alternativas que permitan disminuir el riesgo de suicidio en este grupo etario, y podrá visibilizar las herramientas que tiene a la mano en los distintos contextos para la prevención y la promoción de la salud mental.

Participación Voluntaria

La decisión de participar en este estudio es completamente voluntaria. Si usted elige no consentir, todos los servicios que usted reciba en cualquier institución continuarán y nada cambiara. Usted puede también cambiar su decisión más tarde y dejar de participar, aun cuando haya aceptado previamente.

Confidencialidad

La información que recolectamos para este proyecto de investigación se mantendrá confidencial. La información acerca de usted, recolectada por la investigación será aislada y solo los investigadores podrán verla. Cualquier información sobre usted se le asignará un número de identificación en vez de su nombre. Solamente los investigadores sabrán el vínculo de ese número con el nombre y la información se mantendrá guardada bajo seguridad. No se compartirá la información ni se le dará a nadie excepto al equipo de investigación.

Con el fin de proteger su información, la investigadora Daniela Torres Garzón de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia, mantendrán protegido su registro. Sólo los miembros del equipo de investigación tendrán acceso a la información. Para mayor información podrá comunicarse con la investigadora al celular 3194712557, correo electrónico: datorresga@unal.edu.co.

Sección 2 - Formulario de consentimiento:

Si usted acepta participar, se le pedirá que colabore de manera activa en el transcurso de la investigación, teniendo en cuenta que la información recolectada será usada como material teórico del proyecto. De antemano agradecemos su colaboración en el trabajo.

La participación en esta actividad es voluntaria, a su vez la información dada no se usará para ningún propósito fuera del objetivo de este proyecto investigativo y su identidad será protegida en todo momento; si usted presenta alguna inquietud o inconformidad a lo largo del estudio podrá consultarla con la investigadora y de la misma manera podrá concluir el proceso en el momento en el que lo desee.

Yo _____ identificado con C.C número _____ luego de haber leído la información proporcionada, o de haberme sido leída, he tenido la oportunidad de preguntar dudas sobre ello y me han sido contestadas satisfactoriamente, consiento voluntariamente mi participación en este estudio y entiendo que tengo derecho a retirarme del estudio en cualquier momento sin que me afecte de ninguna forma.

Firma _____

Huella

Fecha _____ (Día/mes/año)

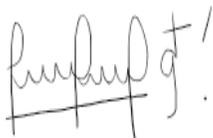
Anexo 3. Derechos de Propiedad Intelectual.

Yo, Daniela Torres Garzón identificada como aparece al pie de la firma, y actuando como investigadora principal del Proyecto titulado “**Relación entre la Conducta Suicida y el Nivel Educativo en Jóvenes Universitarios: Evidencia para el Caso Bogotano**” certifico que he respetado los derechos de propiedad intelectual de todos los materiales, contenidos y obras preexistentes utilizadas en el transcurso de esta investigación, ya que cuentan con la correspondiente cita bibliográfica en donde se da crédito al trabajo y a su autor, es por esto que, esta disertación representa mi trabajo original, excepto donde he reconocido las ideas, las palabras, o materiales de otros autores.

Autorizo a la Universidad Nacional de Colombia, para que con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual que surge en la Universidad representada en este trabajo de grado, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera:

- Permitir la consulta del contenido de este trabajo de grado / tesis en buscadores de indexación del país, del exterior y del repositorio, con las cuales tenga convenio la Universidad Nacional de Colombia.
- Permitir la consulta, reproducción parcial, total o cambio de formato con fines de conservación, a los usuarios interesados en el contenido de este trabajo, para todos los usos que tengan finalidad académica, siempre y cuando mediante la correspondiente cita bibliográfica se le dé crédito al trabajo de grado y a su autor. De conformidad con lo establecido en el artículo 30 de la Ley 23 de 1982 y el artículo 11 de la Decisión Andina 351 de 1993, “Los derechos morales sobre el trabajo son propiedad de los autores”, los cuales son irrenunciables, imprescriptibles, inembargables e inalienables.

Adicionalmente, entiendo y acepto que la propiedad intelectual de los productos y contenidos derivados de los procesos académicos de la Universidad Nacional de Colombia se rigen, entre otros, por el Acuerdo 35 de 2003 del Consejo Académico “Por el cual se expide el Reglamento sobre Propiedad” y la Resolución 032 de 2012 "Por la cual se reglamenta el régimen de protección, valoración y explotación de la propiedad intelectual derivada de la realización de los programas, proyectos y prácticas de extensión de la Universidad Nacional de Colombia" así como por la Normatividad Nacional relacionada al respeto de los derechos de autor.



Daniela Torres Garzón.

C.C 1.019.138.623.

Investigadora

Anexo 5. Autorización para el Uso de Instrumentos de Medición Psicológica con Fines Académicos – CES-D.

AUTORIZACIÓN PARA EL USO DE INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN PSICOLÓGICA CON FINES ACADÉMICOS

Yo FREDY HERNÁN VILLALOBOS GALVIS, identificado con cédula de ciudadanía número 79.659.259, de nacionalidad colombiano, en mi calidad de adaptador de la prueba psicológica CENTER FOR EPIDEMIOLOGIC STUDIES DEPRESSION SCALE (CES-D), AUTORIZO al/la Psicóloga DANIELA TORRES GARZÓN, identificada/o con cédula de ciudadanía 1.019.138.623, estudiante de la Maestría en Salud Pública de la Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia, para que pueda hacer USO ACADÉMICO del instrumento en su versión adaptada en población colombiana, en su proyecto de tesis de maestría, denominado “Relación entre la conducta suicida y el nivel educativo en jóvenes universitarios: evidencia para el caso bogotano”.

La prueba CES-D original es de autoría de L.S. Radloff *et al.*¹, tal como se menciona en el artículo de la adaptación colombiana², razón por la cual esta autorización está subordinada a los derechos de autor establecidos por las leyes colombianas y las normas internacionales.

La versión colombiana del instrumento podrá ser utilizada siempre y cuando las personas autorizadas garanticen: a) el reconocimiento de la autoría de la creación del instrumento original a los doctores Radloff *et al.*; b) en el informe final (y demás productos académicos derivados) se haga la citación tanto del artículo original de los doctores Radloff *et al.*, como de aquel en el que se presenta la información psicométrica de la población colombiana; c) se comparta copia del INFORME FINAL del estudio y d) se cumpla con los criterios establecidos en el marco de la ley 1090 (por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología en Colombia) o su equivalente en el país de uso.

Las personas autorizadas se comprometen a hacer un uso **estrictamente** académico de la prueba y, bajo ninguna circunstancia, se buscarán intereses económicos o comerciales con su aplicación, caso en el cual la presente certificación quedará sin efecto y se dará inicio a las acciones legales que correspondan.

Dado en San Juan de Pasto, a los 23 días del mes de febrero de 2023.



Fredy Hernán Villalobos Galvis

Docente – Investigador

Departamento de Psicología – Universidad de Nariño

San Juan de Pasto – Colombia

E-mail: fhvillalobos@udenar.edu.co

Celular 3122974590

¹ Radloff LS. The CES-D Scale: a Self-Report Depression Scale for Research in the general population. *Appl Psychol Meas* (1977) 1(3):385–401. doi: 10.1177/014662167700100306

² Villalobos-Galvis, F. H. & Ortiz-Delgado, L.A. (2012). Características psicométricas de la escala CES-D en adolescentes de San Juan de Pasto (Colombia). *Avances en Psicología Latinoamericana*, 30 (2), 328-340.

Anexo 6. Autorización para el Uso de Instrumentos de Medición Psicológica con Fines Académicos – PANSI.

AUTORIZACIÓN PARA EL USO DE INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN PSICOLÓGICA CON FINES ACADÉMICOS

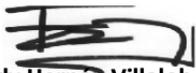
Yo FREDY HERNÁN VILLALOBOS GALVIS, identificado con cédula de ciudadanía número 79.659.259, de nacionalidad colombiano, en mi calidad de adaptador de la prueba psicológica POSITIVE AND NEGATIVE SUICIDE IDEATION QUESTIONNAIRE - PANSI, AUTORIZO al/la Psicóloga DANIELA TORRES GARZÓN, identificada/o con cédula de ciudadanía 1.019.138.623, estudiante de la Maestría en Salud Pública de la Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia, para que pueda hacer USO ACADÉMICO del instrumento en su versión adaptada en población colombiana, en su proyecto de tesis de maestría, denominado “Relación entre la conducta suicida y el nivel educativo en jóvenes universitarios: evidencia para el caso bogotano”.

La prueba PANSI original es de autoría de Augustine Osman *et al.*¹, tal como se menciona en el artículo de la adaptación colombiana², razón por la cual esta autorización está subordinada a los derechos de autor establecidos por las leyes colombianas y las normas internacionales.

La versión colombiana del instrumento podrá ser utilizada siempre y cuando las personas autorizadas garanticen: a) el reconocimiento de la autoría de la creación del instrumento original a los doctores Osman *et al.*; b) en el informe final (y demás productos académicos derivados) se haga la citación tanto del artículo original del doctor Osman *et al.*, como de aquel en el que se presenta la información psicométrica de la población colombiana; c) se comparta copia del INFORME FINAL del estudio y d) se cumpla con los criterios establecidos en el marco de la ley 1090 (por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología en Colombia) o su equivalente en el país de uso.

Las personas autorizadas se comprometen a hacer un uso **estrictamente** académico de la prueba y, bajo ninguna circunstancia, se buscarán intereses económicos o comerciales con su aplicación, caso en el cual la presente certificación quedará sin efecto y se dará inicio a las acciones legales que correspondan.

Dado en San Juan de Pasto, a los 23 días del mes de febrero de 2023.



Fredy Hernán Villalobos Galvis

Docente – Investigador

Departamento de Psicología – Universidad de Nariño

San Juan de Pasto – Colombia

E-mail: fhvillalobos@udenar.edu.co

Celular 3122974590

¹ Osman, A., Gutiérrez, P., Kopper, B., Barrios, F. & Chiros, C. (1998). The positive and negative suicide ideation inventory: Development and validation. *Psychological reports*, 82, 783-793.

² Villalobos-Galvis, F.H. (2010). Validez y fiabilidad del Inventario de Ideación Suicida Positiva y Negativa-PANSI, en estudiantes colombianos. *Universitas Psychologica*, 9 (2), 509-520.