

RESUMEN TRABAJO DE GRADO

AUTOR(ES):

NOMBRE(S): DEISY MALLERLIN

APELLIDOS: BASTO CONTRERAS

NOMBRE(S): SHIRLEY VANESSA

APELLIDOS: CACERES LIMA

FACULTAD: CIENCIAS DE LA SALUD

PLAN DE ESTUDIOS: ENFERMERÍA

DIRECTOR:

NOMBRE(S): JOHANA ALEXANDRA APELLIDOS: GALLARDO CASTRO

TÍTULO DEL TRABAJO (TESIS): **IDENTIFICACIÓN DE FACTORES DE RIESGO EN SUICIDIO DE LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERIA DE LA UFPS DURANTE EL TERCER TRIMESTRE DEL AÑO 2021**

RESUMEN: La investigación se enfocó en la identificación de factores de riesgo en suicidio de los estudiantes de enfermería de la UFPS durante el tercer trimestre del año 2021, con el fin de utilizarlo como una forma de prevención para la detección e identificación precoz de posibles casos de riesgo suicidas, profundizando los conocimientos teóricos acerca de las características sociodemográficas de la población objeto. Además, identificando la prevalencia de conducta suicida por medio del instrumento de escala de Paykel, el cual consiste en evaluar las diferentes manifestaciones de conductas suicidas de la población. En los resultados se encontró que la ideación suicida está presente en población adolescente y se asocia a un peor bienestar emocional subjetivo y a mayores problemas emocionales y comportamentales. Finalmente, se recomienda la sensibilización, promoción de salud y prevención de enfermedades mentales, mediante estrategias, para buscar formas para la detección ante la atención al riesgo.

PALABRAS CLAVE: Depresión, riesgo de suicidio, autoestima, ideación

CARACTERÍSTICAS: PÁGINAS: 146 PLANOS: ___ ILUSTRACIONES ___ CD ROOM: ___

**IDENTIFICACIÓN DE FACTORES DE RIESGO EN SUICIDIO DE LOS
ESTUDIANTES DE ENFERMERIA DE LA UFPS DURANTE EL TERCER
TRIMESTRE DEL AÑO 2021**

DEISY MALLERLIN BASTO CONTRERAS

SHIRLEY VANESSA CACERES LIMA

UNIVERSIDAD FRANCISCO DE PAULA SANTANDER

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA DE ENFERMERÍA

SAN JOSÉ CÚCUTA

2023

**IDENTIFICACIÓN DE FACTORES DE RIESGO EN SUICIDIO DE LOS
ESTUDIANTES DE ENFERMERIA DE LA UFPS DURANTE EL TERCER
TRIMESTRE DEL AÑO 2021**

DEISY MALLERLIN BASTO CONTRERAS

SHIRLEY VANESSA CACERES LIMA

DIRECTORA

ENF. JOHANA ALEXANDRA GALLARDO CASTRO

UNIVERSIDAD FRANCISCO DE PAULA SANTANDER

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA DE ENFERMERÍA

SAN JOSÉ CÚCUTA

2023



UNIVERSIDAD FRANCISCO DE PAULA SANTANDER

ACTA DE SUSTENTACION No. 02
PROYECTO DE GRADO

FECHA: SAN JOSE DE CUCUTA, 03 DE MARZO DE 2023 HORA: 02:30 P.M

LUGAR: FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD-AUDITORIO

PROGRAMA DE: ENFERMERIA

TITULO DE LA TESIS: "IDENTIFICACIÓN DE FACTORES DE RIESGO EN SUICIDIO DE LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERIA DE LA UFPS DURANTE EL TERCER TRIMESTRE DEL AÑO 2021"

JURADOS: PATRICIA A. VELEZ LAGUADO
NELLY ESTUPIÑAN ROA
DIANA CAROLINA TORRES C

DIRECTOR: JOHANA ALEXANDRA GALLARDO CASTRO

COORDIRECTOR: CLAUDIA LILIAM PRADA PEREZ

<u>NOMBRE DE LOS ESTUDIANTES:</u>	<u>CODIGO</u>	<u>NOTA</u>	<u>CALIFICACION</u> (A) (M) (L)
<u>DEISY MALLERLIN BASTO CONTRERAS</u>	<u>1801062</u>	<u>4.0</u>	<u>X</u>

FIRMA

PATRICIA A. VELEZ LAGUADO
Jurado 1

NELLY ESTUPIÑAN ROA
Jurado 2

DIANA CAROLINA TORRES CARREÑO
Jurado 3

Vo.Bo GLORIA OMAIRA BAUTISTA ESPINEL
Directora Programa Enfermería

Contenido

INTRODUCCIÓN	12
1. TÍTULO	13
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	13
2.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	13
2.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	15
3. JUSTIFICACIÓN	15
4. OBJETIVOS	17
4.1 OBJETIVO GENERAL	17
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	17
5. MARCO REFERENCIAL	18
5.1 MARCO DE ANTECEDENTES	18
6. MARCO TEÓRICO	28
6.1 SUICIDIO	28
6.2 VALIDEZ DEL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN	36
7. MARCO CONCEPTUAL	38
8. MARCO CONTEXTUAL	42
8.1 MISIÓN	43
8.2 VISIÓN	43
8.3 OBJETIVOS	44
9. MARCO LEGAL	44
10. DISEÑO METODOLÓGICO	46

10.1	TIPO DE ESTUDIO: 46
10.2	DISEÑO DE INVESTIGACIÓN: 47
10.3	POBLACIÓN Y MUESTRA: 47
10.4	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES 48
11.	MÉTODOS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS. 52
12.	PLAN DE TABULACION Y ANALISIS 59
13.	ASPECTOS ÉTICOS 59
14.	PRINCIPIOS DE LA BIOÉTICA 60
15.	RESULTADOS 62
15.1	VARIABLES DEMOGRÁFICAS 62
15.2	ESCALA DE PAYKEL 69
15.3	INDICADORES PSICOMETRICOS 71
15.4	CORRELACIÓN DE PEARSON 80
15.5	COMPARACIONES DE LA ESCALA DE PAYKEL VS INDICADORES PSICOMETRICOS 81
16.	DISCUSIONES 101
17.	CONCLUSIONES 113
18.	RECOMENDACIONES 116
19.	ANEXOS 118
ANEXO 1. INSTRUMENTO: ESCALA PAYKEL DE SUICIDIO 118	
ANEXO 2. INSTRUMENTO: ESCALA DE BIENESTAR PSICOLÓGICO DE RYFF 119	
ANEXO 3. INSTRUMENTO: ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG 122	
ANEXO 4. INSTRUMENTO: ESCALA DE INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK 124	
ANEXO 5. CONSENTIMIENTO INFORMADO 129	

ANEXO 6. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES 130

ANEXO 7. PRESUPUESTO 135

20. BIBLIOGRAFÍA 137

LISTA DE TABLAS

TABLA 1. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	52
TABLA 2. . ÍTEMS ESCALA DE PAYKEL	53
TABLA 3. ÍTEMS ESCALA DE BIENESTAR PSICOLÓGICO DE RYFF	54
TABLA 4. ÍTEMS ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG	57
TABLA 5. ÍTEMS INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK	58
TABLA 6. SEXO	62
TABLA 7. EDAD	63
TABLA 8. SEMESTRE	65
TABLA 9. ESTADO CIVIL	66
TABLA 10. SEGURIDAD SOCIAL	67
TABLA 11. ESTRATO SOCIOECONÓMICO	69
TABLA 12. RESULTADOS ESCALA DE PAYKEL	70
TABLA 13. RESULTADOS ESCALA DE BIENESTAR PSICOLÓGICO RYFF: AUTOACEPTACIÓN	71
TABLA 14. RESULTADOS ESCALA DE BIENESTAR PSICOLÓGICO RYFF: RELACIONES POSITIVAS	72

TABLA 15.	RESULTADOS ESCALA DE BIENESTAR PSICOLÓGICO RYFF: AUTONOMÍA	73
TABLA 16.	RESULTADOS ESCALA DE BIENESTAR PSICOLÓGICO RYFF: CRECIMIENTO PERSONAL	75
TABLA 17.	RESULTADOS ESCALA DE BIENESTAR PSICOLÓGICO RYFF: DOMINIO DEL ENTORNO	76
TABLA 18.	RESULTADOS ESCALA DE BIENESTAR PSICOLÓGICO RYFF: PROPÓSITO DE LA VIDA	77
TABLA 19.	RESULTADOS ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG.	78
TABLA 20.	RESULTADOS ESCALA DE INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (BDI-2)	79
TABLA 21.	PARÁMETROS DE CORRELACIÓN DE PEARSON	81
TABLA 22.	COMPARACIÓN DE LA ESCALA DE PAYKEL CON RESPECTO A LA ESCALA DE INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (BDI-2)	82
TABLA 23.	CORRELACIÓN EN LA COMPARACIÓN DE LA ESCALA DE PAYKEL CON RESPECTO A LA ESCALA DE INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (BDI-2)	83
TABLA 24.	COMPARACIÓN DE LA ESCALA DE PAYKEL CON RESPECTO A LA ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG.	84
TABLA 25.	CORRELACIÓN DE LA COMPARACIÓN DE LA ESCALA DE PAYKEL CON RESPECTO A LA ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG.	85
TABLA 26.	COMPARACIÓN DE LA ESCALA DE PAYKEL CON RESPECTO A LA ESCALA DE BIENESTAR PSICOLÓGICO DE RYFF EN EL ÍTEM DE AUTOACEPTACIÓN.	86
TABLA 27.	CORRELACIÓN DE LA COMPARACIÓN DE LA ESCALA DE PAYKEL CON RESPECTO A LA ESCALA DE BIENESTAR PSICOLÓGICO DE RYFF EN EL ÍTEM DE AUTOACEPTACIÓN.	87
TABLA 28.	COMPARACIÓN DE LA ESCALA DE PAYKEL CON RESPECTO A LA ESCALA DE BIENESTAR PSICOLÓGICO DE RYFF EN EL ÍTEM DE RELACIONES POSITIVAS.	88

TABLA 29.	CORRELACIÓN DE LA COMPARACIÓN DE LA ESCALA DE PAYKEL CON RESPECTO A LA ESCALA DE BIENESTAR PSICOLÓGICO DE RYFF EN EL ÍTEM DE RELACIONES POSITIVAS	89
TABLA 30.	COMPARACIÓN DE LA ESCALA DE PAYKEL CON RESPECTO A LA ESCALA DE BIENESTAR PSICOLÓGICO DE RYFF EN EL ÍTEM DE AUTONOMÍA.	91
TABLA 31.	CORRELACIÓN DE LA COMPARACIÓN DE LA ESCALA DE PAYKEL CON RESPECTO A LA ESCALA DE BIENESTAR PSICOLÓGICO DE RYFF EN EL ÍTEM DE AUTONOMÍA	91
TABLA 32.	COMPARACIÓN DE LA ESCALA DE PAYKEL CON RESPECTO A LA ESCALA DE BIENESTAR PSICOLÓGICO DE RYFF EN EL ÍTEM DE CRECIMIENTO PERSONAL	93
TABLA 33.	CORRELACIÓN DE LA COMPARACIÓN DE LA ESCALA DE PAYKEL CON RESPECTO A LA ESCALA DE BIENESTAR PSICOLÓGICO DE RYFF EN EL ÍTEM DE CRECIMIENTO PERSONAL.	93
TABLA 34.	COMPARACIÓN DE LA ESCALA DE PAYKEL CON RESPECTO A LA ESCALA DE BIENESTAR PSICOLÓGICO DE RYFF EN EL ÍTEM DE DOMINIO DEL ENTORNO.	95
TABLA 35.	CORRELACIÓN DE LA COMPARACIÓN DE LA ESCALA DE PAYKEL CON RESPECTO A LA ESCALA DE BIENESTAR PSICOLÓGICO DE RYFF EN EL ÍTEM DE DOMINIO DEL ENTORNO.	96
TABLA 36.	COMPARACIÓN DE LA ESCALA DE PAYKEL CON RESPECTO A LA ESCALA DE BIENESTAR PSICOLÓGICO DE RYFF EN EL ÍTEM DE PROPÓSITO DE LA VIDA	97
TABLA 37.	CORRELACIÓN DE LA COMPARACIÓN DE LA ESCALA DE PAYKEL CON RESPECTO A LA ESCALA DE BIENESTAR PSICOLÓGICO DE RYFF EN EL ÍTEM DE PROPÓSITO DE LA VIDA.	98
TABLA 38.	COMPARACIÓN DE LA ESCALA DE PAYKEL CON RESPECTO A LA ESCALA DEL INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (DBI-2) Y AUTOESTIMA DE ROSSEMBERG.	100

LISTA DE GRAFICAS

GRAFICA 1.	SEXO	63
GRAFICA 2.	EDAD	64
GRAFICA 3.	SEMESTRE	65
GRAFICA 4.	. ESTADO CIVIL	67
GRAFICA 5.	SEGURIDAD SOCIAL	68
GRAFICA 6.	GRÁFICO 6. ESTRATO SOCIOECONÓMICO	69
GRAFICA 7.	RESULTADOS ESCALA DE PAYKEL	70
GRAFICA 8.	RESULTADOS ESCALA DE BIENESTAR PSICOLÓGICO RYFF: AUTOACEPTACIÓN	71
GRAFICA 9.	RESULTADOS ESCALA DE BIENESTAR PSICOLÓGICO RYFF: RELACIONES POSITIVAS	73
GRAFICA 10.	RESULTADOS ESCALA DE BIENESTAR PSICOLÓGICO RYFF: AUTONOMÍA	74
GRAFICA 11.	RESULTADOS ESCALA DE BIENESTAR PSICOLÓGICO RYFF: CRECIMIENTO PERSONAL	75
GRAFICA 12.	RESULTADOS ESCALA DE BIENESTAR PSICOLÓGICO RYFF: DOMINIO DEL ENTORNO	76
GRAFICA 13.	RESULTADOS ESCALA DE BIENESTAR PSICOLÓGICO RYFF: PROPÓSITO DE LA VIDA	77
GRAFICA 14.	RESULTADOS ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG.	79
GRAFICA 15.	RESULTADOS ESCALA DE INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (BDI-2)	80
GRAFICA 16.	COMPARACIÓN DE LA ESCALA DE PAYKEL CON RESPECTO A LA ESCALA DE INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (BDI-2)	83
GRAFICA 17.	COMPARACIÓN DE LA ESCALA DE PAYKEL CON RESPECTO A LA ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG (BDI-2)	85
GRAFICA 18.	COMPARACIÓN DE LA ESCALA DE PAYKEL CON RESPECTO A LA ESCALA DE BIENESTAR PSICOLÓGICO DE RYFF ÍTEM AUTOACEPTACIÓN.	87

GRAFICA 19. COMPARACIÓN DE LA ESCALA DE PAYKEL CON RESPECTO A LA ESCALA DE BIENESTAR PSICOLÓGICO DE RYFF ÍTEM RELACIONES POSITIVAS.	89
GRAFICA 20. COMPARACIÓN DE LA ESCALA DE PAYKEL CON RESPECTO A LA ESCALA DE BIENESTAR PSICOLÓGICO DE RYFF ÍTEM AUTONOMÍA.	92
GRAFICA 21. COMPARACIÓN DE LA ESCALA DE PAYKEL CON RESPECTO A LA ESCALA DE BIENESTAR PSICOLÓGICO DE RYFF ÍTEM CRECIMIENTO PERSONAL.	94
GRAFICA 22. COMPARACIÓN DE LA ESCALA DE PAYKEL CON RESPECTO A LA ESCALA DE BIENESTAR PSICOLÓGICO DE RYFF EN EL ÍTEM DE DOMINIO DEL ENTORNO.	96
GRAFICA 23. COMPARACIÓN DE LA ESCALA DE PAYKEL CON RESPECTO A LA ESCALA DE BIENESTAR PSICOLÓGICO DE RYFF EN EL ÍTEM DE PROPÓSITO DE LA VIDA.	98

INTRODUCCIÓN

El suicidio es definido por la Organización mundial de la salud (OMS) como el “acto deliberado de quitarse la vida”, esto hace parte de una secuencia de eventos denominados procesos suicidas que se dan de manera progresiva. El suicidio son aquellas ideas o pensamientos que conllevan a que un individuo tome la decisión de atentar contra su propia vida debido a factores de riesgo que está atravesando los estudiantes, como son el estrés, una pérdida reciente o seria (muerte de un familiar o amigo, separación de los padres o una ruptura con la pareja, o pérdida de algo material), un trastorno psiquiátrico, dificultades de orientación sexual, un historial familiar con suicidio, falta de apoyo social, acoso, estigmas, creencias culturales y religiosa, entre otras. (1). Además, se busca identificar la prevalencia de conducta suicida por medio del instrumento de escala de Paykel, el cual consiste en evaluar las diferentes manifestaciones de conductas suicidas de la población.

Se busca determinar los factores de riesgos de suicidio en los estudiantes del programa de enfermería de la Universidad Francisco de Paula Santander durante el tercer trimestre del año 2021, con el fin de poder abordar a los estudiantes del programa de Enfermería de la UFPS y así beneficiar de manera directa, el análisis de factores a nivel social y/o económico superando la calidad de atención en torno a este grupo poblacional con un aporte de conocimientos y ayudas en relación con aquellos factores de riesgos que conllevan a que los estudiantes tomen una decisión tan fatal como es el suicidio por medio de indicadores que nos conlleve a identificarlos y así poder actuar de manera correcta con esta población afectada.

1. TÍTULO

IDENTIFICACIÓN DE FACTORES DE RIESGO EN SUICIDIO DE LOS
ESTUDIANTES DE ENFERMERIA DE LA UFPS DURANTE EL TERCER TRIMESTRE
DEL AÑO 2021

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

2.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

El suicidio es definido por la Organización mundial de la salud (OMS) como el “acto deliberado de quitarse la vida”, esto hace parte de una secuencia de eventos denominados procesos suicidas que se dan de manera progresiva. El suicidio son aquellas ideas o pensamientos que conllevan a que un individuo tome la decisión de atentar contra su propia vida debido a factores de riesgo que está atravesando los estudiantes, como son el estrés, una pérdida reciente o seria (muerte de un familiar o amigo, separación de los padres o una ruptura con la pareja, o pérdida de algo material), un trastorno psiquiátrico, dificultades de orientación sexual, un historial familiar con suicidio, falta de apoyo social, acoso, estigmas, creencias culturales y religiosa, entre otras. (1)

En la clasificación de enfermedades mentales (CIE) de la organización mundial de salud (OMS) del manual de diagnóstico y estadístico (DSM-5) y de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA), considera la conducta suicida un síntoma de malestar, o trastorno emocional, o mental y no representa un diagnóstico en sí mismo y en consecuencia, se debe revisar la

presencia de otros síntomas emocionales o comportamentales que en conjunto hacen parte de un diagnóstico. Anualmente se estima que cerca de 800.000 personas se quitan la vida y muchas más lo intentan hacer, cada suicidio es una tragedia, y esta afecta a familiares, comunidades y personas, teniendo un efecto duradero para los allegados del suicida; este acto puede suceder a cualquier edad siendo la segunda causa de defunción de entre los 15 a 29 años de edad en el 2016, y estando presente principalmente en países con bajos y medianos ingresos del 79% de los suicidios. (2)

A nivel nacional en el año 2015 el intento de suicidio en Colombia tiene una incidencia en la población en edades comprendidas entre los 16 a 21 años con un 6,6 %. Aunque el riesgo de suicidio está en relación con los factores de riesgo presentes los cuales están de acuerdo a la escala que ayude a valorar el riesgo de suicidio, una de las más prácticas es la escala SAD PERSONS el cual consta de las siguientes variables: sexo: +1 si varones, edad: +1 si es menor de 19 a o mayor de 45, depresión, intentos de suicidio previos, abuso de alcohol, trastornos cognitivos, sin apoyo social, plan organizado de suicidio, sin pareja estable y enfermedad somática. (3)

A nivel departamental del Instituto departamental de salud en el informe de evento del intento de suicidio a periodo epidemiológico 2019 se encontró con una mayor incidencia de suicidio en edades comprendidas entre 15 a 24 años de edad con un 44. 5% de acuerdo a factores desencadenantes tales como problemas de pareja, problemas económicos, problemas de consumo, antecedentes de trastornos, trastornos depresivos, e ideas suicidas. (4)

Los motivos para llevar a cabo esta investigación están relacionados con la identificación de los factores de riesgo en suicidio de los estudiantes de enfermería de la UFPS debido a los

pocos estudios relacionados con la temática. Por lo tanto, prevalece el incremento de las tasas de mortalidad por suicidio en la población. Todo con el fin de ayudar a la identificación de los factores de riesgo para así poder ampliar los conocimientos y así poder generar soluciones a esta problemática.

2.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿CUALES SON LOS FACTORES DE RIESGO EN SUICIDIO DE LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERIA DE LA UFPS DURANTE EL TERCER TRIMESTRE DEL AÑO 2021?

3. JUSTIFICACIÓN

La presente investigación se enfocará en la identificación de factores de riesgo en suicidio de los estudiantes de enfermería de la UFPS durante el tercer trimestre del año 2021, con el fin de utilizarlo como una forma de prevención para la detección e identificación precoz de posibles casos de riesgo suicidas, profundizando los conocimientos teóricos acerca de las características sociodemográficas de la población objeto de estudiantes de enfermería de la UFPS. Además, identificando la prevalencia de conducta suicida por medio del instrumento de escala de Paykel, el cual consiste en evaluar las diferentes manifestaciones de conductas suicidas de la población como son pensamientos de muerte, ideación e intentos de suicidio. Consta de un total de 5 ítems con un sistema de respuesta dicotómico sí o No (puntuación 1 y 0 respectivamente) a nivel teórico mayores puntuaciones indican mayor gravedad. (5)

Asimismo, analizar los indicadores psicométricos de los estudiantes mediante cuestionarios como son: escala de bienestar psicológico, Escala de autoestima de Rosenberg y el inventario de depresión de Beck para evaluar los síntomas depresivos de los estudiantes; También evaluando la correlación de Pearson entre estas dos variables: las conductas suicidas y los indicadores psicométricos de los estudiantes. (5)

Por consiguiente, esta investigación tomara un enfoque cuantitativo, con el fin de poder abordar a los estudiantes del programa de Enfermería de la UFPS y así poder beneficiar de manera directa, a nivel social y/o económico superando la calidad de atención en torno a este grupo poblacional con un aporte de conocimientos y ayudas en relación con aquellos factores de riesgos que conllevan a que los estudiantes tomen una decisión tan fatal como es el suicidio por medio de indicadores que nos conlleve a identificarlos y así poder actuar de manera correcta con esta población afectada.

A nivel científico, los resultados de esta investigación, ampliarán la información ya obtenida acerca del tema, como también podría agregar nueva información, proporcionándole conocimientos relevantes referidos al problema, los cuales serán de gran importancia para desarrollar medidas o estrategias que mejoren o solucionen el problema establecido.

Este estudio pretende apoyar al mejoramiento continuo y de calidad de los procesos investigativos de la Universidad Francisco de Paula Santander. Esto mediante el aporte de nuevos conocimientos a nivel académico de los estudiantes del programa de Enfermería pertenecientes a la Facultad de Ciencias de la Salud, acerca de un tema (en este caso el reconocimiento de los factores de riesgos en suicidio en los estudiantes de Enfermería UFPS) que ha sido poco estudiado debido a la novedad del contexto actual. En el ámbito de

investigación, este proyecto podrá servir de referencia y motivación para la realización de investigaciones actuales y/o futuras, permitiendo así que los conocimientos sobre este tema o aquellos que estén relacionados se sigan expandiendo y aportando más beneficios a diferentes campos.

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

- Determinar los factores de riesgos de suicidio en los estudiantes del programa de enfermería de la Universidad Francisco de Paula Santander durante el tercer trimestre del año 2021

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analizar los datos sociodemográficos en la población objeto de los estudiantes de enfermería de la UFPS durante el tercer trimestre del año 2021.
- Identificar la prevalencia de conducta suicida, en los estudiantes de enfermería de la UFPS a través de la escala de Paykel durante el tercer trimestre del año 2021.
- Interpretar los indicadores psicométricos en los estudiantes de enfermería de la UFPS, a través de la aplicación de los tres instrumentos que evalúan el bienestar psicológico, autoestima y depresión durante el tercer trimestre del año 2021.

- Evaluar la correlación de Pearson entre las conductas suicidas y los indicadores psicométricos en los estudiantes de enfermería de la UFPS durante el tercer trimestre del año 2021.

5. MARCO REFERENCIAL

5.1 MARCO DE ANTECEDENTES

Se realizó la Revisión de Literatura a fin de identificar investigaciones que guarden relación con el problema a investigar, encontrándose:

5.1.1 INTERNACIONALES

En el año 2015 en México, el artículo de Cervantes, Q. H, muestra la relación entre riesgo suicida y uso de tabaco o alcohol en una muestra de universitarios con el objetivo de evaluar la asociación entre el uso de tabaco o alcohol con el riesgo suicida en una muestra de universitarios de primer año en la cual se utilizó como instrumentos el Inventario de Riesgo Suicida para Adolescentes (IRISA) y el Test de Tamizaje de Uso de Alcohol, Tabaco y otras Drogas (por sus siglas en inglés, ASSIST,). y para el análisis se usaron coeficientes Pearson y razones de momios. En relación a los resultados obtenidos se encontraron correlaciones en áreas de riesgo suicida y el uso de alcohol, pero no en relación con el uso de tabaco. Sin embargo, se encontró correlación entre malestar psicológico relacionado al riesgo suicida con las puntuaciones de consumo habitual de alcohol y de tabaco, así como entre uso ordinario de alcohol y el área de depresión y desesperanza. No obstante, el riesgo suicida se triplica entre los fumadores

habituales. Ambas sustancias se ven asociadas con el riesgo suicida de forma distinta, por lo recomiendan que sean incluidas en la identificación del riesgo suicida en universitarios. (6)

En el año 2020 en Cuba se efectuó una investigación por los autores Arias Molina, Yordany, Herrero Solano, entre otros. Sobre Manifestaciones psicológicas frente a la situación epidemiológica causada por la COVID-19. Se realizó un estudio observacional descriptivo transversal, en el consultorio médico de la familia 16-A perteneciente al Policlínico docente “Jimmy Hirtzel” de Bayamo durante el mes de abril de 2020. Se estudiaron las variables ansiedad, depresión, estrés e idea suicida, para lo cual se aplicaron pruebas psicológicas. En relación a los resultados obtenidos se encontró que ante la situación epidemiológica causada por COVID-19, la población estudio presentaron alteraciones psicológicas tales como ansiedad y depresión como estado, altos niveles de estrés sin presencia de ideación suicida en la mayoría de los casos. Predominó la ansiedad como estado con niveles alto en un 30,96 % y medio en un 26,90 %; la depresión se manifestó como estado en los niveles medio con un 36,54 % y alto en un 13,70 % y medio con un 12,20 % como rasgo; el 66,49 % de las personas presentaron niveles de estrés alterado; un 98,47 % no mostró idea suicida. No se reveló asociación entre el estrés, la ansiedad ($p= 0,90$) y la depresión como rasgo y estado ($p= 0,97$). (7)

En el año 2015 en Chile, algunos autores como Valdivia, M., Silva, D., Sanhueza, F., entre otros, realizaron una investigación de la prevalencia de intento de suicidio adolescente y factores de riesgo asociados en una comuna rural de la provincia de Concepción en donde se estudiaba la prevalencia y los factores predictivos de los intentos de suicidio en adolescentes chilenos en una muestra constituida por 195 adolescentes, edades de 14 a 20 años. entre los resultados obtenidos se encontró que, del total de adolescentes estudiados, un 16,4% presentó

intento de suicidio en el último año, y un 19,5% durante el periodo anterior a este. La prevalencia de vida para el intento de suicidio (intento de al menos una vez tratar de quitarse la vida en algún momento) fue de 25,6%. (8)

En el año 2016 en México se realizó un estudio de Gómez-Cruz, Z., Landeros, P., Romero, E., & Troyo, R sobre los estilos de vida y riesgo para la salud de una población universitaria con el objetivo de identificar las características del estilo de vida y los riesgos para la salud en estudiantes de una Universidad pública. En el cual se incluyó una muestra de 335 alumnos a quienes se les realizó una entrevista personal para identificar las características del estilo de vida; además se aplicaron cuestionarios de frecuencia de consumo de alimentos, se realizaron mediciones antropométricas, y se determinó el porcentaje de grasa corporal. En relación a los resultados obtenidos se encontró que el 80% de la población ingería bebidas alcohólicas, mayormente en la población masculina con un 45% hombres y un 35% las mujeres, y un 27% reportaron tabaquismo, un 16% hombres y en un 11% mujeres. (9)

En el año 2017 en Chile se realizó un estudio por Silva, D., Valdivia, M., Vicente, B., Arévalo, E., entre otros sobre el intento de suicidio y factores de riesgo en una muestra de adolescentes escolarizados de Chile con el objetivo de caracterizar la conducta suicida y sus factores de riesgo en los estudiantes. En el cual se examinaron variables como: socio demográficas, familiares, autoestima, depresión, suicidalidad, desesperanza, funcionalidad familiar, abuso de sustancias, impulsividad y acontecimientos vitales en una muestra de 919 participantes en la cual se obtuvo una prevalencia de vida del intento de suicidio de 14.3%. (10)

De acuerdo a Santos, H. G. B. D., Marcon, S. R., Espinosa, entre otros, en el año 2017 en Brasil, se efectuó un estudio acerca de los factores asociados a la presencia de ideación suicida

entre universitarios en el que se tuvo en cuenta un estudio transversal analítico con una muestra de 637 estudiantes en una Universidad Federal de Mato Gross en el cual se investigaron algunas variables como son la presencia de ideación suicida; demográficas y socioeconómicas y problemas de alcohol. Entre los resultados obtenidos se encontró que la prevalencia de ideas suicidas fue obtenida por medio de la pregunta: ¿En los últimos 30 días pensó en matarse? en donde un 9,9% de los estudiantes respondió que sí y el 90,1% señaló que no. (11)

En el año 2019 en España, Tabares, A. S. G., Núñez, C., Caballo, V. E., Osorio, M. P. A., & Aguirre, A. M. G realizaron una investigación acerca de los Predictores psicológicos del riesgo suicida en estudiantes universitarios En este estudio participó una muestra de 1408 estudiantes y se utilizaron las escalas de riesgo suicida de Plutchik, desesperanza y depresión de Beck e impulsividad de Barratt. En esta investigación analizaron variables sociodemográficas, sociales y psicológicas, esto para determinar su valor asociativo y predictor del riesgo de suicidio. y entre sus resultados se encontró una prevalencia del 10,2% en intento de suicidio y un 23,2% de factor de riesgo en los estudiantes universitarios de las ciudades objeto del estudio. (12)

5.1.2 NACIONALES

En la ciudad de Tunja, se realizó un estudio no experimental de tipo transeccional descriptivo por Siabato Elsa y Salamanca Yenny y publicado en el 2015 de nombre factores asociados a ideación suicida en universitarios con una población de entre los 18 y 24 años. De la cual se ubicaron un nivel alto de ideación suicida (31%), en la cual las mujeres era la población más afectada, también se halló que las personas en unión libre es el estado civil con mayor presencia de ideación, a diferencia de los casados y solteros; a su vez la personas con problema

de consumo de SPA y quienes han sido afectados por un desastre natural con una ideación suicida positiva o factores protectores, así mismo, se identifica un mayor nivel de factores de riesgo los que cambiaron de grupo de amigos, tener peleas y discusiones graves con un ser querido, tener un familiar con una enfermedad grave o mortal o seres queridos con problemas emocionales o psicológicos. (13)

En el 2016, Mónica Pérez entre otros presentaron un estudio de metodología cuantitativa, con el objetivo de identificar la presencia del intento e ideación suicida, abuso sexual y la asociación entre estas variables en estudiantes de educación secundaria de tres ciudades del departamento de Boyacá, señalando que el intento de suicidio y al sexo el 15.5% de los participantes han intentado suicidarse, siendo de este total el 60.1 % mujeres y el 39.9 % hombres. Con un grupo de edad entre los 14 y 16 años con mayor número de intentos de suicidio, con un porcentaje de 73.22 %; ahora bien, en relación al tipo de familia, se halló que en la familia compuesta se encuentra el mayor número de adolescentes con intento suicida correspondiendo al 21 %; seguido de la familia monoparental con 17 %; la nuclear con un 14 % y la extensa con el 13 %. El 17.6 % de los participantes presentan ideación suicida negativa, con mayor frecuencia en el género femenino, siendo más afectado entre los 14 y 17 años. También se identificó que todos los estudiantes que han sido víctimas de abuso sexual por penetración han intentado suicidarse. (14)

En el 2017 se realizó una investigación a cargo de Serrano Patricia y Olave Juan de la ciudad de Bucaramanga, con el fin de buscar los Factores de riesgo asociados con la aparición de conductas suicidas en adolescentes, mediante una búsqueda sistemática de las bases de datos, de lo cual se obtuvo reconocimiento de factores personales en los cuales se abarcan tanto la edad, el

género, estado civil, rasgos personales, orientación sexual y enfermedades tanto físicas como mentales. (15)

Aquí se reconoce que la tasa de suicidios son más altas en los hombres, pero las mujeres son las que tienen mayor intento de suicidios, a su vez un bajo nivel económico como educativo contribuye a esta problemática, igualmente muchos jóvenes presenta ciertos rasgos de personalidad característicos tales como emotividad, poca estabilidad emocional, inseguridad, aprehensión, angustia, ansiedad y frustración, los cuales, en cierta medida, están relacionados con desequilibrios hormonales propios de la edad y no necesariamente con un desequilibrio de la personalidad. En este estudio también se hallaron factores familiares como la carencia afectiva, comunicación conflictiva, los altos controles parentales, inestabilidad en la estructura familiar, antecedentes de suicidio y la violencia intrafamiliar. (15)

Todos estos contribuyen a la limitada actividad y una adecuada participación social, dificultando la satisfacción de las necesidades básicas. Por último se encontraron factores sociales como la exposición a sucesos sociales relacionados con el desplazamiento, la discriminación social, la exposición a contenidos de información transmitida a través de los diferentes medios de comunicación y la ausencia de redes de apoyo social pueden ser factores de riesgo para el desarrollo de conductas suicidas; en Colombia la discriminación social, el secuestro, la tortura y las heridas de guerra son condiciones que, de manera general, conducen a situaciones de estrés en los adolescentes que favorecen el desarrollo de comportamientos autodestructivos tales como el intento de suicidio y el suicidio consumado. (15)

Para este mismo año Oscar Ovalle entre otros, realizaron un estudio correlacional de corte transversal en el cual participaron 25 personas entre los 18 y 40 años de edad, quienes

intentaron suicidarse durante el 2014 y 2015 en Ibagué, con el objetivo de identificar la relación entre depresión y rasgos de personalidad en personas con intento de suicidio, reconociendo que en los antecedentes personales el 24% de los participantes habían recibido atención psicológica y psiquiátrica por motivos relacionados a depresión e intento de suicidio, mientras que el 32% señaló que solo ha sido atendido por profesionales en psicología por motivos como depresión (20%), intento de suicidio (8%) y rebeldía (4%). (16)

También se evidencia que en los participantes existen correlaciones significativas de carácter negativo, por un lado, entre la subdimensión de la personalidad, el control de emociones y la depresión como estado y, por el otro, entre esta misma subdimensión y la distimia como estado. Y sugiriendo que a mayor depresión como estado o como rasgo, menor estabilidad emocional; otras correlaciones identificadas aluden a una relación moderada entre la dimensión de la personalidad, la estabilidad emocional y la depresión. (16)

En el 2018, Jorge Restrepo entre otros publicaron depresión y su relación con el consumo de sustancias psicoactivas, el estrés académico y la ideación suicida en estudiantes universitarios colombianos, una investigación de tipo cuantitativa, transversal, con un diseño no experimental de nivel correlacional, encontrando que la depresión, en estos resultados, es la bisagra entre el consumo de sustancias psicoactivas, y el estrés académico y la ideación suicida. Si bien no se presentaron correlaciones entre el consumo/estrés y consumo/ideación, la depresión actuaría como una variable mediadora. (17)

Ya para el 2019 Gómez A. entre otros publicaron predictores psicológicos del riesgo suicida en estudiantes universitarios, usando una muestra de dos ciudades del país, Manizales y Medellín, de los cuales se indicó que las mujeres presentaron más riesgo de suicidio que los

hombres, reconociendo también el 10,2% de los estudiantes intentaron suicidarse en el último año, de los cuales el 52,5% de estos lo intentaron una sola vez, el rango de edad con mayores riesgo se presentó entre los 16 y 20 años. Los antecedentes familiares también estuvieron presentes demostrando que el 21,8% de sus familiares tuvieron intentos de suicidio en los últimos 5 años e igualmente se identificaron familiares con problemas de salud mental. (18)

Por otro lado, se encontró un indicador sintomático de depresión grave del 2,4%, depresión moderada del 13,8%, y depresión leve del 18,9%., siendo las mujeres con más casos de depresión. Por otra parte, el 25,9% de la población manifestó algún tipo de desesperanza, leve con un 19,4%, moderada con un 5,2% y alta con un 1,3%. Y en la impulsividad, se identificó un factor de impulsividad global del 5,1%. (18)

En Santiago de Cali, Sofía Rodríguez y Rosana Santa publicaron en el 2019 el estrés académico como factor de riesgo en la urgencia del intento suicida en estudiantes universitarios, de tipo monografía y usando fuentes de información secundaria tomando referencias de artículos académicos y de revista que han introducido a los temas tratados con anterioridad, así mismo se utilizan como fuentes las páginas oficiales de las entidades cuya acción se va analizar, así como las entidades públicas. (19)

Se encontró que en la etapa universitaria se encuentra en una de las épocas más difíciles del ser humano, ya que es el punto donde se da el cimiento de orientación de conocimientos que darán el paso para integrarse al mercado laboral, razón por la cual el ser humano dentro del proceso pasa por distintas situaciones que le exigen tener un muy buen control de sus emociones, pensamiento y raciocinio para poder responder de forma positiva a cualquier circunstancia,

causante de estrés, saturación física y mental entre otros factores que posiblemente conllevan a perder la salud mental como principal causa de suicidio. (19)

En ese mismo año Benavides V, Nixon Villota y Fredy Villalobos-Galvis realizaron una revisión de artículos de nombre Conducta suicida en Colombia: Una revisión sistemática, con el fin de sintetizar los hallazgos acerca del suicidio en Colombia entre los años 2004 a 2018, donde se identificó que los factores de riesgos estaban divididos en 7 grupos de factores, como la salud, donde la depresión, los diagnósticos psiquiátricos, el consumo de spa eran los más prevalentes en este grupo, otro de los grupos encontrados era el entorno familiar, donde las disfunciones familiares era el principal factor. Otros factores como el vivir solo y bajos ingresos económicos era los principales que afectan a la población en el grupo de sociodemográfico, también se encontró un grupo llamado interpersonales, donde los conflictos con parejas y el aislamiento eran los principales promotores en el suicidio. También nos refiere acerca de los factores de riesgo suicidas que se ven relacionados con el estrés académico que nace a partir de las nuevas exigencias del impartir conocimiento, que son condicionadas por el entorno y sus aspectos sociales. (20)

Ya en Bucaramanga en el mismo año, Lury Corredor, Yeira Samaca y Wendy Ulloa mediante una investigación de enfoque cuantitativo instrumental, con el objetivo de determinar los factores de riesgo suicida según la escala de Plutchik y factores asociados presentes en estudiantes de una universidad, encontrando una relación significativa entre el sexo y el riesgo suicida, se observa un aumento de 13% de riesgo alto en mujeres y 8% en hombre, a partir de 21% de la población general que está en riesgo alto, lo cual nos dice que el mayor riesgo se presenta en la población femenina. También hay una relación entre el riesgo y el estrato; se

puede evidenciar un aumento de 9% de riesgo alto en los participantes de estrato 3 y un 5,5% en participantes de estrato 4, (21)

Por otra parte, la relación significativa entre el riesgo y la variable de estado civil, en donde hay un aumento de 21% de riesgo alto en participantes de estado civil soltero que es un total de la población en riesgo alto y nos muestra que todos los solteros de la población están en riesgo. Se buscó la relación entre el riesgo y la variable de deporte e hijos, en donde hay un aumento de 20% de riesgo alto, existiendo un mayor riesgo en participantes quienes no realizan algún deporte, indicándonos que puede tornarse en la falta de un factor que puede ser protector, en relación con mantener una ocupación. También tenemos un aumento del 21% riesgo alto en participante que no tiene hijos, que es un total de la población en riesgo, nos muestra que todos los evaluados que no tienen hijos de la población, están en riesgo y no presentan este factor protector. (22)

5.1.3 LOCAL

En el año 2018 AC Cornejo-Ortega, AM Rojas-Omaña, [NJ Bonilla-cruz](#) en Cúcuta, considera que el suicidio es una conducta o acto destructivo, con objetivo de lograr la muerte, atribuyéndosele el deseo de morir, con la creencia de que llevándolo acabo de esta forma logrará su alcance y se encuentra que está compuesta por 5 dimensiones en donde hacen parte la desesperanza, la baja autoestima, el afrontamiento, el aislamiento social y el aislamiento emocional. Entre los resultados obtenidos se encontró en relación al nivel de autoestima con un 32,86% tenían baja autoestima, seguido de un nivel medio de 60% y por último un nivel alto con 7,14%; también se puede evidenciar que el afrontamiento de la muestra del estudio se encontró

en un nivel bajo con 8,57%, precedido con un nivel medio de 67,14% y finalmente un 24,29% con un nivel alto. (23)

En el año 2019, Melgarejo Rincón, Juliana Marcela, realizó una investigación acerca de las conductas suicidas en la adolescencia: perspectiva de docentes orientadores como objetivo analizar la relación que existe entre el bullying y la ideación suicida en estudiantes del colegio patios centro 2 de la ciudad de Cúcuta mediante el cual se propuso un diseño no experimental con un alcance correlacional.

En el año 2020, Contreras Montiel, D. R.; Ortiz Manzano, H. G realizaron una investigación sobre los Factores asociados a ideación suicida en estudiantes universitarios mediante un enfoque descriptivo y correlacional de los diferentes factores que pueden influir en los estudiantes.

6. MARCO TEÓRICO

6.1 SUICIDIO

Al investigar sobre el suicidio en los jóvenes (de los 18-25 años), se considera necesario, comprender que en el desarrollo de las diferentes etapas (física, hormonal, afectiva, emocional, social, entre otras.), surge una diversidad de cambios psicosociales relacionados a la integración y adaptación que el individuo debe de tener con su contexto. Asimismo, se da un desarrollo del pensamiento y juicio crítico a la reestructuración de la identidad y la anticipación de un futuro por medio de la construcción de un proyecto de vida. Para el ser humano resulta de gran

importancia la forma en que este se relaciona con su entorno, y como este influye a lo largo del tiempo en su personalidad y resulta siendo un factor que determina que el individuo intente suicidarse o no. (24)

Según Toro, Paniagua, González, & Montoya (2009) la adolescencia se puede dividir en tres fases. La primera de estas es la adolescencia temprana o inicial, período difícil y en ocasiones traumático, en el que se pasa por una serie de cambios que generan en la mayoría de adolescentes ansiedad y depresión. La segunda fase, la adolescencia media, período destacado por distanciamiento afectivo con los padres, en donde se vuelve más importante la necesidad de encontrar identidad y de reconocimiento. El rápido desarrollo corporal y el abandono de gran parte de sus pensamientos, ideas e imágenes infantiles, esto puede generarle inseguridad al adolescente, por lo cual puede hacer que esa tentativa de suicidio se plantee como vivencia existencial o una verdadera crisis. Los psicólogos concuerdan en afirmar que la tarea principal y fundamental de la etapa de la adolescencia es la búsqueda de la identidad. Si el adolescente fracasa en esta tarea, será susceptible a algunas tendencias autodestructivas, incluyendo el suicidio. (25)

La tercera fase, la adolescencia final o tardía, en esta etapa se establece definitivamente la identidad y es en donde se forman vínculos sociales dentro y fuera de la familia. Si ésta no ha ofrecido al joven estabilidad emocional, a lo largo de su desarrollo, es posible que se genere inadecuada interacción social. Con este contexto el adolescente es vulnerable a problemas en su auto imagen, y en su forma de relación general con el mundo; lo que puede desencadenar en la conducta suicida. (25)

Según Barón (2000) el intento de suicidio en la adolescencia en la mayoría de las veces es la expresión de un deseo de cambio a un caos social y psicológico existente, es una forma de reacción ante el sentimiento de impotencia para cambiar una situación que se ha hecho insoportable. (26). Por otra parte, González, Ramos, Caballero, & Wagner (2003) investigadores del Instituto nacional de medicina legal y ciencias forenses, aluden que el suicidio es resultado de un conflicto entre el individuo, su existencia y realidad social, que provoca una desmotivación para vivir, esta desmotivación puede ocurrir entre personas de todas las edades, géneros, creencias religiosas y clases sociales. (27)

Por otro lado, Andrade (2012) señala que el suicidio es entendido como un proceso que se presenta de forma gradual y que puede manifestarse de diversas formas entre las que se encuentran el deseo o la manifestación de morir, la imagen de muerte y el intento suicida, hasta el suicidio consumado. (27). Según Viader (1974) para evaluar las causas del suicidio desde la psicología se debe considerar la personalidad humana como la resultante de factores psíquico físicos y ambientales, además que existen alteraciones ambientales y físicas que pueden estar influyendo sobre las funciones psíquicas y pueden afectar la personalidad en todas sus manifestaciones, lo que puede estar provocando que una persona pueda tomar la decisión de suicidarse. (28)

Por esto cabe considerar a Hernández, Gómez, & Lucio (2006) quienes mencionan que existe una correlación importante entre los sucesos de la vida estresantes ya sean familiares o personales con el riesgo suicida. (29) Autores como Valadez et al., (2005) consideran que los estresores cotidianos desempeñan un papel importante, y estos pueden ser apreciados por el adolescente como demasiado violentos o difíciles de sobrellevar, aumentando así su

vulnerabilidad, encaminándolo hacia el comportamiento suicida en un intento por tratar de enfrentar estas reacciones emocionales intensas o adversas. Para el ser humano resulta de gran importancia la forma en que este se relaciona con su medio ambiente, y como influye a lo largo del tiempo en su personalidad y resulta siendo un factor que determinan que el individuo intente suicidarse o no (30)

Al indagar sobre los factores asociados a la conducta suicida en jóvenes se encuentran autores como Cajiao & Castrillón (2015) quienes consideran que la baja autoestima, la impulsividad, el pesimismo, la carencia de habilidades sociales, la falta de vínculos afectivos, la falta de apego, sentimientos de burla y rechazo son considerados factores de riesgo. (31) El trastorno depresivo es considerado una entidad de alta prevalencia y morbilidad en adolescentes. Para autores como Perales & Loredó (2015) la depresión es considerada uno de los principales factores de riesgo para el acto suicida, dentro de la población adolescente. (32)

Al igual que algunas variables como la rigidez cognitiva, la deficiencia de habilidades de resolución de problemas, deficiencias en la capacidad de comunicación y deficiencias al momento de hacer frente a situaciones de estrés que han sido relacionadas con conducta suicida en adolescentes. (33) Según Sánchez, Guzmán & Cáceres (2005) existen también factores sociales que influyen directamente con conductas suicidas en los adolescentes, como el denominado efecto de la identificación. (34)

Un comportamiento suicida puede precipitar otros intentos en un grupo de adolescentes que tengan características similares, lo que se describe como suicidio por imitación. Phillips (1974) como se cita en Sánchez et al., (2002) acuñó el término efecto Werter, entendido éste como la influencia recibida por los jóvenes al ver suicidios en la televisión, el cine o al leer sobre

ellos en libros o historietas. Es de gran relevancia considerar que la familia juega un papel importante en la determinación de un adolescente al decidir atentar contra su vida o no, puesto que, la estrecha relación y dependencia de la familia inmediata empieza a ceder por relaciones intensas con el grupo de pares y adultos fuera de la familia. (35)

Por tal motivo, la familia puede convertirse en un factor determinante para el desarrollo psicológico y personal del adolescente. Una familia mal estructurada y conflictiva con un ambiente familiar frustrante es un punto débil que expone a uno de sus miembros a correr el riesgo de buscar soluciones equivocadas, el comportamiento autodestructivo se convierte en un medio de comunicación de sentimientos, demandas o súplicas que el adolescente no sabe o no puede expresar de otra manera, al carecer de una estrategia de afrontamiento más pertinente (31). Según Reyes (2002) como es citado en González, Ramos, Caballero, & Wagner (2003) entre estos factores se encuentran los antecedentes familiares de suicidio o intentos de este y permisividad o aceptación de esta conducta como forma de afrontamiento; la violencia familiar, inadecuada comunicación y expresión de sentimientos entre los integrantes de la familia lo que puede ocasionar autoritarismo o pérdida de la autoridad. (27)

Autores como Larraguibel et al., (2000) señalan que los factores familiares de riesgo para este tipo de comportamiento son la ausencia de calidez familiar, la disfunción y discordia familiares, generando así oportunidades limitadas para un aprendizaje en afrontamiento y resolución de problemas. (36) Según Cajiao & Castrillón (2015) las relaciones entre padres e hijos mediados por el maltrato físico y/o emocional o el abuso sexual afectan el desarrollo infantil y con ello la personalidad y la estabilidad emocional del infante. De igual manera que el uso de parámetros de exigencia inapropiados para la edad de los niños. Las relaciones familiares

caracterizadas por sobreprotección, permisividad y falta de autoridad, al igual que el evitar cualquier sufrimiento en el infante, no le permite el desarrollo de estrategias cognitivas y emocionales para afrontar un problema. (32)

Según Garciandía (2013) la muerte es una alteración del espacio y del tiempo, que requiere reconstrucción, ya que sucede una rotura de la estructura familiar y de su organización, los vínculos y las relaciones que se ven alterados y distorsionados por la muerte. La forma en que ese impacto afecta, depende del ciclo vital de la familia, de la solidez de los lazos afectivos previos y de la cohesión familiar, del ciclo vital de cada uno de los miembros del sistema familiar del fallecido. (37)

La reestructuración de los patrones habituales de existencia de una familia, el equilibrio y de la dinámica se lleva a cabo por medio del proceso de duelo, cuya finalidad es lograr consolidar la ausencia en el recuerdo, las historias, los cuentos, las anécdotas, de generación en generación, hasta el olvido. (38) Según Garciandía (2013) el duelo es un proceso que no termina sino cuando todos los miembros de la familia, lo han elaborado. Cuando la pérdida no es asimilada, no se restablece la estructura familiar para compensar la pérdida y podría suceder que el sistema familiar delegue a algún miembro de la familia para asumir las funciones o el rol del fallecido, generalmente este delegado es aquel con mayor tolerancia y fuerza para soportar el dolor y el sufrimiento, la tarea de consolar a la familia. (37)

Según el Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida (2010) el duelo es un proceso complicado, pero cuando la causa de la muerte es un suicidio, es más duro todavía de superar para las personas cercanas, pues en ocasiones puede ser más prolongado, y el shock, el aislarse y el sentimiento de culpa pueden ser mayor que en

otro tipo de muertes. Las reacciones que tienen los miembros del grupo familiar tras la pérdida de un ser querido dependen de varios factores individuales o contextuales, las reacciones más frecuentes son el entrar en shock emocional, a causa de que la muerte de una persona cercana puede suponer una gran conmoción, principalmente cuando es una muerte inesperada. En donde se incluyen emociones como la incredulidad, negación, inhibición, perplejidad, aturdimiento, incertidumbre y miedo. Otras de las reacciones es el sentir demasiado dolor en donde se hacen presentes emociones como el llanto, crisis de angustia, agitación, irritabilidad, hiperactividad y labilidad emocional. (39)

Según Garcíandía (2013) el sentimiento de culpa es posiblemente uno de los más dolorosos para los sobrevivientes, puesto que asumen que en cierta medida tienen una culpa más allá de la responsabilidad, el sentimiento de que debían o pudieron haber hecho algo para evitar la muerte y no lo hicieron es vivido como una pesada carga. Asimismo, conectado a este sentimiento de culpa suele presentarse un fuerte sentimiento de enfado y rabia por sentirse víctimas de un acto sumamente agresivo por parte del suicida que los deja con todas las dudas, preguntas, incógnitas e incertidumbres sobre su decisión. También se encuentran sentimientos de temor, expresado en el miedo a la amenaza interna de ser víctima de los propios impulsos autodestructivos. (37) Tras la pérdida de un ser querido es una reacción normal sentirse muy triste, es posible preferir la soledad y el sentir deseos de llorar. El dolor, la culpa, la vergüenza y el temor contaminan el pensar, se hace presente un pensamiento distorsionado, se comienzan a construir historias, verdaderos mitos familiares relacionados con la muerte del suicida que relatan historias ajenas a la realidad de los hechos. (39)

Según Garciandía (2013) el suicidio es un fenómeno que genera un impacto psicológico a los miembros del sistema familiar y con frecuencia el suicidio se convierte en un secreto familiar, el secreto se transforma en un consenso compartido, puesto que los sobrevivientes se obsesionan con la culpa, la recriminación social por los posibles actos y omisiones que llevaron a la realización del acto suicida. Además, considera que la persona que se suicida, deposita todos sus secretos en el corazón del superviviente, le sentencia a afrontar muchos sentimientos negativos y obsesionarse con pensamientos relacionados con su papel real o posible, a la hora de haber precipitado el acto suicida o de haber fracasado en evitarlo.(37) Según Pérez & Barrero (2007) como se cita en Acinas (2012) las muertes por suicidio conlleva mayor estigmatización que el resto, mayor sentimiento de culpa, menos deseos de discutir sobre la muerte y mayor cuestionamiento sobre lo que se podía haber hecho. (40)

El suicidio, considerado como un fenómeno universal, atemporal y con distintas concepciones culturales y sociopolíticas y es definido como “aquel acto con resultado letal, que deliberadamente es iniciado y realizado por el sujeto”. (41) Según Durkheim: “Se le llama suicidio a todo caso de muerte que resulte directa o indirectamente de un acto positivo o en un acto negativo, ejecutado por la propia víctima, conociendo que ha de producir este resultado”. (42)

Todo inicia con la ideación suicida, que es un marcador de vulnerabilidad y que puede desencadenar el intento de suicidio, lo que lleva a la realización de la idea: el suicidio. La ideación suicida son aquellos pensamientos acerca de la voluntad de finalizar la vida, con o sin planificación o método. La amenaza suicida se considera la expresión verbal o no verbal, que manifiesta la posibilidad de una conducta suicida en un futuro próximo. (42)

Según Stengel, los factores de riesgo suicida son los factores predisponentes que pueden desencadenar un acto suicida y el parasuicidio es un acto no habitual con un fin no fatal, que es iniciado y realizado por una persona suicida con un resultado no mortal, que provoca autolesiones. El intento suicida es cualquier acto de auto perjuicio infligido con intención autodestructiva, aunque sea vaga o ambigua. (43)

De igual modo, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el suicidio es uno de los factores más relevantes de morbilidad en jóvenes puesto que ocupa la segunda causa de muerte en el mundo. La expectativa de vida en esta población juvenil se ha visto disminuida por este aspecto. Se está viendo como fatídico y se cree que las dificultades de afrontamiento y resolución de problemas son algunos de los factores más destacados. Por ello, de acuerdo con los estudios que se hacen en la actualidad, en su mayoría es considerado un problema de salud pública y dicen que es prevenible si se logra intervenir de manera oportuna con estrategias multisectoriales e integrales. La idea suicida y el intento son más frecuentes en la población femenina y el suicidio consumado en la población masculina. (44)

6.2 VALIDEZ DEL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

6.2.1 ESCALA PAYKEL DE SUICIDIO

La Escala Paykel de suicidio (PSS por sus siglas en inglés) es una herramienta que fue diseñada inicialmente para evaluar diferentes manifestaciones de la conducta suicida, tales como el pensamiento de muerte, la ideación suicida, etc. en la población clínica. Esta escala consta de 5 ítems en total, con un sistema dicotómico de respuesta Sí/No (puntuación 1 y 0,

respectivamente). A un nivel teórico el obtener mayores puntuaciones indican mayor nivel de gravedad. La PSS ha sido validada en adolescentes españoles (Fonseca-Pedrero et al., 2018). Dado que se puede observar que tiene como ventaja su sencillez y brevedad. Básicamente, esta escala puede ser utilizada como instrumento de evaluación o como herramienta para la conducta suicida en los diferentes entornos de evaluación. (60)

6.2.2 ESCALA DE BIENESTAR PSICOLÓGICO DE RYFF

Este instrumento, la escala de bienestar psicológico de RYFF tiene un total de 39 ítems con opciones de respuesta de 1 a 6, en el que 1 se refiere a estar totalmente en desacuerdo y 6 totalmente de acuerdo. En donde a mayor puntuación, mayor es la presencia de bienestar psicológico. (66)

6.2.3 ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG

La Rosenberg Self-Esteem Scale o escala de autoestima de Rosenberg, propuesta por Morris Rosenberg (1965), presenta altos índices de fiabilidad con una consistencia interna de 0.77, y se definió como una medición unidimensional de autoestima; sin embargo, diversas publicaciones mostraron que realmente es una escala bidimensional puesto que una parte es para medir el autoestima positiva, autoconfianza o satisfacción personal– y la otra para autoestima negativa, autodesprecio o devaluación personal. (67)

6.2.4 ESCALA DE INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

Según Beck (1967), la depresión se caracteriza por el sentimiento de tristeza, culpa, conductas de evitación, apatía, concepto negativo de sí mismo, autorreproches, culpa, síntomas

somáticos y cambios en el nivel de actividad física. En la escala de inventario de depresión de Beck Se ha evidenciado gran validez convergente tras la correlación con medidas de depresión y ansiedad (Araya et al. 2013), desesperanza y síntomas internalizados, así como también validez divergente al relacionarse débilmente con escalas de apoyo social y síntomas externalizados (Van Voorhis y Blumentritt, 2007). En esta escala su rango de las puntuaciones va desde 0 a 63 puntos. En la cual entre más alta sea la puntuación, mayor será la severidad de los síntomas depresivos de la persona. Se establecen cuatro grupos en función de la puntuación total: puntaje de 0-13, mínima depresión; de 14-19, depresión leve; de 20-28, depresión moderada; y de 29-63, depresión grave. (68)

7. MARCO CONCEPTUAL

Teniendo en cuenta la temática de estudio, se resaltan los conceptos de mayor importancia que se encuentran en el desarrollo del presente proyecto.

❖ **CONDUCTA SUICIDA:**

El comportamiento suicida incluye el acto del suicidio e intento del mismo. El pensamiento, la idea, la consideración o la planificación del suicidio se le denominan ideas suicidas. Las estadísticas acerca de la conducta suicida se basan principalmente en certificados de defunción y en informes sobre las investigaciones judiciales que subestiman la incidencia verdadera. Para proporcionar información más fiable, los CDC crearon el National Violent Death Reporting System (NVDRS) (Sistema nacional de información de muertes violentas); se trata de un sistema estatal que se encarga de recolectar datos sobre cada incidente violento de diversas

fuentes para proporcionar una comprensión más clara sobre las causas de muertes violentas (homicidios y suicidios). El NVDRS está actualmente en vigor en 40 estados. (45)

La ideación suicida son aquellos pensamientos acerca de la voluntad de quitarse la vida, ya sea con o sin planificación o método. La amenaza suicida se considera como la expresión verbal o no verbal, que manifiesta la persona sobre la posibilidad de una conducta suicida en un futuro próximo. Según Stengel, los factores de riesgo suicida son aquellos factores predisponentes que pueden desencadenar al acto suicida y el parasuicidio se refiere a un acto no habitual con un fin no fatal, que es iniciado y realizado por la persona suicida con un resultado no mortal, que provoca autolesiones. El intento suicida es cualquier acto de auto perjuicio infligido con intención autodestructiva, aunque sea vaga o ambigua (46)

PARASUICIDIO: son todas aquellas conductas suicidas que no tuvieron un desenlace fatal, con independencia del grado de letalidad de las mismas. Ciertamente se trata de un concepto amplio que abarca desde conductas autolesivas de intencionalidad suicida baja, hasta las conductas de letalidad alta que por cualquier motivo no han tenido un desenlace fatal (lo que tradicionalmente se ha descrito como suicidio frustrado). (47)

DEPRESIÓN: Es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, la sensación de cansancio y falta de concentración. Esta puede llegar a hacerse recurrente o crónica y dificultar el desempeño en la escuela o en el trabajo e incluso la capacidad para afrontar la vida diaria. En su forma más grave, puede conllevar al suicidio. Si esta es leve, se puede tratar sin necesidad de medicamentos, pero cuando es de carácter moderado o grave se pueden necesitar medicamentos y psicoterapia con un profesional. (48)

DISTIMIA: se define como un patrón crónico de alteración del comportamiento, que se caracteriza por un estado de ánimo depresivo persistente experimentado de manera continua durante la mayoría de los días y durante la mayor parte de los mismos y con una duración mínima de dos años, junto con otros posibles síntomas secundarios. (49)

❖ **INDICADORES PSICOMÉTRICOS:** Es un tipo de Prueba Psicométrica que consiste en un cuestionario o lista de chequeo, usualmente autoadministrada, diseñada para obtener información de variables no intelectuales de un individuo. Los inventarios habitualmente evalúan rasgos tales como actitudes, intereses, motivaciones, etc. Un test psicométrico constituye una medida objetiva y tipificada de una muestra de comportamiento, el test se puede calificar de acuerdo con distintos y diferentes criterios una clasificación entre actitudes, valores, preferencias y personalidad. (50)

❖ **CORRELACIÓN DE PEARSON:** En estadística, el coeficiente de correlación de Pearson es una medida de dependencia lineal entre dos variables aleatorias cuantitativas. A diferencia de la covarianza, la correlación de Pearson es independiente de la escala de medida de las variables. Podríamos definir el coeficiente de correlación de Pearson como un índice que puede ser utilizado para medir el grado de relación de dos variables siempre y cuando ambas sean cuantitativas y continuas. (51)

El coeficiente de correlación de Pearson es una medida comúnmente utilizada en diversas áreas del quehacer científico, desde estudios técnicos, econométricos o de ingeniería; hasta en investigaciones relacionadas con las ciencias sociales, del comportamiento o de la salud. Es

precisamente esta extensa divulgación una de las razones que explicaría el uso indebido que se le ha dado a esta herramienta estadística, especialmente en aquellos escenarios en los que debe ser comprendido e interpretado correctamente o en aquellos en que se tienen que comprobar las suposiciones matemáticas que la sustentan. (51)

- ❖ **PREVALENCIA:** Es la proporción de individuos de una población que presentan el evento en un momento, o periodo de tiempo determinado. Es un indicador estático, referente a un momento temporal. Indica la “carga” del evento que soporta la población, tiene su mayor utilidad en los estudios de planificación de servicios sanitarios. En la prevalencia influye la velocidad de aparición del evento y su duración; es por ello poco útil en la investigación causal y de medidas terapéuticas (52)

- ❖ **DCM-5:** Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, utilizado por médicos e investigadores para diagnosticar y clasificar enfermedades mentales, producto de esfuerzo de cientos de expertos internacionales en todas las áreas de la salud mental. Gracias a su dedicación se ha elaborado una obra de referencia que define y clasifica los trastornos mentales con el objetivo de mejorar los diagnósticos, tratamientos y en la investigación de las patologías mentales. (69)

- ❖ **CIE10:** Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, la CIE satisface las necesidades de información diagnóstica para fines generales, a diferencia de otras clasificaciones, que se utilizarían en combinación con ella, se ocuparían de la misma información con otros criterios o de información diferente (muy en especial, los procedimientos médicos y quirúrgicos y las discapacidades). (70)

8. MARCO CONTEXTUAL

- La investigación se implementará en la Universidad Francisco de Paula Santander en la Facultad de Salud del programa de Enfermería, en el cual se consideró esta institución como una fundación de carácter privado el día 5 de julio de 1962 para después de un tiempo ser declarada el 1 de junio como Universidad Oficial del Departamento Norte de Santander así quedar como un establecimiento público descentralizado y autónomo. De este modo es cómodo contar como objetivo poder elevar el nivel cultural de la juventud nortesantandereana, solucionar el problema de numerosos bachilleres de la localidad que, por diversas causas, sobre todo económicas. Esta entidad pública está ubicada en la avenida Gran Colombia #123-9 Barrio Colsag, lugar donde actualmente se encuentra la UFPS. (53)
- De igual importancia se constituye el número de estudiantes y el avance de los programas académicos que ofrece la UFPS a la región y así poder aumentar notablemente, puesto que en la actualidad se identifica una oferta académica con procesos de calidad con varios programas acreditados con el esfuerzo constante de toda la comunidad. El cual se encuentra dividida en 6 facultades (en áreas concernientes a la ingeniería, ciencias de la salud, ciencias básicas, ciencias empresariales, ciencias agrarias, ciencias del medio ambiente, educación, artes y humanidades) los cuales brindan 35 programas de pregrado, 10 especializaciones, 4 maestrías y 1 doctorado. Con respecto a ello, se considera que en la actualidad la institución tiene en sus manos la inmensa tarea de brindar una formación

a sus estudiantes soportada en la responsabilidad social, utilizando como herramientas las tecnologías de la comunicación e información. (53)

- Con respecto a ello, se considera que en la actualidad la Universidad Francisco de Paula Santander, como institución pública tiene en sus manos la inmensa tarea de brindar una formación a sus estudiantes soportada en la responsabilidad social, utilizando como herramientas las tecnologías de la comunicación e información ofreciendo al mundo una óptica crítica, que aporte al desarrollo social y así mismo al progreso en general de la región y el país. (53)

8.1 MISIÓN

La Universidad Francisco de Paula Santander es una entidad pública con una educación superior a las instituciones de la región el cual se encuentra orientada hacia el mejoramiento continuo de los procesos que se llevan a cabo en los procesos académicos y además, la calidad en que se trabajan los procesos de docencia, investigación y extensión en las modalidades presenciales, a distancia y virtuales, con el propósito de una formación integral de profesionales comprometidos con la solución de problemas del entorno, en busca del desarrollo sostenible del departamento. (53) .

8.2 VISIÓN

Esta institución pública aspira ser reconocida a nivel nacional por su calidad, competitividad y pertinencia en cada uno de los programas académicos que ofrece la entidad con la finalidad de generar conocimientos, transmitir ciencia y tecnología, y sobre todo una formación en los profesionales con sentido de pertenencia y responsabilidad con sus acciones tanto en las modalidades presenciales como a las de distancia y virtualidad. (53) .

8.3 OBJETIVOS

La universidad desea ser reconocida nacionalmente como una entidad con una educación superior teniendo en cuenta la calidad y el compromiso para obtener excelentes resultados en todos los procesos que se llevan a cabo en la institución como ente de estrategias en los campos de la docencia, investigación y proyección social. (53)

9. MARCO LEGAL

De acuerdo a la **LEY 100 DE 1993**, por la cual se estipula la creación del sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Eventualmente nos refiere que la Seguridad Social Integral es el conjunto de instituciones, normas y procedimientos, de que disponen la persona y la comunidad para gozar de una calidad de vida, por medio del cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen, esto para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, especialmente las que menoscaban la salud y la capacidad económica, de los habitantes del territorio nacional, con el fin de poder lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad. (54)

De acuerdo a la **RESOLUCIÓN 2358 DE 1998** que identifica la información epidemiológica disponible revela una alta prevalencia en alteraciones de la salud mental en la población general y revela también un aumento progresivo en su incidencia, esto como resultado de múltiples factores que se ven relacionados con la transición de la salud de los colombianos. De esta manera, dichos problemas relacionados con el comportamiento y la salud mental de las

personas y las comunidades, son de tal magnitud que actualmente deben ser considerados como problemas prioritarios de salud pública. (55)

Por consiguiente, en la **Ley 1616 del 2013** "POR MEDIO DE LA CUAL SE EXPIDE LA LEY DE SALUD MENTAL Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES en el artículo 1 y 35 nos refieren que su objetivo es garantizar el ejercicio pleno del Derecho a la Salud Mental a la población colombiana, priorizando a niños, niñas, y adolescentes, por medio de la promoción de la salud y la prevención de trastornos mentales, la Atención Integral e Integrada en Salud Mental en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud, de conformidad con lo estipulado en el artículo 49 de la Constitución y con fundamento en el enfoque promocional de Calidad de vida y la estrategia y principios de la Atención Primaria en Salud. (56)

Entre tanto, en **El Decreto 658 de 2013** se expide el cronograma de reglamentación e implementación de la Ley 1616 de 2013. El cual define el cronograma y los responsables para entre otras actividades: definir las modalidades y los servicios para la atención integral e integrada en salud mental, el consejo nacional de salud mental, la política nacional de salud mental, la formación y capacitación de los equipos básicos en salud, el plan de beneficios, el observatorio nacional de salud mental, entre otros. (57)

Por otro lado, encontramos la **RESOLUCIÓN NÚMERO 3280 DE 2018** por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud en la cual se evidencia las intervenciones y atenciones contempladas en La Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud (RPMS) como aquella herramienta operativa obligatoria en el territorio para el personal de salud. (58)

Asimismo, encontramos la **ORDENANZA 0027 del 2019** por la cual se adopta la política pública de salud mental por la cual se adopta la política pública de salud mental en el departamento de Norte de Santander y otras disposiciones. Esta ley nos muestra los conceptos generales, ámbitos, ejes, enfoques, principios, ámbitos de aplicación y estrategias dirigidos a la promoción y prevención en Salud mental. (59)

10. DISEÑO METODOLÓGICO

10.1 TIPO DE ESTUDIO:

Este estudio es de diseño metodológico cuantitativo, el cual identificará los principales factores de riesgo de suicidio en la población estudiantil del programa de Enfermería de la UFPS que comprende el rango de edad de 18 a 25 años; comprendiendo diferentes variables sociodemográficas como: edad, sexo, semestre de enfermería, estado civil, seguridad social y estrato socioeconómico, con el fin de evaluar dos variables primordiales tales como: la prevalencia de conductas suicida por medio de la escala de Paykel y otros indicadores psicométricos a través de la aplicación de los siguientes instrumentos: escala de bienestar psicológico de Ryff, escala de autoestima de Rosenberg y el inventario de depresión de Beck, con la finalidad de identificar las diferentes señales de advertencia del suicidio. Este tipo de estudio es cuantitativo debido a su obtención de resultados numéricos y porcentuales en el desarrollo de ello, por la aplicación de los diferentes instrumentos.

10.2 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN:

En esta investigación se realizará un tipo de estudio Cuantitativo Correlacional con la finalidad de evaluar el grado de relación entre dos variables por el método de correlación de Pearson como son: las conductas suicidas por medio de la escala de Paykel el cual es un instrumento breve, sencillo, corto y muy útil con adecuadas propiedades psicométricas para la debida valoración de la conducta suicida en los jóvenes; con respecto a otros indicadores psicométricos utilizados, como la escala de bienestar psicológico de Ryff, la escala de autoestima de Rosenberg y el inventario de depresión de Beck que son herramientas de gran validez que evalúan el sentimiento de satisfacción que los jóvenes tienen de sí mismos.

Así mismo en esta investigación se busca analizar la relación entre estas dos variables cuantitativas en un grupo de sujetos (estudiantes del programa de Enfermería de 18 a 25 años) con el objetivo de determinar si las dos variables están correlacionadas, es decir que si los valores de una variable tienden a ser más altos o más bajos para los valores más altos o más bajos de la otra variable. Para luego poder predecir el valor de una variable dado a un valor determinado de la otra variable y además valorar el nivel de concordancia entre el valor encontrado en estas dos variables.

10.3 POBLACIÓN Y MUESTRA:

La población estará conformada por estudiantes de la carrera de Enfermería de la UFPS con edades de 18 a 25 años. Con una muestra de 20 estudiantes de cada semestre académico (8 semestres en total), para una muestra total de 160 estudiantes del programa de Enfermería.

10.3.1.1 CRITERIO DE INCLUSIÓN:

- Grupo poblacional: hombres y mujeres con edades de 18 a 25 años que se encuentren estudiando la carrera de Enfermería en la UFPS.
- Estar de acuerdo y firmar el consentimiento informado.

10.3.1.2 CRITERIO DE EXCLUSIÓN:

- Estudiantes menores de 18 años de edad
- Estudiantes mayores de 25 años de edad
- No ser estudiante de Enfermería de la UFPS
- No estar de acuerdo con el proyecto de investigación

10.4 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN	SUB VARIABLE	DEFINICIÓN	NATURALEZA	ESCALA DE MEDICIÓN	CATEGORÍA
SOCIODEMÓGRAFICAS	Son aquellas variables que nos indican características de la población	Edad	Tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento	Cuantitativa	Razón	Pregunta Abierta
		Sexo	se refiere a la identidad sexual de los seres	Cualitativa	Nominal	Masculino Femenino

	n a encuesta r		vivos, la distinción que se hace entre Femenino y Masculino ,			
		Estado civil	Se refiere a la situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco .	Cualitativa	Nominal	Soltero Casado Unión libre o conviviente Divorciado Viudo
		Semestre que está cursando	Para identificar la etapa educativa que esté realizando de la carrera de Enfermería en la UFPS	Cualitativa	Ordinal	Pregunta abierta
		Estrato socioeconómico	Es una clasificaci			1

			ón en estratos de los inmuebles residenciales que deben recibir servicios públicos.	Cualitativa	Ordinal	2 3 4 5 6
		Seguridad Social	Es un sistema público que tiene como objetivo asegurar a la población una serie de prestaciones mínimas que la proteja en caso de necesidad	Cualitativa	Nominal	Régimen Subsidiado Régimen contributivo Sin afiliación
EVALUACION DE LA CONDUCTA SUICIDA	Nos permite identificar los riesgos posibles que conlleva	ESCALA DE PAYKEL DE SUICIDIO	Este es un instrumento de medida breve, sencillo, útil y con adecuado.	Cuantitativa	Ordinal	Compuesto por 5 ítems

	n los estudian tes					
INDICADOR ES PSICOMET RICOS	Esto nos permite medir lo que no es observa ble y crear herrami entas como los test mentale s	ESCALA DE BIENESTAR PSICOLÓGIC O DE RYFF.	Está definida en seis dimension es: (a) autocepta ción, (b) relaciones positivas, (c) autonomía (d) dominio del entorno, (e) crecimient o personal, (f) propósito en la vida	Cuantitativa	Ordinal	Compuesto por 39 ítems
		ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG.	Este test es el más utilizado para medir la autoestima .	Cuantitativa	Ordinal	Compuesto por 10 ítems

		INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK	Para evaluar la sintomatología depresiva de los jóvenes.	Cuantitativa	Ordinal	Compuesto por 21 ítems
--	--	---------------------------------	--	--------------	---------	------------------------

tabla 1. Operacionalización de variables

11. MÉTODOS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS.

Para la recolección de información se utilizará la técnica de encuesta mediante entrevista indirecta por la investigadora por medio del formulario Google Forms, la cual reciben como nombre ESCALA DE PAYKEL, ESCALA DE BIENESTAR PSICOLÓGICO DE RYFF, ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG, ESCALA DE DEPRESIÓN REYNOLDS tomado de la investigación Evaluación de la conducta suicida en adolescentes: A propósito de la escala de Paykel creado por Paykel, Myers, Lindenthal y Tanner (1974) y adaptado en España por Fonseca-Pedrero et al. (2018) tiene un coeficiente alfa (α) de Cronbach de 0.89 y una fiabilidad inter examinador de 0.83.

ITEMS	RESULTADO
1-2	Riesgo bajo de ideación suicida
3-4	Riesgo moderado de ideación suicida
5	Riesgo Alto de ideación suicidad

tabla 2. . *Ítems Escala de Paykel*

Está compuesto por 5 ítems, en el cual el primer y segundo ítem evalúa pensamientos de muerte, el tercer y cuarto ítem valora la IS (Ideación suicida) y el último ítem, intento de suicidio. El conjunto de respuesta es dicotómico (respuesta de Si o No), y los puntajes totales varían de 0 a 5. En ese sentido, los puntajes altos refieren mayor tendencia de IS. (Ideación suicida (60)

Después encontramos con el propósito de comprender la escala del Bienestar psicológico, Ryff (1989) a un modelo multidimensional con una forma de evaluación objetiva, donde el instrumento cuenta con un total de 39 ítems con un formato de respuesta con puntuaciones comprendidas entre 1 (totalmente en desacuerdo) y 6 (totalmente de acuerdo) con una estimación de la confiabilidad a través del Alpha de Cronbach de un valor de 0,89. (61)

Así mismo posee seis factores que son: (a) autoaceptación, como la capacidad del individuo para sentirse bien consigo misma, aun siendo consciente de sus autolimitaciones, con actitudes positivas hacia sí mismo; (b) relaciones positivas, se refiere a la percepción que se tiene del establecimiento de relaciones sociales estables y de tener amigos de confianza; (c) autonomía, como la capacidad de la persona para resistir en mayor medida la presión social y poder autorregular su comportamiento; (d) dominio del entorno, la habilidad personal para elegir o de poder crear entornos favorables para satisfacer deseos y necesidades propias; (e) crecimiento personal, empeño por desarrollar las potencialidades, para seguir creciendo como persona y llevar al máximo todas sus capacidades; y (f) propósito en la vida, se refiere a la capacidad de la persona de definir unos objetivos que le permitan dar a su vida cierto sentido. (61)

La consistencia interna (medida con Alfa de Cronbach) de las subescalas de Bienestar Psicológico de la versión española es la siguiente: Autoaceptación= 0.83, Relaciones positivas= 0.81, Autonomía= 0.73, Dominio del entorno= 0.71, Propósito en la vida= 0.83 y Crecimiento personal= 0.6815.

ITEMS	RESULTADO
1,7,13,19, 25, Y 31	AUTOACEPTACIÓN
2,8,14,20,26 Y 32	RELACIONES POSITIVAS
3,4,9,10,15, 21, 27 y 33	AUTONOMÍA
5, 11,16,22,26,39	DOMINIO DEL ENTORNO
24,30,34,35, 36,37 y 38	CRECIMIENTO PERSONAL
6, 12, 17, 18, 23 y 29	PROPÓSITO DE LA VIDA

tabla 3. Ítems Escala de Bienestar Psicológico de Ryff

PUNTAJE DE ITEMS	RESULTADO
Menos de 20 puntos	AUTOACEPTACIÓN BAJA
20-30	AUTOACEPTACIÓN NORMAL
31-36	AUTOACEPTACIÓN ELEVADA

Tabla 3. Ítems Escala de Bienestar Psicológico de Ryff

Fuente: Realizado por estudiante de enfermería de la UFPS

PUNTAJE DE ITEMS	RESULTADO
Menos de 20 puntos	RELACIONES POSITIVAS BAJA

20-30	RELACIONES POSITIVAS NORMAL
31-36	RELACIONES POSITIVAS ELEVADA

Tabla 3. Ítems Escala de Bienestar Psicológico de Ryff

PUNTAJE DE ITEMS	RESULTADO
Menos de 30 puntos	AUTONOMÍA BAJA
30-40	AUTONOMÍA NORMAL
41-48	AUTONOMÍA ELEVADA

Tabla 3. Ítems Escala de Bienestar Psicológico de Ryff

PUNTAJE DE ITEMS	RESULTADO
Menos de 20 puntos	DOMINIO DEL ENTORNO BAJO
20-30	DOMINIO DEL ENTORNO NORMAL
31-36	DOMINIO DEL ENTORNO ELEVADO

Tabla 3. Ítems Escala de Bienestar Psicológico de Ryff

Fuente: Realizado por estudiante de enfermería de la UFPS

PUNTAJE DE ITEMS	RESULTADO
Menos de 23 puntos	CRECIMIENTO PERSONAL BAJOO
24-34	CRECIMIENTO PERSONAL NORMAL
35-42	CRECIMIENTO PERSONAL ELEVADO

Tabla 3. Ítems Escala de Bienestar Psicológico de Ryff

Fuente: Realizado por estudiante de enfermería de la UFPS

PUNTAJE DE ITEMS	RESULTADO
Menos de 20 puntos	PROPÓSITO DE LA VIDA BAJO
20-30	PROPÓSITO DE LA VIDA NORMAL
31-36	PROPÓSITO DE LA VIDA ELEVADO

Tabla 3. Ítems Escala de Bienestar Psicológico de Ryff

Fuente: Realizado por estudiante de enfermería de la UFPS

Luego encontramos, la escala de Autoestima de Rosenberg (EAR) es una de las escalas de autoestima más utilizada por en el mundo, por lo cual ha sido traducida a múltiples idiomas. En Chile es ampliamente utilizada, y actualmente cuenta con la versión validada para la población chilena por Cid en el año 2004. La EAR se compone de 10 afirmaciones de los sentimientos que tiene la persona sobre ella, 5 direccionadas positivamente (ítems 1, 2, 4, 6 y 7) y 5 direccionadas negativamente (ítems 3, 5, 8, 9 y 10) (ejemplo, sentimiento positivo: " considero que tengo muchas cualidades " sentimiento negativo: " siento que no tengo muchos motivos para sentirme orgulloso de mi"). (62)

PUNTAJE DE ÍTEMS	RESULTADO
Menos de 25 Puntos	AUTOESTIMA BAJA
De 26 a 29 puntos	AUTOESTIMA NORMAL

De 30 a 40 puntos	AUTOESTIMA ELEVADA
-------------------	--------------------

tabla 4. Ítems Escala de Autoestima de Rosenberg

Fuente: Realizado por estudiante de enfermería de la UFPS

La graduación de respuestas está dada en 4 puntos (1 = muy en desacuerdo, 2 = en desacuerdo, 3 = de acuerdo y 4 = muy de acuerdo) y se le asigna el puntaje de manera inversa las afirmaciones direccionadas negativamente; los valores teóricos fluctúan entre 10 como baja autoestima y 40 como alta autoestima. Es una escala auto aplicada donde los participantes marcan con una " X" las alternativas que más lo identifican. Se considera también en ocasiones el intervalo: promedio (25) \pm una desviación estándar (2) para el nivel normal, y en otras ocasiones se considera el intervalo 26- 29 puntos, como el nivel normal. En la cola inferior se definen los de baja autoestima y en la superior los de alta autoestima. La escala ha sido traducida y validada en castellano. La consistencia interna de la escala se encuentra entre 0.76 y 0.87. La fiabilidad es de 0.80 (62)

Por último, encontramos el inventario de depresión de Beck (63) Inventario de Depresión de Beck, segunda edición (BDI - II). Este instrumento auto aplicable consta de 21 ítems y presenta adecuadas propiedades psicométricas. Ha sido utilizado en Chile en adolescentes, demostrando que discrimina efectivamente entre población clínica y no consultante con un puntaje de corte de 19, el cual indica presencia de sintomatología depresiva importante. La consistencia interna (alfa = .91). El BDI-II está diseñado para evaluar la gravedad de la sintomatología depresiva. En cada uno de sus ítems la persona evaluada tiene que elegir, entre cuatro alternativas ordenadas de menor a mayor gravedad, la frase que mejor describe su estado durante las últimas dos semanas (excepto en los ítems 16 y 18 que presentan siete alternativas). Cada ítem se valora de 0 a 3 puntos en función de la alternativa escogida y, tras sumar directamente la puntuación de cada ítem, se obtiene una puntuación total que varía de 0 a 63.

PUNTAJE DE ÍTEMS	RESULTADO
0-13	MÍNIMA DEPRESIÓN
14-19	DEPRESIÓN LEVE
20-28	DEPRESIÓN MODERADA
29-63	DEPRESIÓN GRAVE

tabla 5. Ítems Inventario de Depresión de Beck

Fuente: Tabulación Realizado por estudiante de enfermería de la UFPS

12. PLAN DE TABULACION Y ANALISIS

La tabulación se realizará de forma simultánea con la recolección de los datos mediante la información que se adquiera, tras la aplicación de los instrumentos a la muestra de investigación; que serán tabulados a través de la hoja de cálculo del programa Microsoft Excel. Por lo tanto, para el respectivo análisis se emplearán medidas estadísticas descriptivas como son: matriz de correlación, matriz de covarianzas, entre otras. Además, de ellos, los resultados que se obtengan serán presentados en tablas y gráficas para su correspondiente observación.

13. ASPECTOS ÉTICOS

De acuerdo a la Resolución 8430 de octubre 4 de 1993, en la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, en el Título II: de la Investigación en Seres Humanos, en el Capítulo I: de los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos: en toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio de respeto a su dignidad y de protección a sus derechos y bienestar. (64)

De esta manera es fundamental obtener el consentimiento informado y firmado de cada estudiante para ser incluido en el estudio y poder dar resultados en base a la aplicación de todo el proceso investigativo; de igual manera es de gran importancia contar con la aprobación y la autorización por parte de los entes correspondientes de la Universidad Francisco de Paula Santander

Este estudio se desarrollará de acuerdo a los siguientes criterios:

- Se guardará y respetará la información proporcionada por los estudiantes de Enfermería de la UFPS.
- Cada encuesta tendrá previo consentimiento informado.
- Se protegerá la integridad, confidencialidad y privacidad del paciente.
- Se anexa formato de consentimiento informado
- Se solicitará la respectiva autorización de la Universidad Francisco de Paula Santander, para la elaboración de este proyecto investigativo y la aplicación de las encuestas en dichos estudiantes.

14. PRINCIPIOS DE LA BIOÉTICA

- **AUTONOMÍA:** Este principio se basa en la convicción de que el ser humano debe ser libre de todo control exterior y ser respetado en sus decisiones vitales básicas. Esto significa el reconocimiento de que el ser humano, también el enfermo, es un sujeto y no un objeto.

Cabe señalar que el reconocimiento de este principio no significa que la decisión moral no este teniendo en cuenta el bien de los demás. De igual manera, significa que deben respetarse las decisiones de los pacientes que, después de una pertinente y adecuada información, tienen la suficiente competencia para la tomar de decisión. La conclusión más concreta del

reconocimiento del principio de autonomía en el enfermo se centra principalmente en el llamado “consentimiento informado”, que se encarga de regular la relación entre el médico y su paciente.

- **BENEFICENCIA:** este principio obliga al profesional de la salud a poner el máximo empeño en atender al paciente y hacer cuanto pueda para mejorar su salud, de la forma que considere más adecuada. Este principio ético básico que es aplicado primariamente al paciente, no obstante también a otros que pueden beneficiarse de un avance médico en particular.

La palabra beneficencia tiene aquí su sentido etimológico, no el de una caridad ineficaz y paternalista y resulta más adecuada que el de benevolencia, en cuanto subraya el hecho de tener que hacer efectivamente el bien y no simplemente querer hacerlo o desear hacerlo.

- **NO MALEFICENCIA:** Este principio es distinto a la beneficencia, ya que el deber de no dañar es más obligatorio que la exigencia de promover el bien. Incluye, sobre todo, el imperativo de hacer activamente el bien y de evitar hacer el mal. El daño que se le hace a una persona es más rechazable, en ciertas circunstancias, que el de no haber promovido su bien; la exigencia ética es más imperativa.
- **JUSTICIA:** Se refiere a la obligación de igualdad en los tratamientos y, respecto del Estado, en la distribución equitativa de los recursos para prestar los servicios de salud, investigación, etc. Esta justicia no significa que se deba tratar a todos los pacientes de la misma manera, pero sí que cada uno de ellos tenga acceso a los servicios médicos adecuados, dignos y básicos.

Asimismo, en el trato con el paciente, el profesional de salud no debe anteponer juicios de valor ni hacer distinciones por origen racial, sociocultural o socioeconómico, creencias religiosas, ideológicas o de otra índole. (65)

15. RESULTADOS

15.1 VARIABLES DEMOGRÁFICAS

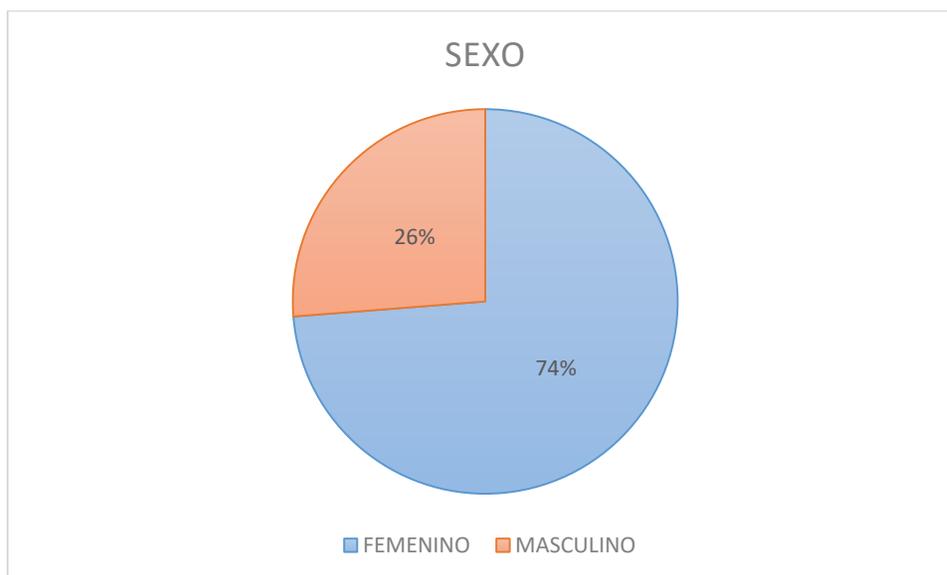
Entre las variables demográficas evaluadas encontramos el sexo, la edad, el semestre que están cursando los estudiantes al momento de contestar los instrumentos, estado civil, seguridad social y estrato socioeconómico. De acuerdo a ello encontramos:

15.1.1 SEXO

SEXO		
FEMENINO	MASCULINO	TOTAL
118	42	160

tabla 6. Sexo

Fuente: Tabulación Realizado por estudiante de enfermería de la UFPS



Grafica 1. *Sexo*

Fuente: Tabulación Realizada por estudiante de enfermería de la UFPS

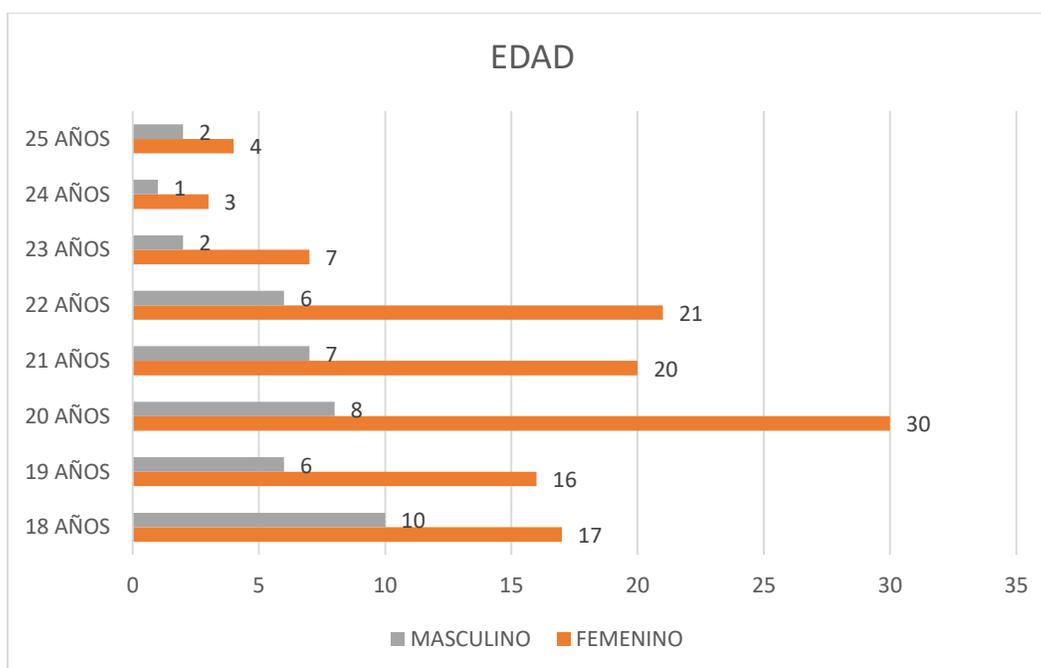
Con respecto a lo observado en la *tabla 6 y gráfico 1* de los datos recogidos en el sexo, se evidencia que el 74% (118 participantes) de los estudiantes son femenino y el 26% (42 participantes) son de sexo masculino.

15.1.2 EDAD

EDAD			
EDAD	TOTAL	FEMENINO	MASCULINO
18	27	17	10
19	22	16	6
20	38	30	8
21	27	20	7
22	27	21	6
23	9	7	2
24	4	3	1
25	6	4	2
TOTAL	160	118	42

tabla 7. Edad

Fuente: Tabulación Realizada por estudiante de enfermería de la UFPS



Grafica 2. Edad

Fuente: Tabulación Realizada por estudiante de enfermería de la UFPS

Con respecto a lo observado en la *tabla 7* y *gráfico 2* de los datos recogidos en la edad, se evidencia que el 24% (38 participantes) de los estudiantes que tienen 20 años seguido del 17% encontramos que tienen 18, 21 y 22 años (equivalente a 27 participantes cada uno), precedido de un 14% (22 participantes) tienen 19 años, seguido con 5% (9 estudiantes) que tienen 23 años, luego con un 4% (6 participantes) tienen 25 años y por último con 2% (4 participantes) que tienen} 24 años.

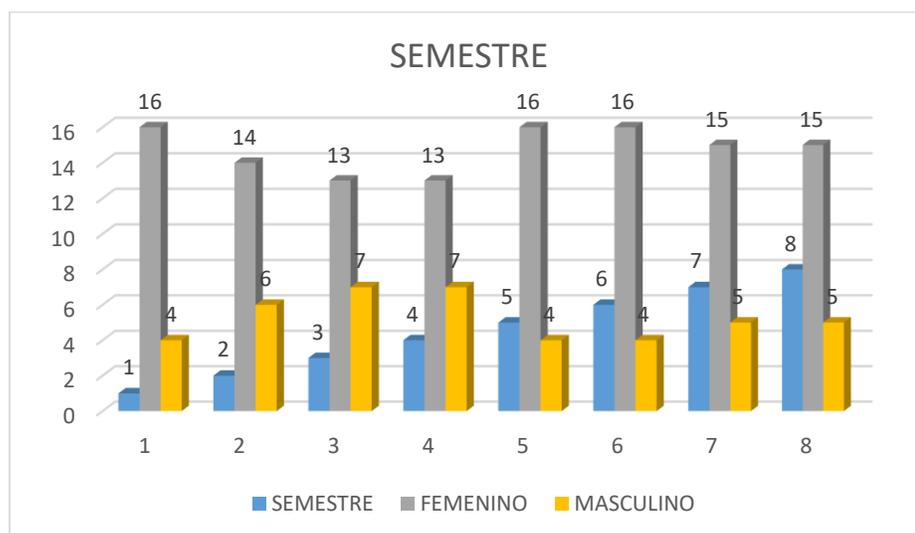
15.1.3 SEMESTRE

SEMESTRE			
SEMESTRE	TOTAL	FEMENINO	MASCULINO
1	20	16	4

2	20	14	6
3	20	13	7
4	20	13	7
5	20	16	4
6	20	16	4
7	20	15	5
8	20	15	5
TOTAL	160	118	42

tabla 8. Semestre

Fuente: Tabulación Realizada por estudiante de enfermería de la UFPS



Gráfica 3. *Semestre*

Fuente: Tabulación Realizada por estudiante de enfermería de la UFPS

Con respecto a lo observado en la *tabla 8* y *gráfico 3* de los datos recogidos en el semestre cursado, se evidencia que un 13% es decir 20 estudiantes de cada semestre (correspondientes a 8 semestres) del programa de Enfermería para un total de 160 estudiantes respondieron la encuesta. De los cuales se evidencia que en el primer semestre corresponde a 16

sexo femenino y 4 sexo masculino, en segundo semestre se observa 14 de sexo femenino y 2 de sexo masculino, en tercer y cuarto semestre 13 de sexo femenino y 7 de sexo masculino, en quinto y sexto semestre se observa 16 de sexo femenino y 4 de sexo masculino, y por último en séptimo y octavo semestre se evidencian 15 de sexo femenino y 5 de sexo masculino.

15.1.4 ESTADO CIVIL

ESTADO CIVIL			
ESTADO CIVIL	TOTAL	MUJERES	HOMBRES
SOLTERO	150	113	37
CASADO	4	3	1
UNIÓN LIBRE	6	2	4
DIVORCIADO/A	0	0	0
VIUDO/A	0	0	0
TOTAL	160	118	42

tabla 9. Estado Civil

Fuente: Tabulación Realizada por estudiante de enfermería de la UFPS



Grafica 4. . *Estado Civil*

Fuente: Tabulación Realizada por estudiante de enfermería de la UFPS

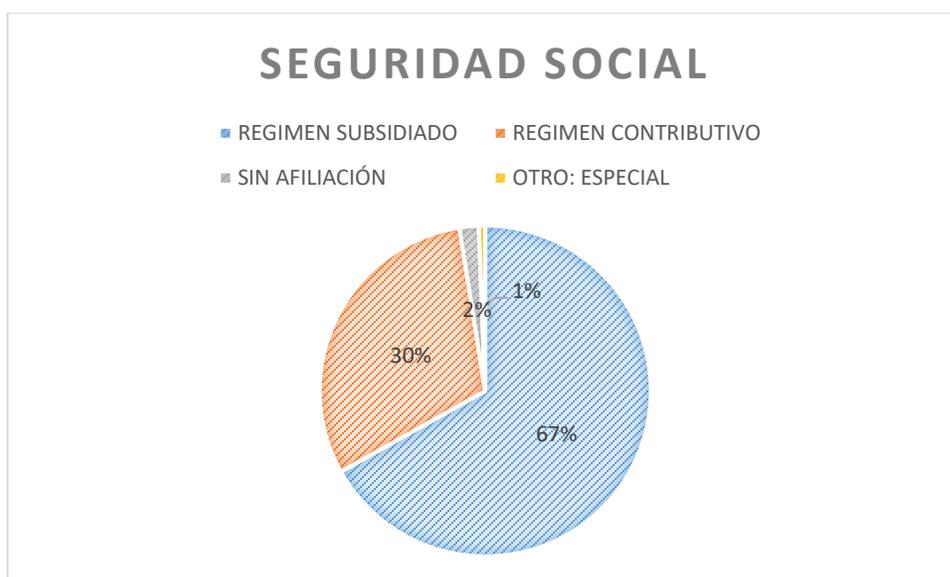
Con respecto a lo observado en la *tabla 9* y *gráfico 4* de los datos recogidos en el estado civil, se evidencia que el 94% (150 participantes) de los estudiantes están solteros, seguido del 4% (6 participantes) de los estudiantes viven en unión libre, por último, con 2% (4 participantes) están casados.

15.1.5 SEGURIDAD SOCIAL

SEGURIDAD SOCIAL	
SEGURIDAD SOCIAL	TOTAL
REGIMEN SUBSIDIADO	107
REGIMEN CONTRIBUTIVO	49
SIN AFILIACIÓN	3
OTRO: ESPECIAL	1
TOTAL	160

tabla 10. Seguridad Social

Fuente: Tabulación Realizada por estudiante de enfermería de la UFPS



Grafica 5. Seguridad Social

Fuente: Tabulación Realizada por estudiante de enfermería de la UFPS

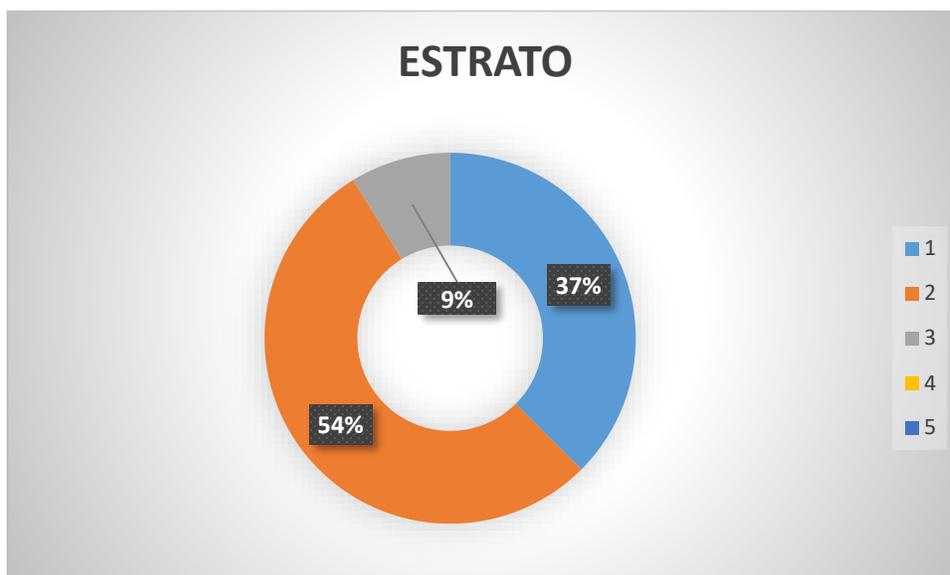
Con respecto a lo observado en la *tabla 10* y *gráfico 5* de los datos recogidos en la seguridad social, se evidencia que el 67% (107 participantes) de los estudiantes son subsidiados, seguido del 30% (49 participantes) de los estudiantes son contributivos, precedido de un 2% (3 participantes) están sin afiliación y por último con 1% (1 participante) es de otro régimen.

15.1.6 ESTRATO SOCIOECONÓMICO

ESTRATO SOCIOECONÓMICO	
ESTRATO	TOTAL
1	60
2	86
3	14
4	0
5	0
TOTAL	160

tabla 11. Estrato Socioeconómico

Fuente: Tabulación Realizada por estudiante de enfermería de la UFPS

Grafica 6. Gráfico 6. *Estrato Socioeconómico*

Fuente: Tabulación Realizada por estudiante de enfermería de la UFPS

Con respecto a lo observado en la *tabla 11* y *gráfico 6* de los datos recogidos del estrato socioeconómico, se evidencia que el 54% (86 participantes) de los estudiantes son estrato 2, seguido del 37% (60 participantes) de los estudiantes son estrato 1; y por último con 9% (14 participantes) son estrato 3.

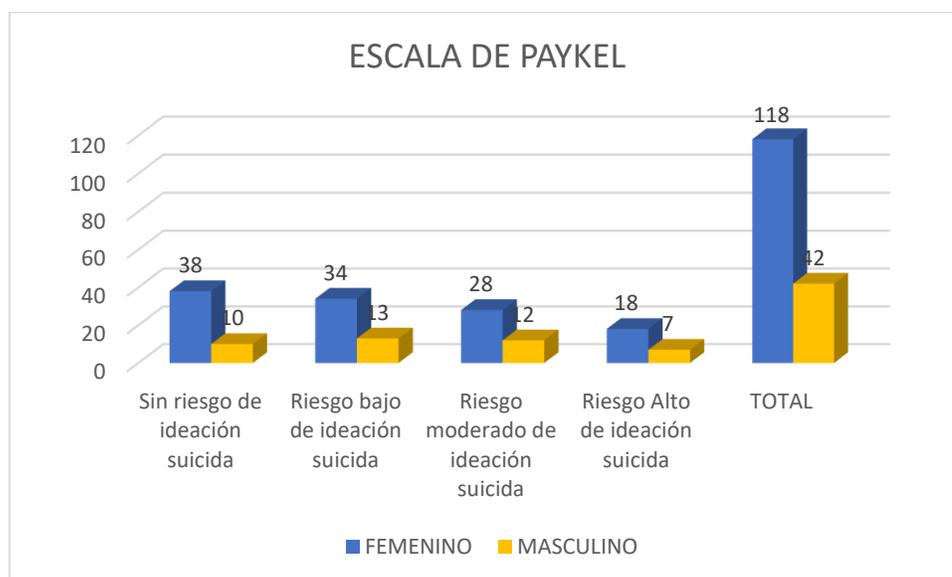
15.2 ESCALA DE PAYKEL

ITEM	RESULTADO	FEMENINO	MASCULINO
Sin riesgo de ideación suicida	48	38	10
Riesgo bajo de ideación suicida	47	34	13
Riesgo moderado de ideación suicida	40	28	12

Riesgo Alto de ideación suicida	25	18	7
TOTAL	160	118	42

tabla 12. Resultados escala de Paykel

Fuente: Tabulación Realizada por estudiante de enfermería de la UFPS



Grafica 7. Resultados escala de Paykel

Fuente: Tabulación Realizada por estudiante de enfermería de la UFPS

Con respecto a lo observado en *tabla 12* y *gráfico 7* de los datos recogidos en la escala de Paykel, se evidencia que el 30% (48 participantes) de los estudiantes no tienen riesgo de ideación suicida, seguido del 29% (47 participantes) de los estudiantes presentan riesgo bajo de ideación suicida, precedido de un 25% (40 participantes) de riesgo moderado de ideación suicida y por último con 16% (25 participantes) que tienen un Riesgo alto de ideación suicida.

15.3 INDICADORES PSICOMETRICOS

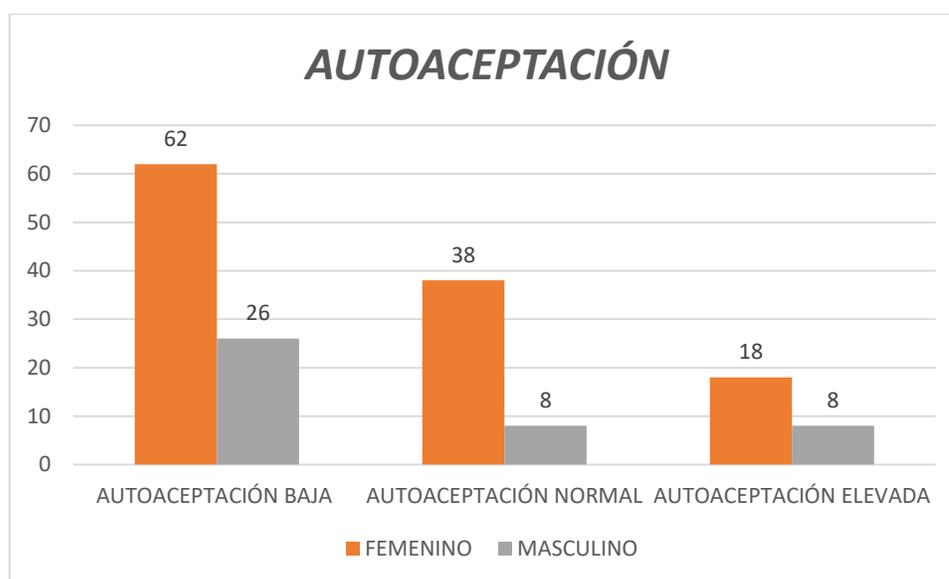
15.3.1 ESCALA DE BIENESTAR PSICOLÓGICO RYFF

AUTOACEPTACIÓN

ITEM	RESULTADO	FEMENINO	MASCULINO
AUTOACEPTACIÓN BAJA	88	62	26
AUTOACEPTACIÓN NORMAL	46	38	8
AUTOACEPTACIÓN ELEVADA	26	18	8
TOTAL	160	118	42

tabla 13. Resultados escala de Bienestar psicológico Ryff: Autoaceptación

Fuente: Tabulación Realizada por estudiante de enfermería de la UFPS



Gráfica 8. *Resultados escala de Bienestar psicológico Ryff: Autoaceptación*

Fuente: Tabulación Realizada por estudiante de enfermería de la UFPS

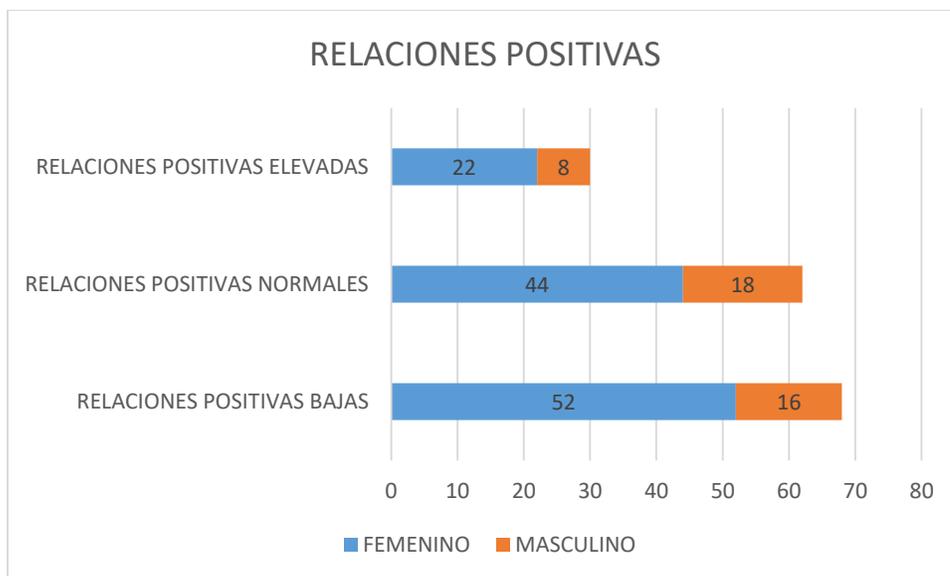
Con respecto a lo observado en *tabla 13* y *gráfico 8* de los datos recogidos en la escala de *Bienestar psicológico Ryff: Autoaceptación*, se evidencia que el 55% (88 participantes) de los estudiantes presentan una autoestima baja, seguido del 29% (46 participantes) de los estudiantes presentan autoaceptación normal, y por último con 16% (26 participantes) que tienen una aceptación elevada.

RELACIONES POSITIVAS

ITEM	RESULTADO	FEMENIN O	MASCULIN O
RELACIONES POSITIVAS BAJAS	68	52	16
RELACIONES POSITIVAS NORMALES	62	44	18
RELACIONES POSITIVAS ELEVADAS	30	22	8
TOTAL	160	118	42

tabla 14. Resultados escala de Bienestar psicológico Ryff: Relaciones positivas

Fuente: Tabulación Realizada por estudiante de enfermería de la UFPS



Grafica 9. Resultados escala de Bienestar psicológico Ryff: Relaciones positivas

Fuente: Tabulación Realizada por estudiante de enfermería de la UFPS

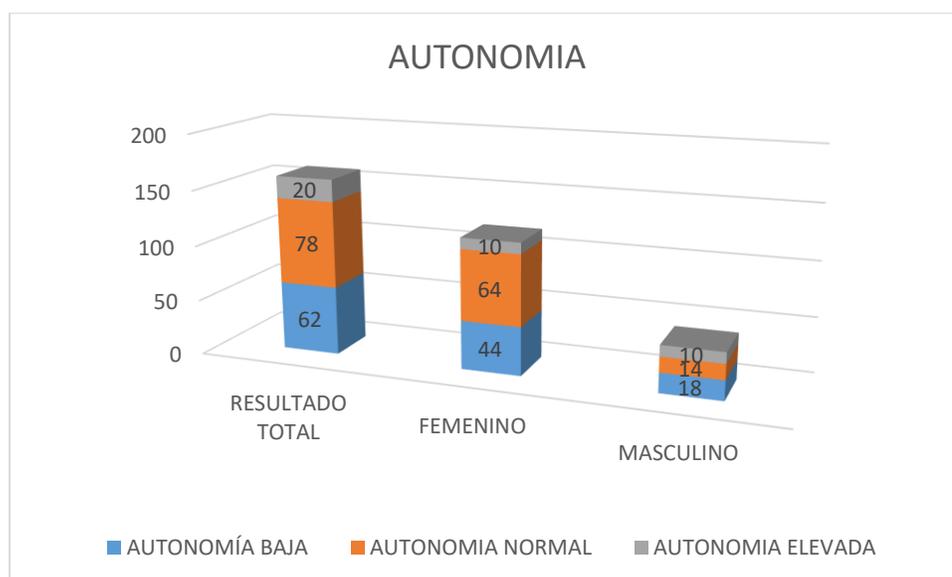
Con respecto a lo observado en la *tabla 14* y *gráfico 9* de los datos recogidos en la escala de *Bienestar psicológico Ryff: Relaciones positivas*, se evidencia que el 42% (68 participantes) de los estudiantes presentan relaciones positivas bajas, seguido del 39% (62 participantes) de los estudiantes presentan relaciones positivas normales, y por último con 19% (30 participantes) que tienen relaciones positivas elevadas.

AUTONOMIA

ITEM	RESULTADO	FEMENINO	MASCULINO
AUTONOMÍA BAJA	62	44	18
AUTONOMIA NORMAL	78	64	14
AUTONOMIA ELEVADA	20	10	10
TOTAL	160	118	42

tabla 15. Resultados escala de Bienestar psicológico Ryff: Autonomía

Fuente: Tabulación Realizada por estudiante de enfermería de la UFPS



Grafica 10. **Resultados escala de Bienestar psicológico Ryff: Autonomía**

Fuente: Tabulación Realizada por estudiante de enfermería de la UFPS

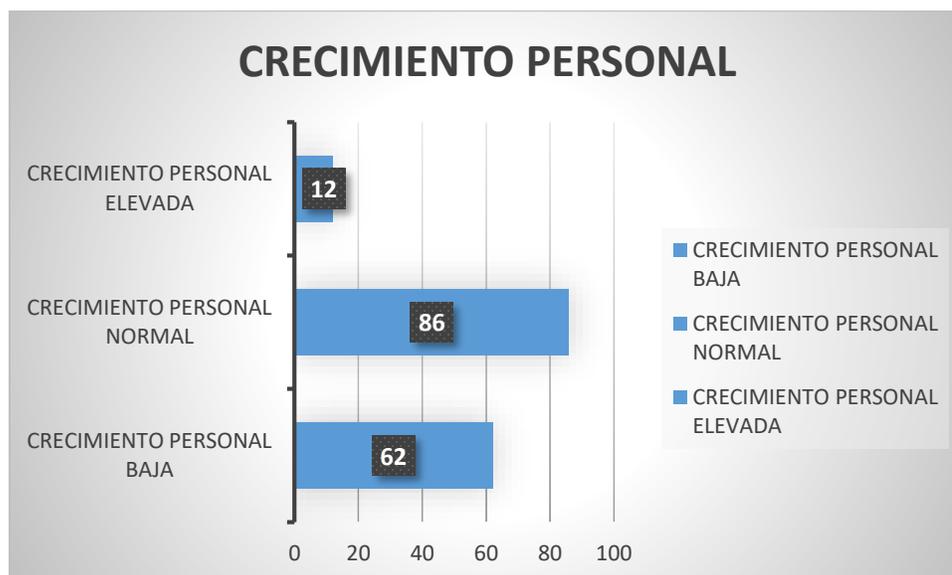
Con respecto a lo observado en la *tabla 15* y *gráfico 10* de los datos recogidos en la escala de *Bienestar psicológico Ryff: autonomía*, se evidencia que el 49% (78 participantes) de los estudiantes presentan autonomía normal, seguido del 39% (62 participantes) de los estudiantes presentan autonomía baja, y por último con 12% (20 participantes) que tienen autonomía elevada.

CRECIMIENTO PERSONAL

ITEM	RESULTADO	FEMENINO	MASCULINO
CRECIMIENTO PERSONAL BAJA	62	40	22
CRECIMIENTO PERSONAL NORMAL	86	70	16
CRECIMIENTO PERSONAL ELEVADA	12	8	4
TOTAL	160	118	42

tabla 16. Resultados escala de Bienestar psicológico Ryff: Crecimiento personal

Fuente: Tabulación Realizada por estudiante de enfermería de la UFPS



Grafica 11. **Resultados escala de Bienestar psicológico Ryff: Crecimiento personal**

Fuente: Tabulación Realizada por estudiante de enfermería de la UFPS

Con respecto a lo observado en la *tabla 16* y *gráfico 11* de los datos recogidos en la escala de *Bienestar psicológico Ryff: crecimiento personal*, se evidencia que el 54% (86 participantes) de los estudiantes presentan un crecimiento personal normal, seguido del 39% (62 participantes) de los estudiantes presentan un crecimiento personal bajo, y por último con 7% (12 participantes) que tienen crecimiento personal elevado.

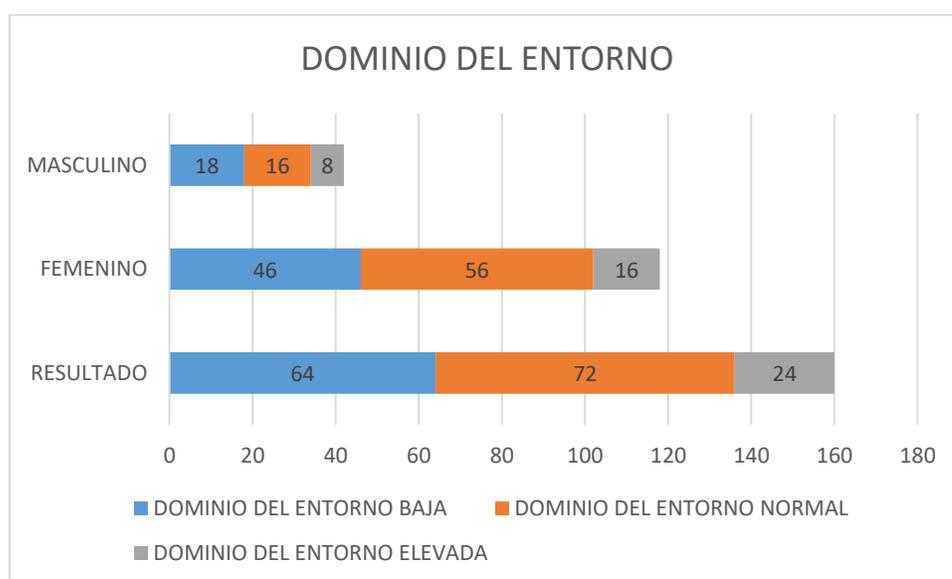
DOMINIO DEL ENTORNO

ITEM	RESULTADO	FEMENINO	MASCULINO
DOMINIO DEL ENTORNO BAJA	64	46	18

DOMINIO DEL ENTORNO NORMAL	72	56	16
DOMINIO DEL ENTORNO ELEVADA	24	16	8
TOTAL	160	118	42

tabla 17. Resultados escala de Bienestar psicológico Ryff: Dominio del entorno

Fuente: Tabulación Realizada por estudiante de enfermería de la UFPS



Grafica 12. **Resultados escala de Bienestar psicológico Ryff: Dominio del entorno**

Fuente: Tabulación Realizada por estudiante de enfermería de la UFPS

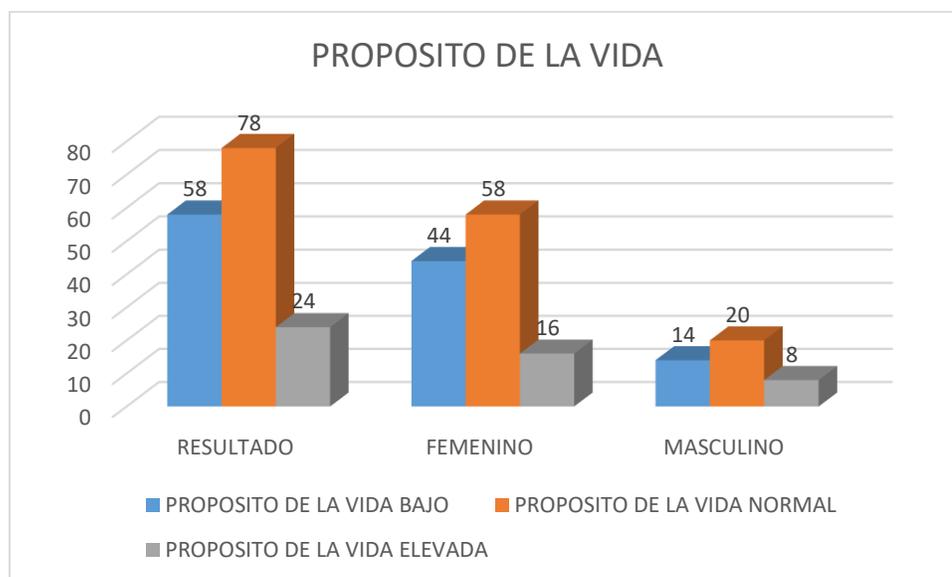
Con respecto a lo observado en la *tabla 17* y *grafico 12* de los datos recogidos en la escala de *Bienestar psicológico Ryff: Dominio del entorno*, se evidencia que el 36,45% (72 participantes) de los estudiantes presentan un dominio del entorno normal, seguido del 32,40% (64 participantes) de los estudiantes presentan un dominio del entorno bajo, y por último con 12,15% (24 participantes) que tienen un dominio del entorno elevado.

PROPOSITO DE LA VIDA

ITEM	RESULTADO	FEMENIN O	MASCULIN O
PROPOSITO DE LA VIDA BAJO	58	44	14
PROPOSITO DE LA VIDA NORMAL	78	58	20
PROPOSITO DE LA VIDA ELEVADA	24	16	8
TOTAL	160	118	42

tabla 18. Resultados escala de Bienestar psicológico Ryff: Propósito de la vida

Fuente: Tabulación Realizada por estudiante de enfermería de la UFPS



Grafica 13. **Resultados escala de Bienestar psicológico Ryff: Propósito de la vida**

Fuente: Tabulación Realizada por estudiante de enfermería de la UFPS

Con respecto a lo observado en la *tabla 18* y *grafico 13* de los datos recogidos en la escala de *Bienestar psicológico Ryff: Propósito de la vida*, se evidencia que el 49% (78

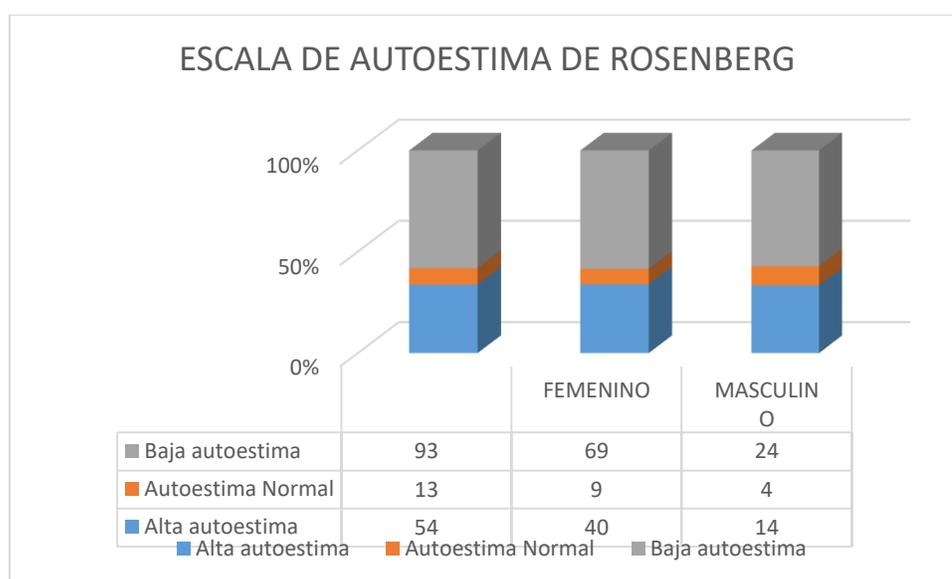
participantes) de los estudiantes presentan un propósito de la vida normal, seguido del 36% (58 participantes) de los estudiantes presentan un propósito de la vida bajo, y por último con 15% (24 participantes) que tienen un propósito de la vida elevado.

15.3.2 ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG

RESULTADOS ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG		FEMENINO	MASCULINO
Alta autoestima	54	40	14
Autoestima Normal	13	9	4
Baja autoestima	93	69	24
TOTAL	160	118	42

tabla 19. Resultados escala de Autoestima de Rosenberg.

Fuente: Tabulación Realizada por estudiante de enfermería de la UFPS



Grafica 14. **Resultados escala de Autoestima de Rosenberg.**

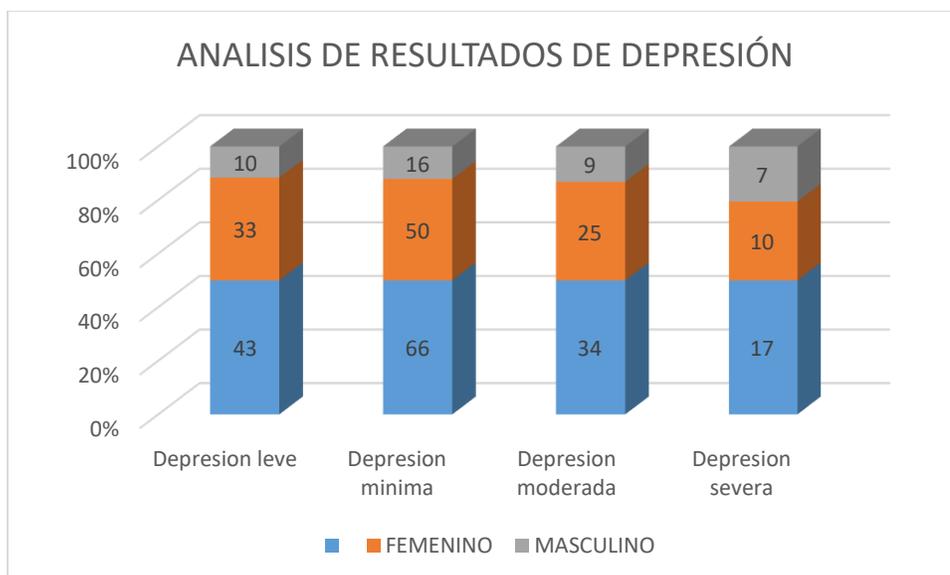
Con respecto a lo observado en la *tabla 19* y *grafico 14* se evidencia la escala de autoestima de Rosenberg aplicada en una muestra de 160 estudiantes, en la tabla 19 se observa un resultado de baja autoestima con un 58% (93 estudiantes), seguido de un resultado del 34% (54 estudiantes) con una alta autoestima y por último encontramos con un 8% (13 estudiantes) presentan una Autoestima Normal.

15.3.3 ESCALA DE ANALISIS DE RESULTADOS INVENTARIO DEPRESIÓN DE BECK

ANALISIS RESULTADOS INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK (BDI-2)		FEMENINO	MASCULINO
Depresión leve	43	33	10
Depresión mínima	66	50	16
Depresión moderada	34	25	9
Depresión severa	17	10	7
TOTAL	160	118	42

tabla 20. Resultados escala de inventario de depresión de Beck (BDI-2)

Fuente: Tabulación Realizada por estudiante de enfermería de la UFPS



Grafica 15. **Resultados escala de inventario de depresión de Beck (BDI-2)**

Fuente: Tabulación Realizada por estudiante de enfermería de la UFPS

De acuerdo a la *Tabla 20* y *grafico 15* evidenciamos el análisis de resultados del inventario de depresión de Beck (BDI-2) aplicada en una muestra de 160 estudiantes, en la tabla se observa un resultado de Depresión mínima en la mayor parte de los estudiantes con una frecuencia del 41% (66 estudiantes), precedido de depresión leve con un 27% (43 estudiantes), seguido de depresión moderada con un 21% (34 estudiantes) y en menor frecuencia con un 11% (17 estudiantes) con depresión severa.

15.4 CORRELACIÓN DE PEARSON

$r = -1$	Correlación inversa perfecta
$-1 < r < 0$	Correlación inversa
$r = 0$	No hay correlación
$0 < r < 1$	Correlación Directa
$r = 1$	Correlación Directa Perfecta

tabla 21. Parámetros de correlación de Pearson

Fuente: Tabulación Realizada por estudiante de enfermería de la UFPS

En la *tabla 21*, podemos observar los parámetros a tener en cuenta en la correlación de Pearson dado los datos que se presenten donde $r = -1$ nos indica que hay una correlación inversa perfecta es decir que supone una determinación absoluta entre las dos variables (en sentido inverso): Existe una relación funcional perfecta entre ambas (una relación lineal de pendiente negativa), seguido tenemos $-1 < r < 0$ el cual nos indica una correlación inversa. Cuando el $r = 0$ se dice que las variables están incorrelacionadas: no puede establecerse ningún sentido de covariación esto quiere decir que no hay correlación alguna, $0 < r < 1$ significa que hay una correlación directa y por último cuando $r = 1$ hablaremos de correlación directa perfecta lo que supone una determinación absoluta entre las dos variables (en sentido directo): Existe una relación lineal perfecta (con pendiente positiva).

NOTA: Que el coeficiente de determinación sea bajo NO INDICA que las variables sean independientes. Simplemente que hay una DEBILIDAD en la relación LINEAL entre Y y X.

15.5 COMPARACIONES DE LA ESCALA DE PAYKEL VS INDICADORES PSICOMETRICOS

A continuación, se evidenciarán las comparaciones de la escala de Paykel con las otras 3 escalas de indicadores psicométricos (escala del inventario de depresión de Beck, escala de autoestima de Rosenberg, y escala de bienestar psicológico de Ryff), evaluados con el fin de identificar las correlaciones, similitudes y/o diferencias que hay entre ellas.

**ESCALA DE PAYKEL VS ESCALA DEL INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE
BECK (BDI-2)**

ITEM DE ESCALA DE PAYKEL	RESULTADO	ANALISIS RESULTADOS INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK (BDI-2)	RESULTADO	DESVIACIÓN ESTANDAR
Sin riesgo de ideación suicida	48	Depresión leve	43	3,53553391
Riesgo bajo de ideación suicida	47	Depresión mínima	66	13,4350288
Riesgo moderado de ideación suicida	40	Depresión moderada	34	4,24264069
Riesgo Alto de ideación suicida	25	Depresión severa	17	5,65685425
TOTAL	160	TOTAL	160	26,8700577

tabla 22. Comparación de la escala de Paykel con respecto a la escala de inventario de depresión de Beck (BDI-2)

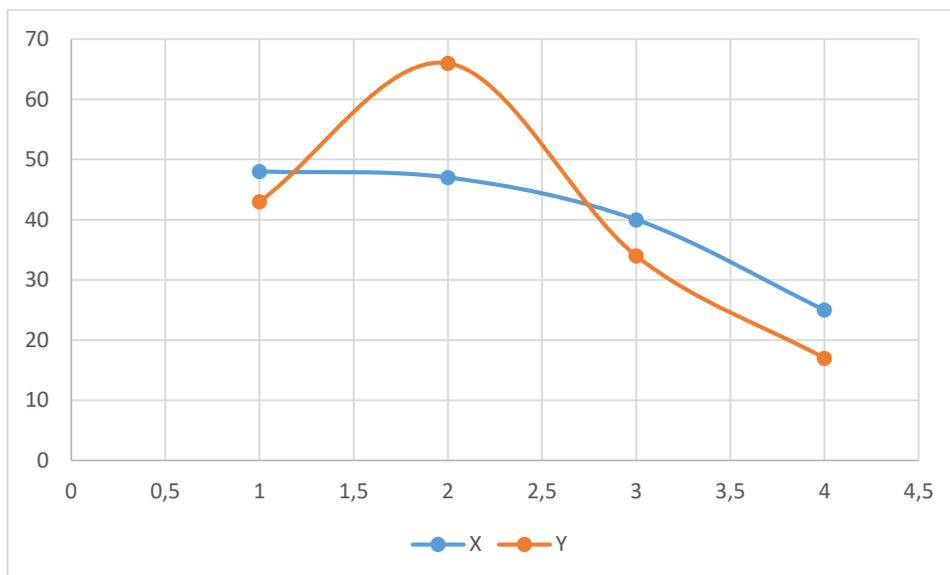
Fuente: Tabulación Realizada por estudiante de enfermería de la UFPS

VARIABLE	X	Y
1	48	43
2	47	66
3	40	34
4	25	17

CORRELACION DE PEARSON [r]	0,847692308
DETERMINACIÓN [r] ²	0,718582249

tabla 23. Correlación en la comparación de la escala de Paykel con respecto a la escala de inventario de depresión de Beck (BDI-2)

Fuente: Tabulación Realizada por estudiante de enfermería de la UFPS



Grafica 16. ***Comparación de la escala de Paykel con respecto a la escala de inventario de depresión de Beck (BDI-2)***

Fuente: Tabulación Realizada por estudiante de enfermería de la UFPS

De acuerdo a la *Tabla 22* podemos observar que en la escala de Paykel el ítem de Sin riesgo de ideación suicida es de 48 estudiantes a comparación del ítem de Depresión Leve de la escala de Depresión de Beck con 43 estudiantes, con una desviación estándar del 3,53553391, seguido de el ítem riesgo bajo de ideación suicida (47 estudiantes) con el ítem de Depresión mínima (66 estudiantes) con una desviación estándar del 13,4350288, luego el riesgo moderado de ideación suicida (40 estudiantes) con el ítem de Depresión moderada (34 estudiantes)) con

una desviación estándar del 4,24264069 y por último encontramos el Riesgo Alto de ideación suicida (25 estudiantes) con respecto a Depresión Severa (17 estudiantes) con una desviación estándar del 5,65685425. Por otro lado, en la *tabla 23* se observa que la correlación de Pearson entre estas dos escalas es de $r=0,84$ es decir existe una correlación directa entre ellas con una determinación del $r^2=0,071$. Así mismo, en el *grafico 16* se observa una buena correlación entre ambas escalas, solo una diferencia mínima en la variable 2.

ESCALA DE PAYKEL VS ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG

ITEM DE ESCALA DE PAYKEL	RESULTADO	AUTOESTIMA DE ROSENBERG	RESULTADO	DESVIACION ESTANDAR
Sin riesgo de ideación suicida	48	Alta autoestima	54	4,24264069
Riesgo bajo de ideación suicida	47	Autoestima Normal	13	17,953644
Riesgo moderado de ideación suicida	40			
Riesgo Alto de ideación suicida	25	Baja autoestima	93	48,0832611
TOTAL	160	TOTAL	160	70,2795458

tabla 24. Comparación de la escala de Paykel con respecto a la escala de Autoestima de Rosenberg.

Fuente: Tabulación Realizada por estudiante de enfermería de la UFPS

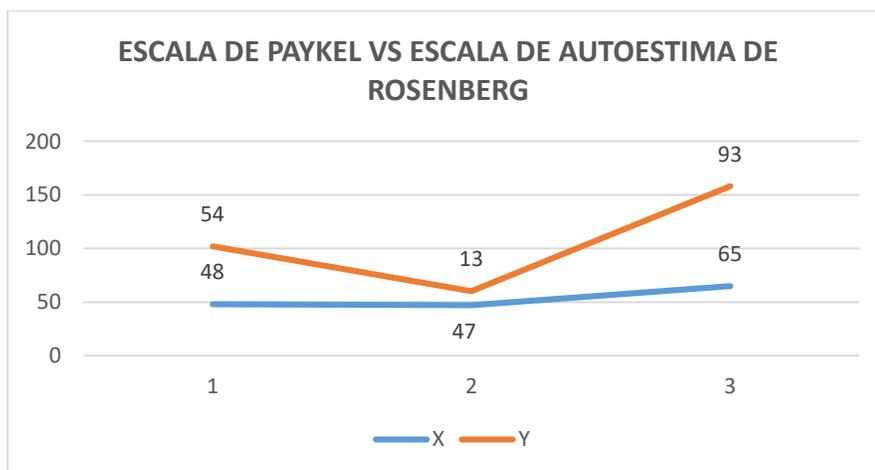
VARIABLE	X	Y
1	48	54
2	47	13
3	65	93

CORRELACION DE PEARSON [r]	0,88299805
----------------------------	------------

DETERMINACIÓN [r] ²	0,779685557
-----------------------------------	-------------

tabla 25. Correlación de la Comparación de la escala de Paykel con respecto a la escala de Autoestima de Rosenberg.

Fuente: Tabulación Realizada por estudiante de enfermería de la UFPS



Grafica 17. ***Comparación de la escala de Paykel con respecto a la escala de Autoestima de Rosenberg (BDI-2)***

Fuente: Tabulación Realizada por estudiante de enfermería de la UFPS

De acuerdo a la *Tabla 24* y *gráfico 17* podemos observar que en la escala de Paykel el ítem de Sin riesgo de ideación suicida es de 48 estudiantes a comparación de la escala de autoestima de Rossemberg con el ítem de Alta autoestima con 54 estudiantes, con una desviación estándar del 4,24264069, seguido de el ítem riesgo bajo de ideación suicida (47 estudiantes) con Autoestima normal (13 estudiantes), con una desviación estándar del 17,953644 y por último encontramos el riesgo moderado de ideación suicida (40 estudiantes) y el Riesgo Alto de

ideación suicida (25 estudiantes) con un puntaje total de 65 estudiantes con respecto a Autoestima baja (93 estudiantes) con una desviación estándar del 48,0832611, en la cual podemos identificar que probablemente gran porcentaje que contesto que tenía autoestima baja se encuentre en riesgo moderado y alto de ideación suicida. Por otro lado, en la *tabla 25* se observa que la correlación de Pearson entre estas dos escalas es de $r=0,88$ es decir existe una correlación directa entre ellas con una determinación del $r^2=0,77$.

ESCALA DE PAYKEL VS ESCALA DE BIENESTAR PSICOLOGICO DE RYFF

✓ ESCALA DE PAYKEL VS ITEM DE AUTOACEPTACIÓN

ITEM DE ESCALA DE PAYKEL	RESULTADO	ITEM AUTOACEPTACIÓN	RESULTADO	DESVIACION ESTANDAR
Sin riesgo de ideación suicida	48	AUTOACEPTACIÓN ELEVADA	26	15,55634919
Riesgo bajo de ideación suicida	47	AUTOACEPTACIÓN NORMAL	46	3,785938897
Riesgo moderado de ideación suicida	40			
Riesgo Alto de ideación suicida	25	AUTOACEPTACIÓN BAJA	88	44,54772721
TOTAL	160	TOTAL	160	63,8900153

tabla 26. Comparación de la escala de Paykel con respecto a la escala de Bienestar psicológico de Ryff en el ítem de autoaceptación.

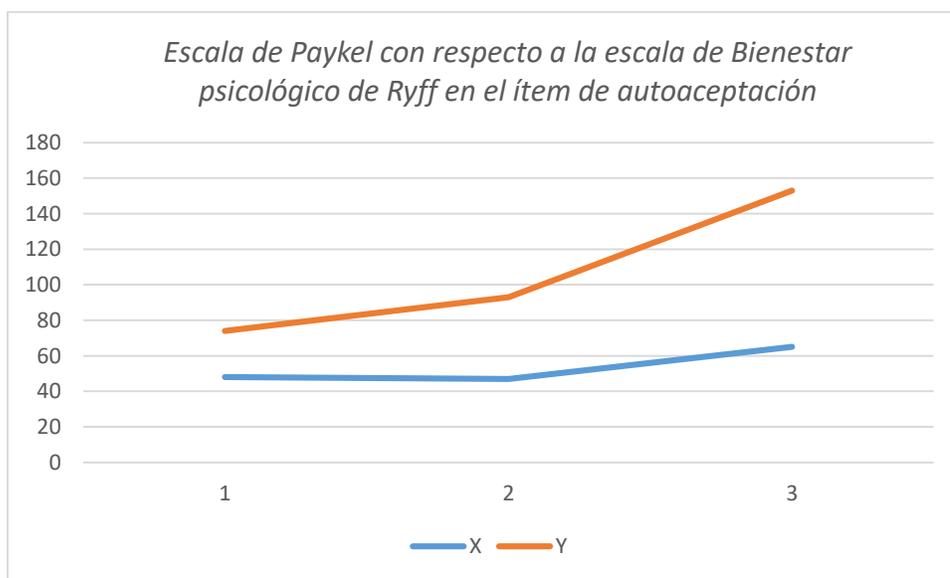
Fuente: Tabulación Realizada por estudiante de enfermería de la UFPS

VARIABLE	X	Y
1	48	26
2	47	46
3	65	88

CORRELACION DE PEARSON [r]	0,931974186
DETERMINACIÓN [r] ²	0,868575884

tabla 27. Correlación de la Comparación de la escala de Paykel con respecto a la escala de Bienestar psicológico de Ryff en el ítem de autoaceptación.

Fuente: Tabulación Realizada por estudiante de enfermería de la UFPS



Grafica 18. ***Comparación de la escala de Paykel con respecto a la escala de Bienestar psicológico de Ryff ítem autoaceptación.***

Fuente: Tabulación Realizada por estudiante de enfermería de la UFPS

De acuerdo a la *Tabla 26* y *gráfico 18* podemos observar que en la escala de Paykel el ítem de Sin riesgo de ideación suicida es de 48 estudiantes a comparación del ítem de

autoaceptación elevada de la escala de bienestar psicológico de Ryff con 26 estudiantes con una desviación estándar del 15,55634919, seguido de el ítem riesgo bajo de ideación suicida (47 estudiantes) con Autoaceptación normal (46 estudiantes) con una desviación estándar del 3,785938897 y por último encontramos el riesgo moderado de ideación suicida (25 estudiantes) y el Riesgo Alto de ideación suicida (25 estudiantes) con un puntaje total de 65 estudiantes con respecto a Autoaceptación baja (88 estudiantes) con una desviación estándar del 44,54772721, en la cual podemos identificar que probablemente gran porcentaje que contesto que tenía autoaceptación baja se encuentre en riesgo moderado y alto de ideación suicida. Por otro lado, en *tabla 27* se observa que la correlación de Pearson entre estas dos escalas es de $r=0,93$ es decir existe una correlación directa entre ellas con una determinación del $r^2=0,86$.

✓ ESCALA DE PAYKEL VS ITEM RELACIONES POSITIVAS

ITEM DE ESCALA DE PAYKEL	RESULTADO	ITEM RELACIONES POSITIVAS	RESULTADO	DESVIACIÓN ESTANDAR
Sin riesgo de ideación suicida	48	RELACIONES POSITIVAS ELEVADAS	30	12,72792206
Riesgo bajo de ideación suicida	47	RELACIONES POSITIVAS NORMALES	62	11,2398102
Riesgo moderado de ideación suicida	40			
Riesgo Alto de ideación suicida	25	RELACIONES POSITIVAS BAJAS	68	30,40559159
TOTAL	160	TOTAL	160	54,37332385

tabla 28. Comparación de la escala de Paykel con respecto a la escala de Bienestar psicológico de Ryff en el ítem de Relaciones positivas.

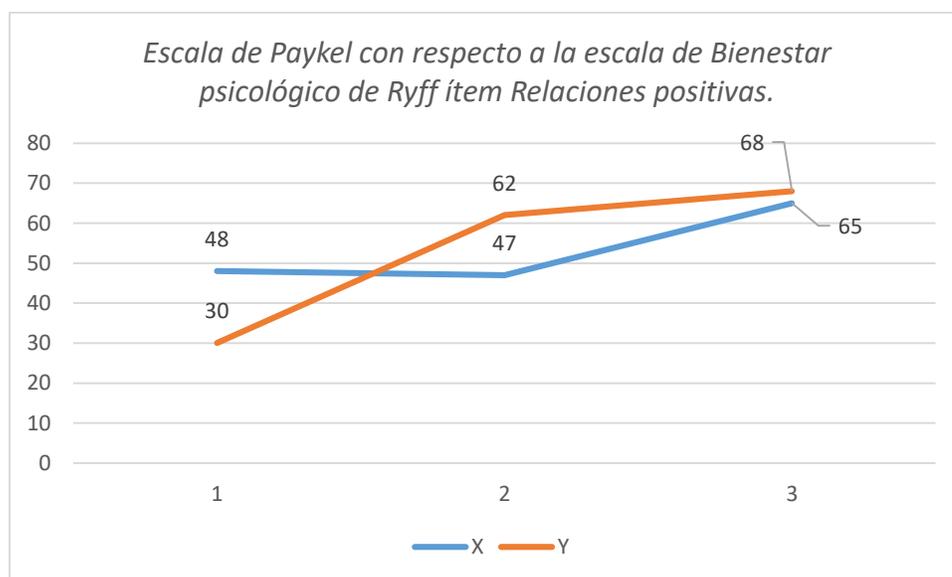
Fuente: Tabulación Realizada por estudiante de enfermería de la UFPS

VARIABLE	X	Y
1	48	30
2	47	62
3	65	68

CORRELACION DE PEARSON [r]	0,58228533 1
DETERMINACIÓN [r] ²	0,33905620 7

tabla 29. Correlación de la Comparación de la escala de Paykel con respecto a la escala de Bienestar psicológico de Ryff en el ítem de Relaciones positivas

Fuente: Tabulación Realizada por estudiante de enfermería de la UFPS



Grafica 19. ***Comparación de la escala de Paykel con respecto a la escala de Bienestar psicológico de Ryff ítem Relaciones positivas.***

Fuente: Tabulación Realizada por estudiante de enfermería de la UFPS

De acuerdo a la *Tabla 28* y *gráfico 19*, podemos observar que en la escala de Paykel el ítem de Sin riesgo de ideación suicida es de 48 estudiantes a comparación del ítem de Relaciones positivas elevadas de la escala de bienestar psicológico de Ryff con 30 estudiantes con una desviación estándar del 12,72792206 , seguido de el ítem riesgo bajo de ideación suicida (47 estudiantes) con Relaciones positivas normales (62 estudiantes) con una desviación estándar del 11,2398102 y por ultimo encontramos el riesgo moderado de ideación suicida (25 estudiantes) y el Riesgo Alto de ideación suicida (25 estudiantes) con un total de 65 estudiantes con respecto a Relaciones positivas bajas (68 estudiantes) con una desviación estándar del 30,40559159 en la cual podemos identificar que probablemente gran porcentaje que contesto que tenía relaciones positivas bajas se encuentre en riesgo moderado y alta ideación suicida. Por otro lado, en la *tabla 29* se observa que la correlación de Pearson entre estas dos escalas es de $r=0,58$ es decir existe una correlación directa entre ellas con una determinación del $r^2=0,33$.

✓ ESCALA DE PAYKEL VS ITEM DE AUTONOMIA

ITEM DE ESCALA DE PAYKEL	RESULTADO	ITEM AUTONOMIA	RESULTADO	DESVIACION ESTANDAR
Sin riesgo de ideación suicida	48	AUTONOMIA ELEVADA	20	19,79898987
Riesgo bajo de ideación suicida	47	AUTONOMIA NORMAL	78	20,22374842
Riesgo moderado de ideación suicida	40			
Riesgo Alto de ideación suicida	25	AUTONOMÍA BAJA	62	26,1629509
TOTAL	160	TOTAL	160	66,18568919

tabla 30. Comparación de la escala de Paykel con respecto a la escala de Bienestar psicológico de Ryff en el ítem de Autonomía.

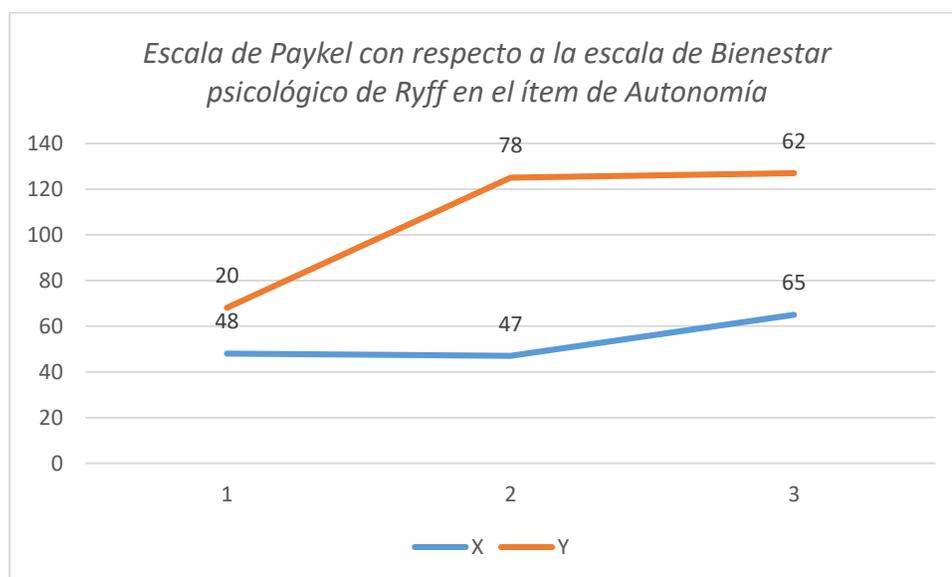
Fuente: Tabulación Realizada por estudiante de enfermería de la UFPS

VARIABLE	X	Y
1	48	20
2	47	78
3	65	62

CORRELACION DE PEARSON [r]	0,20240028
DETERMINACIÓN [r] ²	0,04096587

tabla 31. Correlación de la Comparación de la escala de Paykel con respecto a la escala de Bienestar psicológico de Ryff en el ítem de Autonomía

Fuente: Tabulación Realizada por estudiante de enfermería de la UFPS



Grafica 20. ***Comparación de la escala de Paykel con respecto a la escala de Bienestar psicológico de Ryff ítem Autonomía.***

Fuente: Tabulación Realizada por estudiante de enfermería de la UFPS

De acuerdo a la *Tabla 30* y *gráfico 20* podemos observar que en la escala de Paykel el ítem de Sin riesgo de ideación suicida es de 48 estudiantes a comparación del ítem de autonomía elevada de la escala de bienestar psicológico de Ryff con 20 estudiantes con una desviación estándar del 19,79898987, seguido de el ítem riesgo bajo de ideación suicida (47 estudiantes) con autonomía normal (78 estudiantes) con una desviación estándar del 20,22374842 y por ultimo encontramos el riesgo moderado de ideación suicida (25 estudiantes) y el Riesgo Alto de ideación suicida (25 estudiantes) con un puntaje total de 65 estudiantes con respecto a autonomía baja (62 estudiantes) con una desviación estándar del 26,1629509, en la cual podemos identificar que probablemente gran porcentaje que contesto que tenía autonomía baja se encuentre en riesgo moderado y alto de ideación suicida. Por otro lado, en la *tabla 31* se observa que la correlación de Pearson entre estas dos escalas es de $r=0,20$ es decir existe una correlación inversa entre ellas con una determinación del $r^2=0,04$.

✓ **ESCALA DE PAYKEL VS ITEM DE CRECIMIENTO PERSONAL**

ITEM DE ESCALA DE PAYKEL	RESULTADO	ITEM CRECIMIENTO PERSONAL	RESULTADO	DESVIACIÓN ESTANDAR
Sin riesgo de ideación suicida	48	CRECIMIENTO PERSONAL ELEVADA	12	25,45584412
Riesgo bajo de ideación suicida	47	CRECIMIENTO PERSONAL NORMAL	86	24,78574859
Riesgo moderado de ideación suicida	40			

Riesgo Alto de ideación suicida	25	CRECIMIENTO PERSONAL BAJA	62	26,1629509
TOTAL	160	TOTAL	160	76,40454362

tabla 32. Comparación de la escala de Paykel con respecto a la escala de Bienestar psicológico de Ryff en el ítem de Crecimiento personal

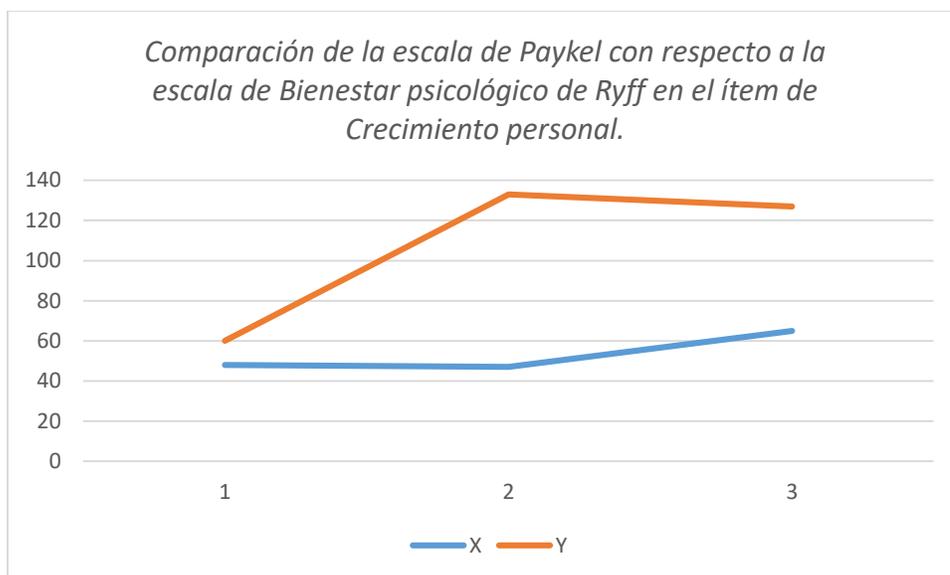
Fuente: Tabulación Realizada por estudiante de enfermería de la UFPS

VARIABLE	X	Y
1	48	12
2	47	86
3	65	62

CORRELACION DE PEARSON [r]	-0,23635044
DETERMINACIÓN [r] ²	0,055861531

tabla 33. Correlación de la Comparación de la escala de Paykel con respecto a la escala de Bienestar psicológico de Ryff en el ítem de Crecimiento personal.

Fuente: Tabulación Realizada por estudiante de enfermería de la UFPS



Grafica 21. Comparación de la escala de Paykel con respecto a la escala de Bienestar psicológico de Ryff ítem Crecimiento personal.

Fuente: Tabulación Realizada por estudiante de enfermería de la UFPS

De acuerdo a la *Tabla 32* y *gráfico 21* podemos observar que en la escala de Paykel el ítem de Sin riesgo de ideación suicida es de 48 estudiantes a comparación del ítem de Crecimiento personal elevada de la escala de bienestar psicológico de Ryff con 12 estudiantes con una desviación estándar del 25,45584412, seguido de el ítem riesgo bajo de ideación suicida (47 estudiantes) con Crecimiento personal normal (86 estudiantes) con una desviación estándar del 24,78574859 y por último encontramos el riesgo moderado de ideación suicida (25 estudiantes) y el Riesgo Alto de ideación suicida (25 estudiantes) con un puntaje total de 65 estudiantes con respecto a Crecimiento personal baja (62 estudiantes) con una desviación estándar del 26,1629509, en la cual podemos identificar que probablemente gran porcentaje que contesto que tenía crecimiento personal baja se encuentre en riesgo moderado y alto de ideación

suicida. Por otro lado, en *tabla 33* se observa que la correlación de Pearson entre estas dos escaladas es de $r=-0,236$ es decir existe una correlación inversa entre ellas con una determinación del $r^2=0,055$

✓ ESCALA DE PAYKEL VS ITEM DOMINIO DEL ENTORNO

ITEM DE ESCALA DE PAYKEL	RESULTADO	ITEM DOMINIO DEL ENTORNO	RESULTADO	DESVIACION ESTANDAR
Sin riesgo de ideación suicida	48	DOMINIO DEL ENTORNO ELEVADA	24	16,97056275
Riesgo bajo de ideación suicida	47	DOMINIO DEL ENTORNO NORMAL	72	16,82260384
Riesgo moderado de ideación suicida	40			
Riesgo Alto de ideación suicida	25	DOMINIO DEL ENTORNO BAJA	64	27,57716447
TOTAL	160	TOTAL	160	61,37033106

tabla 34. Comparación de la escala de Paykel con respecto a la escala de Bienestar psicológico de Ryff en el ítem de Dominio del entorno.

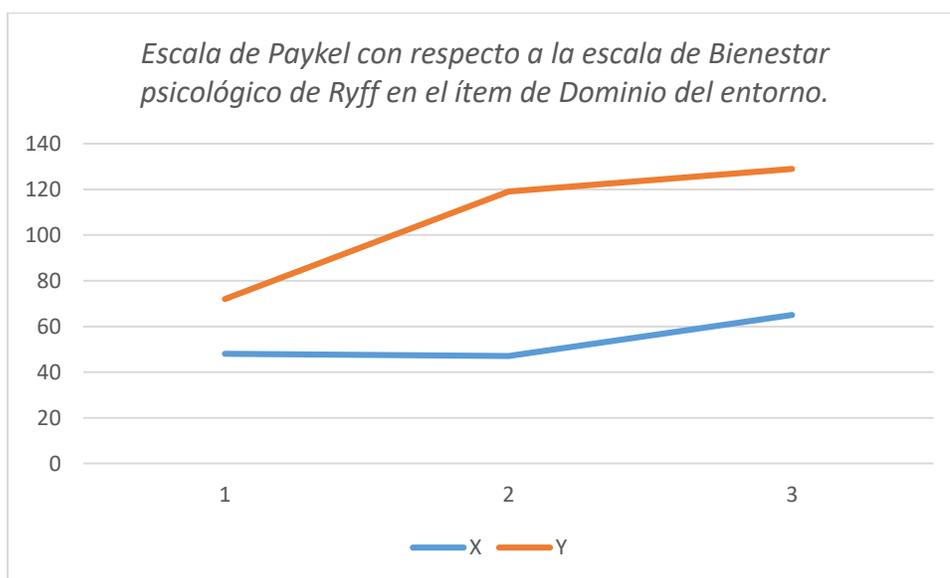
Fuente: Tabulación Realizada por estudiante de enfermería de la UFPS

VARIABLE	X	Y
1	48	24
2	47	72
3	65	64

CORRELACION DE PEARSON [r]	0,312643789
DETERMINACIÓN [r] ²	0,097746138

tabla 35. Correlación de la Comparación de la escala de Paykel con respecto a la escala de Bienestar psicológico de Ryff en el ítem de Dominio del entorno.

Fuente: Tabulación Realizada por estudiante de enfermería de la UFPS



Grafica 22. ***Comparación de la escala de Paykel con respecto a la escala de Bienestar psicológico de Ryff en el ítem de Dominio del entorno.***

Fuente: Tabulación Realizada por estudiante de enfermería de la UFPS

De acuerdo a la *Tabla 34* y *Gráfico 22*, podemos observar que en la escala de Paykel el ítem de Sin riesgo de ideación suicida es de 48 estudiantes a comparación del ítem de Dominio del Entorno elevada de la escala de bienestar psicológico de Ryff con 24 estudiantes con una desviación estándar del 16,97056275, seguido de el ítem riesgo bajo de ideación suicida (47 estudiantes) con Dominio del entorno normal (72 estudiantes) con una desviación estándar del

16,82260384y por último encontramos el riesgo moderado de ideación suicida (25 estudiantes) y el Riesgo Alto de ideación suicida (25 estudiantes) con un puntaje total de 65 estudiantes con respecto a Dominio del entorno baja (64 estudiantes) con una desviación estándar del 27,57716447, en la cual podemos identificar que probablemente gran porcentaje que contesto que tenía Dominio del entorno baja se encuentre en riesgo moderado y bajo de ideación suicida. Por otro lado, en tabla 35 se observa que la correlación de Pearson entre estas dos escalas es de $r=-0,312$ es decir existe una correlación inversa entre ellas con una determinación del $r^2=0,097$.

✓ ESCALA DE PAYKEL VS ITEM DE PROPOSITO DE LA VIDA

ITEM DE ESCALA DE PAYKEL	RESULTADO	ITEM PROPOSITO DE LA VIDA	RESULTADO	DESVIACION ESTANDAR
Sin riesgo de ideación suicida	48	PROPOSITO DE LA VIDA ELEVADA	24	16,97056275
Riesgo bajo de ideación suicida	47	PROPOSITO DE LA VIDA NORMAL	78	20,22374842
Riesgo moderado de ideación suicida	40			
Riesgo Alto de ideación suicida	25	PROPOSITO DE LA VIDA BAJO	58	23,33452378
TOTAL	160	TOTAL	160	60,52883494

tabla 36. Comparación de la escala de Paykel con respecto a la escala de Bienestar psicológico de Ryff en el ítem de Propósito de la vida

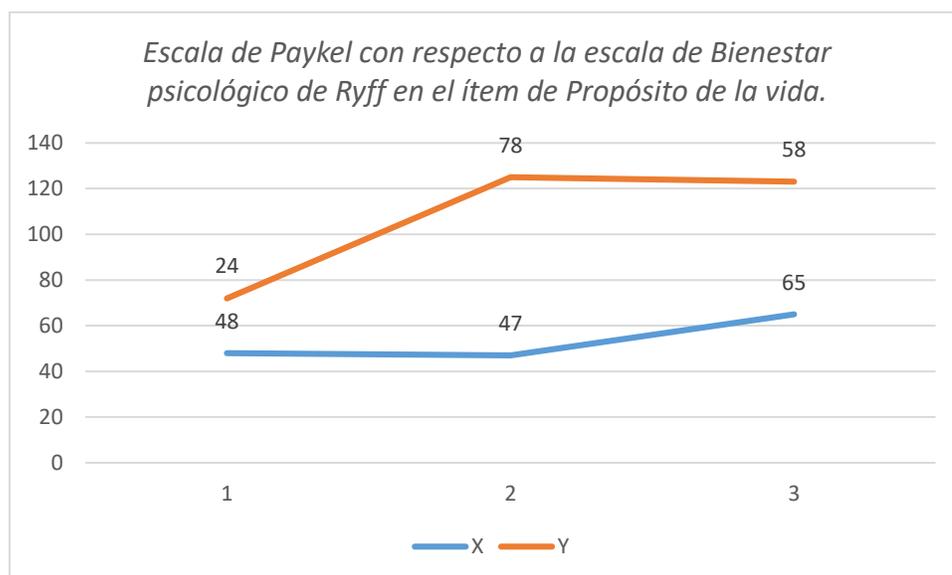
Fuente: Tabulación Realizada por estudiante de enfermería de la UFPS

VARIABLE	X	Y
1	48	24
2	47	78
3	65	58

CORRELACION DE PEARSON [r]	0,098971184
DETERMINACIÓN [r] ²	0,009795295

tabla 37. Correlación de la Comparación de la escala de Paykel con respecto a la escala de Bienestar psicológico de Ryff en el ítem de Propósito de la vida.

Fuente: Tabulación Realizada por estudiante de enfermería de la UFPS



Grafica 23. ***Comparación de la escala de Paykel con respecto a la escala de Bienestar psicológico de Ryff en el ítem de Propósito de la vida.***

Fuente: Tabulación Realizada por estudiante de enfermería de la UFPS

De acuerdo a la *Tabla 36* y *Gráfico 23* podemos observar que en la escala de Paykel el ítem de Sin riesgo de ideación suicida es de 48 estudiantes a comparación del ítem de propósito de la vida elevada de la escala de bienestar psicológico de Ryff con 12 estudiantes con una desviación estándar del 16,97056275, seguido del ítem riesgo bajo de ideación suicida (47 estudiantes) con propósito de la vida normal (86 estudiantes) estudiantes con una desviación estándar del 20,22374842 y por último encontramos el riesgo moderado de ideación suicida (25 estudiantes) y el Riesgo Alto de ideación suicida (25 estudiantes) con un puntaje total de 65 estudiantes con respecto a Crecimiento personal baja (62 estudiantes) estudiantes con una desviación estándar del 23,33452378, en la cual podemos identificar que probablemente gran porcentaje que contestó que tenía propósito de la vida baja se encuentre en riesgo moderado y alta de ideación suicida. Por otro lado, en *tabla 37* se observa que la correlación de Pearson entre estas dos escalas es de $r=-0,098$ es decir existe una correlación directa entre ellas con una determinación del $r^2=0,009$.

**ESCALA DE PAYKEL VS ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG VS
ESCALA DE INVENTARIO DE DEPRESIÓN BECK**

ITEM DE ESCALA DE PAYKEL	RESULTADO	ANALISIS RESULTADOS INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK (BDI-2)	RESULTADO	AUTOESTIMA DE ROSEMBERG	RESULTADO
Sin riesgo de ideación suicida	48	Depresión leve	43	Alta autoestima	54
Riesgo bajo de ideación suicida	47	Depresión mínima	66	Autoestima Normal	13

Riesgo moderado de ideación suicida	40	Depresión moderada	34		
Riesgo Alto de ideación suicida	25	Depresión severa	17	Baja autoestima	93
TOTAL	160	TOTAL	160	TOTAL	160

tabla 38. Comparación de la escala de Paykel con respecto a la escala del inventario de depresión de Beck (DBI-2) y autoestima de Rossemberg.

Fuente: Tabulación Realizada por estudiante de enfermería de la UFPS

De acuerdo a la *Tabla 32* podemos observar que en la escala de Paykel el ítem de Sin riesgo de ideación suicida es de 48 estudiantes a comparación del ítem de Depresión Leve con 43 estudiantes y la escala de autoestima de Rossemberg con 54 estudiantes, seguido de el ítem riesgo bajo de ideación suicida (47 estudiantes) con la escala de depresión de Beck con los ítems de Depresión mínima (66 estudiantes) con la escala de Rossemberg con autoestima normal (13 estudiantes) y por último encontramos el riesgo moderado de ideación suicida (25 estudiantes) y el Riesgo Alto de ideación suicida (25 estudiantes) con un total de 65 estudiantes con respecto a la escala de depresión de Beck (17 estudiantes) y depresión moderada (34 estudiantes) con un total de 51 estudiantes comparado con la escala de autoestima de Rosenberg en el ítem baja autoestima (93 estudiantes) en la cual podemos identificar que probablemente gran porcentaje que contesto que tenía autonomía baja se encuentre en riesgo moderado y alto de ideación suicida y depresión moderada o severa.

16. DISCUSIONES

El objetivo de la presente investigación fue determinar los factores de riesgos de suicidio en los estudiantes del programa de enfermería de la Universidad Francisco de Paula Santander durante el tercer trimestre del año 2021, con el fin de analizar los datos sociodemográficos en la población objeto, así mismo identificar la prevalencia de conducta suicida en los estudiantes, luego poder interpretar los indicadores psicométricos en los estudiantes de enfermería de la UFPS, a través de la aplicación de los tres instrumentos que evalúan el bienestar psicológico, autoestima y depresión y por ultimo evaluar la correlación de Pearson entre las conductas suicidas y los indicadores psicométricos en los estudiantes de enfermería de la UFPS durante el tercer trimestre del año 2021. Además, que como dato adicional a este estudio es que estos instrumentos fueron aplicados en la pandemia del COVID 19 el cual podría ser un impacto para los resultados arrojados en la investigación.

En el año 2015 en México, el artículo de Cervantes, Q. H, muestra la relación entre riesgo suicida y uso de tabaco o alcohol La muestra se conformó por 414 estudiantes de nuevo ingreso, 55.1% mujeres, con una edad promedio de 19.3 años (DE = 1.51). La mayoría solteros (96.1%), En comparación con este estudio se evidencia que también hubo prevalencia del sexo femenino donde la muestra fue de 160 estudiantes con 118 mujeres (74%) y 42 hombres (26%) con un rango de edad de 18 a 25 años y edad promedio de 20 años. Se encontró que la mayoría también eran solteros con (95%). (6)

En el año 2020 en Cuba se efectuó una investigación por los autores Arias Molina, Yordany, Herrero Solano, entre otros. Sobre Manifestaciones psicológicas frente a la situación epidemiológica causada por la COVID-19. Se realizó un estudio observacional descriptivo

transversal, en el consultorio médico de la familia 16-A perteneciente al Policlínico Docente “Jimmy Hirtzel” de Bayamo durante el mes de abril de 2020. Se estudiaron las variables ansiedad, depresión, estrés e idea suicida, para lo cual se aplicaron pruebas psicológicas. En relación a los resultados obtenidos se encontró que ante la situación epidemiológica causada por COVID-19, la población estudio presentaron alteraciones psicológicas tales como ansiedad y depresión como estado, altos niveles de estrés sin presencia de ideación suicida en la mayoría de los casos. Predominó la ansiedad como estado con niveles alto en un 30,96 % y medio en un 26,90 %; la depresión se manifestó como estado en los niveles medio con un 36,54 % y alto en un 13,70 % y medio con un 12,20 % como rasgo; el 66,49 % de las personas presentaron niveles de estrés alterado; un 98,47 % no mostró idea suicida. No se reveló asociación entre el estrés, la ansiedad ($p= 0,90$) y la depresión como rasgo y estado ($p= 0,97$). En comparación con este estudio, en el cual se evaluaron 4 aspectos generales (autoestima, depresión, ideación suicida, bienestar psicológico por medio de los instrumentos: Escala de Paykel, escala de autoestima de Rossemberg, y escala de bienestar psicológico de Ryff, en donde a través de la escala de Paykel durante el tercer trimestre del año 2021 en el que se evidencia que el 30% (48 participantes) de los estudiantes no tienen riesgo de ideación suicida, seguido del 29% (47 participantes) de los estudiantes presentan riesgo bajo de ideación suicida, precedido de un 25% (40 participantes) de riesgo moderado de ideación suicida y por último con 16% (25 participantes) que tienen un Riesgo alto de ideación suicida.. (7)

En el año 2015 en Chile, algunos autores como Valdivia, M., Silva, D., Sanhueza, F., entre otros, realizaron una investigación de la prevalencia de intento de suicidio adolescente y factores de riesgo asociados en una comuna rural de la provincia de Concepción en donde se estudiaba la prevalencia y los factores predictivos de los intentos de suicidio en adolescentes

chilenos en una muestra constituida por 195 adolescentes, edades de 14 a 20 años. entre los resultados obtenidos se encontró que, del total de adolescentes estudiados, un 16,4% presentó intento de suicidio en el último año, y un 19,5% durante el periodo anterior a este. La prevalencia de vida para el intento de suicidio (intento de al menos una vez tratar de quitarse la vida en algún momento) fue de 25,6%. En comparación con este estudio se evidencia muestra fue de 160 estudiantes con 118 mujeres (74%) y 42 hombres (26%) con un rango de edad de 18 a 25 años encontrándose en los resultados obtenidos que 16% (25 estudiantes) de los jóvenes tienen un riesgo de alto de ideación suicida. a través de la escala de Paykel durante el tercer trimestre del año 2021 en el que se evidencia que el 30% (48 participantes) de los estudiantes no tienen riesgo de ideación suicida, seguido del 29% (47 participantes) de los estudiantes presentan riesgo bajo de ideación suicida, precedido de un 25% (40 participantes) de riesgo moderado de ideación suicida y por último con 16% (25 participantes) que tienen un Riesgo alto de ideación suicida. (8)

En el año 2017 en Chile se realizó un estudio por Silva, D., Valdivia, M., Vicente, B., Arévalo, E., entre otros sobre el intento de suicidio y factores de riesgo en una muestra de adolescentes escolarizados de Chile con el objetivo de caracterizar la conducta suicida y sus factores de riesgo en los estudiantes. En el cual se examinaron variables como: socio demográficas, familiares, autoestima, depresión, suicidalidad, desesperanza, funcionalidad familiar, abuso de sustancias, impulsividad y acontecimientos vitales en una muestra de 919 participantes en la cual se obtuvo una prevalencia de vida del intento de suicidio de 14.3%. (10)

De acuerdo a Santos, H. G. B. D., Marcon, S. R., Espinosa, entre otros, en el año 2017 en Brasil, se efectuó un estudio acerca de los factores asociados a la presencia de ideación suicida

entre universitarios en el que se tuvo en cuenta un estudio transversal analítico con una muestra de 637 estudiantes en una Universidad Federal de Mato Gross en el cual se investigaron algunas variables como son la presencia de ideación suicida; demográficas y socioeconómicas y problemas de alcohol. Entre los resultados obtenidos se encontró que la prevalencia de ideas suicidas fue obtenida por medio de la pregunta: ¿En los últimos 30 días pensó en matarse? en donde un 9,9% de los estudiantes respondió que sí y el 90,1% señaló que no En comparación con este estudio, se evidencia con una muestra de 160 estudiantes, de edades entre 18 y 25 años, a través de la escala de Paykel durante el tercer trimestre del año 2021 en el que se evidencia que el 30% (48 participantes) de los estudiantes no tienen riesgo de ideación suicida, seguido del 29% (47 participantes) de los estudiantes presentan riesgo bajo de ideación suicida, precedido de un 25% (40 participantes) de riesgo moderado de ideación suicida y por último con 16% (25 participantes) que tienen un Riesgo alto de ideación suicida.. (11)

En el año 2019 en España, Tabares, A. S. G., Núñez, C., Caballo, V. E., Osorio, M. P. A., & Aguirre, A. M. G realizaron una investigación acerca de los Predictores psicológicos del riesgo suicida en estudiantes universitarios En este estudio participó una muestra de 1408 estudiantes y se utilizaron las escalas de riesgo suicida de Plutchik, desesperanza y depresión de Beck e impulsividad de Barratt. En esta investigación analizaron variables sociodemográficas, sociales y psicológicas, esto para determinar su valor asociativo y predictor del riesgo de suicidio. y entre sus resultados se encontró una prevalencia del 10,2% en intento de suicidio y un 23,2% de factor de riesgo en los estudiantes universitarios de las ciudades objeto del estudio. En comparación con este estudio, se evidencia con una muestra de 160 estudiantes, de edades entre 18 y 25 años, a través de la escala de Paykel durante el tercer trimestre del año 2021 en el que se evidencia que el 30% (48 participantes) de los estudiantes no tienen riesgo de ideación suicida,

seguido del 29% (47 participantes) de los estudiantes presentan riesgo bajo de ideación suicida, precedido de un 25% (40 participantes) de riesgo moderado de ideación suicida y por último con 16% (25 participantes) que tienen un Riesgo alto de ideación suicida. Y evidenciamos en el análisis de resultados del inventario de depresión de Beck (BDI-2) aplicada en una muestra de 160 estudiantes, en la tabla se observa un resultado de Depresión mínima en la mayor parte de los estudiantes con una frecuencia del 41% (66 estudiantes), precedido de depresión leve con un 27% (43 estudiantes), seguido de depresión moderada con un 21% (34 estudiantes) y en menor frecuencia con un 11% (17 estudiantes) con depresión severa. (12)

En la ciudad de Tunja, se realizó un estudio no experimental de tipo transeccional descriptivo por Siabato Elsa y Salamanca Yenny y publicado en el 2015 de nombre factores asociados a ideación suicida en universitarios con una población de entre los 18 y 24 años. De la cual se ubicaron un nivel alto de ideación suicida (31%), en la cual las mujeres era la población más afectada, también se halló que las personas en unión libre es el estado civil con mayor presencia de ideación, a diferencia de los casados y solteros; a su vez la personas con problema de consumo de SPA y quienes han sido afectados por un desastre natural con una ideación suicida positiva o factores protectores, así mismo, se identifica un mayor nivel de factores de riesgo los que cambiaron de grupo de amigos, tener peleas y discusiones graves con un ser querido, tener un familiar con una enfermedad grave o mortal o seres queridos con problemas emocionales o psicológicos. En comparación con este estudio se evidencia que también hubo prevalencia del sexo femenino donde la muestra fue de 160 estudiantes con 118 mujeres (74%) y 42 hombres (26%) con un rango de edad de 18 a 25 años y edad promedio de 20 años. Se encontró que la mayoría también eran solteros con (95%), unión libre (3%) y casados con un (2%), En comparación con este estudio, se evidencia con una muestra de 160 estudiantes, de

edades entre 18 y 25 años, a través de la escala de Paykel durante el tercer trimestre del año 2021 en el que se evidencia que el 30% (48 participantes) de los estudiantes no tienen riesgo de ideación suicida, seguido del 29% (47 participantes) de los estudiantes presentan riesgo bajo de ideación suicida, precedido de un 25% (40 participantes) de riesgo moderado de ideación suicida y por último con 16% (25 participantes) que tienen un Riesgo alto de ideación suicida. (13)

En el 2016, Mónica Pérez entre otros presentaron un estudio de metodología cuantitativa, con el objetivo de identificar la presencia del intento e ideación suicida, abuso sexual y la asociación entre estas variables en estudiantes de educación secundaria de tres ciudades del departamento de Boyacá, señalando que el intento de suicidio y al sexo el 15.5% de los participantes han intentado suicidarse, siendo de este total el 60.1 % mujeres y el 39.9 % hombres. Con un grupo de edad entre los 14 y 16 años con mayor número de intentos de suicidio, con un porcentaje de 73.22 %; ahora bien, en relación al tipo de familia, se halló que en la familia compuesta se encuentra el mayor número de adolescentes con intento suicida correspondiendo al 21 %; seguido de la familia monoparental con 17 %; la nuclear con un 14 % y la extensa con el 13 %. El 17.6 % de los participantes presentan ideación suicida negativa, con mayor frecuencia en el género femenino, siendo más afectado entre los 14 y 17 años. También se identificó que todos los estudiantes que han sido víctimas de abuso sexual por penetración han intentado suicidarse. En comparación con este estudio se evidencia que también hubo prevalencia del sexo femenino donde la muestra fue de 160 estudiantes con 118 mujeres (74%) y 42 hombres (26%) con un rango de edad de 18 a 25 años y edad promedio de 20 años. Se encontró que la mayoría también eran solteros con (95%), unión libre (3%) y casados con un (2%). (14)

En el 2017 se realizó una investigación a cargo de Serrano Patricia y Olave Juan de la ciudad de Bucaramanga, con el fin de buscar los Factores de riesgo asociados con la aparición de conductas suicidas en adolescentes, mediante una búsqueda sistemática de las bases de datos, de lo cual se obtuvo reconocimiento de factores personales en los cuales se abarcan tanto la edad, el género, estado civil, rasgos personales, orientación sexual y enfermedades tanto físicas como mentales. Todos estos contribuyen a la limitada actividad y una adecuada participación social, dificultando la satisfacción de las necesidades básicas. Por último se encontraron factores sociales como la exposición a sucesos sociales relacionados con el desplazamiento, la discriminación social, la exposición a contenidos de información transmitida a través de los diferentes medios de comunicación y la ausencia de redes de apoyo social pueden ser factores de riesgo para el desarrollo de conductas suicidas; en Colombia la discriminación social, el secuestro, la tortura y las heridas de guerra son condiciones que, de manera general, conducen a situaciones de estrés en los adolescentes que favorecen el desarrollo de comportamientos autodestructivos tales como el intento de suicidio y el suicidio consumado. (15)

Para este mismo año Oscar Ovalle entre otros, realizaron un estudio correlacional de corte transversal en el cual participaron 25 personas entre los 18 y 40 años de edad, quienes intentaron suicidarse durante el 2014 y 2015 en Ibagué, con el objetivo de identificar la relación entre depresión y rasgos de personalidad en personas con intento de suicidio, reconociendo que en los antecedentes personales el 24% de los participantes habían recibido atención psicológica y psiquiátrica por motivos relacionados a depresión e intento de suicidio, mientras que el 32% señaló que solo ha sido atendido por profesionales en psicología por motivos como depresión (20%), intento de suicidio (8%) y rebeldía (4%). (16)

También se evidencia que en los participantes existen correlaciones significativas de carácter negativo, por un lado, entre el subdimensión de la personalidad, el control de emociones y la depresión como estado y, por el otro, entre este mismo subdimensión y la distimia como estado. Y sugiriendo que a mayor depresión como estado o como rasgo, menor estabilidad emocional; otras correlaciones identificadas aluden a una relación moderada entre la dimensión de la personalidad, la estabilidad emocional y la depresión. En comparación con este estudio, se evidencia con una muestra de 160 estudiantes, de edades entre 18 y 25 años, a través de la escala de Paykel durante el tercer trimestre del año 2021 en el que se evidencia que el 30% (48 participantes) de los estudiantes no tienen riesgo de ideación suicida, seguido del 29% (47 participantes) de los estudiantes presentan riesgo bajo de ideación suicida, precedido de un 25% (40 participantes) de riesgo moderado de ideación suicida y por último con 16% (25 participantes) que tienen un Riesgo alto de ideación suicida. Con correlaciones directas positivas encontrándose que existe una correlación directa casi perfecta 0,93 con el ítem de autoaceptación de la escala de bienestar psicológico de Ryff, seguido con 0,88 está la escala de autoestima e Rosenberg y por último, con un 0,84 se encontró la escala de inventario depresión de Beck. (16)

En el 2018, Jorge Restrepo entre otros publicaron depresión y su relación con el consumo de sustancias psicoactivas, el estrés académico y la ideación suicida en estudiantes universitarios colombianos, una investigación de tipo cuantitativa, transversal, con un diseño no experimental de nivel correlacional, encontrando que la depresión, en estos resultados, es la bisagra entre el consumo de sustancias psicoactivas, y el estrés académico y la ideación suicida. Si bien no se presentaron correlaciones entre el consumo/estrés y consumo/ideación, la depresión actuaría como una variable mediadora. (17)

Ya para el 2019 Gómez A. entre otros publicaron predictores psicológicos del riesgo suicida en estudiantes universitarios, usando una muestra de dos ciudades del país, Manizales y Medellín, de los cuales se indicó que las mujeres presentaron más riesgo de suicidio que los hombres, reconociendo también el 10,2% de los estudiantes intentaron suicidarse en el último año, de los cuales el 52,5% de estos lo intentaron una sola vez, el rango de edad con mayores riesgo se presentó entre los 16 y 20 años. Los antecedentes familiares también estuvieron presentes demostrando que el 21,8% de sus familiares tuvieron intentos de suicidio en los últimos 5 años e igualmente se identificaron familiares con problemas de salud mental. En comparación con este estudio, a través de la escala de Paykel durante el tercer trimestre del año 2021 en el que se evidencia que el 30% (48 participantes) de los estudiantes no tienen riesgo de ideación suicida, seguido del 29% (47 participantes) de los estudiantes presentan riesgo bajo de ideación suicida, precedido de un 25% (40 participantes) de riesgo moderado de ideación suicida y por último con 16% (25 participantes) que tienen un Riesgo alto de ideación suicida. (18)

Por otro lado, se encontró un indicador sintomático de depresión grave del 2,4%, depresión moderada del 13,8%, y depresión leve del 18,9%, siendo las mujeres con más casos de depresión. Por otra parte, el 25,9% de la población manifestó algún tipo de desesperanza, leve con un 19,4%, moderada con un 5,2% y alta con un 1,3%. Y en la impulsividad, se identificó un factor de impulsividad global del 5,1%. En comparación con este estudio, evidenciamos el análisis de resultados del inventario de depresión de Beck (BDI-2) aplicada en una muestra de 160 estudiantes, en la tabla se observa un resultado de Depresión mínima en la mayor parte de los estudiantes con una frecuencia del 41% (66 estudiantes), precedido de depresión leve con un 27% (43 estudiantes), seguido de depresión moderada con un 21% (34 estudiantes) y en menor frecuencia con un 11% (17 estudiantes) con depresión severa. (18)

En Santiago de Cali, Sofía Rodríguez y Rosana Santa publicaron en el 2019 el estrés académico como factor de riesgo en la urgencia del intento suicida en estudiantes universitarios, de tipo monografía y usando fuentes de información secundaria tomando referencias de artículos académicos y de revista que han introducido a los temas tratados con anterioridad, así mismo se utilizan como fuentes las páginas oficiales de las entidades cuya acción se va analizar, así como las entidades pública. (19)

Se encontró que en la etapa universitaria se encuentra en una de las épocas más difíciles del ser humano, ya que es el punto donde se da el cimiento de orientación de conocimientos que darán el paso para integrarse al mercado laboral, razón por la cual el ser humano dentro del proceso pasa por distintas situaciones que le exigen tener un muy buen control de sus emociones, pensamiento y raciocinio para poder responder de forma positiva a cualquier circunstancia, causante de estrés, saturación física y mental entre otros factores que posiblemente conllevan a perder la salud mental como principal causa de suicidio. (19)

En ese mismo año Benavides V, Nixon Villota y Fredy Villalobos-Galvis realizaron una revisión de artículos de nombre Conducta suicida en Colombia: Una revisión sistemática, con el fin de sintetizar los hallazgos acerca del suicidio en Colombia entre los años 2004 a 2018, donde se identificó que los factores de riesgos estaban divididos en 7 grupos de factores, como la salud, donde la depresión, los diagnósticos psiquiátricos, el consumo de spa eran los más prevalentes en este grupo, otro de los grupos encontrados era el entorno familiar, donde las disfunciones familiares era el principal factor. Otros factores como el vivir solo y bajos ingresos económicos era los principales que afectan a la población en el grupo de sociodemográfico, también se encontró un grupo llamado interpersonales, donde los conflictos con parejas y el aislamiento eran

los principales promotores en el suicidio. También nos refiere acerca de los factores de riesgo suicidas que se ven relacionados con el estrés académico que nace a partir de las nuevas exigencias del impartir conocimiento, que son condicionadas por el entorno y sus aspectos sociales. (20)

Ya en Bucaramanga en el mismo año, Lury Corredor, Yeira Samaca y Wendy Ulloa mediante una investigación de enfoque cuantitativo instrumental, con el objetivo de determinar los factores de riesgo suicida según la escala de Plutchik y factores asociados presentes en estudiantes de una universidad, encontrando una relación significativa entre el sexo y el riesgo suicida, se observa un aumento de 13% de riesgo alto en mujeres y 8% en hombre, a partir de 21% de la población general que está en riesgo alto, lo cual nos dice que el mayor riesgo se presenta en la población femenina. También hay una relación entre el riesgo y el estrato; se puede evidenciar un aumento de 9% de riesgo alto en los participantes de estrato 3 y un 5,5% en participantes de estrato 4, (21)

En el año 2018 AC Cornejo-Ortega, AM Rojas-Omaña, [NJ Bonilla-cruz](#) en Cúcuta, Entre los resultados obtenidos se encontró en relación al nivel de autoestima con un 32,86% tenían baja autoestima , seguido de un nivel medio de 60% y por último un nivel alto con 7,14%; también se puede evidenciar que el afrontamiento de la muestra del estudio se encontró en un nivel bajo con 8,57%, precedido con un nivel medio de 67,14% y finalmente un 24,29% con un nivel alto. En comparación con este estudio se evidencia la escala de autoestima de Rosenberg aplicada en una muestra de 160 estudiantes, en la tabla 19 se observó un resultado de baja autoestima con un 58% (93 estudiantes), seguido de un resultado del 34% (54 estudiantes) con

una alta autoestima y con menos frecuencia encontramos con un 8% (13 estudiantes) presentan una Autoestima Normal. (23)

De acuerdo a la investigación realizada en el año 2020, el estudio estuvo conformado por 209 mujeres (55,6 %) y 167 hombres (44,4 %). El rango de edad se ubicó entre 18 a 64 años, la edad promedio fue de 29 años y se presentó una desviación estándar de 9,69. Se indagó sobre características demográficas de los participantes y se encontró que, respecto al estado civil, la mayoría era soltero (74,2 %) y casado (21,5 %), aunque también se identificó a divorciados (3,5 %) y viudos (0,8 %). En comparación con este estudio se evidencia que también hubo prevalencia del sexo femenino donde la muestra fue de 160 estudiantes con 118 mujeres (74%) y 42 hombres (26%) con un rango de edad de 18 a 25 años y edad promedio de 20 años. Se encontró que la mayoría también eran solteros con (95%), unión libre (3%) y casados con un (2%). (24)

Según *Callejon P*, en el año 2021 se administró un cuestionario a 320 jóvenes adultos residentes en España de entre 18 y 35 años (Medad = 25.86; DTedad = 4.99), en el cual se incluían la adaptación al español de la Psychache Scale, la Escala Satisfacción y Frustración de las Necesidades Psicológicas Básicas y la Escala Paykel del Suicidio. Los resultados del estudio mostraron que las correlaciones eran moderada-altas y significativas entre todas las variables. Al compararse con nuestro estudio se observa una muestra de 160 estudiantes de edades comprendidas de 18 a 25 años con edad promedio de 20 años con correlaciones directas y inversas en los parámetros evaluados con datos significativos entre las escalas. En especial, encontrándose que existe una correlación directa casi perfecta 0,93 con el ítem de autoaceptación

de la escala de bienestar psicológico de Ryff, seguido con 0,88 está la escala de autoestima e Rosenberg y por último, con un 0,84 se encontró la escala de inventario depresión de Beck. (25)

17. CONCLUSIONES

En el presente trabajo de investigación la ideación suicida se encuentra presente en población adolescente y se asocia a un peor bienestar emocional subjetivo y a mayores problemas emocionales y comportamentales. La PSS parece mostrar un adecuado comportamiento psicométrico para evaluar la ideación suicida en adolescentes. Estos resultados tienen claras implicaciones, tanto a nivel sanitario como educativo, de cara a mejorar la promoción del bienestar emocional y la prevención de los problemas psicológicos y psiquiátricos en este sector de la población. Apoyando a su vez la línea de investigación de problemas psicosociales.

Así, en el primer objetivo específico, se analizaron los datos sociodemográficos en la población objeto de los estudiantes de enfermería de la UFPS durante el tercer trimestre del año 2021 encontrándose que el 74% (118 participantes) de los estudiantes son femenino y el 26% (42 participantes) son de sexo masculino. Por otro lado, se evidencia que el 24% (38 participantes) de los estudiantes que tienen 20 años seguido del 17% encontramos que tienen 18, 21 y 22 años (equivalente a 27 participantes cada uno), precedido de un 14% (22 participantes) tienen 19 años, seguido con 5% (9 estudiantes) que tienen 23 años, luego con un 4% (6 participantes) tienen 25 años y por último con 2% (4 participantes) que tienen } 24 años encontrándose como edad promedio 20. Así mismo se evidencia que un 13% es decir 20 estudiantes de cada semestre (correspondientes a 8 semestres) del programa de Enfermería para un total de 160 estudiantes respondieron la encuesta. En los datos recogidos en la seguridad social, se evidencia que el 67%

(107 participantes) de los estudiantes son subsidiados, seguido del 30% (49 participantes) de los estudiantes son contributivos, precedido de un 2% (3 participantes) están sin afiliación y por último con 1% (1 participante) es de otro régimen.

Así mismo, en los datos recogidos del estrato socioeconómico, se evidencia que el 54% (86 participantes) de los estudiantes son estrato 2, seguido del 37% (60 participantes) de los estudiantes son estrato 1; y por último con 9% (14 participantes) son estrato 3. Y de los datos recogidos en el estado civil, se evidencia que el 94% (150 participantes) de los estudiantes están solteros, seguido del 4% (6 participantes) de los estudiantes viven en unión libre, por último, con 2% (4 participantes) están casados.

Ahora bien, en el segundo objetivo, se identificó la prevalencia de conducta suicida, en los estudiantes de enfermería de la UFPS a través de la escala de Paykel durante el tercer trimestre del año 2021 en el que se evidencia que el 30% (48 participantes) de los estudiantes no tienen riesgo de ideación suicida, seguido del 29% (47 participantes) de los estudiantes presentan riesgo bajo de ideación suicida, precedido de un 25% (40 participantes) de riesgo moderado de ideación suicida y por último con 16% (25 participantes) que tienen un Riesgo alto de ideación suicida.

Luego se interpretaron los indicadores psicométricos en los estudiantes de enfermería de la UFPS, a través de la aplicación de los tres instrumentos que evalúan el bienestar psicológico, autoestima y depresión durante el tercer trimestre del año 2021, se evidencia la escala de autoestima de Rosenberg aplicada en una muestra de 160 estudiantes, en la tabla 19 se observó un resultado de baja autoestima con un 58% (93 estudiantes), seguido de un resultado del 34% (54 estudiantes) con una alta autoestima y con menos frecuencia encontramos con un 8% (13

estudiantes) presentan una Autoestima Normal. Así mismo, evidenciamos el análisis de resultados del inventario de depresión de Beck (BDI-2) aplicada en una muestra de 160 estudiantes, en la tabla se observa un resultado de Depresión mínima en la mayor parte de los estudiantes con una frecuencia del 41% (66 estudiantes), precedido de depresión leve con un 27% (43 estudiantes), seguido de depresión moderada con un 21% (34 estudiantes) y en menor frecuencia con un 11% (17 estudiantes) con depresión severa.

Por consiguiente, en la escala de *Bienestar psicológico Ryff: ítem Autoaceptación*, se evidencia que el 55% (88 participantes) de los estudiantes presentan una autoestima baja, seguido del 29% (46 participantes) de los estudiantes presentan autoaceptación normal, y con 16% (26 participantes) que tienen una aceptación elevada, en ítem *crecimiento personal*, se evidencia que el 54% (86 participantes) de los estudiantes presentan un crecimiento personal normal, seguido del 39% (62 participantes) de los estudiantes presentan un crecimiento personal bajo, y con menor frecuencia 7% (12 participantes) que tienen crecimiento personal elevado. En el ítem *relaciones positivas* se evidencia que el 42% (68 participantes) de los estudiantes presentan relaciones positivas bajas, seguido del 39% (62 participantes) de los estudiantes presentan relaciones positivas normales, y con 19% (30 participantes) que tienen relaciones positivas elevadas. En el ítem: *autonomía*, se evidencia que el 49% (78 participantes) de los estudiantes presentan autonomía normal, seguido del 39% (62 participantes) de los estudiantes presentan autonomía baja, y con 12% (20 participantes) que tienen autonomía elevada.

Por último, se evalúa la correlación de Pearson entre las conductas suicidas y los indicadores psicométricos en los estudiantes de enfermería de la UFPS durante el tercer trimestre del año 2021 encontrándose que existe una correlación directa casi perfecta 0,93 con el ítem de

autoaceptación de la escala de bienestar psicológico de Ryff, seguido con 0,88 está la escala de autoestima e Rosenberg y, por último, con un 0,84 se encontró la escala de inventario depresión de Beck.

18. RECOMENDACIONES

Considerando la importancia que tiene esta investigación y en función de los resultados obtenidos se formulan algunas sugerencias tanto para el personal directivo como a los docentes, alumnos, y a la comunidad educativa esto con la finalidad de lograr, de las instituciones educativas una organización exitosa dentro del contexto educativo, para ello se hace llegar a las siguientes recomendaciones:

- Crear campañas de sensibilización, promoción de salud y prevención de enfermedades mentales, mediante estrategias, para buscar formas para la detección de dichas situaciones y preparar al personal de salud que trabaja en la institución, y de esta forma abordar a los estudiantes en riesgo y referir a atención especializada.
- Establecer en la Facultad de Ciencias de la Salud, una Línea de Ayuda y Orientación en Salud Mental, donde el estudiante tenga acceso a llamar, enviar mensajes de texto, correos electrónicos, para recibir orientación y soporte especialmente en momento de crisis.
- A través del Ministerio de Salud, crear una Normativa de Salud Mental, que contenga elementos útiles para la evaluación y atención integral de las personas con conductas suicidas.

- Fortalecer las investigaciones acerca de los factores de riesgos de los estudiantes para conductas suicidas teniendo en cuenta la importancia la eficacia de la escala de Paykel ante otros indicadores psicométricos.

19. ANEXOS

ANEXO 1. INSTRUMENTO: ESCALA PAYKEL DE SUICIDIO

ESCALA PAYKEL DE SUICIDIO

Apreciado estudiante, este instrumento es estrictamente confidencial. A continuación, se te presentan 10 ítems. Te pedimos que contestes con sinceridad cada uno de los ítems marcando con una (X) la opción que mejor describe lo que pensaste o sentiste durante el último mes. (No hay respuesta correcta o incorrecta, todas sirven).

DATOS GENERALES

Sexo: (1) Masculino (2) Femenino **Edad:** _____ **Semestre:** _____

Estado Civil: (1) Casado (a) (2) Soltero (a) (3) Conviviente (4) Divorciado (a) | (5) Viudo (a)

Seguridad social: Régimen subsidiado Régimen contributivo Sin afiliación

Estrato socioeconómico:

0 1 2 3 4 5 6

Por favor, ponga una cruz en la casilla que considere que se ajusta más lo que has sentido o experimentado durante el **último año**

1. ¿Has sentido que la vida no merece la pena?	Sí	No
2. ¿Has deseado estar muerto? Por ejemplo, ir a dormir y desear no levantarse.	Sí	No
3. ¿Has pensado en quitarte la vida aunque realmente no lo fueras a hacer?	Sí	No
4. ¿Has llegado al punto en el que considerarías realmente quitarte la vida o hiciste planes sobre cómo lo harías?	Sí	No
5. ¿Alguna vez has intentado quitarte la vida?	Sí	No

Ilustración 1 Instrumento Escala de paykel de suicidio

ANEXO 2. INSTRUMENTO: ESCALA DE BIENESTAR PSICOLÓGICO DE RYFF

ESCALA DE BIENESTAR PSICOLÓGICO DE RYFF

Apreciado estudiante, este instrumento es estrictamente confidencial. A continuación, se te presentan 39 afirmaciones. Te pedimos que contestes con sinceridad cada uno de los ítems marcando con una (X) la opción que mejor describe lo que pensaste o sentiste durante el último mes. (No hay respuesta correcta o incorrecta, todas sirven). Donde 1 es "totalmente en desacuerdo" y 6 "totalmente de acuerdo"

DATOS GENERALES

Sexo: (1) Masculino (2) Femenino Edad: _____ Semestre: _____

Estado Civil: (1) Casado (a) (2) Soltero (a) (3) Conviviente (4) Divorciado (a) (5) Viudo (a)

Nº	ITEMS	1	2	3	4	5	6
1	Cuando analizo la historia de mi vida, me siento satisfecho de cómo han resultado las cosas.						
2	A menudo me siento solo porque tengo pocos amigos íntimos con quienes comparto mis preocupaciones.						
3	Expreso fácilmente mis opiniones, incluso cuando son opuestas a las opiniones de la mayoría de las personas.						
4	Me preocupa cómo otras personas evalúan las elecciones que he hecho en mi vida						
5	Me resulta difícil dirigir mi vida hacia un camino que me satisfaga.						
6	Disfruto haciendo planes para el futuro y trabajar para hacerlos realidad.						
7	En general, me siento seguro y positivo						

8	No cuento con muchas personas que quieran escucharme cuando necesito hablar.						
9	Tiendo a preocuparme por lo que los demás piensan de mí.						
10	Me juzgo por lo que pienso que es importante, no por lo que otros piensan que es importante.						
11	Soy parte de una familia y he construido un modo (estilo) de vida a mi gusto.						
12	Soy una persona activa cuando realizo los proyectos que me propongo.						
13	Si tuviera la oportunidad, cambiaría muchas cosas de mí mismo.						
14	Siento que mis amistades me aportan muchas cosas.						
15	Tiendo a dejarme influenciar por personas con opiniones firmes.						

Ilustración 2 Instrumento Escala de Bienestar psicológico

16	En general, siento que soy responsable de la situación en la que vivo.						
17	Me siento bien cuando pienso lo que he hecho en el pasado y lo que espero hacer en el futuro.						
18	Mis objetivos en la vida han sido más una fuente de satisfacción que de frustración para mí.						
19	Me gusta la mayor parte de los aspectos de mi personalidad.						
20	Me parece que la mayor parte de las personas tienen más amigos que yo.						
21	Tengo confianza en mis opiniones incluso si son contrarias al consenso general.						
22	Las demandas de la vida diaria a menudo me deprimen.						
23	Tengo clara la dirección y objetivo de mi vida.						
24	Conforme pasa el tiempo siento que sigo aprendiendo más sobre mí mismo.						
25	En muchos aspectos, me siento decepcionado de mis logros en la vida.						
26	He experimentado muchas relaciones cercanas y de confianza.						
27	Me resulta difícil expresar mis opiniones en temas controvertidos.						
28	Soy bastante eficiente, manejando mis responsabilidades diarias.						
29	No tengo claro qué es lo que intento conseguir en la vida.						

Ilustración 2 Instrumento Escala de Bienestar psicológico

30	Hace mucho tiempo; que dejé de hacer cambios importantes en mi vida.						
31	Me siento orgulloso de quién soy y de la vida que llevo.						
32	Sé que puedo confiar en mis amigos, y ellos saben que pueden confiar en mí.						
33	Siento que con el tiempo me he desarrollado mucho como persona.						
34	No quiero intentar nuevas formas de hacer las cosas; mi vida está bien como está.						
35	Las experiencias nuevas me desafían a replantear lo que pienso sobre mí mismo y el mundo.						
36	Pensándolo bien, con los años no he mejorado mucho como persona.						
37	A menudo cambio mis decisiones si mis amigos o mi familia están en desacuerdo.						
38	Para mí, la vida ha sido un proceso continuo de aprendizaje, desarrollo y crecimiento.						
39	Si no fuera feliz en mi vida, tomaría medidas efectivas para cambiarla.						

GRACIAS POR TU COLABORACIÓN

Ilustración 2 Instrumento Escala de Bienestar psicológico

ANEXO 3. INSTRUMENTO: ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG

ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG

Apreciado estudiante, este instrumento es estrictamente confidencial. A continuación, se te presentan 10 ítems. Te pedimos que contestes con sinceridad cada uno de los ítems marcando con una (X) la opción que mejor describe lo que pensaste o sentiste durante el último mes. (No hay respuesta correcta o incorrecta, todas sirven).

DATOS GENERALES

Sexo: (1) Masculino (2) Femenino **Edad:** _____ **Semestre:** _____

Estado Civil: (1) Casado (a) (2) Soltero (a) (3) Unión Libre (4) Divorciado (a) (5) Viudo (a)

Seguridad social: Régimen subsidiado Régimen contributivo Sin afiliación

Estrato socioeconómico:

0 1 2 3 4 5 6

A continuación, encontrará una lista de afirmaciones en torno a los sentimientos o pensamientos que tiene sobre usted. Marque con una X la respuesta que más lo identifica:

	Muy de Acuerdo	De Acuerdo	En Desacuerdo	Muy en Desacuerdo
1. Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás.				
2. Creo que tengo un buen número de cualidades.				
3. En general, me inclino a pensar que soy un fracasado/a.				

Ilustración 3 Instrumento Escala de Autoestima de Rosenberg

4. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.				
5. Siento que no tengo muchos motivos para sentirme orgulloso/a de mí.				
6. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo/a.				
7. En general, estoy satisfecho conmigo mismo/a.				
8. Desearía valorarme más a mí mismo/a.				
9. A veces me siento verdaderamente inútil.				
10. A veces pienso que no soy bueno/a para nada.				

Ilustración 3 Instrumento Escala de Autoestima de Rosenberg

ANEXO 4. INSTRUMENTO: ESCALA DE INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (BDI-2)

Apreciado estudiante, este instrumento es estrictamente confidencial consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de Sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito)

DATOS GENERALES

Sexo: (1) Masculino (2) Femenino **Edad:** _____ **Semestre:** _____

Estado Civil: (1) Casado (a) (2) Soltero (a) (3) Unión Libre (4) Divorciado (a) (5) Viudo (a)

Seguridad social: Régimen subsidiado Régimen contributivo Sin afiliación

Estrato socioeconómico:

0 1 2 3 4 5 6

1. Tristeza

0 No me siento triste.

1 Me siento triste gran parte del tiempo 2 Me siento triste todo el tiempo.

3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

0 No estoy desalentado respecto del mi futuro.

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

2 No espero que las cosas funcionen para mi.

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

Ilustración 4 Instrumento Inventario de depresión de Beck

3. Fracaso

- 0 No me siento como un fracasado.
- 1 He fracasado más de lo que hubiera debido.
- 2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.
- 3 Siento que como persona soy un fracaso total.

4. Pérdida de Placer

- 0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
- 1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
- 2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
- 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

5. Sentimientos de Culpa

- 0 No me siento particularmente culpable.
- 1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.
- 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- 3 Me siento culpable todo el tiempo.

6. Sentimientos de Castigo

- 0 No siento que este siendo castigado
- 1 Siento que tal vez pueda ser castigado.
- 2 Espero ser castigado.
- 3 Siento que estoy siendo castigado.

7. Disconformidad con uno mismo.

- 0 Siento acerca de mí mismo que siempre.
- 1 He perdido la confianza en mí mismo.
- 2 Estoy decepcionado conmigo mismo.
- 3 No me gusta a mí mismo.

8. Autocrítica

- 0 No me critico ni me culpo más de lo habitual
- 1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo 2 Me critico a mí mismo por todos mis errores
- 3 me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

9. Pensamientos o Deseos Suicidas

- 0 No tengo ningún pensamiento de matarme.
- 1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría
- 2 Querría matarme
- 3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

10. Llanto

- 0 No lloro más de lo que solía hacerlo. 1 lloro más de lo que solía hacerlo 2 Lloro por cualquier pequeñez.
- 3 Siento ganas de llorar pero no puedo.

11 Agitación

- 0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.
- 1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
- 2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto
- 3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

12 pérdida de Interés

- 0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.
- 1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
- 2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
- 3.Me es difícil interesarme por algo.

Ilustración 4 Instrumento Inventario de depresión de Beck

13. Indecisión

- 0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.
- 1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones
- 2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
- 3 tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Desvalorización

- 0 No siento que yo no sea valioso
- 1 No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme
- 2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
- 3 siento que no valgo nada.

15. Pérdida de Energía

- 0 Tengo tanta energía como siempre.
- 1. Tengo menos energía que la que solía tener.
- 2. No tengo suficiente energía para hacer demasiado
- 3. No tengo energía suficiente para hacer nada.

16. Cambios en los Hábitos de Sueño

- 0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
- 1ª. Duermo un poco más que lo habitual.
- 1b. Duermo un poco menos que lo habitual.
- 2a Duermo mucho más que lo habitual.
- 2b. Duermo mucho menos que lo habitual
- 3ª. Duermo la mayor parte del día
- 3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

17. Irritabilidad

- 0 No estoy tan irritable que lo habitual.
- 1 Estoy más irritable que lo habitual.
- 2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.
- 3 Estoy irritable todo el tiempo.

Ilustración 4 Instrumento Inventario de depresión de Beck

18. Cambios en el Apetito

0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.

1^a. Mi apetito es un poco menor que lo habitual.

1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.

2a. Mi apetito es mucho menor que antes.

2b. Mi apetito es mucho mayor que lo

habitual 3^a. No tengo apetito en absoluto.

3b. Quiero comer todo el día.

19. Dificultad de Concentración

0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.

1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente

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

3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o Fatiga

0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.

1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.

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

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

21. Pérdida de Interés en el Sexo

0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.

1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.

2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.

3 He perdido completamente el interés en el sexo.

Puntaje Total:

Ilustración 4 Instrumento Inventario de depresión de Beck

ANEXO 5. CONSENTIMIENTO INFORMADO

CUESTIONARIO PARA TOMA DE DATOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____ identificado(a) con la cedula N° _____ De _____ hago constar que he recibido explicación sobre el proyecto de investigación y estoy dispuesto a participar en el estudio con el fin de identificar los factores de riesgo en suicidio de los estudiantes de enfermería de la UFPS durante el tercer trimestre del año 2021.

Las investigadoras de forma responsable se han comprometido a darme información oportuna sobre cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca del diligenciamiento de los cuestionarios; también me han dado seguridad de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio, me complace ayudar de manera desinteresada a su desarrollo pues considero que se rige por los principios éticos de la práctica de enfermería y que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados de forma confidencial.

A cambio de mi participación en el estudio recibiré la satisfacción de contribuir al desarrollo de la investigación.

(Lea atentamente toda esta información que se le ofrece en este documento y haga todas las preguntas que necesite aclarar dirigidas al investigador que se lo está explicando, antes de

ANEXO 7. PRESUPUESTO

TIPO DE RECURSO	CANTIDAD	HORAS	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
RECURSOS HUMANOS				
Directora	1	48 horas	\$ 40.000 hora	\$ 1.920.000
Co-Directora	1	16 horas	\$40.00 0 hora	\$ 640.000

Investigador as	2	600 horas	\$15.00 0 hora	\$ 9.000.000
TOTAL: 11.560.000				\$
RECURSOS MATERIALES				
Lapiceros	2		\$ 1400	\$ 2.800
Juego de marcadores de colores	1		\$ 20.000	\$ 20.000
Libreta	1		\$ 3.000	\$3.000
Navegación a internet	2	600 horas	\$ 2.000 hora	\$ 1.200.000
USB	1		\$15.00 0	\$15.00 0

CD – ROM	2		\$3.000	\$ 6.000
TOTAL:				\$ 646,800
OTROS RECURSOS				
Computador as	2		\$ 1.500.000	\$ 3.000.000
TOTAL:				\$ 3.000.000
TOTAL GLOBAL				\$ 10,706,800

20. BIBLIOGRAFÍA

1. Conducta suicida. Minsalud Internet. Consultado el día 20 de febrero del 2021. Disponible en:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/boletin-conducta-suicida.pdf>

2. Unicef suicidio. Internet. Consultado el día 20 de febrero del 2021. Disponible en: <https://www.unicef.org/argentina/media/1536/file/Suicidio.pdf>
3. Protocolo de vigilancia en salud pública, Min salud intento de suicidio 2017 Internet. Consultado el día 27 de abril del 2021. Disponible en: https://www.ins.gov.co/buscador/Lineamientos/PRO%20Intento%20Suicidio_.pdf#search=suicidio
4. Instituto departamental de salud en el informe de evento del intento de suicidio a periodo epidemiológico 2019. Internet. Consultado el día 27 de abril del 2021. Disponible en: https://ids.gov.co/wp-content/uploads/2020/02/3_boletin_356_intento_suicidio_2019.pdf
5. Fonseca-Pedrero, E., & Pérez de Albéniz, A. (2020). Evaluación de la conducta suicida en adolescentes: A propósito de la escala Paykel de suicidio. Pap. Psicólogo. Internet. Consultado el día 20 de febrero del 2021, Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Eduardo-Fonseca-Pedrero/publication/339364022_EVALUACION_DE_LA_CONDUCTA_SUICIDA_EN_ADOLESCENTES_A_PROPOSITO_DE_LA_ESCALA_PAYKEL_DE_SUICIDIO/links/5e4d61d9a6fdccd965b12864/EVALUACION-DE-LA-CONDUCTA-SUICIDA-EN-ADOLESCENTES-A-PROPOSITO-DE-LA-ESCALA-PAYKEL-DE-SUICIDIO.pdf
6. Suicide Who. Internet. Consultado el día 20 de Febrero del 2021. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
7. Cervantes, Q. H. (2015). Relación entre riesgo suicida y uso de tabaco o alcohol en una muestra de universitarios. Internet. Consultado el día 20 de febrero del 2021, Disponible en: repositorio.ugto.mx/handle/20.500.12059/1334
8. Arias Molina, Yordany, Herrero Solano, Yosvany, Cabrera Hernández, Yuleimy, Guyat, Doralvis Chibás, & Mederos, Yohani García. (2020). Manifestaciones psicológicas frente a la situación epidemiológica causada por la COVID-19. *Revista Habanera de Ciencias*

- Médicas*, 19(Supl. 1), e3350. Internet. Consultado el día 20 de febrero del 2021, Disponible en: [.http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2020000400012&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2020000400012&lng=es&tlng=es).
9. Valdivia, M., Silva, D., Sanhueza, F., Cova, F., & Melipillán, R. (2015). Prevalencia de intento de suicidio adolescente y factores de riesgo asociados en una comuna rural de la provincia de Concepción. *Revista médica de Chile*, 143(3), 320-328. Internet. Consultado el día 20 de febrero del 2021, Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0034-98872015000300006&script=sci_arttext&tlng=en
10. Gómez-Cruz, Z., Landeros, P., Romero, E., & Troyo, R. (2016). Estilos de vida y riesgo para la salud de una población universitaria. *Revista de salud pública y nutrición*, 15(2), 9-14.. Internet. Consultado el día 20 de febrero del 2021, Disponible en: http://respyn2.uanl.mx/xv/2/documentos/estilos_de_vida_y_riesgos_para_la_salud.php
11. Silva, D., Valdivia, M., 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.. Internet. Consultado el día 20 de febrero del 2021, Disponible en: https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/53338149/122942821.pdf?1496204513=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3Del_suicidio.pdf&Expires=1594865816&Signature=KKJMKqzbCq9H1cgIilc4wI-IUDAclizkLvi-MqSSR5sCq6fxxnMobKPu-qJ7r3EJtncazbWFJ7L~b2Vy1IBzLHCJZiyIjp47PBqs3yX1OUMBFecmu-y0LJ6wmEEBusbrzV41tzfTst3BzSW90m7NXcDxPYeEj1pczAk2wPSOVPZCmqL-XSUpHxPYOJOc8cpKHZktV75OXDU8VjPsoYLuMsQxormo3sko1ozRNLlh3i8rJk44kzDk83GH4Pfly6eI9qHgYDobcTzu1RgtYh5ybA4wGquKze6k6gCm7Tc5yLAMhwZ~~ITEDB6jhKe-IQhWRjjB1wjBZA9sZg7F6SteYA_&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA

12. Santos, H. G. B. D., Marcon, S. R., Espinosa, M. M., Baptista, M. N., & Paulo, P. M. C. D. (2017). Factores asociados a la presencia de ideación suicida entre universitarios. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 25. Internet. Consultado el día 20 de febrero del 2021, Disponible en: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692017000100332&script=sci_arttext&tlng=es
13. Tabares, A. S. G., Núñez, C., Caballo, V. E., Osorio, M. P. A., & Aguirre, A. M. G. (2019). Predictores psicológicos del riesgo suicida en estudiantes universitarios. *Psicología Conductual*, 27(3), 391-413. Internet. Consultado el día 20 de febrero del 2021, Disponible en: <https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2019/12/03.Gomez-27-30a.pdf>
14. Siabato E; Salamanca Y; Factores asociados a ideación suicida en universitarios; *Rev. Psychologia*. (Internet) 2015 [Consultado el día 20 de febrero del 2021) 9(1) 71-81 Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=297233780005>
15. Mónica Pérez, Lizeth Martínez, Mildred Vianchá Pinzón, Bertha Avendaño; Intento e ideación suicida y su asociación con el abuso sexual en adolescentes escolarizados de Boyacá – Colombia; *Rev. Perspect. Psicol.* (Internet) 2016 [Consultado el día 20 de febrero del 2021) 13(1) 71-81 Disponible en: <https://doi.org/10.15332/s1794-9998.2017.0001.07>
16. Serrano Ruiz, C. P., & Olave Chaves, J. A. (2017). Factores de riesgo asociados con la aparición de conductas suicidas en adolescentes. *MedUNAB*, 20(2), 139-147. Internet. Consultado el día 20 de febrero del 2021, Disponible en: <https://doi.org/10.29375/01237047.2272>
17. Oscar O, Argemiro A, Leidy T, Katherine P; Relación entre depresión y rasgos de personalidad en jóvenes y adultos con conducta intencional suicida de Ibagué, Colombia; *Rev. Fac. Med.* (Internet) 2017 Consultado el día 20 de febrero del 2021, 65(2): 211-7 Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v65n2.59004>
18. Jorge Restrepo, entre otros; Depresión y su relación con el consumo de sustancias psicoactivas, el estrés académico y la ideación suicida en estudiantes universitarios

- colombianos; Health and Addictions; (Internet) 2018 [Consultado el día 20 de febrero del 2021] 18(2): 227-239 Disponible en: <https://www.researchgate.net/publication/326736876>
19. Gómez A, C. Núñez, V. Caballo, M. Agudelo y Grisales A, PREDICTORES PSICOLÓGICOS DEL RIESGO SUICIDA EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS; Rev. Behavioral Psychology (Internet) 2019 [Consultado el día 20 de febrero del 2021] 27 (3) 391-413. Disponible en: <https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2019/12/03.Gomez-27-3oa.pdf>
20. S. Rodríguez, R. Santa; el estrés académico como factor de riesgo en la urgencia del intento suicida en estudiantes universitarios; repository. (internet) 2019 [Consultado el día 20 de febrero del 2021] disponible en: <https://repository.usc.edu.co/bitstream/20.500.12421/206/1/el%20estr%C3%89s%20acad%C3%89mico.pdf>
21. Vanessa K. Benavides-Mora, Nixon G. entre otros Conducta suicida en Colombia: Una revisión sistemática; Rev de Psicopatología y Psicología Clínica, (internet) 2019 [Consultado el día 20 de febrero del 2021] 24, 181-195, disponible en: <http://revistas.uned.es/index.php/RPPC/article/view/24251/pdf>
22. Corredor, L.S., Samaca, Y.D., Ulloa, W.S; Factores de riesgo suicida según la escala de Plutchik y factores asociados en estudiantes de una universidad de la ciudad de Bucaramanga (Colombia) (Internet) 2019 [Consultado el día 20 de febrero del 2021] disponible en: <http://hdl.handle.net/20.500.12494/14310>
23. Cornejo-Ortega, A. C., Rojas-Omaña, A. M., Bonilla-Cruz, N. J., & Rivera-Porras, D. (2018). Estrategias de afrontamiento como elemento terapéutico en la orientación suicida de adolescentes de un colegio de la comuna 7 en Cúcuta. Internet. Consultado el día 20 de febrero del 2021. Disponible en: http://bonga.unisimon.edu.co/bitstream/handle/20.500.12442/2496/Estrategias_afrontamiento.pdf?sequence=3&isAllowed=y

24. Valadez, I., Quintanilla, R., González, N., & Amezcua, R. (2005). El papel de la familia en el intento suicida del adolescente. *Revista Salud Pública de México*, 47(1), 1-2. Internet. Consultado el día 01 de mayo del 2021. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/106/10647101.pdf>
25. Toro, D., Paniagua, R., González, C., & Montoya, B. (2009). Caracterización de adolescentes escolarizados con riesgo de suicidio, Medellín, 2006. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 27(3), 302-308. Internet. Consultado el día 01 de mayo del 2021. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12016344007>
26. Barón, O. P. (2000). Adolescencia y suicidio. *Psicología desde el Caribe*, núm. 6, 48-69. Internet. Consultado el día 01 de mayo del 2021. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/213/21300605.pdf>
27. González, C., Ramos, L., Caballero, M., & Wagner, F. (2003). Correlatos psicosociales de depresión, ideación e intento suicida en adolescentes mexicanos. *Revista Psicothema*, 15(4), 524-532. Internet. Consultado el día 01 de mayo del 2021. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72715403>
28. Andrade, J. (2012). Aspectos psicosociales del comportamiento suicida en adolescentes. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 12(2), 688-721. Internet. Consultado el día 01 de mayo del 2021 Recuperado de: <http://revistas.unam.mx/index.php/repi/article/view/32373>
29. Viader, A. (1974). *Causas psicológicas y psicopatológicas del suicidio*. Barcelona, España: Ediciones Petronio, S.A Internet. Consultado el día 01 de mayo del 2021
30. Hernández, Q., Gómez, M., & Lucio, E. (2006). Evaluación del riesgo suicida y estrés asociado en adolescentes estudiantes mexicanos. *Revista Mexicana de Psicología*, 23(1),

45-52. Internet. Consultado el día 01 de mayo del 2021 Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=243020646006>

31. Valadez, I., Quintanilla, R., González, N., & Amezcua, R. (2005). Familia e intento suicida en el adolescente de educación media superior. *Revista Archivos en Medicina Familiar*, 7(3) ,69-78. Internet. Consultado el día 01 de mayo del 2021 Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/507/50730702.pdf>

32. Perales, M., & Loredó, L. (2015). Disfunción familiar y suicidalidad en adolescentes con trastorno depresivo mayor. *Revista Salud Mental*, 38(3) , 195-200. Internet. Consultado el día 01 de mayo del 2021. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252015000300195

33. Cajiao, O., & Castrillón, E. (2015). Suicidio de niños y adolescentes. Situaciones de riesgo, alternativas de prevención. Cauca, Colombia: Editorial Universidad del Cauca. Internet. Consultado el día 01 de mayo del 2021

34. Vargas, H., & Saavedra, J. (2012). Factores asociados con la conducta suicida en adolescentes. *Revista de Neuro-psiquiatría*, 75(1) , 19-28. Internet. Consultado el día 01 de mayo del 2021. Recuperado de <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RNP/article/viewFile/1539/1567>

35. Sánchez, R., Cáceres, H., & Gómez, D. (2002). Ideación suicida en adolescentes 28 universitarios: prevalencia y factores asociados. *Revista Biomédica*, 22(2) , 407-416. Internet. Consultado el día 01 de mayo del 2021 Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/843/84309609.pdf>

36. Larraguibel, M., González, P., Martínez, V., & Valenzuela, R. (2000). Factores de riesgo de la conducta suicida en niños y adolescentes. *Revista chilena de pediatría*, 71(3) , 183-

191. Internet. Consultado el día 01 de mayo del 2021 Recuperado de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062000000300002
37. Garcíandía, J. (2013). Familia, suicidio y duelo. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 42(1), 71-79. Internet. Consultado el día 01 de mayo del 2021. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502013000500010
38. Pérez, V., & Parra, Z. (2004). Repercusión familiar del comportamiento suicida. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 20(5-6), 1-7. Internet. Consultado el día 01 de mayo del 2021. Recuperado de http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol20_5-6_04/mgi025_604.htm
39. Acinas, P. (2012). Duelo en situaciones especiales: suicidio, desaparecidos, muerte traumática. *Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*, 2(1), 1-17. Internet. Consultado el día 01 de mayo del 2021. Recuperado de http://www.psicociencias.com/pdf_noticias/Duelo_en_situaciones_especiales.pdf
40. Pérez, B., Rivera, L., Atienzo, E., Castro, F. d., Leyva, A., & Chávez, R. (2010). Prevalencia y factores asociados a la ideación e intento suicida en adolescentes de educación media superior de la república mexicana. *Revista Salud Publica de México*, 52(4), 324-333. Internet. Consultado el día 01 de mayo del 2021. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10617416008>
41. Piedrahita LE, Paz KM, Romero AM. Estrategia de intervención para la prevención del suicidio en adolescentes: la escuela como contexto. *Hacia Promoc Salud*. 2012;17:136-48 Internet. Consultado el día 01 de mayo del 2021. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_nlinks&pid=S1139-7632201800040001400002&lng=en
42. Durkheim E. *El suicidio*. México: Fontamara; 2011 Internet. Consultado el día 01 de mayo del 2021. Disponible en: https://books.google.com.co/books?hl=es&lr=&id=shxocciBuVEC&oi=fnd&pg=PR2&ots=KHPCVlxY69&sig=o5LgqYuOLdooiJ7Dj9AnKti_HRg&redir_esc=y

43. Stengel E. Psicología del suicidio y los intentos suicidas. Buenos Aires: Paidós; 1987 [Links] . Internet. Consultado el día 01 de mayo del 2021. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_nlinks&pid=S1139-7632201800040001400006&lng=en
44. Vázquez Alonso Á, Manassero-Más MA. La selección de contenidos para enseñar naturaleza de la ciencia y tecnología (parte 1): Una revisión de las aportaciones de la investigación didáctica. Revista Eureka sobre Enseñanza y Divulgación de las Ciencias. 2012;9:2-31 Internet. Consultado el día 01 de mayo del 2021. Disponible en: <https://rodin.uca.es/handle/10498/14621>
45. Conducta suicida y autoagresión. Manual Merck (2020). Internet. Consultado el día 20 de febrero del 2021. Disponible en: <https://www.merckmanuals.com/es-us/professional/trastornos-psiqui%C3%A1tricos/conducta-suicida-y-autoagresi%C3%B3n/conducta-suicida>
46. Conducta suicida (2019). Internet. Consultado el día 20 de febrero del 2021. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322018000400014
47. Carolina Lozano; Estudio descriptivo del parasuicidio en las urgencias psiquiátricas; Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. (Internet) 2004 [Consultado el día 20 de febrero del 2021) 91 Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352004000300002
48. OMS; Depresion (Internet) 2017 [Consultado el día 20 de febrero del 2021] Disponible en: <https://www.who.int/topics/depression/es/>
49. Carro de Francisco, C. y Sanz Blasco, R. Intervención cognitivo conductual en un caso de distimia con componentes de ansiedad de evaluación: análisis de un caso clínico
Rev. de CC en Salud Mental (Internet) 2015 [Consultado el día 20 de febrero del 2021] 1: 43-59 Disponible en: <http://www.ojs.casosclnicosensaludmental.es/ojs/index.php/RCCSM/article/view/17>

50. Calderón, M. Como evaluar test psicométricos(2014) Internet. Consultado el día 20 de febrero del 2021. Disponible en: <https://es.slideshare.net/MiguelCalderon1/como-evaluar-tests-psicomtricos>
51. Correlación de Pearson (2020). Internet. Consultado el día 20 de febrero del 2021. Disponible en: https://biblioguias.uam.es/tutoriales/google_academico
52. Prevalencia (2020). Internet. Consultado el día 20 de febrero del 2021. Disponible en:http://www.hrc.es/bioest/Medidas_frecuencia_2.html
53. Información institucional de la UFPS (2016). Internet. Consultado el día 20 de febrero del 2021. Disponible en: <https://ww2.ufps.edu.co/universidad/informacion-institucional/1042>
54. Ley 100 de 1993 Secretaria de senado. Internet. Consultado el día 20 de febrero del 2021. Disponible: http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0100_1993.html
55. Legislación tematica RESOLUCIÓN 23558 DE 1998. Internet. Consultado el día 20 de febrero del 2021 Disponible: http://www.mamacoca.org/docs_de_base/Legislacion_tematica/RESOLUCIoN_2358_DE_1998.pdf
56. Minsalud. Biblioteca Digital (2013) Internet. Consultado el día 20 de febrero del 2021. Disponible: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-1616-del-21-de-enero-2013.pdf>
57. Decreto 58 del 2013. Internet. Consultado el día 20 de febrero del 2021. Disponible: <http://www.suin-juriscal.gov.co/viewDocument.asp?ruta=Decretos/1141235>
58. Resolución 3280 dl 2018 Internet. Consultado el día 27 de abril del 2021. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-3280-de-2018.pdf>

59. ORDENANZA_0027_Samen.2019. Internet. Consultado el día 27 de abril del 2021.
https://ids.gov.co/web/2020/POLITICAS/ORDENANZA_0027_Samen.pdf
60. Fonseca-Pedrero, E., & Pérez de Albéniz, A. (2020). Evaluación de la conducta suicida en adolescentes: A propósito de la escala Paykel de suicidio. Pap. Psicólogo. Internet. Consultado el día 20 de febrero del 2021, Disponible en:
https://www.researchgate.net/profile/Eduardo-Fonseca-Pedrero/publication/339364022_EVALUACION_DE_LA_CONDUCTA_SUICIDA_EN_ADOLESCENTES_A_PROPOSITO_DE_LA_ESCALA_PAYKEL_DE_SUICIDIO/links/5e4d61d9a6fdccd965b12864/EVALUACION-DE-LA-CONDUCTA-SUICIDA-EN-ADOLESCENTES-A-PROPOSITO-DE-LA-ESCALA-PAYKEL-DE-SUICIDIO.pdf
61. ESCALA DE BIENESTAR PSICOLÓGICO DE RYFF [consultado 01 de mayo de 2021].
Disponible en: <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=3255>
62. Rojas-Barahona, Cristian A, Zegers P, Beatriz, & Förster M, Carla E. (2009). La escala de autoestima de Rosenberg: Validación para Chile en una muestra de jóvenes adultos, adultos y adultos mayores. Revista médica de Chile, 137(6), 791-800. Internet. Consultado el día 01 de mayo del 2021. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872009000600009>
63. Sanz, J., Gutiérrez, S., Gesteira, C., & García-Vera, M. P. (2013). Criterios y baremos para interpretar las puntuaciones en la adaptación española del “Inventario de Depresión de Beck-II”(BDI-II). *Manuscrito bajo revisión editorial.*. Internet. Consultado el día 01 de mayo del 2021. file:///C:/Users/usuario/Downloads/Dialnet-AdaptacionPsicometricaDeLaEscalaDeDepresionParaAdo-2881044%20(1).pdf
64. República de Colombia. Ministerio de Salud. Resolución No 008430 de 1993, octubre 4, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. [Internet]. Santa Fé de Bogotá: El Ministerio; 1993 [consultado 01

de mayo de 2021]. Disponible en:
<https://www.pearsonclinical.es/Portals/0/DocProductos/13714632903.pdf>

65. Rivas R. UNIDAD 1. Introducción al Estudio de la Endodoncia. 4a. sección: Ética, deontología, bioética y axiología en endodoncia. [Internet]. Estado de México: Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Iztacala; 2013[consultado 01 de mayo de 2021]. Disponible en:
<https://www.iztacala.unam.mx/rrivas/NOTAS/Notas1Introduccion/etiprincipios.html>
66. Pineda C. A; Castro J. A; Estudio psicométrico de las Escalas de Bienestar Psicológico de Ryff en adultos jóvenes colombiano 2017. Internet. Consultado el día 7 de mayo de 2021. Disponible en:<http://www.scielo.org.co/pdf/pepsi/v16n1/v16n1a04.pdf>
67. Ceballos G.A; Paba Barbosa C; Validez y dimensionalidad de la escala de autoestima de Rosenberg en estudiantes universitarios 2017. Internet. Consultado el día 7 de mayo de 2021. Disponible en:<http://www.scielo.org.co/pdf/pepsi/v15n2/v15n2a03.pdf>
68. Contreras J. A; Hernández Guzman L; Freyre M. A. Validez de constructo de inventario de depresión de beck 2015. Consultado el día 7 de mayo de 2021. Disponible en:https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082015000300004
69. DSM-5 Man.Diag.Estad.T.Ment.5a.Ed +e. (s/f). Editorial Médica Panamericana.
Consultado el día 18 de mayo de 2023. Disponible
<https://www.medicapanamericana.com/co/libro/dsm-5-manual-diagnostico-y-estadistico-de-los-trastornos-mentales-incluye-version-digital>
70. Revisión Volumen, D. (s/f). Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. Paho.org. Recuperado el 20 de marzo de 2023, de
<https://ais.paho.org/classifications/chapters/pdf/volume1.pdf>